INFORME FINAL

"CONSULTORÍA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (PDIT)"

27 de noviembre de 2018

RODOLFO ELÍAS
CONSULTOR

Ficha Técnica

Equipo de evaluación
Rodolfo Elías, Coordinador
Gabriela Walder
Laura Bareiro
María M. Pereira

Equipo de relevamiento y procesamiento de los Estudios de Casos
Gabriela Walder
Laura Bareiro
María M. Pereira
Ramón Servín

Transcripción de las entrevistas
Noelia Iriondo
Luis Toledo

ÍNDICE

Siglas y Abreviaturas 4

INTRODUCCIÓN 6

Componente cuantitativo 6
Componente cualitativo 6

CAPÍTULO 1: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA 8

1.1 Objetivos y componentes del Programa de Desarrollo Infantil Temprano (PDIT) 8
1.2 Componentes del programa 9

CAPÍTULO 2: ANÁLISIS DE LOS AVANCES EN LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA. PERSPECTIVAS DE ACTORES CLAVES Y ANÁLISIS DOCUMENTAL 11

2.1 Técnicas e instrumentos 11
2.2 Perspectiva de los actores claves 12

CAPÍTULO 3: ESTUDIOS DE CASO. LAS USF PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA 39

3.1 Técnicas e instrumentos 39
3.2 Estudios de casos 40

CAPÍTULO 4: TENDENCIAS QUE EMERGEN DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO. MICS Y BATTELLE 79

4.1 Análisis de resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) en el Desarrollo Infantil Temprano 79
4.2 Análisis de los datos de la aplicación del Inventario del Desarrollo Battelle 85

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 109

5.1 Conclusiones 109
5.2 Recomendaciones 114

ANEXOS 117

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APS	Atención Primaria de la Salud
ANI	Asistencia Neonatal Integrada
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEBINFA	Centro de Bienestar de la Infancia y la Familia
CODENI	Consejería Municipal por los Derechos de la Niñez y Adolescencia
DGPS	Dirección General de Programas de Salud
DGAF	Dirección General de Administración y Finanzas
DIRSINA	Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
INEPEO	Instituto Técnico Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia
INS	Instituto Nacional de Salud
ISE	Instituto Superior Enseñanza
MAIDIT	Modelo de Atención Integral de Desarrollo Infantil Temprano
MEC	Ministerio de Educación y Ciencias
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDIT	Programa de Desarrollo Infantil Temprano
PNDIPI	Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020
PIMDIT	Preparación Integral para la maternidad con énfasis en Desarrollo Infantil Temprano
ROP	Reglamento Operativo del Programa
TDR	Términos de Referencia

SNNA	Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
SAT	Servicios de Atención Temprana
SENADIS	Secretaria Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad
SIT	Servicios de Intervención Temprana
UEP	Unidad Ejecutora de Proyectos
USF	Unidad de Salud de la Familia

INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene los resultados de la evaluación del Programa de Desarrollo Infantil temprano (PDIT) llevado a cabo por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de Paraguay durante los años 2013 a 2018. Actualmente el PDIT sigue su ejecución y sus plazos de ejecución fueron extendidos, por lo que, la presente evaluación, antes de ser una evaluación final, tiene el carácter de una evaluación de proceso y se espera que genere insumos que permitan identificar fortalezas y debilidades que ayuden a la toma de decisiones de los responsables del Programa en el último tramo de su ejecución.

La evaluación se centró en el análisis de los avances en el logro de los objetivos del Programa, incluyendo sus tres componentes. Se evaluaron los resultados previstos en la matriz de resultados.

La evaluación incorporó un abordaje cuantitativo y otro cualitativo. Se estimó el logro de cada indicador de acuerdo a los datos disponibles utilizando las fuentes de verificación establecidas en la matriz de los resultados, entrevistas a actores claves y observaciones. Se identificaron los aspectos que facilitaron y los que dificultaron el logro de las metas previstas.

Componente cuantitativo

Se utilizaron los datos existentes en la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerado (MICS), en la cual un indicador clave es el índice de DIT del MICS.

Se realizó un análisis a nivel nacional y por regiones sanitarias, de acuerdo a los datos disponibles del MICS y considerando las regiones que son representativas en este estudio y que en algunos casos coincide con las regiones que fueron incluidas en el Programa DIT, aunque no en todos.

Se procesaron los datos del Test Battelle (Inventario de Desarrollo Infantil).

Componente cualitativo

Se analizaron las percepciones que tienen los diversos actores involucrados en el PDIT, respecto a todos los componentes del Programa, así como de los logros y dificultades del mismo. Específicamente se relevaron las percepciones de las personas responsables del Programa, de las diferentes direcciones del MSPBS, de otras instituciones que apoyan su ejecución, de los profesionales de la salud de las USF que fueron seleccionadas para el estudio de caso y de las personas que utilizan los servicios DIT (usuarias y usuarios).

Para el desarrollo de la evaluación se utilizaron como fuente de información los medios de verificación del Programa (documentos), las informaciones relevadas a partir de las diversas

técnicas de recolección de datos seleccionadas: entrevistas individuales y grupales, observación, análisis de documentos, estudio de caso.

Los instrumentos de relevamiento de datos fueron elaborados una vez aprobada la propuesta de trabajo. El análisis de los datos se realizó siguiendo los objetivos establecidos en la presente propuesta.

CAPÍTULO 1: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

1.1 Objetivos y componentes del Programa de Desarrollo Infantil Temprano (PDIT)

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) se encuentra implementando el Programa de Desarrollo Infantil Temprano "Paraguay, Creciendo Juntos" (PDIT). El mismo, tiene como propósito contribuir al mejoramiento del desarrollo cognitivo, socioemocional y físico de niños y niñas de 0 a 5 años, mediante actividades de promoción, la detección temprana de problemas en el desarrollo y el acceso oportuno a intervenciones para su tratamiento[1].

El PDIT utiliza como marco institucional y operativo el Modelo de Atención Integral de Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT), una propuesta que contiene estrategias, normas, procedimientos, instrumentos y recursos que establecen y organizan toda atención relacionada al Desarrollo Infantil Temprano (DIT), en los diferentes niveles de salud.

El MAIDIT propone una serie de procesos como ser: la integración de prestaciones de los servicios de salud en torno al DIT, la articulación de otros programas relacionados, el establecimiento de las bases para la producción de guías y protocolos de atención y énfasis en la participación de las familias y las comunidades.

El Programa además, cuenta con un Reglamento Operativo (ROP) que establece los aspectos normativos y reglamentarios que rigen su ejecución. El ROP incluye los lineamientos programáticos que orientan las acciones del Programa, en base a los acuerdos de implementación entre el MSPBS, como organismo ejecutor y el Banco Interamericanos de Desarrollo (BID) como ente financiador.

El objetivo del PDIT es contribuir a mejorar los niveles de desarrollo cognitivo, emocional y físico de los niños y niñas menores de 5 años, detectando precozmente trastornos en el desarrollo y facilitando el acceso oportuno a intervenciones para su tratamiento. El PDIT se fundamenta en el MAIDIT, que constituye el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, instrumentos que establecen y organizan la atención relacionada al DIT en los distintos niveles del sector salud.

Los objetivos específicos del PDIT son: i) Ampliar los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de los servicios de salud, con énfasis en el Desarrollo Infantil Temprano con la participación de la familia y la comunidad, ii) Articular y fortalecer los servicios de los centros de desarrollo infantil, y iii) Fortalecer las capacidades institucionales para la implementación de los programas de DIT.

[1] MSPBS (2016). Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano – MAIDIT. MSPBS: Asunción.

1.2 Componentes del programa

Componente 1. Implementación del modelo de atención integral del desarrollo infantil temprano (en el sector salud)

El objetivo de este componente es apoyar al MSPBS en la implementación del MAIDIT, para niños y niñas menores de cinco años, el cual funcionará a través de redes de servicios de salud de diferentes niveles de complejidad. Complementario a las intervenciones de salud y nutrición, se fortalecerán las medidas preventivas y promocionales de atención al desarrollo de la niña y del niño en el primer nivel, con participación comunitaria y pertinencia cultural, y se aumentará y fortalecerá la oferta de servicios de diagnóstico y tratamiento, en los otros niveles de atención.

Este componente comprende tres sub componentes:

i) Fortalecimiento de los servicios de atención temprana en el primer nivel de atención.
ii) Creación de los servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento de niños y niñas con retrasos en su desarrollo.
iii) Fortalecimiento de los establecimientos hospitalarios y de atención materno-infantil.

Componente 2. Fortalecimiento de los servicios complementarios de atención infantil

Este componente apoyará el mejoramiento de los servicios de cuidado existentes, por medio de acciones para:

i) La articulación y estandarización de los diferentes servicios (jardines infantiles, maternales, centros de cuidado) ofrecidos por el MSPBS, el MEC y la Secretaria Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA).
ii) El fortalecimiento de los servicios de cuidado del Instituto de Bienestar Social del MSPBS.

Componente 3. Gestión de los programas de DIT, monitoreo y evaluación

El objetivo de este componente es fortalecer la institucionalización del DIT. El componente se orientará a:

i) Apoyar la implementación de proyectos de gestión descentralizada (gobiernos locales) de DIT que promueve la SNNA, con los gobiernos locales.
ii) Desarrollo del sistema de comunicación de la red de DIT.
iii) El mejoramiento de la información del MSPBS sobre el DIT, que fortalezca el Sistema de Información de la Niñez y Adolescencia de la SNNA, lo que incluye el desarrollo de un software, la digitalización y equipamiento tecnológico para la sistematización de la información de la ficha clínica del niño/a de las USF e interface con la SNNA, y un sistema de información geo-referenciado de madres embarazadas y niños de 0 a 5 años.

iv) Definición e implementación de un sistema de supervisión descentralizado del MSPBS que fortalezca las secretarías de salud.

v) Desarrollo del Plan de Seguimiento y Evaluación del Programa.

CAPÍTULO 22: ANÁLISIS DE LOS AVANCES EN LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA. PERSPECTIVAS DE ACTORES CLAVES Y ANÁLISIS DOCUMENTAL

2.1 Técnicas e instrumentos

Se construyó una matriz de análisis general de evaluación (Anexo 4) que fue utilizada para recopilar informaciones relevantes sobre el proceso de ejecución del Programa. El documento tiene los siguientes apartados: componentes, subcomponentes, estado de ejecución, productos, indicadores, metas del programa, nivel del logro, preguntas claves, memo analítico, actores claves, criterios de evaluación y fuentes de información. En el documento, fueron incluidos progresivamente los ítems necesarios para el análisis de las intervenciones cualitativas, en base a los criterios de evaluación propuestos en el Plan de Trabajo.

A fin de obtener información se utilizan diversas técnicas de investigación seleccionadas para este trabajo. En este capítulo se hace referencia a las entrevistas y al análisis documental.

Las entrevistas fueron realizadas a informantes clave: principales responsables del Programa, referentes de las diferentes direcciones del MSPBS y, referentes de instituciones vinculadas al PDIT.

Se ha definido una lista de informantes clave de acuerdo a las recomendaciones brindadas por el equipo técnico del Programa. Así también, en cada entrevista, fueron sugeridos algunos nombres adicionales por los propios actores, en los casos en donde hubo necesidad de profundizar en el desarrollo de alguna de las actividades del Programa.

Se realizaron un total de 14 entrevistas, durante los meses de septiembre y octubre, las cuales se detallan a continuación:

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO/ROL	FECHA DE ENTREVISTA
María Ligia Díaz	Ex Directora del PDIT	12/09/2018
Mabel Del Puerto	Equipo Técnico PDIT	13/09/2018
Rocío Florentín	Equipo Técnico PDIT	13/09/2018
Bernardo Sánchez	Equipo Técnico PDIT	14/09/2018
César Franco	Ex Coordinador del PDIT	19/09/2018
Idalia Ortiz	Responsable de los procesos de infraestructura-PDIT	20/09/2018

[2] De tal forma a resguardar la confidencialidad de la información, no se incluyen los nombres de las personas entrevistadas. Tampoco la numeración de las entrevistas citadas corresponde al orden de la tabla presentada anteriormente.

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO/ROL	FECHA DE ENTREVISTA
Aldo Irala	Ex Equipo Técnico PDIT	17/09/2018
Marco Casartelli	Hospital Pediátrico Acosta Ñu	20/09/2018
Hildelita Zárate	INEPEO	21/09/2018
Graciela Rojas	ISE	13/09/2018
Leslie O'Connell	BID	25/09/2018
María Julia Garcete	Ministerio de la Niñez y la Adolescencia	10/10/2018
Josefina Romero	Gerente del PDIT	19/10/2018
Teresa Barán	Ex Viceministra de Salud	22/10/2018

Para la realización de las entrevistas se construyeron cuestionarios específicos para cada actor definido. El criterio utilizado para la delimitación de las preguntas, fue el alcance de los roles desempeñados por cada actor, en el proceso de implementación del Programa. En este punto se incluyeron todos los productos establecidos en el PDIT y las preguntas que proporcionarían información necesaria para evaluar el desarrollo de las actividades correspondientes a cada producto y los resultados obtenidos (Anexo 2).

A fin de complementar el componente cualitativo, se ha realizado una revisión de los documentos del PDIT, entre ellos el Reglamento Operativo del Programa (ROP), la Memoria del equipo técnico, así como otros documentos que dan cuenta de: actividades realizadas, metas alcanzadas, manuales, guías, normativas y otros que fueron mencionados en el marco de las entrevistas y/o identificados en la matriz de análisis. Estos documentos fueron solicitados al equipo técnico del PDIT. Una vez recepcionados se procedió a ordenarlos según los productos establecidos en el PDIT.

De forma adicional, fue elaborada una matriz para la organización de las documentaciones recopilados durante el proceso de la consultoría. De cada documento se ha obtenido la siguiente información: nombre oficial del documento, fecha de elaboración y/o publicación del documento, tema principal que aborda. La información obtenida de los documentos aportó elementos para la comprensión del PDIT en general y del proceso de implementación del Programa en particular.

2.2 Perspectiva de los actores claves

En esta sección se presentan los componentes, sub-componentes y productos del Programa de Desarrollo Infantil Temprano, explicando de forma breve en que consiste cada uno de los productos, así como los resultados alcanzados. Esta primera parte se realiza a partir de la

información proporcionada por el equipo técnico, en las reuniones y entrevistas realizadas, así como de la revisión de documentos del Programa, específicamente el ROP y la Memoria.

Así mismo se señalan los logros y recomendaciones del PDIT, identificados por los actores clave desde sus perspectivas. Del mismo modo se mencionan las dificultades presentadas, en la implementación del Programa, desde la perspectiva de los mismos.

Componente 1: Implementación del MAIDIT

Sub-componente 1.1: Fortalecimiento de los servicios de atención temprana en el primer nivel de atención

Producto 1: Agentes comunitarios incorporados a las USF para la implementación del MAIDIT

El objetivo de este producto fue fortalecer la atención del DIT en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), atendiendo a que las USF son la puerta de entrada al sistema de salud. Es decir, son los equipos de salud de la familia quienes en teoría llegan a niños, niñas y sus familias, por lo tanto, lo que se planteó es que estos equipos fueran capacitados en herramientas específicas que permitan promover las pautas de crianza, potenciar prácticas saludables y detectar el rezago en el desarrollo del niño[3].

Una forma concreta de fortalecer los equipos de salud de la familia ha sido la contratación de agentes comunitarios a fin de cumplir funciones en las USF, fortalecer a la misma y a su vez a la implementación del PDIT.

Las personas contratadas debían cumplir las funciones establecidas en el Manual de Funciones del Agente Comunitario del Ministerio de Salud, además de acciones específicas de DIT, como ser: el trabajo comunitario en DIT para el levantamiento de información sobre los recursos disponibles en la comunidad, el trabajo de apoyo clínico en DIT al equipo de profesionales con la ejecución de actividades específicas, la mantención del sistema de información relacionado con el área comunitaria en DIT. Los TDR señalan que las personas contratadas deberán realizar actividades establecidas en las normativas de la APS, MAIDIT y AIEPI.

Además estaba prevista la capacitación masiva para madres y padres, el plan de comunicación y plan de medios nacional y local del programa diseñado e implementado, actividades que no fueron ejecutadas. No obstante en los procesos de capacitación se establecen actividades vinculadas a las capacitaciones para madres y padres.

[3] La información sobre los productos y los resultados alcanzados ha sido relevada del Reglamento Operativo del Programa (marzo, 2016), de la Memoria Técnica del Proyecto (agosto, 2018), así como los distintos documentos analizados proporcionados por el equipo técnico del PDIT.

Estos recursos humanos contratados originalmente por el BID, actualmente fueron absorbidos por el MSPBS, conforme se había establecido como parte de los acuerdos entre el Ministerio y el BID.

> "Si bien estos agentes comunitarios fueron contratados por el proyecto, al formar parte del ministerio de salud, se le está dando la seguridad a ellos de que el proyecto va continuar, porque fueron formados y capacitados, de hecho tendría que ser una política institucional, que cuando termine un proyecto, todo el plantel de recursos humanos tendría que pasar a formar parte del staff del ministerio de salud, para que esto pueda continuar... se invierte millones y millones de dólares, termina el proyecto, mientras dura el mismo, como país tendríamos que generar que esto se garantice en la continuidad" (E11).

El PDIT logró la contratación e incorporación de doscientos cinco (205) agentes comunitarios, de los cuatrocientos uno (401) establecidos como meta. Al ser consultados sobre los motivos por los cuales no se logró la meta de contratación de los agentes, se señala que en el segundo llamado, "no se presentó la cantidad de personas que estaba previsto contratar" (E4).

En cuanto a la contratación de los agentes comunitarios, el procedimiento que se siguió fue el siguiente:

1. El equipo técnico elabora los TDR o las especificaciones técnicas (para los casos de compras de equipamiento, por ejemplo) y eleva el pedido de llamado a la UEP.

2. Se envía al BID y se solicita al mismo la no objeción. El BID revisa y da su aprobación a través del envío de una nota de no objeción.

3. Se elevan los TDR, la no objeción del Banco y la solicitud de autorización para la realización de la convocatoria a la DGAF del MSPBS.

4. La DGAF autoriza la realización de la convocatoria a través de una resolución.

5. Con esa resolución la UEP solicita a recursos humanos del MSPBS la realización del llamado y la evaluación de las carpetas,

6. Recursos humanos envía a la UEP el listado de las personas que están mejor calificadas adjuntando todo el legajo. Eso se envía otra vez al Banco para una no objeción. Una vez obtenida la no objeción, se envía a recursos humanos para que salga la resolución para la adjudicación y la firma de contrato.

En cuanto a la disposición del perfil del agente comunitario, el establecimiento de salud que sería beneficiado, así como la cantidad de agentes para cada establecimiento lo estableció el equipo técnico del Programa.

Los actores entrevistados señalan que el proceso de contratación fue adecuado y que se pudo incorporar a personas con un buen perfil para ocupar los cargos de agentes comunitarios. Se señaló la importancia de que los agentes comunitarios fueran contratados por el MSPBS de forma permanente:

> "Absorbió el sistema, de los contratados. De hecho esa fue una de las condiciones del BID. Contratar con plata del proyecto pero que el Ministerio debía asumir y entonces se logró eso. Podían no hacerlo, verdad, y se les descontrataba y el Programa se desinflaba..." (E1).

Por otro lado mencionan que hubo tres momentos de contratación, uno que fue al inicio del Programa, a través de la Secretaría de la Función Pública, sobre el cual la percepción es que seleccionó buenos perfiles. No obstante se expresa que el proceso de contratación se realizó en un plazo relativamente corto, si se toma como parámetro la contratación de servicios personales regulado por la Secretaría de la Función Pública. En este caso se plantea que:

> "...se acordó con el Banco un procedimiento simplificado de contratación, entonces sí fue ida y vuelta con el Banco, con recursos humanos... Toda esa etapa era previa en definir cómo se haría la convocatoria... Todo lo que tenga que ver con el nivel 100 se llama servicios personales, eso está regulado por la Secretaría de la Función Pública. Ellos tienen muy bien desarrollados todos sus procedimientos, pero son procedimientos muy burocráticos donde generalmente cuatro a cinco meses tarda la contratación de una persona. Entonces con el Banco se acordó un procedimiento simplificado, pero ese acuerdo también tuvo sus idas y vueltas. Reuniones que van con recursos humanos..." (E4).

Producto 2: USF fortalecida con infraestructura, equipamiento y materiales

A través del programa se previó el fortalecimiento en infraestructura de un estimado de ciento cuarenta y cinco (145) USF, para lo cual el MSPBS desarrolló un Modelo Estándar al cual debían ceñirse todas las USF a ser intervenidas. El ROP establece los requerimientos para el fortalecimiento tanto en infraestructura, como en equipamientos y materiales.

Finalmente, con los cambios establecidos en el ROP, la meta fue reasignada a 81 USF, de las que se ha intervenido en infraestructura en 21 USF, quedando pendiente 60. Existen 4 obras concluidas y 17 en ejecución. Al mismo tiempo, se está haciendo una intervención en obras en el Hospital Pediátrico Acosta Ñu, en donde se están construyendo bloques de consultorios.

La intervención en infraestructura ha tenido varias dificultades que retrasaron su ejecución. Por un lado no se tenía información sobre la condición de dominio de las USF (la mayoría de las USF no tenía condición de dominio). Al parecer esta situación de las USF en cuanto a la condición de dominio tiene relación con el proceso diferenciado de fortalecimiento de las USF.

> "Y las USF se asientan sobre los centros de salud, sobre los puestos de salud, sobre algunos dispensarios. O sea que, depende de donde le tocaba caer. Si en algún lugar más pobre, más perdido, había algún dispensario religioso o de la gobernación en el caso de Central y eso, entraban ahí, y ahí se armaban" (E7).

Como ya fue mencionado, un aspecto que requirió de un trabajo previo a las construcciones, fue ajustar los terrenos a las exigencias legales del MSPBS, en términos de pertenencia del

dominio a este Ministerio. Este hecho retrasó considerablemente las obras de infraestructura previstas en el PDIT:

> "... querías intervenir en una USF, encontrabas que la USF no tenía condiciones de dominio, una serie de requisitos que tenías que tener para poder intervenir. Yo no sé si eso se previó y no se pensó, o se previó y... yo creo que cuando hicieron el diseño – no está escrito – en el documento no está escrito, que ellos previeran contratar un abogado y que salieran todas esas cuestiones legales rápidas pero en la realidad no fue así, fue complicado..." (E5).

Lo que se encontró el equipo de profesionales de la UEP al asumir su rol fue un monto importante de inversión en infraestructura y la información de que la mayor parte de los inmuebles del Ministerio, no eran propiedad del Ministerio.

> "Eran de particulares, de municipalidades, de las gobernaciones. Pero generalmente allá en el interior una persona si tiene un terrenito, dona el terreno, ahí se construye el establecimiento, colaboran, etc.; pero ese terreno nunca pasó a ser propiedad del Ministerio. Entonces cuando el Ministerio quiere intervenir, no puede porque eso no le corresponde. Esa fue una de las primeras cosas que vimos, se contrató a esta abogada, y después también a su asistente; y ellos hicieron un muy buen trabajo donde se regularizó gran parte de los inmuebles que hoy día se están interviniendo. Lógicamente eso ya te dilata toda..." (E4).

La situación legal de los terrenos fue un factor que influyó en la selección final de las USF para realizar las intervenciones de infraestructura:

> "El equipo técnico se ocupó de ver quiénes serían, trabajando siempre porsupuesto con el criterio de redes, pero hubo un factor determinante... en un principio teníamos una inmensa lista de USF que podían ser beneficiadas con el programa, y se tomaron criterios de trabajo en redes, de recursos humanos, etc., que los médicos manejan mejor que yo. Pero en el momento de seleccionar, finalmente se tuvo que hacer un filtro específicamente para las que van a ser beneficiadas con construcción, que tienen que tener condición de dominio" (E10).

Considerando este trabajo de regularización de los dominios, en el momento de la evaluación se habían finalizado las obras de infraestructura en 4 USF y otras 17 están siendo intervenidas:

> "... ahora mismo se concluyeron 4 USF que fueron intervenidas el año pasado, 3 en Caazapá y 1 en Guairá, en Félix Pérez Cardozo. Esas 3 obras fueron solamente reacondicionamientos... no fueron construcciones, intervenciones grandes, fueron reacondicionamiento edilicio y equipamiento sí, completito. Muebles y equipo médico técnico. Capacitación y todos los componentes, verdad. Y ahora estamos construyendo 17 USF estándar" (E10).

Por otro lado se hizo evidente la necesidad de fortalecer la normativa relacionada a los modelos médico-arquitectónicos, estableciendo nuevas tipologías. En mayo de 2017 se firma la Resolución SG Nº 0182, por la cual se aprueban los planos de los 10 diseños de unidades de salud de la familia estandarizadas por tipologías; y se dispone su implementación como norma nacional. En este documento se aprueban los planos de los 10 diseños de USF. Se detallan las características de los distintos tipos de USF de acuerdo a los servicios que prestan y la infraestructura definida. Se describen USF de Familia Satélite, USF Estándar Tipo A, B, C, D y E y USF Ampliada del Tipo A, B y C en Zonas Rurales.

> "Para tratar de resolver se trabajó de manera paralela en tratar de generar esa normativa con la Dirección de Recursos Físicos y por otro lado se hizo la contratación de profesionales del área legal como para tratar de lograr esa condición de dominio. Eso por un lado. Y después, una vez que se consiguieron ambos, ver si realmente se justificaba. Porque inicialmente se tuvieron ciertos parámetros cuando se definió qué locales se iba a intervenir y posteriormente se cambiaron porque dijeron bueno, esto no tiene la cantidad mínima de niños necesarios para intervenir, o este tenía otro tipo de justificativo para pedir que se haga la construcción. Entonces como que no ameritaba. Entonces eso hacía que la adquisición de dominio llevó prácticamente un año. La definición de la normativa fue también un año y medio por ahí. Y después la corrección y la recolección, porque los datos tenían que recolectarse de las regiones sanitarias; también llevaron por lo menos sus tres, cuatro meses. No fue tan fácil" (E5).

Conforme lo establece dicha resolución: "La USF Estándar Tipo "F". Con Sala de DIT, Sin Odontología (228 m2). Es aquella USF con ubicación fija con: Acceso de Ambulancia, Admisión y Archivo, Sala de Espera, Farmacia, Sala de Urgencia, Enfermería y Vacunación, dos Consultorios Generales, Consultorio Gineco-Obstétrico con Baño, Sala de DIT, Cocina, Lavadero, Baño Caballeros, Baño Damas" es la que debería construirse o repararse en el marco del PDIT. Sin embargo, no está claro que esto se haya planteado de esta manera.

En cuanto a la participación de los gobiernos locales en relación a la infraestructura, se menciona que hubo un trabajo enorme de conseguir acuerdos con las municipalidades, porque en muchos casos las USF están instaladas en predios municipales, entonces en esos casos se realizaron acuerdos.

> "...porque entran mucho en terrenos municipales, y se hicieron convenios con municipios... trabajaron con los intendentes, les sensibilizaron a los intendentes y sacaban de una reunión con intendentes se le ponía a quince, veinte intendentes y ahí sacaban como quince USF para conseguir convenios" (E7).

Un aspecto señalado como una dificultad en relación con la inversión en infraestructura, tiene que ver con la centralidad del DIT en esta intervención. En este sentido se plantea que se perdió de vista el objetivo DIT y se centró en la mejora de la infraestructura.

> "...y ya se perdió el punto central, verdad. El origen, que es Desarrollo Infantil Temprano. Entonces de repente nosotros estamos trabajando para solucionar toda la estructura de una USF y no para desarrollar el Programa de Desarrollo Infantil Temprano" (E7).

El programa previó además, en este producto, licitaciones para la adquisición de mobiliarios, materiales didácticos, y equipamiento médico no renovable. Como ya se mencionó, el ROP establece los requerimientos para el fortalecimiento en equipamiento y materiales.

En cuanto a los kits de estimulación, los mismos deberían estar compuestos por juguetes y otros materiales didácticos que se entregarían con el objetivo de acompañar a la familia en el proceso de crianza para mejorar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de los niños, adicionalmente educar a las familias permitiendo que se den cuenta de potenciales rezagos del desarrollo cuando sus hijos no adquieren la habilidad correspondiente a su edad.

En el marco de la compra de materiales, también se adquirió herramientas de tamizaje y evaluación, específicamente fue elegido el Inventario de Desarrollo Battelle, el cual se utilizará tanto en el primer nivel para el tamizaje del desarrollo que será aplicada de manera sistemática a los 9, 18 y 30 meses a fin de identificar de manera oportuna los rezagos o sospecha de desviaciones del desarrollo. En el segundo nivel será aplicado para la evaluación profunda del desarrollo a fin de diagnosticar desviaciones de áreas específicas.

Conforma los datos de la Memoria Técnica se han recibido:

Rubro	**Descripción de la situación**
Equipamientos	Recibidos 19 ítems de 29 ítems Entregados a 4 USF 4 ítems
Mobiliarios	Recibidos 21 ítems Entregados en 14 USF (los 21 ítems y otros), en 4 USF (los 21 ítems) en 3 USF (varían se han entregado 19, 20 y 21 ítems)
Kits de estimulación	Recibidos para 12 USF 66 ítems de 70 ítems Entregados a 44 USF (46 ítems)
Kits de tamizaje Battelle	Entregado a 4 USF

Fuente: elaboración propia en base a la Memoria del Equipo Técnico (agosto, 2018).

Parte de las actividades previas a las compras, era la revisión en el portal de Contrataciones Públicas sobre la existencia de los códigos que definían los productos a ser adquiridos. Si la definición no existía, se complicaba el proceso de llamada y se demoraban los plazos.

> "... se decía esto no existe y tenía que tratar de generarse el código principalmente con la gente de adquisiciones o teníamos que buscar cómo hacer la definición de eso que debía comprarse. Porque realmente no todas las cosas que nosotros queríamos comprar estaban definidas. Entonces, por lo que establece la ley y lo que dice Contrataciones Públicas, no se puede comprar algo que no está identificado y no está caracterizado... No podés comprar nada que no esté creado, que no esté ahí en Contrataciones Públicas. Tiene que tener un código eso" (E5).

Producto 3: USF ampliadas con infraestructura, equipamiento y materiales

Se tenía prevista la adecuación y equipamiento de un estimado de tres USF ampliadas en el Departamento de Alto Paraná, para los cual se tendría en cuenta lo descrito en la USF estándar y se incluiría además los requisitos descriptos en la Guía de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, acorde con la normativa vigente de la Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología del MSPBS. No obstante debido a los plazos administrativos se da de baja este proceso ya que la intervención superaría a agosto de 2018.

Sin embargo, se ha avanzado en la realización del Prototipo Médico Arquitectónico aprobado por resolución y en las especificaciones técnicas de los equipos médicos y mobiliarios para las USF ampliadas, que establece la cantidad a ser adquirida, el precio referencial unitario y el precio total con IVA en Gs.

Producto 4: MAIDIT completado en los tres niveles de atención con los manuales para su implementación

Este producto consistía en el desarrollo del marco conceptual del MAIDIT (desarrollado con estrategia de implementación), manuales para el primer nivel de atención, manuales de vigilancia del desarrollo para el segundo y tercer nivel de atención.

También establece la conformación de un Comité Técnico, para el apoyo al equipo del programa en la elaboración del documento del MAIDIT, que debía desarrollar el modelo de gestión y seguimiento, el modelo de referencia y contrarreferencia en DIT (RISS - MAIDIT) y el modelo de financiamiento para la sostenibilidad del programa. Concretamente se planteaba que el Comité esté liderado por el o la Titular del Vice Ministerio de Salud.

En cuantos a los subproductos, no se realizaron los manuales de vigilancia del desarrollo para el segundo y tercer nivel de atención.

Para el desarrollo de este producto, si bien no se cuenta con los informes, en la Memoria el equipo técnico informa que se han llevado a cabo varias reuniones, en donde los documentos han sido consultados y validados por una mesa técnica. Algunos documentos han cerrado el ciclo de elaboración, validación, diseño, impresión y publicación, en cambio otros fueron elaborados y validados y están en proceso de edición y diseño. A continuación se citan los materiales con una breve descripción de sus objetivos.

Validados, diseñados, publicados	
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT) (2016)	Plantea las estrategias, normas, procedimientos, instrumentos y recursos, que establecen y organizan la atención relacionada al DIT en los distintos Niveles del sector salud. El documento presenta el marco institucional y operativo del PDIT, que establece las líneas de acción para su implementación.
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud (2016)	Es un instrumento de apoyo para el trabajo de los profesionales de la salud en el DIT, prevenir desviaciones del desarrollo típico, a través de la detección precoz y el acceso oportuno a intervenciones efectivas.
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud (2016)	Es un instrumento de apoyo para el trabajo del AC en DIT, plantea información, competencias, funciones y actividades en el marco del MAIDIT.
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT (2017)	Su objetivo es fortalecer la Preparación Integral para la Maternidad (PIM) con énfasis en DIT. Propone protocolos en la práctica en el Primer Nivel de Atención.
Guía para la Asistencia Neonatal integrada / Plan de Implementación de Cuidados y Asistencia Neonatal	Se identifica el documento con otro nombre. Plantea como objetivos el contar con una herramienta técnica que oriente el proceso de implementación de los Cuidados y Asistencia Neonatal

Integrada ANI	Integrada en todas las Unidades de Cuidados Neonatales. Así mismo propone las fases a ser implementadas y la metodología a utilizar.
Materiales elaborados y validados. Pendiente edición, diseño y publicación	
Guía operativa del Programa de Desarrollo Infantil Temprano para el primer nivel de atención	Plantea directrices para la implementación del MAIDIT en el primer nivel de atención, es decir orientaciones estratégicas y metodológicas sobre promoción, prevención y atención individual, familiar y comunitaria en el marco del PDIT, así como procedimientos sobre las diferentes modalidades de intervención en DIT.
Orientaciones técnicas para la implementación de modalidades de atención en DIT	Pretende brindar herramientas al equipo de salud para fortalecer el enfoque DIT en los servicios y en su rol de facilitador con las familias en la adquisición de conocimientos y habilidades para el adecuado cuidado, la crianza y estimulación de sus hijos.
Guía de estimulación oportuna para niños desde el nacimiento hasta 4 años, dirigida a profesionales de la Unidad de Salud de la Familia	Presenta contenidos, estrategias de actividades, juegos y sugerencias de juguetes y materiales didácticos en estimulación oportuna, a ser utilizados por los profesionales de la salud de las USF.
Guía Operativa del SIT (Servicio de Intervención Temprana)	El documento plantea el alcance y ámbito de aplicación de los SIT, la población meta, equipo de profesionales, cartera de servicios y metodología de atención.
Instructivo para el uso y elaboración de juguetes y materiales didácticos	El documento presenta orientaciones para enseñar a los padres o cuidadores como jugar con los niños utilizando juguetes o materiales didácticos comprados o los que ellos mismos puedan elaborar con elementos reciclables. Se dan recomendaciones sobre las características que deben tener los materiales y juguetes para la seguridad de los niños, así como indicaciones para la limpieza y desinfección de los mismos.
Cartillas para los profesionales de las USF	En proceso de diseño
Cartillas para los Agentes comunitarios y técnicos de las USF	En proceso de diseño
Resolución Ministerial que valida los documentos	Los que tienen figuran en el material mismo.

Fuente: elaboración propia en base a la revisión general de los documentos e información del equipo técnico.

Las personas entrevistadas han expresado que consideran adecuada la propuesta de atención desarrollada en el MAIDIT. Sin embargo, también algunos entrevistados consideran importante su constante discusión y revisión:

> "Es importante evaluar el modelo, es importante revisar los materiales, ya que las personas que están pueden aportar con una nueva visión, doy fe de que se hicieron muy bien hechos esos manuales, fueron elaboradas por personas técnicamente calificadas, y con las nuevas autoridades seguro habrá algunas recomendaciones" (E11).

Producto 5: Personal sanitario y agentes comunitarios capacitados en DIT en el primer nivel de atención

Para fortalecer la atención integral al desarrollo infantil temprano en niños de 0 a 4 años en el primer nivel de atención, en una primera instancia el Instituto Nacional de Salud (INS), por Resolución Ministerial, fue el Organismo encargado de la Capacitación.

Capacitación con el INS. El INS conjuntamente con el equipo técnico ha trabajado en el diseño de la capacitación, ha realizado la misma al equipo de salud de las USF focalizadas por el proyecto de los departamentos de Alto Paraná, Central y Presidente Hayes, específicamente en los aspectos de promoción, prevención y detección de retraso en el desarrollo.

El contenido de la capacitación debía incluir entre otros aspectos el Desarrollo Infantil Temprano, el AIEPI Clínico, la Vigilancia del desarrollo del niño/a y trabajo en la comunidad para la estimulación del DIT y los Derechos niños, niñas y adolescentes. Se planteó para este proceso la realización de materiales en castellano y/o guaraní con enfoque de género e intercultural, de acuerdo a la población destinaria.

En un primer momento se ha realizado la capacitación con el INS, con la participación de 63 médicos, 76 Licenciados, 176 Agentes Comunitarios y 82 Auxiliares, alcanzado un total de 397 recursos humanos capacitados. La capacitación tuvo un desarrollo de clases teóricas y luego clases prácticas en el Hospital de Acosta Ñu y USF seleccionadas en el Departamento Central.

Posteriormente se llevó a cabo una consultoría para evaluación rápida de la capacitación y resultados, de la cual se obtienen sugerencias que son entregadas al INS. Se realiza una Segunda entrega ajustada de propuesta de programa al INS por parte del equipo técnico. Este proceso cerró con algunas dificultades que serán planteadas más adelante. A raíz de las mismas se decide continuar las capacitaciones con otras instituciones.

Capacitación de formadores en la prueba de tamizaje Battelle. La capacitación consistió en formar 25 profesionales (médico o licenciado/a de distintas instituciones del MSPBS, Hospital de Clínicas, IPS, Sociedad Paraguaya de Pediatría, SENADIS, MEC, INEPEO, INS) que luego deberían de realizar una bajada técnica a los demás profesionales llegando a una cobertura del 100% de profesionales (médica/a o licenciado/a) de las 275 USF.

La capacitación consistió en tres encuentros; el primero (en el BID) con una capacitación vía online con expertos internacionales de TEA Ediciones –España, luego dos encuentros más (uno en el INS y otro en el INEPEO) con capacitadoras nacionales del equipo técnico[4].Los formadores han recibido el Kits Battelle, una guía de bajada y un power point, los dos últimos elaborados por la capacitadoras.

[4] Dra. Mabel del Puerto y Lic. Rocío Florentín.

