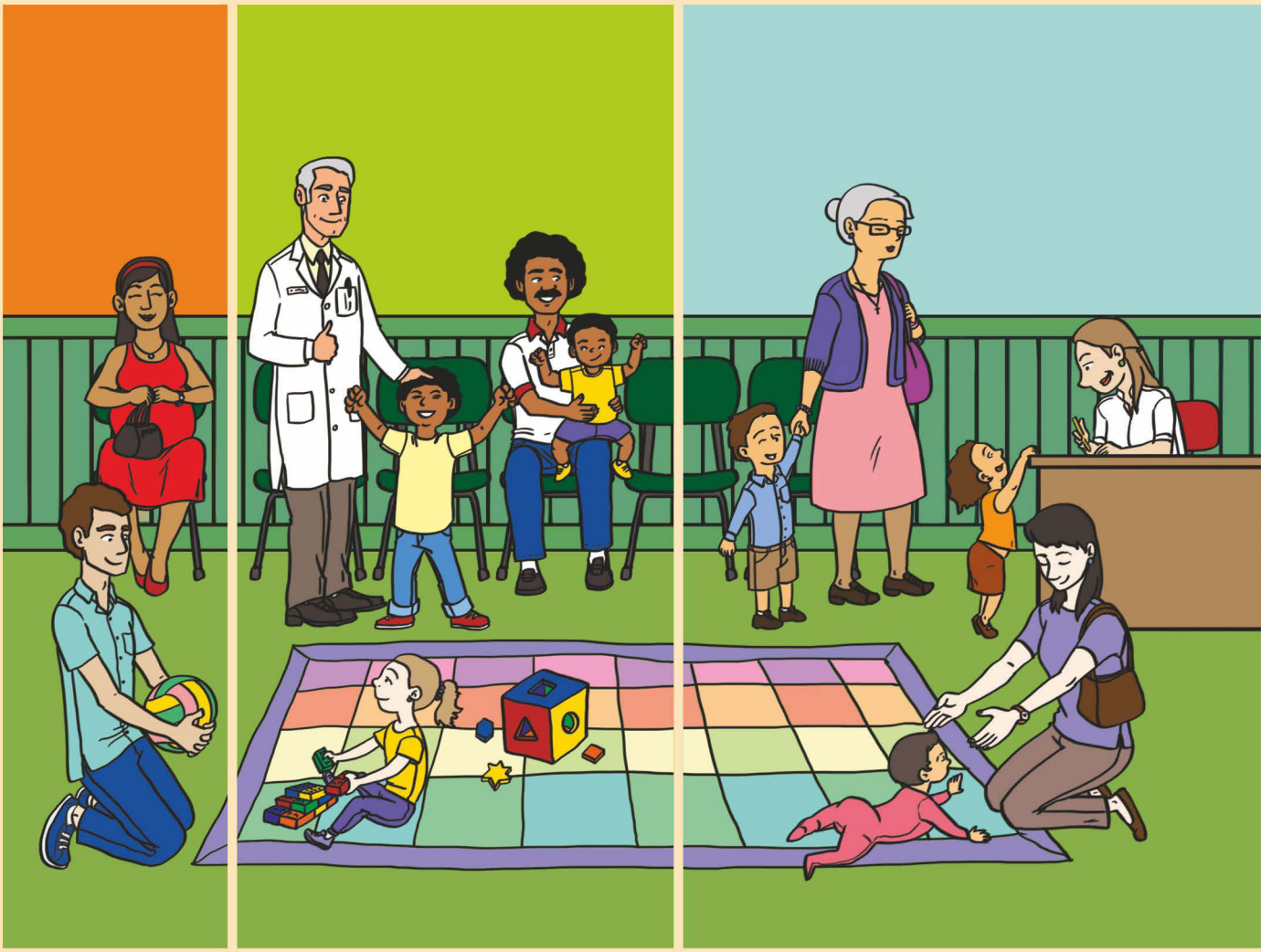
PROGRAMA desarrollo infantil temprano
PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko´ãga guive
Construyendo el futuro hoy

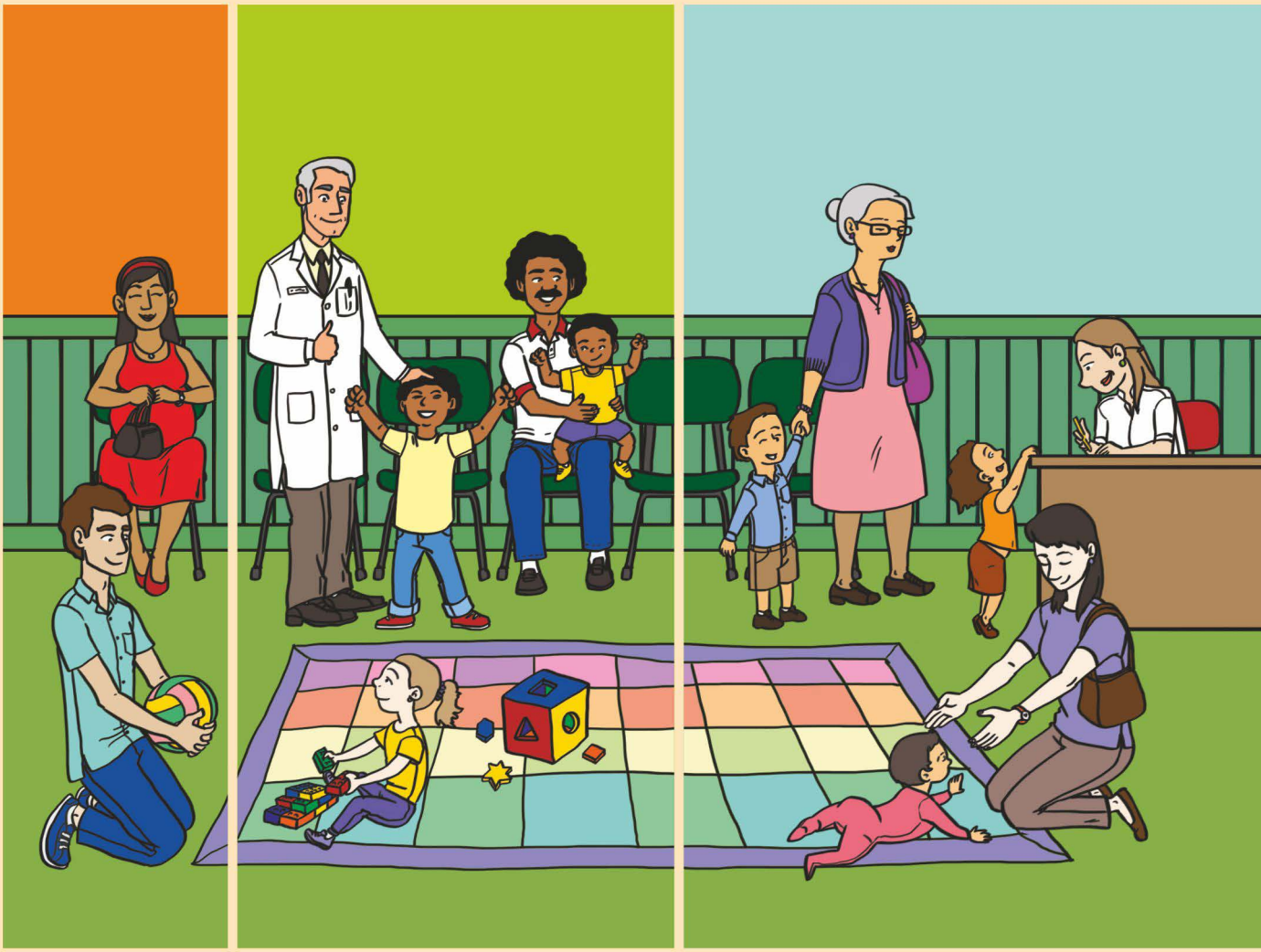


MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO - MAIDIT

PROGRAMA desarrollo infantil temprano
PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko´ãga guive
Construyendo el futuro hoy



MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO - MAIDIT

La presente publicación es parte de las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera infancia 2011-2020.

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este documento no tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

ESPECIALISTAS QUE COLABORARON EN LOS COMPONENTES DE ESTE DOCUMENTO:

- Dra. Sonia Avalos, DIRSINA.
- Dra. Nathalia Meza, DIRSINA.
- Abog. Claudia Sanabria, DIRSINA.
- Dra. Mirian Ortigoza, DIRSINA.
- Lic. María de los Ángeles Acosta, DIRSINA.
- Lic. Julio Fernández, Viceministerio, MSPyBS.
- Dr. Pio Alfieri, Hospital General Niños de Acosta Ñu.
- Dr. Marco Casartelli, Neuropediatra Hospital General Niños de Acosta Ñu.
- Dra. María Mercedes Da Silva Guerreros, DGAPS.
- Lic. Cindy Leticia López Benítez, DGAPS.
- Lic. Damián Ariel Sedliak, DGAPS.
- Mg. Hidalia Rodríguez B., DGAPS.
- Cristina Baruja, MSPyBS.
- Zenaida Rotela, MSPyBS.
- Dra. Karen Díaz, Salud sexual y reproductiva del MSPyBS.
- Dra. Fanny Corrales, Salud sexual y reproductiva del MSPyBS.
- Lic. Liz Sanabria, MSPyBS.
- Lic. Claudia Arzamendia, MSPyBS.
- Lic. Maura Duarte, MSPyBS.
- Lic. Noelia Cardozo, MSPyBS.
- Lic. Estela Rivas Flores, INEPEO.
- Lic. Gladys Benítez, INEPEO.
- Lic. María Julia Garcete, Coordinación de Primera Infancia de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- Lic. Yamile Casim, Coordinación de Primera Infancia de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- Lic. Nélida Villasanti, Coordinación de Inclusión Social de la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.
- Lic. Nancy Penayo, Dirección General de Educación Inicial y Escolar Básica, Ministerio de Educación y Cultura.
- Lic. María Lourdes Romei, Dirección General de Educación Inicial y Escolar Básica, Ministerio de Educación y Cultura.
- Zulma Beatriz Franco, Ministerio de Educación y Culto.
- Zulma Roa, Fundación DEQUENI.
- Noemí Cabrera, Fundación DEQUENI.
- Diego Martínez, Fundación Canadiense para la niñez.
- Silva Barambilla, Fundación Canadiense para la niñez.
- Sofía Barranco, Fundación Teletón.
- Livia González, Fundación Teletón.
- Fabio Franco, Fundación Teletón.
- Ricardo Derene, Fundación Teletón.
- Paola Kolher, Enfoque Niñez.
- Rossana Tolces, Corazones por la Infancia.
- Elizabeth Gavilán, Fundación Vida Plena / Liga de la Leche Materna del Paraguay.
- Nancy Vega Daher, Liga de la Leche Materna del Paraguay.
- Blanca González de Gómez, Fundación Alegría para la Educación.
- Ana María Moreira, Asociación Santa Lucía.
- Justa Beatriz Melgarejo, Centro de Recursos para la Inclusión Santa Lucía.
- María Esther Candia, Centro de Recursos para la Inclusión Santa Lucía.
- Celia Taboada, Centro de Recursos para la Inclusión Santa Lucía.
- María Gloria Montórfano, Plan Internacional Paraguay.
- Daily de Domínguez, Fundación Vida Plena.
- Heriberta Arzamendia Espinola, Hospital Regional San Juan Bautista, Misiones.
- Lucía Paulo, Fundación Alda.
- Ingrid Molas, SENADIS.
- Carla Garcete, SENADIS.
- Ilda Sierich, Aldeas SOS.

ESPECIALISTAS DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO:

- Nohora Alvarado, Especialista de Protección Social.
- Lesley O´Connell, Especialista de Protección Social.
- Claudia Pacheco.

EQUIPO CONSULTOR DE FLACSO:

- Raúl Mercer (Argentina).
- Helia Molina (Chile).
- Pablo Vinocur (Argentina).
- Bárbara Leyton (Chile).
- Paula Bedregal (Chile).

COORDINACIÓN DE EDICIÓN:
María Elena Cuevas.

Diseño gráfico: Entre Paréntesis.
Imprenta: M y M.
Tirada: 3.000 ejemplares.
ISBN: 978-99967-36-37-7.
Octubre de 2016 / Asunción, Paraguay.

Material de distribución gratuita.
Prohibida su venta.

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencia entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra institución, sin embargo, su utilización en nuestra lengua plantea soluciones muy distintas sobre la que los lingüistas aún no han conseguido ponerse de acuerdo con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar el español "o/a" para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por utilizar el clásico masculino de carácter genérico, que incluye claramente a ambos sexos.

AUTORIDADES

Dr. Antonio Carlos Barrios
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk
Viceministra de Salud

Dra. Lida Mercedes Sosa
Directora General de Programas de Salud

Dra. María Ligia Aguilar
Directora
Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social

EQUIPO TÉCNICO

Dra. María Ligia Aguilar
DIRSINA

Dra. María Isabel Del Puerto
UEP DIRSINA

Lic. M. Ed. Nancy Elías
UEP DIRSINA

Dr. Bernardo Sánchez
UEP DIRSINA

Dr. Aldo Irala
UEP DIRSINA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 8
1. ¿Qué es el Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)? 8
2. **Alcance del documento** 9

CAPÍTULO 1
JUSTIFICACIÓN DEL MODELO 10
1. **Importancia de los primeros años** 11
2. **Perfil Epidemiológico y Sanitario del Paraguay** 11
   - Acceso a establecimientos o prestaciones de Salud 12
   - Situación Nutricional y Desarrollo Infantil 12
   - Mortalidad Materna e Infantil 13
   - Morbilidad Infantil 14
   - Estructura y Oferta de Servicios de Salud 15
   - Niñez con Discapacidad 16

CAPÍTULO 2
MARCO LEGAL Y NORMATIVO PARA EL MAIDIT 18
1. **Constitución Nacional de la República del Paraguay** 19
2. **El Código de la Niñez y la Adolescencia** 19
3. **La Convención de los Derechos del Niño (CDN)** 20
4. **La Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad** 21
5. **Marco de las políticas, programas y servicios que el Estado paraguayo debe brindar a niños y adolescentes (desde 2001 a la fecha)** 22
   - Política Nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA) 2014-2024, y Plan Nacional de Niñez y Adolescencia (PNA) 2014-2018 22
   - Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020 23
   - Política Nacional de Salud 2015-2030 24

CAPÍTULO 3
COMPONENTES DEL MAIDIT 26
1. **La Atención Integral en DIT** 27
2. **Organización y prestación de la red de servicios** 29
   - Primer Nivel de Atención en DIT 33
   - • Cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en DIT 35
   - Segundo Nivel de Atención en DIT 44
   - • Servicios de Intervención Temprana: Cartera de Servicios 46
   - • Cartera de Servicios Relacionados al DIT del Segundo Nivel de Atención 50
   - Tercer Nivel de Atención en DIT 53

• Cartera de Servicios del Tercer Nivel de Atención 54
3. **Articulación Intersectorial** 56
4. **Participación Comunitaria** 59
Consejos Municipales de la Niñez y la Adolescencia y Consejos de Salud 59
El trabajo en grupos (Aty Guasu) 60
5. **Modelo de Gestión** 61
Gobernanza y planificación estratégica 62
Gestión de los RRHH 63
Sistema de Información acorde al sistema de información del MSPyBS 64
Monitoreo y Evaluación 64
Gestión administrativa y financiera 65

ANEXO 66

GLOSARIO 74

SIGLAS Y ABREVIATURAS 81

BIBLIOGRAFÍA 82

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1: Mapa de Actores del MAIDIT 28
Gráfico 2: Niveles de Atención de los Servicios DIT 30
Gráfico 3: Flujograma de Atención en DIT 31
Gráfico 4: Mapa de Actores del SIT 46
Tabla 1: Prestaciones del Primer Nivel de Atención en DIT en el periodo preconcepcional 36
Tabla 2: Prestaciones del Primer Nivel de Atención en etapa Prenatal 37
Tabla 3: Prestaciones del Primer Nivel de Atención en proceso de parto 39
Tabla 4: Prestaciones del Primer Nivel de Atención en el Postparto 40
Tabla 5: Prestaciones del Primer Nivel en el periodo posnatal hasta los 5 años 41
Tabla 6: Prestaciones del Servicio de Intervención Temprana 47
Tabla 7: Prestaciones del Segundo Nivel de Atención en el proceso de parto y posparto 51
Tabla 8: Prestaciones al DIT en el Tercer Nivel de Atención 54

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en su calidad de autoridad sanitaria nacional está implementando el Programa de Desarrollo Infantil Temprano "Paraguay, Creciendo Juntos" (PDIT) en el sector salud. El Programa se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020 (PNDIPI), que busca avanzar en políticas públicas del desarrollo integral de la infancia.

El PDIT "Paraguay, Creciendo Juntos" tiene por objetivo contribuir a mejorar el desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños de 0 a 5 años a través de actividades de promoción, la detección temprana de problemas en el desarrollo y el acceso oportuno a intervenciones para su tratamiento. Para lograr esto se espera:

- Ampliar los servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamientos de los servicios de salud, con énfasis en desarrollo infantil temprano, con la participación de la familia y la comunidad.
- Articular y fortalecer Espacios de Desarrollo Infantil Temprano.
- Fortalecer las capacidades institucionales para la implementación de los programas de desarrollo infantil temprano.

1. ¿QUÉ ES EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MAIDIT)?

El Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (en adelante MAIDIT) es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, instrumentos y recursos, que establecen y organizan la atención relacionada al Desarrollo Infantil Temprano en los distintos Niveles del sector salud. El documento representa el marco institucional y operativo del PDIT, que establece las líneas de acción para su implementación.

El Desarrollo Infantil Temprano (en adelante DIT) es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.

El DIT constituye un objetivo central para la política pública por su demostrado impacto a lo largo de la vida de las personas. La evidencia científica muestra que el 80% del cerebro se desarrolla en los 3 primeros años de vida, y el 90% cuando el niño alcanza los 5 años. Es por ello que las acciones que se llevan a cabo en la familia, la comunidad y el Estado durante este periodo crítico del desarrollo de las niñas y los niños tienen una fuerza determinante en el resto del curso de vida.

El modelo tiene en cuenta un enfoque de atención a los niños como un continuo desde la concepción, a través de los siguientes procesos:

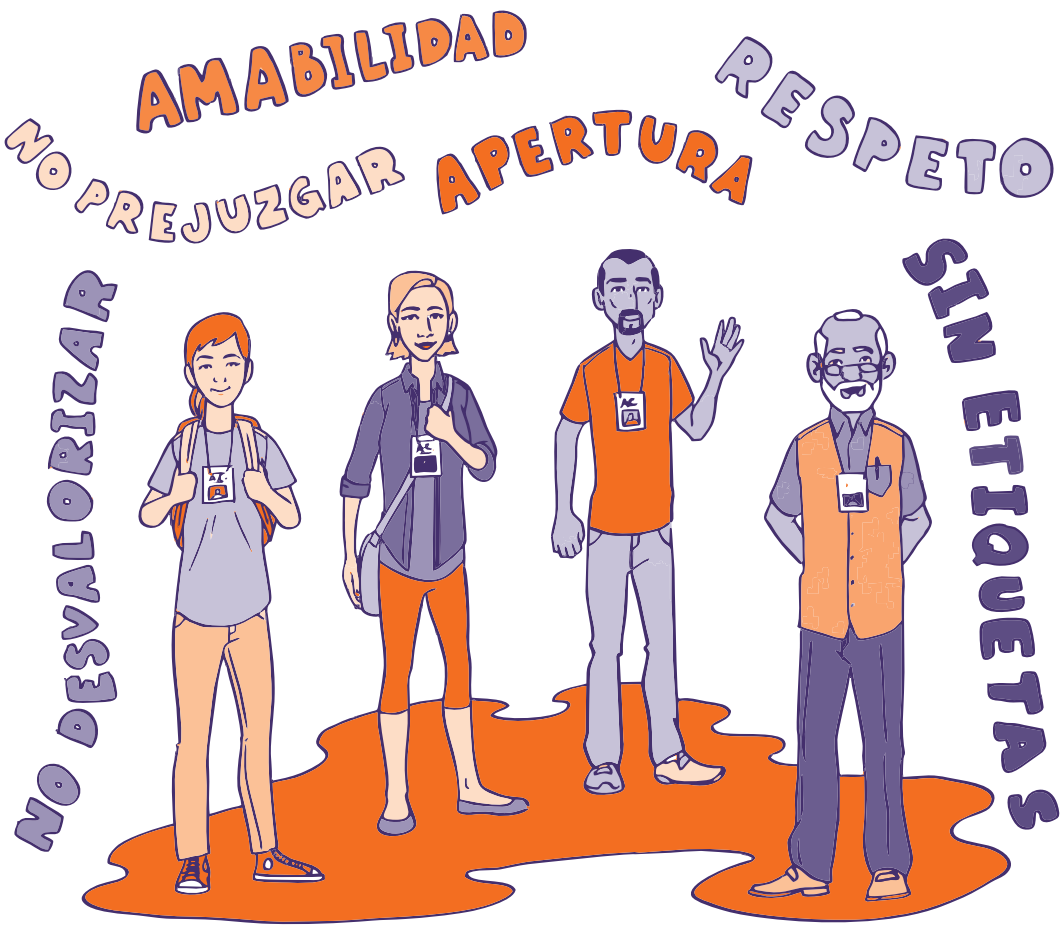
- Integración de prestaciones de los servicios de salud en torno al DIT
- Articulación de otros programas relacionados.
- Establecimiento de las bases para la producción de guías y protocolos de atención
- Énfasis en la participación de las familias y comunidades en el desarrollo integral de la infancia.

2. ALCANCE DEL **DOCUMENTO**

El presente documento propone una organización de prestaciones esenciales que deberán ser otorgadas por el sector salud en el marco del Programa DIT "Paraguay, Creciendo Juntos". El desarrollo en detalle de los manuales, protocolos y normativas se establecerá en documentos complementarios para primer, segundo y tercer nivel de atención.

La propuesta hace referencia a la articulación intersectorial sin describir en profundidad el conjunto de prestaciones que se otorgan en otras instituciones que se encuentran fuera del Sistema de Salud y que en su mayoría responden a la promoción de la salud, como por ejemplo: desarrollo comunitario, derechos del niño en contexto municipal/local, abogacía por el DIT, educación sexual con perspectiva de desarrollo, entre otras.

CAPÍTULO 1



JUSTIFICACIÓN DEL MODELO

1. IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS

Durante la primera infancia el cerebro humano crece más que en ninguna otra etapa de la vida, alcanzando el 80% del tamaño adulto en los primeros 3 años de vida y el 90% en los primeros 5 años. Por esta razón, estos primeros 5 años son el período en el cual el aprendizaje se realiza con mayor facilidad. Las evidencias indican que las inversiones durante la primera infancia tienen mayor rendimiento que cualquier otra inversión efectuada en la vida, con tasas de retorno de 15-17%. El rápido crecimiento y maduración del sistema nervioso central y del cerebro desde la etapa intrauterina y durante los primeros años de vida convierten a este periodo en uno de los más vulnerables del desarrollo humano. Por tanto se hace imprescindible intervenir durante la gestación y los 5 primeros años de vida, con un abordaje integral que incluya medidas en el ámbito de la salud, educación de las familias y protección del ambiente, con la finalidad de reducir los riesgos de probables alteraciones en el desarrollo.

