

Plan Nacional
de Promoción de la Calidad
de Vida y Salud con
Equidad de la Niñez
2010-2015

Autoridades Nacionales

Don Fernando Lugo Méndez

Presidente de la República del Paraguay

Dra. Esperanza Martínez

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Edgar Giménez

Viceministro de Salud Pública

Dra. Margarita Bazzano

Directora de la Dirección General de Programas de Salud

Dra. Raquel Escobar

Directora de la Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia

La presente publicación es fruto de un proceso participativo y pluralista liderado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Equipo Técnico del MSPyBS

Dra. Raquel Escobar, Directora de la Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia

Dra. Elke Strübing, Jefa del Departamento de Niñez

Dra. Blanca Villalba, Técnica del Departamento de Niñez

Dra. Gladys Ramírez, Encargada de AIEPI del Departamento de Niñez

Lic. Evelyn Cattebecke, Jefa del Departamento de Adolescencia

Lic. Ana Denis, Técnica del Departamento de Adolescencia

Lic. Zenaida Rotela, Técnica del Departamento de Adolescencia

Lic. María Auxiliadora Morínigo, Técnica del Departamento de Adolescencia

Lic. María Elena León, Técnica del Equipo Multidisciplinario de Violencia

Lic. Angélica Roa, Técnica del Equipo Multidisciplinario de Violencia

Lic. De los Ángeles Acosta, Encargada del Programa de Nutrición

Equipo Técnico de la OPS

Dr. ----

Diseño: Comunicación Visual

Ilustraciones: Amelí Schneider

Impresión: **NOMBRE DE LA IMPRENTA SELECCIONADA**

Tirada: 2.000 (dos mil) ejemplares

Es propiedad:

© Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Noviembre, 2010

Asunción, Paraguay

Índice

Presentación	5
Introducción	7
1. Situación actual	10
1.1 Determinantes sociales de la salud y la enfermedad	10
1.2 La salud, la enfermedad y la muerte en la niñez paraguaya	12
1.3 Situación de los programas y servicios de salud	17
1.4 Justificación	19
1.5 Marco Jurídico	20
2. Hacia dónde nos dirigimos	22
2.1 Visión	22
2.2 Misión	22
2.3 Objetivo General	23
2.4 Alcances	23
2.5 Metas de impacto	23

3. Metodología operativa	24
3.1 El concepto de Indiferencia Cero	24
3.2 Enfoque estratégico. La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud con Equidad. La Red Tesai Ñanduti	25
3.3 Áreas estratégicas: Objetivos, metas, indicadores y actividades por áreas estratégicas	28
Área estratégica 1: Producción y análisis de información	28
Área estratégica 2: Impulso de programas y proyectos para la salud y el desarrollo de la población de niños y niñas menores de 10 años, en concordancia con las políticas públicas integrales	30
Área estratégica 3: Sistemas y servicios de salud integrados e integrales	31
Área estratégica 4: Desarrollo de capacidades de los recursos humanos	32
Área estratégica 5: Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela	33
Área estratégica 6: Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores	35
Área estratégica 7: Comunicación social	36
4. Medición de los avances	38
Información	
Supervisión	
Evaluación	
5. Anexos	
Resolución N° 767	40
Glosario	45
Lista de participantes al taller de validación del presente plan	49

Presentación

Durante la infancia, se establecen estructuras biológicas, psíquicas, sociales y culturales que, en gran parte, definen la calidad de vida durante las demás etapas del ciclo vital.

Las condiciones ambientales, donde transcurre la vida de los niños y las niñas de nuestro país, afectan su salud y programan sus sistemas biológicos. Así, fenómenos sociales tales como la migración interna y externa; la alfabetización de las mujeres, la inequidad de género, la urbanización de la población rural; la destrucción del medio ambiente; la pobreza; la discriminación, la violencia; la desnutrición y la explotación infantil, entre otras; obligan la elaboración de políticas públicas que contemplen la articulación entre los distintos sectores responsables de garantizar el desarrollo integral de la infancia: la familia, la sociedad y el Estado, cada uno desde su rol específico.

Por el impacto que tiene, invertir en la infancia es un acto que supone enormes réditos económicos ya que apuesta al capital humano.

El presente plan, resultado de un proceso colectivo de construcción, busca mejorar la calidad de vida y salud de los niños y niñas menores de diez años. Además, tiene la finalidad de ser un instrumento conductor para la planificación de intervenciones con esta población, tomando como base su situación de salud a partir de los determinantes sociales, y como marco legal a la Constitución Nacional, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña, el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Código Sanitario y las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008 – 2013.

Para cumplir con sus objetivos, este plan presenta líneas estratégicas que buscan dar soluciones a los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de la población menor de diez años. Estas líneas proponen el acceso, la utilización y análisis de información sobre la situación de la salud y la enfermedad de esta población, la normatización de las intervenciones, el fortalecimiento de los recursos humanos y de la Red Tesai Ñanduti, las alianzas con otros sectores, en particular con el Ministerio de Educación y la Secretaría de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República; el trabajo con las familias y las comunidades y sistemas de comunicación social.

Disminuir la mortalidad infantil y mejorar la calidad de vida de los niños y niñas de nuestro país es nuestro desafío.

Introducción

El presente plan se enmarca dentro de las *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008 – 2013*¹ en las cuales se plantea la **salud como un derecho** con un enfoque **universal, integral, equitativo y con participación social activa**.

Es universal porque es para todos y todas; es integral porque se considera a la persona como un todo indivisible con necesidades diversas; es equitativo y con justicia social, porque busca dar a cada cual según sus necesidades. Además, este plan busca promover la participación social activa que colabore a construir el poder de la ciudadanía en la toma de decisiones.

1 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Setiembre, 2009. www.mspbs.gov.py

Toma como principios fundamentales los enunciados en la Convención de los Derechos del Niño y la Ley 1.680/01, destacando el **interés superior** del niño o de la niña, el **derecho a ser escuchado y tenido en cuenta**, el derecho a la **no discriminación** y el derecho a la **supervivencia y el desarrollo**². Al mismo tiempo está en sintonía con la Política Nacional de niñez y Adolescencia (POLNA 2003 – 2013)

El concepto de **calidad de vida** implica que las personas vivan de tal manera que les guste vivir, lo que supone que todas sus necesidades son satisfechas. Es decir supone que gocen como mínimo de comida, aire y agua con calidad, vivienda, seguridad, afecto, trabajo. Necesidades que se satisfacen de determinadas maneras según aspectos culturales, históricos, geográficos, sociales. Así, el modo de vivir de las personas es diverso, como sus necesidades, y además van cambiando y modificándose según las distintas etapas del ciclo vital. Durante su infancia, el ser humano tiene necesidades específicas, como el juego, la protección, o una variedad de alimentos en proporciones determinadas, además necesita dormir tranquilo, aprender, experimentar, entre otras múltiples necesidades específicas por su condición de ser en desarrollo.

El concepto de **promoción** se refiere a la acción de brindar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma³. La promoción supone la acción de elevar lo necesario para tener calidad de vida como satisfacción de los derechos sociales mediante actividades tanto individuales como colectivas para superar todo aquello que amenace la realización plena de las personas y las comunidades. En la medida que los estados y las personas logren un control sobre los factores que determinan su salud, podrán ser cada vez más autónomas en alcanzar calidad de vida.

Es preciso considerar que, la niñez transcurre en tránsito desde la heteronimia a la autonomía. Nacemos en un estado de absoluta dependencia y en el transcurrir de la infancia vamos desarrollando, construyendo independencia. Las personas adultas debemos acompañar el proceso de desarrollo de autonomía de todos nuestros niños y nuestras niñas, no desde una posición de dominación adultocentrista sino desde un profundo respeto y reconocimiento de sus individualidades y sus procesos.

Los niños y niñas lograrán mayor autonomía en la medida en que las personas adultas satisfagan sus necesidades y, en simultáneo, estimulen y apoyen su independencia a través de su participación activa.

Así, estos conceptos necesariamente obligan a un abordaje que considere el contexto histórico y sociocultural de las personas, las cuales además transitan a lo largo de su curso de vida en etapas que se suceden

2 Ley n° 1680/01. Código de la Niñez y la Adolescencia. Convención de los Derechos del Niño y de la Niña.

3 Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud 1986.

y condicionan. Vida que a su vez acontece en **espacios territoriales** específicos donde la gente se relaciona, habita, se desarrolla.

Si bien la niñez remite a una franja etaria determinada, también supone una **categoría social**. La infancia sobreviene dentro de cada tiempo histórico como un acontecimiento social y cultural, ello implica que no responde a un concepto fijo sino abierto. Se debe considerar necesariamente a cada niña o cada niño dentro del contexto histórico y sociocultural en el que se halla inserto. Por poner un ejemplo, la infancia de un niño blanco urbano de clase alta difiere enormemente de la de una niña indígena del chaco paraguayo, aunque ambos compartan una misma edad. Las condiciones que se establecen según género, clase u origen étnico moldean esas diferencias.

No se puede hablar de universalidad de derechos mientras existan relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres de todas las edades, entre grupos étnicos, entre clases sociales. Así, el presente Plan incorpora como **elementos transversales** a los siguientes: **clase, género, etnias y territorios sociales**. Estos elementos son fundamentales en la determinación del diagnóstico, análisis y propuestas.

La niñez como categoría social y carente de auto representación debido a su autonomía en pleno desarrollo, necesita de la presencia del **Estado** y de su **institucionalidad** como garante fundamental de una política pública que considere sus derechos. Pero, además de este rol fundamental del Estado, requiere la activa participación de la sociedad civil, y en ella la de los propios niños y niñas, hacia un proceso de **construcción democrática**.

El presente plan propone acciones en base a las grandes líneas estratégicas contempladas en el Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2009 – 2013 y en el Plan Estratégico 2010 – 2013 de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia. Además considera a la Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud para mejorar la salud de los y las adolescentes⁴, en la sistematización y secuencia de las líneas estratégicas, sus objetivos, indicadores, metas y actividades.

Este plan es el resultado de un proceso de construcción en el que intervinieron distintos sectores del Estado y de la población civil. A través de las distintas áreas estratégicas pretendemos abordar el desafío colectivo de no sólo disminuir la mortalidad infantil, sino lograr que todos nuestros niños y todas nuestras niñas tengan calidad de vida y salud.

4 Aprobada por el 48.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en septiembre del 2008 (Resolución CD48.R5)



1. Situación actual

1.1 Determinantes sociales de la salud y la enfermedad

El Paraguay presenta una situación de enorme inequidad, resultado de una larga historia de gobiernos que propiciaron profundas desigualdades según clases, género y etnias, bajo un modelo capitalista que se impuso ahogando otros modelos de vida y de producción. Las tierras están concentradas en unos pocos⁵, el 36% de la población vive en situación de pobreza y un 19% vive en pobreza extrema.

Agamben (1998) rescata del derecho romano arcaico la oscura figura del *homo sacer*, cuya vida se halla bajo la absoluta exclusión y la compara con la situación actual'. La sociedad occidental, globalizada y enormemente inequitativa, produce miles y miles de muertes que ocurren diariamente en el anonimato sin que nadie finalmente acuse responsabilidad alguna al respecto.

⁵ Según el Censo Agropecuario del año 2002 (Riquelme: 2006), el 76% de la tierra destinada a la explotación agroganadera se encuentra en manos del 1,16% de la población dedicada a este rubro.

La población total del Paraguay es 6.119.642 habitantes, siendo menores de 10 años alrededor de 1.460.000 niños y niñas, es decir el 24 % de la población total del país⁶.

El 52,7% de la población paraguaya accede a agua potable y saneamiento y 89% a electricidad, como promedio presenta 7 años de estudio y un 5% de analfabetismo.

Un promedio de 4,2 % de la población menor de cinco años, sufre de desnutrición global⁷.

Si dejamos de lado los promedios se pone en evidencia la enorme exclusión social de ciertos grupos según consideremos etnia, clase social o género. La población indígena sólo accede en un 1,4% a agua potable y saneamiento básico, 21% a electricidad, tiene dos años de estudio como promedio y entre su población menor de cinco años, el 9,9% presenta desnutrición.