Capacitación en PIMDIT. Esta capacitación se ha realizado con el INEPEO. Se ha capacitado en Preparación Integral para la Maternidad con énfasis en Desarrollo Infantil temprano a 151 recursos humanos correspondientes a 142 USF, lo cual hace referencia al 52% de las mismas.

Capacitación de formadores en modalidades DIT. Los objetivos fueron fortalecer las competencias de los integrantes del equipo de salud, para la implementación efectiva de las modalidades en el primer nivel de atención y desarrollar destrezas para la correcta utilización de los Kits.

La capacitación se llevó a cabo en el marco de un Convenio con el ISE. El Programa de Formación a referentes, se está desarrollando en dos fases: en la primera fase, se ha desarrollado un curso de capacitación durante 5 días, desde el 31 de julio al 04 de agosto del corriente año, a 38 profesionales licenciados en enfermería y obstetricia, así como a agentes comunitarios, que llevarán adelante la tarea de capacitar a los equipos de salud de la familia.

En esta capacitación participaron licenciados y agentes comunitarios, referentes de las USF focalizadas de las 10 regiones, que luego deberían de realizar una bajada técnica a los Agentes Comunitarios llegando a una cobertura del 100% de las 275 USF.

La segunda fase del programa, a la fecha, se está planificando para las 10 regiones sanitarias, con el objetivo de capacitar a los agentes comunitarios de las 275 USF intervenidas por el proyecto. La propuesta inicial es, convocar a los agentes de cada USF para capacitarlos y luego paulatinamente, ir ampliando la capacitación a todo el personal.

Un tema central del PDIT constituye la capacitación de sus especialistas, tanto enfermeras, médicos como agentes comunitarios. En el desarrollo del PDIT, como se ha planteado más arriba, se han realizado diferentes capacitaciones, con diferentes instituciones. Se trabajó con el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Técnico Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia (INEPEO) y el Instituto Superior de Educación (ISE).

Las personas entrevistadas han tenido diferentes opiniones y valoraciones de las capacitaciones, donde se puede concluir que no se ha podido aún llegar a un acuerdo sobre el mejor abordaje para estas capacitaciones, tanto en lo referente a la institución que debe hacerse cargo de los cursos, los contenidos y la metodología.

Los entrevistados consideran positivo que se hayan podido realizar capacitaciones en desarrollo infantil temprano.

> "Y la otra cosa que me parece a mí muy importante son las capacitaciones que por primera vez tuvieron tanto los agentes como licenciados como médicos en desarrollo infantil. Que si bien no se pudo lograr como habíamos pensado porque el INS por resolución era el ente que tenía que capacitar a todos los recursos humanos; por una cuestión presupuestaria capacitó, hizo solamente... pero a hoy tenemos el ISE que está capacitando y van a ser capacitados todo el personal de salud del primer nivel de atención; independientemente de otras capacitaciones que logramos hacer. Logramos tener un convenio con UNICEF para capacitarles en CDI, logramos tener un convenio con el ISE que capacitaron a todo el personal de los CEBINFAS en desarrollo infantil" (E1).

Para algunos, el INS es la institución ideal para las capacitaciones:

> "Para mí es importante que el INS vuelva a ser el organismo porque hay que dejar capacidad instalada. Y es el INS el órgano rector. Por lo tanto el programa de capacitación tiene que quedarse en el INS. Porque si no esto se rompe. Nosotros ahora por una cuestión de apagar fuegos lo hicimos con el ISE, pero el ISE no es del Ministerio de Salud. Entonces otra vez no queda capacidad instalada dentro del Ministerio. Y eso es una pena porque como yo siempre dije, la capacitación es el alma del proyecto. Pero no nos queda otra" (E1).

Con el INS hubo diferencias en el aspecto administrativo y no se pudo llegar a un acuerdo, por lo que se interrumpieron las capacitaciones.

> "Por una cuestión administrativa. Meramente administrativa. Ellos querían cobrar X monto, que sobrepasaba de hecho lo que la ley te permitía. Y no se les pagó porque hubo un dictamen de asesoría jurídica y no se les permitió cobrar, entonces se dijo: nosotros no hacemos más capacitaciones. Por una cuestión económica. Cuando que su misión es la de enseñar nomás luego. Y ellos deberían haberlo hecho gratis. No cobrar" (E1).

> "Que hay también reglamentaciones desde la Constitución Nacional que te prohíben la doble remuneración de las personas, verdad. A excepción de la docencia y la investigación. Después hay leyes, decretos, resoluciones, etc., que te regulan el tema de la remuneración a los docentes. Entonces internamente teníamos una resolución del Ministro, donde establece un monto de Gs. 100.000.- por hora cátedra, siempre y cuando sea fuera del horario de trabajo. Estos docentes, o sea, que son funcionarios del Ministerio, funcionarios del INS; ellos querían desarrollar las capacitaciones en el horario de trabajo y también cobrar por eso... eso fue... pero demoró muchísimo tiempo" (E4).

Sobre este mismo punto, hay posturas contrarias a las anteriores, en torno a la posibilidad de realizar los pagos a los docentes del curso realizado por el INS.

> "...esto se resuelve con una resolución ministerial. El Ministro puede decir: este programa es prioritario y el profesional fulanito de tal es el que es capacitador y se toma el horario laboral porque tal cosa y cobra tanto y listo. Bueno, el Ministro no tiene por qué saber esto, pero se le tenía que haber comunicado... pero esto es legal porque el Ministro puede disponer del profesional que trabaja en el Ministerio" (E9).

Luego de la primera experiencia de capacitación con el INS, se realizó una discusión entre el equipo técnico del PDIT y el equipo del INS, con el objetivo de realizar algunos ajustes a la propuesta metodológica. No hubo acuerdo en torno a que las capacitaciones sean con los equipos de salud y no por actores.

> "Nosotros hicimos algunos ajustes, inclusive en la metodología. Al ir nosotros a terreno, una de las cosas que vimos es el tema de la importancia de que todo el equipo de salud se capacite, pero se capaciten juntos, verdad. Entonces hicimos esa propuesta nosotros al INS. Que creíamos que la capacitación tenía que ser con los equipos de salud. No por una parte el médico, por otra parte... porque es el enfoque lo que vos, diríamos, capacitas. Entonces me dice el responsable del INS, me dice, "¿usted menciona qué va a hacer éste, uno de los mejores neurólogos con un agente comunitario?". O sea, la idea ahí de que cómo a mí se me ocurre que ellos puedan estar juntos. El médico con el agente comunitario y con el auxiliar y demás, verdad. Y entonces ahí nosotros les decíamos que, finalmente, tienen mucho que

aprender. Porque el médico realmente es el que menos sabe en la USF. El médico es el que menos información tiene y el agente comunitario le puede decir, y mucho. Pero eso fue una barrera que no se pudo...eso..." (E2).

El hecho de tener una resolución que establece que el INS es la instancia que debe realizar las capacitaciones, a criterio de otras personas, esto se constituye en una limitación enorme. Al ser consultados sobre porque consideran esto, se señala que el INS nunca asumió ser la instancia capacitadora del MSPBS.

Para las personas entrevistadas, si bien fue positiva la experiencia con el ISE, señalan que la institución capacitadora debe estar relacionada al campo de la salud.

> "... y eso hace también a la propia formación con este enfoque que se quiere cambiar, un enfoque un poco más... ese enfoque clínico médico y eso se ve en las capacitaciones también... Y después nos fuimos al otro extremo, verdad. De irnos al ISE y que también, cierto, fue un SOS pero sí también nos vamos al otro extremo de creer que es educación inicial desarrollo infantil" (E2)

> "Nosotros saltamos de la olla para caer en el fuego... Bueno, al final nosotros, de tantos fracasos con el INS, como ya no podíamos...nosotros intentamos hacer después con algunas universidades, siempre intentamos hacer pero no se pudo. De repente se abrió una ventanita con el IBS, que el ISE capacitó. Y ahí nosotros, ya que ellos estaban e hicieron un convenio, vamos a colarnos en ese convenio para meter... ahí ya realmente nosotros hicimos... lo que hicimos con ellos era el programa de capacitación, achicamos en su mayor expresión... Pero el ISE no es el sector salud, no conoce lo que es el sector salud y le cuesta" (E7).

También se expresaron cuestionamientos al contenido de los cursos desarrollados:

> "A mí me parece obligatorio lo de desarrollo infantil temprano que es el tema de desarrollo típico. Yo no tengo por qué enseñarle trastornos de desarrollo a primaria. No tienen por qué saber. Ellos tienen que saber lo que es normal, lo que es típico. Los trastornos el segundo nivel es el que tiene que definir. Y de ahí parte mi concepto del por qué el BATTELLE no en primaria. ¿Cómo alguien que no sabe desarrollo típico va a hacer un diagnóstico de trastorno del desarrollo?" (E9).

Y en relación al perfil de las y los participantes en el curso ofrecido por el INS:

> "A ver... el problema que tenés es que no sabés con qué profesional estás trabajando... el perfil del agente comunitario no es homogéneo. Entonces, ¿qué información le transmitís? Le transmitís una información básica, una información un poco más compleja, te vas a lo simple y sencillo, tratás de enseñarle a aprender a leer, o sea; ese es el problema: la enseñanza del adulto que no sabés qué perfil tiene, verdad" (E9).

> "Lo mismo que la formación de los médicos, verdad. Nunca hablan de la trayectoria del niño, hablan de patologías o hablan de enfermedades pero no hablan de qué pasa en el niño pequeño, qué pasa en el niño más grande. Qué pasa con el adolescente, qué pasa con el adulto joven. No hay una trayectoria de un ciclo de vida del niño. Entonces la formación sobre DIT, tanto la que es médica es muy limitada. Entonces yo siempre fui partidario de tener solamente desarrollo infantil, pero desarrollo típico. No dar otro tipo de enseñanza,

verdad. Y agregar otras cosas de factores que pueden ir incluidos en desarrollo pero todo relacionado al (inaudible)" (E9)

Sobre el uso de Battelle, se han manifestado opiniones en contra de la aplicación del mismo, en el nivel de atención primaria de la salud. Se considera que no tendría impacto en ese nivel. Al mismo tiempo se señala que no es ético crear una necesidad, sabiendo que no hay donde derivarla, por la inexistencia del segundo nivel.

"Estoy en contra que se le enseñe Battelle en la primaria. No me parece que esté adecuado, porque no van a saber manejar el instrumento y en qué tiempo van a hacer la prueba diagnóstica. La verdad es que yo trabajo mucho en públicos y privados en el tema de desarrollo, verdad. Y el screening yo siempre ya lo hago, el médico siempre tiene que estar entrenado para hacer el screening de manera automática en su consulta. Y derivar para que se haga en un segundo nivel un control un poco más completo, verdad. Pero un Battelle en primer nivel, no le veo impacto" (E9).

"¿Para qué, para qué vas a detectar?, ¿para qué vas a diagnosticar? Si no tenés a quién derivar... no es ético crear una necesidad y no tener donde derivarla. Tenés que crear el segundo nivel y a partir de ahí hacer un screening para poder derivar de manera oportuna. Ahora si hay alguien que está haciendo la detección, dónde va a derivar. Porque no hay terapias, no hay servicios para..." (E9).

Producto 6: Encuesta Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) realizada

Posterior al diseño de la operación, el MSPBS acordó con UNICEF, con el visto bueno del BID, realizar la Encuesta MICS con recursos del Subcomponente 1.3 y una contribución no reembolsable de UNICEF. Por ende se agregó la actividad de la MICS. Se esperaba que los datos de la encuesta apoyaran la implementación del MAIDIT y la delineación de estrategias para mejorar los niveles de desarrollo cognitivo, emocional.

La Encuesta MICS fue incluida en el PDIT como una herramienta que pueda arrojar información respecto a las condiciones sociales, de salud, desarrollo y de educación de niños, niñas y adolescentes. La muestra de carácter nacional, tiene representatividad en algunos departamentos del país. Como parte de la información el MICS incluyó un índice de desarrollo infantil, cuyos datos fueron analizados en el presente informe.

Para varias personas entrevistadas el MICS, si bien arroja información rigurosa sobre la situación de la niñez y la adolescencia, no es directamente aplicable al PDIT, como línea de base y como indicador de impacto. Uno de los motivos es que no todos los departamentos intervenidos en el PDIT tienen representatividad a nivel muestral en el MICS, por lo que no se pueden asociar sus cambios a las acciones del PDIT.

Sub-componente 1.2: Creación de los servicios intermedios de diagnósticos y tratamiento de los niños/as con retrasos en su desarrollo

Producto 7: Unidades de SIT operando en los lugares priorizados por el Programa

Los SIT se pensaron como dispositivos especializados que brindarían atención diagnóstica y terapéutica a niños menores a cinco años que presenten trastornos en el desarrollo o que se encuentren en riesgo de padecerlos, con abordaje familiar.

Este producto y los demás establecidos en el sub-componente 1.2 no fueron implementados en su totalidad, debido a los retrasos en la ejecución del PDIT, por lo cual se optó por priorizar las acciones en los servicios del primer nivel. A pesar de esto, se realizaron una serie de trabajos para crear las condiciones para la implementación de los productos correspondientes al nivel intermedio.

Los avances de este producto incluyen la realización del prototipo arquitectónico para los servicios del segundo nivel de atención, que establece el plano y los costos de la implementación de los SIT. El documento contiene dos propuestas, una denominada tradicional y otra propuesta consistente en la implementación en contenedores marítimos.

Por otro lado se ha elaborado y validado la guía SIT, que plantea el alcance y ámbito de aplicación de los SIT, la población meta a la que llegará, el equipo de profesionales, la cartera de servicios y la metodología de atención.

Además se avanzó en la elaboración de los términos de referencia que establece los criterios generales para la contratación de los profesionales que integrarían los SIT (enfermera, trabajadora social, médica, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, pediatra).

Por último, conforme lo establece la Memoria elaborada por el Equipo Técnico (agosto 2018), se han elaborado las especificaciones técnicas para la adquisición de muebles, equipamientos y materiales didácticos, si bien no se tuvo acceso al documento mencionado.

En el marco del PDIT se desarrollaron prototipos para las Unidades de SIT:

> "El prototipo del SIT pasó por dos etapas. Una etapa donde se le contrató... a un consultor individual para que realice... la investigación de todos los requerimientos para un SIT; pero con la infraestructura tradicional. O sea, nuestra construcción: paredes de ladrillo, techos de tejas o techo metálico, etc. Este consultor... logró un prototipo, digamos un modelo... Él llegó a un modelo acorde a los requerimientos del SIT... y cuando íbamos a implementar los diseños, vino un pedido de que se realicen en contenedores los SIT, entonces cambiamos nuestros diseños... acorde a las áreas requeridas, a los espacios, a las relaciones de los espacios entre sí; la consultora de diseño hizo un modelo para SIT en contenedores. Que es lo que hoy día se desarrolló, digamos. Se desarrolló en los planos, todavía no se construyó" (E10).

El uso de alguno de los dos modelos SIT trabajados depende de cada hospital y de la situación de los mismos en cuanto al espacio de que disponen.

"Porque hay lugares, hospitales que disponen del espacio y se puede hacer con nuestra construcción tradicional, o tienen ya un bloque que no están utilizando y se puede adaptar. Y hay otros que no disponen mucho espacio y creo que también por el criterio de rapidez creo que se optó" (E10).

Producto 8: Personal sanitario capacitados en DIT en el segundo nivel de atención

Dada la escasez de recursos humanos especializados en DIT, se esperaba que el componente también apoyara un programa de formación en Desarrollo Infantil Temprano para el personal que prestaría servicios en el segundo nivel de atención (en los SIT y hospitales regionales). Estaba previsto que el programa de formación se llevara a cabo con el INS y/u otras universidades o instituciones formadoras de recursos humanos nacionales o internacionales.

Si bien se ha dado de baja este producto, se ha realizado el diseño preliminar de un Curso de Posgrado en Desarrollo Infantil e Intervención Temprana para el segundo y tercer nivel, el cual establece los objetivos del curso, el perfil de ingreso y las competencias de egreso, los contenidos programáticos, metodología, duración y carga horaria. El objetivo es formar a profesionales en habilidades para el análisis, la evaluación, diagnóstico e intervención oportuna de desviaciones en el desarrollo típico durante la primera infancia.

Producto 9: Hospital de referencia Acosta Ñu fortalecido

Para el desarrollo e implementación de este producto se tenía prevista la construcción de obras, la adquisición de equipamientos, mobiliario y material de evaluación, así como la contratación de Recursos Humanos.

En relación a la infraestructura, se encuentra actualmente en obras el área de atención en Neurología y se estima su finalización en diciembre próximo. En cuanto a las adquisiciones de equipos médicos se realizaron las licitaciones para las compras de dos equipos de video-electroencefalógrafo con módulo de polisomnografía y un equipo de Electromiógrafía (EMG). En relación al primer equipo se encuentra en proceso de contratación y entrega con la firma adjudicada. En lo referente al segundo equipo, el proceso de licitación se declaró desierto.

Con respecto a la infraestructura no se tuvo los problemas que se presentaron con la construcción de las USF, en relación a la condición de dominio, ya que el Hospital tenía resuelto los temas de titulación y tenía proyectos claros de que necesitaban.

"... fue más porque las condiciones en Acosta Ñu eran muy favorables para poder ejecutar el proyecto. Tenían dominio, sabían lo que querían y rápidamente ellos conducían hacia lo que querían. Algunas cosas no les salían bien pero ellos lograron armar su clínica en neurociencias" (E7).

Los demás subproductos han sido desactivados.

Producto 10: Programas ANI y Madre Canguro implementados en los hospitales regionales y centros de atención materno – infantil del Programa

El programa tenía prevista la construcción de albergues así como la elaboración, validación e impresión de las guías prácticas clínicas y manuales. Si bien se ha dado de baja este producto se ha realizado la Guía ANI, que plantea como objetivos el contar con una herramienta técnica que oriente el proceso de implementación de los Cuidados y Asistencia Neonatal Integrada en todas las Unidades de Cuidados Neonatales. Así mismo propone las fases a ser implementadas y la metodología a utilizar. Además se ha avanzado en el diseño y costeo del Modelo arquitectónico ANI /Madre Canguro.

Producto 11: Programas de detección temprana de trastornos sensoriales implementados en los hospitales regionales y materno – infantil

En relación al presente producto se tenía previsto el desarrollo de guías prácticas para la detección de trastornos auditivos en el recién nacido y su respectivo tratamiento, el desarrollo de guías prácticas para la detección de trastornos visuales en el recién nacido y su respectivo tratamiento, la capacitación del personal de salud, adquisición de equipamiento y mobiliario, adquisición de audífonos y lentes, materiales específicos de estimulación.

Este producto ha sido dado de baja, sin embargo se ha avanzado en la elaboración de los Términos de referencias para la contracción de profesionales para elaboración de guía y protocolos y en las Especificaciones técnicas de equipo de otoemisiones acústicas transitorias, con especificaciones técnicas, cantidad a ser adquirida, recio referencial unitario y precio total con IVA en Gs.

Producto 12: Personal sanitario capacitados en DIT en el tercer nivel de atención

Este producto tenía prevista la formación de los recursos humanos y el desarrollo del material didáctico para el tercer nivel, pero no pudo ser desarrollado, debido a que fue dado de baja. No obstante en la Memoria del equipo técnico se señala que profesionales de los equipos de salud de los hospitales han sido capacitados en la aplicación de la prueba de tamizaje Battelle y que además se cuenta con un borrador preliminar de capacitación para este nivel.

Componente 2: Fortalecimiento de servicios complementarios de atención infantil

Producto 13: Normativas estandarizadas aprobadas por el MEC, SNNA y MSPBS

Para la implementación de este producto, se realizó en primer lugar la consultoría individual para el Estudio sobre Brechas existentes en los servicios públicos, privados y mixtos que

ofrecen cuidados infantiles a niños menores de cinco años. Dicho estudio, de junio de 2016, releva los modelos de CEBINFAS, del Programa Abrazo de la SNNA y la Educación Inicial no formal del MEC. En función a estos plantea como algunos de los ejes de análisis: Infraestructura y entorno, Gestión de los centros y Recursos Humanos, Perfil de Ingreso de los Niños/Niñas, Atención por Niveles y Recursos Humanos asignados a los servicios, Plan de Riesgo y Manejo de Emergencias, Capacitación del Personal, Fortalezas y Debilidades.

En segundo lugar se trabajó en el 2017 en un documento de la Normativa estandarizada para la atención de los espacios de desarrollo para niños de o a cinco años (EDI), el cual pretende establecer criterios técnicos y administrativos para la autorización del funcionamiento, fiscalización, cierre y clausura de los espacios de desarrollo infantil de gestión oficial, privada, privada subvencionada y comunitarios, para mejorar la calidad de los mismos y contribuir al desarrollo infantil. Contiene el alcance de la normativa, los componentes de calidad, la participación de las familias, la seguridad, la estructura operativa del modelo, la autorización, evaluación de la calidad, clausura y cierre del EDI.

Para la socialización de la normativa se planificaron encuentros regionales entre representantes de los tres sectores (salud, educación y niñez), y referentes comunitarios. Se pretendía que todos los documentos sean aprobados por las instancias correspondientes de acuerdo al marco legal vigente. El mismo se encuentra pendiente de aprobación por el ejecutivo.

Actualmente se cuenta con la resolución de la normativa y se han contratado los servicios profesionales de una consultora para la elaboración de los indicadores de estándares de calidad tanto estructurales como de proceso de los Espacios de Desarrollo Infantil (EDI), planteada para el mes de noviembre, si bien no se cuenta con información precisa sobre su culminación.

Otra de las actividades realizadas fue la capacitación del personal de los CEBINFAS. Esta actividad se ejecutó en el marco de un convenio de cooperación interinstitucional firmado entre el MSPBS y el Instituto Superior de Educación "Dr. Raúl Peña" (ISE).

Los CEBINFAS han sido espacios de atención infantil que se han mantenido durante muchos años en el país. A partir del PDIT se ha podido revisar el modelo de atención, tomando como referencia el MAIDIT y se llevaron a cabo cursos de capacitación a las personas que trabajan en los CEBINFAS. Estos cursos se llevaron a cabo con el equipo de educación inicial del ISE.

Profesionales del equipo del ISE señalan que fue un gran desafío, teniendo en cuenta inicialmente que no se contaba con un modelo pedagógico a desarrollar, con lo cual la tarea implicó la realización de diez módulos de formación, con el desafío que ese modelo estuviera enmarcado en el MAIDIT.

> "Y les hicimos las entrevistas puntuales... para trabajar el modelo pedagógico... ¿cuál fue nuestra sorpresa durante el curso? que no existía un modelo pedagógico. Porque nosotros creíamos, cuando nos dijeron... que había ya un modelo pedagógico para trabajar la parte educativa de los CEBINFAS, nosotros creíamos que íbamos a desarrollarlo... que así como hay

una normativa... creíamos que ya había un documento que te delinee totalmente la parte pedagógica" (E12).

La población beneficiada de esta capacitación fueron funcionarios permanentes y contratados del Instituto de Bienestar Social (IBS), dependiente del MSPBS. Se desarrollaron perfiles de formación para cada segmento de funcionarios: 1. Funcionarios con títulos de licenciados, 2. Funcionarios con titulación de tecnicatura, 3. Funcionarios que no tienen concluida la Educación Escolar Básica, ni el Nivel Medio, 4. Funcionarios gerentes de los CEBINFAS.

Los cursos desarrollados para cada segmento son: 1. Especialización en Primera Infancia, que cuenta con resolución de aprobación del Consejo Nacional de Educación Superior (CONES), 2. Técnico Docente en Primera Infancia, que cuenta con resolución de la Dirección de Formación Docente del MEC, 3. Capacitación en Primera Infancia, aprobado por el Consejo Directivo del ISE, 4. Capacitación en Gerenciamiento de recursos humanos en Primera Infancia, aprobado por el Consejo Directivo del ISE.

El curso de gerenciamiento se realizó para la capacitación en servicio de los responsables de la administración de los CEBINFAS. Los participantes de estos cursos pertenecen a los veintisiete Centros ubicados en: Capital, Central, Concepción, Ñeembucú y Paraguarí. Estos centros atienden aproximadamente a 1.416 niños y niñas de cuatro meses a cinco años, respectivamente.

Se formaron en los cursos de capacitación en total doscientos profesionales. En el siguiente cuadro se presenta la cantidad de participantes por cada curso desarrollado.

Curso	**Título**	**Cantidad de participantes**
Especialización en Primera Infancia	Especialista	38
Técnico Docente en Primera Infancia	Técnico Docente	21
Capacitación en Primera Infancia	Capacitación	88
Capacitación en Gerenciamiento de Recursos Humanos en Primera Infancia	Capacitación	53
Total		**200**

El PDIT permitió avanzar en la preparación de las normativas para los EDI. Estas normativas deben ser puesta a consideración de los principales ministerios rectores de las políticas DIT: Ministerio de Educación y Ciencias, Ministerio de Salud y Bienestar Social y el Ministerio de la Niñez y Adolescencia.

Las personas entrevistadas reconocen la importancia de estas normativas que permitan asegurar niveles básicos de calidad de los programas de atención infantil:

"Otra de las discusiones que tuvimos es que, pueden estar muy bien hechos los manuales, las normas, pero muchas veces los espacios de desarrollo infantil temprano son habilitados por la municipalidad, un kiosco tiene mucho más requisitos para su apertura que una guardería, las condiciones edilicias no solo son importantes para la apertura de estos espacios, sino

también los recursos humanos que estarán con los niños, tienen que ser personas capacitadas, al no estar formada esa persona, tal vez pensando que le hacemos un bien a ese niños o niña, le estamos haciendo un mal. Por ello los controles deben ser rigurosos, por el bien de los niños" (E11).

"Por eso digo que es bastante complejo cuando hablamos de ello, una cosa es el servicio de desarrollo temprano que depende del Ministerio de Salud, y otra cosa es la habilitación de los espacio de desarrollo infantil temprano" (E11).

Producto 14: Centros de cuidado infantil CEBINFA del MSPBS fortalecidos

Consistente en el diseño de proyectos ejecutivos de obras de rehabilitación, la rehabilitación y construcción de obras físicas de los servicios de cuidados de los CEBINFAS, la fiscalización de obras y la adquisición de equipamientos y mobiliarios.

Si bien, administrativamente se ha dado de baja este producto, se ha avanzado en el diseño de proyectos ejecutivos de obras de rehabilitación en cinco CEBINFAS: 1. Obdulia Rivas, 2. San Roque, 3. Santa Teresita, 4. De las Américas y 5. Nuestra Señora de la Asunción. Se ha realizado el relevamiento de cada local y se cuenta con una propuesta aprobada en dos de ellos: 1. Obdulia Rivas, 2. San Roque. Ante la falta de tiempo para iniciar las construcciones, se ha optado por no avanzar en las mismas.

En cuanto a la adquisición de equipamientos y mobiliarios, se ha avanzado en la elaboración de la lista y en las especificaciones técnicas para los llamados a compras.

Componente 3: Gestión de los programas de DIT, Monitoreo y Evaluación

Producto 15: Modelos descentralizados para la protección de los derechos del niño implementados en los municipios del Programa

El programa tenía previsto el Fortalecimiento a las Consejerías Municipales por los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente (CODENIS) a través capacitación de los recursos humanos y dotación de muebles y equipos informáticos, cabe destacar que este pedido fue en consenso con la ex Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, actual Ministerio de la Niñez y la Adolescencia.

El avance consiste en un trabajado desarrollado de términos de referencias para contratar servicios de consultoría con el objetivo de realizar el fortalecimiento de las CODENIS.

Si bien no se pudo instalar un modelo descentralizado para la protección infantil, el PDIT tuvo experiencias de trabajo con gobiernos departamentales y municipales, lo que resulta clave para la sostenibilidad de las políticas DIT:

"Trabajamos muy bien, y creo que eso es una herramienta muy importante, a través, o sea en los departamentos donde se iban a bajar los proyectos de desarrollo infantil temprano, trabajar con las autoridades locales y con las autoridades departamentales, en donde a partir de las autoridades departamentales se firmaban actas de compromisos, donde muchas veces sucedió en Alto Paraná, en San Pedro, las autoridades decían que es la primera vez que nos traen algo hecho y nos hacen firmar el compromiso de que apoyemos" (E11).

"Ya que se les mostraba donde estaban ubicadas las poblaciones meta del proyecto, y eso impactaba a las autoridades. Por ello era importante compartir la información con las autoridades, ya que eso permite realizar acción" (E11).

Producto 16: Implementación de un sistema de videoconferencia para la capacitación y actualización de la Red DIT

El programa tenía previsto diseñar e instalar un sistema de videoconferencias como soporte para capacitación y actualización de la Red DIT (11 SIT +1 Hospitales de referencia) a través de reuniones clínicas complementariamente a la formación de los recursos humanos prevista en todo el programa. Este producto fue desactivado.

Si bien este producto fue desactivado, se han referido al mismo y a las posibles utilidades que tendría:

"Si tuviera teleconferencia este segundo nivel que ya es un tipo de estructura... podría facilitarte la formación continuada a través del intercambio de historia clínica, de relatos. Entonces le enseñás como puede hacer una historia clínica, se le enseña como relatar el paciente, se le enseña como evaluar al paciente. Pero de manera continuada. No se puede hacer así nada puntual y se acabó" (E9).

Producto 17: Sistema de información gerencial de DIT con enfoque de red implementado en el MSPBS

Las principales actividades para el logro del producto son el diagnóstico de situación sobre los registros que recogen datos sobre DIT dependientes del ministerio de salud, el diseño de un registro estandarizado de recolección de datos, la capacitación de recursos humanos para la prueba piloto, la capacitación de recursos humanos para la implementación del registro, el mecanismo de recolección de información y desarrollo del software correspondiente, la digitalización de la información, la capacitación del personal y la provisión de equipamiento informático.

Para la realización de este producto se contrató los servicios del CIRD y conjuntamente con el equipo técnico han logrado avanzar en el diseño del mecanismo de recolección de información y desarrollo del software del Sistema Informático Geo-referenciado para las seis regiones sanitarias involucradas en el Programa (Alto Paraná, Caazapá, Concepción, San Pedro, Capital y Central). Actualmente el MSPBS cuenta con el código fuente.

Así mismo se ha logrado capacitar al personal de las USF involucrado en la recolección y registro de datos del SIG, en las seis Regiones Sanitarias y se ha avanzado en el desarrollo del sistema de información gerencial de DIT.

Si bien aún no se pudo instalar como parte del sistema de información del Ministerio de Salud, se reconoce su importancia para la planificación y evaluación de las políticas y acciones del PDIT y se menciona lo importante que es para un Programa como el PDIT, la realización de un seguimiento de actividades, para lo cual resulta indispensable que la información sea actualizada permanentemente.

> "Creo que como toda cuestión es, si no tenemos el seguimiento, termina. El sistema geo-referencial es sumamente valioso, pero detrás de este sistema están personas, a las personas hay que hacerles el seguimiento, y si no le haces el seguimiento la información puede que sea atrasa o no este actualizada. Es importante seguir trabajando, si esto va ser un programa dentro del ministerio de salud, un ítem especial tendría que ser el seguimiento" (E11).

La importancia que tiene la instalación de este sistema y que el mismo esté integrado al sistema del MSPBS es la posibilidad de tener datos específicos sobre la población que acude a la USF en general y específicamente en lo que refiere al DIT. Además de la posibilidad de tener los datos que permitan mirar la integralidad de las y los usuarios y la integralidad de las intervenciones, más allá de los diversos programas que existen en salud.

> "Donde el sistema geo-referencial tendría que arrojarnos datos de todas las personas que pisaron el servicio de salud, personas con discapacidad, adolescentes, niños, etc. Estos datos tendrían que estar sistematizados y en un solo lugar, ahora la realidad es que la información está dispersa, ubicados en los programas, en cada uno de los programas" (E11)

La mayor dificultad que se presenta con el SIG, es que no pudo incorporarse al sistema ya existente que es el SAA, Servicio de Atención Ambulatoria.

> "Qué es lo que no tiene nuestro sistema de información. Lo que nunca se pudo hacer es que el SIG, el Sistema Informático Geo-referenciado se una físicamente a nuestro sistema de salud, a nuestro sistema informacional, SAA que se llama... se instalaron en esas seis regiones, pero lo que pasa que el grave problema es que cuando no forma parte de la productividad del recurso humano, ellos no están obligados a cargar. Ellos sí cargan el SAA porque es su obligación. Entonces ellos diariamente van cargando y meten. Pero el SIG no cargan porque no está dentro del sistema de información en salud. No es algo obligatorio, entonces..." (E7).

En términos de la importancia de la ejecución de este producto, cabe mencionar que se puede integrar el SAA y el SIG, que podría dar mucha información interesante y es posible hacerlo pero requiere de una inversión de recursos económicos.

> "...va a ser muy útil toda vez que eso se interconecte con los otros sistemas informáticos que tiene el Ministerio y también se haga como... se hicieron como pruebas o planes en algunos lugares y ahí ellos también presentaron en uno de los trabajos y salió un documento... La idea de la red es que el servicio sea más rápido y sea más operativo... En el primer nivel de atención, en el segundo nivel, de cómo uno puede hacer más rápido. Que a veces también

> eso te muestra la práctica o la experiencia que porque no llegó a tiempo el niño o tuvo sufrimiento fetal u otro tipo de complicaciones" (E2).

Se resalta que en el caso de poner en funcionamiento el segundo nivel de atención, el aprovechamiento sería mayor, en términos de tiempo e información disponible para mejorar la intervención oportuna de niños y niñas.

Producto 18: Evaluaciones del programa realizado

Las principales actividades previstas en el programa han sido la evaluación de procesos del MAIDIT, evaluación intermedia del programa, así como la evaluación final y de impacto.

La propuesta de evaluación del Reglamento Operativo del Programa (ROP) del PDIT apunta a una medición de impacto del Programa en el Desarrollo Infantil. Se considera que esta propuesta es sumamente relevante y necesaria, pero no es factible de realizarla en estos momentos, dado el estado de avance del Programa.

Como parte del proceso evaluativo, se llevó a cabo una evaluación rápida de las capacitaciones realizadas a médicos, enfermeras y agentes comunitarios. El documento plantea el análisis de las actividades realizadas en el marco del proceso de capacitación llevado adelante por el INS.

Principales logros del PDIT

En este punto se destacan aquellos aspectos señalados por las entrevistadas y entrevistados como logros del PDIT. En algunos casos se encuentran posicionamientos encontrados en torno a la percepción del logro. En estos casos se apunta como logro y luego en otro apartado se pone en discusión el mismo conforme a los argumentos planteados.

La instalación del tema del desarrollo infantil temprano, con un área de relevancia en el campo de la salud y de las políticas públicas:

> "Primero, que se instaló como políticas públicas. Se instaló a hoy en el Ministerio de Salud, en las 10 regiones sanitarias en donde interviene el proyecto se habla de desarrollo infantil, se considera el desarrollo como parte importante de lo que es políticas públicas, verdad. Yo creo que hay mucho: se logró el modelo de atención fue un gran logro. Poder sacar el modelo de atención y que ese modelo de atención no solamente sirva para lo que es el Ministerio de Salud sino también para la Secretaría, para el Ministerio de Educación. Se trabajó en conjunto, y por lo tanto todos estuvimos en la misma recta siguiendo incluso el plan nacional de primera infancia porque sabemos que el programa de desarrollo está dentro del plan. Entonces para mí ese es un gran logro. Luego todos los logros en normas que pudimos sacar que son muchísimos: el manual de agentes comunitarios, el manual de profesionales de la salud, madre canguro. Sacamos el programa de asistencia neonatal integral, las normativas para los centros de cuidado. Ordenamos la casa en cuanto a normas de las CEBINFAS. Ese fue un trabajo muy interesante pero se hizo a través del Banco con una

consultoría. Por otro lado se pudieron tener las condiciones de dominio de las USF que creo que son 99 (ese número hay que verificar). Condición de dominio de varios hospitales. Se lograron tener licencias ambientales también para varios hospitales, licencias ambientales para las USF ampliadas también se logró, no recuerdo cuántas pero creo que hay dos licencias ambientales. Luego se contrataron agentes comunitarios. Y sobre todo lo más importante, los dos primeros años asumieron el proyecto y luego captó el Ministerio" (E1).

Otra perspectiva en cambio plantea que no es posible hablar todavía del Programa, sino de un proyecto de instalación de un programa de desarrollo infantil temprano. En este sentido se sugiere que mientras no exista una documentación que instale el programa como tal al interior de la estructura del Ministerio, este programa realmente no va a existir.

"Hay un montón de documentos normativos que establecen cuáles deben ser las conductas en establecimientos de salud pero no establecen tampoco cuáles son las instancias de supervisión y monitoreo de la implementación de esa política. Entonces, mientras no tengamos eso, realmente solamente el papel es lo que existe. No se puede garantizar que eso se lleve adelante. Entonces para mí, no sé si llamarle que hay un aporte a la política pública acá. Existen documentaciones muy buenas, pero que no existe una estructura responsable de llevar adelante eso" (E5).

Otro logro fue pasar a un enfoque centrado en la prevención y en el desarrollo infantil y no en un enfoque curativo:

"Yo creo que el gran aporte del programa es pasar de ese enfoque curativo a preventivo. Me parece que es... la mayor deuda diría yo del tema de desarrollo, porque por la experiencia... en el sistema de educación realmente que a los seis o siete años recién uno dice no lee, no escribe; pero... ya pasó tanto tiempo" (E2).

Este cambio de enfoque se considera de gran importancia, debido a su impacto en la calidad de vida de las personas e incluso en los gastos que debe realizar el Estado en salud pública:

"... significa, por un lado calidad de vida e inclusive menos inversión también porque darte cuenta... a nivel económico para un país... que hay una dificultad a los nueve, diez meses... tu inversión será menos que cuando ya está tan consolidada la dificultad" (E2).

Por otro lado, hay una mirada puesta en la desviación del desarrollo de las personas, específicamente de los niños y niñas, sin embargo un logro del programa constituye la posibilidad de que madres y padres, familias en general se puedan plantear otro tipo de relacionamiento con los niños y niñas, el hecho que ellos también puedan ser quienes observan y acompañan el desarrollo de sus hijas e hijos, así como el trabajar con las familias en torno a los mitos que existan respecto a la crianza.

"Cuando vos les preguntás: ¿cómo jugás con tu hijo? o ¿hablás con tu hijo?, te dicen: no, él no entiende todavía, es demasiado chico, o cómo voy a hablar con él si no habla. Sin embargo, justamente está en el momento donde el cerebro es más plástico y es una esponja. Donde realmente es el momento de dar oportunidades al aprendizaje por todos lados" (E2).