Por otra parte, para el pleno desarrollo y crecimiento del cerebro en los primeros años de vida son cruciales una ingesta adecuada de alimentos en cantidad y calidad, una estimulación afectiva, social y sensorial oportuna, así como un hábitat sano y libre de tóxicos. De este modo se podrá lograr el mayor potencial de desarrollo socioemocional, físico e intelectual de cada persona.

Las condiciones ambientales en las cuales vive la población infantil afectan su salud y desarrollo. En este sentido, fenómenos sociales 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 formulación de políticas públicas que contemplen la articulación entre los distintos actores sociales (Estado, sociedad civil, familias) a fin de garantizar el desarrollo integral de la infancia.

2. PERFIL **EPIDEMIOLÓGICO Y SANITARIO** DE PARAGUAY

El Paraguay cuenta con una población eminentemente joven: el 11% son de 0 a 4 años de edad, 11 % de 5 a 9 años y 17% de 10 a 17 años. Estos tres grupos representan al 39% de la población total (alrededor de 2.600.000 personas). La tendencia demográfica se sitúa en una fase de transición. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se ha reducido a casi la mitad en el ámbito nacional, pasando de 4,6 hijos promedio por mujer en 1990 a 2,5 en 2008. Pero dada la cantidad aún elevada de mujeres en edades fértiles, en los siguientes años el número absoluto de niños y adolescentes de 0 a 17 años se mantendrá todavía alto, alcanzando una cifra ligeramente superior a 2,6 millones en 2020 y de alrededor de 2,75 millones en 2030.

De acuerdo a información de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, la pobreza total mantiene una tendencia decreciente en el país. Así lo revelan los datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2015 que detectó una ligera baja (0,33 puntos porcentuales) en los niveles observados el año anterior, frente al 2014.

En efecto, la información relevada indica que el 22,24% del total de habitantes del país, aproximadamente 1 millón 500 mil personas, está en condición de pobreza, inferior al 22,6% observado en el 2013. Los resultados indican que en 2015 la pobreza extrema afecta al 9,97% de la población -alrededor de 687.000 personas, 494.000 en área rural 193.000 en área urbana, unos 0,5 puntos porcentuales inferior a lo registrado en 2014.

Es importante destacar los problemas relacionados al medio ambiente como condicionantes del estado de salud de la población. Los problemas más relevantes para el sector salud en este campo lo constituyen el control del agua para el consumo humano, el uso inadecuado de sustancias peligrosas (plaguicidas y fertilizantes), la contaminación industrial, las deficiencias en la red cloacal y la disposición inadecuada de residuos sólidos domésticos e industriales, y entre estos últimos la disposición y tratamiento de los residuos hospitalarios.

ACCESO A ESTABLECIMIENTOS O PRESTACIONES DE SALUD

De acuerdo a la Encuesta Permanente de Hogares 2011, el 74,4% de la población paraguaya carece de todo tipo de seguro médico, por lo que depende de los servicios de salud públicos provistos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

Durante el período 2009 el acceso a consultas entre quienes se accidentaron o enfermaron fue de: 38% para el quintil más pobre del país y 65% para el quintil más rico; 65% en las áreas rurales y 76% en las áreas urbanas. Entre los niños indígenas solo el 37% tiene acceso a una consulta médica, proporción que es ampliamente inferior a la de los niños no indígenas en situación de pobreza (61%).

Para el año 2013, la cobertura de partos institucionalizados fue de 96,2 para la región Oriental y de 96,4 para la región Occidental. El porcentaje de embarazadas con un mínimo de 4 controles prenatales aumentó desde 60,2% en el año 2005 a 80,5% en el año 2013. En relación a las comunidades indígenas estos indicadores se reducen considerablemente y se relaciona a causas geográficas, económicas, lingüísticas e interculturales.

SITUACIÓN NUTRICIONAL Y DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil está íntimamente ligado al estado nutricional de las mujeres en edad fértil, las embarazadas y los niños, dado que el cerebro tiene requerimientos nutricionales y afectivos especiales vinculados a esos momentos del ciclo vital.

De acuerdo al Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), que registra solo a la población que asiste a servicios de salud, en el año 2009 el 30,2% de las embarazadas presentó bajo peso, 12,2% sobrepeso y 23,5% obesidad. Estas formas de malnutrición implican riesgos para el crecimiento y desarrollo del feto en el período intrauterino y para los recién nacidos.

El documento "Indicadores Básicos de Salud – Paraguay 2015" reporta en el año 2013 un 6% de nacidos vivos con bajo peso (menor a 2.500 gramos).

En cuanto a los niños de hasta 2 años de edad, los datos más recientes del SISVAN (2009) indican que 1 de cada 4 presentó algún grado de déficit nutricional global (2,4% Desnutrición Global Severa, 5,6% Desnutrición Moderada Global y 16,7% en Riesgo de Desnutrición Global según indicador peso para la edad). En el grupo de niños de 2 a 5 años, uno de cada cinco presentó algún grado de desnutrición aguda (1,5% Desnutrición Severa Aguda, 3,9% Desnutrición Moderada Aguda y 14,1% en Riesgo de Desnutrición Aguda según indicador peso para la talla); y la doble carga de la malnutrición se hace presente con un 15,7% con sobrepeso y un 7,3% con obesidad en ese grupo. El retardo del crecimiento en estatura, indicador de desnutrición crónica asociada a situaciones de pobreza y deficientes condiciones de vida, afecta al 17,6% de los niños de hasta 2 años y 17,5% de los niños de 2 a 5 años. Además, están en riesgo de desnutrición crónica un 20,2% y 23,0% de cada grupo etario.

A partir de estudios puntuales realizados con apoyo de UNICEF, se estima que 22% de los niños de 1 a 4 años sufre anemia por déficit de hierro, micronutriente de especial relevancia para el desarrollo físico e intelectual.

La población indígena está particularmente afectada por las carencias nutricionales. Según la Encuesta a Hogares Indígenas en el 2008 un 9,9% de los indígenas de 0 a 5 años presentó desnutrición global y 41,7% desnutrición crónica.

Si bien se carece de datos nacionales sobre desarrollo infantil, se puede inferir que los niños con deficiencias nutricionales en la vida intrauterina y en los primeros años de vida presenten rezagos en su desarrollo cognitivo y psicosocial, dificultades de aprendizaje y menor desempeño escolar, ya que es en este período de la vida cuando se sientan las bases del desarrollo del cerebro humano.

MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

El indicador de mortalidad materna es considerado como uno de los que mejor refleja las desigualdades en el acceso a los servicios, la eficiencia y la calidad del sistema de salud que se brinda a las mujeres. Para el año 2013 la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) fue de 93/100.000 nacidos vivos para el país, con notorias disparidades regionales]. La mayoría de las causas directas son prevenibles: complicaciones del embarazo, parto y puerperio (40%), toxemia (20%), aborto (18%) y hemorragia (16%). Como resultado de la implementación

de la "Movilización para la Disminución de la Mortalidad Materna y del Recién Nacido" se ha destacado una reducción en las cifras. Tal es así que de 103 defunciones registradas en el periodo 2013-2014 se logró reducir a 72 en un año (2014-2015), logrando salvar a 31 mujeres.

De acuerdo a la Dirección de Bioestadística del MSPyBS la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) registrada en el año 2013 fue de 14,6/1.000 nacidos vivos. El 71% de las muertes se producen en el primer mes de vida. En cuanto a las causas de muerte en el primer año de vida, el 44% de las muertes son producidas por las lesiones durante el parto, infecciones del recién nacido y septicemia; 24% por malformaciones congénitas o hallazgos anormales clínicos y de laboratorio; 7% asociadas a la prematuridad, y 9% a diarrea, neumonía e influenza, y deficiencias nutricionales.

La Tasa de Mortalidad en niños de 0 a 5 años fue de 17 por 1.000 nacidos vivos en el año 2013. Son determinantes económicos y sociales de la mortalidad infantil los bajos ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia, precario acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento, viviendas poco aptas e inseguridad en el entorno del niño/a o la niña, y causas subyacentes (deficiencias en el estado nutricional materno y sus conocimientos básicos sobre salud, baja cobertura de inmunización y de terapia de rehidratación oral, acceso reducido a servicios de atención materno infantil, incluida la atención prenatal).

La mortalidad infantil postneonatal ha sido identificada como el grupo de edad que precisa mayores esfuerzos para reducirla, ya que se vincula directamente a factores socioeconómicos y derivados de la agresividad del medio. Por lo tanto, exige el desarrollo de servicios institucionalizados dirigidos a la intersectorialidad y la aplicación de medidas efectivas de atención primaria.

La mortalidad infantil muestra una distribución desigual entre clases sociales y grupos étnicos. En el año 2002, a partir del Censo Nacional Indígena se estimó una TMI de 109/1.000 nacidos vivos para la población indígena, rural y pobre. En aquel entonces esta tasa mostró amplias diferencias entre etnias (397,2% para los Manjuy, 265,1% para los Toba, 30% entre los Aché y los Maká), es decir que los distintos pueblos indígenas transcurren por diferentes etapas de transición epidemiológica. Para el año 2009 se estimó una TMI indígena de 75/1.000 nacidos vivos, es decir, 5 veces superior a la TMI general.

MORBILIDAD INFANTIL

El Paraguay presenta un perfil epidemiológico en transición donde coexisten problemas de salud semejantes a los países desarrollados (enfermedades crónica no transmisibles), con las patologías propias del subdesarrollo (tuberculosis, parasitosis, desnutrición, anemias, diarreas y neumonías). De acuerdo al anuario estadístico elaborado por la DGEEC, las enfermedades más frecuentes en los niños de 0 a 1 año atendidos en los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el año 2009 fueron las infecciones respira-

torias agudas (79%), las diarreas y parasitosis (13,6%), desnutrición y anemia (7,4%), y accidentes en el hogar (0,1%). Entre los niño/as de 1 a 4 años las enfermedades más frecuentes fueron las infecciones respiratorias agudas (68,4%), las diarreas y parasitosis (20,6%), desnutrición y anemia (10,6%), y accidentes en el hogar (0,3%). Los casos atendidos de anemia fueron más de 4.300 y de 26.000 casos en estos dos grupos de edad, mientras que los casos de desnutrición sumaron más de 8.000 y 19.000, respectivamente. Ambas enfermedades afectan seriamente el desarrollo infantil.

Otro problema grave en Paraguay son las enfermedades vinculadas al medio ambiente. Es importante destacar que en zonas rurales se han identificado casos de malformaciones congénitas y enfermedades de la piel, entre otras, en los niño/as y niñas por la exposición a los agrotóxicos utilizados para los cultivos de soja que bordean las comunidades indígenas y campesinas, y contaminan sus suelos y cursos de agua.

En medios urbanos y rurales se sufre la violencia por accidentes de tránsito, muchas veces explotación, maltratos o abandono. Se estima que 322 mil niños trabajan en Paraguay, predominando el trabajo en actividades agrícolas y ganaderas. Aproximadamente el 8% de estos niños trabaja en las calles.

Así mismo en los últimos años el número de personas con Virus de la Inmunodeficiencia/ Síndrome de la Inmunodeficiencia (VIH/SIDA) es cada vez mayor en población adolescente y joven, con una clara tendencia a la feminización y la ruralización. Esto trae aparejado un número creciente de niño/as y niñas viviendo con VIH/SIDA por transmisión vertical. El 3,4% del total de personas afectadas por esta enfermedad corresponde a niños de hasta 15 años.

ESTRUCTURA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Las USF constituyen la puerta de entrada al Sistema de Salud, como parte de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), adoptándose como principio y valores la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) evidenciada su instalación desde finales de 2008, concretándose a la fecha un total de 754 USF en todo el país.

En Paraguay la distribución de profesionales de la salud es sumamente inequitativa, concentrándose históricamente en la zona metropolitana, mientras que regiones como Boquerón, Alto Paraná y Caaguazú cuentan con menos de 3 médicos cada 10.000 habitantes. El déficit de personal de enfermería es notable en los departamentos de Cordillera, Itapúa, Alto Paraná y Presidente Hayes, donde hay menos de 4 profesionales cada 10.000 habitantes.

La razón de consulta por 1.000 habitantes -esta distribución se ve definida por la disponibilidad de profesionales y la población cubierta en los puntos de salud- varía desde menos de 1.000 consultas (Alto Paraná, Canindeyú y sector Central) hasta más de 2.000 consultas cada mil habitantes (Presidente Hayes, Misiones, Itapúa, Paraguarí, Ñeembucú y Alto Paraguay) indicando un mayor acceso de estos últimos a las consultas de salud.

Las defunciones en niños de 0 a 1 año que ocurren sin haber recibido asistencia médica son un fuerte indicador de accesibilidad en salud, y resultaron particularmente elevadas en los sectores Presidente Hayes, Canindeyú, Itapúa, Caazapá y Concepción; mientras que mostró sus índices más bajos en Ñeembucú, Paraguarí y Boquerón.

NIÑEZ CON DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad, en países en desarrollo y sin guerras (OPS, 2010). En Paraguay, el 11,4% de la población vive con algún tipo de discapacidad (datos preliminares del censo 2012), sin embargo, este dato no puede ser corroborado puesto que las experiencias en la medición de la discapacidad a través del Censo Nacional de Población y Vivienda (el censo de 1992, con un porcentaje de 0,96% de personas con discapacidad identificadas; el del año 2002, con un porcentaje similar de solo 1%) no proveen información precisa y fiable sobre la prevalencia en el país, los lugares donde se encuentran, los tipos de discapacidad preponderantes, los servicios y ofertas educativas que poseen en sus localidades, ni si logran ejercer sus derechos básicos.

El 55% de la población con discapacidad reside en el área urbana y 45% en el área rural: 2/3 partes de los Departamentos del país presentan tasas de discapacidad superiores a la media nacional, es decir, 11 de los 18 Departamentos del país se encuentran en esta condición. Los con más alto índice son Ñeembucú, Boquerón, Paraguarí y Cordillera. En áreas rurales, los mayores porcentajes de población con indicadores de discapacidad se dan entre las edades de 6 a 17 años. Esto indicaría que la discapacidad recién es detectada cuando el niño accede a la escuela, lo que en muchos casos significa una pérdida importante de tiempo en la habilitación y respuestas a las demandas específicas.

Las discapacidades más frecuentes en el Paraguay son: discapacidad motora (26%), discapacidad mental (25%), discapacidad para hablar (11%) y discapacidad para oír (6%), según información extraída de Frutos de Almada (2002).

En cuanto al derecho al buen trato, las fuentes de información sobre el maltrato infantil son las denuncias que se realizan en diversas instituciones (Servicio Fono Ayuda a través de la línea 147, policías, hospitales y servicios que atienden a niños y niñas). Sin embargo, estas reflejan solo parcialmente la realidad del maltrato y no han incorporado a la fecha modalidades accesibles para identificar si niños y adolescentes victimas poseen discapacidad.

Habilitación, Rehabilitación y Seguridad Social

La Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad recomienda que los Estados Parte organicen, intensifiquen y amplíen servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, y otros servicios sociales, lo más tempranamente posible.

Los programas de habilitación y rehabilitación son dependientes del Ministerio de Educación -Instituto de Protección a Personas Excepcionales, INPRO, recientemente convertida en Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS, enero 2013). Los servicios de rehabilitación con base comunitaria existen en muy pocos municipios y además son de alcance limitado e insuficiente.

El énfasis de los servicios está centrado en gran parte en la provisión de insumos (a través de la Dirección de Beneficencia-DIBEN) o de intervenciones esporádicas y no acordes a la frecuencia muchas veces requerida (a través de la SENADIS).

Se valora como un logro importante la apertura reciente de carreras técnicas tales como fisioterapia, fonoaudiología, aunque todavía no se cuenta con profesionales certificados en cantidad suficiente. Otras carreras tales como terapia ocupacional, técnico ortopédico, fisiatría, no están disponibles a nivel nacional.

Las principales barreras para el cumplimiento de las diversas medidas de acceso a la salud para personas con discapacidad tienen relación con:

- Existencia de numerosos planes y programas fragmentados y desarticulados, sin una perspectiva de derechos e inclusión.
- La formación y las prácticas de rehabilitación están ligadas a la "enfermedad" y la "incapacidad", concentradas en los pocos Centros de Rehabilitación existentes, que funcionan en su mayoría en el área metropolitana y la Capital del país.

CAPÍTULO 2

MARCO LEGAL Y NORMATIVO PARA EL MAIDIT

1. CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY

Sancionada en 1992, donde señala la responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en el cuidado y protección de la niñez y la adolescencia, lo que comprende el derecho al desarrollo integral de la infancia, el ejercicio pleno de sus derechos y la protección contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación(Art 54); así como el reconocimiento de otros derechos específicos: derecho a la vida (Art. 4); de los hijos (Art. 53); de la maternidad y la paternidad (Art. 55); de la planificación familiar y la salud infantil (Art.61); del derecho a la salud (Art.68); del derecho a la educación (Art. 73); de la responsabilidad educativa (Art. 75); de las obligaciones del Estado (Art.90).

2. EL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

En él se adapta toda la legislación y normas anteriormente vigentes en el país, a los principios, derechos y directivas, establecidos por la Constitución Nacional, Convención de los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales de Derechos Humanos, suscriptos por el país, (Art. 1), reiterando el principio del "interés superior del niño" para cualquier medida que se tome en relación al niño, de modo a "asegurar " su desarrollo integral (Art. 3) y reiterando en los siguientes artículos (Art. 4, Art. 8) a los padres y la familia (sea esta de la familia biológica o adoptiva) como los responsables primarios de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, y a protegerlo contra el abandono, la desnutrición, la violencia y la explotación, siendo asumido por el Estado solo cuando esta obligación no pueda cumplirse.

En los Art. 9 y 10, el Código identifica como parte de los derechos de los niños la importancia y necesidad de que el Estado asegure una adecuada atención del embarazo, desde el momento de la concepción hasta los 45 días posteriores al parto. Para ello, el Estado deberá proveer a las embarazadas "insolventes" alojamiento, alimentación y los medicamentos que requiera; atender a la embarazada indígena respetando sus pautas culturales, elaborar planes para proteger a las adolescentes embarazadas y promover la lactancia materna, y atenderla en los servicios de salud más próximos a su domicilio cuando requiera "atención médica urgente".

Los Art. 13 a 15 inclusive abordan los derechos a la salud, que parten del reconocimiento que tienen los niños y adolescentes al derecho a su salud física y mental, a recibir la atención médica, y a acceder a los servicios y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento y recuperación de su salud.

En el Art. 20 se hace énfasis en el derecho básico a la educación por parte de niños y adolescentes para asegurar su desarrollo armónico e integral, basado en una educación gratuita, en su entorno cercano , asegurando una atención adecuada, inmediata y continua. Esto se enfatiza en el Art 22 en lo que hace a los niños y adolescentes con alguna discapacidad, contemplando en el mismo artículo la obligación de proveer atención temprana y programas educativos adecuados a cada demanda, señalando que los padres y la familia en particular son los responsables directos para garantizar este derecho básico.

Es importante señalar la responsabilidad del Estado de impulsar la creación de los Consejos Departamentales y Municipales de infancia y adolescencia, en consonancia con lo dispuesto en la Constitución Nacional respecto a la descentralización, su estructura y funciones específicas. De este mismo el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia depende del Comité Nacional de Primera Infancia, ente ejecutor de las Políticas de Primera Infancia que se describen en el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia que se describirá más adelante.

3. LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

Adoptada por resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas (20/11/1989) y ratificada por Paraguay en 1990, y a partir de ese año, inspirando el marco normativo y de políticas públicas en relación a los niños y adolescentes en el país.

Compromete a todas las instancias del Estado y todas las instituciones públicas y privadas a aplicar el principio del "interés superior del niño", asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para el bienestar del niño, tomando todas las acciones legislativas y administrativas que se deberán también garantizar para que las instituciones encargadas del cuidado o protección del niño cumplan con las normas establecidas en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, al igual que una supervisión adecuada, y en la máxima medida de lo posible, la supervivencia y el desarrollo del niño.

Hace referencia a las acciones que garanticen el reconocimiento del niño por parte de ambos padres, con obligaciones comunes respecto a la crianza y el desarrollo mismo, para ello, el Estado debe prestar asistencia y apoyo para que la familia pueda desempeñar sus funciones respecto a la crianza de los niños y velará por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los mismos.

Insta a que los Estados reconozcan el derecho de los niños con discapacidad a recibir trato y cuidados especiales, pero asegurando la aplicación del principio de no discriminación, referido al derecho de niños con discapacidad y en situación de mayor vulnerabilidad de acceso a derechos, de disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que le asegu-

ren su dignidad, y que les permitan basarse a sí mismos y faciliten la participación activa de estos en la comunidad.

Atendiendo al principio anterior, la atención deberá ser gratuita, considerando la situación económica de los padres, y tendiendo a que el niño acceda a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento, recibiendo esos servicios de modo que el niño logre la máxima integración social y el desarrollo individual.

Más específicamente, en el Art. 24, referido al Derecho a la Salud, se hace énfasis en que el niño disfrute el máximo nivel posible de salud y se le garantice el acceso a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de su salud, asegurando que NINGÚN NIÑO sea privado del derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Para ello deberán asegurar la reducción de la mortalidad infantil, el acceso a médicas y sanitarias sin discriminación, haciendo hincapié en la Atención Primaria; el combate a las enfermedades y la desnutrición y el acceso al agua potable, asegurando atención prenatal y posnatal a las madres, promoviendo que la sociedad conozca los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia, la higiene y el saneamiento, y las medidas de prevención de accidentes y desarrollando atención preventiva , la orientación a los padres y la educación en materia de planificación de la familia.

En lo referido al Derecho a la Educación, puntualizado en el Art. 28 de dicha Convención, se enfatiza que la educación debe encaminarse al desarrollo integral de la persona, su personalidad, aptitudes y capacidad mental y física; respeto a sus padres, su propia identidad cultural, su idioma, su origen y cultura, por lo cual es clave prepararlo para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión, de paz, tolerancia, e inclusión de género, origen y grupos étnicos.

Finalmente, se señala la necesidad de asegurar el derecho a las pautas y prácticas culturales, sobre todo en Estados donde exista diversidad étnica, lingüística, religiosa, así como el derecho al juego y al esparcimiento.

4. LA CONVENCIÓN POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Aprobada el 13 de diciembre de 2006 y ratificada por Paraguay en el año 2008, donde se hace una puntualización específica en lo que se refiere al respeto a la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad, que se tomen las medidas necesarias para asegurar que todos los niños con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños. Además, puntualiza que estos niños puedan ser parte de

las actividades diseñadas para este sector, asegurando la accesibilidad necesaria para que dicha participación sea efectiva.

Enfatiza también la responsabilidad de los Estados Partes en garantizar que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

5. MARCO DE LAS POLÍTICAS, PROGRAMAS Y SERVICIOS

QUE EL ESTADO PARAGUAYO DEBE BRINDAR A NIÑOS Y ADOLESCENTES (DESDE 2001 A LA FECHA)

Este apartado reafirma y clarifica los derechos vinculados a la atención de niños, niñas y adolescentes.

POLÍTICA NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (POLNA) 2014-2024 Y PLAN NACIONAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (PNA) 2014-2018

Sancionada por la Presidencia de la República, a través de la Secretaría Nacional de Infancia y Adolescencia, el 26 de marzo de 2015, que tiene como objetivos:

1. Consolidar las capacidades del SNPPI para gestionar políticas públicas con enfoque de derechos.

1.1. El enfoque de derechos incorporado en el diseño, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de las políticas públicas.