El 10% de la población concentra el 40% de los ingresos⁸. La mitad de la población pobre corresponde a niños y niñas, porcentaje que asciende al 77% cuando nos referimos a la población indígena⁹. En general, uno de cada dos niños es pobre y uno de cada cuatro ni siquiera accede a la canasta básica de alimentos¹⁰.

Al nacer toda persona tiene el derecho al registro civil. De todos los niños y niñas que nacen, sólo el 30% se registra durante el primer año de su nacimiento, se estima que un 22.3% del total de los niños y niñas menores de 18 años no está inscripto en el Registro Civil¹¹.

Las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo que el total de la población, y aumenta según se trate de mujeres urbanas o rurales (mujeres urbanas 6,1%, 9,9% mujeres rurales). Igualmente aquéllos hogares cuya jefatura es femenina, tienen menor acceso a agua potable, mayor hacinamiento y menos años de estudio¹². Del total de la población en edad escolar (de 6 a 17 años) el 12 % no asiste a la escuela¹³.

6 Departamento de Bioestadística, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2008.

7 Encuesta Integrada de Hogares. DGEEC, 2008.

8 Exclusión Social en Salud. Paraguay 2007, DGEEC/OPS.

9 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2005.

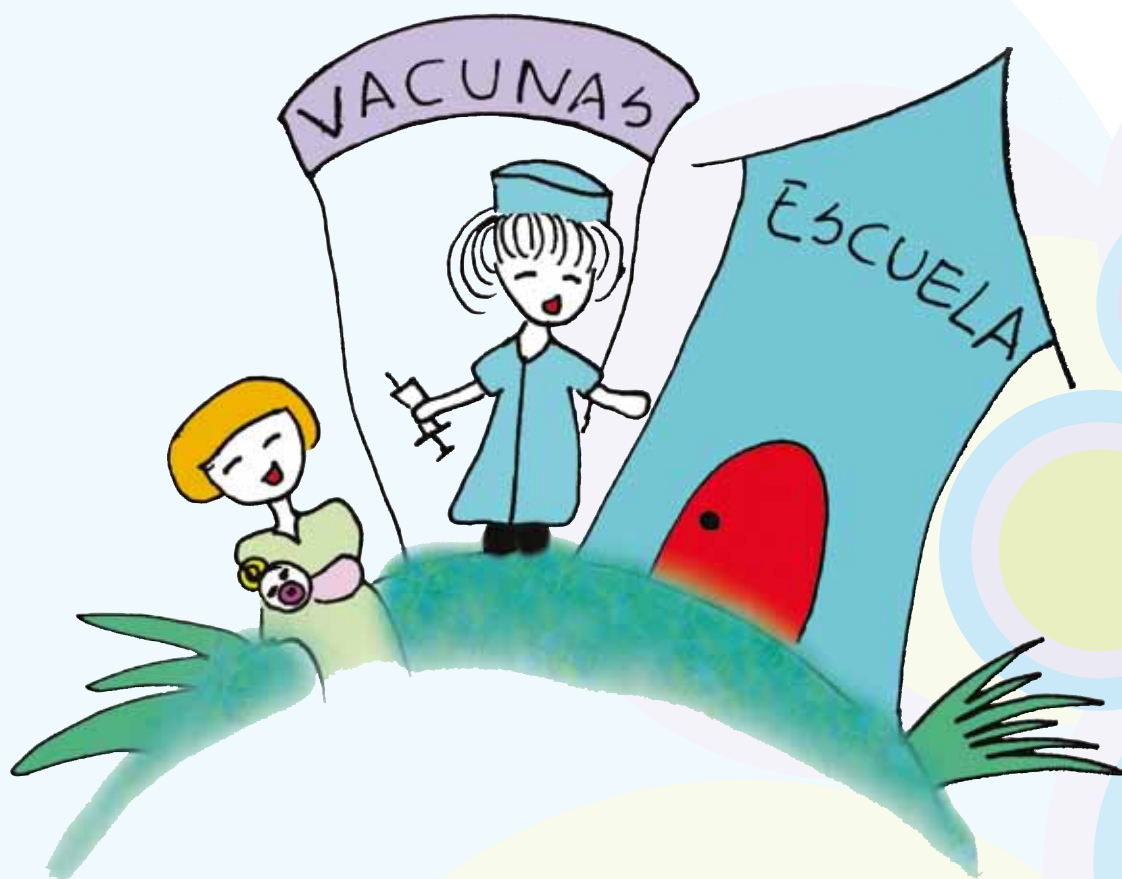
10 Según registros oficiales, a nivel nacional, el porcentaje de personas pobres ha aumentado de 32,1 % en 1999 a 35,6% en 2007 (DGEEC, 2007). Se entiende como pobres a aquellas personas que tienen ingresos familiares menores al costo de una canasta básica de consumo total, la cual incluye, además de alimentos, otros bienes y servicios esenciales necesarios para una vida digna, como vivienda, transporte, salud, educación, entre otros.

11 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2005.

12 Hogares con jefatura femenina, guaraní hablantes, rurales y del 20% más pobre presentan: 3 años de estudio como promedio; 43,5% de hacinamiento y 49% de acceso a agua abastecida por red.

Hogares con jefatura masculina, español hablante, urbanos y del 20% más rico presentan: 13,5 años de estudio como promedio; 2,8% de hacinamiento y 90% de acceso a agua abastecida por red. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Equidad para el desarrollo. Paraguay 2008. PNUD, Paraguay.

13 Realidades y desafíos de la juventud paraguaya. Una mirada desde la situación socio demográfica y la orientación de políticas públicas. Vice Ministerio de la Juventud. Ministerio de Educación y Cultura. Organización Iberoamericana de Juventud. 2009



1.2. La salud, la enfermedad y la muerte de la niñez paraguaya

El periodo de la niñez es un momento clave en la vida de todo ser humano, ya que durante el mismo se forman las estructuras neurológicas, psíquicas y simbólicas que sobrellevarán todos los otros ciclos de vida¹⁴.

Existen importantes procesos intraútero y en los primeros años de vida que se realizan en interacción con el medio y que programan la estructura y funcionamiento de los sistemas tanto de conducta como biológicos para el resto de la vida.¹⁵ El daño sociogénico que provoca la miseria repercute en varias generaciones, el bajo peso al nacer es un fiel reflejo de ello al indicar, en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza¹⁶.

14 En los primeros seis meses de vida el cerebro alcanza el 50% de su peso final y en los primeros tres años el 75 % (Amiel-Tison, 2001:60).

15 Halfman N., Hochstein M. (2002): "Desarrollo de la salud en el curso de vida: Un marco integrado para el desarrollo de la salud, política e investigación". En The Milbank Quarterly. Una revista de Salud Pública y Política del cuidado de la Salud. Vol. 80 N° 3

16 El porcentaje de bajo peso al nacer es de 6,3 % (OPS, 2008). La preponderancia de bajo peso ocurre 7,3 veces más entre niños/as provenientes de hogares pobres que entre niños/ñas que provienen de hogares acomodados. La desnutrición crónica (baja talla) afecta a 13,7% de todos los niños/as menores de 5 años de edad (Unicef, 2008).

Por la complejidad de la estructura social y cultural del ser humano la infancia, ya desde el periodo intrauterino, implica un largo proceso de desarrollo y aprendizaje donde la incorporación del lenguaje y el símbolo son claves. El soporte físico de ello es un sistema nervioso muy complejo con necesidades nutricionales y afectivas especiales desde sus mismos inicios. Lamentablemente, un 8,1% de los niños y las niñas menores de dos años presenta desnutrición aguda, y otro 20% se halla en riesgo inminente de padecerla. Además se debe considerar que 18% de esta franja etaria presenta desnutrición crónica con afectación de la talla¹⁷.

La alimentación con leche humana es el alimento que marca el futuro de cada niño o cada niña tanto en lo que hace a su capacidad cognitiva como inmunológica, física y afectiva. Sólo el 25% de la población infantil menor de un año goza de **lactancia materna** exclusiva¹⁸. Está demostrado que la misma reduce hasta en un 22% la mortalidad infantil cuando es iniciada en la primera hora de vida¹⁹.

Como los problemas de salud/enfermedad, que se presentan en la población infantil, están en relación con factores sociales y culturales, deberán contemplarse distintas realidades y por ende distintas maneras de abordar los problemas.

Gran parte de la población infantil pobre sufre desnutrición, infecciones, diarrea. En medios rurales además padece **exposición a agrotóxicos**²⁰ y contaminación. La de medios urbanos y rurales sufre la violencia por accidentes de tránsito, muchas veces explotación o abandono²¹. En clases sociales altas, además de violencia, se deben considerar otro tipo de afecciones relacionadas a la falta de límites (con los horarios, las comidas, los regalos, los juegos electrónicos, la televisión, las compras, entre otros), de presencia familiar, de solidaridad o acompañamiento.

Otro aspecto importante a considerar es que en los últimos años el número de personas con **vih/sida** es cada vez mayor en población adolescente y joven, con una clara tendencia a la feminización y la ruralización. Esto

17 Datos preliminares proporcionados por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (SISVAN), MSP y BS (2008).

18 CEPEP (2004)

19 Pediatrics 117 No 3, March 2006

20 "En las ocho comunidades estudiadas, el 78% de las familias encuestadas informaron de algún problema de salud ocasionado por las frecuentes fumigaciones en sojales, y el 63% de las mismas dice que las fumigaciones afectan siempre o casi siempre a las fuentes de agua utilizadas para el consumo doméstico.[...] Los problemas de salud más frecuentes en las comunidades, están relacionados con las fumigaciones y denotan síntomas de intoxicación crónica, tales como afecciones en el aparato respiratorio y digestivo y dolores de cabeza. También se mencionan en las encuestas y entrevistas, casos de abortos, problemas de parto y nacimientos con malformaciones (como niños sin brazos ni piernas, con los pulmones afuera, hidrocefalia, labio leporino, paladar hendido, etc.)" Javiera Rulli (Coordinadora): *Repúblicas unidas de la soja. Realidades sobre la producción de soja en América del Sur*. Asunción. Base IS. Año 2008, páginas 15 y 16. Los pesticidas pueden alterar el material genético y producir alto riesgo de padecer cáncer. La investigación de referencia aporta evidencias de daño genético en niños y niñas expuestos a pesticidas en el Paraguay. Benítez Leite S; Macchi M. L. y colaboradores: Daño celular en una población infantil potencialmente expuesta a pesticidas. *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 37; N° 2; 2010.

21 En una investigación realizada por el Centro de Documentación y Estudios se demuestra que un 40% de las personas encuestadas manifestó conocer casos de maltrato físico hacia niños y niñas en las familias y un 17% afirmó tener conocimiento sobre hechos de violencia sexual hacia la misma población. González Myrian: ¿Hasta cuándo? Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico. Codehupy. Derechos Humanos en Paraguay. Asunción, 2009

trae aparejado un número creciente de niños y niñas viviendo con VIH Sida considerando la transmisión vertical. El 3,4 % del total de personas afectadas de VIH / SIDA corresponde a menores de 15 años²².

Según el último censo de **personas con discapacidad**²³ el 0,97% de los habitantes del Paraguay presenta alguna discapacidad. Si consideramos el grupo de 0 a 9 años se registra a 5.784 niños y niñas con discapacidad²⁴. Predominando los trastornos sensoriales, los motores y el retardo mental. Siendo una de las principales causas registradas los problemas relacionados al nacimiento.

La población con discapacidad presenta menos acceso a la educación y menor alcance de la alfabetización, lo que los sitúa para el futuro en peores condiciones laborales. La atención que reciben desde las instituciones públicas es pobre o casi nula contraviniendo con la obligación de las mismas de dar respuesta a las necesidades específicas de esta población. Desde salud debemos considerar tanto lo que compete a las prestaciones preventivas (durante el periodo de gestación, el nacimiento y la infancia), como a las de tratamiento y rehabilitación.