El trabajo en el primer nivel aportó a la estructuración de la APS:

> "... por suerte el BID se metió mucho, fijó mucho la mirada hacia el primer nivel de atención. Entonces nosotros trabajamos mucho para el primer nivel de atención, y sin querer, ayudamos mucho para ordenar más el primer nivel y estructurar mejor. Por lo menos hoy en día ya hay una respuesta de qué son las USF, cómo tienen que ser y eso. Falta mucho todavía, pero eso ayudó mucho. O sea, el proyecto ayudó mucho a estructurar mejor el primer nivel" (E7).

El aporte del PDIT en la infraestructura de las USF es considerado un importante logro:

> "Te cuento un ejemplo... cuando nos íbamos a mirar las USF para ver el estado, veías que le atendían a un bebé, en invierno era, le tenían que pesar para hacer la pre consulta, desnudito y la USF no tenía puerta... entraba el frío, yo era capaz de sacarme el saco que tenía y ponerle al bebé, porque al bebé tenían que ponerle en la balanza desnudo, y el viento frío, ese bebé se iba a enfermar sí o sí. Si no estaba enfermo, ahí se iba a enfermar... Entonces para empezar por ahí, brindar una infraestructura segura, funcional, que tenga los espacios requeridos para un buen servicio, una buena atención, es más que fundamental" (E10).

También se valora unos productos intermedios del PDIT, tales como los datos de los relevamientos, los proyectos y diseños de la infraestructura y los prototipos:

> "Bueno, los logros son muchos. En primer lugar tener una base de datos con relevamientos de más de 150 establecimientos de salud de todo el país, eso ya es un producto importante para que el Ministerio pueda contar con esos datos. Con relevamiento estamos hablando siempre de infraestructura, verdad. Después tenemos un segundo producto importante de más de 100 proyectos y diseños ejecutivos que pueden ser ejecutados. Que se están ejecutando ahora y que podrán seguir siendo ejecutados por el Ministerio de Salud, verdad, con cualquier fuente de financiamiento." (E10).

Recomendaciones

El modelo de gobernanza debe cambiar:

> "El modelo de gobernanza del PDIT, que por un lado eleva de rango y que tanto el área administrativa como técnica dependan de una sola persona, verdad. Otra sería tratar de tener lo más fino posible la planificación del programa. Cuando no tenés bien afinada la planificación y vas cambiando inclusive el último trimestre del año, eso te afecta considerablemente la ejecución presupuestaria. Entonces para mí pasa más bien por eso. El tema de la organización y de la planificación. Ajustar la planificación. Hay que saber bien qué es lo que se quiere con el programa. Que es lo que se quiere intervenir. Si tenés bien claro eso, después ya es más fácil la ejecución" (E4).

Simplificar los procesos administrativos para llegar a las metas previstas en el PDIT:

> "Y bueno, mi sugerencia sería que, sabemos que en toda institución hay procesos, verdad. Y bueno, que se agilicen los procesos para que podamos avanzar y llegar a nuestras metas. Yo

> te digo hablando de construcción, verdad. Tenemos procesos administrativos, tenemos procesos de llamados, etc. entonces que los procesos, dentro de las posibilidades, se agilicen para que podamos llegar a más productos logrados. Esa sería un poquito mi sugerencia" (E10).

El PDIT debe ser un programa dentro del Ministerio de Salud, que cuente con recursos, esté dentro de un organigrama y las directrices sean dadas desde una autoridad máxima, así como debe integrar a otros ministerios:

> "La única recomendación mía es que esto sea un programa... si nosotros queremos dar la importancia que se merece el proyecto DIT, tiene que ser un programa, y uno trasversal. Hoy está dentro de la dirección de programas de salud, dentro de un programa pequeño que es niñez y adolescencia, entonces se pierde esa importancia" (E11).

> "... tiene que haber alguien supra que aglomere las directrices, porque tienen que involucrarse todos los ministerios, por ejemplo, salud, educación, mujer, niñez y adolescencia, acción social" (E11).

El PDIT va mucho más allá de un problema de salud pública, tiene que ver con la situación de extrema pobreza en que viven las poblaciones, en este sentido debe ser abordado como una cuestión social:

> "Por ejemplo en otros países, en el caso de Brasil y Colombia las madrinas de los Programas De Desarrollo Infantil Temprano, son las primeras damas... en donde hay indicadores que hay que mejorar, por ejemplo, el acceso al agua potable, el acceso a la vivienda, a una buena alimentación..." (E11).

Fortalecer el trabajo intersectorial, pero a la vez la presencia del Programa en cada Ministerio:

> "El trabajo intersectorial debería también ser algo que se tendría que fortalecer... y el COMPI es uno de los espacios naturales para esto" (E6).

> "... tiene que ser un programa independiente dentro de cada ministerio, salud se encarga de salud, educación de educación..." (E11).

Fortalecimiento del INS como instancia de formación, con un departamento DIT:

> "Yo creo que hay que fortalecer el rol del INS pero habría que crear un departamento de desarrollo infantil porque está muy instalado el enfoque médico, que es lo que ellos hacen" (E2).

La formación de los profesionales debe ser continua y se debe hacer un énfasis en la práctica, sobre todo desde la atención de pacientes:

> "La formación iba a ser un fracaso porque la formación en desarrollo tiene que ser continua... ninguna formación luego puede ser en teoría y mandarle al campo de batalla a la gente... tiene que ser continua... tienen que ser profesionales formados en el área y trabajar... la impronta se va a tener a partir de la terapia regular del paciente..." (E9)

"... entre doce y dieciocho meses, los conceptos y todo lo que es relacionado a desarrollo infantil... tiene un tiempo de cadencia, como cualquier aprendizaje. Entonces lo que hacés en un mes, dos meses, lo que hacés rápido y apurado, no va a servir..." (E9)

Importancia del trabajo con el segundo nivel en el PDIT. La instalación del mismo y la capacitación de los recursos humanos del segundo nivel:

"No va a haber impacto si no hay segundo nivel..." (E9).

"... instalar los servicios de segundo nivel y la práctica. Que nadie pague nada, que haya una directiva del Ministerio que se va a priorizar la enseñanza de las personas aquí, entonces tengo el peso como para decirle a los profesionales que trabajen, que se van a dedicar a enseñarles. El Ministerio lo quiere y ese es su trabajo, entonces los profesionales se dedican a trabajar con esta gente y enseñarles. Seis meses, tres meses. Gratis va a salir la formación... eso nomás hace falta, voluntad hace falta, voluntad política, nadie te puede decir que no va a enseñar ni nada porque el Ministerio puede disponer lo que vas a hacer" (E9).

En cuanto a la importancia de la infraestructura de los SIT, se plantea que no es necesaria la inversión en construir o refaccionar espacios físicos, lo que se requiere es un equipo de profesionales entrenados para la tarea que deben realizar:

"... no hace falta nada más que profesionales bien formados... pueden trabajar bajo un galpón... podrían haber trabajado en las casas, podrían haber trabajado en cualquier sitio. Porque no necesitan estructura física para trabajar porque es estimulación temprana. Hay un montón de actividades y cosas que se pueden hacer sin necesidad de un espacio físico" (E9).

En el segundo nivel se debe contar con un equipo multidisciplinario:

"Tiene que ser un equipo multidisciplinar... mínimo tendría que ser una fisio[terapeuta], una fono[audióloga], una psicó[loga]..., el cuarto profesional, si incluiría otro, sería un pediatra... podés deslindar el médico si es que hay un profesional en el hospital regional, un pediatra que esté comprometido trabajaría con ellos, pero si tiene el equipo, un pediatra. El quinto en importancia vendría a ser un terapista ocupacional, el sexto en importancia por las terapias, pero si vamos al punto de vista organizativo... la trabajadora social..., séptimo la enfermera. Y después se pueden ver otro tipo de profesionales para que resalte más proyectando la inclusión escolar, como una psicopedagoga. Eso sería el equipo multidisciplinar... El perfil tendría que ser gente formada, que sepa de desarrollo infantil..." (E9).

No se puede pensar en el PDIT sin pensar en la puesta en marcha de los tres niveles de atención.

"Mi visión personal y particular es que tendría [que] ser todo junto. Si bien es importante la primera fase... si no tengo respuesta ante una situación el abordaje es vacío. Sí o sí se tendría que ver para que se fortalezcan todos niveles de atención, porque también el tercer nivel, que [es] el Hospital de Niños de Acosta Ñu, le voy a diagnosticar en mi unidad, le derivo al tercer nivel, se le atenderá, y volverá a la comunidad. Si no tengo esa capacidad de contención a la vuelta del niño a la comunidad, la atención no me sirve, ya que la familia al no tener respuesta entrará en una situación estresante, entonces el estado le tiene que proveer la solución a la familia en todos los niveles" (E11).

CAPÍTULO 3: ESTUDIOS DE CASO. LAS USF PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA

3.1 Técnicas e instrumentos

En este apartado se exponen seis estudios de caso diferentes de modo a caracterizar a las USF. Cada uno de los estudios de caso fue seleccionado considerando el territorio y la población que asiste al servicio.

El estudio de caso es uno de los principales métodos de las ciencias sociales, no una simple técnica o estrategia complementaria con valor secundario. El estudio de caso considera que un caso es una entidad dotada de límites espacio – temporales, de una estructura y de una lógica de funcionamiento que puede ser estudiada con diversas técnicas, tanto cualitativas como cuantitativas (Gunderman, 2013)[5]. Puede ser considerado como un caso una comunidad, una institución, un grupo social con identidad específica, una familia. Para esta evaluación se considera un caso una USF y la comunidad en la que se encuentra inserta.

Para el estudio de caso se han seleccionado cuatro regiones sanitarias que han tenido mayor participación en el Programa hasta este momento (Central, Guairá, Caazapá y Presidente Hayes) y en cada una de ellas se visitó al menos una USF (en total, se trabajó en seis USF). El criterio de selección fue las USF que tuvieron mayor participación en el Programa y en las que se esperaba encontrar mayores resultados.

Se entrevistó a integrantes del equipo de cada USF seleccionada. Se tuvo especial atención en incorporar como referentes a profesionales que hayan cumplido sus funciones durante la implementación del Programa. También se entrevistaron a usuarias y usuarios del servicio, que se encontraban en la USF al momento de realizar la visita.

Comunidad indígena de Presidente Hayes

Uno de los estudios de caso incluyó a una USF del departamento de Presidente Hayes. El criterio se dio en base a la presencia de comunidades indígenas en la región y a la posibilidad de obtener información sobre los alcances del Programa y su relación con elementos de la cultura, las pautas y prácticas de crianza en el desarrollo de las actividades.

Es importante señalar, que se han realizado mínimos cambios en la selección de las regiones respecto a lo estipulado en el Plan de Trabajo. Los mismos, incorporan al departamento Central y plantean una distribución más representativa de las USF pertenecientes a las regiones seleccionadas. Las delimitaciones fueron llevadas a cabo por la consultoría técnica, de acuerdo a informaciones brindadas por integrantes del equipo técnico del PDIT y las personas entrevistadas en calidad de informantes clave.

[5] Gunderman Kroll, H. (2013). El método de los estudios de caso. En M. L. Tarrés: Observar, escuchar y comprender: Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México, FLACSO.

Se llevaron a cabo un total de 34 entrevistas que incorporaron a 6 profesionales médicos, 8 de enfermería y/u obstetricia, 14 agentes comunitarias/os y 6 usuarias pertenecientes a las USF seleccionadas.

A continuación, el listado de Unidades de Salud Familiar (USF) seleccionadas:

N°	DEPARTAMENTO	DISTRITO	UNIDAD DE SALUD FAMILIAR (USF)
1	Guairá	Félix Pérez Cardozo	USF Félix Pérez Cardozo
2	Caazapá	San Juan Nepomuceno	USF San Carlos
3	Caazapá	San Juan Nepomuceno	USF Pindo'í
4	Central	San Lorenzo	USF Tesaìrekavo
5	Central	San Lorenzo	USF Miraflores
6	Presidente Hayes	Teniente Irala Fernández	USF Río Verde

3.2 Estudios de casos

3.2.1 Unidad de Salud de la Familia Miraflores - San Lorenzo

Contexto donde se encuentra la USF

La USF está ubicada en el barrio Miraflores de la ciudad de San Lorenzo. La misma atiende a una población de aproximadamente 5.000 personas, según el último censo realizado. En dicho censo se levantaron datos de todas las personas que viven en la vivienda visitada. Con estos datos se priorizan las prioridades en la definición del calendario de visitas domiciliarias.

El equipo de la USF señala que atienden a toda la población, pero que mayormente acuden niños y niñas, mujeres embarazadas y personas con enfermedades críticas. Una gran parte de la población que atiende la USF está ubicada en tres asentamientos cercanos a la misma, pero la población más cercana son viviendas residenciales, que no asisten a la USF ni reciben al equipo en las visitas domiciliarias. Según lo reportado por el equipo, esto se debe a que cuentan con seguro médico privado.

La USF trabaja con las instituciones educativas de la zona, en dónde realizan talleres de capacitación, vacunación, etc. También se menciona que existe una red de servicios de salud, que están en constante contacto con el Hospital de Calleí y con el Hogar del Adolescente, donde se albergan adolescentes embarazadas.

No mencionan otros servicios presentes en la comunidad. No obstante, el encargado de la USF manifestó que existe la idea de transformar la antigua USF en un Centro Comunitario, que sea parte de las actividades extramuros que realiza la USF, aunque también hay personas que proponen la creación de una sub comisaría a fin de hacer frente a la delincuencia existente en la zona.

Características generales de la USF

En cuanto al relacionamiento con pacientes no se pudo observar mucha interacción al momento de la visita, no obstante, en las entrevistas se refirieron a usuarias y usuarios de manera respetuosa. Las usuarias consultadas señalaron que reciben un trato amable por parte de los profesionales.

Por otra parte, las personas entrevistadas que asisten al servicio plantean que acuden a la USF cuando tienen enfermedades, lo cual da cuenta de que persiste un concepto de salud asociado a la ausencia de enfermedad más de bienestar integral. También señalaron que la expectativa en cuanto a los profesionales de la USF es que sean amables, puntuales y proporcionen los medicamentos y análisis que requieren, lo cual se corresponde con el perfil del personal a cargo de la USF. Así mismo señalan que no hay suficientes médicos para la cantidad de usuario e indican que en muchas ocasiones se debe esperar bastante para ser atendidos sobre todo en el tiempo de frío en donde la demanda aumenta considerablemente.

El equipo de la USF está compuesto por un médico encargado de la USF, una enfermera/obstetra, dos agentes comunitarias y un auxiliar en enfermería. Así mismo hay una persona encargada de la limpieza, contratada por el Consejo de Salud Local[6], un sereno comisionado del MSPBS, una responsable de la farmacia contratada por la Municipalidad. Gran parte del equipo de profesionales vive en la comunidad lo cual señalaron favorece al relacionamiento con los usuarias y usuarios. Una de las agentes tiene vínculo con la USF

6 El Consejo de Salud está compuesto por el Intendente, o un representante que suele ser un Concejal/a, el Director del Hospital Distrital y un representante de la comunidad.

desde que hizo su pasantía en su formación como técnica en salud (bachillerato del nivel medio).

Los servicios que ofrece la USF son: medicina familiar, salud de la mujer (planificación familiar, control prenatal, control de infecciones de transmisión sexual, PAP), todos los Programas del MSPBS.

Una de las necesidades más importantes, es la infraestructura, la cual fue subsanada actualmente con la construcción de la nueva sede de la USF. Por otro lado, específicamente en relación al DIT requieren de indicaciones sobre cómo utilizar todos los kits, materiales y equipamientos recibidos. Al parecer aún no tienen suficiente claridad al respecto lo cual es posible notar tanto por los comentarios brindados como por el uso que dan a los materiales entregados. También se menciona la necesidad de un recurso humano que se dedique al DIT. La cantidad de programas que llevan impide que se gestione un programa con las características del DIT, es por ello que asocian el buen desarrollo de un programa con el contar con un profesional que tenga como principal responsabilidad la gestión del mismo.

En cuanto al registro de datos de la USF en general utilizan un sistema informático denominado Servicio de Atención Ambulatoria (SAA). Además, registran en planillas la atención brindada según cada programa, como PANI, PAI, etc. Plantean algunas dificultades en torno a este punto, ya que para hacerlo requieren de equipos informáticos que no tienen por lo cual resuelven esta tarea de de forma personal, así como la conectividad a internet necesaria para la socialización de los mismo.

Como debilidades de la USF se identifican en términos generales la falta de un espacio físico específico para el trabajo de las agentes comunitarias. Los comentarios recibidos por parte de la agente comunitaria entrevistada, así como de los demás profesionales de la sede dan cuenta de la no consideración hacia este profesional en particular considerando lo ya señalado respecto al espacio, así como la razón por la cual una de ellas se encuentra ausente, según se refieren esta con problemas asociados a su salud mental.

Al mismo tiempo, si bien no se evidencian dificultades, es una necesidad la mínima articulación como equipo, ya que el médico presta servicios en la misma hace cinco meses, tiempo insuficiente para lograr una cohesión del equipo. Al analizar el discurso de los consultados se deja entrever que cada uno trabaja en función a tareas que le fueron asignadas. No fue posible reconocer si esto está asociado al modelo de gestión en el que se trabaja o al aseguramiento del cumplimiento de las metas a partir de control particular de los diferentes programas.

Lógicamente la infraestructura totalmente nueva y equipada se constituye en una fortaleza para la USF en general y para la implementación del DIT en particular. Así mismo el interés manifestado en el DIT, dimensionan la importancia que tiene el poder incidir en el desarrollo integral de niños y niñas.

Perfil del equipo que trabaja en la USF

Respecto al perfil de los integrantes del equipo es posible señalar que la especialidad del médico es medicina general. La enfermera y obstetra es licenciada en ambas disciplinas. Una agente comunitaria es licenciada en enfermería y la otra es técnica en enfermería. El auxiliar de enfermería es técnico superior en enfermería.

El equipo de la USF está compuesto por profesionales cuya antigüedad en la misma es diferente en cada caso. El médico de la USF cumple funciones como encargado de Miraflores desde hace cinco meses, pero desde hace tres años trabaja como médico en otras USF. La enfermera y obstetra tiene una antigüedad de tres años, una de las agentes comunitarias tiene seis años cumpliendo funciones en la USF. El auxiliar de enfermería está hace seis años en la USF. Esta USF ha tenido varios doctores a cargo desde su apertura, el actual sería el cuarto doctor de la unidad.

Las motivaciones del personal de la USF son variadas, aunque como cualquier trabajo, el deseo de tener uno es siempre una de las motivaciones. Entre algunas de las motivaciones comentan el conocimiento a través de un programa de radio, de lo que es la medicina familiar. El conocimiento de la USF por ser parte de la comunidad y realizar sus prácticas en la misma.

En cuanto a las Agentes Comunitarias hay una expectativa de mejora salarial, ingresan con un nivel de formación básica, en algunos casos, y con el salario recibido en la USF logran terminar su carrera. En otros casos ya vienen con la licenciatura con la expectativa de mejorar con el tiempo su posición en la USF y sobre todo su salario.

Respecto al perfil esperado y real de los agentes comunitarios contratados por PDIT plantean que se requiere de una voluntad e interés para realizar el trabajo, abierto a trabajar con la comunidad, más allá de una formación académica requerida, aunque mencionan la necesidad de tener "salud mental". En la USF Miraflores no hubo contratación de agentes comunitarios en el marco del PDIT y actualmente una de las agentes está con reposo por problemas de salud.

El equipo de la USF tiene un conocimiento fragmentado y débil del PDIT, si bien han participado de las capacitaciones y recibieron materiales, aun no conocen el programa en profundidad y tienen muchas dudas sobre su implementación. En cuanto a la opinión que tienen, expresan su interés en el tema y la motivación de implementarlo. Cabe destacar que la infraestructura y materiales inciden en este ánimo.

Hay indicios de que se ha empezado a hablar de DIT con las madres y padres, porque las apreciaciones planteadas por las usuarias.

"... los niños se desarrollan, pero pueden tener dificultades y nosotros tenemos que saber eso, para hacer algo"[7].

También en una pizarra al ingresar a la USF está descrito el Battelle y su importancia para el diagnóstico oportuno. Si bien esto no refleja la implementación a cabalidad del PDIT es un indicio de la incipiente implementación del programa.

En cuanto a otras necesidades que no están contempladas señalan que puede fortalecerse la implementación del MAIDIT, señalan que la incorporación de otros recursos humanos que puedan llevar adelante todo lo relacionado con el PDIT.

"...una persona que sea encargada del programa DIT, que no tenga una excusa de decir, no fui contratado para esto...".

En algunos casos consideran que el equipo de profesionales trabaja muy individualmente, las tareas se dividen por Programas y cada uno es responsable de cumplir con sus tareas. Este modo de trabajo responde a la organización tradicional de una unidad de salud, la cual privilegia la gestión del programa sobre la atención integral de los usuarios

Equipamiento, infraestructura y materiales

En esta USF el programa está en su proceso inicial de implementación. La USF ha recibido el mobiliario básico, los materiales y las mejoras en infraestructura previstas.

Particularmente la USF Miraflores ha sido beneficiada con la construcción de la USF totalmente nueva. En comparación a la USF anterior, el cambio es abismal. El modelo de construcción responde al prototipo estándar. Se pudo observar que las y los usuarios están sorprendidos del cambio en la USF, según lo expresaron en las entrevistas.

"... esto es ahora un Hospital, ya atienden a todos, el otro era un consultorio".

Este cambio afecta positivamente en el ánimo y la asistencia de los usuarios. No obstante, se señala que hay aspecto que debería mejorar, uno de ellos la limpieza del local.
La participación de los usuarios en la definición del equipamiento, infraestructura y materiales ha sido mínima.

"Por muchos años anunciaron la construcción y repentinamente y sin previo aviso llegaron los materiales al predio donde actualmente funciona la unidad".

No existió ninguna participación en la definición de estos insumos para el fortalecimiento de la unidad de salud. El personal de la constructora encargada, es quien informó al médico de la USF de las obras que se realizarían. El equipo percibió que fueron seleccionados como beneficios en base a un diagnóstico previo y por sobre todo a la precariedad del local

[7] Lo que aparece en el texto entre comillas corresponde a expresiones del equipo de profesionales de la USF y/o de los usuarios, todos entrevistados en el marco del estudio de casos.

anterior, así como las denuncias realizadas a nivel de medios de prensa. Señalaron que la atención se resistió en el tiempo de la construcción y que no han tenido participación en la definición de la infraestructura.

En relación a la pertinencia del fortalecimiento en equipamiento, infraestructura y materiales expresan que todos los insumos son valiosos, por la enorme carencia de la USF.

> "... trabajamos tan precariamente que para nosotros esto es un edén".

En cuanto a DIT, no tienen claridad para qué usar cada cosa. En este momento los profesionales están en proceso de organización y definición de los espacios. Además, algunos de ellos han participado de las capacitaciones, pero no han logrado una apropiación total de la propuesta.

Así mismo se señaló que para los agentes comunitarios a pesar de ser una de los actores centrales de la implementación de la política de salud no cuentan un espacio propio dentro de la USF en dónde puede realizar sus trabajos de reportes de lo relevado en las visitas domiciliarias. Este aspecto es llamativo considerando la importancia que tiene el trabajo comunitario que se promueve desde una USF.

En cuanto al mantenimiento de la infraestructura y los equipamientos recibidos, se plantea que la USF no está en condiciones de sostener el mismo, pero pueden solicitar a una Dirección del MSPBS que se encarga de esto. Recomiendan que se destine un monto anual para el mantenimiento general, para repararlo una vez al año. No obstante, el médico plantea que la sostenibilidad deberá autogestionarse.

> "Lo que yo veo es autogestión... pero lo más probable es que acuda a la comisión vecinal".

Hasta el momento refieren no utilizar ningún sistema de información específico del PDIT, además refieren no conocer el MICS o el SIG. El sistema utilizado para la carga de información es el Sistema para área ambulatoria (SAA), sistema en el que fueron capacitados. Las dificultades que se presentan con el SAA son mínimas, pero la carga de los datos requiere de un proceso de gestión de la USF, debido a que no cuentan ni con equipos informáticos, ni con conectividad. La solución en este caso es la autogestión del equipo de profesionales o los recursos personales.

En cuanto a datos del DIT, mencionan no tener indicaciones específicas acerca de reportes que deban hacer y cómo implementarlo.

Conocimientos y percepciones generales del PDIT

Conocen algunos de los materiales porque fueron entregados en las capacitaciones, pero aún no lo utilizan. Son materiales de apoyo de las capacitaciones, no fueron capacitados en los mismos propiamente. Mencionan que los materiales son pertinentes, aunque no lo utilizan.

Conocen el MAIDIT, los Manuales de Vigilancia del desarrollo integral del niño y niña de 5 años para profesionales de salud y agentes comunitarios, así como la Guía técnica de PIMDIT. Cada profesional recibe un ejemplar de los materiales, conforme al rol que cumplen. Como materiales de referencia utilizan la libreta de salud del niño o niña. No cuentan con materiales de difusión o información para usuarias en DIT, pero sí de otros Programas del MSPBS.

Proceso de capacitación

La enfermera y obstetra han sido capacitadas en dos procesos, por un lado, en DIT con el INS y en PIMDIT con el INEPEO. En cuanto a la capacitación, la califica con un cinco. Las agentes comunitarias y el técnico en enfermería fueron capacitados en DIT con el Instituto Nacional de Salud (INS) y lo califican con un cinco, consideran que las capacitadoras tienen dominio del tema.

El médico recibió capacitación en Battelle, expresa que la capacitación le pareció buena y que la calificaría con un 5.

> "a mí me encantó, porque es algo sencillo, fácil, aplicable, que en poco tiempo podemos hacer mucho... las herramientas están ahí".

En cuanto a la selección de los participantes, ellos reciben la lista de las regiones sanitarias. La comunicación se hizo a tiempo y no hubo problemas de organización. La metodología utilizada por los docentes le pareció buena.

El aprendizaje más significativo en la capacitación en Battelle, tiene que ver con la posibilidad de llegar a un diagnóstico. De repente se ven grandes potencialidades en los niños, que no se están desarrollando. Otro aprendizaje significativo fue la utilización del juego simbólico, los materiales reciclados.

Consideran que el proceso de capacitación debe continuar en actualizaciones en DIT. Mencionan que para continuar requieren de un acompañamiento in situ, a fin de ganar experiencia en el tema.

En función a los resultados de la aplicación del Battelle, se comprende que deben derivar al Hospital Acosta Ñu, siempre que no sea alguna situación que ellos puedan manejar.

En cuanto a la información que dan de los resultados de la escala a las madres y padres, se menciona que explican lo que sucede a sus niños y según el caso, en ocasiones es una estrategia utilizada para alertar un poco a las madres y padres respecto al cuidado de sus hijos, debido a que cuando le derivan para otras consultas, no siempre lo realizan.

Conclusiones

Percepción general sobre el MAIDIT y el PDIT y su proceso de implementación

A partir de la información recogida es posible valorar que el programa es pertinente pues la USF atiende a un importante número de niños y niñas que requieren una atención oportuna. El contar con un servicio accesible y de calidad favorece a que las madres y padres asistan al servicio de salud para controlar el desarrollo integral de sus hijos.

En general en todo lo referido por las personas entrevistadas, no han tenido participación en la definición de lo trabajado desde el PDIT. Tampoco conocen la participación de otros actores locales. Lo recabado da cuenta de que los profesionales se involucran una vez que esta culminada la obra.

Aún no se puede reportar este punto, por el nivel incipiente de implementación. Los profesionales de esta USF solo han tenido una capacitación relacionada al PDIT y han recibido los materiales del programa.

El Programa se encuentra en una fase inicial, las informaciones que tienen son las difundidas en las capacitaciones y algunas conversaciones en visitas previas a la inauguración.

No se visualiza directamente en el servicio ya que no se recibieron comentarios que permitan valorar este indicador ni fue posible observar la interacción del personal de salud con los usuarios.

No reconocen el PDIT como un programa más del MSPBS, en general desconocen la forma de funcionamiento que requiere él mismo. Se percibe falta claridad en cuanto al uso de los materiales recibidos, así como la organización de espacio requerida para la implementación del programa.

Lo recibido en infraestructura, materiales y equipamientos fortalece al equipo en cuanto a la motivación para la realización del trabajo. El cambio de local de funcionamiento genera una nueva actitud hacia la tarea que les corresponde realizar.

Recomendaciones para el mejoramiento de PDIT

Establecer un canal de comunicación con el Equipo del PDIT, a quienes puedan realizar consultas sobre la implementación de las modalidades del DIT a fin de realizar algunos ajustes relacionados con la organización de los profesionales de la USF

También es necesario habilitar un espacio para la identificación de las problemáticas emergentes en el proceso de instalación a fin de tomar medidas correctivas y asegurar el buen funcionamiento de la USF.

Es clave desarrollar un concepto de programa que no debería estar centralizado en las personas sino en que cada uno de los miembros del equipo desde su rol aporta a la

comprensión de la situación de cada niño, así como también tiene una tarea que realizar para favorecer al desarrollo integral del mismo.

3.2.2 Unidad de Salud de la Familia Río Verde – Villa Hayes

Contexto donde se encuentra la USF

A la USF Río Verde acuden principalmente personas pertenecientes a comunidades indígenas de las etnias exlet, sanapana y angaite. Aproximadamente 2700 personas son las usuarias del mismo preferentemente niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.

La lengua de uso predominante para la comunicación es el guaraní, aunque con algunos también utilizan el castellano. Durante las observaciones se constató el uso del guaraní para brindar explicaciones, así como para comprender la razón por la cual asiste al servicio.

Las y los usuarios son personas que se encuentran en asentamientos lo cual da cuenta de la situación de alta vulnerabilidad en la que viven es por este motivo que además de las visitas domiciliarias la USF realiza atención médica en los más de 10 asentamientos. Las unidades se instalan en locales escolares y en ellos se brinda atención médica y se desarrollan los diferentes programas de salud, de esta forma se asegura la llegada a las metas establecidas.

No se constató que la USF realice acciones articuladas con otras organizaciones comunitarias, en cambio sí se pudo observar la optimización de los recursos de salud, teniendo en cuenta que la USF no cuenta con ambulancia, aprovechan cuando la ambulancia de otra USF realiza traslados al Hospital distrital y derivan los casos de las embarazadas que requieren atención médica. La licenciada en obstetricia refiere que para los casos de embarazo adolescente acude a la Fiscalía de la zona, instancia ante la cual presentan las denuncias de abuso sexual a niñas y adolescentes menores de 18 años que acudieron al servicio.

Características generales de la USF

Las funcionarias de las USF refieren que atienden tanto población indígena como "latina"[8]. Se pudo observar que atienden con amabilidad, aunque no invierten tiempo en establecer un vínculo o iniciar una conversación en profundidad.

Las consultas con las madres y padres son breves, las agentes comunitarias refieren que a las personas no les gusta esperar por lo que atienden rápido y esperan que se les de la medicación correspondiente.

En la entrevista las agentes comunitarias afirmaron que el trabajo con comunidades indígenas requiere un mayor cuidado pues no hablan la lengua de cada etnia y la indicación escrita no asegura su cumplimiento, requiere una inversión de tiempo en la explicación de la forma de aplicación de los tratamientos. Además, es necesario cuidar la expresión del rostro pues en algunos casos puede ser mal interpretada.

> "al sonreír piensa que nos burlamos de ellos o no reímos de ellos".

Durante la visita no se observó que las agentes ni la licenciada hiciesen preguntas a los padres o madres relacionadas a otros aspectos del desarrollo de los niños y niñas. También se pudo observar que las funcionarias brindan la atención requerida a los niños y niñas principalmente de los programas de vacunación (PAI) y el de nutrición (PANI). La atención se centra en la medición de la talla, el peso y la circunferencia del cráneo, así como la vacunación según la edad.

La USF está integrada por una doctora, una licenciada en obstetricia, una auxiliar de enfermería que es licenciada en enfermería y dos agentes comunitarias, una de ellas es radióloga y la otra técnica en salud.

Respecto al registro la licenciada y las agentes refieren que les lleva muchísimo tiempo en el registro de datos de todos los programas. Respecto al registro en el SAA refieren que una de las tareas más difíciles pues al no tener conexión a internet les resulta muy difícil. La mayoría de las veces una de las funcionarias va a Presidente Hayes, en lugares sin problemas de conectividad, para completar en línea la información del SAA.

Las visitas a los hogares están organizadas mensualmente. Las visitas son realizadas por las agentes, la licenciada y la doctora. La doctora puede realizar la visita siempre y cuando cuenten con móvil. Una de las dificultades para realizar las visitas es la ausencia de recursos económicos suficientes pues en general esta movilidad es financiada con recursos propios.
La capacidad para cubrir todos los programas es una de las debilidades de la USF pues no cuentan con todos los recursos humanos necesarios.

[8] Expresión utilizada por las profesionales del equipo al referirse a la población no indígena.

Entre las fortalezas se encuentra la disposición para la tarea de las funcionarias, así como la actitud en la atención.

Perfil del equipo que trabaja en la USF

El personal de salud de la USF es un equipo que se ha mantenido estable a lo largo de los años. La doctora y la licenciada están en la USF desde hace más de 8 años y las agentes comunitarias desde hace 4 años.

La principal característica que debe reunir un agente comunitario es la prudencia, es decir comprender el carácter confidencial de la consulta. Esta cualidad es difícil de cumplir puesto que no siempre se tiene el cuidado de la información requerido lo cual en parte se debe a las debilidades de la infraestructura y en parte por la ausencia de una rigurosidad en la obtención y registro de la información.

Las agentes entrevistadas aun no asumen un rol de agentes del PDIT. Hasta el momento su rol se centra en dos programas PANI y PAI. Las agentes aún no han incorporado a su práctica profesional los procedimientos propuestos por PDIT.

Los funcionarios de la USF conocen el PDIT y tienen hacia el mismo una alta valoración. La dificultad se centra en la posibilidad de su implementación ya que requiere una inversión de tiempo significativo en la detección de niños y niñas con dificultades en su desarrollo. Por otra parte, el sistema de salud aún no está lo suficientemente fortalecido para asumir las derivaciones.

Tal como señala la licenciada:

> "el Hospital Acosta Ñu queda muy lejos y para las familias es difícil sostener la asistencia periódica al mismo".

Equipamiento, infraestructura y materiales

La USF de Río Verde está iniciando el proceso de construcción por lo tanto aún no se encuentra en condiciones de llevar a cabo lo propuesto por PDIT. En estas condiciones es aun difícil valorar el grado de implementación.

De acuerdo a lo expresado por los miembros de la USF ellas no han sido consultadas respecto a la infraestructura a construir. Respecto al equipamiento se considera que el mismo es oportuno y pertinente. Lo recibido renueva el compromiso con la tarea década uno de los miembros de la USF.

La USF funciona de manera ambulatoria de modo a estar más próxima a las comunidades. El equipamiento, la infraestructura y los materiales disponibles para este trabajo son muy precarios, en un aula brinda la atención médica la doctora, en otra, vacunan y toman medidas las agentes, en otra más alejada se realiza control ginecológico. El servicio ambulatorio no considera medidas de limpieza ni de privacidad para las y los usuarios

Conocimientos y percepciones generales del PDIT

No conocen el MICS ni el SIG, como otras USF visitadas, utilizan el SAA para digitalizar los reportes de los datos recabados, pero en este caso, como ya se mencionó, el problema de conexión a internet es una realidad que tiene que administrar con recursos propios pues no cuentan con conectividad en la USF ya que el MSPBS no financia este gasto.

Las funcionarias han participado en los cursos de capacitación, pero aún no han podido iniciar su implementación. En algunos casos han realizado algunas intervenciones puntuales, pero consideran que darle seguimiento es difícil por la precariedad en la que funcionan.
Respecto a materiales de apoyo que utilizan, la médica menciona que utiliza la libreta de salud para explicar los hitos del desarrollo esperado en cada etapa de las y los niños.

Proceso de Capacitación

Todos los miembros de la USF han sido capacitados. Han participado en al menos un curso de capacitación. La capacitación recibida si bien la consideran importante, expresan que a su criterio requiere de algunos ajustes considerando el contexto chaqueño el cual tiene características singulares.

En cuanto a la calidad de la capacitación, la médica refiere en relación al Battelle que fue buena, le pondría un cuatro, pero requiere de ajustes para tener más claridad en la implementación. Expresa que con el Battelle sería posible detectar retrasos en el desarrollo de los niños, pero que la aplicación requiere de aplicación de maniobras y que éstas deben ser practicadas antes de la aplicación del instrumento, por lo tanto, aún no ha realizado aplicaciones del mismo.

Conclusiones

Percepción general sobre el MAIDIT y el PDIT y su proceso de implementación

Se percibe que hay interés en la propuesta, no obstante, se señala insistentemente que se debe adecuar a las características del lugar, sobre todo teniendo en cuenta el Chaco.

Se considera que está pendiente la adecuación del proyecto a las necesidades y características locales ya que al ser una unidad que atiende principalmente a la población indígena asentada en la zona es clave considerar aspectos socioculturales tanto en la concreción de la infraestructura como la atención que se brinda en ella.

A partir de las entrevistas realizadas no es posible identificar un trabajo articulado entre los profesionales de la USF y otros actores locales. Tampoco es posible valorar resultados pues el mismo aún no se está ejecutando. Son incipientes las acciones realizadas.

No es posible valorar la apropiación y fortalecimiento pues es reciente el contacto que los funcionarios han tenido con el PDIT.

El contexto multilingüe y pluricultural que caracteriza al Chaco impone un abordaje desde una perspectiva intercultural. En varios fragmentos de las entrevistas realizadas dan cuenta

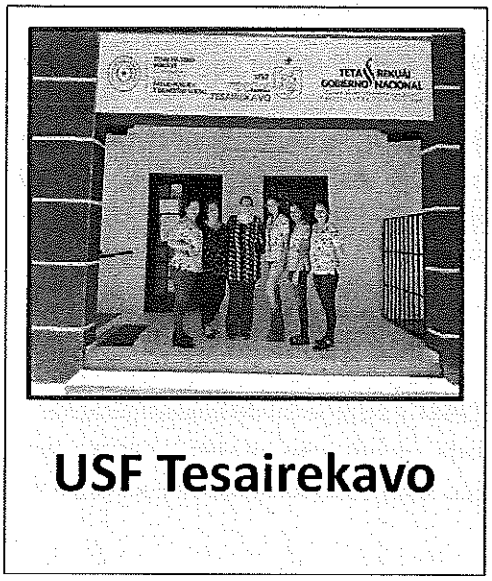
de la necesidad de adecuar la atención a las características particulares de cada uno de los grupos étnicos.