1.2. Las capacidades operativas de las instancias del SNPPI fortalecidas particularmente en cuanto a la articulación y gestión.

2. Promover la participación protagónica de niñas, niños y adolescentes en los procesos sociales y políticos para incidir en la toma de decisiones que les conciernen.

2.1. Las niñas, niños y adolescentes, tanto organizados como no organizados, participan en espacios de diálogo y acuerdos sobre las políticas públicas a escalas municipal, departamental, nacional e internacional.

3. Fortalecer el rol de las familias en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes para lograr su desarrollo integral.

3.1. Las familias cuentan con condiciones y capacidades para proteger a niñas, niños y adolescentes.

3.2. Se cuenta con altos estándares de atención de niñas, niños y adolescentes en las modalidades alternativas de cuidado.

4. Promover acciones focalizadas en situaciones de alta vulnerabilidad social para la restitución de derechos.

4.1. Los programas focalizados a situaciones de alta vulnerabilidad social son gestionados de manera transparente, eficaz y eficiente.

5. Difundir los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para su ejercicio y respeto.

5.1. Servidores públicos y profesionales que trabajan en temáticas vinculadas a niñas, niños y adolescentes cuentan con capacidades adecuadas para prestar servicios respetuosos de los derechos.

5.2. La ciudadanía dispone de información suficiente y adecuada acerca de los derechos de niñas, niños y adolescentes incluyendo las situaciones de vulneración y los mecanismos de protección

5.3. Las niñas, niños y adolescentes disponen de información suficiente y adecuada acerca de sus derechos, de las situaciones de vulneración y los mecanismos de protección.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA 2011-2020

El Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020 (PNDIPI) ha sido formulado por equipos interministeriales, principalmente Educación y Salud, y señala la voluntad política del país de avanzar en políticas públicas de Desarrollo Integral en la Infancia. Señala propuestas a corto mediano y largo plazo en la promoción del Desarrollo Integral en la infancia. Hace mención de los marcos legales como el Código de la Infancia y Adolescencia, ley 1680/01, la Constitución Nacional y los compromisos internacionales.

La política y el plan de primera infancia convierten las obligaciones en desafíos y compromisos, aducen los argumentos científicos en neurociencias y de las lecciones aprendidas en países más desarrollados.

Desde el sector salud, la propuesta está basada en el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad en la Niñez 2010-2015, enfatizando el mejoramiento de la salud infantil como un derecho, con enfoque integral, con equidad, universal, enfoque de derechos y participación social. Desde el Ministerio de Educación y Culto, está centrada en el Plan Nacional de Educación 2024. El Documento está dividido en dos grandes secciones: **1.** Marco de Acción, y **2.** Plan con sus objetivos, metas, ejes estratégicos, presupuesto, evaluación y monitoreo.

El eje de acción consolida los marcos jurídicos, políticos, desafíos y compromisos institucionales. Está integrado por una política nacional de Niñez y Adolescencia (POLNA 2014-2024) y del Plan Nacional de Desarrollo Paraguay 2030. Participan instituciones públicas miembros del Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia que convoca a todo el Sistema Nacional de Protección a la Infancia y la Adolescencia (SNPPINA).

El marco de referencia enfatiza los enfoques de derecho, componentes de nutrición, salud, integralidad (articulación intersectorial). El marco Jurídico: Constitución de la nación 1992,

CDN 1989, leyes vigentes contra la discriminación, y el Código de la Niñez y Adolescencia 2001.

En el ámbito del Marco Institucional, el Sistema Nacional de Protección de la Infancia y Adolescencia es descentralizado y está integrado por:

- Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia a nivel nacional y los consejos departamentales y municipales en todo el país.
- En el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia participan los ministerios de Salud, Educación, Cultura, Justicia, de Defensa, Subsecretaría de Bienestar Social, Trabajo y representantes de organizaciones de la sociedad civil.
- El Consejo debe formular políticas, así como supervisar planes y programas, la implementación de la Política se hace a través del Plan Nacional de Desarrollo de la Primera Infancia 2011-2020. Para optimizar la gestión se crea la Comisión General de Infancia y Adolescencia a nivel nacional, reflejada en lo departamental y municipal.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 2015-2030

La Política Nacional de Salud es un conjunto de enunciados que orientan el rumbo de las determinaciones que el Estado Paraguayo está decidido a realizar en ese periodo, con acciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes del Paraguay. De este modo se comprometer a responder al acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud que forma parte de los desafíos actuales en materia de salud pública a nivel global.

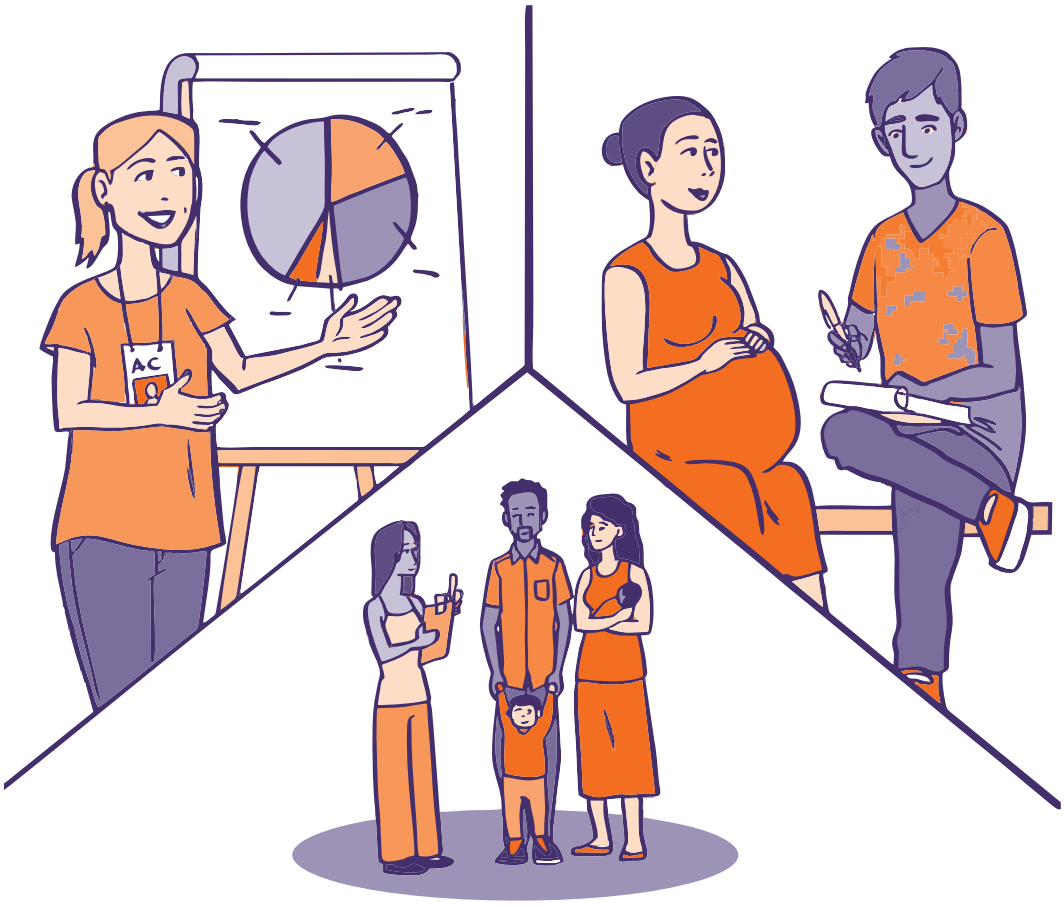
Esta política reconoce la responsabilidad compartida entre el Estado, las instituciones del sector, las personas, los diversos grupos humanos y la sociedad civil en su conjunto.

El Objetivo de la Política es avanzar hacia el acceso universal de la salud y de la cobertura universal de salud al mayor nivel posible y disminuir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible.

Las estrategias y líneas de acción son:

1. Fortalecer la rectoría y gobernanza.
2. Fortalecimiento de la APS articulada en redes integradas.
3. Fortalecimientos de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales.
4. Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos.
5. Fortalecimiento de la gestión de los RRHH en salud.
6. Desarrollo de la salud pública en fronteras.
7. Garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y uso racional de los medicamentos, así como promover el acceso e innovación a tecnología sanitaria.

CAPÍTULO 3



COMPONENTES DEL MAIDIT

1. LA ATENCIÓN **INTEGRAL** EN DIT

Población objetivo

La población objetivo del programa corresponde a niños menores de 5 años y sus familias o cuidadores principales. En la primera fase del Programa DIT, se priorizarán 10 regiones sanitarias y 49 distritos del Paraguay.

Enfoque

Este modelo está basado en el conjunto de acciones individuales y colectivas dirigidas a promover la autonomía de las personas, y el desarrollo pleno y digno de las mismas en los ámbitos social, político y económico, mediante la superación de la determinación social de la condición de salud. Se basa así en los siguientes cambios de paradigmas:

- Del Enfoque curativo al Preventivo y Promocional.
- Del Enfoque asistencialista al enfoque de derechos.
- Del Enfoque biomédico al Biopsicosocial.
- Del Enfoque Hospitalario al Comunitario.
- Del Enfoque de niveles a la Organización en Redes Integradas de Servicios.

El trabajo de acompañamiento implica la detección de riesgos precozmente, pero también el fortalecimiento de los factores protectores. El balance entre la pesquisa de riesgos y factores protectores en un modelo bioecológico[1] se encuentra en la comunidad, la familia y el niño. Su identificación es clave para asociarles intervenciones efectivas que reduzcan riesgos y potencien aquellos factores protectores.

Este modelo considera:

- La integración de las prestaciones de los servicios de salud en torno al Desarrollo Infantil Temprano (DIT) con enfoque de red.
- La articulación con otros programas dentro y fuera del sector salud.
- Trabajo con la comunidad en el área de influencia del servicio de salud.

[1] La perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana concibe al ambiente como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. (Bronfenbrenner, 1993; Bronfenbrenner y Ceci, 1994). Aquí se plantea una concepción del desarrollo humano desde la teoría bio-ecológica, donde se identifican tres niveles: el microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (usualmente la familia); el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; al exosistema lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo; finalmente, al macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelven la persona y todos los individuos de su sociedad. La capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.
Dentro de esta teoría, el desarrollo infantil es concebido como un fenómeno de continuidad y cambio de las características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. El elemento crítico de este modelo es la experiencia que incluye no solo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente.

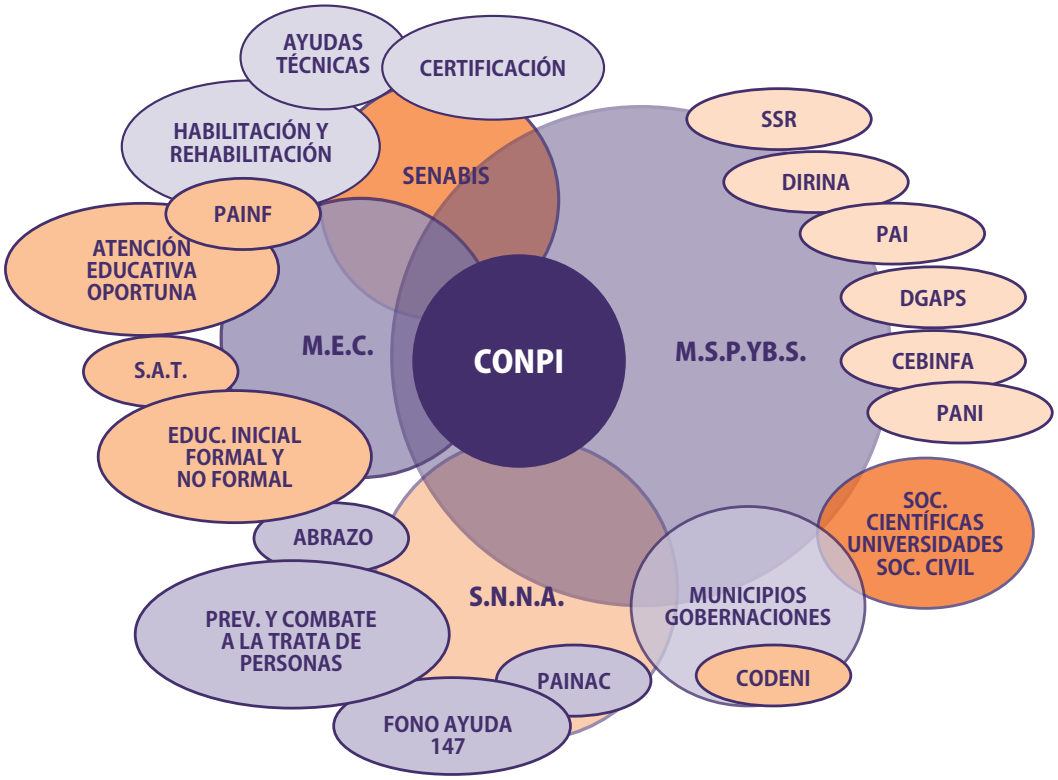
- Pertinencia cultural y lingüística según funcionalidad de las personas (por ejemplo, incorporación de lengua de señas para personas con discapacidad auditiva o modalidad de abordaje para la atención a Pueblos Indígenas) y asegurando enfoque de equidad de género.
- La universalidad del acceso a los servicios de salud a toda la población y la implementación gradual de la cobertura universal de salud.

Actores del MAIDIT

El Programa DIT "Paraguay, Creciendo Juntos" propone un modelo centrado en el niño como sujeto de derechos. Este enfoque requiere la coordinación entre los diversos actores que proveen servicios a los niños y sus familias, de modo a asegurar que estos servicios respondan a todas sus necesidades básicas para el desarrollo pleno de sus potenciales.

El siguiente mapa de actores presenta la organización de los diferentes servicios de impacto en el Desarrollo Infantil Temprano:

GRÁFICO 1: MAPA DE ACTORES DEL MAIDIT.
MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO



Fuente: Elaboración propia.

Definida en apartados anteriores, la Comisión Nacional de Primera Infancia (CONPI) constituye la instancia de coordinación entre los sectores clave en la implementación de políticas públicas relacionadas a la primera infancia, por lo que se ubica como centro del conjunto de actores.

Entre las instituciones que componen el modelo de atención se incluyen el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Ministerio de Educación y Cultura, la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, la Secretaría Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Municipios y Gobernaciones locales, las Sociedades Científicas, y las Organizaciones de la Sociedad Civil. Estas instituciones implementan sus acciones a través de programas de atención directa a los niños menores de 5 años y sus familias, algunas de las cuales se grafican en este mapa de actores. El Anexo 1 presenta más programas de las Organizaciones y Entidades del Estado (OEE).

La interrelación entre estos actores permite que el programa tenga la capacidad de cubrir las necesidades del niño que influye directamente en su desarrollo. Así también, aseguran la integralidad en el diseño y la implementación de los servicios comprendidos en el MAIDIT.

2. ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE LA **RED DE SERVICIOS**

Los servicios del Programa de Desarrollo Infantil Temprano forman parte de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) denominada "TESÃI PYAHURA PARAGUAY". Las RIISS es un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a la población, de forma humanizada, segura y con equidad. Estas redes se orientan bajo la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), lo que implica abordar la salud en su entorno ambiental, socioeconómico y cultural, considerando los determinantes sociales de la salud, estudiando las características demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales de la población a cargo y realizando acciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Al interior de cada Región Sanitaria se organizan Micro-Redes (redes locales, redes distritales) y la Red Regional, acorde a las necesidades de salud de la población y a la oferta de servicios existente, las cuales están articuladas con la Macro Red o Red Nacional. Cada una de estas redes tiene asignados un territorio y una población, de cuya atención a la salud es responsable.

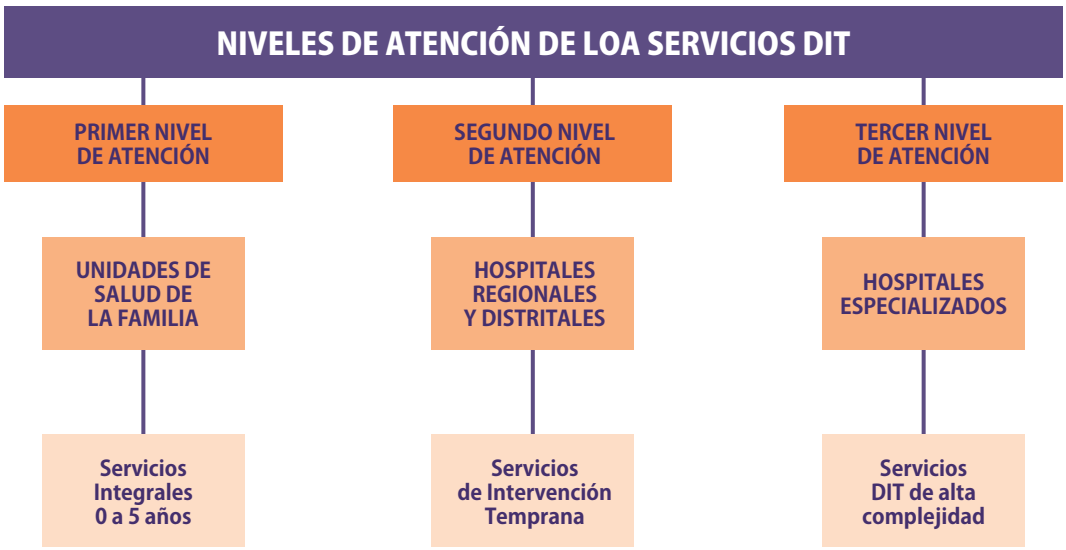
Si bien el PDIT enfoca su atención a través del Curso de Vida, se articula en las redes por medio de "Las Redes temáticas", que tendrán en cuenta temas específicos y requieren la

definición de protocolos de atención con enfoque de red, en cada nivel de atención. El Desarrollo infantil Temprano se incorpora dentro de las redes temáticas ya existentes y particularmente en el tema materno infantil.

Las RIISS articulan las unidades del MSPyBS a otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados, como por ejemplo: con los servicios del Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Policial, Sanidad Militar, Municipios y Gobernaciones, entre otras; para lo cual se establecen acuerdos, convenios o alianzas.

Los servicios del MAIDIT se estructuran en Niveles de Atención: El primer nivel dado por las USF, el segundo nivel dado por los hospitales regionales, distritales y materno-infantiles a través de los SIT, y el tercer nivel dado por las hospitales de alta complejidad con unidades especializadas en neurorrehabilitación avanzada, como muestra el siguiente gráfico:

GRÁFICO 2: NIVELES DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DIT



Fuente: Elaboración propia.

Si bien los tres niveles de atención se encuentran aquí categorizados, deben asegurar una articulación permanente entre los servicios que componen cada nivel de atención.

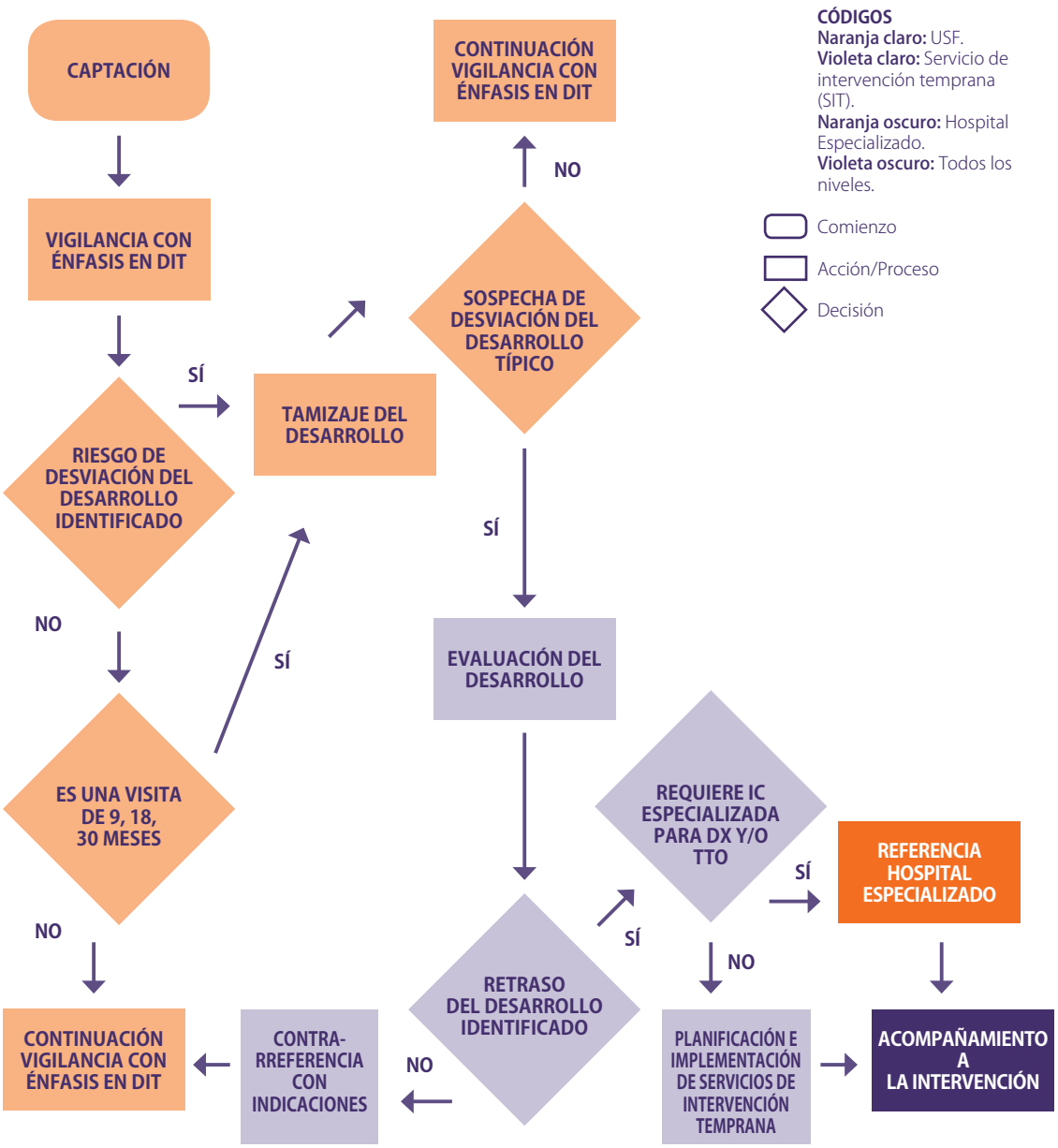
Flujograma de Atención en DIT

Si el niño se gesta y nace en un entorno que permita el crecimiento y desarrollo típico, este recibirá un conjunto de prestaciones de promoción y prevención a lo largo del Programa en el Primer Nivel de Atención, los cuales se describen en el próximo apartado.

Sin embargo si este nace en un entorno con vulnerabilidad biopsicosocial y presenta riesgos importantes, se deben desplegar diversas intervenciones complementarias las que denominaremos prestaciones específicas o diferenciadas. Estas incluyen la identificación, evaluación del desarrollo y puesta en marcha de un plan de intervención temprana según nivel de complejidad.

El MAIDIT propone el siguiente flujo de atención en DIT a niños desde la concepción hasta los 4 años 11 meses 29 días:

GRÁFICO 3: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN DIT



Fuente: Elaboración propia.