Se estima que 322 mil niños y niñas trabajan en Paraguay, predomina el trabajo rural en actividades agrícolas y ganaderas. Aproximadamente el 8% de estos niños y niñas **trabaja en las calles**²⁵.

Con respecto a la salud bucal: en la Encuesta Nacional sobre salud oral, Paraguay 2008, el porcentaje de niños y niñas examinados/as en los grupos de edad índice (5-6 años) con caries sin tratar en la dentición temporal resultó ser de 80% y una experiencia de caries de 81%. En la dentición permanente caries sin tratar en niños de 12 y 15 años de edad fue de 68% y la experiencia de caries de 78%²⁶. Los estudios revelan que entre los 9 y 10 años, los niños y niñas pierden su primer molar por causa de una nula o insuficiente higiene bucal.

Tasas de mortalidad infantil y del menor de 5 años. (Paraguay, 1990 – 2008)²⁷

Indicadores ODM 4 *	1990	2008
Tasa de mortalidad en menores de cinco años	40 por mil	20,1 por mil
Tasa de mortalidad infantil	30,4 por mil	16,9 por mil

El subregistro de aproximadamente del 33 % de las muertes ocurridas

* Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son ocho objetivos fijados en el año 2000 que 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015. El ODM 4 propone reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

22 Fuente: Departamento de Vigilancia Epidemiológica PRONASIDA, 2008

23 Condiciones Sociodemográficas de las Personas con Discapacidad. Censo 2002. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Fernando de la Mora, Paraguay. Julio 2005.

24 Las cifras estimadas posiblemente sean inferiores a las existentes en realidad si se consideran que, en general, según estudios internacionales la población discapacitada alcanza el 20%. Estudio de prevalencia de discapacidad en tres departamentos del Paraguay. Dirección de Educación Especial, Ministerio de Educación, JICA. Elaborado por Delta, consultora integral. Año 2009,

25 Encuesta Permanente de Hogares. DGEEC, 2004.

26 Encuesta Nacional sobre salud oral, Paraguay 2008. MSP y BS. OPS. Programa Regional de Salud Oral.

27 MSPyBS (2008) Departamento de Bioestadística

Los antiguos griegos nombraban a la vida de dos maneras: el *zoé* como el simple hecho de vivir la vida biológica y el *bios* como la forma de vivir de un individuo dentro de un grupo, es decir no una mera vida natural sino una vida cualificada, el *bien vivir* aristotélico.

Considerando la tabla se puede apreciar que desde 1990 la tasa de mortalidad registrada por el MSPBS en menores de 5 años, mantiene una línea de tendencia descendente. Sin embargo, siguiendo esta tendencia no se lograría alcanzar la meta para el 2015.

Las tasas de mortalidad en menores de cinco años, la infantil y la proporción de niños menores de un año inmunizados contra el sarampión²⁸; son indicadores utilizados para evaluar el cumplimiento del cuarto de los ODM y dan una idea de la exclusión social de un país. Las cifras inadmisiblemente altas de mortalidad infantil en Paraguay se convierten en obscenas cuando nos referimos a la mortalidad infantil en la población indígena con un promedio de 109 muertes por cada mil nacidos vivos, aunque en ciertas parcialidades estas cifras aún son mucho mayores²⁹.

El 84 % de las muertes registradas de niños y niñas menores de 5 años de edad se produce en el primer año de vida y el 58% en los primeros treinta días de vida, a su vez la mayoría de estas muertes ocurre en la primera semana de vida y de éstas la mayor parte durante las primeras 24 horas. La primera causa de muerte en el periodo perinatal se debe a los problemas relacionados al parto³⁰, entre ellos destacan la asfixia, la prematurez, las infecciones y las malformaciones.

Garantizar condiciones seguras durante el embarazo y el parto es una de las claves para afrontar la mortalidad infantil, sin embargo es preciso considerar los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

La asfixia, la desnutrición (tanto intraútero como después de nacer), la privación ambiental (material y afectiva) determinan un inicio de vida precario que, a su vez, establecerá las posibilidades futuras (o la ausencia de ellas) de sobrevivencia, de inserción social y de calidad de vida, las consecuencias de la inequidad social se presentan desde el inicio de la vida y se pasan de una generación a la siguiente.

Si comparamos lo que se destina en Paraguay a la salud podemos ver que estamos muy por debajo de lo que invierten los países vecinos de la región. En el último año, 2009, el gasto público en salud y saneamiento ambiental aumentó en forma inusual en un 39 % en relación con el 2008, relacionado con la nueva política de Calidad de Vida y Salud en

28 La cobertura de vacunados contra el sarampión al año de edad pasó de un 71% a nivel país a un 80,1%.

29 Entre los manjui del Chaco Paraguayo la mortalidad infantil es de 397 por cada mil, los guaraní ñandeva tienen una mortalidad de 222 por cada mil. Informe UNICEF, 2008.

30 Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2006.

ejecución, e insumió el 10 % del gasto total de la Administración Central del Estado, dentro de un gasto social total que invirtió el 51 % de dicho total. La relación del gasto público en la salud y saneamiento ambiental con la producción económica (PIB), en el mismo año, pasó de 1,4 a 2,1 %. En otras palabras, la inversión pública en salud equivalió en el 2009, **a 2 guaraníes de cada 100 del valor total de la producción de bienes y servicios.**³¹

Una estimación realizada en el 2006, determinó que el 57% del gasto social fue destinado a inversión en la infancia. A pesar de que la inversión en esta franja etaria está aumentando, es preciso hacer todos los esfuerzos necesarios para que la inversión aumente de manera progresiva y constante. Considerando el concepto de bono demográfico y las características del sistema nervioso en formación y estructuración, invertir en la infancia resulta altamente beneficioso para un país en términos económicos.³²

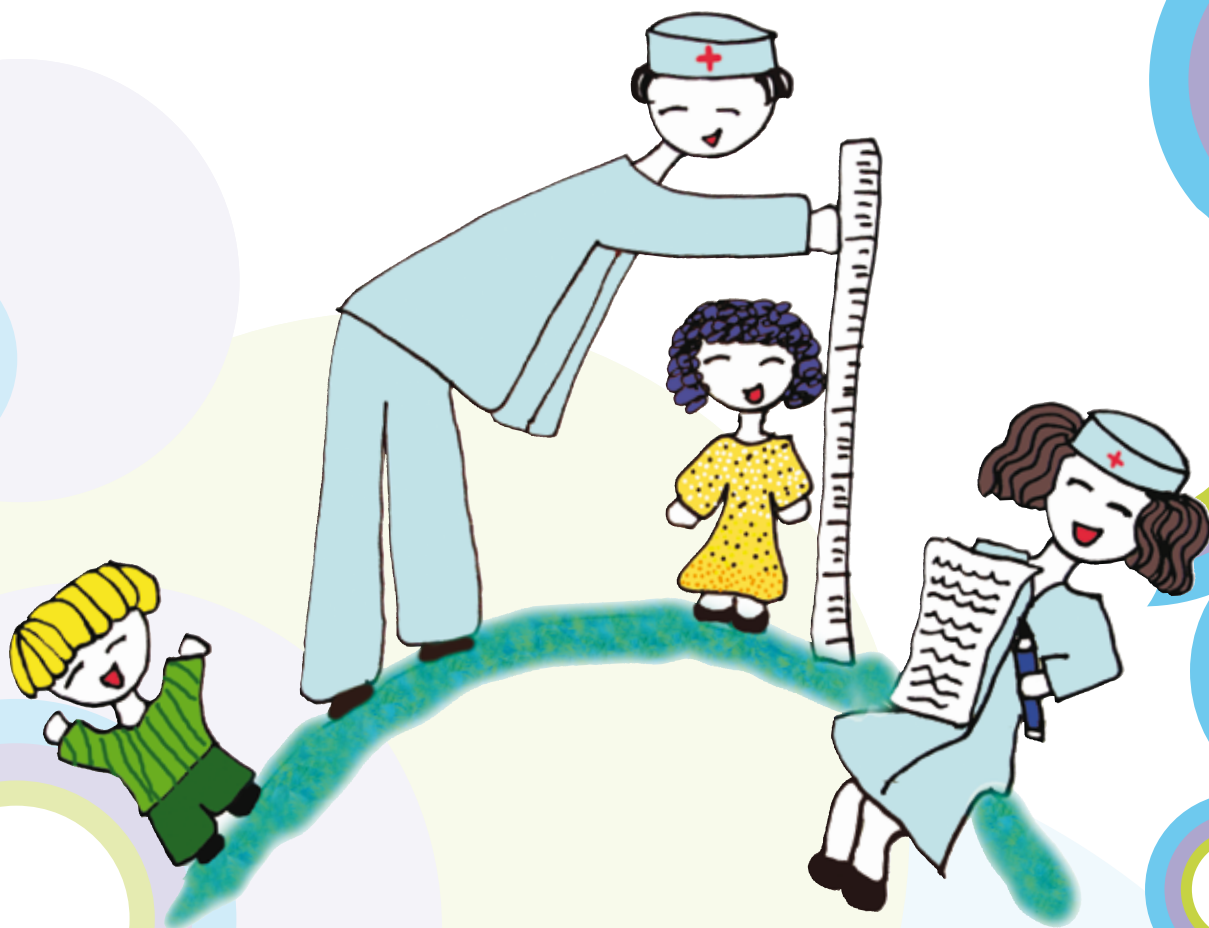
Para lograr los ODM es necesario realizar cambios estructurales que tienen que ver con una mejor distribución de las riquezas, mayor acceso a la educación, a condiciones dignas de vivienda y empleo, con el respeto al medio ambiente y a los pueblos originarios. Además será necesario deconstruir una cultura patriarcal en la cual las inequidades de género repercuten en las posibilidades y condiciones de vida de los y las menores de edad³³.

Estamos ante dos desafíos: por un lado, salvar el zoé y por el otro protagonizar el *bios*.

31 Ministerio de Hacienda, Unidad de Economía Social, Reportes de investigación sobre el gasto social público, 2010.

32 Sen, Amartya: Invertir en la infancia, 1999. Pedro Carneiro, James Heckman, Human Capital Policy, 2003

33 A mayor nivel educativo de la madre menor tasa de mortalidad infantil. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¿Cada madre y cada niño contarán! OMS



1.3 Situación de los programas y servicios de salud

Al momento de la elaboración del presente plan, el MSP y BS se halla en un proceso de reestructuración de sus programas y de los servicios de salud otrora concebidos como integrantes de un sistema piramidal con puestos de salud y dispensarios, con escasa o nula capacidad resolutive, en la base y hospitales especializados en la punta de la pirámide.

La existencia de numerosos planes y programas, fragmentados y no articulados unos con otros, provoca mala utilización de recursos, desgaste del personal, poco impacto, escasa llegada a la población. A ello debemos sumar que los programas en general tienen un abordaje predominantemente biologicista lo que los limita bastante.

Los servicios de salud han estado poco conectados, gran parte de ellos con escasa resolutive, concebidos para atender a la población desde una mirada biologicista, centrada en lo curativo, en lo urgente, en la atención hospitalaria, con pacientes en posición horizontal: ya internados por sus afecciones. Las personas no son interpretadas en sus contextos históricos, culturales, según sus ciclos de vida; mucho menos se consideran cuestiones de género, de etnia o de clase social.

Al año 2008 sólo 24% de los nacimientos están registrados con el Sistema Informático Perinatal³⁴ siendo la calidad de llenado no óptima. La información necesaria para conocer la realidad y poder cambiarla en caso necesario, no está suficientemente analizada ni aprovechada de manera sistemática. Además se estima un 35% de subregistro de las estadísticas³⁵.

En cuanto a las condiciones necesarias para brindar cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), en el año 2006, sólo 11,7 % de los hospitales del país brindaban CONE completo. Encontrándose estos hospitales en regiones aledañas a la capital del país. El 65 % provee un Nivel CONE Incompleto o no aplica función CONE. La oferta de recursos humanos calificados esta por debajo de los niveles considerados mínimos. Además, como promedio, menos del 50% de los hospitales cuenta con infraestructura e instrumental mínimo necesarios para la atención neonatal básica y cesáreas³⁶.