Las condiciones precarias en las que desarrolla la atención ponen en dudas la calidad del servicio e lo que se refiere a privacidad y salubridad.

Recomendaciones para el mejoramiento de PDIT

Es fundamental realizar adecuaciones a la infraestructura y al programa considerando las características de las y los usuarios para que realmente el servicio responda a las necesidades de los mismos. Estas adecuaciones se deben dar tanto en el plano de la infraestructura, como de los materiales y de la forma de atención.

3.2.3 Unidad de Salud de la Familia Tesairekavo – San Lorenzo



Contexto donde se encuentra la USF

La USF Tesairekavo está asentada en una zona próxima a Marquetalia, un importante asentamiento urbano, por tanto, acuden allí niños, niñas, adolescentes y adultos de este asentamiento, así como los residentes que viven en las proximidades de Barcequillo. En general el mayor número de usuarios son niños, niñas y adultos mayores.

Aproximadamente son 4.870 los usuarios de este servicio, la mayoría son personas de bajos recursos económicos. Las personas entrevistadas refieren que es el único servicio de salud disponible en la zona.

La USF realiza actividades conjuntas con las instituciones educativas de la zona, con el Hospital de Acosta Ñu para la derivación de los casos, así como cuenta con el apoyo de la Comisión de Salud, conformada por las y los vecinos y el equipo de la USF.

Características generales de la USF

Según lo que manifiestan las personas entrevistadas, las personas que acuden al servicio valoran el buen trato

> "vienen de la otra USF cercana para que se le atienda porque dicen que se les trata mejor".

Trabajan de manera cercana con las madres y padres de la comunidad, realizan talleres en las escuelas, charlas en la sala de espera y conversan en cada visita domiciliaria con los mismos. Esta forma de vinculación no guarda relación directa con el PDIT pues aún es incipiente el desarrollo del mismo.

> "hace poco recibimos la información, pero aún no tuvimos tiempo de organizarnos para implementar lo que aprendimos".

La USF está conformada por un equipo de seis funcionarios: la médica, la enfermera, los tres agentes y la auxiliar de enfermería. Se describen como un equipo muy participativo.

> "... todos hacemos de todo, colaboramos para la compra de insumos, para ordenar, para limpiar. Cualquiera que tiene un poco de tiempo ya hace lo que se necesita".

La USF está en proceso de organización pues acaban de recibir la obra concluida por lo cual están ordenando los documentos que habían dejado en las casas de los vecinos durante la construcción.

Por la demanda y la cantidad de programas que manejan aparentemente el número de funcionarios no es suficiente pues al tener responsabilidades de atención y de registro de información es difícil responder con todos los compromisos.

> "nos es difícil cumplir con todo, el papeleo lleva tiempo".

El registro de datos, de la mayoría de los programas, se está realizando en tiempo y forma. Sobre este punto refieren que son demasiados documentos y al no estar en línea el completar a mano es una dificultad señalada.

Tanto los agentes comunitarios como la doctora realizan las visitas domiciliarias. Las visitas están planificadas a fin de visitar a todas las familias al menos una vez cada mes y medio aproximadamente. Lo que facilita la llegada a los hogares es la disponibilidad de una moto de uno de los funcionarios.

> "sin esta movilidad, todo sería más difícil, porque el recorrido lleva tiempo".

Entre las debilidades se puede señalar la cantidad de recursos frente al número de programas a implementar y el número de personas a atender, que al parecer es insuficiente. No obstante, cabe destacar la capacidad de trabajo en equipo de los profesionales de la USF.

Perfil del equipo que trabaja en la USF

El equipo está compuesto por profesionales, la médica encargada es ginecóloga, la enfermera y obstetra es licenciada en obstetricia, dos de las agentes son licenciadas en enfermería y el otro estudiante de Ingeniería industrial y la auxiliar es técnica en salud.
La doctora de la USF está hace ocho años en la misma, al igual de una de las agentes. Uno de los agentes está hace un año y fue contratado en el marco del PDIT.

El personal de salud entrevistado inicia el vínculo con la USF pues se constituye en una oportunidad laboral y de involucrarse más en la comunidad. A partir del trabajo asumido aumenta el compromiso con la tarea y el territorio. Además, el hecho de vivir en la zona de influencia de la USF contribuye al mayor vínculo con la comunidad. El personal de salud de esta USF vive en la comunidad y tanto ellos como sus familiares en algunos casos son usuarios del servicio.

Respecto al perfil esperado, considerando el contacto que se ha tenido con otros agentes en los cursos de capacitación, los entrevistados afirman que un personal de salud que trabaja en la USF debe tener conocimiento claro del programa que es directa responsabilidad suya. Un agente comunitario, según refiere uno de ellos, debe conocer todos los programas porque su labor principal es "captar". Por lo tanto, debe ser muy observador para detectar los casos. La médica agrega que es necesario tener:

> "predisposición y voluntad... de que podés cambiar".

En opinión de uno de los agentes muchos de los que están involucrados con el programa no muestran una actitud comprometida pues durante el curso no participan activamente. Otros sin embargo se involucraban en las actividades propuestas y mostraban interés en los contenidos desarrollados. Uno de los agentes fue contratado en el marco del PDIT.

El conocimiento sobre el programa se da a partir de la construcción de la nueva sede y de la capacitación. Los agentes refieren que es de este momento que toman conocimiento del mismo y de sus implicancias.

Equipamiento, infraestructura y materiales

El PDIT es visto como una oportunidad de mejora del servicio. Los equipamientos recibidos contribuyen al mejoramiento de la calidad de la atención, aunque afirman que aún no es posible valorar el impacto del mismo pues su implementación es incipiente.

Al ser consultados sobre los motivos por los que fueron beneficiados como USF señalan que un aspecto sería el cumplimiento puntual de las actividades de la USF.

Al ser consultados sobre la participación que han tenido en la definición de la infraestructura refieren que han participado en el control de la obra, pero no intervinieron en la elaboración de los planos.

> "todo ya vino estipulado, solo controlamos lo que entregaron para pedirle que reparen las pérdidas en el baño y en el lavadero, la electricidad. Fuimos pidiendo cambios al ingeniero".

Por otra parte, consideran que el equipamiento no responde a las necesidades de los usuarios.

> "...me parece exagerado lo de la urgencia... el carrito de paro por ejemplo".

Esta percepción se sustenta en que la gente que necesita este tipo de equipos ya no llega a la USF se dirige a centros hospitalarios de mayor complejidad. Además, el equipamiento ocupa "mucho espacio" y las salas con las que se cuentan no son suficientes para llevar adelante los diferentes programas.

En la nueva infraestructura se cuenta con una sala exclusiva del PDIT y allí se ubicaron los materiales del programa. Según refieren las personas consultadas, en este consultorio se trabajará para la atención de los niños y niñas, pero por el momento no se hace nada en este nuevo espacio.

De las actividades propuestas por el PDIT el club de embarazadas es la estrategia que se está implementando desde hace unos años.

> "la estimulación a los niños desde el vientre es lo que hacemos desde hace unos años... con los recursos que disponemos".

Aclara además que estos clubes se hacen en terreno y en la USF, en donde no siempre asisten las usuarias convocadas. En cuanto a los motivos de inasistencia perciben que se debe a una falta de interés.

> "son kaigue para venir".

Respecto a los materiales recibidos expresan una alta valoración sin embargo reconocen que la cartelería es insuficiente. Una de las agentes reconoce que uno de los principales carteles es el que describe el desarrollo del niño.

> "este cartel es en blanco y negro, está fotocopiado y nos trajeron así para la inauguración, pero yo sé que en otra USF lo tienen en colores".

Los agentes consultados refieren conocer el PDIT, pero aún no lo aplican porque es reciente el contacto con el mismo. Al ser consultados sobre el uso del sistema de información afirman que no lo utilizan y a corto plazo no lo podrán utilizar ya que no cuentan con equipos informáticos para la utilización del mismo.

En cuanto al mantenimiento de la infraestructura y los equipamientos, la médica señala que como USF están en condiciones de hacerlo, plantea que pueden dirigirse al personal de mantenimiento del MSPBS, pero que lo más probable es que lo hagan con la comunidad, a través de la Comisión de salud que está compuesta por las y los vecinos con el equipo de la USF.

Conocimientos y percepciones generales del PDIT

El personal de salud conoce los materiales del PDIT y tienen ejemplares del mismo pues accedieron a estos en las capacitaciones. También están al tanto del uso que deben dar a cada uno de ellos. Al ser consultados sobre la pertinencia de los mismos refieren que son adecuados y muy útiles, aunque no los han podido utilizar hasta este momento.

Como referencia al PDIT la médica menciona el uso de los cuentos y juegos que forman parte de los Kits recibidos recientemente.

Proceso de Capacitación

Las personas que han sido capacitadas en el PDIT son la médica, los agentes comunitarios y la enfermera. La misma es una de las capacitadoras del programa. Esto es valorado por las agentes como algo positivo pues ella explica en la USF todo aquello que no haya quedado claro en la capacitación.

Consideran que la capacitación fue muy buena, aunque fue intensa.

> "...muy apurado fue todo... la capacitación tendría que haber sido de 5 días y se ajustó a 3 días"

> "muy dinámica, no te daba sueño... todos participábamos en charla"

> "las licenciadas, saben de nuestra realidad y por eso saben en qué capacitar".

Uno de los agentes señala que con los cursos se aprende que muchas veces la valoración del niño se centra en si "se le ve sano o no y con esto ya está bien" pero con el curso se toma conocimiento de que esto no es suficiente.

> "... me di cuenta de errores que cometo, al jugar ya te podés dar cuenta de muchas cosas. Antes no tomaba conciencia de que jugando es posible diagnosticar el desarrollo".

Señalan como aprendizaje significativo el conocimiento de los hitos del desarrollo y del valor del juego como medio para identificar los problemas.

Respecto a la organización no fue muy buena el primer día.

> "aparentemente... tuvieron problemas con el proveedor de la alimentación y tuvieron que ir a comprar algo para resolver la situación".

Al ser consultados sobre el Battelle, los agentes conocen el instrumento y consideran que el mismo será de gran "utilidad porque da un diagnóstico de la situación del niño" aclararon que aún no tuvieron posibilidad de usarlo.

> "no usamos, pero cuando usemos va a servir para mejorar el servicio y que también los padres sepan en que situación está su hijo".

La médica plantea que es necesario seguir capacitándose, y reforzar lo referente a la utilización del Batelle. El aprendizaje más significativo respecto a éste instrumento fue que se puede intervenir para que el niño y la niña no se atrase. Plantea que se requiere de práctica y que la aplicación del mismo lleva tiempo.

Conclusiones

Percepción general sobre el MAIDIT y el PDIT y su proceso de implementación

El PDIT es considerado un programa interesante y necesario, pero requiere de una reorganización de las USF para poder desarrollarlo a cabalidad. Es un programa que da un nuevo enfoque a la atención del niño y permite entender que hay varios aspectos a tener en cuenta para valora el desarrollo del mismo.

Esta USF tiene vínculo principalmente con n la comisión y las escuelas de la zona. La municipalidad del apoyo con los gastos de limpieza.

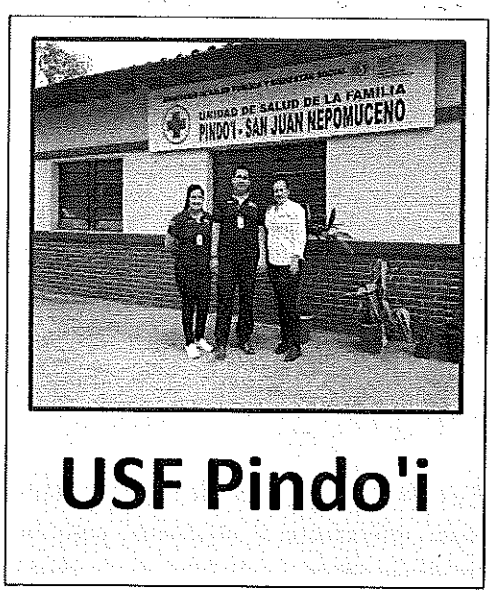
Aun no se puede valorar porque recién hace unas semanas tomaron conocimiento del programa. Los profesionales de salud refieren que el programa cubrirá una importante demanda de la zona. Se menciona que el Programa tendrá un impacto en el niño, a través de la estimulación, los afectos.

Recomendaciones para el mejoramiento de PDIT

Es fundamental fortalecer la perspectiva de intervención de todos los profesionales, asegurando la comprensión de que cada uno tiene una tarea que cumplir frente a la implementación del mismo.

Redefinir los espacios y reflexionar sobre la estrategia a desarrollar para que los agentes comunitarios tengan un espacio físico en el que trabajar y organizar su trabajo.

3.2.4 Unidad de Salud de la Familia Pindo'i – San Juan Nepomuceno



Contexto donde se encuentra la USF

La Unidad de Salud Familiar se encuentra en Pindo'í, en el barrio Santa Rosa, en una compañía de San Juan Nepomuceno, del Departamento de Caazapá. Pindo'í es una zona eminentemente rural. La mayoría de la población se encuentra en situación de pobreza. La comunidad se caracteriza por una formación educativa, que, por lo general, no supera la primaria, con un acceso limitado a servicios básicos como agua y electricidad, además de la dificultad de comunicación con otras zonas del departamento. Es decir, los caminos son de tierra, no están pavimentados y su disponibilidad está sujeta a las lluvias. Hay lugares en los cuales se ingresa sólo en moto o a pie. El transporte público es reducido, hay colectivos en mal estado con horarios específicos durante la mañana y la tarde.

En relación a la presencia de servicios públicos, además de la USF, cuentan con una Comisaría, algunas instituciones educativas y la Fiscalía zonal. Otros espacios para actividades de la comunidad son las Capillas e Iglesias. Las últimas también se utilizan como locales alternativos para el desarrollo de actividades relacionadas al PDIT y otros programas del Ministerio de Salud implementados por la USF.

Características generales de la USF

Es una edificación sencilla, con salas de espera, urgencias, archivo y fichas, y consultorios. Tienen un patio amplio y tiene un tanque de agua reciente.

El equipo de trabajo manifestó un compromiso genuino con la salud, en especial de los niños y niñas. Las interacciones con las usuarias y usuarios en todo momento se dieron de forma respetuosa y amable. Se notó una dinámica fluida de acceso al servicio, con directivas claras y una aprehensión significativa por parte de las y los consultantes.

Si bien el equipo de trabajo afronta las necesidades básicas del servicio, explicaron durante las entrevistas realizadas, que la cantidad de personas es insuficiente para dar una cobertura completa, integral y efectiva. Refirieron, además, que el alcance estipulado para la USF sobrepasa a las condiciones actuales del Servicio, junto a los múltiples programas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que deben ser implementados, incluyendo al Programa de Desarrollo Infantil Temprano (PDIT).

> "Debemos lidiar con la tierra roja todos los días. A veces, me tengo que poner a limpiar yo mismo".

De las entrevistas y el proceso de observación del Servicio, también se identificaron otras necesidades como la inclusión de un personal de limpieza. Actualmente, sólo cuentan con una persona que es pagada en parte por la Municipalidad, pero está limitada a realizar sus labores en zonas específicas de la USF. Así también, mencionaron la incorporación de más personal médico, de enfermería, mantenimiento, administración, seguridad y agentes comunitarios.

> "Estamos realizando las actividades del Servicio prácticamente con nuestras cosas personales. Para la carga de datos usamos nuestra computadora y el internet ajeno".

Se manifestaron otros requerimientos como un vehículo o motos para las visitas de campo, computadoras, acceso institucional a internet, además de rubros para combustibles y papelería.

Para la carga de datos utilizan el SAA, en el cual se documentan todas las informaciones generales de las consultas, incluidas las referentes al DIT. También cuentan con un sistema propio en excel para los datos relacionados a las visitas de campo. Manifestaron una breve noción del sistema geo-referenciado para embarazadas.

Resaltaron, además, la necesidad de contar con mayor capacitación para la carga de datos, haciendo énfasis en la importancia de una carga sistemática para el mejoramiento de sus trabajos.

Por otra parte, las personas usuarias que se encontraban en el momento del trabajo de campo eran mujeres jóvenes, con uno o más hijas e hijos. Además de mujeres y hombres adultos mayores.

Con relación a las visitas de campo, se mencionó que son las principales actividades desempeñadas por las y los agentes comunitarios. Se cuenta con un mapa detallado de los lugares de alcance del Servicio, que, una vez delimitados, se distribuyen equitativamente entre agentes para la realización de las visitas. También incorporan actividades denominadas "extra-muros" que incluyen en las recorridas comunitarias al personal médico o de enfermería, en especial para casos de urgencia o de inmunización.

El equipo de trabajo de la USF refirió que la mayor dificultad que se presenta para las visitas se debe al estado de los caminos, y por ende, la sensación de incertidumbre para el acceso ya sea por cuestiones climáticas, proceso de reparaciones, distancias importantes de algunas zonas en relación a la USF que requieren de otras formas de movilidad o recursos para la misma que son conviertas por las y los profesionales.

Otro elemento que se nombró con énfasis fue la necesidad de capacitación permanente de todo el equipo de trabajo y la provisión de materiales de apoyo para el trabajo. Remarcaron el interés en contar con herramientas cada vez más diversificadas para las charlas, los talleres, el relevamiento de los casos, el trabajo comunitario en su integralidad. Además de provisiones de papelería y artículos de librería, ya que son los y las que elaboran sus materiales de respaldo como carteles informativos.

Las principales debilidades mencionadas durante el trabajo de campo, tienen que ver con el plantel reducido y los insumos insuficientes para brindar cobertura y atención de calidad. Por otra parte, una de las fortalezas gira en torno a que los funcionarios pertenecen a la comunidad y su conocimiento acerca de las características de la misma, les permite trabajar con seguridad, convicción y compromiso. Además, tienen el respaldo de la comunidad que colabora activamente con los asuntos referentes al mantenimiento y el mejoramiento edilicio.

Perfil del equipo que trabaja en la USF

Varios son los factores que motivan al equipo. El médico al frente cuenta con una formación en medicina familiar en Cuba y un componente fuerte de salud preventiva. Se apoya fuertemente en las enfermeras, con idoneidad en salud, junto a sus agentes comunitarios que proveen de una información sistemática de la comunidad.

Si bien todo el equipo refiere como motivación inicial la posibilidad de acceso a un trabajo remunerado, dan un especial destaque a la "satisfacción y orgullo que sienten por prestar un servicio en su propia comunidad". Por otra parte, las personas que no residen en el lugar, llegaron por afinidades familiares que habitan en los alrededores (distritos aledaños) o la ciudad (San Juan Nepomuceno) y visualizan sus servicios como un aporte a la comunidad y al país.

Durante las entrevistas, se nombró la posibilidad de ampliar y extender el Servicio a más personas de la comunidad, sobre todo para la detección oportuna de problemáticas de salud y mayores insumos e infraestructura para llevar casos de manera integral, con recursos más efectivos de derivación de casos más complejos que demanden una atención especializada.
La USF cuenta con dos agentes comunitarias/os, una licenciada en enfermería y un bombero voluntario, con formación en administración de empresas. Ambos fueron contratados y solventados hasta hoy, por el Programa de Desarrollo Infantil Temprano (PDIT).

Tanto los agentes, como el resto del equipo refirieron la importancia de trabajar lo comunitario, sobre todo para contar con información precisa acerca de los problemas de salud de la comunidad.

También se remarcó la necesidad de adaptar los perfiles de los agentes comunitarios, teniendo como punto central la formación en áreas de la salud. Algunos entrevistados señalaron que el rendimiento es diferente entre personas formadas en cuestiones de salud y las que no, atendiendo las tareas requeridas por el Servicio.

Sin embargo, es importante mencionar que el agente comunitario, sin formación específica en salud, respondió con más detalles a las preguntas asociadas al Desarrollo Infantil Temprano (DIT), debido a que su hijo se encuentra con una condición del espectro autista. Comentó durante la entrevista, que su proceso de diagnóstico duró alrededor de cuatro años. Ningún médico en el departamento logró colaborar con él y tuvo que trasladarse hasta Asunción para iniciar su tratamiento.

Equipamiento, infraestructura y materiales

La USF recibió mobiliarios básicos como sillas, escritorios y estantes, además del parque infantil y sillas pequeñas para niños y niñas. De acuerdo a lo recolectado en las entrevistas, los recursos nuevos permiten una mejor atención y comodidad en la espera. También fueron recibidos equipos médicos no sólo relacionados al DIT, sino a servicios generales.

Se realizaron mejoras edilicias al interior de la USF. Así también, se llevó a cabo la restauración del sistema eléctrico, la pintura general del Servicio, el cercado y amurallado del terreno de ubicación.

No tenían mucha noción de los materiales recibidos porque no habían abierto las cajas. Además, la recepción de los mismos se dio días antes de la visita del equipo de evaluación. Nombraron y mostraron los juguetes para niños y niñas, libros de cuentos y los kits para embarazadas. No hicieron referencia a los manuales y los documentos relacionados al PDIT no fueron nombrados, sólo los materiales relacionados al Battelle.

En base a lo manifestado durante las entrevistas, el equipo de la USF se limitó a realizar un inventario general del Servicio por indicaciones de su coordinación regional. Posteriormente, recibieron la visita de arquitectos y constructoras con tareas de mejoras edilicias, y las tandas de equipamientos y materiales. No hubo un proceso participativo.

Valoraron en todo momento los equipos, las mejoras de infraestructura y los materiales recibidos. Consideran que son una mejora sustancial para la prestación de los servicios ofrecidos en la USF.

A pesar de ello, señalaron la necesidad de mayor capacitación en la utilización de equipos médicos recibidos, la adaptación de ciertos materiales al contexto local y orientaciones más específicas relacionadas a la implementación del PDIT.

Por otra parte, hasta el momento de la visita, los materiales y algunos equipos no han sido utilizados por falta de espacio físico para su despliegue y debido a las indicaciones de la coordinación regional de aguardar la "inauguración de las mejoras en la USF".

Conocimientos y percepciones generales del PDIT

El equipo en general, posee conocimientos de las nociones básicas del Programa y del DIT en sí. Manifestaron al respecto que las capacitaciones no se han realizado en su totalidad, estuvieron dirigidas sólo a una parte del equipo, y la información que reciben de las direcciones centrales no son del todo fluidas y focalizadas para la implementación del PDIT.
Por otra parte, la opinión acerca del Programa es muy positiva, destacaron en todo momento que la niñez paraguaya es responsabilidad de todas y todos. Afirmaron que el PDIT plantea una oportunidad importante para la detección de casos que requieren un abordaje más integral y especializado. Las expectativas y el interés del equipo entrevistado respecto al PDIT fueron significativas.

El MICS resultó un documento completamente desconocido por las personas entrevistadas, y, por ende, no contaban con ningún ejemplar impreso disponible.

El SIG se ha implementado para las mujeres embarazadas y su manejo es de conocimiento y responsabilidad de una de las enfermeras, que manifestó cargar los datos en otro lugar, debido a la falta de internet en el Servicio.

No se conoce a profundidad los materiales recibidos debido a la espera de la inauguración para abrir las cajas. Sólo dos de las personas entrevistadas refirió haber participado de alguna capacitación referente al DIT o a Battelle. Si bien destacaron la importancia de la información recibida, la metodología y los contenidos abordados, indicaron que el tiempo es limitado para aprehender conceptos tan específicos que deben ser llevados a la práctica durante la prestación cotidiana de servicios de la USF.

Como un punto pendiente de trabajo, estaría la ampliación de espacios internos de traspaso de conocimientos e informaciones derivadas de las capacitaciones, atendiendo el desconocimiento sustancial del PDIT por el resto del equipo de trabajo, actividad que muchas veces se ve relegada por el tiempo de los profesionales condicionado por las características del Servicio.

Los materiales referentes al PDIT que han sido identificados por las personas entrevistadas fueron señalados como útiles y pertinentes porque ayudan a la incorporación de conceptos nuevos para el trabajo del equipo, la comprensión más amplia del desarrollo infantil y medidas oportunas para detectar casos de la comunidad que puedan necesitar derivaciones por su complejidad.

Señalaron, además, la necesidad de disponer de los materiales más focalizados al PDIT de forma impresa, una adaptación al contexto local (idioma guaraní) y capacitaciones más prolongadas para su uso efectivo.

Proceso de Capacitación

Como se mencionó anteriormente, sólo dos personas han recibido capacitaciones, el médico y una de las enfermeras. Calificaron las capacitaciones realizadas con un 5. Si bien

destacaron la calidad de las mismas, manifestaron que el tiempo fue muy reducido para la aprehensión efectiva de todos los conceptos y procedimientos.

No participaron de la selección de las personas participantes de la USF, las convocatorias llegaron dirigidas con nombres y apellidos hasta el Servicio.

En cuanto al Battelle, sólo fue capacitado el médico y no hubo una socialización posterior de su proceso con el resto del equipo. El entrevistado manifestó que ya están aplicando el instrumento en la USF, pero Debido al volumen de las consultas cotidianas, desearía se pueda ampliar su alcance.

Se hizo referencia además a que no tienen mucha claridad para el proceso de las derivaciones, pero al menos cuentan con la experiencia de trabajo conjunto con el Hospital Regional de San Juan Nepomuceno, con quien mantienen una comunicación fluida. Hasta la fecha, no se presentaron casos concretos a ser derivados.

En cuanto a la comunicación con las madres, por lo general se toman el tiempo para explicarles acerca de la importancia de la aplicación del Battelle, para la cual, utilizan una comunicación sencilla y precisa, sin generar miedos, resistencias o alarmas innecesarias.

Conclusiones

Percepción general sobre el MAIDIT y el PDIT y su proceso de implementación en base a los criterios de evaluación

El Programa es considerado pertinente para el equipo general de la USF. Resaltan la importancia de su implementación para el beneficio comunitario, el mejoramiento de la calidad de atención de la USF y un aporte sustancial a la niñez paraguaya.

No se identificaron canales institucionales de participación más protagónica de integrantes de la USF, sin embargo, el equipo entrevistado valoró significativamente los beneficios recibidos y se mostraron abiertos a seguir colaborando en la implementación del PDIT.

Se requiere de un nexo más preciso a nivel central para encaminar con mayor efectividad el PDIT.

Existen brechas importantes de conocimiento sobre DIT entre el equipo de trabajo. El desafío que se presenta es lograr espacios de intercambio para fortalecer el clima laboral, una participación más equitativa en la toma de decisiones respecto a la implementación del PDIT en la USF, además de una distribución de tareas en base a las habilidades de cada integrante del equipo de trabajo.

Remarcaron que las mejoras edilicias, los equipamientos y materiales recibidos marcaron un antes y un después sustancial en el fortalecimiento del Servicio.

También señalaron que hay desafíos por afrontar en materia de implementación del PDIT, atendiendo la escasez de conocimientos sobre la utilización de materiales, la aplicación de instrumentos y derivaciones de casos.

Consideraron que el tiempo de espera para la utilización de materiales ha sido significativo y las directivas no han sido modificadas desde el período del Ministro de Salud perteneciente al gobierno anterior.

Se observó un nivel preliminar de apropiación que consistió en afirmar la importancia del PDIT no sólo para el mejoramiento del servicio, sino de toda la política pública relacionada a la niñez en Paraguay.

No se observó medidas diferenciadas en la atención, ni en las perspectivas del equipo de trabajo y sus tareas desarrolladas en el Servicio.

Recomendaciones para el mejoramiento de PDIT

Lo primero que sugirieron fue ampliar el alcance y los procesos de capacitación sobre el DIT/PDIT/MAIDIT a fin de lograr una mayor expansión del mismo.

Agregaron que es clave colaborar con la gestión de más recursos humanos y espacios físicos destinados específicamente para la implementación del PDIT.

Promover actividades que contemplen jornadas de contención y/o intercambio de experiencias de trabajo entre profesionales responsables de la implementación del PDIT, atendiendo la situación de vulnerabilidad de la población ubicada en sus territorios laborales.

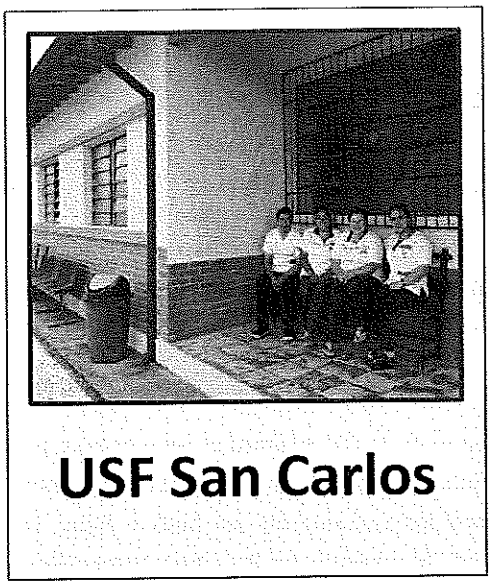
Establecer nexos institucionales a nivel central para orientar las tareas derivadas de la implementación del PDIT.

Incorporar materiales que puedan abordar los temas de Desarrollo Infantil Temprano desde una perspectiva intercultural y de género.

Realizar monitoreos aleatorios en terreno para identificar ajustes necesarios de implementación del PDIT.

Colaborar con la gestión de recursos para movilidad, limpieza y acceso a internet para garantizar sistemas más eficientes de carga de datos relacionados al PDIT.

3.2.5 Unidad de Salud de la Familia San Carlos – San Juan Nepomuceno



Contexto donde se encuentra la USF

La Unidad de Salud Familiar se encuentra en San Carlos, en el barrio San Marcos, en una compañía rural de San Juan Nepomuceno, del departamento de Caazapá. Gran parte de la población vive en situación de pobreza. El lugar se caracteriza por ser un punto cercano a las grandes plantaciones de soja y la afluencia de colonos brasileros. El acceso se da a través de transportes públicos con una concurrencia ocasional, algunos vehículos y una cantidad importante de motos. La ruta de acceso principal es de "tierra roja". En el momento de la visita continuaban unas obras de mejoramiento que siguen inconclusas, sin embargo, el estado de los caminos no es recomendable para el tránsito fluido, con puentes precarios que podrían ocasionar inconvenientes de acceso, sobre todo en momentos de inestabilidad climática.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, se pudo identificar que la población cuenta con niveles educativos muy bajos, prácticamente la mayoría de las personas que acuden al Servicio no alcanzaron a finalizar la primaria. En el caso de las mujeres, debido a tareas de cuidado y embarazos en edades muy tempranas, en cambio, los hombres deciden plegarse a trabajos como jornaleros en zonas de producción agrícola o ganadera, priorizando el trabajo, antes que el estudio debido a la situación socioeconómica que se vive en el lugar, un estado de permanente sobrevivencia.

Así también, los servicios básicos como agua y energía eléctrica son limitados, además de la telefonía celular inestable, ya que en algunas zonas ciertas empresas telefónicas no cuentan con señal, lo que impide una comunicación fluida. Se observaron instituciones educativas en funcionamiento, una Comisaría, Iglesia y un supermercado cercano.

Características generales de la USF

Es una edificación que cuenta con mejoras recientes. Los espacios están distribuidos en consultorios, lugar de fichas y recepción, sala de urgencias, consultorio odontológico en proceso y sala de espera. Su amplio patio se encuentra delimitado por un cercado nuevo. Las mejoras del servicio son percibidas y valoradas tanto por los profesionales como por los usuarios del servicio.

> "sin la ayuda externa, para ellos hubiera sido imposible lograr dicha mejora".

Tanto el personal médico como los usuarios desconocen los motivos por los cuáles la USF fue la beneficiada con las mejoras y no tienen mucha información sobre aspectos del Programa DIT.

Las usuarias entrevistadas manifestaron que en la USF el trato es muy bueno, por lo general le atienden el doctor y la licenciada. Señalaron además que reciben la visita domiciliaria de los agentes comunitarios para el censo y las vacunas de sus hijas e hijos. Las personas consultadas destacaron la participación de las mujeres en los clubes especialmente el club de embarazadas en donde se aprende mucho sobre los buenos cuidados que pueden brindar a sus hijas e hijos.

El trabajo de los agentes comunitarios es altamente valorado por la comunidad y se reconoce la eficiencia en el desempeño de estos

> "apenas pasa un día del plazo que se establece para las vacunas ellos llegan al día siguiente a tu casa para hacerlo".

Por otra parte, se pudo observar el trato amable entre profesionales y las personas usuarias. Se percibió un ambiente de mucha confianza para las consultas y la distribución de tareas entre el equipo de trabajo para la atención.

Se notó un trato más focalizado con las mujeres que acuden al Servicio, sobre todo si asisten con niños y niñas que requieren de atención. Se les habla pacientemente, con una comunicación fluida y directa en base a sus consultas. No se observaron padres usuarios en el momento de la visita.

El número de funcionarias/os se planteó como una de las limitaciones para garantizar una atención de calidad y en forma. Indicaron que la población a la cual deben alcanzar es muy amplia y las necesidades de transporte y de caminos la mayoría del tiempo genera frustración en el equipo de trabajo. A pesar de las ganas, energías y compromiso, las realidades socioeconómicas son barreras importantes para el acceso fluido a ciertos lugares de la comunidad.

Manifestaron, además, la necesidad de una ampliación presupuestaria para la construcción de un salón especial para el PDIT. Actualmente, depositaron los materiales recibidos por el Programa en oficinas ya ocupadas para las consultas y otros servicios. También refirieron la

falta de rubros para la contratación de más personal de salud, el mantenimiento edilicio, acceso a internet y disponibilidad de más computadoras para la carga de datos sobre las consultas. Además de la adquisición de ecógrafos y un laboratorio de análisis clínicos.

Esta USF se caracteriza por su gran adaptabilidad y flexibilidad para brindar el servico rqe lo cual se refleja en una experiencia vivida recientemente.

> "Una ambulancia que salió de Tava'i con el propósito de llegar hasta San Juan Nepomuceno, tuvo que parar de urgencia en la USF de San Carlos, con una mujer a punto de parir. En ese momento sólo se encontraban una enfermera y una agente comunitaria en el Servicio, las que terminaron de concluir con éxito el parto de la mujer. Nació un niño, que a raíz del hecho fue llamado "Carlos", a pedido de las trabajadoras de la USF".

Para el registro de datos utilizan el SIG para las embarazadas y el SAA para la carga de datos generales del Servicio. Señalaron que inicialmente, realizaban la digitalización de los datos del PDIT. Sin embargo, dejaron de hacerlo debido a la falta de acceso a internet y computadoras, ambos, obstáculos significativos para la recolección de datos e información.

Lo notable fue que todo el equipo manifestó su interés en profundizar sus conocimientos para la carga digital de datos.

Las fortalezas tienen que ver con la motivación del equipo de trabajo y su compromiso con la atención a la comunidad, además del interés manifiesto y las actitudes favorables hacia la implementación del PDIT. Por otra parte, las debilidades tienen que ver con la necesidad de aumentar el número del plantel profesional y administrativo y contar con medios diversos para realizar los recorridos de campo.

Perfil del equipo que trabaja en la USF

La USF cuenta con un equipo que se caracteriza por la cohesión grupal. Cuenta con profesionales con habilidades diferenciadas que permiten una distribución más fluida de las tareas derivadas del Servicio ofrecido. El médico tiene una formación sólida en medicina familiar, especializaciones y una visión clara y genuina de la importancia de una salud pública y de calidad.

> "Yo creo en la estrategia de la USF".

Comentó a su vez sobre los desafíos del Servicio en un contexto tan marcado por la desigualdad social, cuyas problemáticas específicas están asociadas a la pobreza y afectan en mayor medida a las mujeres, niños y niñas. Agregó, además, que el hecho de lindar con plantaciones de soja en la zona está provocando mayores problemas de salud como alergias y otras complicaciones. También manifestó su preocupación por el incremento de las situaciones de violencia sexual de muchas niñas, que devienen en embarazos prematuros y de alto riesgo.

El resto de los profesionales como las enfermeras y agentes comunitarios señalaron que su trabajo es una forma de vocación, además de valorar sus remuneraciones, cuentan con un compromiso de prestar sus servicios a la comunidad.

La mayoría de las personas entrevistadas coincidieron con la idea de priorizar agentes comunitarios que cuenten con "idoneidad en salud". Sin embargo, en el caso de la USF no es así, actualmente son tres agentes comunitarios, de los cuáles sólo una es licenciada en enfermería, los restantes cuentan con formación en Ingeniería Forestal. Incluso, uno de ellos, refirió su interés de renunciar próximamente, lo que significaría la pérdida de un rubro de agente comunitario para el Servicio. La única mujer que se desempeña como agente, recibe sus honorarios del BID y manifestó que sus ingresos son inferiores al de sus compañeros que ya cuentan con rubros del Ministerio de Salud.

Equipamiento, infraestructura y materiales

Fortalecimiento realizado con el PDIT ha fortalecido a la USF, las personas que trabajan en ella y a las personas que utilizan y se benefician de sus servicios.

La participación en la definición de los beneficios en equipamiento, infraestructura y materiales fue baja, la misma se realizó mediante un inventario y la visita de funcionarios del Ministerio.

Pertinencia del fortalecimiento en equipamiento, infraestructura y materiales: Las refacciones y la adquisición de equipos y materiales han fortalecido a la USF, y a través de esto se han beneficiado las personas trabajadoras y la comunidad que utiliza y recibe los servicios de atención sanitaria.

Conocimientos y percepciones generales del PDIT

En general, todo el plantel profesional valora la importancia del PDIT en el Servicio porque consideran que sería un aporte importante para la comunidad en general. A su vez, señalaron la necesidad de contar con más información referente a los criterios institucionales de implementación y directivas más precisas sobre el uso y el tiempo de utilización de los materiales y equipamientos recibidos.

Durante las entrevistas se nombró el MICS como documento, sin embargo, ninguna de las personas entrevistadas afirmó conocerlo. Por otra parte, el SIG es utilizado para el registro de las mujeres embarazadas.

Hasta la fecha de la visita del trabajo de campo, no se habían realizado las capacitaciones correspondientes para el uso de los materiales recibidos. No se pudo observar materiales impresos, algunas de las personas entrevistadas, señalaron que los mismos estaban contenidos en las cajas recibidas, que, debido a las directivas de las autoridades regionales no podían ser utilizados hasta la inauguración.

Proceso de Capacitación

Una de las enfermeras participó de una capacitación sobre el instrumento Battelle. De acuerdo a sus percepciones, la selección de participantes se realizó por sorteo, la convocatoria llegó 8 horas antes de la actividad. Por otra parte, la organización, la metodología y los docentes fueron valorados positivamente.