Primer Contacto: se da mediante el contacto inicial entre la USF y otros sectores como educación o servicios sociales que refieren al sector salud y la familia del niño o madre embarazada.

Vigilancia con énfasis en DIT: incluye todas las prestaciones de promoción y prevención en DIT, como controles de salud del niño sano o con problemas de salud, visitas domiciliarias, y talleres grupales.

Riesgo de desviación del desarrollo identificado: se tiene en cuenta la detección de signos de alerta (en hitos del desarrollo o examen físico), factores de riesgo psicosocial, o preocupación de los padres o cuidadores, en cuyo caso se procede a administrar tamizaje del desarrollo.

¿Es una visita de 9, 18, 30 meses?: se administrarán el tamizaje de desarrollo a los niños de 9, 18 y 30 meses de manera sistemática en los controles de salud.

Tamizaje del Desarrollo: se refiere a la administración de una herramienta estandarizada (PRUNAPE) que ayuda a la detección de desviaciones en el desarrollo en áreas específicas.

Sospecha de desviación del desarrollo típico: si el niño pasa la prueba, se continúa con las prestaciones de vigilancia habituales. Si la prueba detecta motivo de sospecha en dos ocasiones, se debe referir al niño al Servicio de Intervención Temprana (SIT) de referencia.

Evaluación del Desarrollo: en los SIT la evaluación es administrada para diagnosticar alteraciones específicas del desarrollo que el niño pueda presentar, junto con una evaluación médica para identificar una etiología subyacente.

Desviación del Desarrollo Identificado: igualmente en los SIT si se diagnostica una desviación específica, se realiza un plan de intervención temprana individualizado. Si el niño no presenta una desviación en el desarrollo, el equipo de profesionales del SIT proveerá a la familia indicaciones de promoción y estimulación, a la vez que informa a la USF de las indicaciones a seguir en primer nivel de atención.

Requiere Interconsulta Especializada para Dx y/o Tto.: el equipo profesional del SIT determinará derivar al tercer nivel de atención si el niño fuera a presentar la necesidad de servicios de diagnóstico y/o tratamiento de alta especialización.

Planificación e Implementación de la intervención: el equipo del SIT, para cada niño atendido, establece un plan de intervención individualizado según protocolo establecido. El acompañamiento a la intervención se podrá dar en los tres niveles de atención, de acuerdo a la capacidad de respuesta de estos y privilegiando el lugar donde se encuentre más frecuentemente el niño en la comunidad.

Referencia a Hospital Especializado: si el niño no posee diagnóstico establecido o tiene un diagnóstico clínico no definido, se realizan la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento correspondiente en el tercer nivel.

Acompañamiento a la Intervención: el niño recibirá visitas y/o consultas de seguimiento y acompañamiento intersectorial en el nivel de atención en que se encuentre.

Los diferentes Niveles de Atención y sus respectivas carteras de servicios se describen en los siguientes apartados. La cartera constituye un conjunto de prestaciones de servicios que responden a necesidades y demandas de la población. Con calidad y cobertura como procesos clave, estas prestaciones están sustentadas en criterios científico-técnicos, tienen pertinencia cultural en prioridades de la política sanitaria y están articuladas en la red de servicios de salud.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN DIT

La promoción, prevención e intervención del DIT en este nivel contempla acciones a nivel del individuo, de la familia y de la comunidad por parte de las USF. Otorga un acompañamiento al desarrollo a través de actividades de promoción del DIT, y constituye la puerta de entrada al modelo.

La educación es una de las estrategias promocionales más fuertes para empoderar y acompañar a las familias en promover el apego, el desarrollo integral y la estimulación temprana, subsanar dudas y consultas sobre la crianza de niño, fortalecer la lactancia, la entrega de elementos de crianza y dar información sobre signos de alerta de alguna condición en edades tempranas que puedan alterar el crecimiento y desarrollo infantil. Esta estrategia estará presente en todos los niveles de atención, pero tendrá especial protagonismo en el primer nivel.

Para dar respuestas coherentes en todas las fases del curso de su vida, la vigilancia del desarrollo infantil temprano encuentra su base en la Atención Integral e Integrada en el niño desde la concepción hasta los 5 años. Para este fin se contarán con un Manual de Vigilancia del Desarrollo Infantil Temprano para Profesionales de Salud y el Manual de Vigilancia del Desarrollo Infantil Temprano para Agentes Comunitarios de Salud.

El PDIT se relaciona estrechamente con la Estrategia AIEPI, esta es una estrategia que combate las principales causas de muerte en la niñez, a través de la prevención y del tratamiento, mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud y las prácticas de la familia y la comunidad.

La estrategia AIEPI constituye una herramienta importante para mejorar la salud de la niñez centrando su atención en el estado de salud y en reducir las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud.

Entre los principales beneficios de la utilización de la estrategia AIEPI se encuentra su eficacia en la integralidad de la atención al niño, optimización del costo-beneficio, el fortalecimiento de la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, y el fortalecimiento de la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño.

Las competencias de los profesionales

Es necesario que los profesionales del primer nivel de atención desarrollen las siguientes competencias para el trabajo en desarrollo infantil temprano en la atención del niño de 0 a 4 años 11 meses 29 días.

Conocimientos (Saber):

- Conocer los fundamentos del crecimiento y desarrollo normal desde el período prenatal hasta los 4 años 11 meses 29 días, desde las neurociencias y la medicina.
- Conocer los factores que amenazas o provocan trastornos del desarrollo y discapacidad, así como los factores que favorecen o protegen el DIT, en niños de 0 a 4 años 11 meses 29 días.
- Conocer las intervenciones basadas en evidencia más apropiadas para intervenir favoreciendo el desarrollo integral en niños desde la concepción hasta los 4 años 11 meses 29 días.
- Conocer los enfoques de derechos, género e interculturalidad para la planificación y gestión de servicios en primera infancia.
- Conocer los protocolos existentes del MSPyBS y del MAIDIT.

Habilidades (Saber Hacer):

- Brindar una atención integral y de calidad para el niño desde la concepción hasta los 4 años 11 meses 29 días.
- Identificar desviaciones en el proceso de desarrollo.
- Planificar planes de intervención individualizadas, actualizadas, integrales y oportunas para favorecer el DIT.
- Implementar estrategias preventivas para estimular DIT.
- Implementar herramientas de gestión y planificación de servicios en DIT con enfoque de derechos, género e interculturalidad.

Actitudes (Querer Hacer):

- Brindar una atención al niño y su familia de calidad, integral e inclusiva.
- Estimular e incentivar en la comunidad buenas prácticas para el DIT: crianza positiva.
- Promover el DIT en las familias y la comunidad.

El agente comunitario en salud que apoya las acciones en desarrollo infantil temprano de las USF deberá contar con competencias inespecíficas y específicas a su trabajo en esta área.

Como competencias inespecíficas todo agente comunitario deberá tener:

- Liderazgo ante la comunidad, que le permita establecer el puente vivo entre el servicio de salud, las familias y organizaciones de la comunidad.
- Iniciativa (proactividad) para idear, inventar o emprender proyectos que favorezcan a la comunidad.
- Capacidad para trabajar en equipo con los profesionales y administrativos de la USF y extensivamente con la red de atención en DIT.

Las competencias específicas del ACS en DIT son las siguientes:

- Conocer el contexto de la niñez en Paraguay y los modelos desde los cuales se entiende la Primera Infancia.
- Comprender la importancia del desarrollo infantil temprano y sus características para el fortalecimiento de su práctica comunitaria.
- Liderar y es reconocido como un referente en promoción del desarrollo infantil temprano en la comunidad, vinculándola con los servicios disponibles y fortaleciendo habilidades de cuidado y crianza de niños y niñas.
- Conocer e identificar las prestaciones principales a realizar en según las etapas de la vida en niños y niñas desde un enfoque promocional-preventivo.
- Poseer las habilidades que permitan aplicar las medidas preventivas en la salud del niño y niña menor desde la concepción hasta los 5 años.
- Conocer sobre las condiciones biopsicosociales que amenazan o provocan trastornos del desarrollo y discapacidad y las condiciones que favorecen y protegen el desarrollo infantil temprano
- Tener la capacidad de observar, analizar y detectar alguna deficiencia en el proceso de desarrollo normal del niño o niña desde la concepción hasta los 5 años.

Cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en DIT

La cartera de servicios en el primer nivel de atención está desagregada en diferentes subgrupos, acorde a la población objetivo según curso de vida:

1. Acompañamiento en la etapa preconcepcional.
2. Apoyo al proceso de gestación y promoción del DIT.
3. Acompañamiento en el proceso de parto y promoción del DIT.
4. Acompañamiento a la madre en el postparto.
5. Atención integral temprana a niños y vigilancia del DIT.

La promoción del DIT y la detección de fortalezas y riesgos empieza antes del nacimiento, contemplando inclusive la preconcepción como un momento oportuno para iniciar acciones de promoción del DIT.

La cartera de servicios se basa en las funciones que actualmente se llevan a cabo en el primer nivel de atención, sobre las que se proponen nuevas actividades relacionadas al DIT o simplemente se enfatiza el enfoque en DIT a las actividades ya existentes.

1. Acompañamiento en la Etapa Preconcepcional

La atención preconcepcional es reconocida como un componente crítico en la atención de salud de las mujeres en etapa reproductiva. Toda mujer que se embaraza tiene la probabilidad de que ocurra un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo que puede afectarla tanto a ella como o a su futuro hijo. Es por ello que fortalecer los factores protectores y minimizar los problemas de salud futuros son clave en este período.

TABLA 1: PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN DIT EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Consejería Precon-cepcional. Control Salud Sexual y Reproductiva.	Médico, Licenciado en obstetricia y en su defecto Lic. en Enfermería. Médico y/o Licenciado en obstetricia y en su defecto Lic. en Enfermería.	Mujeres en etapa reproductiva y sus parejas (se prioriza la atención de los adolescentes y población vulnerable).	Domicilio y/o USF.

a. ***Consejería preconcepcional:*** para el fortalecimiento de este servicio el programa ofrece delineamientos para realizar consejería tanto en talleres grupales como en visitas de consulta a USF. El Agente Comunitario de Salud realizará la canalización a los profesionales de salud para la consejería preconcepcional, prestando especial énfasis a las personas adolescentes o con factores de riesgo identificado. La comunicación entre el personal de salud de la USF y las personas en edad fértil tiene como meta la identificación en forma conjunta de riesgos y fortalezas preconcepcionales, orientando hacia una salud sexual y reproductiva saludable, a la postergación o no de un futuro embarazo, promoción de estilos de vida saludable y prevención de infecciones de transmisión sexual.

b. ***Control de la Salud Sexual y Reproductiva:*** el propósito del personal de salud en los controles preconcepcionales es promover el autocuidado, disminución de factores o conductas de riesgo reproductivo, tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de una futura gestación (detección temprana de enfermedades congénitas y/o hereditarias y enfermedades metabólicas) y promover el control prenatal desde las primeras semanas de embarazo.

2. Acompañamiento durante el embarazo y Promoción del DIT

Durante el embarazo se realizan un conjunto de prestaciones destinadas a la atención integral y periódica con enfoque biopsicosocial, que se otorga a la mujer durante todo el período de gestación, integrando a su pareja o persona significativa y familia.

Las acciones específicas para el énfasis en DIT incluyen evaluación de riesgos y fortalezas para el DIT, plan de intervención familiar prenatal en caso de ser necesario, acciones educativas para fomentar el desarrollo de los roles parentales y la crianza, y consejería nutricional con pertinencia cultural enfocado en DIT.

Hacia aquellas madres, y familias que presentan factores protectores, efectuará el seguimiento y acompañamiento de la gestación y fortalecerá la atención con actividades educativas a través de talleres prenatales sistematizados, con componentes específicos de DIT según periodo gestacional, como apego, lactancia materna , signos, síntomas de alerta en el recién nacido, entre otros.

Para prevenir los riesgos de déficit en el DIT del niño es importante considerar aquellas familias con riesgo biopsicosocial, que requieren mayor intervención de prestación y vinculación con las redes existentes en el territorio paraguayo, como aquellas mujeres con embarazo de riesgo, probable parto prematuro y/o que requieren apoyo nutricional.

TABLA 2: PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN ETAPA PRENATAL

ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL EMBARAZO Y PROMOCIÓN DEL DIT

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Control de salud prenatal con énfasis en DIT.	Médico y/o Licenciado en Obstetricia y en su defecto Lic. en Enfermería.	Mujeres embarazadas y sus familias.	USF o en Visita Domiciliaria.
Atención integral de la gestante en condiciones de vulnerabilidad psicosocial.	Lic. en Obstetricia, Lic. en Enfermería o médico.		
Educación a la gestante y su pareja en cuidados pre- y post-natales.	Equipo USF integral.		USF, Visitas Domiciliarias, y/o otros locales de la comunidad USF.

→

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Consejería nutricional.	Lic. en Obstetricia, Lic. en Enfermería o médico.		USF o en visita domiciliaria.
Pesquisa de Riesgos y Fortalezas Psicosociales.	Agente Comunitario de Salud.		USF o en visita domiciliaria.
Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal (PPO y EPN).	Lic. en enfermería, Lic en Obstetricia.		USF y/o otros locales de la comunidad.

a. ***Control de salud prenatal con énfasis en DIT:*** el médico junto con el lic. en enfermería y/o obstetricia realizarán controles de salud prenatal por lo menos en 4 ocasiones durante el embarazo, con el fin de obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, como también detectar y disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Las acciones enfocadas en DIT durante el control prenatal incluirán:
   - Evaluación de riesgos y fortalezas para el DIT.
   - Detección de riesgo específicos de bajo peso al nacer y prematurez.
   - Educación personalizada y resolución de dudas con enfoque de promoción de DIT según edad gestacional.
   - Entrega de micronutrientes.
   - Detección ITS (VIH y sífilis).

b. ***Atención integral de la gestante en condiciones de vulnerabilidad psicosocial:*** el personal de la USF contará con una guía de indicadores para guiar la conversación y observación que identifique riesgos y fortalezas de la madre y su entorno (por ejemplo inasistencia a controles o desnutrición), tanto en visitas domiciliarias como en controles en USF.

   Los equipos de USF realizarán la planificación y seguimiento de intervenciones para gestantes con factor(es) de riesgo identificado(s), y realizarán las derivaciones correspondientes a otros niveles de atención. Las USFs mantendrán comunicación fluida con organizaciones locales para la articulación de acciones de intervención. Algunas de las principales acciones, una vez detectada la vulnerabilidad o factor de riesgo:
   - Diseño de plan de acción familiar.
   - Coordinación de acciones de salud con prestadores territoriales en otros sectores.
   - Educación y promoción con énfasis en DIT según factor de riesgo específico identificado en la embarazada.
   - Seguimiento de la gestante en USF o visitas domiciliarias.

c. ***Educación a la embarazada y su pareja u otros adultos significativos en cuidados pre y post natales:*** el propósito de esta prestación es brindar apoyo a la mujer, su pareja y familia en el conocimiento de las características óptimas del cuidado de niños desde las primeras etapas de su desarrollo; además de los cambios físicos y psicológicos de la madre y del niño durante el embarazo, parto y postparto; los estilos de vida saludable y otros cuidados durante la gestación; los signos y síntomas del trabajo de parto; vínculo; lactancia materna y pautas de crianza. La educación prenatal incluye instancias grupales o individuales con la gestante y acompañante significativo, cuyo objetivo es otorgar apoyo emocional y la adquisición de habilidades en los cuidados del niño y crianza positiva. Estas serán impartidas por el equipo profesional en USF, con el apoyo del agente comunitario de la salud según protocolos del primer nivel de atención.

d. ***Consejería nutricional y fomento de la lactancia materna exclusiva:*** la consejería nutricional tiene como propósito informar sobre importancia de hábitos alimentarios saludables y de la adecuada ingesta de nutrientes y otros suplementos necesarios para el buen crecimiento y desarrollo del niño, y dar a conocer los lineamientos del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI). Además fomentar y preparar para la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y para la lactancia materna hasta los 2 años de vida.

e. ***Pesquisa de riesgos y fortalezas psicosociales:*** es función del equipo de salud de la familia identificar los factores de riesgos y fortalezas y vigilar que las trayectorias tiendan a ser normales. Para ello cuentan en la USF con un instrumento de chequeo con los más relevantes factores de riesgo por etapa de vida.

f. ***Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal (PPO y EPN):*** el equipo de salud de la familia cuenta en la USF con una Guía Técnica para realizar actividades de PPO y EPN que contribuyen al logro de una maternidad segura, saludable y buen desarrollo infantil temprano.

3. Acompañamiento en el proceso de parto y promoción del DIT

TABLA 3: PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PROCESO DE PARTO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE PARTO Y PROMOCIÓN DEL DIT

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Atención personalizada en el proceso de parto y nacimiento.	Equipo en la Maternidad, Médico Obstetra, Enfermera/ obstetra, auxiliar de enfermería.	Mujeres en proceso de parto y sus parejas u otro adulto significativo, y el recién nacido.	USF Ampliada.

En las USF ampliadas esta prestación tiene como propósito supervisar el trabajo de parto siguiendo los procesos fisiológicos naturales, no invasivos, previniendo complicaciones para la madre y el recién nacido, promoviendo la lactancia materna desde el inicio, y considerando los procesos emocionales de la mujer y su pareja o persona significativa.

El manejo del dolor oportuno y el respeto por la pertinencia cultural son algunas de las variables que favorecen un parto con menor estrés y vinculación emocional con el proceso de nacimiento.

4. Acompañamiento a la madre en el postparto

TABLA 4: PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL POSTPARTO

ACOMPAÑAMIENTO EN EL POSTPARTO Y FOMENTO DEL DIT

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Control de Salud de la madre.	Médico, Lic. en Obstetricia, Lic. en Enfermería.	Madres postparto.	Control de Salud en USF.
Aplicación de protocolo de detección de depresión postparto.			

a) ***Control de salud de la madre:*** esta prestación se da en las primeras visitas del recién nacido y su madre a USF luego del alta hospitalaria. Además de realizar una evaluación integral del crecimiento y desarrollo del recién nacido, el énfasis de esta consulta está puesto en:

- Realizar una evaluación integral de la madre y apoyo a la lactancia materna
- Reafirmar el vínculo entre la USF y la familia, favorecer la asistencia del padre o figura parental, e enformar a la familia sobre los servicios disponibles.
- Entregar contenidos promocionales y preventivos adecuados al período.

El período posterior al parto es esencial para la recuperación de la madre, el desarrollo del recién nacido, el aprendizaje de las funciones parentales y para que se establezca un vínculo afectivo sólido. En este periodo los cambios maternos biológicos (físicos, endocrinológicos, nutricionales, etc.), psicológicos y sociales son muy importantes. Si no cuenta con apoyo suficiente puede ser una etapa de estrés para la madre y su familia y por consiguiente para el niño.

b) ***Aplicación de protocolo de detección de depresión postparto:*** como parte de la valoración integral del estado de salud de la madre, se aplicará Protocolo 4 de APS para detección de depresión postparto durante este periodo. Según el resultado de la escala y las observaciones en la valoración psicosocial por parte del equipo de USF vean necesario, se tomarán acciones de derivación y seguimiento.

La detección precoz de síntomas de depresión postparto en la mujer posee enorme relevancia para el desarrollo del vínculo madre-hijo, el establecimiento de pautas de crianza y el desarrollo integral del niño.

5. Atención Integral del Niño desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días

La detección de sospechas de desviación del desarrollo típico cobra central importancia en esta etapa, ya que la evidencia científica muestra que cuanto más temprano en la vida del niño se interviene en su desarrollo, estas son significativamente más efectivas y persistentes. Al mismo tiempo, la intervención temprana muestra un impacto positivo en la experiencia escolar del niño llegada esta edad.

La vigilancia del DIT en el primer nivel de atención implica prestaciones sensibles a los requerimientos propios de cada etapa. Estas incluyen controles de salud con énfasis en DIT, identificación de sospechas de desviación del desarrollo, riesgos y fortalezas para el DIT, actividades de promoción del DIT e intervenciones de mitigación de riesgos para el DIT detectados. Se dan también prestaciones específicas según los requerimientos particulares que se identifiquen de un niño y/o su familia.

TABLA 5: PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL EN EL PERIODO POSNATAL HASTA LOS 5 AÑOS

PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL EN EL PERIODO POSNATAL DE 0 A 4 AÑOS 11 MESES

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Ingreso al programa en la USF.	Equipo de Salud de la Familia.	Familias de niños de 0 a 5 años.	USF o en Visita Domiciliaria si fuese necesario.
Controles de Salud para niños de 0 a 4 años 11 meses 29 días desde una perspectiva integral e integrada.	Médico, Lic. en Obstetricia, Lic. en Enfermería.		USF.

→

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Administración de instrumento de tamizaje del desarrollo.	Médico, Lic. en Obstetricia, Lic. en Enfermería.		
Seguimiento de las derivaciones y prestaciones diferenciadas.	Equipo integral USF.		USF y en Visitas Domiciliarias.
Intervención educativa grupal o individual para el cuidado de los niños.	Equipo de Salud de la Familia.		USF, domicilio u otros locales en la comunidad

El desarrollo de los detalles de estos servicios se encuentra en los manuales para profesionales y agentes comunitarios para menores de 5 años.

a. ***Ingreso al programa en la USF antes de los 10 días de vida:*** la atención integral del binomio comienza con el ingreso a la USF. En este primer control se acoge a la familia y se desarrollan las siguientes actividades:

- Realizar una evaluación integral del crecimiento y desarrollo del recién nacido y evaluación integral de la madre
- Reafirmar el vínculo entre la USF y la familia, y favorecer la asistencia del padre o figura parental, e informar a la familia sobre los servicios disponibles
- Evaluación de la lactancia materna y de riesgos/fortalezas psicosociales.
- Verifica la realización de pesquisas realizadas en maternidades (test del piecito, otoemisiones acústicas y evaluación oftalmológica) y que los padres hayan inscrito al niño en el Registro Civil.

b. ***Controles de Salud con énfasis en DIT para niños menores de 5 años desde una perspectiva integral:*** los controles de salud infantil se realizarán en USF acordes al cronograma establecido en el Manual de Vigilancia del DIT para Profesionales de Salud. El control de salud incluye:

- Valoración del desarrollo utilizando la tabla de interpretación clínica y el tamizaje del desarrollo.
- Indicaciones de promoción del DIT y fomento de la participación del padre en los cuidados del niño.
- Evaluación de problemas de salud que tengan relación con el DIT, problemas de salud de la madre y condiciones socioambientales.

- Evaluaciones clínica auditiva, oftalmológica, bucal, ortopédica y nutricional
- Verificación de tamizajes neonatales realizadas en maternidades (inmunizaciones, test del piecito, otoemisiones acústicas y evaluación oftalmológica).
- Seguimiento de intervenciones asociados a riesgos y fortalezas identificados.

c. ***Administración de instrumento de tamizaje del desarrollo:*** el tamizaje es una herramienta para detectar potenciales desviaciones del desarrollo típico tempranamente. La evidencia científica (Sheldrick et al, 2011; Sices L, 2007 Earls et al, 2009; APA, 2009) muestra que el éxito en la detección temprana de potenciales desviaciones en el desarrollo en el primer nivel de atención aumenta significativamente con el uso de una herramienta de tamizaje. Por ello se administrará una herramienta en edades determinadas y según exista sospecha de desviación del desarrollo, signos de alarma o alerta en el protocolo del neurodesarrollo, o preocupación de parte de la familia, u otro referente del niño.