El nacimiento institucional permite a los/las recién nacidos acceder tanto a las atenciones durante el mismo y en el periodo posterior, como a otros controles y atenciones. El test del piecito, el cual es realizado durante los primeros días de vida, posibilita un diagnóstico precoz de patologías metabólicas genéticas previniendo daños del sistema nervioso central que resultarían irreparables de diagnosticarse más tardíamente. No obstante aún tenemos un 7,8 % de partos domiciliarios³⁷.

Los recursos humanos destinados al área salud son limitados en número y en calidad, además de hallarse mal distribuidos. Los salarios son bajos, lo que provoca multiempleos que acarrear miradas fragmentadas a los/as pacientes, desgaste del personal, poco estímulo, poca calificación continuada³⁸.

La participación social en el sector salud es pobre, con escasa articulación entre aquéllos comités o grupos que participan, baja representatividad y pobre influencia en las decisiones públicas locales y distritales.

Ante la situación descrita acerca de los programas y servicios de salud se plantean cambios estructurales³⁹ a través de la **Red Nanduti Tesai** y de la **Estrategia Promocional para Calidad de Vida y Salud con Equidad**, más abajo descritas.

34 Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2006

35 Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2008

36 Portillo M, Jiménez C: Monitoreo sobre disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en los Establecimientos de salud del Paraguay. Marzo 2006, MSP y BS.

37 Dpto. de Bioestadística, 2008. MSP y BS

38 Planificación Estratégica 2009 – 2013. MSP y BS

39 La Planificación Estratégica 2009 – 2013 del MSP y BS orienta sus objetivos estratégicos de tal manera a superar los problemas que en este apartado han sido someramente expuestos. Los objetivos estratégicos mencionados son: Rectoría en Salud; Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud, Instalación y fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud; Desarrollo Institucional y Participación y Gestión Social. Planificación Estratégica 2009 – 2013. MSP y BS.

Por otro lado, considerando que la articulación entre los diversos sectores del Estado ha sido casi nula, actualmente se está realizando un enorme esfuerzo para lograr un trabajo interdisciplinario e intersectorial, buscando optimizar esfuerzos y recursos.

1.4. Justificación

Considerando que la infancia es el ciclo de la vida en el que el sistema nervioso se desarrolla como en ningún otro y que las estructuras síquicas, sociales y culturales se establecen; debemos garantizar a la población infantil todo aquello que sea necesario para lograr un crecimiento y desarrollo adecuados. Es decir: seguridad, amor, caricias, confianza, techo, vestido, alimento, cuidados del cuerpo, ambiente sano y libre de tóxicos, estímulo e interacción, respuestas y juegos.⁴⁰

Las condiciones ambientales, en las cuales se desarrolla la infancia, afectan la salud y la manera como se estructuran sus sistemas biológicos, sociales y culturales. En este sentido, los fenómenos sociales que ocurren tales como la migración interna y externa; la urbanización de la población rural; la destrucción del medio ambiente; la pobreza; la violencia; la desnutrición y la explotación infantil, entre otros; obligan a la construcción de políticas públicas para la infancia que contemplen la articulación entre los distintos sectores responsables de garantizar el desarrollo integral de la infancia: la familia, la sociedad y el Estado, cada uno desde su rol específico.

Un plan de **promoción** de la salud busca acciones sociales, políticas y educativas que incrementen la conciencia pública sobre la salud, promuevan estilos de vida saludables y acciones comunitarias que posibiliten a la población el ejercicio de sus derechos.

Además de los de **base científica, cultural, social o programática**; otros fundamentos que justifican la elaboración de un plan de salud para la infancia tienen **bases legales** considerando que nuestro país asumió el compromiso de adoptar los acuerdos suscritos en la Convención de los Derechos del Niño y de la Niña y la Ley 1680/00.

En cuanto al **fundamento económico**, se destaca la relación entre el desarrollo humano y el desarrollo en la primera infancia, en este sentido invertir en la infancia resulta altamente beneficioso para un país en términos económicos.⁴¹

No se puede postergar acción alguna a favor de la infancia porque cada minuto que pasa sentencia a miles y miles de niños y niñas en particular y a

40 Myers, Robert (1993): Los doce que sobreviven: fortalecimiento de los programas de desarrollo para la primera infancia en el tercer mundo. Washington, OPS.

41 Sen, Amartya: Invertir en la infancia, 1999. Pedro Carneiro, James Heckman, Human Capital Policy, 2003

todo el país en general, ya que se pierde la oportunidad de formar capital humano.

Finalmente y no por ello menos importantes, además de los argumentos **sociales, culturales, económicos y políticos**, debemos tener en cuenta a los **argumentos éticos** que apuestan al desarrollo efectivo de políticas públicas que pretenden la construcción y consolidación de sociedades equitativas, en las que niños y niñas sean vistos como **sujetos de derecho**.

1.5. Marco jurídico

Este plan se regirá apelando a los siguientes ordenamientos legales, convenios y consensos:

Referentes universales

- > Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948
- > Convención Internacional de los Derechos del Niño y de la Niña (CDN)
- > Protocolos facultativos de la CDN relativos a la trata de niños, a la prostitución infantil, a la pornografía y a la participación de niños y niñas en conflictos armados.
- > Cumbre Mundial de Educación para Todos 1990
- > Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994)
- > Cumbre Mundial para el Desarrollo Social, Copenhague (1995)
- > Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995)

Otros convenios, acuerdos y planes:

- > la formulación de las Metas de Milenio (2002) propuestas por las Naciones Unidas
- > el Convenio de Monterrey, 2002, para la reducción global de la pobreza, la disminución de la mortalidad infantil y la lucha contra el sida
- > el Consenso de Copenhague, 2005
- > el Foro Social Mundial
- > Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud para mejorar la salud de los y las adolescentes, 2008

Referentes nacionales

- > Ley n° 57/90 que ratifica la Convención Internacional sobre los derechos del niño y de la niña (1990)
- > Ley n° 1680/01 Código de la Niñez y Adolescencia (2001)

- > Paraguay para todos y todas. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010 – 2020
- > Política Nacional de la Niñez y Adolescencia (POLNA) 2003-2013
- > Plan Nacional de Promoción en Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008 – 2013
- > Plan Nacional de Desarrollo de la Infancia 2010 – 2020
- > Plan Nacional de Promoción en Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008 – 2013
- > Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2009 – 2013
- > Planificación Estratégica Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia 2009 - 2013
- > Plan Estratégico 2010 – 2013 de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia.
- > Programa de atención integral a niños, niñas y adolescentes en sus comunidades, territorios sociales y solidarios. Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia 2009 – 2013
- > Programa de restitución de derechos para niños, niñas y adolescentes en situación de calle (PAINAC). Programas Abrazos. Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia 2009 - 2013
- > Programa de universalización en la inscripción de nacimiento y documento de identidad, Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia 2009 - 2013



2. Hacia dónde nos dirigimos

2.1 Visión

La población menor de 10 años de nuestro país goza de una vida sana y con calidad, contando como aliados a sus familias y comunidades.

2.2 Misión

La población infantil menor de 10 años recibe atención a su salud a tiempo, de manera eficaz y universal, con intervenciones territoriales e intersectoriales que promuevan la salud y calidad de vida con acciones preventivas, educativas, curativas y rehabilitadoras en el marco de un sistema de salud con enfoque de derecho y con participación de los niños, niñas, familias y comunidades.

2.3 Objetivo General

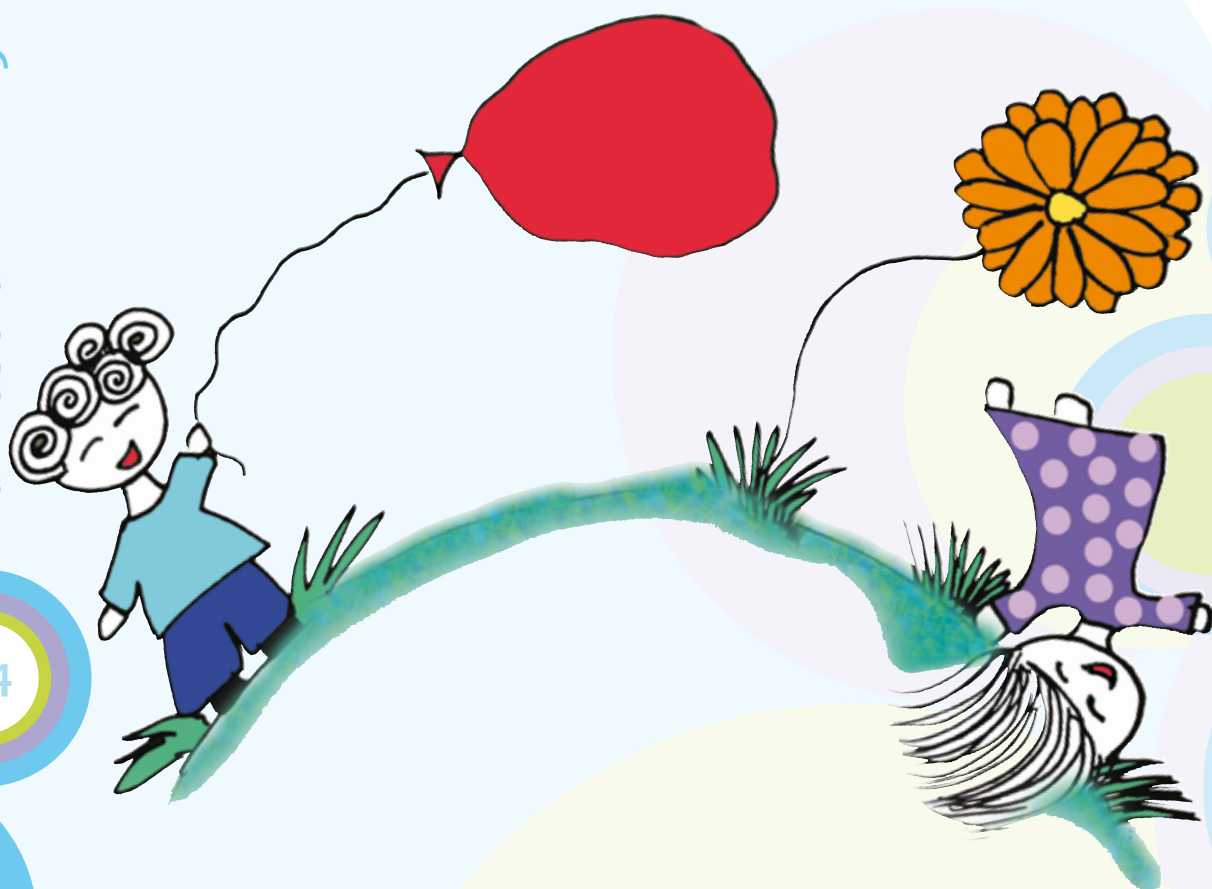
Elevar la calidad de vida y salud de los niños y niñas menores de diez años mediante la promoción de la salud garantizando su derecho a la salud a través de ambientes familiares y comunitarios protectores y del acceso a servicios de salud equitativos, integrales y de calidad.

2.4 Alcance

Este plan de acción se centra en mejorar la calidad de vida y salud de los niños y las niñas de 0 a menos de 10 años de edad para el periodo 2010-2015, en concordancia con la propuesta para el logro de los Objetivos del Milenio (ODM). El fortalecimiento de políticas públicas sociales y de salud, de un sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de la salud, el desarrollo institucional y la integración programática son fundamentales para alcanzar el objetivo de este plan, que a su vez contribuirá a la consecución de los ODM.