Los responsables de la capacitación fueron profesionales de Asunción pertenecientes al INEPEO. Entre los aprendizajes principales se hizo énfasis en el control pre natal, el cuidado de las embarazadas, el DIT. La aplicación práctica de lo aprendido en las capacitaciones está siendo encaminada lentamente, "muchas veces, por la falta de interés de las personas usuarias".

La aplicación del instrumento Battelle resulta útil para la detección temprana de dificultades relacionadas al desarrollo infantil. Con los resultados obtenidos se establece la necesidad de estimulación, o de ayuda específica que requiera una derivación a centros de salud más especializados; por lo general, en base a los casos, se recurre a la pediatra del Hospital Regional de San Juan Nepomuceno, lugar que tiene disponible un espacio de estimulación temprana.

> "Lastimosamente se cuenta con un déficit en el acceso a profesionales de psicología, que sólo se encuentran disponibles en la ciudad de Villarrica".

Conclusiones

Percepción general sobre el MAIDIT y el PDIT y su proceso de implementación

El proyecto es percibido como pertinente, la visión y las expectativas sobre el mismo es bastante positiva a pesar del bajo involucramiento asumido en la concreción del mismo. Especialmente, son valoradas favorablemente la adquisición de mobiliarios y la refacción del local mediante el PDIT. El conocimiento del MAIDIT es completo en cuanto a sus elementos básicos, no obstante, su utilización es aún limitada, por lo que se puede decir que la apropiación está en desarrollo.

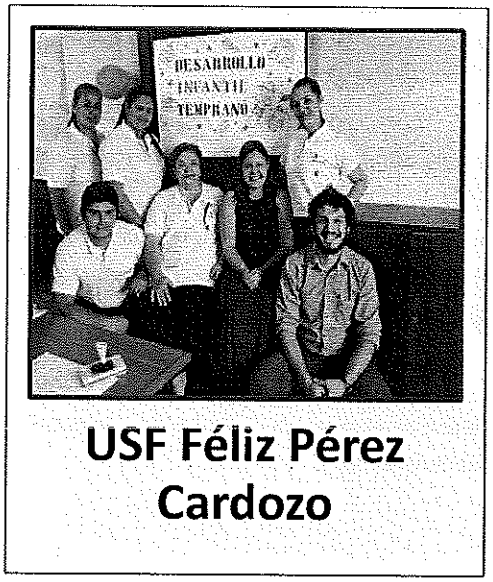
Los resultados alcanzados son percibidos a partir de los casos atendidos y las situaciones especiales detectadas.

Recomendaciones para el mejoramiento de PDIT

Contar con mayor provisión de materiales y su adaptación a las comunidades bajo el dominio de la USF. También, recibir capacitación continua. Contratar mayor cantidad de personal porque "tuicha orehegui ore territorio". La USF necesita apoyo de las autoridades para contar con transporte para remitir pacientes. "Sería muy bueno un aumento salarial, o al menos, cobrar por insalubridad".

En líneas generales, el clima laboral parece adecuado para realizar las tareas. Sin embargo, se pudieron detectar situaciones de diferencias salariales entre agentes comunitarios y ese tipo de informaciones pueden generar malestares en el quehacer colectivo.

3.2.6 Unidad de Salud de la Familia Félix Perez Cardozo – Guairá



Contexto donde se encuentra la USF

La Unidad de Salud Familiar se encuentra en Félix Pérez Cardozo, distrito del departamento de Guairá. Su acceso se da por la ruta que une Paraguarí con Villarrica, ubicada cercana a la ciudad y el distrito de Coronel Martínez. La mayoría de sus habitantes pertenecen al sector rural. Es una zona eminentemente agrícola, con una preeminencia del cultivo de caña de azúcar, una de las principales actividades de las personas residentes.

La USF se encuentra ubicada a pocas cuadras de la ruta principal y las calles están asfaltadas y con empedrados. Alrededor de la misma se encuentran otras instituciones como la Comisaría, la Iglesia, instituciones educativas y una plaza pública.

En el momento de la visita de campo, se registraron la salida de usuarias que estaban siendo atendidas por el equipo profesional. En su mayoría eran mujeres de distintas edades que solicitaron servicios de atención para sus hijas e hijos.

Durante las entrevistas, se adicionó que las personas llegan de puntos más alejados del distrito en busca de atención, afectadas por más dificultades de movilidad, debido a la falta de transporte público y el estado de los caminos. Las realidades son diferenciadas en el distrito, sobre todo en base a las condiciones socioeconómicas y territoriales.

Están presente las principales instituciones, las de justicia, educativas y municipales, que en cuestiones puntuales colaboran con la USF y la prestación de sus servicios.

La USF en el momento de la visita también contaba con la presencia de dos médicos residentes de la Universidad Católica, en su última etapa de pasantía rural. Así también, se nombró la presencia activa del Consejo Local de Salud, que incluso aporta en cuestiones referentes al mantenimiento y el aporte de la contratación de algunos profesionales. El inconveniente con estas contribuciones, es que los montos son muy bajos y se dan de forma trimestral. Por ejemplo, la licenciada a cargo de las tareas centrales del PDIT está sujeta a este sistema de pago, lo que impide condiciones óptimas de trabajo.

Características generales de la USF

Se observó un trato amigable con las personas que acudían al Servicio. Al llegar, siempre realizan una serie de consultas previas que son atendidas inicialmente en la recepción. Es un equipo numeroso, con relación a los demás Servicios visitados. Cuenta con aproximadamente 18 personas colaboradoras. Muchos profesionales están de forma circunstancial debido a pasantías universitarias, otros están solventados por rubros del Ministerio de Salud y los restantes por el Consejo Local de Salud.

Si bien el equipo es diversos y las tareas son distribuidas en base a las necesidades del Servicio, requieren de personas que puedan asumir con mayor tiempo, capacitación y remuneración todo lo relacionado a la implementación de los programas que deben ser implementados en la USF, incluyendo el PDIT[9].

También se manifestó durante las entrevistas que requieren de pequeñas modificaciones edilicias que permitirían un espacio más amplio para todo el trabajo relacionado con el PDIT. Los datos generales de la USF son cargados en papel, luego son traspasados en un archivo de excel para ser remitidos posteriormente a la Región Sanitaria. Con relación al PDIT, por el momento las informaciones son sistematizadas en un libro de actas, con el detalle de las personas participantes de las actividades, la fecha, una breve reseña de las tareas desarrolladas y las firmas de profesionales. No cuentan con directivas referentes a la digitalización de los datos.

Las visitas de campo son realizadas por los agentes comunitarios. En casos que se requieran, también son acompañados por la médica o las enfermeras. Sus recorridas están divididas por zonas y en base a los mapas propios de la comunidad actualizados en la medida que van avanzando sus trabajos.

Señalaron que sus máximas dificultades son el mantenimiento de vehículos y motos propias para las recorridas y que no cuentan con recursos para el combustible. Existen lugares del distrito de difícil acceso, afectados por condiciones socioeconómicas más precarias y con problemas de salud más intensificados que demandan visitas más sistemáticas e integrales.

[9] En el apartado de recomendaciones se realiza un punteo más específico de las recomendaciones brindadas por el equipo.

Entre las principales fortalezas se puede mencionar al buen clima laboral que puede apreciarse, lo que a su vez puede reflejarse en la calidad de la atención ofrecida, además, la USF está apoyada por un Consejo de Salud Local, integrado por varias figuras y autoridades locales. La USF también se muestra abierta para recibir a médicos residentes de Universidades públicas y privadas que colaboran con la prestación de servicios. Su ubicación también es clave, atendiendo la cercanía con la ciudad de Villarrica, hecho que facilita la llegada de más profesionales en calidad de colaboradores, y el mejoramiento de servicios como agua, energía eléctrica e incluso internet.

Las debilidades identificadas tienen relación con la baja remuneración de algunos de los profesionales estables y un sistema de pago trimensual. Así también, la falta de recursos necesarios para fortalecer las visitas de campo, lo que delimita una llegada más efectiva a los territorios con mayores necesidades de salud.

Otro punto señalado se refirió al acceso de capacitaciones más sistemáticas por parte de todo el plantel de la USF, sobre todo en temas vinculados al PDIT.

Perfil del equipo que trabaja en la USF

Es un equipo comprometido con el desarrollo de la estrategia de salud planteada desde las USF. Se observó una cohesión grupal importante, la distribución de tareas y estilo de gestión muy participativa y resolutiva.

> "Queremos llegar realmente a las personas que más necesitan en la comunidad".

De todos los Servicios visitados, es el que decidió iniciar sus trabajos relacionados al PDIT, más allá de los desafíos que se presentan en base a sus realidades institucionales y comunitarias.

Han recibido una cantidad importante de niños y niñas, junto a sus madres y padres, que sobre todo solicitan mayores herramientas para avanzar en la estimulación temprana.

La USF también se encuentra vinculada con otras instituciones locales, y todo el equipo manifestó un compromiso genuino con la implementación del PDIT, valorando su importancia para el crecimiento del servicio, con miras al fortalecimiento comunitario.

Remarcaron a su vez, la inclusión de agentes comunitarios que llegan a cubrir un aspecto fundamental del Servicio que es la conexión directa con la comunidad, llegando a territorios con menos oportunidades de acceso a salud. Agregaron a su vez, que sería importante tener en cuenta la "idoneidad en salud" para su incorporación, ya que de esa manera se torna más sencilla la distribución de responsabilidades para brindar un Servicio más efectivo.

Los conocimientos sobre el PDIT son importantes, pero necesitan de mayor orientación institucional a nivel central para continuar el proceso de fortalecimiento de su implementación.

Equipamiento, infraestructura y materiales

Destacaron la importancia de todos los beneficios recibidos. Cada mejora significó un aporte sustancial para el fortalecimiento del Servicio.

También señalaron que lastimosamente no participaron activamente del proceso de definición de las mejoras adjudicadas y por ese motivo, no lograron monitorear con mayor intensidad los trabajos realizados, y que los mismos, se ajusten con más preeminencia a las necesidades del Servicios.

Conocimientos y percepciones generales del PDIT

Los materiales son percibidos como adecuados y oportunos para la atención de los niños y las niñas, con orientaciones precisas para las madres y los padres.

Así también, manifestaron la necesidad de contar con mayores materiales audiovisuales a ser proyectados en las salas de espera y para su utilización específica durante las sesiones brindadas en el Servicios sobre estimulación temprana.

Proceso de Capacitación

Participaron de las capacitaciones todos agentes comunitarios. La organización fue valorada positivamente. "Los profes que vinieron de Asunción estuvieron excelentes".

Las capacitaciones fueron percibidas como oportunas y adecuadas. Sin embargo, señalaron la necesidad de adaptación del contenido al idioma guaraní para una mejor aplicabilidad.

Las personas entrevistadas han mencionado la importancia de la prueba para la evaluación, también mostraron gran interés en profundizar sus conocimientos por medio de capacitaciones más constantes.

Conclusiones

Percepción general sobre el MAIDIT y el PDIT y su proceso de implementación

El proyecto es percibido como beneficioso para la comunidad y por medio de la adquisición de mobiliarios y equipamientos, también para la USF y las personas que trabajan en ella.

La participación de la comunidad es protagónica, y los diferentes actores se encuentran articulados mediante el Consejo de Salud que se encuentra en constante actividad.

Se percibe que los resultados alcanzados son buenos e importantes. Sin embargo, manifestaron que se requieren de más recursos, disponibilidad de más materiales para el trabajo con madres, padres, niños y niñas relacionados al DIT, específicamente vinculados a los trabajos de estimulación temprana.

Recomendaciones para el mejoramiento de PDIT

Requieren de la definición de nexos institucionales a nivel central que puedan orientar todo lo referente a la implementación del PDIT. Actualmente, no tienen mucha claridad acerca de dónde remitir los instrumentos de Battelle, qué harán cuando acaben los formularios, cuáles son los criterios unificados a nivel general para resolver situaciones excepcionales que se puedan presentar durante su aplicación y señalan preocupación para las derivaciones que se presenten, pues los Servicios más especializados se encuentran a una distancia considerable de la USF.

Así también desean continuar con las capacitaciones. Existe mucha predisposición y compromiso por parte de todo el equipo general, se mostraron interesados en continuar incorporando los conceptos y tipos de abordajes que establece el PDIT a sus tareas cotidianas. Actualmente, lo realizan de forma autodidacta o con ayuda de algunas profesionales colaboradoras del Hospital de Villarrica. Aun así, necesitan de un acompañamiento más dirigido, sobre todo porque se percibe una sensación de incertidumbres e inseguridades en el detalle de sus procesos de trabajo. Manifestaron en ese sentido, que algunas veces "no saben si las cosas que van encaminando se realizan de forma apropiada, en base a los requerimientos establecidos por el PDIT".

Hicieron énfasis en la necesidad de adaptar el salón en el cual está instalada el área destinada al PDIT, que requiere mínimos detalles de ampliación en cuanto a infraestructura. De ser posible, recibir un aire acondicionado para el lugar, porque en ciertos meses del año el calor se siente más intensamente y resulta difícil para los niños y niñas que acuden.

Con relación a los materiales de apoyo, requieren de más insumos audiovisuales sobre el DIT para la proyección en el Servicio y los trabajos de campo. Además, de juguetes más diversos para la estimulación, materiales para la distribución a usuarias/os, de ser posible con cierta adaptación al guaraní.

Señalaron la necesidad de ampliar el número de personas contratadas para implementar el PDIT, ya que actualmente, la persona responsable realiza las tareas de forma adicional a sus demás responsabilidades y muchas veces, la superposición genera dificultades para una implementación más efectiva y focalizada.

Cuentan con motos que podrían servir para ampliar el trabajo de campo, sin embargo, no tienen para el combustible, las reparaciones y el mantenimiento. Esto ayudaría a mejorar los recorridos en zonas de difícil acceso comunitario.

A continuación se presenta un cuadro que sintetiza las percepciones que han manifestado las USF acerca del PDIT.

Percepción general de las USF sobre el PDIT	
Pertinencia del Programa	El proyecto es percibido como beneficioso para la comunidad. Las refacciones y la adquisición de equipos y materiales han

Percepción general de las USF sobre el PDIT	
	fortalecido a la USF, y a través de esto se han beneficiado todos los usuarios del servicio. En la USF se atiende principalmente a un importante número de niños y niñas que requieren una atención oportuna, se responde así a uno de los principales objetivos del servicio y del programa. Se percibe que hay interés en la propuesta, no obstante, se señala insistentemente que se debe adecuar a las características del lugar, teniendo en cuenta la diversidad socio-cultural del país. La infraestructura y el funcionamiento pre-establecido organizan inicialmente el trabajo, pero es clave realizar adecuaciones para que el mismo responda a las características de cada comunidad. El PDIT es considerado un programa interesante y necesario. Es un programa que da un nuevo enfoque a la atención del niño y permite entender que hay varios aspectos a tener en cuenta para valora el desarrollo del mismo. También dignifica el trabajo del profesional médico pues posibilita que el mismo brinde un servicio de mejor calidad y en mejores condiciones. El Programa es considerado pertinente para el equipo general de la USF. Resaltan la importancia de su implementación para el beneficio comunitario, el mejoramiento de la calidad de atención de la USF y un aporte sustancial a la niñez paraguaya.
Participación de actores locales y de destinatarios	La participación del profesional médico y de la comunidad en la definición de la organización del espacio físico no ha sido una característica de este programa. En general todos han tenido una mínima participación en la definición de la infraestructura, equipamientos, materiales a ser utilizados desde el PDIT. La comunidad tampoco ha sido participe de ningún proceso consultivo. La percepción generalizada es que las USF iniciaron un proceso de transformación por criterios ajenos a los profesionales médicos y a la comunidad. Por otra parte, no es posible identificar un trabajo articulado entre los profesionales de la USF y otros actores locales. No se identificaron canales institucionales de participación más protagónica de integrantes de la USF La participación se inicia de manera incipiente y en algunas USF una vez concluida la obra con el objeto de que el personal se involucre en la fiscalización de la obrar para solicitar cambios en función a necesidades identificadas. Algunas familias e instituciones educativas colaboran con el proceso de mejoramiento de la infraestructura habilitando

Percepción general de las USF sobre el PDIT	
	voluntariamente un espacio en el que guardar los equipos y materiales de la USF o donde seguir brindando el servicio a la comunidad.
Percepción de resultados alcanzados por el PDIT en la USF	En general el programa tiene un desarrollo incipiente lo cual impide valorar resultados. Algunas USF ya han recepcionado la obra y están iniciando la organización de los espacios, programas y funciones. Las mejoras edilicias, los equipamientos y materiales recibidos marcaron un antes y un después sustancial en el fortalecimiento del Servicio. Todas las personas involucradas valoran los cambios y perciben que ello contribuirá en el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad. Esta alta valoración por parte del personal médico contribuye con la disposición hacia la tarea, asegura un mejor desarrollo de la propuesta pues aumenta el compromiso y disminuyen los obstáculos que justifican el no desarrollo de lo establecido.
Apropiación y fortalecimiento institucional: Apropiación por parte de las USF y actores locales	El programa se encuentra en una fase inicial, las informaciones que tienen son principalmente las difundidas en las capacitaciones y algunas conversaciones en visitas previas a la inauguración. Se observó un nivel preliminar de apropiación que consistió en afirmar la importancia del PDIT no sólo para el mejoramiento del servicio, sino de toda la política pública relacionada a la niñez en Paraguay. Se percibe un deseo de desarrollar el programa con toda su complejidad pues se considera que el mismo tendrá un efecto positivo en el desarrollo integral de los niños y niñas. Asocian la implementación del programa con la disponibilidad de mayor cantidad de recursos humanos. Tradicionalmente se percibe que un programa se fortalece cuando cuenta con una persona directamente responsable del mismo.
Inclusión de perspectiva de género, interculturalidad, perspectiva de derechos	La inclusión de la perspectiva de género, de la interculturalidad o de los derechos humanos no es posible valorar aun por la fase en la que se encuentra el proyecto. El contexto multilingüe y pluricultural que caracteriza a diferentes zonas del país impone un abordaje desde una perspectiva intercultural. En varios fragmentos de las entrevistas realizadas dan cuenta de la necesidad de adecuar la atención a las características particulares de cada uno de los grupos étnicos.

Percepción general de las USF sobre el PDIT	
Recomendaciones de para el PDIT	Es clave aumentar el alcance de los procesos de capacitación sobre el DIT/PDIT/MAIDIT. Las capacitaciones recibidas aún no están comprendidas a cabalidad lo cual impide la real instalación del programa con todos sus componentes. Es clave trabajar con una mirada integradora de los programas comprendiendo que el centro de la atención es el usuario. Actualmente existe una organización fragmentada directamente relacionada al programa y no a la persona que lo recibe. El radio de influencia de las USF es grande, todas las USF refieren que son más de 3.000 los potenciales usuarios. La cantidad de recursos no es suficiente sobre todo si se quiere instalar la atención extra muro. Es clave aumentar el número de recursos humanos, así como los espacios físicos destinados específicamente para la implementación del PDIT. Las experiencias y aprendizajes que cada USF vaya adquiriendo en el proceso de implementación de los programas y de fortalecimiento institucional es importante que sea aprovechada al máximo. Una alternativa para ello sería la promoción de actividades de intercambio de experiencias de trabajo entre profesionales responsables de la implementación del PDIT, atendiendo la situación de vulnerabilidad de la población ubicada en sus territorios laborales. El fortalecimiento del PDIT a nivel de las USF debe estar articulado con el fortalecimiento de las instituciones de segundo nivel. La detección oportuna de necesidades particulares de cada niña o niño debe estar directamente relacionada con la posibilidad de derivación. Es por tanto importante visibilizar y fortalecer a las instituciones que deberían asumir servicios específicos, establecer nexos institucionales para orientar las tareas derivación y pensar en alternativas que posibiliten el acceso a las mismas. Los materiales de concienciación sobre el desarrollo infantil aún no están accesibles a los potenciales usuarios. Incorporar materiales que puedan abordar los temas de Desarrollo Infantil Temprano desde una perspectiva intercultural y de género. Realizar monitoreos aleatorios en terreno para identificar ajustes necesarios de implementación del PDIT. Colaborar con la gestión de recursos para movilidad, limpieza y acceso a internet para garantizar sistemas más eficientes de carga de datos relacionados al PDIT. Contar con mayor provisión de materiales y su adaptación a las

Percepción general de las USF sobre el PDIT	
	comunidades bajo el dominio de la USF. La USF necesita apoyo de las autoridades locales para contar con transporte para remitir pacientes. Requieren de la definición de nexos institucionales a nivel central que puedan orientar todo lo referente a la implementación del PDIT. Los Servicios más especializados se encuentran a una distancia considerable de la USF. Necesitan de un acompañamiento más dirigido, sobre todo porque se percibe una sensación de incertidumbres e inseguridades en el detalle de sus procesos de trabajo.

CAPÍTULO 4: TENDENCIAS QUE EMERGEN DEL ANÁLISIS CUANTITATIVO. MICS Y BATTELLE

4.1 Análisis de resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) en el Desarrollo Infantil Temprano

Como parte de las acciones desarrolladas por el Programa PDIT, se apoyó la realización de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). Esta encuesta permite contar con información actualizada y comparable a nivel regional de una serie de indicadores relacionados con la situación de la niñez y la adolescencia.

Una de las dimensiones estudiadas es el desarrollo infantil temprano. Para esto, se elaboró un cuestionario particular que fue completado por madres y padres con el fin de disponer de datos sobre la situación de la infancia temprana en sus principales dominios. Esta información, de carácter nacional y con representatividad en algunos departamentos, puede ser utilizada de línea de base para las políticas y programas en el área del desarrollo infantil temprano en Paraguay.

Los principales objetivos de la MICS Paraguay 2016 fueron:

- Proveer información actualizada que permita evaluar la situación de los niños y niñas, y de las mujeres en edad fértil;
- Proporcionar los datos necesarios para contribuir al monitoreo del avance hacia el logro de los ODS acordados internacionalmente, como base para la acción futura;
- Recolectar datos desagregados para identificar disparidades a fin de formular políticas basadas en evidencia dirigidas a la inclusión social de los más vulnerables;
- Contribuir a la generación de datos para la línea de base de la agenda post 2015; y
- Validar los datos de otras fuentes y los resultados de intervenciones específicas.

En la encuesta MICS se utilizaron cuatro cuestionarios: 1) un cuestionario de hogares, con el que se recolectó información demográfica básica sobre todos los miembros de derecho del hogar (residentes habituales), el hogar y la vivienda; 2) un cuestionario para mujeres, aplicado en cada hogar a todas las mujeres entre los 15 y 49 años de edad; 3) un cuestionario para menores de 5 años dirigido a las madres o tutoras de todos los niños y niñas menores de 5 años de edad que viven en el hogar; y 4) un cuestionario de prueba de calidad de agua, aplicado al 25 % de los hogares.

El módulo para estimar el desarrollo infantil temprano cuenta con diez ítems y arroja un Índice de Desarrollo Temprano Infantil (ECDI, por sus siglas en inglés). El propósito principal del ECDI es informar las políticas públicas relacionadas con el estado del desarrollo de los niños y niñas en Paraguay. El índice se construyó a partir de la definición de hitos que se espera que los niños y niñas alcancen a los 3 y 4 años. Los ítems incluyen cuatro dominios:

1. **Alfabetización-conocimientos numéricos:** Se considera que los niños y niñas se están desarrollando adecuadamente si pueden identificar o nombrar al menos diez

letras del alfabeto, si pueden leer al menos cuatro palabras sencillas y conocidas, y si saben el nombre y reconocen el símbolo de todos los números del 1 al 10. Si cumplen al menos dos de estas condiciones, entonces se estima que el niño o niña se está desarrollando según lo esperado.

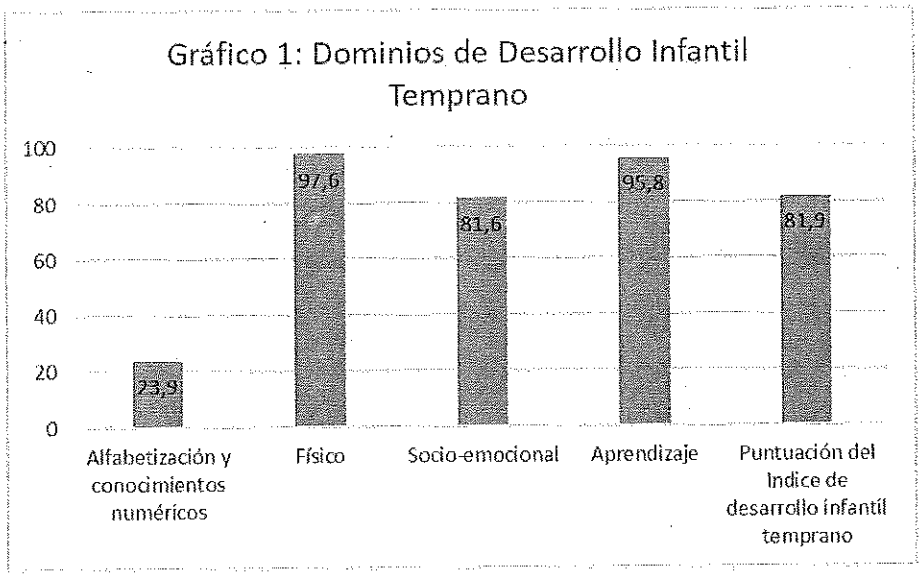
2. **Físico**: Si el niño o niña puede recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del suelo, y si la madre/cuidador no indica que a veces el niño o niña está demasiado enfermo para jugar, entonces se considera que el niño o niña se está desarrollando adecuadamente en el dominio físico.

3. **Socio-emocional**: Se considera que el niño o niña está bien encaminado en su desarrollo si cumple dos de las siguientes condiciones: se lleva bien con otros niños o niñas, no patea, no muerde, no golpea a otros niños y niñas, y no se distrae fácilmente.

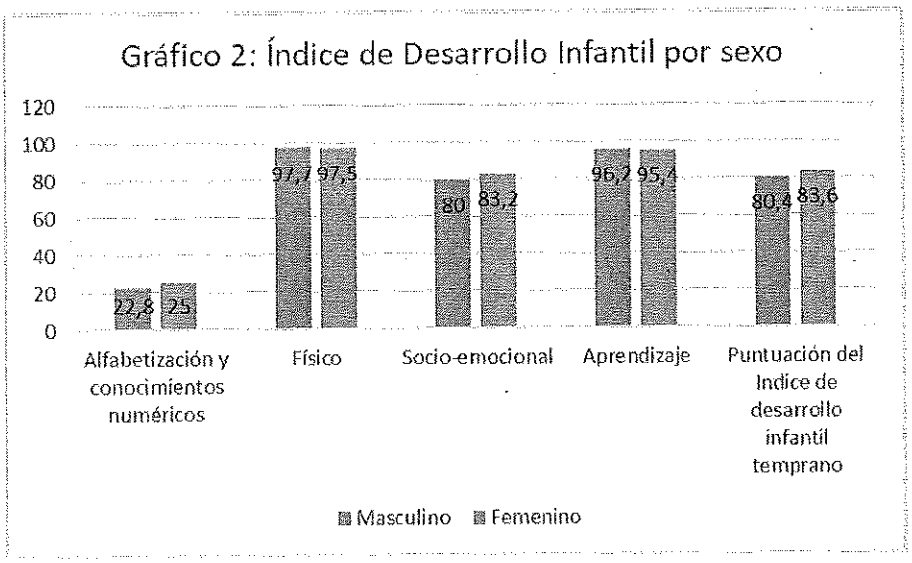
4. **Aprendizaje**: Si el niño o niña sigue instrucciones sencillas para hacer algo de forma correcta y/o cuando se le pide que haga algo es capaz de hacerlo de manera independiente, entonces se considera que se está desarrollando adecuadamente en este dominio.

A partir de ahí, el ECDI se calcula como el porcentaje de los niños y niñas que se están desarrollando adecuadamente en, al menos tres de los cuatro dominios. A continuación se presenta un análisis de los resultados del análisis del Índice DIT.

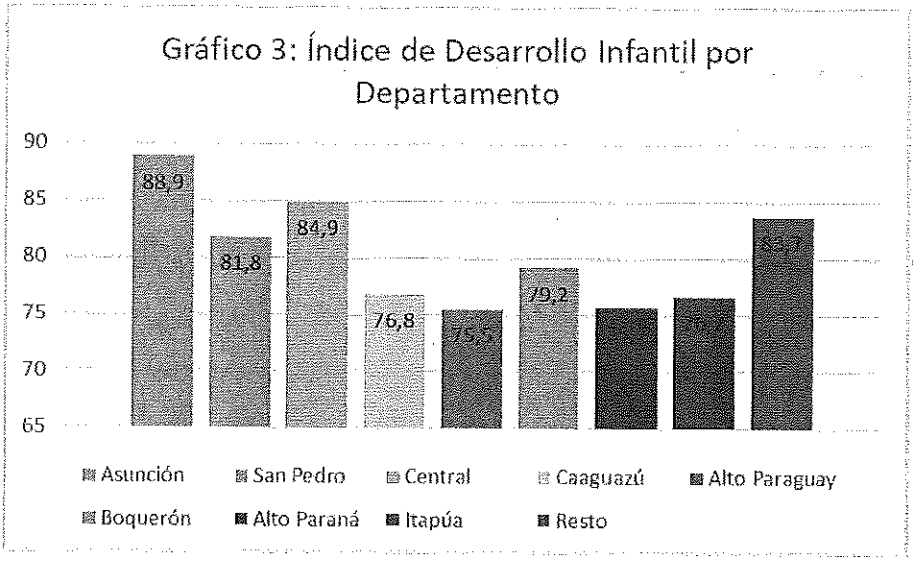
En primer término se puede notar que el dominio con mayor desarrollo es el físico (97,6%) y el de menor desarrollo es el de alfabetización y conocimientos numéricos (23,9%) (Gráfico 1). Es una importante brecha la que se observa entre el dominio de alfabetización y los demás dominios. Esto debería llevar a pensar en los programas de estímulo al desarrollo de alfabetismo en los niños y niñas durante los primeros años de vida y están directamente relacionados a la estimulación que reciben en la familia y el acceso a programas de educación, tanto formal como no formal. También cabría evaluar la validez de los indicadores de alfabetización, si corresponde a las expectativas de desarrollo entre los 3 y 4 años de edad.



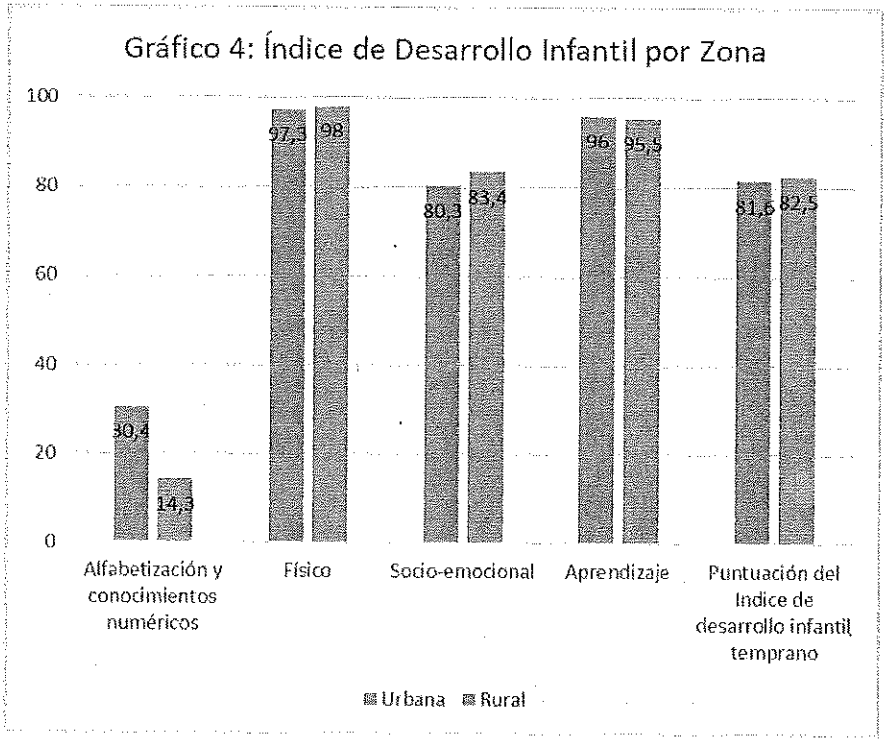
Por otra parte, no se observan diferencias importantes en el desarrollo infantil entre niños y niñas. En general, las niñas tienen una leve superioridad en el puntaje en el índice de desarrollo infantil, que en las niñas es de 83,6% mientras que en los niños es del 80,45% (Gráfico 2).



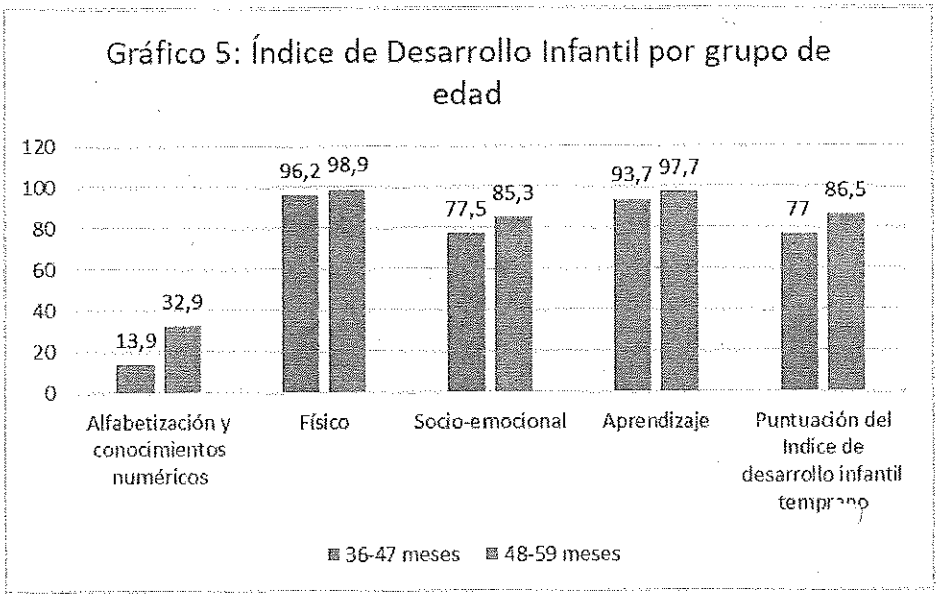
El análisis territorial permite identificar importantes brechas entre los diferentes departamentos del país, siendo Asunción el área que logra el mayor índice de Desarrollo Infantil (88,9%), seguido por el Departamento Central (84,9%). Los departamentos con más bajos niveles en el índice, son Alto Paraguay (75,5%) y Alto Paraná (75,7%) (Gráfico 3).



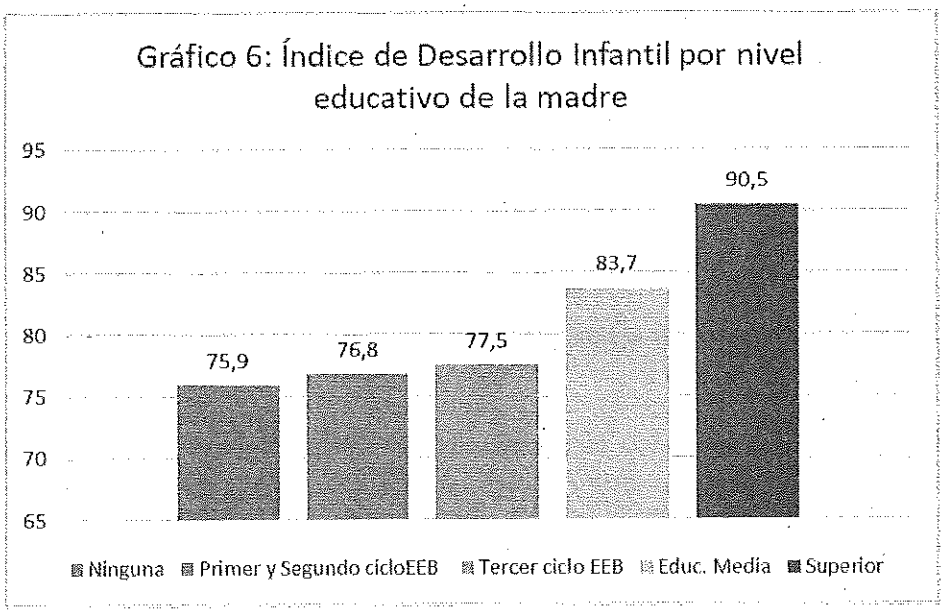
Al comparar los resultados por zonas (rural y urbana), se puede notar que los resultados son similares, siendo el índice global levemente superior en zonas rurales (82,5% versus 81,6%). Analizando cada dominio, se puede notar que los resultados son ligeramente más altos en zonas rurales en el aspecto físico y emocional, pero considerablemente superiores en zonas urbanas en el dominio de alfabetización y conocimientos numéricos (Gráfico 4).



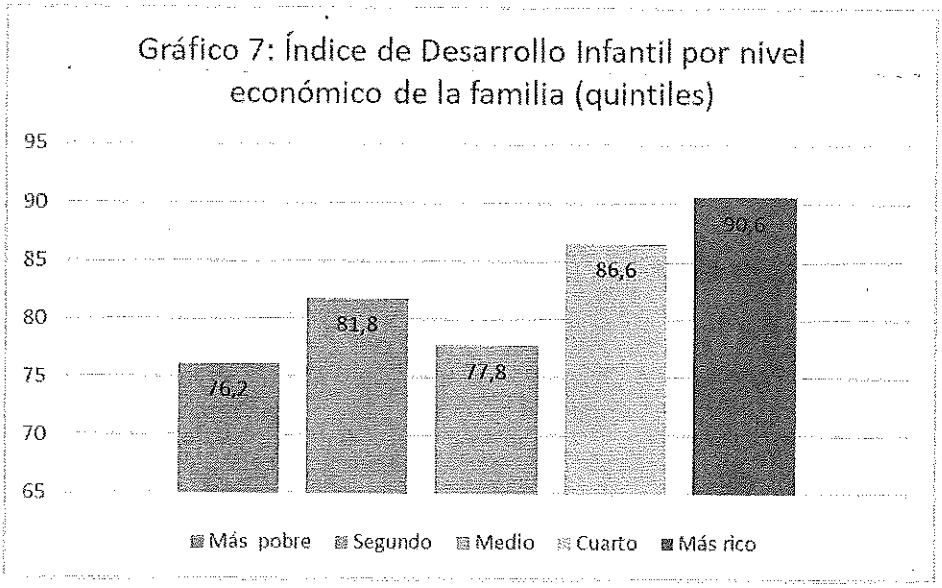
Al comparar el índice de desarrollo infantil entre los niños y niñas de 3 y los de 4 años, se puede notar sobresalientes resultados en los de 4 años, hecho esperable considerando los avances evolutivos y en el desarrollo que se dan en un año en este periodo. El avance más importante se da en alfabetización y conocimientos numéricos (Gráfico 5).