Si el tamizaje detecta una sospecha de desviación en cualquiera de las áreas del desarrollo, el niño será referido al Servicio de Intervención Temprana (SIT). El equipo de salud familiar se hará cargo de dar seguimiento al caso, de modo de asegurar que las intervenciones necesarias sean efectivas.

d. ***Seguimiento de las prestaciones diferenciadas que reciben niños:*** tras los controles de salud en USF, el equipo de salud de la familia dará continuidad a las intervenciones establecidas para cada niño. Ante el no cumplimiento se insistirá sobre la importancia de las intervenciones y recuperación.

El agente comunitario de salud deberá trabajar en coordinación con los profesionales involucrados de USF, SIT, y/o servicios externos al sector salud, para dar seguimiento a las intervenciones establecidas para el niño.

Los Centros de Bienestar del Niño y la Familia (CEBINFA) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social son servicios de cuidado a niños en el rango etario del programa en algunos de los departamentos intervenidos. Ellos trabajarán en coordinación cercana con las USF para actividades tanto de promoción como seguimiento de niños que reciben prestaciones específicas.

CEBINFA es un servicio social alternativo, de la atención integral a los niños hasta 5 años, hijos de madres y padres que trabajan y cuyos objetivos son:
- Brindar protección y cuidado para el desarrollo integral de los niños.
- Adecuadas alimentación y nutrición.
- Prevención y Atención de Salud.
- Desarrollo psicosocial afectivo.
- Promover la participación de la comunidad en la cogestión de los CEBINFA.

e. Educación grupal e individual para promoción del DIT: el personal de USF realizará un relevamiento de información en la comunidad y con familias durante visitas domiciliarias para detectar necesidades educativas y motivaciones específicas que existan.

El programa comprende la creación de un Club Temático de DIT que realizará encuentros periódicos para actividades de promoción y prevención del DIT. Entre otras actividades educativas del Club de DIT se encuentran los talleres grupales de promoción, talleres de refuerzo en temáticas específicas según necesidad identificada por personal de salud, y talleres sobre actividades de estimulación de las diferentes áreas del desarrollo infantil. Serán convocados padres o cuidadores y sus niños según grupos de edad, debido a la especificidad de contenido que requieren las diferentes etapas evolutivas.

La consejería individual se llevará a cabo según existan requerimientos específicos que necesiten orientación personalizada. En este proceso el personal de USF escucha, informa y orienta a los padres, madres o cuidadores de niños de 0 a 4 años 11 meses 29 días, a tomar decisiones personales relacionadas con la temática específica, brindando información, considerando sus necesidades y/o problemática particular.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN DIT

Los Servicios de Intervención Temprana (SIT) asentados en los Hospitales Regionales, Maternoinfantiles y Distritales ofrecen atención especializada para diagnóstico, habilitación y rehabilitación a niños menores de 5 años, que presenten retraso en su desarrollo o riesgo de padecerlos con participación y acompañamiento de la familia.

Son atendidos en los SIT:

a. Niños cuyo tamizaje del desarrollo o examen neurológico sugieran una sospecha de desviación del desarrollo típico (en menores de 2 meses) o como resultado del Tamizaje PRUNAPE realizado en la USF.

b. Niños con riesgo biológico (prematuros de bajo peso, recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal, recién nacido a término con antecedente de asfixia perinatal, niños con microcefalia o macrocefalia).

c. Niños con riesgo establecido, con discapacidad documentada de tipo cognitivo, motor, de la comunicación o sensorial, que consultan en USF o son referidos por otros sectores de la comunidad que atienden a niños de esa franja etaria.

El área del SIT cuenta con equipamiento y recursos humanos especializados en DIT para atención integral específicamente orientada a la evaluación del desarrollo y a la definición de un plan de intervención que considere todas las prestaciones que ofrece el servicio para cada niño y su familia. Este plan incorpora atenciones individuales y/o grupales en función de la edad, las características y necesidades del niño, y familia, del equipo de salud y de la colaboración con otros recursos de la comunidad.

Los SIT están asentados en el segundo nivel de atención en salud (Hospitales Regionales y Distritales). En una primera etapa cuentan con SIT los Hospitales regionales, Materno infantiles y Distritales priorizados por el Programa DIT. El equipo de profesionales del SIT mantiene una estrecha vinculación con el personal de salud y administrativo del hospital donde se asienten, coordinando acciones conjuntas para obtener resultados efectivos. En cuanto a la supervisión de las gestiones efectuadas en los SIT, es responsabilidad del Director de cada hospital. Igualmente, estos SIT funcionan en red con las USF y los hospitales especializados.

Equipo de Profesionales

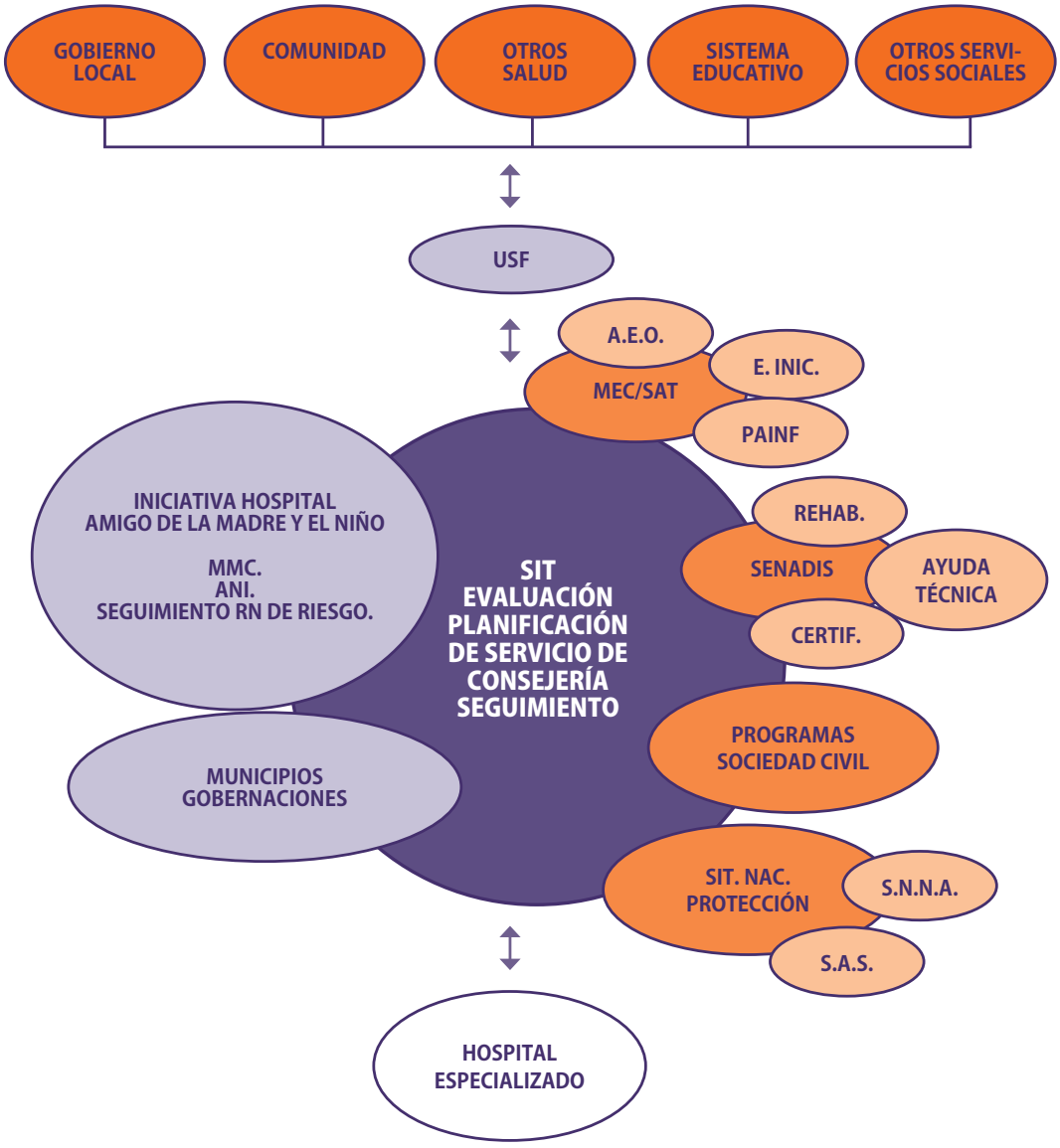
El SIT está conformado por un equipo de trabajo especializado en DIT a fin de dar respuesta integral a los niños con desviación del desarrollo típico. Este se compone de un pediatra, un trabajador social, un enfermero (capacitado en habilitación, rehabilitación y cuidados básicos diarios), un psicólogo, un fonoaudiólogo, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta.

Los integrantes del equipo tienen la función común de llevar a cabo una evaluación integral del desarrollo desde el área de especialidad de cada miembro del equipo, según las áreas de sospecha de desviación del desarrollo típico identificadas por el instrumento de tamizaje y criterio clínico del equipo.

Para cada niño que ingresa al SIT se le asigna un referente de atención a ese niño en particular, el cual lidera al equipo en el proceso de evaluación, diseño de intervención y articulación con servicios externos. Este rol lo tienen todos los profesionales del SIT de manera rotatoria según la afinidad y/o cantidad de casos que se manejen. El pediatra es responsable de coordinar las acciones del equipo. Se realizan reuniones grupales periódicas para presentación de casos y organización de actividades .

El SIT trabaja en articulación con servicios externos al sector salud y en coordinación con la USF de la familia mediante el referente de atención al niño como representante del equipo de profesionales. Dentro del hospital, los servicios del SIT trabajan en vinculación directa con los servicios relacionados al fomento del DIT. La siguiente figura ilustra la modalidad de articulación:

GRÁFICO 4: MAPA DE ACTORES DEL SIT



Fuente: Elaboración propia.

Servicios de Intervención Temprana (SIT): Cartera de servicios

El SIT propone servicios diferenciados de intervención temprana para los niños menores de 5 años con sospecha de riesgo biológico, riesgo establecido y sus familias.

TABLA 6: PRESTACIONES DEL SERVICIO DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Evaluación y diagnóstico del desarrollo.	Pediatra, psicólogo/a, fonoaudiólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermera.	Niños menores de 5 años derivados de USF, por fracaso en tamizaje del desarrollo o aquellos con riesgo biológico o riesgo establecido (Sx de Down, PCI, Microcefalia por ZICA).	SIT.
Intervención apropiada e individualizada del desarrollo.	Trabajador social, pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, personal de apoyo.	Niños menores de 5 años con desviación del Desarrollo.	• SIT. • USF. • Domicilio. • Servicios de la comunidad que atienden niños menores de 5 años (SAT, CEBINFAS, Otros) según cada caso.
Seguimiento y reevaluación del estado del desarrollo del niño.	Enfermera, trabajador social, pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, personal de apoyo.	Niños menores de 5 años con desviación en el desarrollo.	• SIT • USF • Domicilio • Servicios de la comunidad que atienden niños menores de 5 años (SAT, CEBINFAS, Otros) según cada caso.
Consejería y contención.	Enfermera, pediatra, trabajador social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, personal de apoyo.	Niño menores de 5 años con desviación en el desarrollo y sus familias, integrantes de organizaciones que brindan servicios a esos niños en su comunidad (SAT, Cebinfas, otros).	• SIT • USF • Domicilio • Servicios de la comunidad que atienden niños menores de 5 años (SAT, CEBINFAS, Otros) según cada caso.

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Referencia y contrarreferencia con otros servicios.	Enfermera, pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, personal de apoyo.	Niños menores de 5 años con desviación del desarrollo que requiere diagnóstico/ tratamiento especializado u otros servicios específicos.	SIT, USF, organizaciones de la comunidad que prestan servicios a niños de 0 a 4 años 11 meses 29 días con desviaciones del desarrollo (SAT, Cebinfas, otros servicios de educación inicial).
Derivación a hospital especializado.	Enfermera, pediatra, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, fisioterapeuta, personal de apoyo.	Niños menores de 5 años con desviación en el Desarrollo que requiere diagnóstico y/o tratamiento específico de alta complejidad.	SIT Hospital especializado

a. ***Evaluación y Diagnóstico del Desarrollo:*** los niños que en base a la prueba de tamizaje aplicada en USF presentan sospecha de desviación del desarrollo típico, serán admitidos en el SIT, debiendo traer consigo la nota de referencia correspondiente y el resultado del tamizaje ejecutado en la USF u otros estudios o diagnósticos efectuados acompañando a la nota de referencia en el caso de que el niño sea referido de los hospitales u otros sectores de la comunidad. Una vez en el SIT se procederá de la siguiente manera:

1. El proceso empieza con la asignación de un referente de atención al niño, anamnesis inicial, examen médico completo y la revisión de resultados del tamizaje del desarrollo administrado. Esta primera conversación se centra en las preocupaciones que presenta la familia y busca comprender las rutinas del niño y su desempeño en las mismas.

2. Se realiza luego una evaluación del desarrollo y diagnóstico diferencial, utilizando la batería de instrumentos de diagnóstico seleccionado por el equipo.

3a. En caso de ratificarse la desviación en el desarrollo se realiza un plan de intervención apropiada e individualizada para el niño y su familia y en los niños con riesgo biológico y riesgo establecido. Este plan se implementa inmediatamente en articulación con otros servicios dentro o fuera del sector salud que beneficien al niño (SAT, CEBINFAS u otros servicios de educación inicial).

3b. Si el resultado de la evaluación descarta una desviación en el desarrollo, el niño será referido nuevamente a la USF, con orientaciones claras de efectuar reevaluaciones periódicas e intervenciones a nivel familiar. Estas incluyen rutinas de estimulación dentro del hogar, intervención de la comunidad sobre los riesgos y fortalezas detectadas y controles habituales con énfasis en DIT.

4. La duración de la intervención: la intervención está determinada por el alcance de objetivos y logros esperados para la edad del niño en una evaluación de control, que será efectuada en el SIT. Una vez que el niño ya no necesite servicios de intervención temprana, será referido a la USF con orientaciones y entrega de material de apoyo a la familia, para continuar allí con la Vigilancia con énfasis en DIT. El plan de intervención refleja las metas logros y no necesariamente por un puntaje alcanzado o no.
5. En el caso de presentar desviación que requiera diagnóstico y tratamiento de alta complejidad, se inicia un plan de trabajo en el SIT y al mismo tiempo se realiza la referencia al hospital especializado para evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento conjunto.

b. ***Intervención apropiada e individualizada del desarrollo:*** la prestación de servicios es realizada idealmente, por psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionales, de manera individualizada según requiera cada caso.

El referente de atención al niño es el encargado de establecer el vínculo más estrecho con el niño y la comunicación con la familia, los demás integrantes del equipo de salud y administrativo del segundo nivel, la USF, el hospital especializado, u otras OEE u ONGS y los demás referentes de la comunidad que participan en actividades relacionadas al DIT.

c. ***Seguimiento y reevaluación del desarrollo:*** esta prestación es efectuada con todos los niños que ingresan al SIT para evaluación del desarrollo, y en conjunto con la USF de la familia.

De no detectarse desviación del desarrollo se hará la contrarreferencia a la USF de la cual provino, con un plan de intervención con énfasis en DIT y acompañamiento a los integrantes de la USF, realizando reuniones de trabajo y estableciendo comunicaciones vía mail o telefónicas para dar continuidad a la intervención.

En caso de confirmarse desviación o retraso del desarrollo en una o más áreas, se realiza intervención específica y reevaluaciones para observar avances y/o retrocesos y efectuar los ajustes correspondientes. Las reevaluaciones serán programadas como parte del plan de intervención.

d. ***Consejería y Contención:*** esta prestación será ofrecida a los familiares de niños atendidos en el SIT. La misma incluirá la realización de entrevistas individuales sobre la problemática específica identificada (en el niño o en su medio ambiente). Además se les entregarán materiales educativos sobre los diferentes aspectos que afectan o estimulan el desarrollo del niño. También serán invitados a participar de los talleres sobre el DIT tanto en el SIT como en USF.

e. ***Referencia y contrarreferencia con otros servicios:*** esta prestación estará enmarcada dentro del sistema de referencia y contrarreferencia del MSPyBS para el sector salud y otros servicios externos que brindan asistencia a niños de 0 a 5 años. Para el efecto el SIT contará con móviles para traslado de pacientes, servicios de telefonía, fax e internet.

Si bien el MAIDIT contempla la articulación con todos estos actores, no todos los servicios tienen la misma cobertura. Por ello será necesario que cada SIT desarrolle su propia base de datos de servicios prestados en la localidad específica, la cual deberá mantenerse actualizada.

El proceso por parte del Referente de atención al niño y Trabajador Social del SIT es:

1. Identificar servicios externos que el niño ya recibe.
2. Compartir plan de intervención temprana con la institución donde acuda el niño, como también información pertinente sobre resultados de evaluación del desarrollo y recomendaciones/lineamientos para inclusión exitosa según el caso. Esta información estará contenida también en la nota de remisión que acompañe al niño.
3. Compartir información de contacto del Referente de atención al niño en el SIT para consultas y actualizaciones.
4. Hacer conexión con otros servicios externos que podrían beneficiar al niño según criterio del equipo.

f. ***Derivación al Hospital Especializado:*** en el caso que el niño requiera realizar consultas con especialistas o estudios sofisticados para definir el diagnóstico, y/o tratamientos de alta complejidad, será derivado al Hospital especializado, con acompañamiento y seguimiento en todos los casos. El coordinador del caso y el trabajador social estarán a cargo de liderar cercanamente estas acciones.

En caso de que el niño sea referido al hospital especializado deberá llevar consigo la ficha de referencia que conste el motivo de la remisión y todas las evaluaciones e intervenciones efectuadas en el SIT.

A su vez, el profesional del hospital especializado que reciba al paciente deberá hacer una contrarreferencia adecuada, incluyendo las necesidades diagnósticas y de intervención. Cualquiera sea el diagnóstico final del niño, esta contrarreferencia deberá incluir el tipo de desviación, los objetivos de la intervención, la frecuencia de las controles, los estudios a realizar en el futuro y las recomendaciones especificadas para el equipo de salud del SIT, USF y la familia.

Cartera de Servicios Relacionados al DIT en Segundo Nivel de Atención

Los hospitales materno infantiles y distritales cuentan con otros servicios relacionados al DIT que se dan en el proceso del parto y durante los días previos al alta hospitalaria de la madre y el bebé.

Las prestaciones orientadas a proporcionar un acompañamiento personalizado en el proceso de parto, a la gestante y a su pareja u otro adulto significativo deben ser efectuadas de acuerdo a las necesidades de cada mujer, incluyendo las variables socioculturales que estén presentes. Esto favorecerá el desarrollo del vínculo temprano entre la madre, el padre y su bebé.

TABLA 7: PRESTACIONES DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN EL PROCESO DE PARTO Y POSPARTO

FOMENTO DEL DIT EN EL PROCESO DE PARTO Y POSPARTO

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Implementación de Estrategia ANI (Asistencia Neonatal Integrada).	Pediatra, Lic. en Enfermería y/o Obstetricia.	Todos los Recién Nacidos, Sanos o de Riesgo.	Hospitales Regionales, Distritales y Materno-Infantiles.
Implementación del Método Madre Canguro.	Gineco-obstetra, Pediatra, Lic. en Enfermería y/o Obstetricia.	Madre y recién nacido prematuro o con bajo peso.	
Seguimiento al RN de Alto Riesgo.	Neonatólogo y Lic. en Enfermería y/o Obstetricia.	Madre y recién nacido de alto riesgo.	
Programa de detección de Trastornos Sensoriales.	Neonatólogo, Lic. en Enfermería y/o Obstetricia. Oftalmólogo	Todos los Recién Nacidos de hasta un mes de vida, y niños que presentan factores de riesgo para hipoacusia hasta los 4 años 11 meses.	
Programa de Prevención del Retardo Mental.	Pediatra y Lic. en Enfermería.	RN de 0 a 1 mes.	

a. ***Implementación de la Estrategia ANI (ASISTENCIA NEONATAL INTEGRADA):*** la Estrategia ANI implementada en las salas de neonatología es una propuesta para abordar los cuidados que se les brindan a los Recién Nacidos e incluyen los cuidados del neurodesarrollo además de los tratamientos habituales que se usan en la práctica neonatológica.

En el caso de que se trate de un recién nacido sano que no haya requerido la utilización de tratamientos invasivos, deberá ser orientado a seguir sus controles en la USF.

Si el recién nacido tiene factores de riesgo o es sometido a tratamientos invasivos por complicaciones (oxígeno, asistencia respiratoria mecánica, incubadora, venoclisis, etc.) el equipo de profesionales del SIT deberá ser informado por los médicos de cabecera para iniciar el plan de intervención y seguimiento, una vez que se estabilice.

b. ***Implementación del Método Madre Canguro (MMC):*** el MMC se centra en la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel con piel con su madre. Se trata de un método que proporciona innumerables beneficios para la salud y bienestar para los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer.

El equipo de profesionales del SIT debe ponerse en contacto desde el nacimiento y durante la internación del RN, con el médico de cabecera y la familia para brindar servicios de contención y consejería y establecer un plan de intervención y seguimiento, una vez superada la etapa crítica.

c. ***Seguimiento al Recién Nacido de Alto Riesgo:*** el seguimiento de estos recién nacidos requiere de un equipo especializado multidisciplinario, para la oportuna intervención ante potenciales complicaciones que puedan deteriorar su calidad de vida, y acompañar a la familia, brindándole información clara y precisa sobre el diagnóstico y el pronóstico estimado.

El equipo de seguimiento debe trabajar en forma conjunta con el equipo de cuidados intensivos y del SIT. Debe conocer a los pacientes y sus familias previo al alta y la situación socioeconómica. En caso de ser necesario, se debe contactar además con la red de servicio social.

d. ***Programa de detección de Trastornos Sensoriales:*** el objetivo del programa es realizar un tamizaje universal de otoemisiones acústicas para detección temprana de hipoacusias en todos los Recién Nacidos dentro del primer mes de vida y detectar hipoacusias sensorio-neurales en niños de 1 mes a 4 años que presentan factores de riesgo. Adicionalmente, el tamizaje puede estimar en nuestro medio la incidencia de la hipoacusia en el período neonatal y evaluar la prevalencia de los factores de riesgo. El programa se implementará en hospitales regionales y maternidades de los 10 departamentos priorizados por el programa DIT.

En caso de tamizaje positivo, el recién nacido será referido al otorrinolaringólogo para confirmar diagnóstico. Según resultado, será referido al SIT para iniciar intervención. El programa contempla la provisión de prótesis auditiva a los niños hipoacúsicos y/o sordos que puedan ser adaptados, según protocolo del programa.

El programa de detección de trastornos sensoriales incluye además la evaluación por parte del médico pediatra del hospital donde nace el niño, o el médico de la USF, la realización del

examen clínico que incluya el reflejo rojo pupilar. En caso de ser detectado algún problema de visión, deberá ser referido para consulta con especialista, completar estudios e iniciar intervención temprana.

e. ***Programa de Prevención del Retardo Mental:*** el test del piecito es un estudio que debe hacerse a todo recién nacido, preferentemente a la semana de vida, y sirve para diagnosticar enfermedades que pueden producir retardo mental. La detección temprana es muy importante para el éxito en la prevención de la enfermedad. Este diagnóstico es necesario para que, a través del tratamiento temprano de los bebés afectados, se puedan prevenir enfermedades como el hipotiroidismo congénito y la fenilcetonuria que producen retardo mental, además de la fibrosis quística, cuyo diagnóstico precoz permite una mejor calidad de vida

f. ***Acompañamiento a la Intervención, Habilitación y Rehabilitación:*** aquellos niños que presenten desviación en el desarrollo o condición crónica que requiera habilitación y rehabilitación integral (motora, sensorial, cognitiva, social) deberán recibir sus prestaciones específicas y apoyo psicosocial a la familia. Esta prestación corresponde a todos los niveles de atención.