2.5 Metas de impacto

- > Para el 2015 se tendrá una tasa de mortalidad en menores de 5 años dos tercios menos que en 1990, es decir de 13 por mil nacidos vivos.
- > Para el 2015 se tendrá una tasa de mortalidad infantil dos tercios menos que en 1990, es decir 10 por mil nacidos vivos.
- > Para el 2015 se reducirá la proporción de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición global en un tercio, es decir del 5% al 3%.
- > Para el 2015 el 95% de los niños y niñas menores de un año tendrá vacuna antisarampionosa



3. Metodología operativa

3.1 Metas de indiferencia cero para la infancia

La mayoría de los problemas de salud están determinados por factores sociales y culturales, siendo más graves y frecuentes en las poblaciones más pobres. Para la gran parte de estos problemas se cuenta con conocimientos y técnicas que podrían permitir drásticamente, o incluso superarlos. Para ello es necesario que el Estado y toda la sociedad movilicen sus capacidades alrededor de estrategias y planes conjuntos, con intervenciones basadas en las evidencias de mayor efectividad sumando los esfuerzos y potenciando los recursos de los que se pueden disponer.

Como los determinantes de salud de nuestra población son sumamente complejos y están en directa relación con las condiciones de vida, al decir “Indiferencia cero” no se está significando que ya no ocurrirán enfermedades y muertes sino que éstas ya no pasen desapercibidas, ni para el sistema de salud, ni para la sociedad en general. Lo que se busca es romper con la naturalización de la enfermedad y la muerte por causas evitables. Esto es, considerar inadmisible o intolerable que se siga muriendo o enfermando por causas que ya han sido superadas por la humanidad. Es así que se deben realizar esfuerzos concretos, progresivos y dirigidos a tal fin.

Metas de indiferencia cero para la infancia⁴²

- > Ausencia de acceso a la atención primaria de salud, urgencias, atención especializada y hospitalizaciones en toda su complejidad
- > Mortalidad antes de los diez años de edad
- > Hospitalizaciones por enfermedades respiratorias
- > Morbilidad por diarrea
- > Morbilidad por accidentes y violencia
- > Falta de cobertura en inmunizaciones
- > Bajo peso al nacer
- > Nutrición inadecuada
- > Enfermedades metabólicas genéticas no diagnosticadas
- > Incidencia de VIH, sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual por transmisión vertical
- > Subregistro de nacimientos, defunciones y morbilidad
- > Drogodependencia infantil
- > Explotación laboral
- > Maltrato infantil
- > Explotación sexual

3.2 Enfoque estratégico

Para alcanzar las metas del presente plan además de considerar a los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, es necesario tener en cuenta la situación descrita de las instituciones públicas de salud, situación desde la cual se parte a fines del año 2008, resultado de un modelo de institución pública imperante durante las últimas décadas⁴³, con un Sistema de Salud aún fragmentado, poco articulado y sin una rectoría fuerte por parte del MSP y BS.

A partir de entonces, el MSP y BS diseñó un proceso por etapas, la primera de ellas o “Plan de Contingencia” concluyó en marzo del 2009. La segunda etapa, denominada de “Mejoras e innovaciones sustantivas” concluyó

42 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. www.mspbs.gov.py Primera edición, septiembre 2009. Estas metas de indiferencia cero están sujetas a redefiniciones.

43 La dictadura conformó un Estado autoritario, con un modelo institucional arbitrario, clientelista, nepotista y con prácticas corruptas.

en marzo del 2010. Actualmente se está desarrollando la tercera etapa denominada de “Inicio de la Reforma Estructural”.

Durante la primera etapa se puso en marcha la implementación progresiva de la **gratuidad de los servicios de salud**⁴⁴, de esta manera se vence una de las mayores barreras de acceso: la económica. Esta etapa se articula con la Estrategia de Combate a la Pobreza en el marco de la política social del gobierno.

Con la Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud se busca articular acciones y esfuerzos, colectivos y transectoriales, para mantener y desarrollar la autonomía de la infancia que vive en Paraguay y de sus comunidades, movilizandolos recursos para que los niños y niñas gocen de calidad de vida.

La Estrategia Promocional tiene en cuenta el ciclo vital, considerando que tanto las amenazas como las acciones que favorecen la salud y el buen vivir ocurridas en una etapa del ciclo vital, influyen decisivamente en las siguientes. Por esta razón en la construcción de los planes de salud de cada una de las etapas del ciclo vital (infancia, adolescencia y juventud, hombres y mujeres adultos y adultos mayores) deben contemplarse las amenazas y daños a la autonomía provocados por las enfermedades crónico-degenerativas, las transmisibles, los problemas de salud sexual y reproductiva, de salud bucal, salud mental, traumatismos y lesiones externas. Así mismo deben ser considerados otros condicionantes de la salud y calidad de vida como son la clase social, el género y la etnia, el grado de cobertura de protección social (empleo e ingreso, seguridad y asistencia social, educación, vivienda, recreación y deporte) y otros como son la ocupación, nutrición y seguridad alimentaria, exposiciones ambientales, discapacidad, actividad física y adicciones.

Con la **Estrategia de Atención Primaria de Salud** se realizan acciones que plantean el desafío de reorientar los servicios de salud hacia un modelo de atención que favorece la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con un enfoque familiar y comunitario, promoviendo además el desarrollo de capacidad de gestión a nivel local para promover intervenciones eficaces.

La Estrategia Promocional concreta sus acciones en los territorios sociales adscritos a las **Unidades de Salud de la Familia (USF)**⁴⁵ La implementación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, con sus Unidades de

44 Mediante la gratuidad se asegura la universalidad. La misma se fue dando de manera progresiva, iniciándose con la gratuidad de las consultas externas y urgencias (12 de septiembre del 2008); de las internaciones hospitalarias y cirugías de urgencias, menores y programadas, derecho operatorio y anestesia (30 de septiembre de 2008); de estudios auxiliares (27 de noviembre de 2008); de tratamientos de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y mamas (21 de julio de 2009); de consultas y procedimientos odontológicos (11 de agosto de 2009). Con estas medidas se ha incrementado la demanda en cerca del 40%.

45 La estrategia de Atención Primaria de Salud es uno de los Programas Emblemáticos contemplados en “Paraguay para todos y todas. Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010 – 2020.” A agosto del año 2010 se tienen instaladas 270 USF. Para fines del año 2010 se proyecta llegar a 500 USF. Para cubrir el territorio nacional se deberá llegar a aproximadamente 1.875 USF. Cada una de ellas abarca una población de 3,500 personas. En su instalación se priorizan aquellas áreas que presentan mayores índices de exclusión y pobreza.

Salud de la Familia, forma parte como primer nivel de atención, de la **Red Integrada de Servicios de Salud “Tesai Ñanduti”**. La red se conforma por establecimientos de salud de distinta complejidad articulados entre sí. De esta manera se apuesta a servicios de salud de calidad, accesibles, integrados, integrales y oportunos.

Al abordar a la población en aquellos lugares donde la misma vive y se relaciona, se fuerza a que los programas y acciones se articulen, pasando desde una concepción de servicios de salud montados según la oferta a conceptualizar la salud como calidad de vida⁴⁶.

Las intervenciones contempladas en el presente plan se encuentran orientadas principalmente hacia el fomento de derechos del niño y la niña; la promoción e implementación de programas de salud mental; la vigilancia del crecimiento y el desarrollo, la prevención y atención de las discapacidades, la alimentación de lactante y del niño pequeño; lactancia materna, Iniciativa madre/padre canguro; la Atención Neonatal Integrada (ANI); la Iniciativa Hospital Amigo de la Niñez y la Madre (IHANM); las inmunizaciones; la salud neonatal; la prevención y atención del maltrato infantil; la salud ambiental; la Vigilancia Epidemiológica de la Salud y de la Mortalidad Infantil; los programas de salud escolar desde la perspectiva biopsicosocial, con enfoque de derechos y de género.

Debe considerarse además la expansión de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), centrada en la atención de los niños menores de 5 años, teniendo en cuenta su bienestar general, así como también las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

Además, considerando el principio de equidad, se deben dirigir los esfuerzos para ampliar la cobertura de las intervenciones clínicas, familiares y comunitarias a las poblaciones indígenas y poblaciones más vulnerables (infancia en calle; niños y niñas no escolarizados/as; hijos e hijas de madres/padres adolescentes; hijos e hijas de migrantes, niños y niñas con discapacidad; niños y niñas institucionalizados/as; infancia en explotación sexual, laboral y en trata).

Finalmente se debe tener presente que para el logro de los objetivos del presente plan se necesita una mayor inversión económica, y la dotación de recursos humanos capacitados.

46 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. www.mspps.gov.py Primera edición, septiembre 2009.



3.3 Áreas estratégicas, objetivos específicos, metas y actividades

Se han identificado siete áreas estratégicas, con objetivos que representan resultados previstos con indicadores y actividades.

ÁREA ESTRATÉGICA 1: PRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Objetivo 1

Disponer de información en coordinación y articulación con la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES) para acceder a información sanitaria de calidad sobre la salud de niños y niñas menores de 10 años, y sus determinantes sociales, desglosando la información por edad, sexo, grupo étnico, presencia de discapacidad y nivel socioeconómico.

Indicadores

- > El sistema nacional de información en salud disponibiliza información anual sobre indicadores de crecimiento y desarrollo de niños y niñas, desglosada por edades.
- > El sistema nacional de información en salud disponibiliza información sobre la salud de niños y niñas menores de 10 años, por situación socioeconómica.
- > El sistema nacional de información en salud disponibiliza información sobre la salud de niños y niñas menores de 10 años por grupo étnico.
- > El sistema nacional de información en salud disponibiliza información sobre la salud de niños y niñas menores de 10 años con discapacidades.
- > El sistema nacional de información en salud disponibiliza información sobre la salud de niños y niñas menores de 10 años por sexo.
- > A nivel nacional, regional y local se analizan los datos y se realiza un informe anual de los aspectos epidemiológicos, conductas de salud e intervenciones para niños y niñas menores de 10 años.

Meta

- > Para el 2015 se contará con sub sistemas capaces de generar información de calidad sobre la salud de niños y niñas menores de 10 años y sus determinantes.
- > Para el 2015 se contará con un sistema eficaz de medición de la inversión en salud para niños y niñas menores de 10 años.
- > Para el 2015 se contarán en todas las regiones sanitarias con análisis anuales de la situación de la calidad de vida y salud de la población menor de 10 años.

Actividades

- 1.1. Las instituciones de salud recopilan datos en forma sistemática y analizan la situación de salud de los niños y niñas menores de diez años.
- 1.2. Generación sistemática de indicadores básicos de salud infantil, incluidos los de crecimiento y desarrollo, en los sistemas de información ordinarios previo acuerdo de los mismos.
- 1.3. Mejoría de la calidad y la recopilación de datos sobre mortalidad y morbilidad en menores de diez años.
- 1.4. Aumento de la cobertura de los datos de morbilidad y mortalidad en menores de 10 años.
- 1.5. Fomento de la utilización de formularios clínicos para la recopilación de datos.

- 1.6. Promoción de la realización, de manera anual, de informes de análisis de la situación de calidad de vida y salud de la población menor de 10 años, por región sanitaria.
- 1.7. Coordinación de la evaluación de la calidad, la cobertura y la inversión de los programas de salud, de los servicios de salud y otras intervenciones nacionales para la población menor de diez años.
- 1.8. Articulación de esfuerzos con otros sectores que trabajan el sistema de información.

ÁREA ESTRATÉGICA 2: IMPULSO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS, EN CONCORDANCIA CON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRALES

Objetivo 2

Impulsar y fomentar entornos favorables para la salud y el desarrollo de niños y niñas menores de 10 años, mediante la aplicación de políticas, planes, programas y proyectos eficaces, integrales y sostenibles.

Indicadores

- > El Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad para la Infancia 2010 – 2015 cuenta con plan de acción a medio y largo plazo, con recursos y presupuesto asignados
- > Los programas y proyectos vigentes incorporan los principales problemas de salud de niños y niñas menores de 10 años según meta de indiferencia cero, incluyendo necesidades específicas de pueblos indígenas y grupos vulnerables, con el fin de que tengan acceso a la salud y al sistema sanitario.
- > Los planes, programas y proyectos son compatibles con la Convención sobre los Derechos del Niño.

Metas

- > Para el 2010 se contará con el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad para la Infancia 2010-2015.
- > Para el 2013 el 100% de las regiones sanitarias habrán establecido un programa de salud, basado en el presente Plan, que incorpore los principales problemas de salud que afectan a esa población en su sistema sanitario, el cual debe contar con un plan de acción con recursos asignados.