Un resultado importante que arroja el MICS es la relación entre el índice de Desarrollo Infantil y el nivel educativo de la madre. El índice es de 75,9 en madres sin ningún nivel educativo versus un índice de 90,5 observado en madres con un nivel educativo superior (Gráfico 6).



Por otra parte se observa también una relación entre el índice de desarrollo infantil y el nivel socioeconómico de la familia, donde el índice es más bajo en las familias más pobres (76,2) y más alto en las familias del quintil más rico (90,6) (Gráfico 7).



En términos generales, se puede notar un importante potencial en el MICS y particularmente, en el Índice de Desarrollo Infantil para establecer una línea de base para el seguimiento del Programa, ya que de una manera rápida, puede generar datos relevantes sobre los principales dominios del desarrollo.

Los resultados arrojan conclusiones de relevancia, al mostrar por ejemplo, los bajos niveles en el dominio de alfabetización y conocimientos numéricos. También las brechas entre departamentos del país, entre nivel socio-económico de las familias y la relación entre educación de la madre el índice de desarrollo.

Estos resultados indican que el mejoramiento de la situación socioeconómico de las familias y de los niveles educativos, son claves para avanzar en el índice de desarrollo infantil.

Algunos aspectos que deberían ser analizados y revisados, de tal forma a fortalecer este instrumento

Primero, llama la atención la distancia entre el dominio de alfabetización y conocimientos numéricos con los demás dominios. Esto requiere someter a un análisis de validez de los indicadores utilizados para la medición del dominio de alfabetización. Puede ser que el mismo supere el rango esperado de desarrollo para niños y niñas de 3 y 4 años.

El instrumento, aparentemente, tiene poco poder de discriminación (los resultados son muy similares para diferentes grupos). Se podría considerar ampliar el número de ítems, sin que esto signifique complejizar y dificultar la aplicación.

Sería recomendable evaluar la validez general del índice de desarrollo infantil del MICS con otras mediciones más complejas utilizadas en el país. Habría que considerar, por ejemplo,

con los resultados obtenidos por el Programa de Indicadores de Desarrollo Infantil (PRIDI)[10], desarrollados y utilizados en el país.

Sobre la muestra de estudio, el muestreo permite obtener resultados a nivel nacional y desagregar por algunos estratos. Se reportan resultados para Asunción y algunos departamentos del país pero no para todos. Además, no incluyen algunos de los departamentos que forman parte de las acciones del PDIT. Este aspecto se debería reconsiderar, sobre todo si se pretende utilizar estos datos como línea de base y como medición de avance del Programa.

4.2 Análisis de los datos de la aplicación del Inventario del Desarrollo Battelle

La prueba Battelle constituye un instrumento que permite evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo infantil en los primeros años de vida. Está integrado por 341 ítems agrupados en cinco áreas: personal, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. La prueba cuenta con una versión más breve con el fin de realizar un tamizaje o *screening* del niño con el objetivo de identificar a aquellos con riesgo de presentar rezago o desviaciones del desarrollo.

Las áreas que evalúa la prueba Battelle son las siguientes:

Área personal/social

- Interacción social con el adulto
- Expresión de sentimientos / afecto
- Autoconcepto
- Interacción con los compañeros
- Colaboración
- Rol social

Área adaptativa

- Atención
- Comida
- Vestido
- Responsabilidad personal
- Aseo

Área Motora (gruesa y fina)

- Control muscular

[10] Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2015). Urgencia y Posibilidad: Una primera iniciativa para crear datos comparables a nivel regional sobre desarrollo infantil en Latinoamérica.

- Coordinación corporal
- Locomoción
- Motricidad fina
- Motricidad perceptiva

Área de Comunicación

- Receptiva
- Expresiva

Área Cognitiva

- Discriminación perceptiva
- Memoria
- Razonamiento y habilidades escolares
- Desarrollo conceptual

La distribución de ítems por áreas y subáreas de la prueba completa y de la versión screening es la siguiente:

En cuanto a la puntuación de la prueba, para este análisis se utilizaron los valores establecidos en el NIVEL DE CRITERIO que incluyen los siguientes puntajes:

- ND: cuando los valores de la prueba se ajustan a las habilidades esperadas para el grupo de edad al que pertenece la niña o niño evaluado
- 1 Desviación típica por debajo de la media = "borderline", así que es conveniente aplicar todo el inventario para determinar si hay déficits. REZAGO
- 1,5 o más desviaciones típicas por debajo de la media = es conveniente aplicar el Battelle completo para confirmar déficits específicos. DESVIACIÓN
- 2 o más desviaciones típicas por debajo de la media = no superado, así que hay que aplicar todo el inventario para determinar déficits específicos. DESVIACIÓN

Descripción de la muestra

Unas de las actividades realizadas en el marco del PDIT fue la capacitación de los profesionales (médicos y enfermeras) en la aplicación de la prueba Battelle. Como parte de esta capacitación los participantes aplicaron pruebas a niños y niñas en sus USF.
Para esta evaluación, se obtuvieron 126 aplicaciones de las pruebas de 32 USF de diferentes zonas del país, fueron procesadas y analizadas utilizando herramientas de las estadísticas descriptiva.

Cabe señalar que esta muestra no tiene una representativa, ya que no fue elegida a partir de un diseño muestral, y solo tiene como objetivo presentar tendencias generales que emergen de estos datos y analizar el potencial del instrumento como medio para establecer una línea de base y con posterioridad, medir el impacto del PDIT en el desarrollo infantil temprano.

El análisis se realiza el total de la muestra (126) y luego se analiza por grupos de edad (en meses): 0 a 9 meses, 10 a 18 meses y 19 a 30 meses.

Unidad de Salud de la Familia a la que pertenecen				
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje válido**	**Porcentaje acumulado**
No contesta	36	28,6	28,6	28,6
Abai	3	2,4	2,4	31,0
Hospital Regional de Villarrica	3	2,4	2,4	33,3
María Auxiliadora	2	1,6	1,6	34,9
Ñupyahu	3	2,4	2,4	37,3
Potrero Guazu	3	2,4	2,4	39,7
San Marcos	4	3,2	3,2	42,9
San Roque	2	1,6	1,6	44,4
Taruma	3	2,4	2,4	46,8
Tavai	8	6,3	6,3	53,2
TUNA	3	2,4	2,4	55,6
Alemán Cué	3	2,4	2,4	57,9
Asentamiento Núcleo 3	3	2,4	2,4	60,3
Caacupemí	1	,8	,8	61,1
Capitán Giménez	3	2,4	2,4	63,5
Capitán Sosa	3	2,4	2,4	65,9
Cerro Memby	3	2,4	2,4	68,3
Culantrillo	3	2,4	2,4	70,6
Hugua Po'i	3	2,4	2,4	73,0
Indígena San Francisco	3	2,4	2,4	75,4
Jhugua Guazu	3	2,4	2,4	77,8
Loma Barrero	1	,8	,8	78,6
Loma Merlo	1	,8	,8	79,4
Peguayko-mi	3	2,4	2,4	81,7
Potrero Ybaté	3	2,4	2,4	84,1
Pusiño	3	2,4	2,4	86,5
San Alfonso	3	2,4	2,4	88,9
San José Obrero	2	1,6	1,6	90,5
Sanja Cue	3	2,4	2,4	92,9
Sargento Castiglioni	4	3,2	3,2	96,0

Villa María Auxiliadora	3	2,4	2,4	98,4
Zabalas Cue San Francisco	2	1,6	1,6	100,0
Total	**126**	**100,0**	**100,0**	

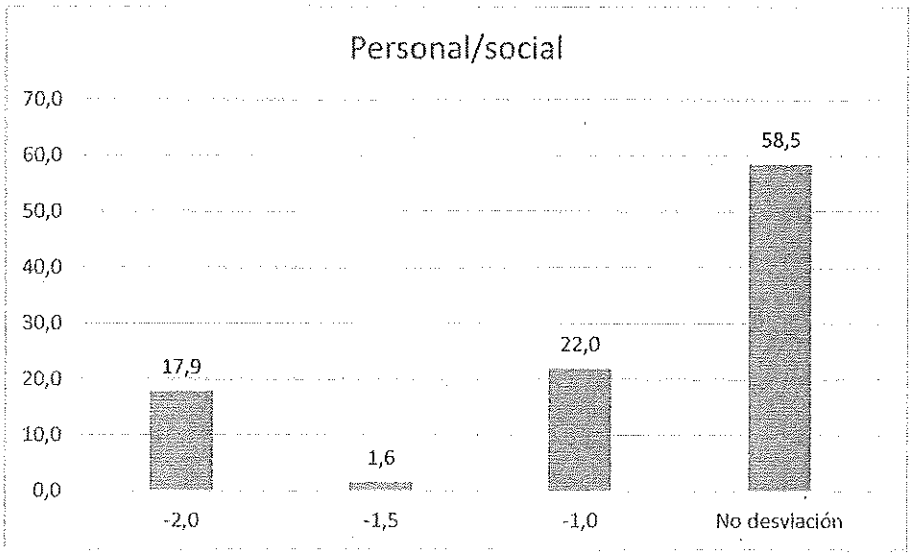
Principales hallazgos

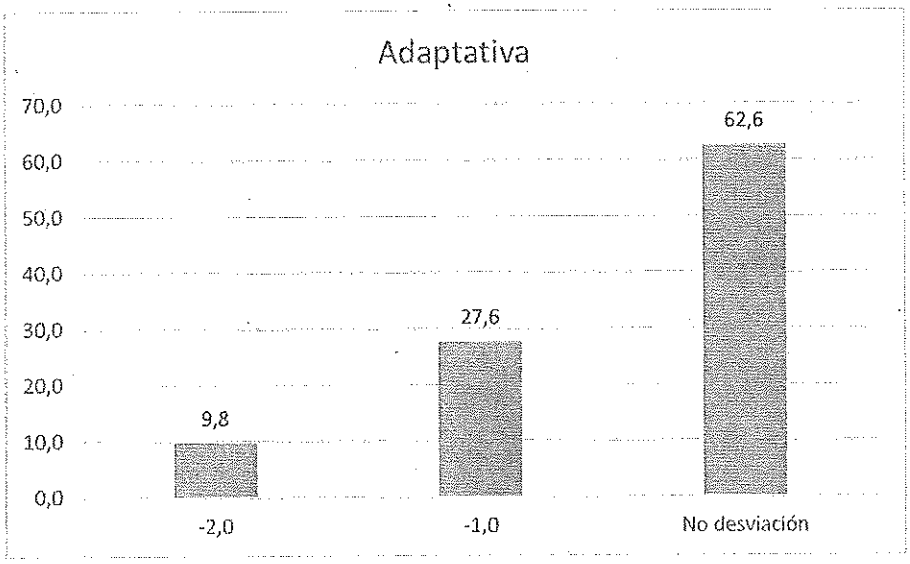
Un análisis general de los niños y niñas evaluadas muestra que el 58,7 no muestra desviación respecto a los valores esperados, el 26,6% tiene una desviación de – 1, el 3,7% de -1,5 y el 11% de -2. En general, el área con mayor déficit en el desarrollo es en el área de comunicación expresiva, tanto en el análisis global como en el análisis por grupos de edad. Por otra parte, el área con menos rezago es el del desarrollo motor.

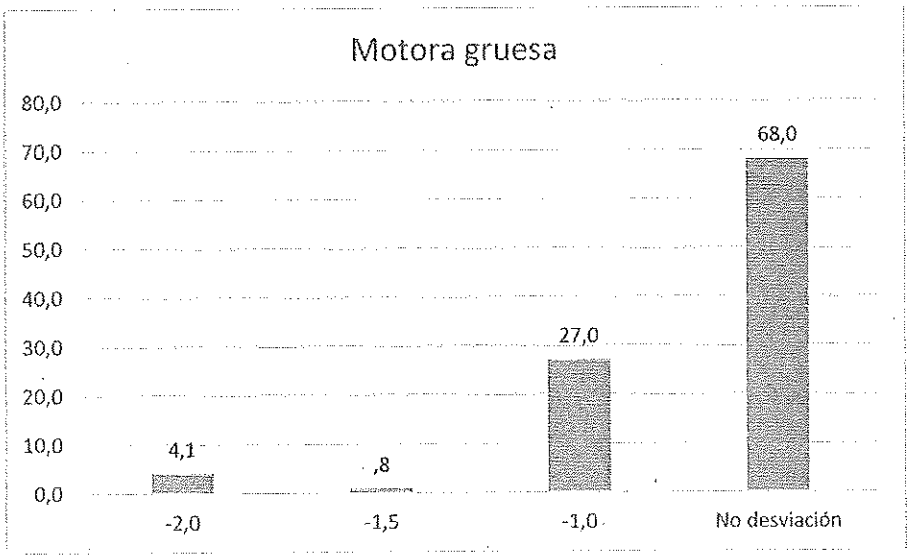
Otro aspecto que se puede destacar es que los resultados muestran un aumento del porcentaje de niños y niñas con rezago a medida que aumenta la edad.

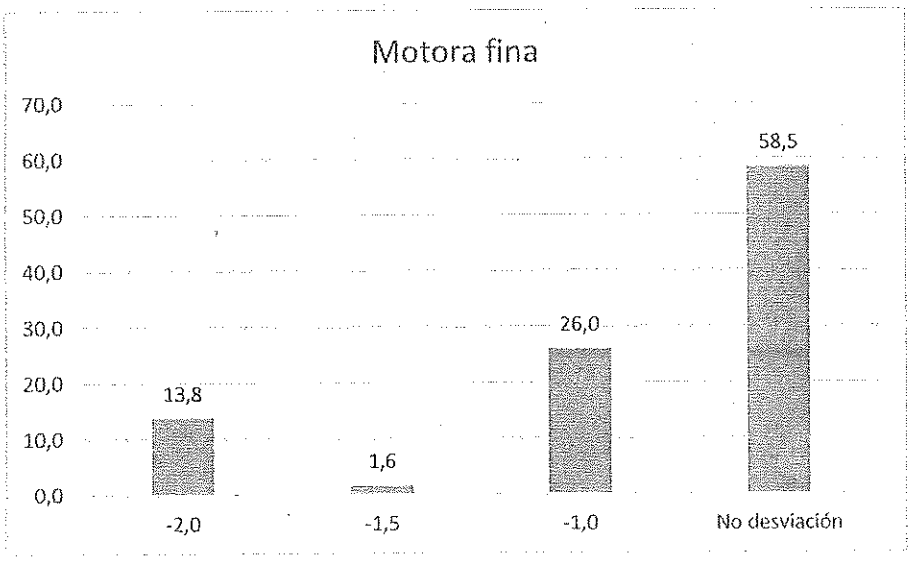
Estos resultados, si bien no son representativos de la población de 0 a 30 meses, indican la importancia de la atención a la primera infancia y la necesidad de contar con servicios de segundo y tercer nivel para la atención de los niños y niñas que muestran rezagos a partir del tamizaje realizado con la versión breve de la prueba Battelle.

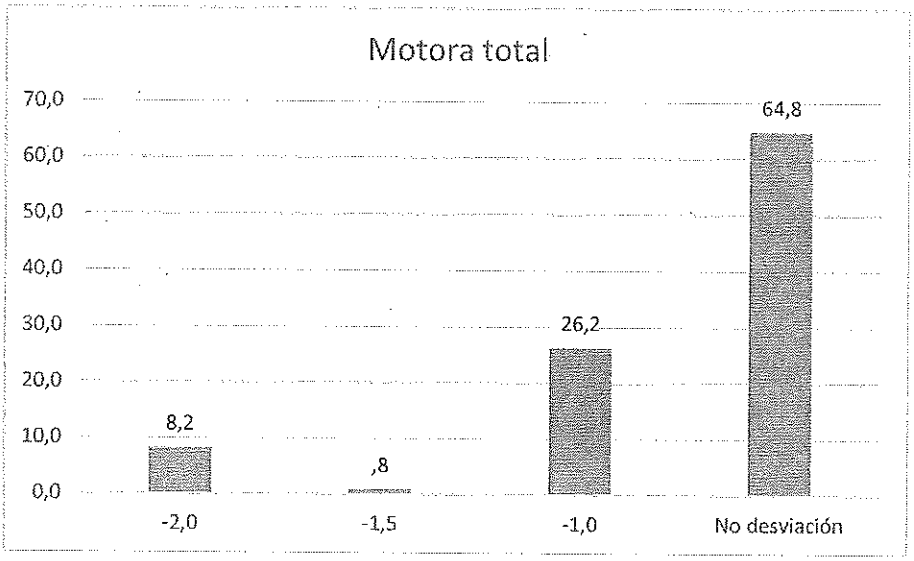
Análisis general de niños y niñas evaluados (de 0 a 30 meses)

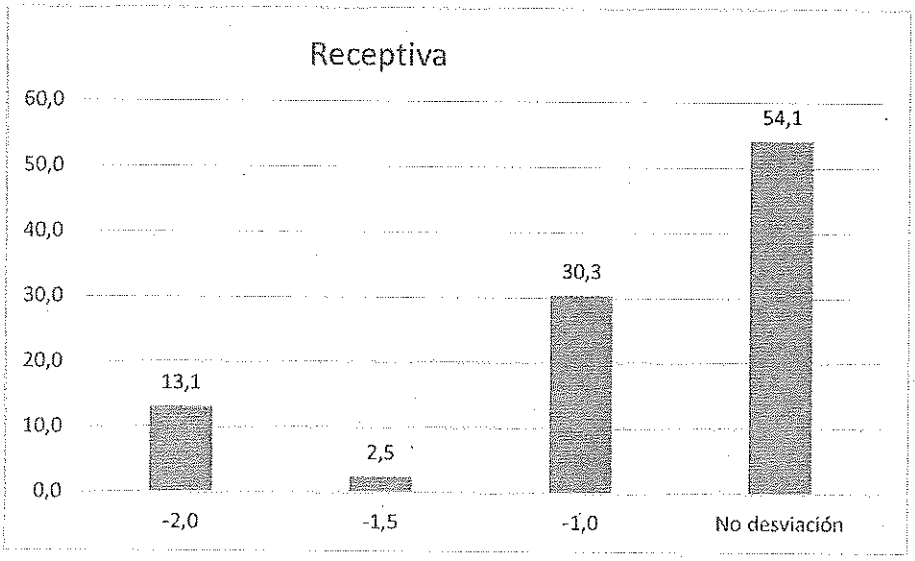


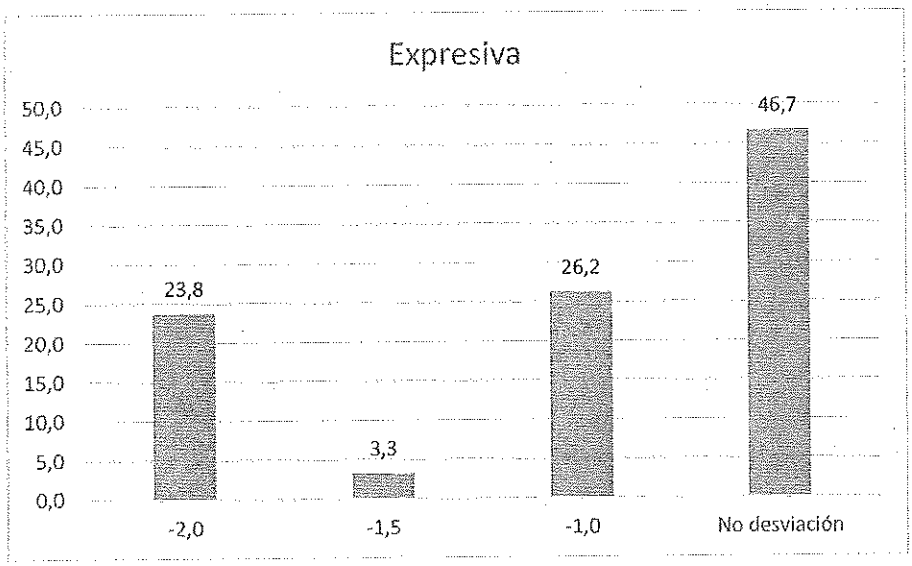

Adaptativa
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
9,8
27,6
62,6
-2,0
-1,0
No desviación

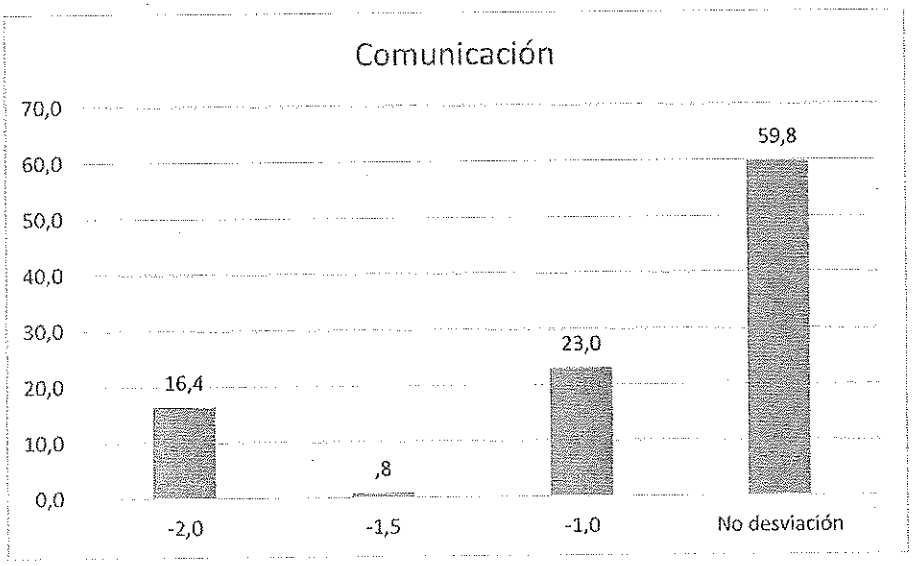

Motora gruesa
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
4,1
,8
27,0
68,0
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

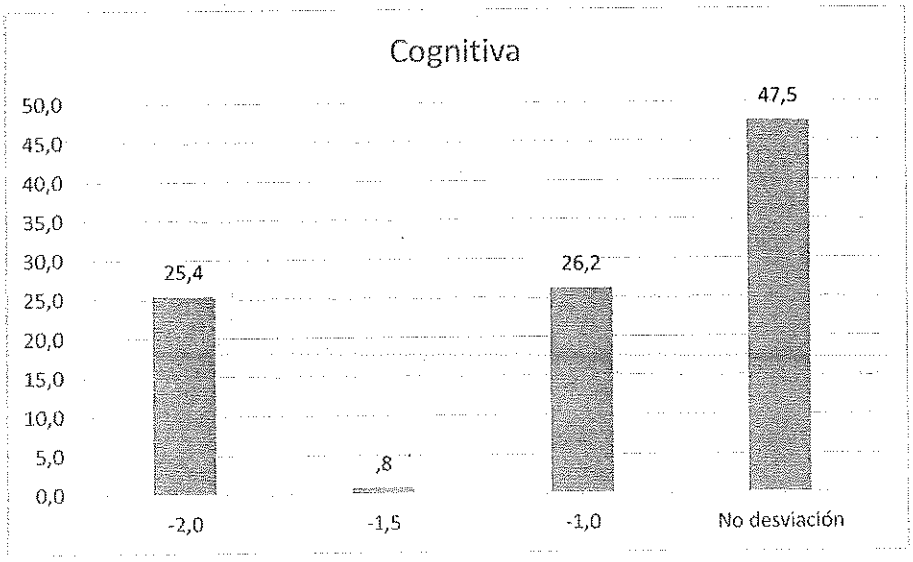

Motora fina
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
13,8
1,6
26,0
58,5
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

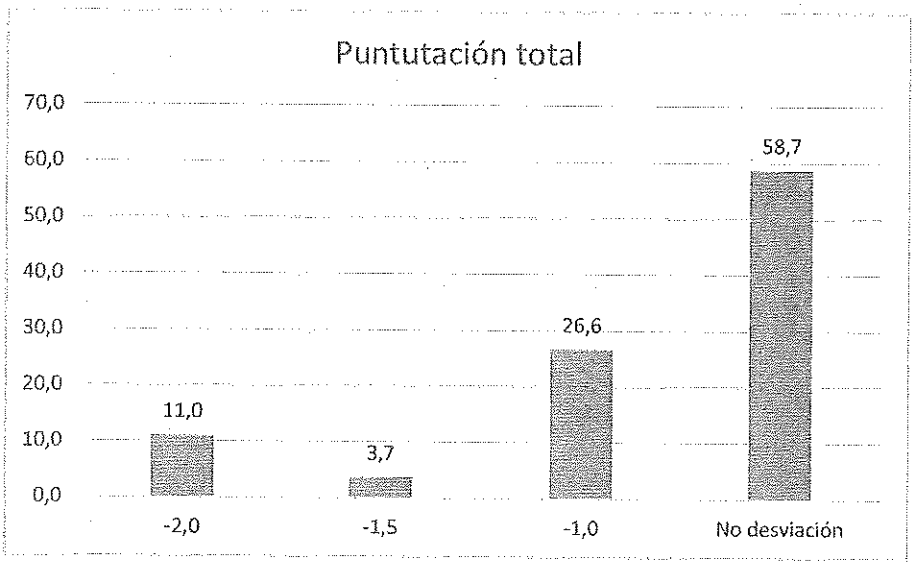

Motora total
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
8,2
,8
26,2
64,8
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

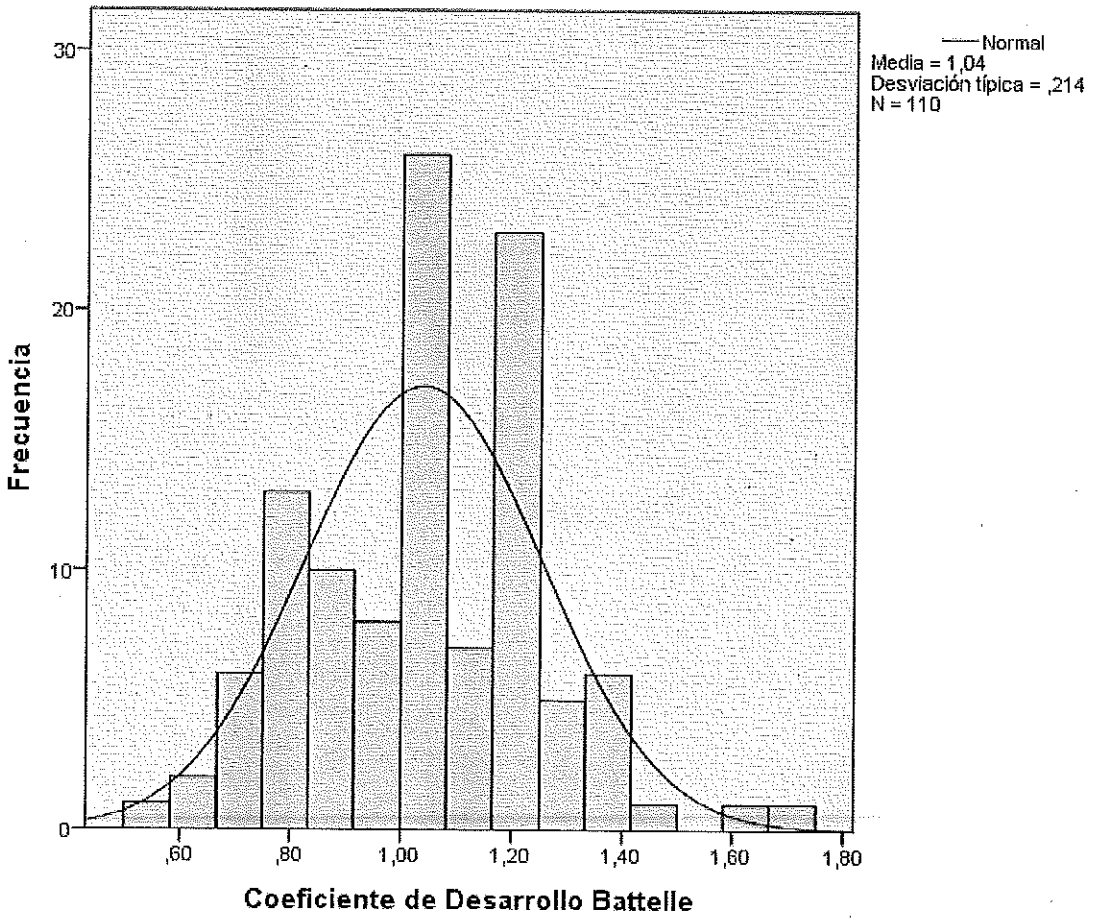

Receptiva
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
13,1
2,5
30,3
54,1
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación


Expresiva
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
23,8
3,3
26,2
46,7
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

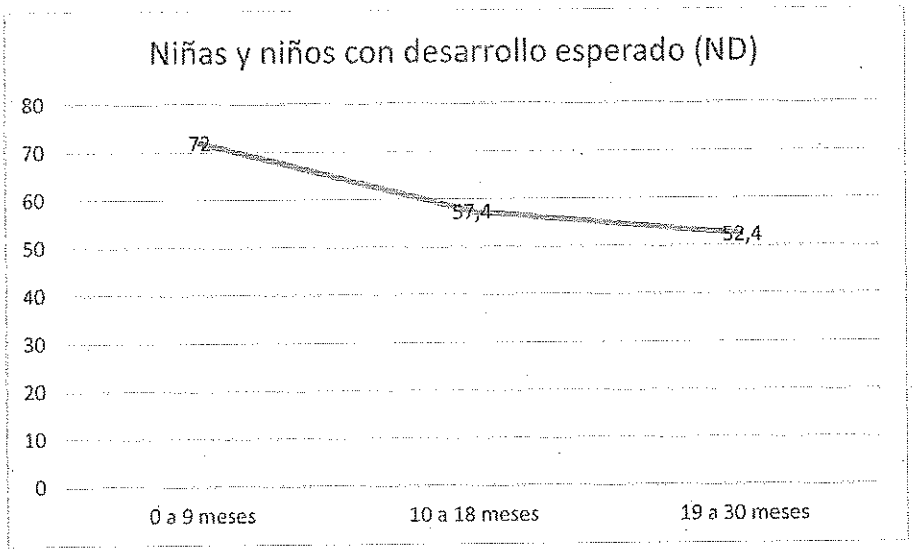

Comunicación
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
16,4
,8
23,0
59,8
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación


Cognitiva
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
25,4
,8
26,2
47,5
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

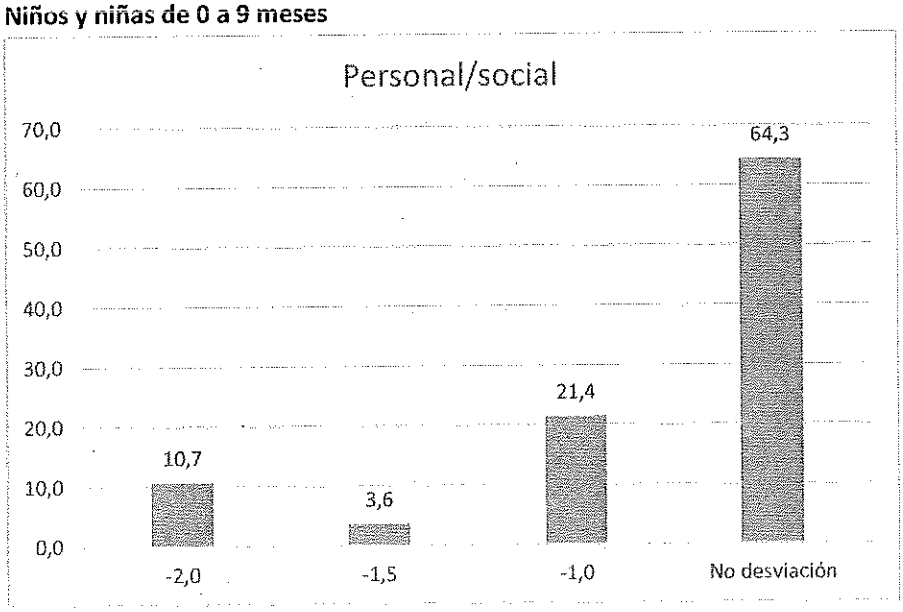

Puntutación total
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
11,0
3,7
26,6
58,7
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

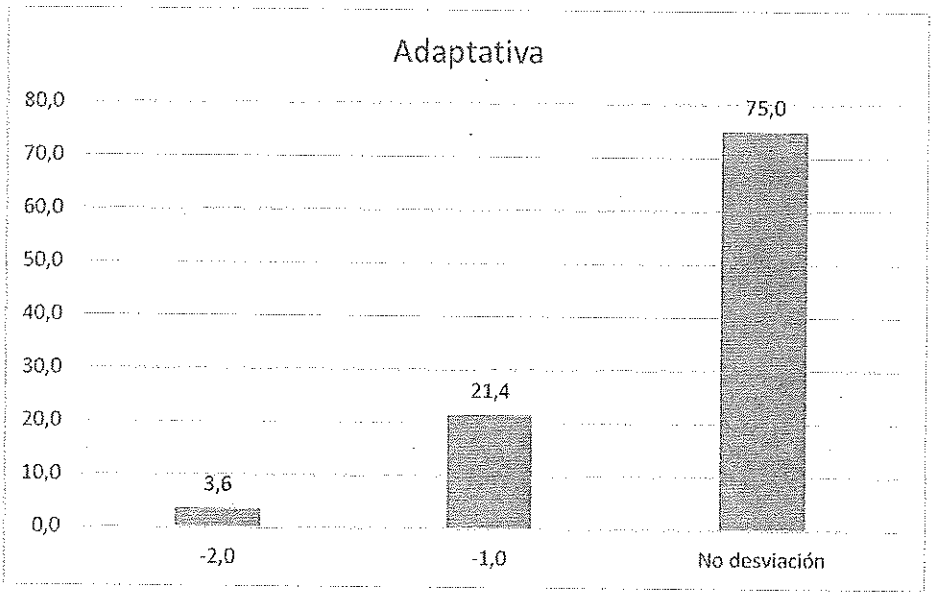

Normal
Media = 1,04
Desviación típica = ,214
N = 110
Frecuencia
30
20
10
0
,60
,80
1,00
1,20
1,40
1,60
1,80
Coeficiente de Desarrollo Battelle