Entre las prestaciones de salud se deben considerar al menos:

- Elaboración de un plan biopsicosocial, individual y familiar.
- Intervención grupal e individual para la estimulación del desarrollo en niños con desarrollo atípico.
- Intervenciones específicas para niños con déficit visual y auditivo.
- Ayudas técnicas y terapéuticas (medicamentos, insumos médicos, alimentación especial) para la rehabilitación e inserción social.
- Talleres para padres o cuidadores con niños con necesidades específicas de apoyo.

Paralelamente este grupo de niños debe contar con participación intersectorial para la inserción social, en particular en centros de cuidado infantil y colegios.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN DIT

Los Servicios del tercer nivel de atención son prestados por un hospital especializado, que para el Programa DIT estarán implementados por el Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu". Este cuenta con recursos humanos especializados en las distintas subespecialidades pediátricas, y además, dispone de infraestructura física y de equipamiento, necesarios para el abordaje diagnóstico y terapéutico de las patologías asociadas a desviaciones en el desarrollo.

La derivación se realiza desde los SIT, cuando el resultado de la evaluación del desarrollo arroje el resultado de Desviación en el Desarrollo Típico y el niño cumpla con los siguientes criterios:

- No tiene diagnóstico específico.
- El diagnóstico clínico no puede ser efectuado en el SIT.
- Requiere estudios y/o tratamientos de mayor complejidad según su patología específica.
- Requiere control de seguimiento por especialistas.

El niño debe contar con la ficha de derivación correspondiente donde constarán las evaluaciones efectuadas, el resultado y el plan de seguimiento establecido por el equipo del SIT. La derivación se realiza a través de un sistema de referencia y contrarreferencia que estará instalado en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Una vez realizado el diagnóstico y elaborado el plan de seguimiento en el tercer nivel, los profesionales intervinientes deben completar la ficha de contra-referencia, con los datos del niño, relacionados al diagnóstico, pronóstico y el plan de seguimiento sugerido para los profesionales de USF o SIT, según corresponda.

Cartera de Servicios del Tercer Nivel de Atención en DIT

Los servicios especializados son los siguientes:

TABLA 8: PRESTACIONES AL DIT EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

PRESTACIONES ESPECIALIZADAS EN DIT

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Consulta especialidad en neurología pediátrica.	Neuropediatra.	Niños menores de 5 años con resultado de desviación en el desarrollo luego de la evaluación efectuada en el SIT.	Hospital Especializado.
Consulta especialidad en Endocrinología.	Endocrinólogo.	Niños menores de 5 años con sospecha de alguna patología de origen endocrinológica (Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, diabetes, etc).	
Consulta especialidad en salud mental.	Psiquiatra, Psicólogo/a.	Familias disfuncionales o sospecha de maltrato y abuso.	

→

PRESTACIONES	RECURSOS	POBLACIÓN OBJETIVO	LUGAR
Consulta especialidad en genética.	Genetista.	Niños menores de 5 años con rasgos dismorficos asociados (orejas de implantación baja, facies peculiar, entre otros), derivados de los SIT.	Hospital Especializado.
Consulta especialidad en nutrición.	Nutricionista, Psicólogo.	Desnutrición Obesidad.	
Estudios clínicos, laboratoriales y de imágenes.	Laboratorio Sala de imágenes Especialistas.	Niños menores de 5 años con riesgo en el desarrollo.	
Plan de intervención y seguimiento.	Equipo de profesionales del Hospital Acosta Ñu.	Niños menores de 5 años con diagnóstico de desviación en el Desarrollo con patologías asociadas.	
Consulta especializada en Oftalmología.	Oftalmólogo.	Niños de 0 a 4 años 11 meses con sospecha de déficit visual y/o con afecciones que pueden afectar la visión (Ej. PCI).	
Consulta especializada en Otorrino-laringología.	Otorrinolaringólogo.	Niños de 0 a 4 años 11 meses con sospecha de déficit auditivo y/o con afecciones que pueden afectar la audición.	

a) ***Consulta especialidad en Neurología Pediátrica:*** se realizarán procesos de evaluación, diagnóstico y plan de seguimiento a aquellos niños derivados desde el SIT, por presentar desviación en el desarrollo.

b) ***Consulta especialidad en Endocrinología:*** definir diagnóstico y establecer plan de intervención y seguimiento en casos de sospecha de hipotiroidismo, raquitismo, hipo o hiperglucemias, entre otros.

c) ***Consulta especializada en salud mental:*** diagnóstico y tratamiento de maltrato y abuso sexual y situaciones de familias disfuncionales.

d) ***Consulta especialidad en Genética:*** definir diagnóstico y establecer plan de intervención y seguimiento en casos de sospecha de una afección Genética.

e) ***Consulta especialidad en Nutrición:*** definir diagnóstico y establecer plan de intervención y seguimiento en casos de trastornos nutricionales de difícil control (Desnutrición, Obesidad), Diagnóstico y seguimiento de trastornos de la conducta alimentaria, Tratamiento de deficiencias nutricionales específicas (administración de hierro intravenoso, vitaminas, oligoelementos, etc.).

f) ***Estudios clínicos, laboratoriales y de imágenes:*** diagnósticos específicos laboratoriales, genéticos, moleculares y de imagen de alta complejidad para diagnóstico.

g) ***Consulta especializada en Oftalmología:*** definir diagnóstico y establecer plan de intervención terapéutica para su posterior inclusión y seguimiento en casos de sospecha de trastornos/déficits visuales.

h) ***Consulta especializada en Otorrinolaringología:*** definir diagnóstico y establecer plan de intervención terapéutica de fonoaudiología para su inclusión.

3. ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

Como nos muestra la perspectiva bioecológica del desarrollo, todos los diferentes sectores del contexto en el que el niño se desenvuelve tienen el potencial de influir positivamente en su desarrollo temprano. Por ello el trabajo coordinado y consistente entre estos sectores permite ubicar al niño y sus derechos en el centro de la intervención, y es ampliamente efectivo. Es por ello que se deben articular acciones sectoriales del área de salud, educación y la comunidad para prestar servicios de atención al desarrollo integral de los niños y sus familias.

La articulación se da en todos los niveles de atención de salud. El mecanismo es diferente en cada nivel teniendo en cuenta las diferentes funciones que cumplen, pero tanto el SIT como las USF trabajan en coordinación con los servicios que el niño ya se encuentre recibiendo y los que potencialmente le podrían beneficiar. El rol del referente de atención al niño y del trabajador social del SIT en segundo nivel, y del Agente Comunitario de Salud apoyado en el equipo de su USF en el primer nivel, serán claves para la ejecución de esta articulación.

Es fundamental que el personal de salud conozca los servicios disponibles en su localidad para la protección del bienestar infantil, debido a su posición estratégica de contacto con el niño y su contexto familiar. De esta manera, se potencia el acceso de cada niño a estos servicios según su necesidad individual encontrada en el análisis de riesgos y fortalezas que forma parte del modelo de atención. Entre las funciones del personal de salud se contemplan entonces la elaboración y mantenimiento de una base de datos que incluya los servicios que se prestan en su comunidad, tanto del Estado como privados o de la Sociedad Civil.

Los componentes de articulación de los servicios dentro del Modelo incluyen aquellos ilustrados en el mapa de actores presentado al comienzo del capítulo (más detalles sobre actores del sector público se encuentran en el Anexo 1). Vale mencionar que el flujo de la articulación es bidireccional en tanto todos los sectores pueden derivar a las USF a los niños que sean usuarios de sus servicios, ya sea por preocupación acerca del desarrollo del niño u orientación/atención a las familias.

Por otra parte, el programa DIT busca mejorar la articulación y estandarización de los diferentes servicios de cuidado infantil ofrecidos por el MJT, MSPBS, el MEC, la SNNA, entidades privadas y ONG. También se contempla el fortalecimiento de los (CEBINFAS).

Sector Educación

El Ministerio de Educación y Cultura (MEC) comprende programas de educación inicial en los mismos territorios y en rango de edad del Programa DIT en modalidad formal y no formal con enfoque inclusivo e intercultural. Los Servicios de Atención Temprana (SAT) a cargo de docentes con formación y experiencia en educación inicial, prestan servicios de estimulación temprana a niños de hasta 3 años con riesgo y desviación del desarrollo: revisiones periódicas y sistemáticas de los avances y retrocesos, y derivación de casos que requieren de estudios neurosensoriales u otros estudios, así como los casos que ameriten una atención de mayor complejidad tecnológica no disponible a nivel local.

Sector de Promoción, Protección, y Defensa de los Derechos

La Secretaría de la Niñez y la Adolescencia cuenta con varios programas de cobertura nacional, que promocionan y realizan actividades pertinentes al enfoque integral de los derechos de las personas. Estos programas cuentan con servicios de protección y apoyo tanto a niños como sus familias.

También en este sector se encuentran los Consejos por los Derechos de la Niñez-CODENI. Es un servicio permanente y gratuito de protección, promoción y defensa de los derechos de la niñez y la adolescencia, de carácter no jurisdiccional, que se crea en cada municipalidad.

La Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad también constituye un actor clave para la implementación del Programa. La SENADIS provee servicios de Protección, Habilitación y Rehabilitación, Ayudas Técnicas, y Certificación y Valoración para personas con discapacidad.

Gobierno Local

El programa prevé la participación del gobierno local (responsables o autoridades de las Gobernaciones, Secretarías de Salud, Municipios etc.) en apoyo al Programa, en cuanto apoyo político y disposición de recursos físicos, tecnológicos, humanos, financieros y materiales.

Participan Gobernaciones departamentales con dependencias tales como Secretaría de Salud, Discapacidad, Mujer; como también Municipios y Juntas municipales que participan a través de sus departamentos.

Sector de Sociedad civil

El sistema está constituido por organizaciones comunitarias: iglesias, clubes, agrupaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales relacionadas al sector social y específicamente al área de niñez, entre otros.

Para el éxito de la articulación con los servicios de la sociedad civil dentro de los territorios de intervención del Programa DIT deberán previamente cumplirse algunas condiciones en todos los niveles, tales como:

- Identificación de iniciativas y servicios de la sociedad civil durante el mapeo en cada territorio.
- Socialización desde el inicio, durante la formulación del Programa DIT, a todos los niveles de gestión y comunidades involucradas.
- Instalación del Sistema sobre estructuras y organizaciones afines al Programa prexistentes.
- Fortalecimiento de las Alianzas estratégicas por medio de acuerdos, convenios y compromisos de gestión y posterior coordinación intersectorial.
- Selección de los profesionales, técnicos y personal de apoyo, bajo estrictos criterios de admisión, de acuerdo al perfil requerido previamente establecidos para la tarea definida.
- Articulación efectiva de los elementos u organizaciones en cada plano transversal y cada sector vertical para la perfecta articulación circular.
- A nivel de las unidades ejecutoras, la provisión oportuna de los recursos y la capacitación efectiva y la supervisión serán las estrategias más importantes.

4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Según lo señalado en la Constitución Nacional de 1992, en el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 1680) y luego ratificado en todos los Planes y propuestas programáticas que el país ha elaborado desde 2003 a la fecha, la participación comunitaria debe ser un componente central en la elaboración de todas las políticas y programas públicos vinculados con el desarrollo humano en general, y el bienestar de los Niños y Adolescentes en particular.

La participación es un elemento cotidiano que se da desde el proceso de formación de opinión hasta la capacidad de tomar decisiones en asuntos que directa o indirectamente afectan a un individuo, grupo y/o a la sociedad en su conjunto. El proceso participativo ofrece distintos beneficios para los involucrados. Estos beneficios van desde la satisfacción de necesidades hasta el empoderamiento y acumulación de capital social. De este modo la participación se puede concebir como un medio y como un fin en sí misma.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, la participación es un principio democrático según el cual cada persona tiene derecho a intervenir en el proceso de toma de decisiones y en la realización de las metas políticas, económicas, sociales y culturales de la sociedad. La participación de todas las personas en la vida privada y pública es condición necesaria para el pleno respeto a sus Derechos Humanos.

La participación comunitaria permitirá que el MAIDIT constituya una herramienta útil para responder a las necesidades de la comunidad en cuanto al desarrollo y bienestar de los niños y sus familias. Esto permitirá tanto la apropiación e implementación exitosa del MAIDIT como su sostenibilidad a través del tiempo. A continuación se plantean dos modalidades de participación diferenciadas.

CONSEJOS MUNICIPALES DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA Y CONSEJOS DE SALUD

Con fin de permitir que la comunidad tenga el poder de decisión que le corresponde, el MAIDIT contemplará la inclusión del diálogo sobre necesidades y metas relacionadas al desarrollo infantil temprano en los Consejos Municipales de Infancia y Adolescencia y los Consejos Locales de Salud.

Los Consejos Municipales de la Niñez y la Adolescencia están integrados por un representante del estado local, quien lo preside; otro por la Junta Municipal (órgano político local), otro(s) por organizaciones locales, que incluye a todas las organizaciones de la sociedad civil que realicen acciones en beneficio de los niños, de las comisiones vecinales o de fomento, y de las mismas organizaciones de niños y adolescentes. Estos Consejos Municipales son parte de la institucionalidad municipal y administran recursos que los municipios reciben directamente del Gobierno Central.

Por otro lado, existen los Consejos Locales de Salud (CLS), que tienen potestad para administrar sus propios recursos en la gestión de la salud local, adicionalmente a los que reciben desde el MSPyBS por transferencias.

En los Consejos Locales de Salud participan representantes de los consejos vecinales, las cooperativas, los sindicatos, clubes deportivos, cooperadoras escolares, como miembros de la sociedad civil. También tienen representantes del ejecutivo Municipal o Intendencia, de la Junta Municipal y del sector privado de salud de la comunidad (sanatorios, farmacias, laboratorios) y de otras instituciones de relevancia sectorial: instituciones educativas, iglesias, universidades, jueces de paz, policía, etc.

Las instituciones que se inscriben pasan a conformar la Asamblea de Salud Local, que elige democráticamente una Mesa Directiva. Entre sus funciones se encuentra la formulación de un Plan Local de Salud con su presupuesto, para presentarlo a la Asamblea, a la Municipalidad y a las autoridades departamentales y nacionales.

El personal de salud de cada micro-red que participe en los consejos, ya sea del primer o segundo nivel de atención, contará con experiencia comunitaria, localidad/cercanía a la comunidad, conocimiento sobre DIT y sobre las necesidades y metas de la comunidad a la que pertenece.

La capacidad de extender el DIT y enriquecerlo con la experiencia y la cultura local está en estas instituciones locales. Tanto los Consejos Locales de Salud, como los Consejos Municipales de la Niñez y la Adolescencia, serán el núcleo en que se vuelque la participación comunitaria, dirigida a que los niños, niñas y adolescentes de cada municipio se conviertan de prioridades potenciales en un presente efectivo.

EL TRABAJO EN GRUPOS (ATY GUASU)

Además de la participación en los Consejos, el personal de Salud abordará la comunidad a través de trabajos en grupo (Aty Guasu)[2]. Estas serán abiertas a todas las personas de la comunidad, incluyendo los actores y líderes de diversos sectores locales. La formación de un grupo atenderá los problemas relacionados con el desarrollo de niño dentro de un abordaje ecológico y no únicamente relacionado a enfermedades o discapacidades.

Estos encuentros tienen dos propósitos centrales: El diagnóstico de necesidades de la comunidad y la elaboración de un Plan Comunitario. Las comunidades identifican sus problemáticas y necesidades de salud en el ámbito de la primera infancia (que pueden ser diferentes a los identificados por las autoridades nacionales o investigadores externos), y

[2] En el primer nivel de atención existe una modalidad vigente de trabajo en grupo llamado Aty Guasu (Asamblea Comunitaria). Los Aty Guasu son reuniones multisectoriales de actores sociales e institucionales de las comunidades locales que se encuentran dentro del territorio de una USF, en los que se pueden tratar temas pertinentes al desarrollo de la primera infancia en la comunidad. El énfasis está en estimular la convocatoria de las familias, individuos e instancias sociales que interactúan en el ambiente natural de la comunidad.

planifican las intervenciones que sean congruentes con las necesidades identificadas por las familias y la comunidad en lo concerniente al Desarrollo Infantil Temprano.

Estas actividades deben ser implementadas por las USF en el territorio asignado dentro de la red donde pertenecen. En base a una metodología participativa y por medio de MESAS DE DIÁLOGO PARTICIPATIVO, serán elaborados el Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP), que apoya a los actores locales a elaborar un diagnóstico de los problemas y necesidades de Salud y sus determinantes.

El segundo paso es organizarse en un Plan de trabajo con los distintos actores sociales de la comunidad. Cuando se habla de un Plan de trabajo local para ejecutar acciones en DIT, este refleja las capacidades de cada actor social para intervenir en la comunidad, con los recursos disponibles, a fin de enfrentar el problema de salud infantil y materna. La metodología de la Planificación de base tiene tres momentos: **1.** Definición y caracterización del problema. **2.** Análisis de causas y consecuencias. **3.** Acciones concretas que cada grupo pueda realizar en base a sus posibilidades.

En la matriz de Planificación de base es necesario tomar en cuenta las acciones tienen una serie de preguntas. Una vez realizado el taller de planificación, es necesario que desde el inicio se constituya el equipo que impulsará el trabajo con los distintos actores y que el diálogo permanente se vuelva la forma de trabajo.

Este trabajo fortalece el vínculo entre los servicios de salud, los usuarios y los actores sociales e institucionales de la comunidad, a la vez que se promueve el interés en la temática de DIT.

5. MODELO DE GESTIÓN

El componente de gestión comprenden los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud en DIT, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

En concordancia con los cambios estructurales planteados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la gestión del modelo se orienta a superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa que está dada por el desarrollo de las RIISS, que se orientan a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos. En las RIISS se implementará un modelo de gestión que apoye el cumplimiento de los objetivos de la red y sustente al modelo de atención integral basado en la Atención Primaria de la Salud. Una política de DIT debe responder a las características del funcionamiento y cultura de

cada país, como por ejemplo el grado de centralidad que se tiene en la toma de decisiones, el grado de involucramiento y el rol de los actores de la sociedad civil, la experiencia previa en la implementación de políticas nacionales, etc.

Las políticas de DIT en otros países muestran lecciones aprendidas que han sido factor de éxito y que tienen que ver con algunos de los principios aplicados en la implementación de este sistema, a saber:

1. Aprovechamiento de todos los recursos existentes y disponibles en los ámbitos de salud, educación y desarrollo local.
2. Gestión orientada a resultados en la salud y el desarrollo de los niños.
3. Asignación y separación efectiva de funciones.
4. Despliegue progresivo respetando integralidad y universalidad del sistema.

Para la elaboración de este componente es fundamental conocer el actor coordinador clave de la red y los servicios gubernamentales que podrían estar presentes en materia intersectorial para el DIT.

Se plantean una serie de elementos que representan un salto cualitativo en la gestión de las unidades, estos son:

1. Un enfoque sistémico de la gestión orientado a resultados y basado en procesos con pensamiento estratégico.
2. La aplicación del ciclo administrativo para los servicios públicos de salud.
3. Un marco de funciones consistentes con las Funciones Esenciales de Salud Pública aplicables al ámbito departamental.
4. Una estructura organizativa eficiente y completa a nivel distrital, departamental y nacional.

GOBERNANZA Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La gobernanza de las autoridades sanitarias para las implementaciones de las acciones en DIT será ejercida a nivel de las autoridades sanitarias central (Ministro de Salud y Viceministro de Salud). A nivel local, en el marco de la RIISS será ejercida en cada región sanitaria y por el conjunto de representantes de las Instituciones que integran la red y los consejos de salud. El ejercicio de la gobernanza se realiza a través de sesiones periódicas convocadas por el coordinador de la red regional.

Las funciones y competencias del gobierno de la Red:

- Establecer la visión, misión y objetivos a nivel local en el contexto de la Planificación general de la Región Sanitaria.
- Coordinar acciones entre las instituciones.
- Constituir una instancia para la concertación y participación social.
- Proponer acciones para movilizar recursos en función de los intereses de la red.
- Constituir el espacio fundamental de deliberación y propuestas para la toma de decisiones.

- Servir como instancia de evaluación de la funcionalidad del PDIT.
- Facilitar la coordinación intersectorial de la red.
- Rendición de cuenta.

Desde la mirada Intersectorial, actualmente en algunos países de la región han puesto en marcha mecanismos de gobernanza integrada en los diversos sectores e instituciones responsables de los programas y políticas sobre el Desarrollo Infantil Temprano. La idea principal se basa en fortalecer servicios en torno al desarrollo pleno y a las necesidades de cada niño y su familia ("donde más vive el niño"), en lugar de realizar la oferta en función de las necesidades de los proveedores de servicios. A fin de llevar adelante servicios integrados, no solo es clave la coordinación horizontal (entre sectores como salud, bienestar social, educación, trabajo y secretarías de protección social) sino también la coordinación vertical (en los diferentes niveles de gobierno: nacional, departamental y municipal).

A nivel nacional, el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia orienta un camino para asegurar ambos tipos de coordinación, con una entidad articuladora (CONPI) con un mandato explícito para coordinar las iniciativas del conjunto de instituciones relevantes.

GESTIÓN DE LOS RRHH

Este modelo comprende la gestión de los recursos humanos y estrechamente vinculados al sistema de información y evaluación, el sistema de apoyo, el sistema de logística y el sistema de transporte sanitario. En relación con la gestión de recursos humanos, cada región sanitaria realizará un análisis técnico con respecto al RRHH (especializado y no especializado), los vínculos existentes, su distribución actual, los ingresos salariales y otros factores, con el fin de regular mecanismos que favorezcan la desconcentración del mismo, contando con un personal adecuado, competente, motivado, promoviendo incentivos de índole académica y de bienestar.

En las redes regionales se establecerán procesos de capacitación permanente, adecuados sistemas de reclutamiento, formación y desplazamiento de las personas a zonas dispersas, tal como se define en el gerenciamiento de la RIISS. El equipo de salud es la columna vertebral del sistema, su desarrollo implica procesos transversales y continuos de capacitación y actualización para fortalecer sus competencias para la gestión y atención integral.

El programa de Desarrollo Infantil Temprano depende de personal altamente calificado. A fin de que los servicios cuenten con recursos de esas características, el sistema tiene que asegurar que haya suficientes profesionales con las competencias adecuadas para llevar a cabo sus funciones y que las estructuras de incentivos atraigan o mantengan a los mejores. Para el fortalecimiento de los recursos humanos los requisitos y políticas para el personal deben estar bien diseñados dando como resultado una fuerza laboral profesional de alta calidad. El sistema debe ofrecer incentivos que posibiliten el crecimiento profesional, para generar y mantener recursos humanos de calidad.