- > Para el 2013 se tendrán Subprogramas destinados a responder a las necesidades específicas de salud de población de pueblos indígenas y población vulnerable y excluida (recién nacidos de alto riesgo neurológico, con problemas psíquicos severos u otros problemas de salud mental, enfermedades complejas o poco frecuentes, niños y niñas de y en calle, indígenas, con discapacidad, institucionalizados, en explotación sexual, laboral y en trata).

Actividades

- 2.1 Difusión del presente Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad para la Infancia 2010 – 2015, aprobado por el MSP y BS con el consenso de la población civil y las organizaciones pertinentes.
- 2.2 Implementación del presente Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad para la Infancia 2010 – 2015, por etapas, en las 18 regiones sanitarias a partir de los programas regionales.
- 2.3 Elaboración de sub-programas específicos para población indígena y población vulnerable.

ÁREA ESTRATÉGICA 3: SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS E INTEGRALES

Objetivo 3

Contribuir al **fortalecimiento de la Red Ñanduti Tesai** para atender a las necesidades de niños y niñas menores de 10 años en forma integral, haciendo énfasis en la atención primaria de la salud.

Indicadores

- > Número de Servicios por Niveles de Atención que ofrece servicios integrados e integrales de salud para niños y niñas menores de 10 años como la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, la Atención Neonatal Integral, entre otras.
- > Número de regiones sanitarias con gestiones integrales de salud para la infancia.

Metas

- > Para el 2012 el 40% de los servicios de salud a nivel nacional aplican intervenciones eficaces dirigidas a niños y niñas menores de 10 años y para 2015 el 80% lo habrá hecho.

Actividades

- 3.1 Aplicación de lineamientos técnicos en las RISS según niveles de complejidad, recurriendo a un conjunto de intervenciones, como la de AIEPI, con perspectiva de derechos, de género y de interculturalidad.
- 3.2 Coordinación con las RISS y el Centro Regulador para responder en forma oportuna y adecuada a las necesidades sanitarias de niños y niñas menores de 10 años con intervenciones integrales y con calidad de atención.
- 3.3 Promoción de investigaciones operativas sobre las prácticas más adecuadas en la prestación de los servicios.
- 3.4 Implementación de mecanismos para fortalecer los vínculos entre la comunidad y los servicios de salud, y auspiciar la participación de niños y niñas menores de 10 años y sus familias a través de la estrategia AIEPI, la estimulación temprana y la Convención de los Derechos del Niño.

ÁREA ESTRATÉGICA 4: DESARROLLO DE CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS

Objetivo 4

Impulsar y fomentar la elaboración de programas de capacitación de recursos humanos para la salud integral de niños y niñas menores de 10 años, especialmente los relacionados con las ciencias de la salud y afines, a fin de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

Indicadores

- > Número de universidades, institutos y centros de formación de enseñanzas de ciencias de la salud del país que tienen incorporados en el proyecto educativo programas sobre salud integral de niños y niñas menores de 10 años desde la perspectiva biopsicosocial
- > Número de centros de atención en salud con personal capacitado en salud desde la perspectiva biopsicosocial.

Metas

- > Para el 2015, el 80% de las instituciones formadoras de recursos humanos en ciencias de la salud habrá incorporado en su malla curricular el tema de la salud de niños y niñas menores de 10 años desde la perspectiva biopsicosocial
- > Para el 2013, el 80% de las Unidades de Salud Familiar tendrán al menos un proveedor de salud capacitado en la atención integral

de salud de niños y niñas menores de 10 años desde la perspectiva biopsicosocial dentro de la estrategia de AIEPI.

- > Para el 2015, el 70 % de las personas que trabajan en el tema de salud de menores de diez años habrá recibido capacitación y sensibilización sobre la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

Actividades

- 4.1 Desarrollo de un contenido de capacitación de recursos humanos para la atención de salud de niños y niñas desde la perspectiva biopsicosocial por niveles de atención según el RISS
- 4.2 Formación del personal sanitario que trabaja con niños y niñas en el enfoque de derechos humanos, considerando la CDN.
- 4.3 Coordinación con las instituciones formadoras de recursos humanos en ciencias de la salud la inclusión, en el proyecto educativo, del programa de salud del niño y de la niña desde la perspectiva biopsicosocial.
- 4.4 Desarrollo de talleres, para los encargados de adoptar las decisiones, en los problemas prioritarios de salud infantil (cuidados del/la recién nacido/a, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, prevención de violencia, nutrición, etc.), teniendo en cuenta las desigualdades socioeconómicas, geográficas, étnicas y en materia de género predominantes.
- 4.5 Capacitación a los proveedores de atención primaria de salud por medio de cursos evaluados en la salud integral infantil (AIEPI).
- 4.6 Incorporación del requisito de demostrar competencias en materia de salud infantil (CDN, AIEPI, reanimación cardiopulmonar neonatal y pediátrica) como parte de la titulación, la certificación y los exámenes de otorgamiento de licencias de los profesionales de la salud.
- 4.7 Capacitación al personal de salud encargado de la formación de recursos humanos en técnicas de didáctica.
- 4.8 Incorporación de modalidad a distancia en la capacitación continua del personal de salud.

ÁREA ESTRATÉGICA 5: INTERVENCIONES BASADAS EN LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y LA ESCUELA

Objetivo 5

Elaborar y respaldar los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades de menores de diez años, y del maltrato y abuso sexual con intervenciones comunitarias que fortalezcan a las familias, incluyan a las escuelas y comunidades, y promuevan la participación protagónica de los sujetos y la apropiación de las intervenciones.

Indicadores

- > El Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad para la Infancia 2010 – 2015 incluye una estrategia para fortalecer a las familias y generar aptitudes y competencias para la crianza apropiada de los hijos: AIEPI Comunitario.
- > El Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad para la Infancia 2010 – 2015 cuenta con actividades coordinadas con las escuelas y las comunidades: Iniciativas Escuelas, Municipios y Comunidades Saludables.

Meta

- > Para el 2015 todas las regiones sanitarias habrán incorporado en sus programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades de la infancia las intervenciones para fortalecer las familias y los programas coordinados con las instancias comunitarias (familias, escuelas).

Actividades

- 5.1 Promoción y validación de herramientas para las intervenciones familiares, comunitarias y escolares con enfoque de derechos, género e interculturalidad en el marco de este plan.
- 5.2 Difusión de las prácticas más adecuadas en la prevención del maltrato, abuso sexual y violencia en sus diferentes expresiones.
- 5.3 Promoción de la participación protagónica de niñas y niños para la defensa de sus derechos, la protección del medio ambiente y aumentar la conciencia acerca del cambio climático.
- 5.4. Difusión y seguimiento de la Declaración de México “Prevenir con Educación” con los sectores de la salud y la educación y sociedad civil, para elaborar e implementar programas integrales de educación de la sexualidad para niñas y niños.
- 5.5 Impulso de la implementación del Marco Rector Pedagógico de la educación integral de la sexualidad atendiendo las funciones asignadas al sector salud.
- 5.6 Puesta en práctica de herramientas y programas que fortalezcan las habilidades de las familias para estimular, educar y criar a sus niños y niñas, con enfoque intercultural, de género y de derechos.
- 5.7 Promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- 5.8 Apoyo de acciones dirigidas a la promoción de la salud mental.
- 5.9 Desarrollo de programas de prevención y atención de enfermedades crónicas y salud bucodental, en las escuelas y comunidades.
- 5.10 Promoción de redes locales de protección y promoción de derechos, con una fuerte alianza entre la salud y la educación.

- 5.11 Priorización e integración de esfuerzos con las iniciativas Escuelas Saludables y Municipios Saludables.
- 5.12 Aplicación de herramientas para promover la participación protagónica y el empoderamiento de niños y niñas.
- 5.13 Promoción de las actividades intersectoriales, con una fuerte alianza entre la salud y la educación.
- 5.14 Herramientas disponibles e impulsadas para mejorar las competencias de los agentes de la comunidad y otros actores sociales.

ÁREA ESTRATÉGICA 6: ALIANZAS ESTRATÉGICAS Y COLABORACIÓN CON OTROS SECTORES

Objetivo 6

Facilitar el diálogo y forjar alianzas estratégicas con diferentes sectores y actores sociales, a fin de impulsar el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Infancia 2010 - 2015, e instar a que los asociados estratégicos participen en la formulación e implementación de las políticas y los programas correspondientes a este grupo de edad de manera articulada.

Indicador

- > Se cuenta con un plan estratégico intersectorial; el **Plan Nacional de Desarrollo de la Infancia 2010 – 2020**, que integra al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), al Ministerio de Educación (MEC) y a la Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia de la Presidencia de la República (SNNA) y con la participación de la sociedad civil.
- > Se cuenta con un equipo multidisciplinario e interinstitucional que acompaña, monitorea y evalúa la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Infancia 2010 – 2015, a nivel local, regional, nacional.
- > El presente Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Infancia 2010 – 2015 cuenta con la aprobación y el seguimiento del Consejo Nacional de Niñez y la Adolescencia.

Meta

- > Para el 2011, el Plan Nacional de Desarrollo de la Infancia 2010 – 2020 es un instrumento de gestión del presupuesto público y la cooperación internacional del presente Plan.
- > Desde el 2011 se cuenta de manera anual con planes operativos intersectoriales para la ejecución articulada del Plan Nacional de Desarrollo de la Infancia 2010 – 2020.

Actividades

- 6.1 Identificación de los potenciales asociados y actores sociales; sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, religiosas, sector privado, para que se sumen a la alianza y respalden la puesta en práctica del plan intersectorial.
- 6.2 Elaboración, implementación, monitoreo y evaluación de planes operativos anuales intersectoriales (MSPBS, MEC, SNNA y organizaciones de la sociedad civil) para la implementación articulada del Plan Nacional de Desarrollo de la Infancia 2010 – 2020.
- 6.3 Elaboración e implementación de mecanismos consensuados y aprobados para el trabajo articulado e integrado al interior del MSPBS.
- 6.4 Conformación de un equipo de gestión intersectorial e interinstitucional de presupuesto para la ejecución del plan estratégico.
- 6.5 Conformación y funcionamiento de un Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM)⁴⁷ y multisectorial estable, que analiza el problema de la violencia.

ÁREA ESTRATÉGICA 7: COMUNICACIÓN SOCIAL

Objetivo 7

Diseñar y ejecutar estrategias de comunicación y movilización social usando medios tradicionales, alternativos y tecnologías innovadoras adecuadas a cada realidad para promover la salud de la población menor de diez años, considerando la interculturalidad, con enfoque de derechos y de género.

Indicador

- > Medios de difusión y comunicación social promueven la salud de la población menor de diez años, en relación con los programas y proyectos, en coordinación con otros sectores.

⁴⁷ El Equipo Técnico Multidisciplinario se crea en febrero del 2010, por Resolución S. G. N° 57, para dar respuesta al Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República y Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República firmado el 29 de Octubre de 2008.

El objetivo principal del mencionado convenio es el de dar respuestas integradas e integrales de manera intersectorial a la problemática de violencia basada en género contra niños, niñas, adolescentes y mujeres.

Meta

- > Para el 2013 se habrán incorporado en los programas y proyectos dirigidos a promover la salud de la población menor de diez años, estrategias de comunicación, movilización social y las tecnologías innovadoras.

Actividades

- 7.1 Coordinación con la Dirección General de Promoción de la Salud para la formulación y ejecución de estrategias de comunicación y de movilización social, en torno a la salud y calidad de vida de los niños y niñas menores de 10 años
- 7.2 Producción de materiales audiovisuales e impresos para la promoción de la salud integral, con enfoque de derechos de los niños y niñas menores de 10 años
- 7.3 Participación en programas radiales, televisivos, y en espacios informativos o de promoción de los medios de prensa escrita, para difundir el presente Plan, y las experiencias innovadoras en cuanto a la atención de la salud y calidad de vida de los niños y niñas menores de 10 años, sus familias, la escuela, otros.