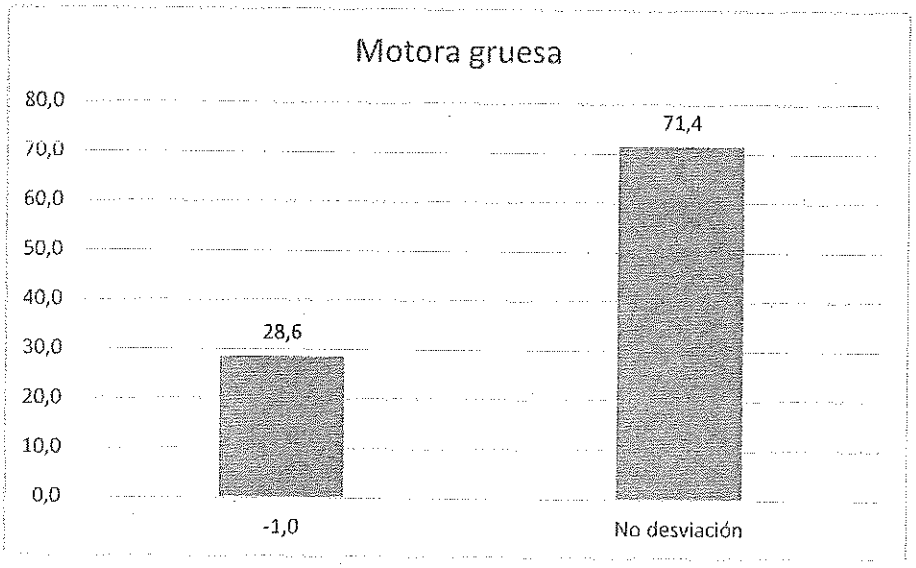
Análisis por grupo de edad

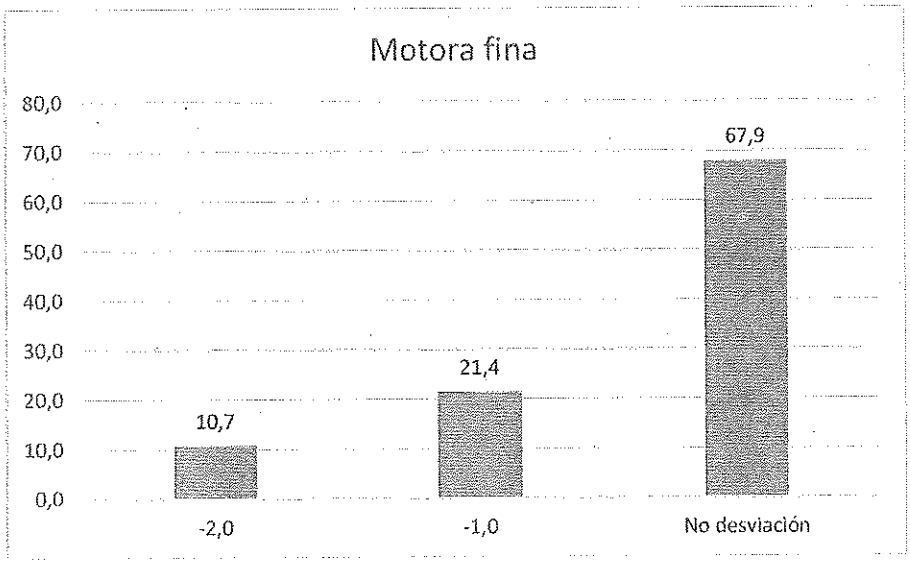


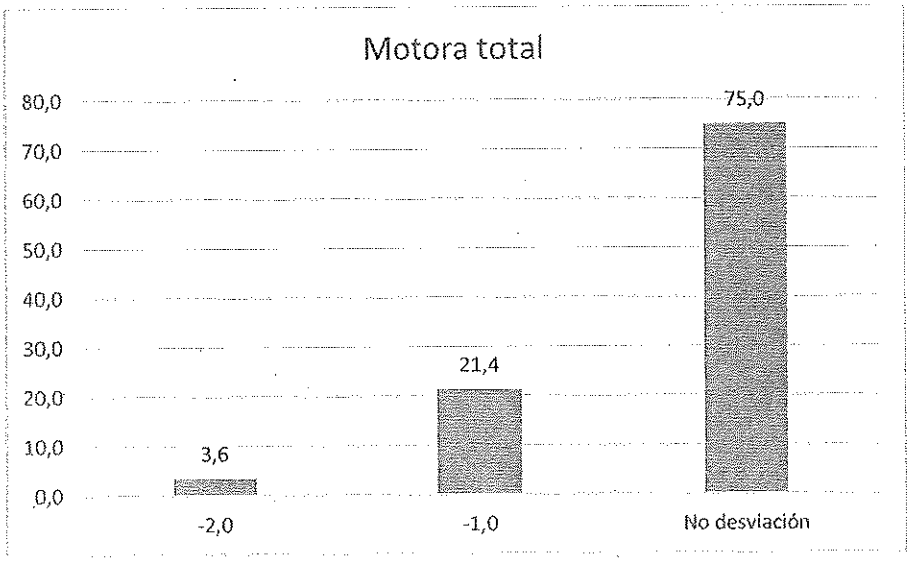
Niños y niñas de 0 a 9 meses

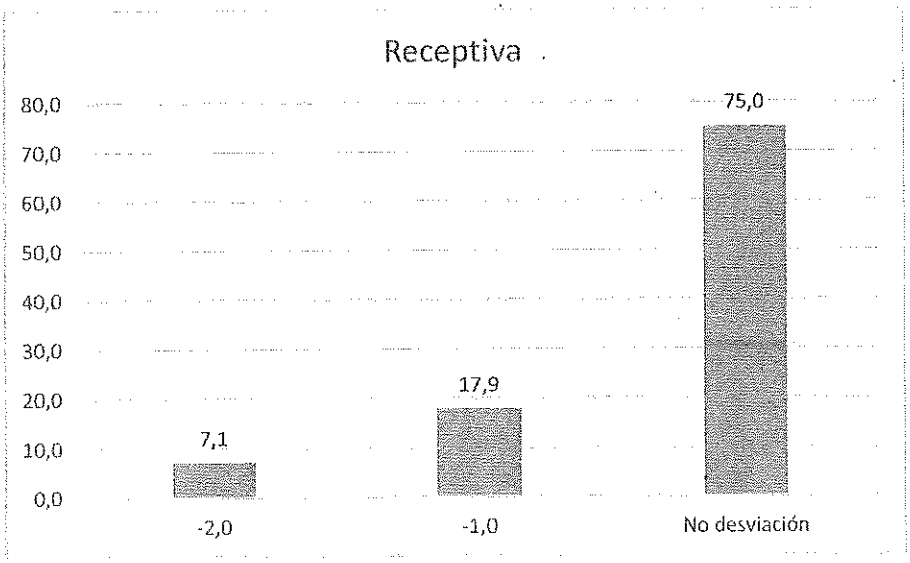


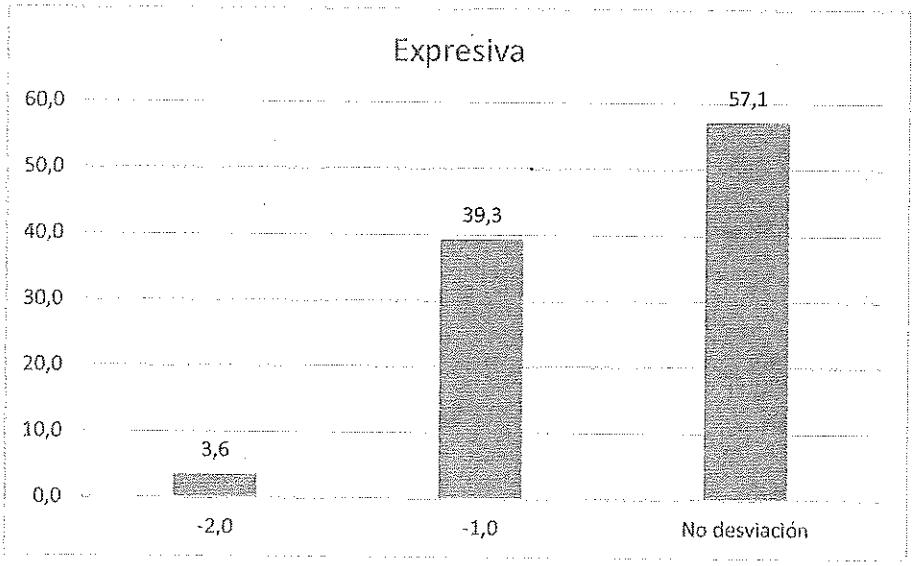

Adaptativa
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
3,6
21,4
75,0
-2,0
-1,0
No desviación

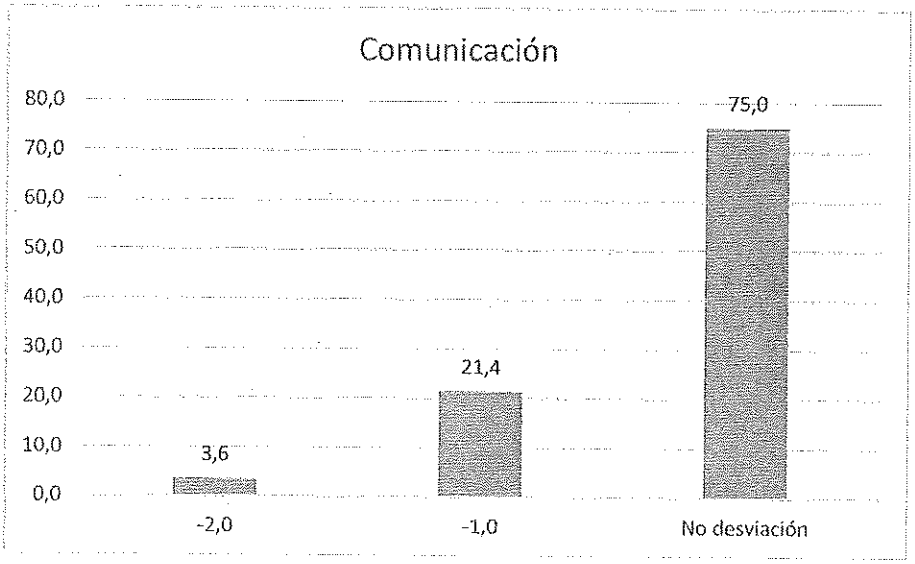

Motora gruesa
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
28,6
71,4
-1,0
No desviación

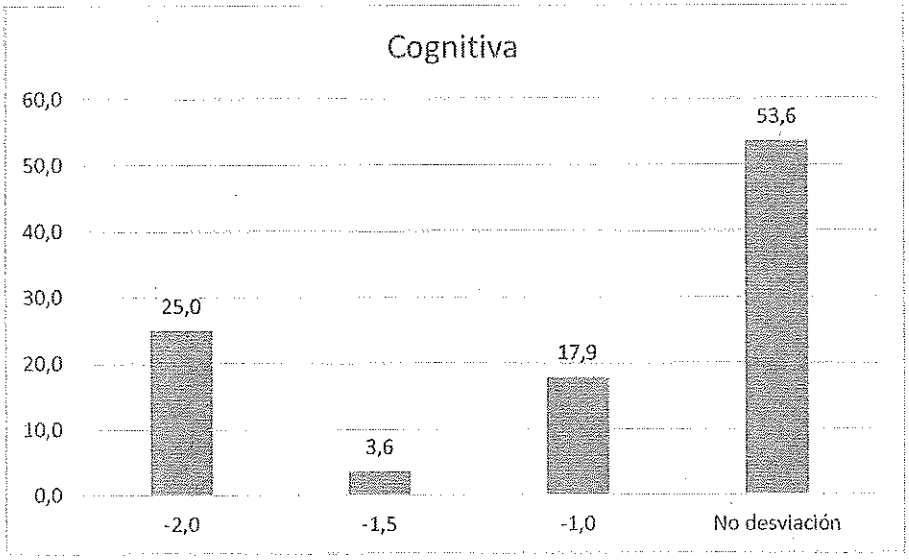

Motora fina
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
10,7
21,4
67,9
-2,0
-1,0
No desviación

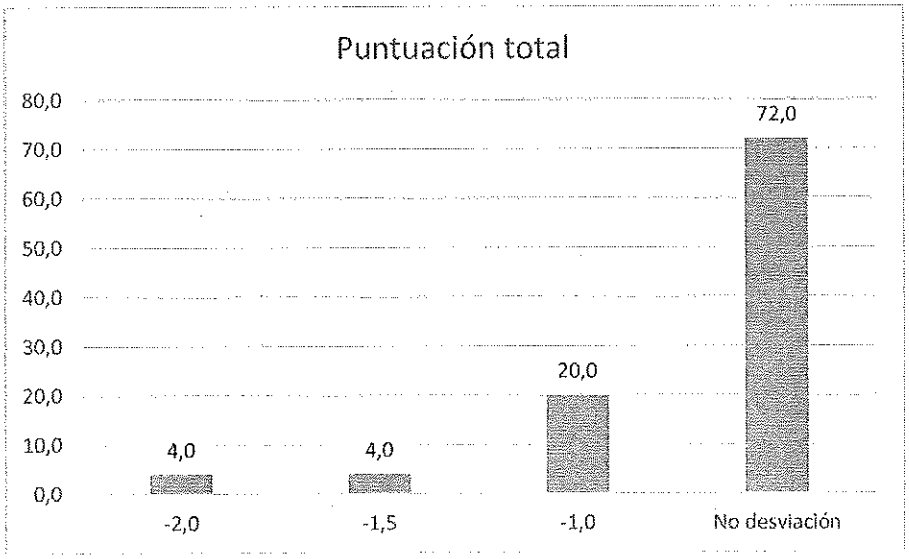

Motora total
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
3,6
21,4
75,0
-2,0
-1,0
No desviación

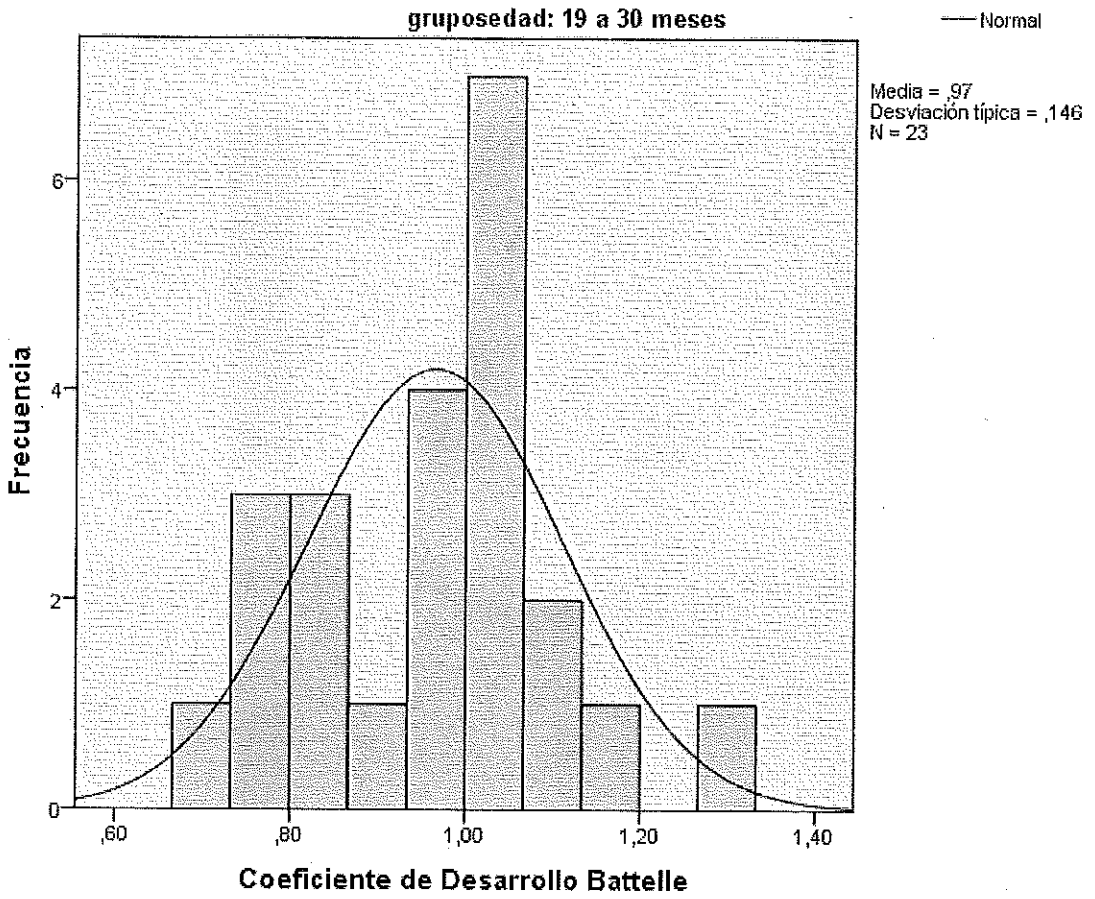

Receptiva
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
7,1
17,9
75,0
-2,0
-1,0
No desviación


Expresiva
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
3,6
39,3
57,1
-2,0
-1,0
No desviación

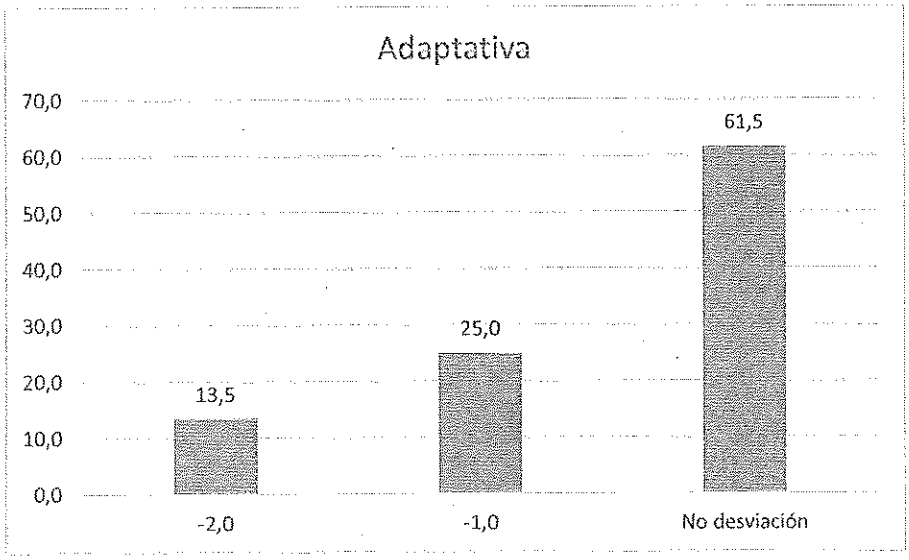

Comunicación
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
3,6
21,4
75,0
-2,0
-1,0
No desviación

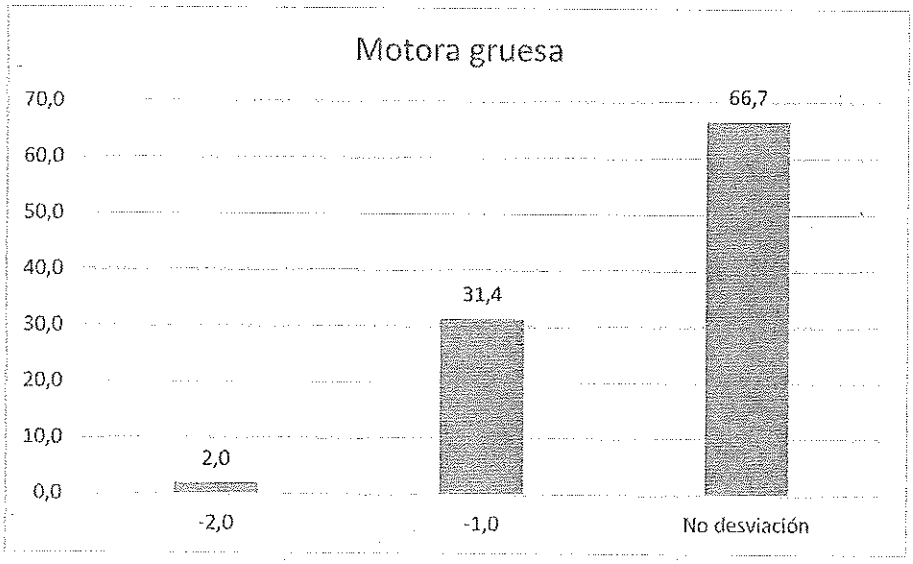

Cognitiva
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
25,0
3,6
17,9
53,6
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

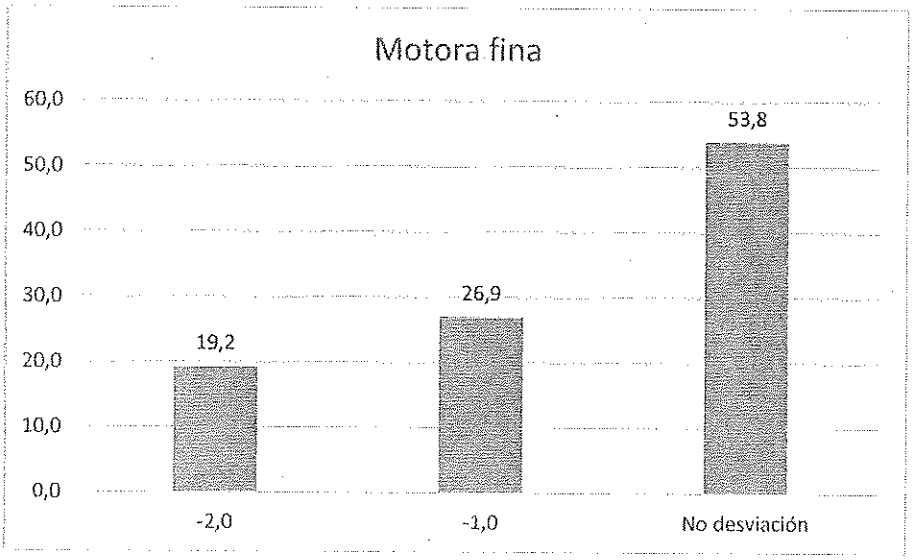

Puntuación total
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
4,0
4,0
20,0
72,0
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

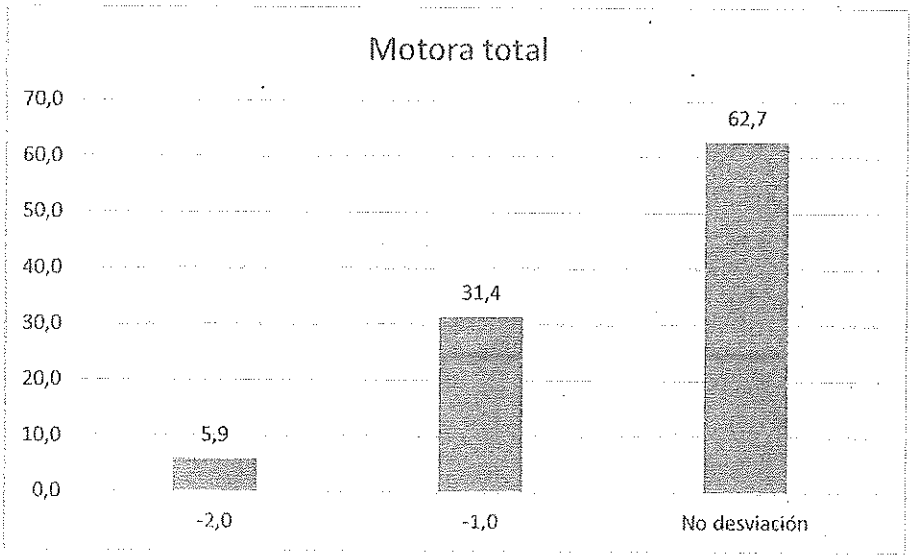

gruposedad: 19 a 30 meses
Normal
Media = ,97
Desviación típica = ,146
N = 23
Frecuencia
6
4
2
0
,60
,80
1,00
1,20
1,40
Coeficiente de Desarrollo Battelle

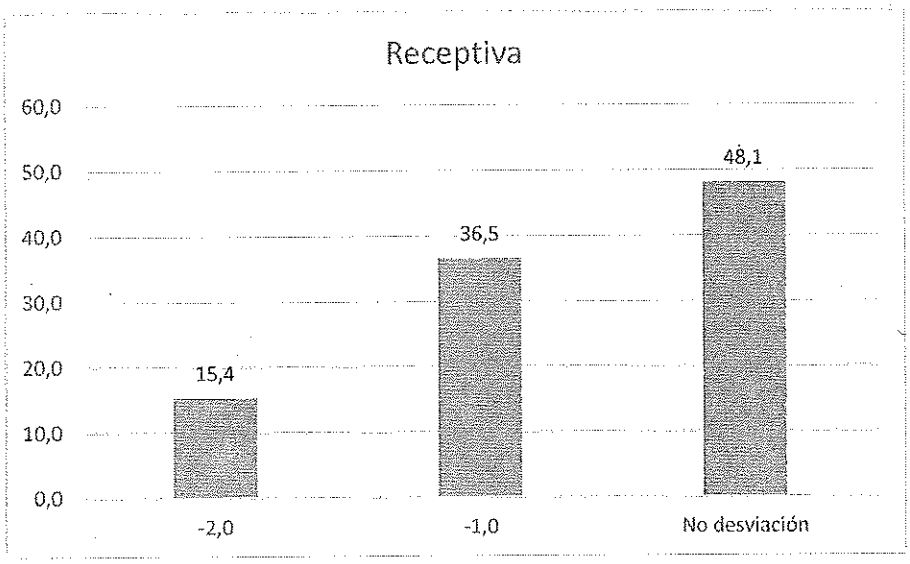
De 10 a 18 meses

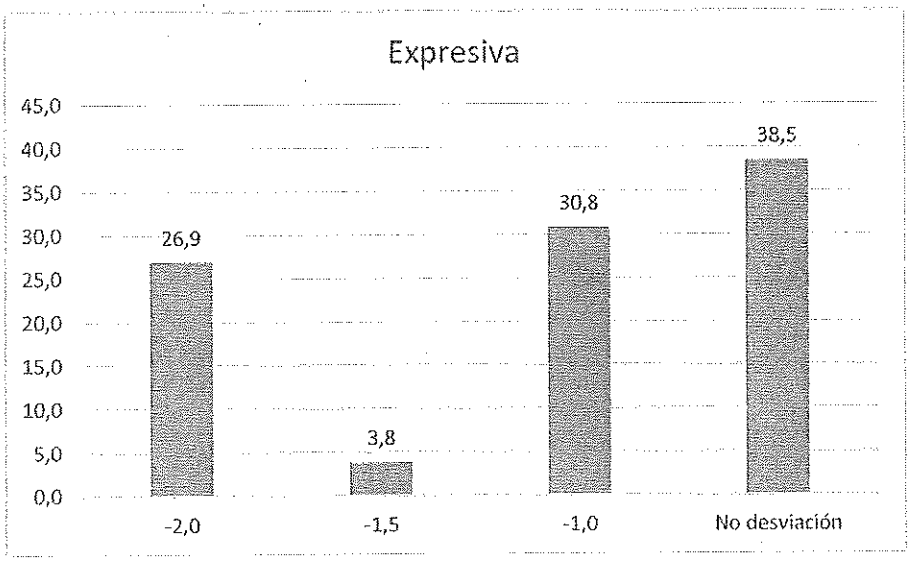


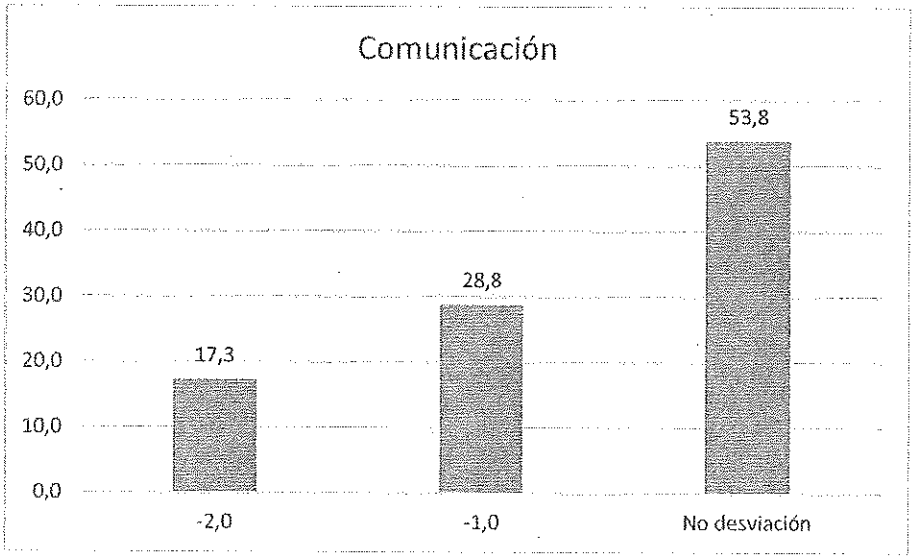

Motora gruesa
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
2,0
31,4
66,7
-2,0
-1,0
No desviación

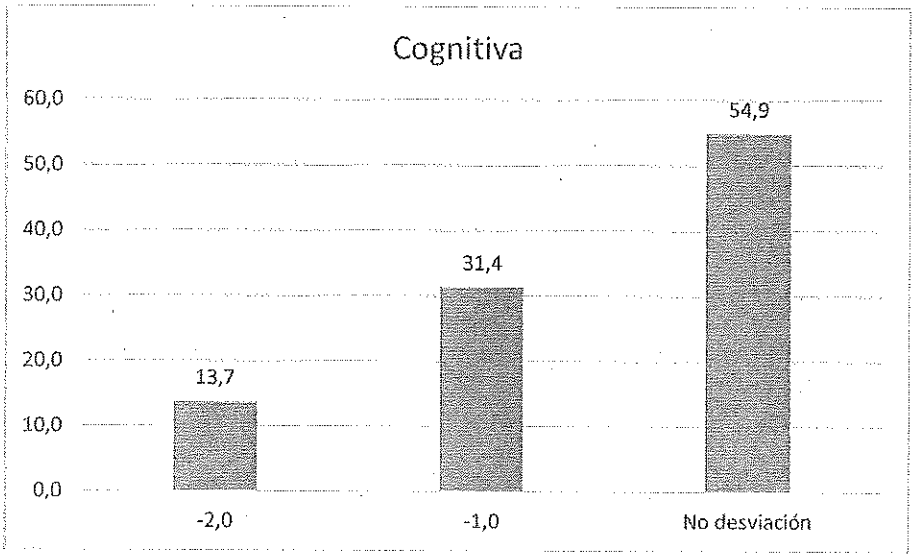

Motora fina
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
19,2
26,9
53,8
-2,0
-1,0
No desviación

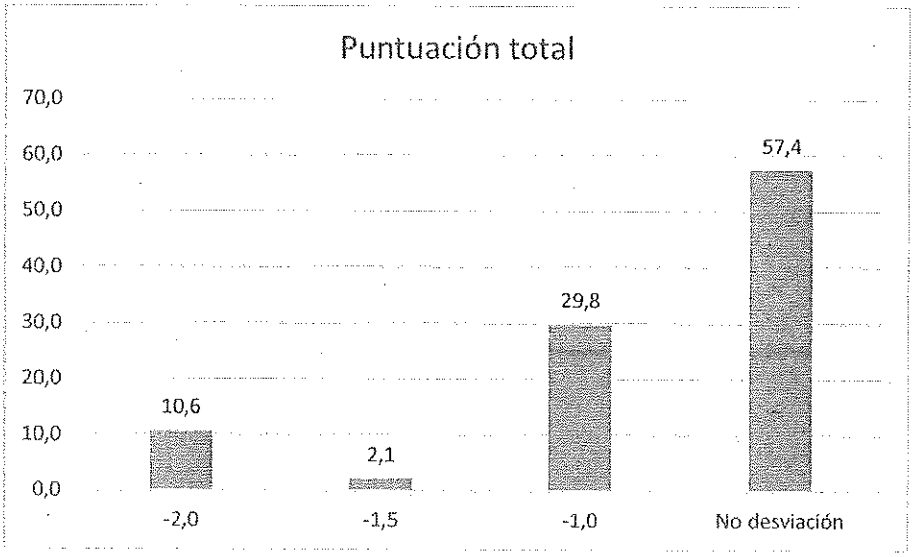

Motora total
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
5,9
31,4
62,7
-2,0
-1,0
No desviación

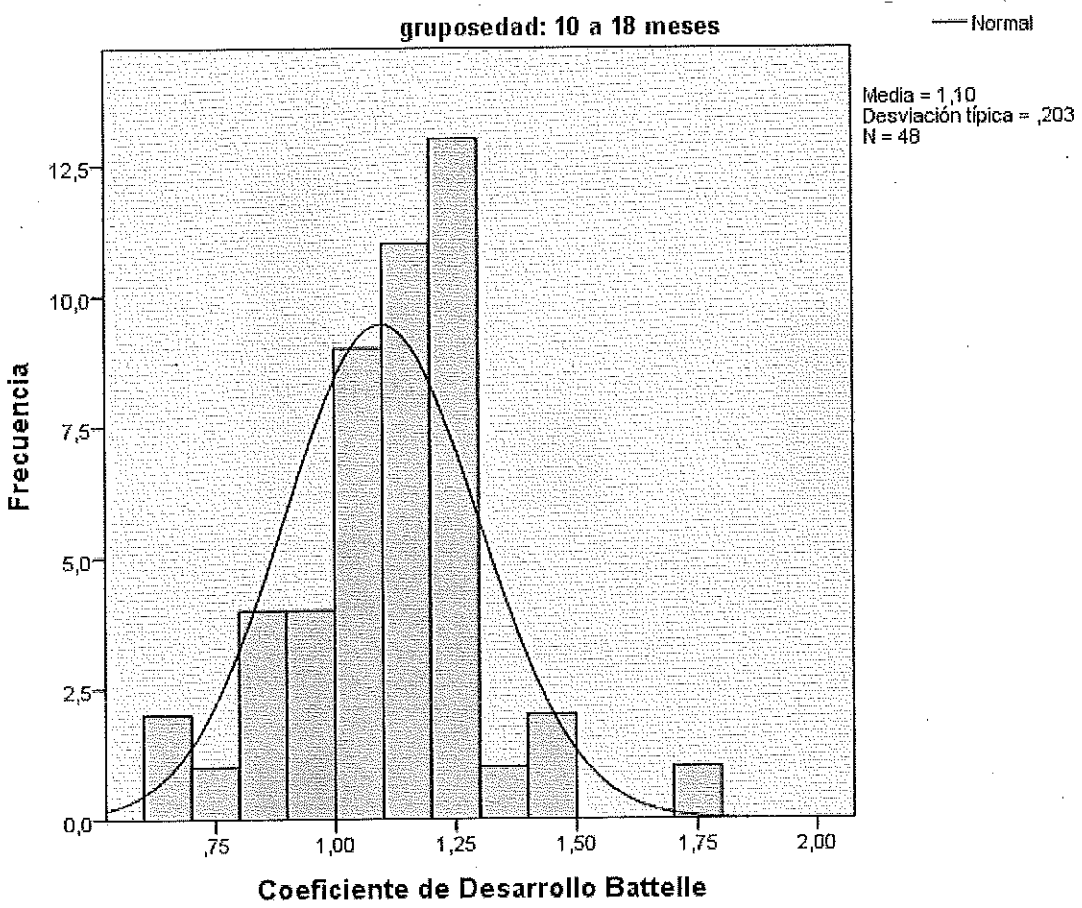

Receptiva
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
15,4
36,5
48,1
-2,0
-1,0
No desviación


Expresiva
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
26,9
3,8
30,8
38,5
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

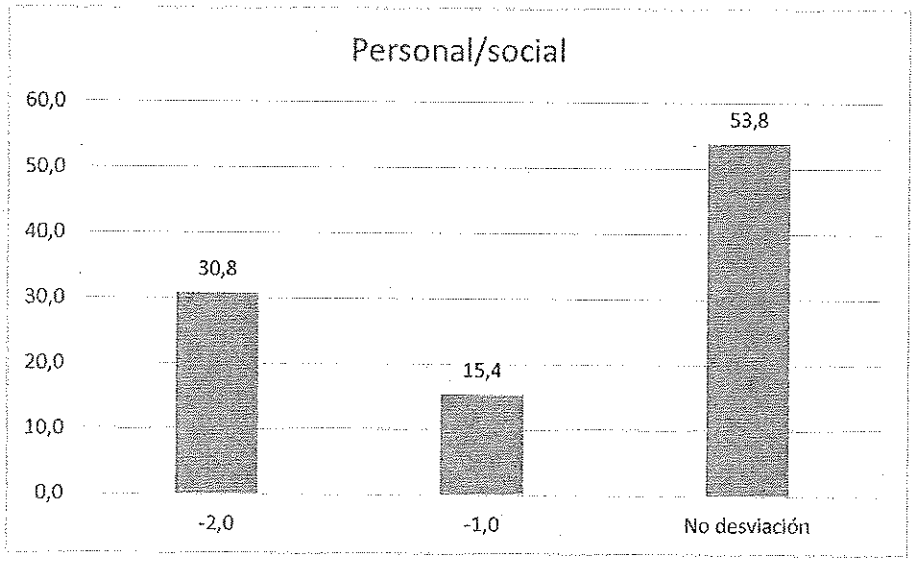

Comunicación
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
17,3
28,8
53,8
-2,0
-1,0
No desviación

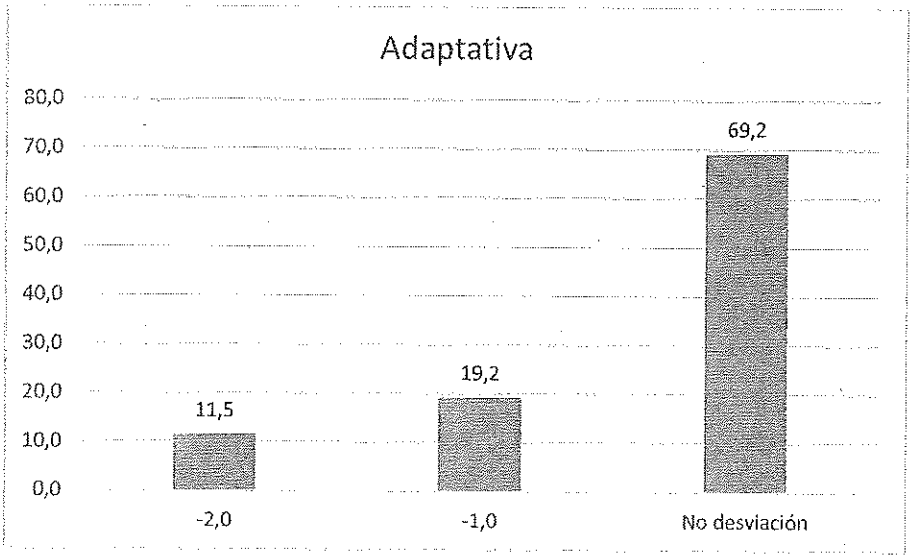

Cognitiva
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
13,7
31,4
54,9
-2,0
-1,0
No desviación

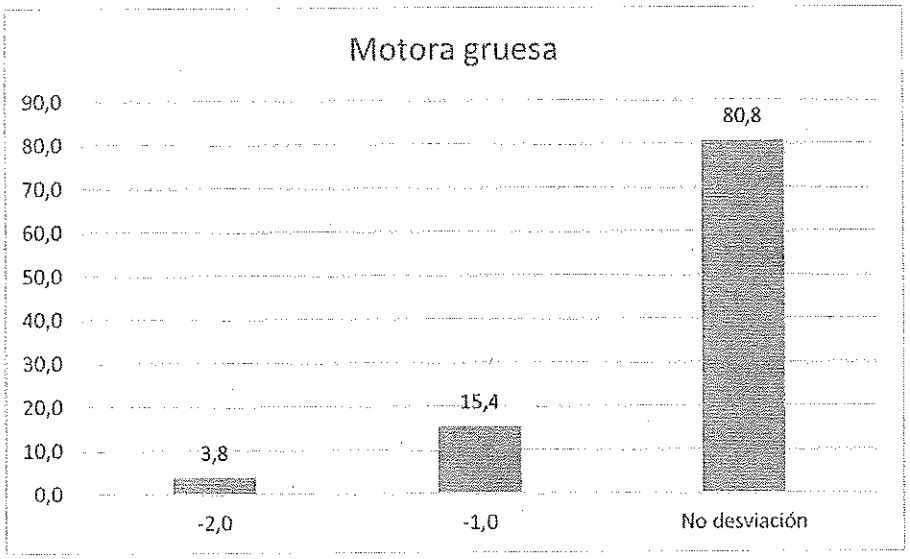

Puntuación total
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
10,6
2,1
29,8
57,4
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

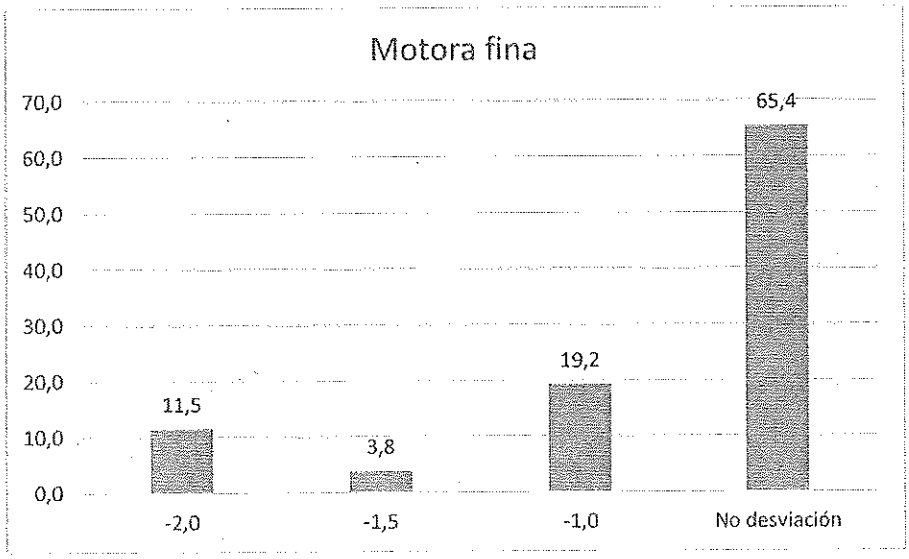

gruposedad: 10 a 18 meses
Normal
Media = 1,10
Desviación típica = ,203
N = 48
Frecuencia
12,5
10,0
7,5
5,0
2,5
0,0
,75
1,00
1,25
1,50
1,75
2,00
Coeficiente de Desarrollo Battelle