SISTEMA DE INFORMACIÓN ACORDE AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL MSPyBS

El sistema de información debe proporcionar datos sobre la situación de salud de la población asignada en el programa (incluida información sobre los determinantes de la salud), la demanda y la utilización de los servicios; información operacional sobre la línea de la atención del niño, independiente del sitio de atención, información clínica; información sobre los factores de riesgo.

Todas las unidades operativas afiliadas a la Red deben estar vinculadas con el sistema de información de manera georreferenciada para mayor optimización de los recursos e impacto del programa.

Un aspecto fundamental es el carácter adecuado de los instrumentos y de las herramientas diagnósticas, alineadas a las herramientas y formularios del sistema de información actual que son utilizadas para la atención del niño y de la madre. Para la ejecución de esta actividad se prevé que la capacitación del personal en recolección y registro de datos sea ejecutada.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Es un proceso continuo de acompañamiento, asesoría técnica y capacitación en servicio a los equipos de salud, sobre los procesos y resultados en la implementación del PDIT. Se orienta a medir avances, limitaciones, propuestas de solución, en función de indicadores de gestión. Por otra parte, se orienta a medir la calidad de la atención, la aplicación de normas y protocolos que contribuyen a mejorar el desempeño del personal en la prestación de servicios y al mejoramiento de la calidad de la atención.

Se propone que en cada nivel de atención se estructurarán equipos de supervisión, que responden a un plan de trabajo, productos y resultados.

Se orienta a la verificación de avances y cumplimiento de actividades y metas, así como a la identificación, análisis y resolución oportuna de problemas.

Los procesos de monitoreo contarán con insumos del Sistema de Información que proveerá información estratégica, de metas operacionales y presupuestales para la toma de decisiones en los niveles correspondientes. Los procesos de evaluación deben ser periódicos, sistemáticos y orientados al análisis de la pertinencia, suficiencia, eficiencia, efectividad, eficacia e impacto de las acciones en función de los objetivos y resultados. Para el efecto se desarrollarán herramientas de monitoreo y evaluación, incluyendo indicadores de procesos, productos e impacto con el fin de aplicar en un plazo de dos años a partir del inicio de su implementación (Evaluación del MAIDIT).

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

El financiamiento se refiere a la obtención y administración de recursos que se requieren para cubrir los costos a partir de un modelo elaborado. Para esto es necesario realizar algunas preguntas que pueden orientar hacia un financiamiento adecuado del programa, algunas de estas son: ¿De dónde salen los recursos? ¿Cuáles son las estrategias para financiar el DIT? ¿Quién financia (o debería financiar) el costo de las actividades diseñadas para favorecer el nivel deseado de DIT? ¿Cuál es el flujo que siguen los recursos en el sistema y quién los administra?

Si el programa cuenta con un objetivo bien delineado, a relación entre costo y resultado puede ser más verdadera. Elegir una opción de bajo o alto costo está directamente relacionado a un buen resultado que querríamos obtener, la relación costo-resultado no siempre es lineal.

Los costos necesarios para poder lograr un objetivo podrían ser estimados a partir de la suma de gastos que se emplean para tratar de producir el efecto deseado. Para ello debemos conocer la proporción del presupuesto total asignado a este fin y a otros sectores que tienen en parte el objetivo de favorecer el DIT, el costo por niño para los diferentes programas, cuáles son las estrategias más favorables para el financiamiento en áreas donde existen niños en situación de mayor vulneración de acceso a derechos en contextos rural, urbano: niños de áreas rurales , niños de áreas de alta marginación, niños indígenas y niños con discapacidad.

El modelo de financiamiento y gasto en salud se implementará en el marco de las normativas generales que el Ministerio de Salud viene aplicando y actualmente bajo el contrato de préstamo con el BID para Programa de Desarrollo Infantil Temprano PR-L1051 – 2667/ OC-PR por un cierto periodo de tiempo. Por otro lado, y teniendo en cuenta los criterios de sostenibilidad, se debe avanzar en el corto plazo con estudios que identifiquen nuevos mecanismos de financiamiento así como la realización de los costos de la cartera de servicios, e incentivos y rendición de cuentas que promuevan el aseguramiento a lo largo del tiempo del Programa PDIT. El MSPBS deberá identificar estas nuevas fuentes y el rol que van a tener cada programa involucrado.

ANEXO

El siguiente cuadro sintetiza los servicios públicos del Estado externos al área de salud que proveen servicios a la población objetivo del programa DIT.

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
Ministerio de Educación y Cultura (MEC) – Dirección de Educación Inicial. (Más Información www.mec.gov.py)	Programa Programa Atención a la Primera Infancia.	Atención universal en instituciones educativas de la modalidad formal a nivel nacional (prejardín, jardín y preescolar) a través de los técnicos zonales de la Red de Educación Inicial. **Localización:** capital y 17 departamentos del país.	• Dirección de Educación Inicial (021)452797 • Coordinaciones Departamentales. • Supervisiones de Apoyo Técnico Pedagógico en todos los departamentos del país.
	Proyecto Atención Educativa Oportuna para el Desarrollo Integral a niños y niñas de 3 y 4 años.	• Instituciones educativas de gestión oficial disponen de espacios educativos equipados. • Servicios de Atención Temprana equipados adecuadamente y recursos humanos capacitados para la atención de niños y niñas con discapacidad. • Recursos Humanos capacitados e instancias de gestión constituidas para la atención de niños y niñas del nivel inicial. • Niños y niñas evaluados en su desarrollo. • Familias y comunidades sensibilizadas. **Localización:** Concepción, San Pedro, Guairá, Caazapá, Caaguazú, Itapúa, Alto Paraná, Central, Amambay, Presidente Hayes y Asunción.	• Dirección de Educación Inicial (021)452797 • Coordinación General de Programas y Proyectos del MEC. • Coordinaciones Departamentales. • Supervisiones de Apoyo Técnico Pedagógico en todos los departamentos del país.
	Proyecto Comunitario de Atención Integral a niños y niñas de 0 a 3 años en la modalidad no formal.	Curso de Habilitación para Agentes Educativos No Formales, con educadores comunitarios, agentes de salud, docentes, madres y abuelas de los Asentamientos Ára Pyahu I y II, en articulación con el Instituto de Formación Docente Nuestra Señora de la Asunción.	• Dirección de Educación Inicial (021)452797 • Instituto de Formación Docente "Nuestra Señora de la Asunción", de la Capital.

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
		Atención directa a niños y niñas de 0 a 3 años con enfoque de investigación-acción participativa. **Localización:** asentamientos Ára Pyahu 1 y 2 de Isla Valle -Areguá.	• Equipo técnico Modalidad No Formal.
	Proyecto "Fortalecimiento del Programa de Atención a la Niñez y Familias (PAINF)".	Capacitación y acompañamiento a las educadores, las docentes y los directivos de los Centros de Recursos para la Educación Permanente en la implementación del Programa de Atención a los niños, las niñas y sus familias. **Localización:** Ñeembucú (Pilar), Caazapá (San Juan Nepomuceno), Guairá (Villarrica), San Pedro (San Estanislao), Alto Paraná (Ciudad del Este), Cordillera (Emboscada).	• Dirección de Educación Inicial (021) 452797. • Equipo técnico Modalidad No Formal. • Dirección General de Educación Permanente.
	Atención socioeducativa a los niños, niñas de 0 a 3 años, madres y gestantes del Sector Amanecer de la Correccional de Mujeres de la Casa del Buen Pastor. Centro Educativo N° 8054 "Casa del Buen Pastor".	• Atención socioeducativa a niños, niñas de 0 a 3 años. • Acompañamiento a las madres gestantes y de niños y niñas de 0 a 3 años. • Atención articulada con el Ministerio de Justicia. **Localización:** Correccional de Mujeres "Casa del Buen Pastor".	• Dirección de Educación Inicial (021)452797 • Equipo técnico Modalidad No Formal.
	Programa de Expansión de la Atención Educativa Oportuna para la Niños y Niñas desde la Gestación hasta los cinco años a nivel nacional". (2016-2018).	**Componentes:** • Recursos humanos contratados, formados y capacitados en las modalidades formal y no formal • Infraestructura y equipamiento • Promoción y difusión de los servicios educativos a través de la participación comunitaria y el trabajo intersectorial en red. • Evaluación del Programa en distintos ejes: impacto, eficiencia,	• Dirección de Educación Inicial (021) 452797. • Departamento de Proyectos.

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
		eficacia y sostenibilidad. • Gestión administrativa y financiera del Programa. **Modalidad formal:** • Escuelas no Indígenas de gestión oficial. • Escuelas Indígenas de gestión oficial **Modalidad no formal:** Servicios diversificados de atención no formal. • Modalidades comunitarias. • SAT (0 a 6 meses). • PAINF (0 a 8 años). • CEBINFAS. • ABRAZO (0 a 8 años). • MITÃ RÓGA (0 y 4 años). • Maestra Mochilera.	
Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA) (Más Información www.snna.gov.py)	Fonoayuda 147.	Servicio de atención telefónica para niños, niñas y adolescentes, especializado en brindar orientación psicológica, social y legal en casos de maltrato, abuso sexual, explotación, sexual, explotación laboral, u otras vulneraciones de derechos.	Tel: 147 Desde línea baja o celulares de Tigo, Vox y Personal. Sin costo de llamada.
	Coordinación de Identidad.	Articulación de acciones de apoyo a los equipos de la Dirección de Registros y el Departamento de Identificaciones, para que niñas, niños y adolescentes ejerzan su derecho a la identidad. **Componentes:** **1.** Promoción del Derecho a la Identidad, **2.** Articulación Interinstitucional **3.** Facilitación del acceso y obtención de documentos de Identidades.	Tel: (021) 207 166.
	PAINAC (Programa de atención integral a niñas, niños y	El Programa atiende a los niños, niñas y adolescentes que viven en las calles y han perdido vínculos con sus familias, o cuyos vínculos,	Tel: (021) 228 777.

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
	adolescentes que viven en la calle).	por diversas causas, se han vuelto tan negativos que los han llevado a tomar la decisión de arriesgarse y vivir en las calles. **Componentes del Programa:** **1.** Centro Abierto Refugio. **2.** Centro Transitorio de Protección. **3.** Centro de Convivencia Pedagógica Ñemity - "Jorge Patiño Palacios".	
	Abrazo.	El programa Abrazo trabaja en la prevención, intervención y protección a niñas, niños y adolescentes que realizan actividades económicas en espacios públicos, olerías, vertederos y agricultura. ABRAZO busca: • Reducir la pobreza • Erradicar el trabajo infantil en todas sus formas • Garantizar el cumplimiento de los Derechos del Niño • Servicio integral en salud, educación y protección a niños y niñas que trabajan en espacios públicos. **Componentes del Programa:** **1.** Trabajo Infantil. **2.** Centros Abiertos y de Protección. **3.** Soporte Social. **4.** Redes.	Tel: (021) 228 777.
	Centro de Adopciones	Autoridad administrativa central, encargada de proponer una familia para cada niña o niño que es declarado en estado de adopción, mediante una sentencia dictada por un Juez de la Niñez y la Adolescencia **Componentes:** **1.** Prevención del Abandono. **2.** Búsqueda y Localización. **3.** Mantenimiento del Vínculo. **4.** Adopciones. **5.** Búsqueda de Orígenes.	Tel: (021) 204 178.

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
	Dirección de Protección Especial de NNA separados del entorno familiar (DIPROE).	Gestión de Protección Especial de Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran separados de su entorno familiar. **Componentes:** **1.** Programa de Acogimiento Familiar. **2.** Fortalecimiento Familiar **3.** Departamento de Monitoreo y Fiscalización a Entidades de Abrigo.	Tel: (021) 204 178
	Promoción del buen vivir de la niñez y la adolescencia de pueblos originarios.	Contribuje a la promoción, participación y protección integral de niñas, niños y adolescentes de pueblos originarios que viven en una situación de vulnerabilidad en sus derechos. Protección Inmediata: **1.** Abordaje en calle. **2.** Centro bierto Tesãi Reko Renda. **3.** Albergue Kuarahy Rese. **4.** Reinserción Familiar y comunitaria.	Tel: (021) 228 777
	Centro de Referencia de Casos.	Acciones estratégicas de atención desarrolladas a orientar, defender e instaurar los derechos de niñas, niños y adolescentes con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, en situaciones de vulneración de derechos. **Componentes: 1.** Atención Cara a Cara. **2.** Intervención de Emergencia. **3.** Monitoreo en Calle.	Tel: (021) 228 777
	Atención universal del trabajo infantil en sus peores formas.	Asesoramiento, monitoreo y articulación de acciones con organizaciones públicas y privadas, que busca garantizar la protección del trabajo adolescente en el marco de sus derechos y los fines de la SNNA. **Áreas de Acción: 1.** Capacitación. **2.** Archivo, Monitoreo y Sistematización. **3.** Gestión de Planes y Proyectos.	Tel: (021) 228 777

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
	Prevención y combate a la trata de personas.	Prevención, Promoción y Combate a la trata de personas, prestando especial atención a adolescentes y niñas.	Tel: (021) 228 777
	Restitución Internacional.	Garantiza la Restitución inmediata de niñas, niños y adolescentes, víctimas de traslado o retención ilícita en otro Estado diferente al de su país de residencia habitual. En dichos procesos, Paraguay puede ser el país requerido o requirente de algún servicio. **Componentes: 1.** Restitución Internacional **2.** Régimen de Visita Internacional **3.** Retorno al País de Origen **4.** Acciones de Cooperación Jurídica en procesos de carácter internacional.	Tel: (021) 228 777
Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (SENADIS). (Más Información www.senadis.gov.py)	Departamento de Protección, Habilitación y Rehabilitación.	• Servicios de atención en salud, habilitación y rehabilitación para personas con discapacidad. • Programa de atención a niños con Parálisis Cerebral (solo en sede Fndo. de Mora). • Atención en Estimulación Temprana.	(021) 689 4138 (021) 670 593 (021) 670 569
	Departamento Ayudas Técnicas.	Provisión de ayudas técnicas: cualquier objeto, equipo o producto utilizado para prevenir, compensar, mitigar a neutralizar deficiencias, limitaciones y restricciones en la participación de las personas con discapacidad. Representa un aumento significativo de la autonomía de las personas con discapacidad, por cuanto posibilita o contribuye a su acceso a las oportunidades de desarrollo, recuperar su funcionalidad y de participación social en igualdad de condiciones.	

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
	Departamento de Certificación y Valoración.	• Constancias de discapacidad. • Certificados de discapacidad.	
Secretaría de Acción Social. (Más Información www.sas.gov.py)	Programa Tekoporã.	• Transferencias Monetarias con Corresponsabilidad. • Acompañamiento Socio-Familiar y Comunitario: Visitas domiciliarias por parte de Guías Familiares para: Orientar a las familias para el acceso a los diversos servicios públicos; Mejoramiento del hábitat familiar, hábitos de higiene, ideas y acciones para mejorar la calidad de alimentos y la salud; Fomentar actividades comunitarias.	(021) 678 430/31/53 0800111717 (0983) 903 312
Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat. (Más Información www.senavitat.gov.py/blog/programas/fonavis)	Fondo Nacional de la Vivienda Social (FONAVIS).	• Implementar el programa de Subsidio Nacional de la vivienda social, aplicado a programas habitacionales de la SENAVITAT, que sea dirigido a estratos económicos que necesitan una ayuda espacial del Estado para el acceso a la vivienda. • Viabilizar en forma continua y constante la ejecución de programas habitacionales dirigidos a los sectores de pobreza y pobreza extrema. • Fomentar la ejecución de proyectos de ayuda mutua y autoayuda a través del sistema cooperativo o grupos organizados.	Tel: (021) 491-909 interno:124. E-mail: skojima@senavitat.gov.py
Instituto de Bienestar Social-MSPyBS	CEBINFA	Es un Programa Nacional del Instituto de Bienestar Social del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Centro de Bienestar de la Infancia y la Familia es un servicio social alternativo, de la atención integral a los/as niños/as hasta 5 años, hijos e hijas de madres y padres que trabajan.	direcciondeinfanciaibs@hotmail.com Tel: (021) 440-854.

DEPENDENCIA	PROGRAMA	SERVICIO PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS	CONTACTO
(Más Información www.mspbs.gov.py)		Lograr calidad en la atención integral de la primera infancia y a través de círculos de cultura se brinda estimular las áreas del desarrollo en los niños y niñas, la educación temprana, alimentación saludable. La importancia del periodo de adaptación, Atención de la Salud. El desarrollo de vínculos, rincones lúdicos, expresión corporal, expresión oral.	

GLOSARIO

ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD: se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

AGENTES COMUNITARIOS DE LA SALUD (ACS): son el complemento necesario para fortalecer el vínculo entre el equipo de salud de la familia y la comunidad, con responsabilidad sobre una determinada área geográfica del territorio social (microterritorio). Realizan acciones educativas, de promoción, prevención y vigilancia de acuerdo con la planificación del Equipo de Salud de la Familia. Constituyen un elemento clave e imprescindible para instalar el cuidado de la salud desde una perspectiva territorial y promocional.

ATENCIÓN DE SALUD: es la actividad desarrollada tendiente a promover la salud, prevenir la enfermedad, curar, recuperar y rehabilitar al individuo, la familia, la comunidad.

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA: la integralidad es una función de todo el sistema de salud y exige la coordinación entre todos los componentes del sistema de salud para satisfacer las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como su continuidad a través de los diferentes niveles de atención. Desde la perspectiva de los individuos, tener una atención integral significa tener respuestas coherentes para todas las fases del curso de su vida. Desde la perspectiva de los servicios de salud, la atención integrada requiere la implementación y el fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud (RISS). La "atención integral, integrada y continua" exige la disponibilidad de una cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, "incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa y apoyo para el autocuidado". La atención integral, para ser efectiva, no se puede limitar al sector formal de salud, sino tiene que relacionarse y actuar de forma conjunta con todos los otros sectores y actores sociales involucrados directa o indirectamente con la salud.

ARTICULACIÓN (INTER E INTRASECTORIAL): la articulación intrasectorial es la que realizan las instituciones y organismos al interior del sector (en nuestro caso, el sector salud). El trabajo intersectorial involucra a instituciones y organizaciones de sectores diferentes como educación, agricultura, economía, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones privadas, iglesias y otras, que pueden participar en la búsqueda de alternativas para mejorar la salud de la población. La articulación intersectorial se refleja tanto a nivel central como a nivel comunitario.

ATENCIÓN ABIERTA Y CERRADA: hace referencia a los Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, a aquellos establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención

integral, general y/o especializada, y que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama en hospitales de alta, mediana y baja complejidad). Los Prestadores Institucionales de Atención Abierta son aquellos centros asistenciales que solo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes (consultorios, centros de diagnóstico, USF, Puesto de Salud).

BALANCE DE RIESGOS Y FORTALEZAS BIOPSICOSOCIALES: consiste en la identificación de una serie de condiciones individuales, familiares y sociales de las gestantes y familias, que pueden contribuir a riesgos para el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) de sus niños y niñas y, por lo tanto, requieren un apoyo diferenciado. La evaluación de riesgos y fortalezas realizada en el control prenatal deberá incluir: las condiciones del entorno comunitario, familiar, la situación de la madre, de la pareja, factibilidad de modificar factores de riesgo biopsicosocial detectados y coordinación con redes de apoyo existentes.

CALIDAD DE ATENCIÓN: grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y en coherencia con los conocimientos científicos y profesionales del momento. Se refiere a la capacidad de los servicios de salud para dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, necesidades y demandas de salud de la población. Clásicamente, los componentes clásicos de la calidad de atención son: efectividad, eficiencia, adecuación, accesibilidad, calidad científico-técnica, continuidad y satisfacción del usuario y el prestador. Otros modelos de calidad responden al enfoque de Estructura-Proceso-Resultado).

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, la cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento para que las personas puedan mejorar, conservar y recuperar su salud. Implica que los mecanismos de organización y financiación sean suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Las condiciones sociales y económicas determinan el riesgo de enfermar. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a niveles mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.

ENTORNOS: son los espacios físicos, sociales y culturales donde habitamos los seres humanos, en donde se produce una intensa y continua interacción con el contexto que nos rodea, es decir con el espacio físico y biológico, con el ecosistema, la comunidad, la cultura y la sociedad en general. Los entornos se delimitan por fronteras físicas, personas con roles definidos y una estructura organizativa. Los entornos donde transcurre la mayor parte de la vida de los niño/as y niñas durante la gestación y la primera infancia son: los hogares, los entornos educativos, las entornos de salud y los espacios públicos más inmediatos (los que rodean los sitios de vivienda y las instituciones educativas y los escenarios comunitarios y colectivos para el arte, la recreación y el esparcimiento). Estos entornos tienen la potencialidad, si cuentan con las condiciones humanas, materiales y sociales necesarias, de promover el desarrollo integral de los niño/as y niñas, favoreciendo su salud física, mental, emocional y social y contribuyendo a acogerlos y a promover identidades y encuentros con su comunidad y su cultura.

FRAGMENTACIÓN (DE SERVICIOS DE SALUD): coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial, que no se ajustan a las necesidades de las personas.

FORTALEZA BIOPSICOSOCIAL: se refiere al conjunto de condiciones que protegen a los niños y niñas de la probabilidad de sufrir enfermedades, o alteraciones del DIT, como condiciones de vida saludables, entornos aptos para el desarrollo infantil, resiliencia, apoyo social, acceso a educación, experiencias de buenos tratos y apego sano y seguro, además de los aportes nutricionales y culturales para sentirse una persona digna y amada.

HOSPITAL REGIONAL: es el establecimiento de salud responsable de satisfacer la demanda de aquellos servicios de mayor complejidad que el Hospital Distrital y constituye la referencia de los demás establecimientos de la Región.

INEQUIDAD: las inequidades sanitarias se definen como diferencias injustas y evitables observadas en y entre grupos poblacionales, en lo que respecta a su situación sanitaria. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades, y de las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.

INTEGRACIÓN HORIZONTAL: es la coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención.

INTEGRALIDAD: el concepto de integralidad en salud engloba las siguientes dimensiones: el ser humano y no la enfermedad como centro de la atención; el ser humano o el grupo concebido en su totalidad; la asistencia propiciada en los diversos niveles de salud; el tratamiento diferente para quien está en una situación desigual y, por último, la interferencia de las prácticas en las condiciones generales de vida de la comunidad. El alcance de este compromiso engloba acciones complejas, cuya operacionalización reclama un trabajo responsable, integrado, articulado e integral, de carácter interdisciplinario dirigido a la integralidad de las prácticas en salud; la integralidad como modo de organizar servicios de salud y la integralidad como modo de organizar políticas de salud. Bajo uno u otro sentido, se destaca que las prácticas de salud, pautadas en la integralidad, deben tener como una de sus características la escucha ampliada de las necesidades de los sujetos, sus deseos y sus derechos.

MODELO DE ATENCIÓN: es el conjunto de normas y procedimientos basados en valores y principios fundamentales que permitan orientar la entrega de los servicios de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación, cuidados paliativos) integrando el uso de la tecnología disponible y adecuada, la gestión del conocimiento, la forma en que los recursos pueden ser utilizados, las formas de participación social y de gobierno en función de las necesidades y expectativas en salud de la población.

MODELO BÍOECOLÓGICO: el modelo ecológico asume que la salud y bienestar son afectadas por las interacciones entre los múltiples determinantes de la salud que incluyen la biología, lo social, la conducta y el ambiente.