4. Medición de los avances

Para evaluar el cumplimiento de las metas planteadas por el Plan se considerarán como datos basales a los que se encuentran archivados en Estadísticas y Censos del MSP BS correspondientes al año 2008, que son los más actuales. Es importante conseguir que las evaluaciones sean de carácter regional y local. Para ello se deberán considerar las acciones necesarias. Así mismo, la utilización de la información generada debe estar disponible y ser utilizada por todos los niveles de la organización de servicios de salud. Esto será alentado, ya que es la mejor manera de evaluar las acciones y corregirlas en caso necesario.

La evaluación del Plan se realizará por etapas. Las evaluaciones de proceso serán anuales a nivel local y regional, una a nivel nacional a mitad del período del plan (evaluación del proceso) y otra al final del mismo (evaluación de impacto) que servirá como línea de base para la elaboración del siguiente plan.

Evaluación del proceso

En la evaluación del proceso se medirán las actividades que realiza el personal en todos los niveles en base a los planes anuales de trabajo.

Se considerarán los indicadores propuestos en los distintos ejes estratégicos mencionados.

Se recomienda que cada servicio y región realice una evaluación al término de cada año, a fin de redireccionar las actividades que sean necesarias para el logro de las metas propuestas.

Evaluación del impacto

La evaluación del impacto busca medir la repercusión del Plan en la salud de infancia. Se valorarán las modificaciones de los indicadores de mortalidad, coberturas de vacunación y morbilidad.

La medición de las modificaciones de las brechas entre las regiones con menores riesgos y las de riesgos mayores permitirá definir la frecuencia de las visitas de supervisión capacitante en cada región.

5. Anexos

Resolución N° 767

"Bicentenario de la Independencia Nacional: 1811 – 2011"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 767

POR LA CUAL SE APRUEBA EL "PLAN NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD CON EQUIDAD DE LA NIÑEZ - 2010/2015, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN EN TODO EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA.

Asunción, 25 de octubre de 2010

VISTAS:

La propuesta de "Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez – 2010/2015", presentada a este gabinete por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, por intermedio de la Dirección General de Programas de Salud, en el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social;

La Constitución Nacional, Artículos 4 – *Del derecho a la vida*, 6 – *De la calidad de vida*; 54 – *De la protección al niño*; 68 – *Del derecho a la salud*.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por el Paraguay por medio de la Ley N° 57/90, promulgada el 20 de setiembre de 1990.

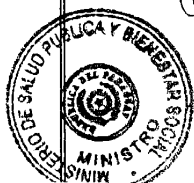
La Ley N° 1680/01, Código de la Niñez y la Adolescencia, Artículos 13 al 16 inclusive.

La Ley N° 836/80, Código Sanitario, Artículos 3°, 4°, 15°, 16°, y 22°-23°

Las "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008-2013", aprobadas por Resolución S.G.N° 131, de fecha 26 de setiembre de 2008, en las cuales se plantea la salud como un derecho con un enfoque universal, integral, equitativo y con participación social activa; y

CONSIDERANDO:

Que el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez – 2010/2015, que es el producto de un proceso de construcción en el que han intervenido diversos sectores del Estado y de la sociedad civil, se propone, a través de diferentes áreas estratégicas, abordar el desafío colectivo de no solamente reducir la mortalidad infantil sino también lograr que los niños y niñas del Paraguay tengan calidad de vida y salud.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 767

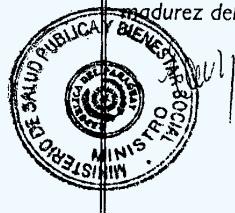
25 de octubre de 2010
Hoja N° 2

Que en ese contexto, plantea acciones basadas en las grandes líneas contempladas en el Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2010/2013, y en el Plan Estratégico 2010/2013 de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia; y considera además a la Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud

Que, específicamente, el objetivo general de dicho instrumento es: "Elevar la calidad de vida y salud de los niños y niñas menores de diez años mediante la promoción de la salud, garantizando su derecho a la salud a través de ambientes familiares y comunitarios protectores y del acceso a servicios de salud equitativos, integrales y de calidad".

Que la Constitución Nacional, en el Artículo 4, preceptúa que "El derecho a la vida es inherente a la persona humana, y garantiza su protección, en general, desde la concepción"; en el Artículo 6, que "La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad"; en el Artículo 54, que "La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos, protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación..."; y en el Artículo 68, que "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad..."-

Que a través de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña, Artículo 2, la Asamblea General de las Naciones Unidas acuerda: "Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales; Artículo 3: "En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas del bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"; Artículo 6: "Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño"; Artículo 12: "Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio del derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño".



"Bicentenario de la Independencia Nacional: 1811 – 2011"

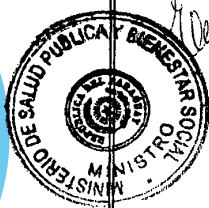
Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 167

25 de octubre de 2010
 Hoja N° 3

Que: La Ley N° 1680/01, Código de la Niñez y la Adolescencia, en el Artículo 9 dispone: "La protección de las personas por nacer se ejerce mediante la atención a la embarazada desde la concepción y hasta los cuarenta y cinco días posteriores al parto", en el Artículo 13: "El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud"; en el Artículo 14, "El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral del niño y del adolescente, que tiene derecho a ser informado y educado de acuerdo con su desarrollo, su cultura y valores familiares..."; y en el Artículo 15, "El Estado proveerá gratuitamente asistencia médica y odontológica, las medicinas, prótesis y otros elementos necesarios para el tratamiento, habilitación o rehabilitación del niño o adolescente de escasos recursos económicos".

Que, la Ley N° 836/80, Código Sanitario, Artículos 3° y 4°, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social, y que dicha autoridad es ejercida por el/la Ministro/a, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes en dicho ámbito; Artículo 15: "Las personas por nacer tienen derecho a ser protegidas por el Estado, en su vida y en su salud, desde su concepción"; Artículo 16: "Durante la gestación, la protección de la salud comprenderá a la madre y al ser en gestación, como unidad biológica"; Artículo 21 y 22: Es obligación y derecho de los progenitores el cuidado de su salud y de su hijo desde el inicio de la gestación. El Estado, por su parte, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad".

Que atento a dichos mandatos legales, y a los compromisos internacionales asumidos por el Paraguay, el Decreto N° 21376/98, en el Artículo 5° determina que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se constituye en el ente rector de la política sanitaria nacional y como tal, tiene la responsabilidad de apoyar la conducción del Sistema Nacional de Salud, basado en una sólida capacidad normativa, de planificación y de decisión que le posibilite identificar prioridades, controlar la gestión pública y privada en salud, promover recursos humanos capacitados y tecnología apropiada según niveles de atención, asegurar una financiación adecuada, garantizar el acceso universal a los servicios de salud, formalizar la participación intersectorial, regional y local, armonizar las políticas gubernamentales en la lucha contra la pobreza, la enfermedad y la inequidad, con miras a lograr la salud para todos como eje central del desarrollo humano y sostenible.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 164

25 de octubre de 2010
Hoja N° 4

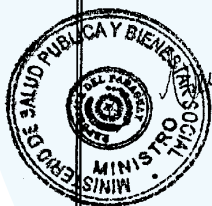
Que en el Artículo 9°, numeral 3, del mismo Decreto se asigna a este Ministerio, como una de sus funciones específicas en el área de rectoría de la Salud, la de "Conducir los planes, programas y proyectos de salud pública, coordinando con instituciones sectoriales y extrasectoriales, con el fin de racionalizar el uso de los recursos públicos, privados y comunitarios, en consonancia con las estrategias de la descentralización sanitaria, la participación social y la autogestión"...; en el Artículo 10°, numeral 1, en el área de Regulación y Atención Sanitaria, la de "Definir normas generales y específicas de atención en salud, que posibilite el desarrollo de programas y servicios acordes a la eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones en las áreas de prevención y recuperación en salud; y en el Artículo 11° numeral 5, en el área de Promoción de la Salud, la de "Promover la coordinación intra e interinstitucional y multisectorial para el desarrollo armónico de planes, programas y proyectos de promoción de la salud..."

Que las "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad" sustentadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en su capítulo IV, determina: "La Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud es una construcción política que nos permite articular acciones y esfuerzos, colectivos y transectoriales para mantener y desarrollar la autonomía de las personas y colectividades a lo largo de toda su vida, movilizandolos recursos para que las personas gocen de una vida plena expresada como calidad de vida..."; y al referirse a los Proyectos de Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud según el ciclo vital y desarrollo de autonomía de las personas, expresa: "Partiendo del hecho de que cada etapa de la vida tiene sus necesidades y de que la vida hay que cuidarla desde antes de nacer hasta el final, se llevarán a cabo cinco Proyectos Estructurantes de Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud, según las diferentes etapas del ciclo vital: - En la Infancia; - En la Adolescencia y Juventud; - En la Adulta y Adulto; - En la Adulta y Adulto Mayores.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:

Artículo 1°. Aprobar el "Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez – 2010/2015", presentada por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, a través de la Dirección General de Programas de Salud, en el marco de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; y cuyo ejemplar original se anexa y forma parte de la presente Resolución.



"Bicentenario de la Independencia Nacional: 1811 – 2011"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 767

25 de octubre de 2010
Hoja N° 5

- Artículo 2°.** Disponer la implementación y ejecución de dicho Plan a través de todos los establecimientos de salud, públicos, privados y mixtos, de todo el país.
- Artículo 3°.** Responsabilizar del cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo precedente, a la Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud, a nivel nacional; y a las Direcciones de Regiones Sanitarias, en los Servicios de Salud de sus respectivas dependencias.
- Artículo 4°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.




DRA. ESPERANZA MARTÍNEZ
MINISTRA

ov/nm/u

Glosario

Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres, madres, y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones⁴⁸.

La AIEPI incorpora así, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma a contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

La AIEPI busca un enfoque integrado de la salud. Se fundamenta en la integración y complementariedad de diversos servicios y estructuras administrativas interdependientes.

Con la AIEPI se busca integrar el manejo de casos y tareas en los servicios de primer nivel, proporcionando a los agentes de salud directrices, herramientas y capacitación. La integración entre los distintos niveles se ve facilitada por pautas de derivación oportuna de los pacientes a centros más complejos. Al mismo tiempo, los agentes de salud de los hospitales reciben directrices y formación actualizada y consensuada para el manejo de los pacientes que llegan derivados.

⁴⁸ Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-aiopiclinico.htm>

AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres y madres.

La AIEPI ha sido adoptada por más de 100 países. Las directrices están diseñadas para su adaptación a las distintas situaciones nacionales y regionales.

Asistencia Neonatal Integral (ANI)

Las salas de neonatología son unas de las que exigen mayor desarrollo técnico para lograr un tratamiento óptimo. Si bien el equipamiento técnico es necesario, el abordaje terapéutico resulta incompleto y perjudicial si no se considera el aspecto social y humano.

El programa ANI fue elaborado por un equipo de profesionales de salud del Departamento de Neonatología del Hospital Nacional de la ciudad de Itaugua en el año 2002. Actualmente está siendo impulsado como un programa de alcance nacional.

El programa ANI busca ofrecer una atención que no se limite a lo biológico y que brinde cuidados integrales enfatizando en la prevención y/o minimización del daño neurológico al que se exponen los/as recién nacidos/as que al nacer deben internarse por distintos motivos. Este eventual daño neurológico se produce tanto por las propias y necesarias intervenciones técnicas aplicadas para salvar sus vidas, como por ciertas actitudes y conductas que el personal de salud manifiesta cuando los/as trata (aislamiento materno, bombardeo sensorial, intervenciones estresantes y dolorosas, entre muchas otras).

El programa ANI incluye el enfoque de derechos y abarca dos ejes fundamentales: los **Cuidados del neurodesarrollo**, y la **Atención Centrada en la Familia**.

Está dirigido al personal de salud que trabaja con recién nacidos/as, incluyendo médicos/as especialistas, médicos/as en formación, licenciadas/os y auxiliares de enfermería, psicólogas/os, nutricionistas. Además se dirige a las familias de los y las bebés internados/as, brindando pautas de manejo, de crianza, de prevención, de estímulo y apoyo a la lactancia materna entre otros temas relevantes.