NIVEL DE ATENCIÓN: se define como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino como los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto o la puerta de entrada al sistema. Brinda atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general. El tercer

Nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

PRESTACIONES UNIVERSALES: el término prestaciones hace referencia al conjunto de servicios o prestaciones que forman parte del Programa de DIT y que son objeto potencial de derechos y obligaciones. Las prestaciones universales son el conjunto de prestaciones que se garantizan a la totalidad de la población infantil.

PRESTACIONES ESPECÍFICAS O DIFERENCIADAS: es el conjunto de prestaciones del programa de DIT, que recibirán los niño/as y niñas que se gestan y nacen en entornos de vulnerabilidad biopsicosocial. Las mismas son intervenciones complementarias a las universales y abarcan aquellas que se realizan según los requerimientos particulares de un niño/a o niña y/o su familia.

PRESTACIONES INESPECÍFICAS: son acciones generales incorporadas dentro del modelo prestacional y que abarcan, entre otras, la supervisión del crecimiento con evaluaciones antropométricas, la detección temprana de desviaciones y las acciones tendientes a la disminución de riesgos.

PREVENCIÓN PRIMARIA: son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Este nivel incluye las acciones de promoción de la salud y protección específica de ciertas enfermedades, que se pueden efectuar a nivel de los individuos, o del medio ambiente biofísico.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad en fase preclínica, cuando aún los síntomas no son aparentes. Comprende la búsqueda de enfermedades en sujetos "aparentemente sanos" (Screening o tamizaje) y acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para el control de la enfermedad.

PREVENCIÓN TERCIARIA: se refiere a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un diagnóstico correcto, tratamiento, y rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas (OMS, 1998).

PROMOCIÓN DE LA SALUD: proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y mejorándola de esta manera. Involucra a la población como un todo en el contexto de la vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

RED INTEGRADA E INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS): la RIISS denominada "TESÃI PYAHURA PARAGUAY" es un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a la población, de forma humanizada, segura y con equidad.

SEGMENTACIÓN (DE SISTEMAS DE SALUD): sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos 'especializado'" en diferentes estratos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: el concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos sectores o grupos de la población, ya sean familias, grupos o personas, que por su condición económica, de edad, sexo, estado civil y origen étnico se encuentran en condición de riesgo que les impide acceder a mejores condiciones de bienestar. Se considera que la vulnerabilidad es resultado de la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Considera como vulnerables a diversos grupos de la población entre los que se encuentran las niñas, los niño/as y jóvenes en situación de calle, los migrantes, las personas con discapacidad, los adultos mayores y la población indígena, que, más allá de su pobreza, viven en situaciones de riesgo. La cuestión terminológica trasciende, muchas veces, los aspectos semánticos ya que muchas veces lo que caracterizamos como vulnerable es una expresión de una situación de vulneración de derechos, hecho que se traduce en una mayor vulnerabilidad de los grupos afectados.

SERVICIOS DE SALUD Y LOS PROGRAMAS DE SALUD: los servicios de salud, su organización y administración comprenden también a los programas de salud; es decir, la organización de los servicios orientados a resolver un determinado problema de salud o, a la inversa, los programas de salud al ejecutarse comprenden y hacen parte de los servicios de salud. Esta concepción de salud integral tendrá importancia en el momento de considerar los aspectos operativos de la organización de los servicios y en la programación y evaluación de los mismos.

SISTEMA DE SALUD: conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud.

SISTEMA DE SALUD BASADO EN APS: está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

VULNERABILIDAD BIOPSICOSOCIAL: puede ser definida como una condición o conjunto de condiciones que modula la probabilidad de sufrir enfermedades, o alteraciones del DIT en virtud de condiciones macrosociales y socioeconómicas, modos de vida compartidos por una parte de la población, condiciones grupales como la pertenencia a grupos vulnerables, y condiciones individuales y del sistema de relaciones del sujeto.

UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA (USF): es la sede donde se ubican los Equipos de Salud de la Familia (ESF) que brindan servicios integrales de salud.

UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA ESTÁNDAR: es aquella Unidad con ubicación fija en la cual trabaja un Equipo de Salud de la Familia compuesta por un/a médico/a, un licenciada/o en enfermería/obstetricia, un auxiliar-técnico en salud, agentes comunitarios de salud o promotores de salud, un odontólogo (un odontólogo por cada dos USF) y un polivalente (múltiples funciones administrativas) en un territorio social determinado con una población adscripta de 3.500 a 5.000.

UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA AMPLIADA: es una Unidad que, además de los Servicios ofertados en la estándar, brinda servicios asistenciales adicionales. Estos servicios adicionales pueden estar ofertados en un horario diferenciado ajustado a las necesidades propias de la zona. Está compuesta por un/a médico/a, un/a licenciado/a en enfermería/obstetricia, un auxiliar administrativo, un auxiliar técnico en enfermería/obstetricia, cinco agentes comunitarios de salud, un odontólogo, un polivalente y se asignan otros profesionales según necesidad (Ejemplo: territorios sociales con necesidades de disminuir partos domiciliarios o con complicaciones evitables, que pudiesen tener resolución con una prestación oportuna y adecuada de un profesional en Obstetricia, asignando horarios complementarios).

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
ANI	Asistencia Neonatal Integrada
APS	Atención Primaria de Salud
Art.	Artículo
AUS	Atención Universal a la Salud
BPS	Biopsicosocial
CDN	Convención de los Derechos de la niña, niño
CEBINFA	Centro de Bienestar de la Infancia y la Familia
CEON	Centro de especialidades obstétricas y neonatales
CODENI	Consejería Municipal por los Derechos de la Niñez y Adolescencia
CONE	Cuidados obstétricos y neonatales esenciales
CUS	Cobertura Universal de Salud
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
DIRSINA	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
ENDSSR	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva
ESF	Equipo de Salud Familiar
INAN	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
IPS	Instituto de Previsión Social
MAIDIT	Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MR	Micro Red
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OEE	Organismos y entidades del Estado
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNDIPI	Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020
PRIDI	Proyecto Regional de Indicadores
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
ROP	Reglamento Operativo del Programa
SAT	Servicios de Atención Temprana
SISVAN	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional
SIT	Servicios de Intervención Temprana
SNNA	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
SNPPNA	Sistema Nacional de Protección a la Infancia y la Adolescencia
SNS	Sistema Nacional de Salud del Paraguay
UEP	Unidad Ejecutora de Proyectos
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USF	Unidades de Salud de la Familia
USF-A	Unidades de Salud de la Familia Ampliada

BIBLIOGRAFÍA

1. A1. Academia Americana de Pediatría, Healthy Child Care America/Child Care and Health Partnership Program. Developmental screening in early childhood systems: Summary report. Developmental screening in early childhood systems. Elk Grove Village, IL; 2009.
2. Academia Americana de Pediatría. Identifying Infants and Young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics Vol. 118, Número 4, Octubre 2006.
3. Atención integral a niñas y niños de 0 a 3 años de comunidades indígenas y amazónicas. Lima (Perú), 2011.
4. Banco Interamericano del Desarrollo/Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Reglamento Operativo del Programa Desarrollo Infantil Temprano, 2016.
5. Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Comunicado de prensa: Bolivia implementará programa modelo de desarrollo infantil temprano. BID; 2013 [acceso 12-04-2013]. Disponible en: http://www.iadb.org.
6. Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Perfil de Proyecto: Programa de Apoyo al Desarrollo Infantil Integral. Ecuador (EC-L1107). BID; 2012. p. 24.
7. Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Progress Monitoring Report. BO-L 1064 – Grow Well to Live Well Early Childhood Development Program. BID; 2013 [acceso 12-04-2013]. Disponible en: http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37353855.
8. Banco Interamericano para el Desarrollo (BID). Propuesta de Préstamo: Programa de Apoyo al Desarrollo Infantil Integral. Ecuador (EC-L1107). BID; 2012. p. 34.
9. Banco Mundial del Desarrollo, Fortalecimiento de políticas públicas y programas de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y el Caribe, 2011.
10. Bax, M. Lo que los padres quieren saber. En Lejarraga, H. Desarrollo del niño en contexto. Cap. 12, 447-462, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2004.
11. Bernardes Verch KI. Programa Primeira Infancia Melhor: iniciativa pionera no Brasil. Brasil: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS); 2013 [acceso 13-04-2013]. Disponible en: http://www.pim.saude.rs.gov.br.
12. Blank D. "Well child care today: an evidence- based view", J Pediatr (Rio J), vol. 79 Suppl, nº 1, pp. S13-S32, 2003.
13. Bleger J, Psicohigiene y Psicología Institucional, Buenos Aires: Paidós, 1994.
14. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), "Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008", 2008.
15. Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Gobierno del Principado de Asturias. La Atención Infantil Temprana en Asturias, 2004.
16. Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, El futuro de los niños siempre es hoy, Santiago, 2006.

17. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (Argentina). Programa Nacional de Desarrollo Infantil "Primeros Años". Argentina: Presidencia de la Nación; 2013 [acceso 10-04-2013]. Disponible en: http://www.primerosanios.gov.ar.
18. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. Modelo de Atención Temprana para la comunidad Autónoma del País Vasco. 19 oct 2010.
19. Correia LM. "Maternal anxiety in the pre and post natal period: a literature review", 1998-2003.
20. David E, Vayssiere C, Habertisch R, Langer B, Nisand I. "Adaptación del feto en trabajo de parto", EMC Ginecología- Obstetricia, pp. 42;4:1-6, 2006.
21. Decreto Supremo Nº 1243. Autoriza a la Ministra de Planificación del Desarrollo, a suscribir con el Banco Interamericano de Desarrollo el Contrato de Préstamo destinado a financiar el Programa de Desarrollo Infantil Temprano "Crecer Bien para Vivir Bien". Gaceta Oficial de Bolivia 377NEC (30 de mayo de 2012).
22. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2009). Anuario estadístico. Las enfermedades más frecuentes en los niño/as menores de 1 año atendidos en los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el año 2009.
23. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2015). "Encuesta Permanente de Hogares 2015", Asunción, Paraguay.
24. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). "Encuesta Permanente de Hogares 2004", Asunción, 2005.
25. Dirección Nacional de Estadística, Encuestas y Censos. "II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002", Asunción, Paraguay, 2002.
26. Documento de Información del Departamento del Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) de la Dirección de Programas en Nutrición del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), 2009.
27. Earls MF, Andrews JE, Hay SS. A longitudinal study of developmental and behavioral screening and referral in North Carolina's Assuring Better Child Health and Development participating practices. Clin Pediatr (Phila). Oct 2009;48(8):824-833.
28. F. De la Mora, Encuesta de Hogares Indígenas 2008. DGEEC, Paraguay, 2008.
29. FAO, "Paraguay, Situación de las mujeres rurales", FAO, Roma, 2008.
30. Figueiras A, Neces I, Ríos G & Benguigui Y (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. Segunda Edición. Washington DC: OPS. Pág. 2.
31. Gallo E, et al. Tamanho ao nascer e problemas de saúde mental aos 11 años en una cohorte brasileira de nacimientos. Brasil, 2011.
32. INFORME SOMBRA A CEDAW. Reporte de la sociedad civil sobre el cumplimiento del Estado paraguayo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas. Asunción, Paraguay, 2011.

33. J. Cox, J. Holden y R. Sagovsky, "Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh", British Journal of Psychiatry, vol. 150, 1987.
34. JICA, "Informe del Sector Salud de Paraguay. Documento de trabajo de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). Tomo I, Apartado 12. pp.343", Paraguay, 2007.
35. JICA/Ministerio de Educación, "Estudio de prevalencia de discapacidad en tres departamentos del Paraguay", Dirección de Educación Especial, Ministerio de Educación, JICA. Elaborado por Consultora Delta, Paraguay, 2010.
36. L. A., "Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer: Comentario de la BSR (). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra", Organización Mundial de la Salud, 2 octubre 2003. Available: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/alcom1/es/index.html. [Último acceso: 04 05 2013].
37. L. Irwin, A. Siddiqi y C. Hertzman, "Programmes and projects: Social determinants of health", Junio 2007. [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf. [Último acceso: 27 08 2011].
38. M. González, "¿Hasta cuándo? Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico", CODEHUPY. Derechos Humanos en Paraguay, Asunción, 2009.
39. M. Sanabria y S. Sánchez, "Factores protectores del estado nutricional de la niñez paraguaya", Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Revista de análisis Economía & Sociedad, nº 5, p. 11, 2001.
40. Ministerio de Agricultura y Ganadería, "Censo Agropecuario Nacional 2008", San Lorenzo, Paraguay, 2009.
41. Ministerio de Desarrollo Social (Argentina). Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Argentina: Presidencia de la Nación; 2013 [acceso 10-04-2013]. Disponible en: http://www.desarrollosocial.gov.ar/pnsa/141.
42. Ministerio de Desarrollo Social (Argentina). Proyecto Familias y Nutrición. Argentina: Presidencia de la Nación; 2013 [acceso 10-04-2013]. Disponible en: http://www.desarrollosocial.gob.ar/familiasynutricion/147.
43. Ministerio de Salud (Argentina). Programa Materno Infantil. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Argentina: Presidencia de la Nación; 2013 [acceso 10-04-2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/promin.
44. Ministerio de Salud de Chile, "Talleres de educación prenatal", de Manual de Atención personalizada en el proceso reproductivo, Santiago, Chile, 2008, p. 123.
45. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015). Documento de Información de la Dirección de Bioestadística.
46. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). "Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2010". Pág. 6.

47. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)/OPS, "Encuesta Nacional sobre salud oral. Programa Regional de Salud Oral", Paraguay, 2010.
48. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, "Guía Para la Implementación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) basadas en la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS)", Asunción, Paraguay, 2015.
49. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, "Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF)", Asunción, Paraguay, 2016.
50. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, "Manual Nacional de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguro e Inclusivos", Asunción, Paraguay, 2016.
51. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, "Política Nacional de Salud 2015-2030", Asunción, Paraguay, 2015.
52. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, "Análisis de Situación de Salud de las 18 Regiones Sanitarias de Paraguay: Eje Centro Occidental", Asunción, 2012.
53. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, "Análisis de Situación de Salud de las 18 Regiones Sanitarias de Paraguay: Eje Centro Oriental", Asunción, 2012.
54. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, "Análisis de Situación de Salud de las 18 Regiones Sanitarias de Paraguay: Eje Chaco", Asunción, 2012.
55. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, "Análisis de Situación de Salud de las 18 Regiones Sanitarias de Paraguay: Eje Norte", Asunción, 2012.
56. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, "Análisis de Situación de Salud de las 18 Regiones Sanitarias de Paraguay: Eje Sur", Asunción, 2012.
57. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, "Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-15", Paraguay, 2010.
58. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de Trabajo con Grupos de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Asunción, Paraguay, 2012.
59. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía del facilitador para Organización del AEIPI Comunitario, 2007.
60. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Atención Neonatal. Asunción, Paraguay, 2011.
61. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/OPS, "Perfil de salud Infantil y Neonatal Paraguay 2011", Asunción, Paraguay, 2011.
62. Oliveira Z, Bettiol H, Gutiérrez M, Silva A & Barbieri M. Factors associated with infant and adolecenten mortality, Sao Paulo, Brasil, 2007.
63. OPS, "World Health Organization", 2005. [En línea]. Available: http://www.who.int/reproductivehealth/en/. [Último acceso: 04 05 2013].
64. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura (FAO). Proyecto en Argentina sobre Evaluación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA). FAO/ONU; 2013

[acceso 10-04-2013]. Disponible en: http://www.rlc.fao.org/es/prioridades/seguridad/pnsa.htm.
65. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Documento Salud de las Américas, 2011.
66. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía Metodológica para el diseño e implementación de Diálogo Social en Salud. Washington, DC, 2007.
67. P. C. CLAP/OPS, Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS, 2008.
68. P. Davidson, E. Halcomb, L. Hickman, P. J y B. Graham, "Beyond the rethoric: What do we mean by a model of care?", Australian Journal of Advanced Nursing, nº 23, pp. 47-55, 2006.
69. Paraguay debate (2013). La inversión en la infancia. Una condición indispensable para el desarrollo económico y social equitativo y sostenible. Situación de Paraguay UNICEF. Febrero 2013.
70. PARIGUAL. Informe al Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC), Asunción, Paraguay, 2013.
71. Periotti L. Políticas públicas integrales para la infancia. En: Duro E. Crecer Juntos para la Primera Infancia. Encuentro Regional de Políticas Integrales. Primera edición. Buenos Aires: UNICEF; 2012. P. 10-11.
72. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), "Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Equidad para el desarrollo", Paraguay, 2008.
73. PRONASIDA, "Departamento de Vigilancia Epidemiológica", Paraguay, 2008.
74. Rosenberg SA, Zhang D, Robinson CC. Prevalence of developmental delays and participation in early intervention services for young children. Pediatrics. Jun 2008; 121(6):e1503-e1509.
75. S. Benítez Leite, M. L. Macchi y M. Acosta, "Malformaciones congénitas asociadas a agrotóxicos", Arch Pediatr Urug, vol. 80, nº 3, pp. 237-247, 2009.
76. S. Sánchez, G. Rojas y H. Otero, "Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años", 9º Congreso Paraguayo de Pediatría, Asunción, 2004.
77. Sánchez L, et al. Efecto del tabaquismo en el embarazo sobre la Antropometría al nacimiento, México, 2004.
78. Schneider A, Ramires VR. Primeira Infância Melhor: uma innovação em política pública. UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. p. 128.
79. Schneider A. Expansión del modelo "Primera Infancia Mejor"(PIM) en Brasil: Una estrategia intersectorial de atención integral a niños de 0 a 3 años y sus familias, en comunidades indígenas y amazónicas". En: Portal de la Organización de Estados Americanos. Proyecto OEA/Van Leer "El derecho a un buen comienzo".

80. Secretaría de Integración Social Centroamericana, SISCA, "Conferencia Regional sobre Políticas Sociales en Materia de Desarrollo Infantil Temprano", 2010. [En línea]. Available: http://www.sica.int/busqueda/busqueda_archivo.aspx?Archivo=info_58328_1_05042011.pdf. [Último acceso: 28 Marzo 2013].

81. Sheldrick, R.C., Merchant, S. & Perrin, E.C. (2011) Identification of developmental and behavioral problems in primary care: A systematic review. Pediatrics, July 4, 2011.

82. Sices L. Developmental screening in primary care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement: The Commonwealth Fund; 2007.

83. Tjossen T. Intervention Strategies for High Risk Infants and Young Children., Baltimore MD: University Park, 1976.

84. UNICEF - Gobierno Paraguay, "Situación Actual de la Primera Infancia y perspectivas de la atención integral en el Paraguay", Asunción, 2011.

85. UNICEF, "Situación de la Niñez y la adolescencia en el Paraguay", UNICEF, Asunción, Paraguay, 2011.

86. Vélez M, Santos I, Matijasevich A, Gigante D, Gonzalves H, Barros F & Victora C. "Maternal low birth and adverse perinatal outcomes: the 1982 pelotas birth cohort study", Brazil, 2009.

87. W. &. K. J. Erik Hans Klijn. Kickert, "Redes de políticas públicas: una visión general", 1998.

88. Walkers SP, Wachs TD, Gardner JM. Lancet 2007. Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. Jan 13; 369,(9556): 145-57.

89. Walkers SP, Wachs TD, Graham Mc Gregor. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. Lancet 2011.Oct 8, 378 (9799): 1325-38.

RESOLUCIÓN S.G. Nº 520 DE 2016

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 – 1870"

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. Nº 520.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL QUE ESTABLECE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MAIDIT) PARA SER IMPLEMENTADO EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 24 de agosto de 2016

VISTO:

El proceso de transformación en que se halla inmerso el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPByBS), con miras a la implementación de un nuevo Modelo de Atención Integral en Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT), en la Red Integrada e Integral de Redes de Servicios de Salud (RIISS), basado en el trabajo continuado en un solo lugar, el desarrollo profesional y la calidad de la atención a los ciudadanos y a la comunidad; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Nacional, en su Artículo 6, prescribe: *"La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza...", en tanto que en el Artículo 68 establece: "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad", y en el Artículo 69, que "se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado".*

Que la Ley Nº 1032/1996, que crea el Sistema Nacional de Salud, en su Artículo 2º menciona entre los objetivos del mismo, *"Distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y a través del mismo, establecer conexiones intersectoriales e intersectoriales concertadas, incorporando a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención de la enfermedad en individuos y comunidades...".*

Que la Ley Nº 836/80, Código Sanitario, establece en su Art. 3º: *"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".*

Que el Decreto Nº 513/2008, en el Art. 1º establece: Autorízase al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a definir y aprobar su estructura organizacional y funcional.

Que el Decreto Nº 21376/98; en su artículo 20, numeral 7, autoriza al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social a dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 520 . –

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL QUE ESTABLECE EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (MAIDIT) PARA SER IMPLEMENTADO EN TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

24 de agosto de 2016
Hoja Nº 02/02

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
R E S U E L V E :

Artículo 1°. Aprobar el Manual que establece el Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT), que se anexa a esta Resolución.

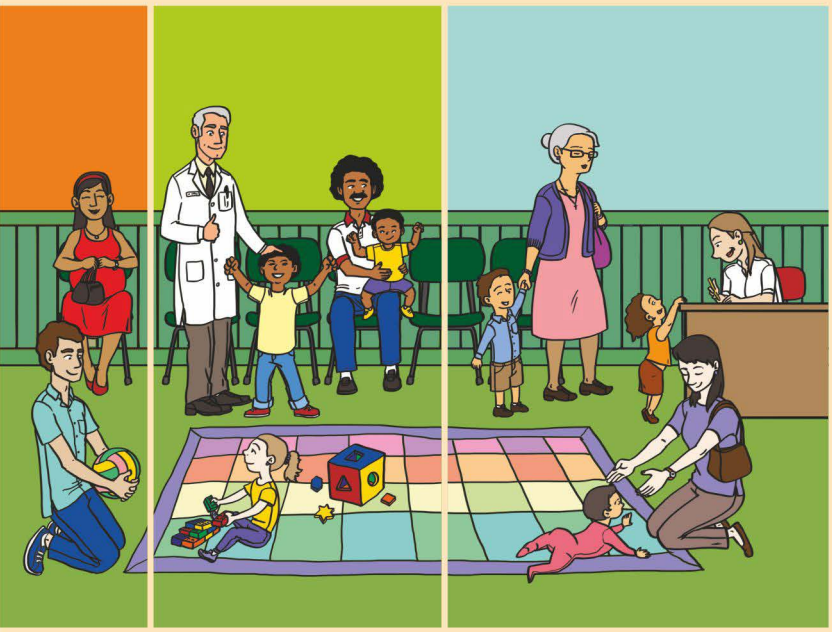
Artículo 2°. Encomendar al Viceministerio de Salud Pública la coordinación de la implementación del Modelo de Atención Integral de Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT) aprobado en el Artículo precedente en todos los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Artículo 3°. Abrogar todas las disposiciones anteriores que se contrapongan a lo dispuesto en la presente Resolución.

Artículo 4º. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

DR. ANTONIO CARLOS BARRIOS F.
MINISTRO

PROGRAMA DE DESARROLLO
INFANTIL TEMPRANO
“PARAGUAY, CRECIENDO JUNTOS”



Todos y todas por la
PRIMERA INFANCIA
PLAN NACIONAL DE
DESARROLLO INTEGRAL
DE LA PRIMERA INFANCIA
2011-2020

DGPS
DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMAS DE SALUD

DIRSINA
Dirección de Salud Integral
de la Niñez y la Adolescencia