Pehendu ore ñe'e (Escuchen nuestra voz)

Este proyecto pretende difundir la Convención de los Derechos del Niño y de la Niña (CDN), la Ley 1680 y su aplicación en los servicios de salud.

Bajo los principios fundamentales de la CDN se plantea el rol protector del personal de salud, se identifican los artículos directamente relacionados con la práctica clínica y se propone una serie de acciones que apuntan al cambio de paradigma considerando a los niños y a las niñas sujetos activos de derechos.

La **Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia**, con el apoyo de Plan Paraguay, está ejecutando este proyecto que apunta a la formación de profesionales de la salud como agentes protectores y multiplicadores de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

A su vez, Pehendú Ore Ñe'e se está realizando en el marco de una Iniciativa a nivel del Cono Sur. Esta iniciativa se constituye en el contexto del X Congreso Argentino de Pediatría Social y busca la incorporación de una herramienta para la enseñanza de los derechos de la niñez y la adolescencia a ser aplicada en el área de la salud. En esa ocasión participaron profesionales de Argentina, Chile, Uruguay y Colombia.

A partir de ello, con apoyo de organismos internacionales, se construye el *“Proyecto de formación en la Convención de los Derechos del Niño para equipos de Salud del Cono Sur”*.

La CRED-PRO⁴⁹ coordina la Iniciativa y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales facilita los procesos de capacitación y difusión de la propuesta.

Municipios y escuelas saludables

Estas estrategias se fundamentan en el concepto de promoción de la salud como *“el proceso de empoderar a los individuos y comunidades para lograr un mejor control sobre su salud y a través de acciones directas sobre los determinantes de la misma”*⁵⁰

La estrategia de los Municipios y Escuelas saludables se define como un conjunto de acciones orientadas al empoderamiento de los individuos y comunidades para lograr un mejor control sobre su salud. Estas acciones están articuladas interinstitucionalmente (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Municipalidades, Agencias de Cooperación, OPS entre otros) y tienen como protagonistas a las propias comunidades dirigiendo la atención a la relación que tiene la salud con otras áreas del desarrollo humano como son la educación, la alimentación, la paz, la vivienda, el salario, el ecosistema saludable, los recursos sostenibles, la justicia social y

49 La CRED-PRO es una iniciativa del Instituto Internacional para los Derechos del Niño y el Desarrollo (La Universidad de Victoria, Victoria, BC, Canadá) y tiene como objetivo desarrollar y proveer programas educativos sobre los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes para profesionales que trabajen con y para los mismos y las mismas.

50 Carta de Ottawa para la Promoción de la salud, noviembre de 1986

equidad. Este abordaje se articula con el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud en un intento de consolidar el proceso de descentralización.

Los Municipios y Escuelas saludables trabajan ideas fuerza que son un grupo de valores, actitudes y prácticas socialmente compartidos y expresados a través de una activa participación de la comunidad teniendo como centro la autogestión para lograr los fines propuestos y enfatizando sus acciones hacia la promoción de la salud.

En este contexto se conforma la Red de Municipios Saludables que busca la transformación de la realidad creando espacios de comunicación e interacción entre los distintos municipios y a través de los mismos, de las comunidades.

Las acciones para el ámbito municipal se orientan a través de líneas estratégicas tales como la formulación e implementación de políticas públicas saludables establecidas por las autoridades locales responsables para la garantía de las condiciones necesarias para desarrollar estilos de vida saludables.

Las Escuelas Saludables se definen como escuelas que refuerzan permanentemente su capacidad de mantenimiento de un espacio saludable para el desarrollo de la vida, el aprendizaje y el trabajo. Busca un espacio físico saludable (seguridad del edificio escolar, áreas de recreación, cantinas saludables, provisión de agua potable, baños y desagües cloacales); un espacio ecológico de respeto a la naturaleza; un espacio psicosocial para el desarrollo de interacciones fundadas en el respeto a los derechos de las personas y un espacio organizacional que apuesta a la promoción de la participación ciudadana.

Lista de participantes al taller de validación del presente plan

NOMBRES Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN
Andrés Osorio	Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia
Lic. Noemi Gómez	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. Pabla Ortiz	Dirección Gral. de Información Estrategica de Salud – DIGIES - MSPBS
Dra. Raquel Lovera	Hospital Nacional de Itaugua - MSPBS
Lic. Juana Redondo	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición - MSPBS
Lic. Blanca Mancuello	Dirección Nacional de Enfermería - MSPBS
Lic. Carlos Bello	Dirección Gral. de Información Estrategica de Salud – DIGIES - MSPBS
Dra. Ester Navarro	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. Myriam Daválos	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo. DGEEC
Dra. Mercedes Maldonado Banks	Programa nacionalo de Control de Accidentes y Lesiones por Causas Externas - MSPBS
Lic. Sandra Recalde	Dirección General de Programas de Salud -MSPBS
Dra. Susana Sanchez	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición - INAN - MSPBS
Dra. Luz Romero	Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones - MSPBS
Dra. Natalia Meza	Dirección Gral de Desarrollo de los Servicios y Redes de Salud - MSPBS
Dra. Estela Velazquez	Atención Primaria de Salud - APS/XVIII Región Sanitaria – Capital - MSPBS
Dr. Antonio Ruotti	Fundación de Salud Integral de la Adolescencia - FUNSIA
Lic. Monica Ruotti	Intituto de la Investigación de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción - IICS - UNA
Dr. Ruben Dario Ortiz	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. Beatriz de Paredes	Dirección General de Salud Indígena -MSPBS
Dra. Gladys Larrieur	XI – Región Sanitaria – Central - MSPBS
Dra. Margarita Bazzano	Dirección General de Programas de Salud -MSPBS
Lic. Pilar Royg	Dirección General de Salud Indígena - MSPBS
Dra. Blanca Villalba Flores	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Dra. Raquel Fernandez	IX Región Sanitaria – Paraguari - MSPBS
Dra. Carolina Acosta	Servico de Ginecología - Hospital Central de Instituto de Previsión Social.
Dra. Lilian Arza	Centro de la Juventud - MSPBS
Dra. Gladys Mora	Hogar del Adolescente – San Lorenzo -MSPBS
Lic. Mercedes Delgado	Hogar del Adolescente – San Lorenzo - MSPBS
Lic. Vidalina Arzamendia	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Dr. Rubén Mateo Balbuena	Hospital Nacional de Itaugua -MSPBS
Lic. Laura Matinez de Benitez	Hospital Materno Infantil - Capiata - MSPBS
Dra. Mirta Mendoza	Dirección de Salud Mental - MSPBS
Dr. Vicente Acuña	Hospital General - San Pablo - MSPBS
Dra. Ana Bordón	Dirección Gral de Desarrollo de los Servicios y Redes de Salud - MSPBS
Lic. Claudelina Vera	XI – Región Sanitaria – Central - MSPBS

Dr. Rolfer Gomez	III – Región Sanitaria – Cordillera -MSPBS
Dra. Ana Arrechea	H.ospital General - San Pablo - MSPBS
Dra. Myrian Palacios	Servicio de Pediatría - Hospital Central de Instituto de Previsión Social
Ma. Carmen Sanchez de Medina	CNCA
Dra. Avelina Troche	Hospital Nacional de Itaugua - MSPBS
Dr. Ruben Ruttia	Hospital General - San Pablo - MSPBS
Dr. Jose E. Corvalan	Facultad de Medicina – Universidad Católica Asunción
Lic. María Luisa Espejo	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. Rosalia de López	Instituto Andrés Barbero
Lic. Maria Gregoria Viveros	Instituto Andrés Barbero
Dra. Laura Mendoza de Arbo	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición - INAN - MSPBS
Lic. Rosalba Canela	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición – INAN – MSPBS
Dra. Celia Martinez de Cuellar	Programa Nacional Control de la Tuberculosis - MSPBS
Juan Escobar Orue	Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental - MSPBS
Lic. Rosa Estela Aguirre	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. María Graciela Ruíz Díaz	Ministerio de Educación y Cultura
Lic. Sandra Fressler	Kuña Roga - Encarnación
Lic. Diana Rodríguez	Dirección General de Promoción de Salud - MSPBS
Ana Liz Estigarribia	Dirección de Atención en Educación de Niños, Niñas, Adolescentes y joven en Situación de Riesgo – del Ministerio de Educación y Cultura
Amalia Duarte	CODENI – NIÑEZ-Municipalidad de Asunción
Dra. María Antonia Florentin	PLAN -PARAGUAY
Lic. Nelly Meza	Base Educativa y Comunitaria de Apoyo
Lic. Evelyn Cattebeke	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia - MSPBS
Ma. Gloria Montorfano	CIRD-FM-MSPBS
Lic. Aida Galeano	Dirección Gral de Salud Ambiental - DIGESA – MSPBS
Lic. Martín Negrete	Programa Nacional de VIH/Sida
Miguel A. Giménez	Sociedad Paraguaya de Sordos
Dolly Aguilera	Sociedad Paraguaya de Sordos
Rogelio Ocampos	Sociedad Paraguaya de Sordos
Abog. Gustavo Irala Villar	Dirección Gral de Asesoría Jurídica - MSPBS
Lic. Sara Roa	Vice Ministerio de la Juventud
Mabel Benegas	Global - Infancia
Lic. Noelia Cardozo	Instituto de Bienestar Social - MSPBS
Lic. Catalina Caceres	Secretaria de la Mujer -
Dra. Adiane Salinas	Fondo de Población de la Naciones Unidas - UNFPA
Dr. Roberto Kriskocich	Centro Paraguayo de Estudios de Población CEPEP
Lic. Victoria B. Peralta	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. Nancy Penayo	Secretaria de la Cultura
Dra. María del Carmen Gómez	Dirección General de Atención Primaria - MSPBS
Amado Lovera	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF
Lucía Bernal	Pastoral Social
Prof. Gloria Aquino de Mendoza	Dirección General de Promoción de Salud - MSPBS

Lic. Florentina Rodríguez	Secretaría Técnica de Planificación
María Lidia González	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Lic. Enriqueta Levi	Dirección General de Programas de Salud - MSPBS
Dra. Cristina Guillen	Dirección Gral. de Planificación y Evaluación - MSPBS
Beatriz Miranda	Centro Paraguayo de Estudios de Población CEPEP
Econ. Nilda Recalde	Dirección Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles - MSPBS
Lic. Angelica Roa	Centro de Emergencias Médicas /Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. Isabel Peralta	Dirección General de Atención de Adolescentes Infractores – DIGAAI Ministerio de Justicia y Trabajo
Dr. Bernardo Sanchez	Organización Panamericana de la Salud
Dr. Cristian Pintos	XVIII Región Sanitaria – Capital -MSPBS
Dra. Raquel Escobar	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Dra. Elke Strubing	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA – MSPBS
Lic. Ana Denis	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. Maria Elena León	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. María Auxiliadora Morinigo	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Virina Benítez	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Marta Silva	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. Marta Llamosas	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. Zenaida Rotela	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. Aida Abdala	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Economista Lis Cano	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA - MSPBS
Lic. Norma Rojas	Dirección de Educación Inicial. Ministerio de Educación y Cultura
Lic. Claudia Pacheco	Dirección de Educación Inicial. Ministerio de Educación y Cultura
Lic. María Elena Cuevas	Dirección de Educación Inicial. Ministerio de Educación y Cultura
Lic. Larissa González	Dirección de Educación Inicial. Ministerio de Educación y Cultura
Economista Lila Molinier	Dirección de Educación Inicial. Ministerio de Educación y Cultura
Lic. Juan Manuel Gamarra	Dirección de Participación Protagónica. Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia
Lic. Celeste Houdin	Dirección de Desarrollo Institucional del Sistema de Protección de Derechos. Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia
Lic. Lucía Bogado	Dirección de Bioestadística - MSPBS
Dr. Raúl Gulino	Instituto Nacional de Salud - MSPBS
Lic. Marta Ascurra	Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental - MSPBS