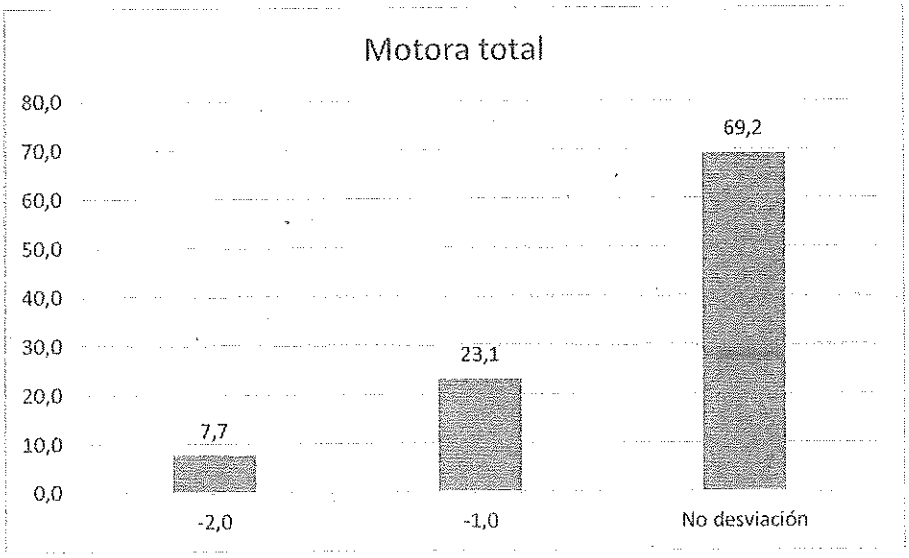
De 19 a 30 meses

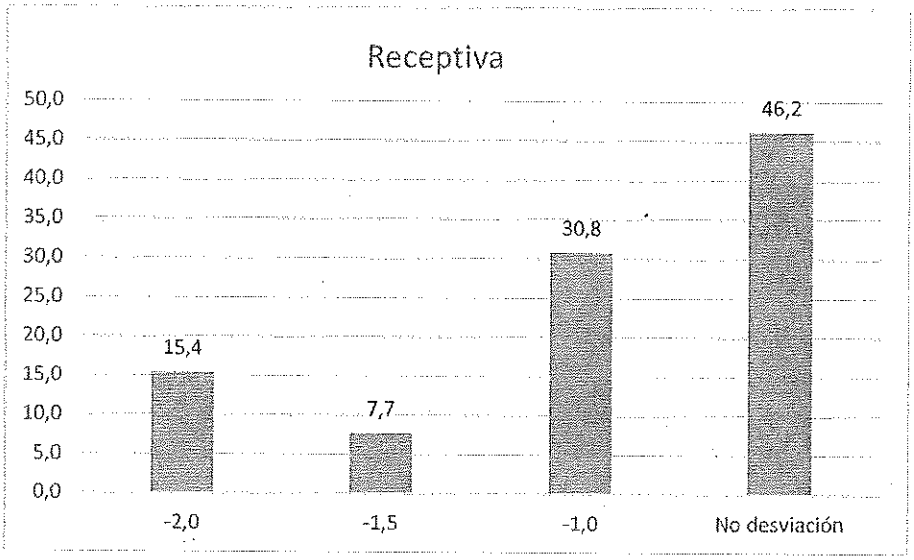


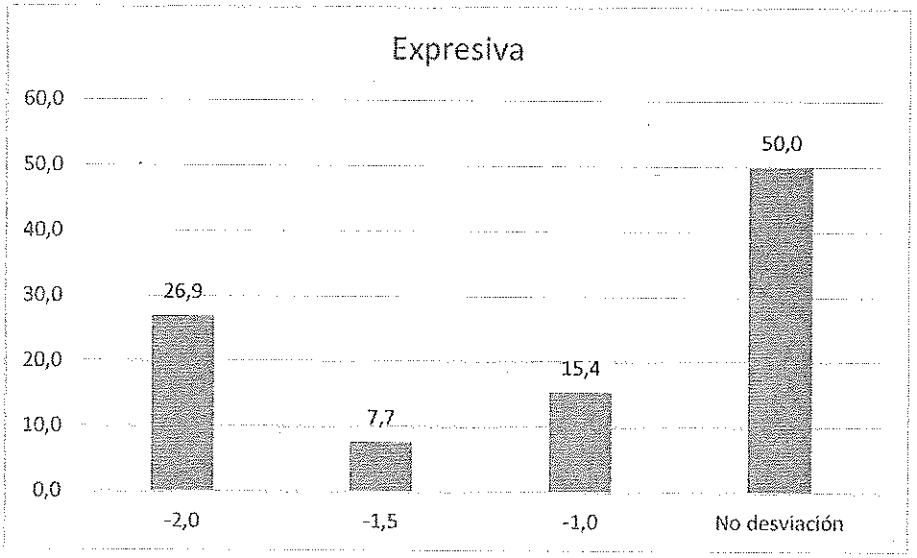


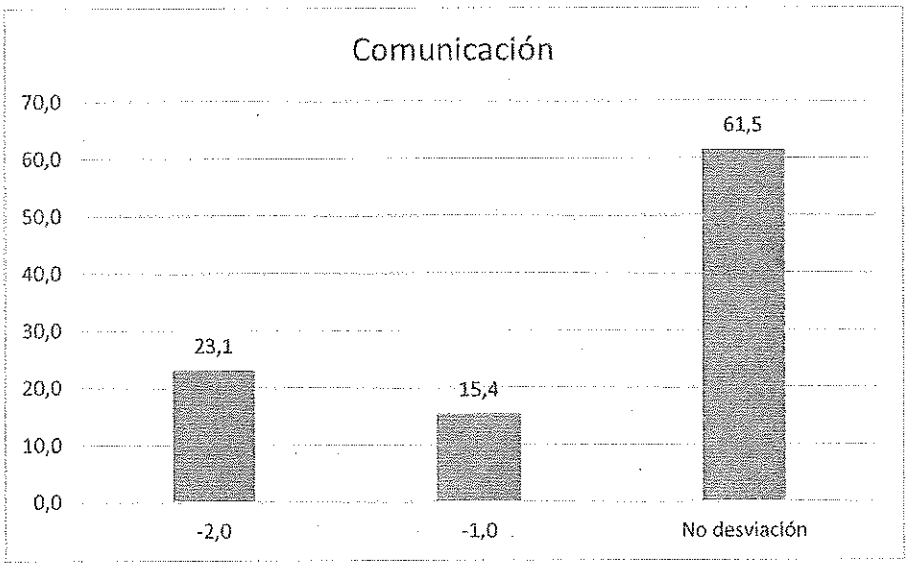

Motora gruesa
90,0
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
3,8
15,4
80,8
-2,0
-1,0
No desviación

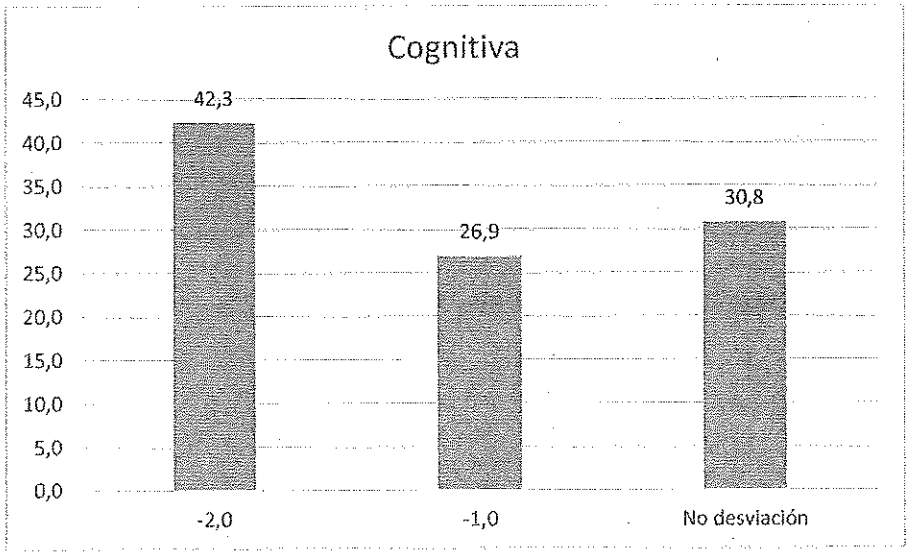

Motora fina
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
11,5
3,8
19,2
65,4
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación

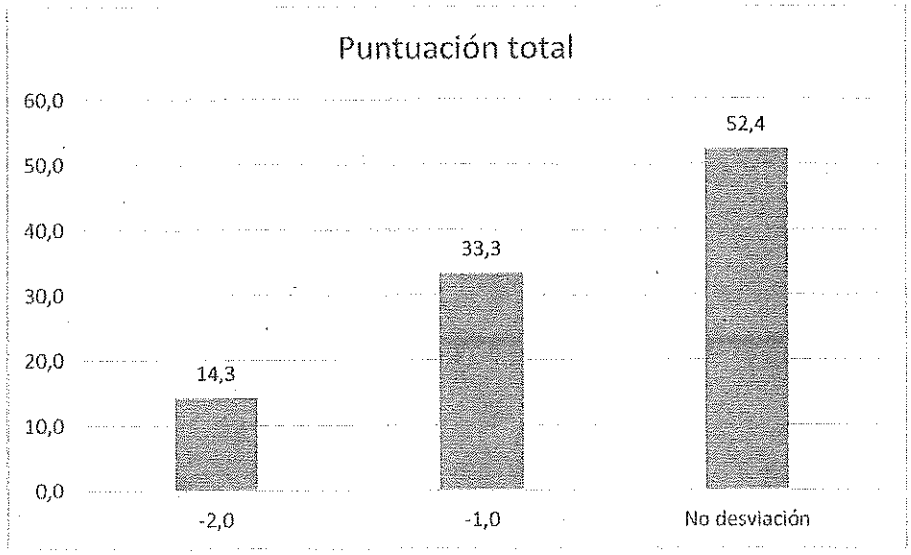

Motora total
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
7,7
23,1
69,2
-2,0
-1,0
No desviación

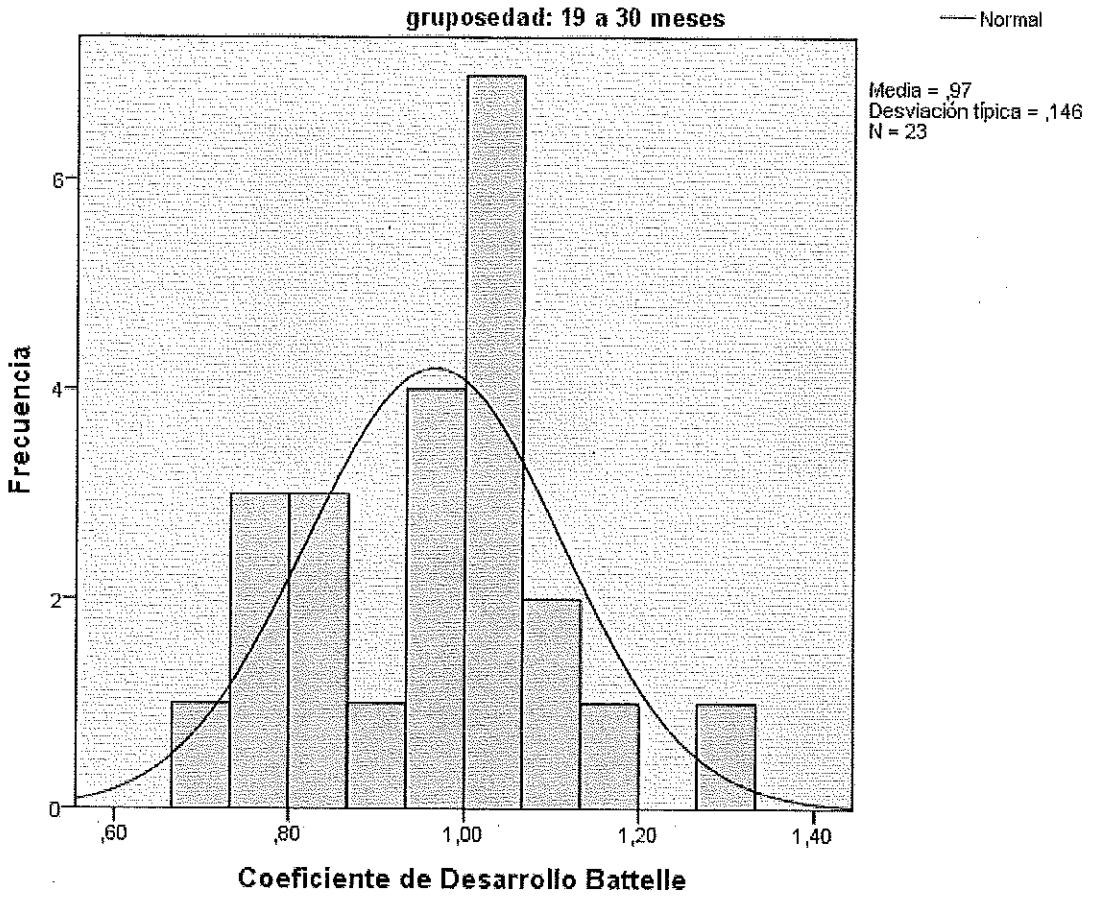

Receptiva
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
15,4
7,7
30,8
46,2
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación


Expresiva
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
26,9
7,7
15,4
50,0
-2,0
-1,5
-1,0
No desviación


Comunicación
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
23,1
15,4
61,5
-2,0
-1,0
No desviación


Cognitiva
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
42,3
26,9
30,8
-2,0
-1,0
No desviación


Puntuación total
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
14,3
33,3
52,4
-2,0
-1,0
No desviación


gruposedad: 19 a 30 meses
Normal
Media = ,97
Desviación típica = ,146
N = 23
Frecuencia
0
2
4
6
,60
,80
1,00
1,20
1,40
Coeficiente de Desarrollo Battelle

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A partir de las entrevistas a actores clave del programa, a autoridades del MSPBS, a personas que han estado involucradas en diferentes actividades del PDIT, a las personas responsables y usuarias de los servicios en las USF y del análisis de los resultados del MICS y del Battelle, se pueden identificar aspectos claves del PDIT y fortalezas y debilidades en el diseño, la ejecución y en los resultados.

Pertinencia del proyecto

Las personas entrevistadas han expresado la relevancia del desarrollo infantil temprano como un eje de las políticas públicas, no solo del sector salud. Se puede notar un convencimiento y un consenso respecto a este hecho, lo cual pone de relieve que el PDIT responde a una demanda percibida y sentida por los diversos sectores de la sociedad.

Este hecho es una gran fortaleza, ya que no se requiere mucho trabajo para sumar a los diferentes sectores y actores en la promoción y fortalecimiento del Programa.

El proyecto es percibido como beneficioso para la comunidad y por medio de la adquisición de mobiliarios y equipamientos, también para la USF y las personas que trabajan en ella. Es posible valorar que el programa es pertinente pues la USF atiende a un importante número de niños y niñas que requieren una atención oportuna.

El PDIT es considerado un programa interesante y necesario. Es un programa que da un nuevo enfoque a la atención del niño y permite entender que hay varios aspectos a tener en cuenta para valora el desarrollo del mismo.

- **Instalación del tema DIT en el MSPBS**

La primera infancia ha sido un campo priorizado por el sector salud. La primera entrada del niño y la niña a los servicios del Estado, se da, generalmente a través de un servicio de salud. Sin embargo, la visión del PDIT, que se encuentra en el Plan Nacional de la Primera Infancia y en el MAIDIT, implica un giro importante en la perspectiva sobre esta población. Ya no se trata solamente de una solución a problemas de salud a través de un servicio médico que realiza los tratamientos correspondientes. El DIT implica una mirada global, intersectorial, que considere a diferentes instancias del Estado y del propio Ministerio de Salud.

Esta es una nueva visión, una mirada integral al desarrollo infantil y una perspectiva desde los derechos humanos, en que todos los niños y niñas deben ser atendidos y promovidos en su desarrollo, a pesar de las diversidades culturales, sociales y las diferencias económicas. Esta visión ha sido promovida por los diferentes profesionales y agentes de salud.

- **Interés y respuesta positiva a nivel local**

Se ha informado que los actores locales han expresado su interés respecto al PDIT. Esto incluye a autoridades locales (intendentes, gobernadores y sus equipos), así como a profesionales de la salud local, a las familias y las comunidades.

Un aspecto importante en cuanto a la participación e interés en el PDIT es el trabajo realizado desde las USF, el nivel primario de la atención a la salud, y la incorporación y capacitación de los agentes de salud, cercanos a las familias y a la comunidad.

- **Los datos del MICS y del Battelle confirman la importancia del PDIT**

Los datos del MICS muestran los bajos niveles en el dominio de alfabetización y conocimientos numéricos. También las brechas entre departamentos del país, entre nivel socio-económico de las familias y la relación entre educación de la madre el índice de desarrollo.

El análisis de los resultados de la prueba Battella arrojan que el 58,7% de los niños y niñas evaluados no muestra desviación respecto a los valores esperados, el 26,6% tiene una desviación de – 1, el 3,7% de -1,5 y el 11% de -2. En general, el área con mayor déficit en el desarrollo es en el área de comunicación expresiva, tanto en el análisis global como en el análisis por grupos de edad. Por otra parte, el área con menos rezago es el del desarrollo motor.

Participación

En general en todo lo referido por las personas entrevistadas en las USF señalan que no han tenido participación en la definición de lo trabajado desde el PDIT. Tampoco conocen la participación de otros actores locales.

No se identificaron canales institucionales de participación más protagónica de integrantes de la USF, sin embargo, el equipo entrevistado valoró significativamente los beneficios recibidos y se mostraron abiertos a seguir colaborando en la implementación del PDIT.

Eficiencia

- **Modelo de gobernanza del PDIT**

Se ha señalado que el modelo de gerencia del PDIT tuvo dificultades, por varios motivos, en especial que la instancia responsable del Programa tenía a otras direcciones encima en el

organigrama, lo cual hacía mucho más lenta la toma de decisiones y la ejecución de las acciones.

Uno de los aspectos que ha causado dificultades es el modelo administrativo y los procesos que se requerían para la ejecución de los fondos del PDIT. La división entre una unidad técnica y otra administrativa no facilitó este proceso.

- **Falta una mayor articulación con otras secretarías del Estado**

El PDIT debe entenderse con un programa intersectorial. Incluso dentro de Salud falta la participación de diferentes direcciones y sectores. Esto implica un importante grado de articulación, aspecto que no se pudo lograr en su totalidad.

El PDIT va más allá de un problema de salud pública. Los rezagos que se han podido encontrar con el análisis de los datos indican que los mismos están vinculados a las condiciones sociales, de pobreza, a la educación de padres y madres. De allí la necesidad de traducir los principios del Plan de Primera Infancia como el MAIDIT en acciones articuladas entre las diferentes instituciones que trabajan en el campo social a nivel nacional y local.

Eficacia del proyecto

En cuanto al cumplimiento de los objetivos previstos en el Proyecto, se pueden mencionar algunos aspectos respecto a la capacitación, la infraestructura.

- **Procesos de capacitación**

A pesar de los distintos abordajes llevados adelante en el PDIT, no se ha podido encontrar aún un modelo o abordaje de consenso en cuanto al proceso de capacitación del personal que trabaja en salud en temas de desarrollo infantil temprano. Para algunos debe fortalecerse el vínculo con el Instituto Nacional de Salud (INS), mientras otros consideran que este instituto no cuenta con el perfil adecuado para este trabajo y se requiere el concurso de otros centros de formación, incluyendo universidades.

- **Las mejoras en infraestructura: Legalización de dominios, los prototipos-infraestructura y los mejoramientos realizados**

Las mejoras de la infraestructura constituyen aspectos altamente valorados por los actores locales, en especial, considerando las condiciones de precariedad en que se desenvuelven muchas USF. Las mejoras han servido para crear las condiciones para una mejor atención y también motivan a los integrantes de las USF.

Los prototipos diseñados para la infraestructura de las USF y la legalización de los terrenos en los que se encuentran asentadas, son condiciones necesarias que permitirán avanzar con rapidez en las metas de infraestructura previstas. Si bien son logros parciales, representan un avance que permitirá una acción

- **Importancia de la aplicación de un instrumento de tamizaje en el primer nivel**

En el marco del P-DIT se ha trabajado en la capacitación y la aplicación de un instrumento como el Battelle, utilizado en la región y en el país y que permite una rápida identificación de niños y niñas que necesitan una atención especial para avanzar en su desarrollo.

El análisis de los datos del Battelle indica que casi un 40% de las niños y niños evaluados tiene algún nivel de rezago en su desarrollo, lo cual constituye una cifra muy preocupante. En ese sentido, el instrumento aporta una información relevante. Sin embargo, la detección del problema debe ir acompañada con una alternativa de solución, que en este caso sería el segundo nivel de atención, aspecto que no se ha podido avanzar hasta el momento en el PDIT.

- **Exclusión de acciones en el segundo nivel (SIT)**

En las distintas visitas y en las entrevistas se ha dejado en claro que la principal limitación en relación al desarrollo de los niños y niñas es la falta de un circuito de intervención, es decir una instancia a donde derivar los casos que necesitan otro tipo de tratamiento

Las actividades previstas en el Programa no son sumativas ni lineales, sino requiere una acción de multinivel. En las distintas visitas y en las entrevistas se ha dejado en claro que una de las principales limitaciones del Programa, es el corte que se dio al circuito de intervención, es decir, la ausencia de una instancia a donde derivar los casos que necesitan otro tipo de tratamiento, "si hago un diagnóstico no tengo donde derivar, sólo se tiene el Acosta Ñu".

Esto ha sido señalado como una debilidad, a pesar de que se reconoce la importancia de la atención en el primer nivel y la participación de las USF, las acciones deben realizarse simultáneamente en los tres niveles del sistema de salud, de lo contrario se genera demanda

de servicios pero no se puede dar la respuesta a estas demandas de un importante sector del población.

- **Sistema de información, línea de base y evaluación de impacto del Proyecto**

Si bien el PDIT ha logrado avances importantes, por ejemplo, en el desarrollo de un sistema de información gerencial para atender las demandas en el área de la primera infancia, aún se deben implementar una serie de mecanismos e instrumentos que permitan una eficaz relación entre la generación de datos y su utilización para la toma de decisiones en el programa. El Programa carece de una línea de base y no ha podido prever el diseño de evaluaciones que puedan medir el impacto de sus acciones.

Percepción de los resultados

Si bien aún no se puede reportar este punto, por el nivel incipiente de implementación del PDIT, hay elementos que pueden resaltarse:

Las mejoras edilicias, los equipamientos y materiales recibidos marcaron un antes y un después sustancial en el fortalecimiento del Servicio en las USF.

La incorporación de nuevos agentes comunitarios constituye un avance en el desarrollo de una visión integral del desarrollo y de una acción con un enfoque preventivo en el campo de la salud infantil, que involucra a las familias y a la comunidad.

Las capacitaciones, a pesar de las dificultades, han permitido a los equipos aumentar sus conocimientos y tener una visión más integral del desarrollo infantil.

Apropiación y fortalecimiento institucional

El Programa se encuentra en una fase inicial, las informaciones que tienen son las difundidas en las capacitaciones y algunas conversaciones en visitas previas a la inauguración.

Se observó un nivel preliminar de apropiación que consistió en afirmar la importancia del PDIT no sólo para el mejoramiento del servicio, sino de toda la política pública relacionada a la niñez en Paraguay.

Inclusión de perspectiva de género, interculturalidad, perspectiva de derechos

No se visualiza directamente en el servicio la inclusión de una perspectiva de género. Este tema resulta de gran importancia dada la situación que enfrentan muchas mujeres que

acuden al servicio de DIT, tales como la ausencia del padre, los hechos de violencia y abuso, el embarazo de adolescentes y niñas, entre otros.

Cabe destacar la necesaria intervención de toda política pública en la deconstrucción de los roles de género atribuidos tradicionalmente a las mujeres y las niñas, los cuales ubican a las mismas en una situación de desventaja y de desigualdad de poder ante los hombres. En este sentido, es importante incorporar en las modalidades DIT, estrategias que ayuden tanto a hombres como mujeres, niños y niñas, a reflexionar sobre las relaciones existentes entre ambos, las responsabilidades que asumen, las diferencias existentes, la necesiaria presencia de los padres en la vida de sus hijos e hijas y en la estimulación de su desarrollo. Esto necesariamente requiere de un profundo análisis de los lugares que ocupa cada uno en sus hogares y en los distintos espacios que habitan.

El contexto multilingüe y pluricultural que caracteriza a diferentes zonas del país impone un abordaje desde una perspectiva intercultural. En varios fragmentos de las entrevistas realizadas dan cuenta de la necesidad de adecuar la atención a las características particulares de cada uno de los grupos étnicos.

5.2 Recomendaciones

Sobre la formación de los especialistas y del equipo DIT en las USF

Fortalecer el INS como instancia de formación. Crear dentro del INS un departamento de Desarrollo Infantil Temprano con especialistas de diferentes disciplinas para desarrollar acciones de formación con enfoque integral.

Ampliar el alcance y los procesos de capacitación sobre el DIT/PDIT/MAIDIT. La formación de los profesionales debe ser continua y se hacer un énfasis en la práctica

Promover actividades que contemplen jornadas de contención y/o intercambio de experiencias de trabajo entre profesionales responsables de la implementación del PDIT, atendiendo la situación de vulnerabilidad de la población ubicada en sus territorios laborales.

Incorporar materiales y capacitaciones que puedan abordar los temas de Desarrollo Infantil Temprano desde una perspectiva intercultural y de género.

Promover investigaciones en el marco del PDIT que incluyan estudios sobre pautas y prácticas de crianza en diferentes contextos socio culturales, tales como en las comunidades indígenas. Estos estudios deben generar insumos para las capacitaciones, para integrar una mirada intercultural en las políticas DIT.

Sobre los recursos humanos, la infraestructura y el funcionamiento del PDIT en las USF

Colaborar con la gestión de más recursos humanos, en especial de agentes comunitarios.

Se requieren espacios físicos destinados específicamente para la implementación del PDIT en las USF.

Colaborar con la gestión de recursos para movilidad, limpieza y acceso a internet para garantizar sistemas más eficientes de carga de datos relacionados al PDIT.

Contar con mayor provisión de materiales y su adaptación a las comunidades bajo el dominio de la USF.

Sobre la articulación de los servicios con otros niveles del sistema de salud y con otras instituciones

Establecer nexos institucionales a nivel central para orientar las tareas derivadas de la implementación del PDIT.

La USF necesita apoyo de las autoridades locales para contar con transporte para remitir pacientes.

Requieren de la definición de nexos institucionales a nivel central que puedan orientar todo lo referente a la implementación del PDIT.

Los Servicios más especializados se encuentran a una distancia considerable de la USF.

Sobre la gobernanza y la gestión del PDIT

La relevancia del tema DIT se debe traducir en la estructura del MSPBS. Varias personas entrevistadas señalaron que el PDIT debe ser un Programa y estar en una instancia superior dentro del organigrama del Ministerio, de tal forma a tener mayor autonomía y eficiencia para la toma de decisiones y para ejecución de las actividades previstas.

Los responsables de las USF han señalado que necesitan de un acompañamiento más dirigido para implementar las actividades previstas en el PDIT.

Se debe promover la implementación de los sistemas de información que fueron diseñados en el PDIT. Para esto se deben crear condiciones en las USF para el registro de la información. También se debe integrar al sistema de información del MSPBS.

El PDIT requiere una línea de base que permita medir impacto del PDIT en el desarrollo infantil. En este estudio se ha mostrado el potencia del MICS y del Battelle. Es importante que se defina un instrumento para la línea de base y una muestra representativa de niños y niñas.

El PDIT requiere una acción multidimensional y simultánea

Es de vital importancia que el PDIT incluya el segundo nivel de intervención. Debido a las necesidades del PDIT y sus dificultades en implementar, se optó por priorizar el primer nivel de intervención. Sin embargo, en estos momentos, más aún de los datos arrojados en el

análisis del MICS y el Battelle, es necesario que los problemas y rezagos detectados sean correctamente atendidos en una instancia con servicios de mayor complejidad, de lo contrario se está generando una situación de inequidad.

ANEXOS

1. **Lista de documentos analizados**
2. **Referencia: Guías de entrevistas a informantes clave**
3. **Guía entrevistas y observaciones en Unidades de Salud Familiar (USF) seleccionadas**
4. **Matriz de análisis**

Anexo 1: Lista de documentos analizados

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
Documentos Generales del Programa	Plan de Ejecución del Programa (PEP) 2018		Pendiente de recibir la documentación
	REGLAMENTO OPERATIVO DEL PROGRAMA. Programa de Desarrollo Infantil Temprano. PR-L1051 – 2667/OC-PR	Marzo de 2016	Presenta los aspectos normativos y reglamentarios que regirán la ejecución del Programa con base en los documentos del proyecto elaborados en la etapa de actualización de la planificación del Programa realizada en diciembre de 2015, y ajustes al marco de ejecución realizado por el MSPBS con el acuerdo del Banco en este mismo año.
	Documento de ampliación del Programa 2018 - con anexos		Pendiente de recibir la documentación
	LEY Nº 4581 DEL 30 DE DICIEMBRE DE 2011, que aprueba el Contrato de Préstamo Nº 2667/OC-PR, suscrito entre Paraguay y BID, el 16 de marzo de 2012 destinado a apoyar el financiamiento "Programa de Desarrollo Infantil Temprano"		Pendiente de recibir la documentación
	Informes de Progreso 2016, 2017 y 2018 (o sus equivalentes)		Pendiente de recibir la documentación
	Resolución del 2015 del Ministro, sobre funciones de la DGAF en el PDIT.		Pendiente de recibir la documentación
	Resolución Ministerial SG N° 279, 26 de mayo del 2015 por la cual se crea la Unidad Ejecutora del Proyecto (UEP) dependientes de la DGAF (corroborar si es la misma que la anterior)		Pendiente de recibir la documentación
	Memoria Técnica del PDIT	Agosto de 2018	Contiene la descripción de los avances, el contexto en el que se desarrollaron las actividades, aspectos que influyeron en la desactivación de algunos productos, recomendaciones y aportes a la consolidación del Programa como Política Pública. El mismo contiene además anexos de documentaciones del Programa.
	Ley Nº 4849, de 20 de febrero de 2013, por la cual se aprueba el Contrato de Préstamo No 2667/OC-PR		Pendiente de recibir la documentación
	Línea de Base del PDIT		Pendiente de recibir la documentación

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
Producto 1. Agentes comunitarios incorporados a las USF para la implementación del MAIDIT	Número de Agentes Comunitarios de Salud por Región Sanitarias y USF	Agosto de 2018	Contiene el número de Agentes Comunitarios por cada USF discriminado por departamento, distrito y USF. El documento no discrimina cuales han sido contratados por el PDIT (205), pero sí el total en el año 659.
	TDR Agentes comunitarios de las Unidades de Salud de la Familia. PDIT 2667/OC-PR	2014	Establece los criterios generales para la contratación de agentes comunitarios que se integren a las USF, fortaleciendo al Programa de Desarrollo Infantil Temprano. Entre otras cosas establece que las personas contratadas deberán realizar actividades establecidas en las normativas de la APS, MAIDIT y AIEPI.
	Matriz de evaluación de agentes comunitarios de salud	6/7/2017	Plantea factores de evaluación: formación académica, estudios no formales, experiencia y conocimiento y residencia.
	Contrato Agentes Comunitarios		Pendiente de recibir la documentación
Producto 2. USF fortalecidas con infraestructura, equipamiento y materiales	Resolución SG Nº 0182. Por la cual se aprueban los planos de los 10 diseños de unidades de salud de la familia estandarizadas por tipologías; y se dispone su implementación como norma nacional	9/5/2017	En el documento se aprueban los planos de los 10 diseños de USF. Se detallan las características de los distintos tipos de USF de acuerdo a los servicios que prestan y la infraestructura definida. Se describen USF de Familia Satélite, USF Estándar Tipo A, B, C, D y E y USF Ampliada del Tipo A, B y C en Zonas Rurales.
	Listado de USF con proyectos ejecutivos para obras	sin fecha	Establece una distribución de las USF discriminados por departamentos y distritos en 7 grupos de intervención. El listado incluye el Hospital de Acosta Ñu.
	Listado de las 21 USF con obras de refacción en curso	sin fecha	Contiene el listado de las USF con obras de refacción en curso por departamento, distrito y por grupos de intervención.
	Listado de USF con condición de dominio y proyectos ejecutivos realizados	sin fecha	Señalan las USF por departamentos y distritos que cuentan con condición de dominio y proyectos ejecutivos.
	Listado de Muebles y Equipamientos a ser distribuidos en las 31 USF	sin fecha	El documento contiene el listado de muebles y equipamientos, con número de ítem y su correspondiente descripción.
	Listado de USF beneficiadas con Muebles y Equipos Médicos	sin fecha	USF por departamento y distrito que recibirán muebles y equipos médicos.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
	Especificaciones Técnicas de Muebles y Equipamientos para las USF	sin fecha	Establece las especificaciones técnicas, la cantidad a ser adquirida, el precio referencial unitario, el precio total con IVA en Gs.
	Lista de materiales para espacio de juego en DIT	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para el espacio de juego en DIT.
	Lista de materiales para apoyo familiar en DIT	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para apoyo familiar.
	Lista de materiales para atención en estimulación oportuna	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para estimulación oportuna.
	Lista de materiales para club DIT	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para club DIT.
	Lista de materiales para consultorio DIT	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para consultorio DIT.
	Lista de materiales para PIM-DIT	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para PIM DIT.
	Lista de materiales para visitas domiciliarias	sin fecha	Plantea los materiales, cartillas, videos, canciones y kits para visitas domiciliarias.
	Listado de materiales contenidos en el Kit Batelle	sin fecha	Describe lo que contiene el maletín del Kit, así como la caja de materiales.
	Diagnóstico de las USF en infraestructura, materiales y equipamientos (Línea de Base con grupo control)		Pendiente de recibir la documentación
	Planilla de INKAP		Pendiente de recibir la documentación
	Informe del proceso de validación de los Kits		Pendiente de recibir la documentación
	Convenios de usufructo de las USF		Pendiente de recibir la documentación
	Historial de cambios por pre-requisitos		Pendiente de revisión de la documentación
	Proyectos Ejecutivos USF		Pendiente de recibir la documentación
Producto 3: USF ampliadas con infraestructura, equipamiento y materiales	Especificaciones Técnicas de equipos médicos y mobiliarios para USF ampliada	sin fecha	Establece las especificaciones técnicas, la cantidad a ser adquirida, el precio referencial unitario, el precio total con IVA en Gs.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
Producto 4: MAIDIT completado en los tres niveles de atención con los manuales para su implementación	**Validados, diseñados, publicados**		
	Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)	Octubre de 2016	Plantea las estrategias, normas, procedimientos, instrumentos y recursos, que establecen y organizan la atención relacionada al DIT 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.
	Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud	Octubre de 2016	Es un instrumento de apoyo para el trabajo de los profesionales de la salud en el DIT, prevenir desviaciones del desarrollo típico, a través de la detección precoz y el acceso oportuno a intervenciones efectivas.
	Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud	Octubre de 2016	Es un instrumento de apoyo para el trabajo del AC en DIT, plantea información, competencias, funciones y actividades en el marco del MAIDIT.
	Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT	2017	Su objetivo es fortalecer la Preparación Integral para la Maternidad (PIM) con énfasis en DIT. Propone protocolos en la práctica en el Primer Nivel de Atención.
	Elaboración y validación (edición, diseño, publicación pendiente)		
	Guía operativa del Programa de Desarrollo Infantil Temprano para el primer nivel de atención	2018	Plantea directrices para la implementación del MAIDIT en el primer nivel de atención, es decir orientaciones estratégicas y metodológicas sobre promoción, prevención y atención individual, familiar y comunitaria en el marco del PDIT, así como procedimientos sobre las diferentes modalidades de intervención en DIT.
	Orientaciones técnicas para la implementación de modalidades de atención en DIT	2018	Pretende brindar herramientas al equipo de salud para fortalecer el enfoque DIT en los servicios y en su rol de facilitador con las familias en la adquisición de conocimientos y habilidades para el adecuado cuidado, la crianza y estimulación de sus hijos.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
	Guía de estimulación oportuna para niños desde el nacimiento hasta 4 años, dirigida a profesionales de la Unidad de Salud de la Familia	2018	Presenta contenidos, estrategias de actividades, juegos y sugerencias de juguetes y materiales didácticos en estimulación oportuna, a ser utilizados por los profesionales de la salud de las USF.
	Instructivo para el uso y elaboración de juguetes y materiales didácticos	2018	El documento presenta orientaciones para enseñar a los padres o cuidadores como jugar con los niños utilizando juguetes o materiales didácticos comprados o los que ellos mismos puedan elaborar con elementos reciclables. Se dan recomendaciones sobre las características que deben tener los materiales y juguetes para la seguridad de los niños, así como indicaciones para la limpieza y desinfección de los mismos.
	Cartillas para los profesionales de las USF		Pendiente de recibir la documentación. En proceso de diseño
	Cartillas para los Agentes comunitarios y técnicos de las USF		Pendiente de recibir la documentación. En proceso de diseño
	Resolución Ministerial que valida los documentos		Pendiente de recibir la documentación.
	Informes de proceso de validación de documentos (participación por actores, discusiones planteadas)		Pendiente de recibir la documentación.
Producto 5: Personal sanitario y agentes comunitarios capacitados en DIT en el primer nivel de atención	Propuesta Programa de Capacitación Desarrollo Infantil Temprano, realizado por el INS	2015	Plantea la propuesta metodológica, así como la organización de los cursos de formación en DIT para personal médico, de enfermería, auxiliar y agentes comunitarios.
	Propuesta Programa de Capacitación Desarrollo Infantil Temprano - Segunda etapa, realizado por el INS	2016	Plantea la propuesta metodológica, así como la organización de los cursos de formación en DIT para personal médico, de enfermería, auxiliar y agentes comunitarios.
	Resolución SG Nº 254. Por la cual se designa al Instituto Nacional de Salud como responsable del diseño e implementación del Programa de Capacitación en DIT, dirigido a profesionales de salud de tres niveles de atención: USF, SIT y Hospitales Materno Infantiles; elaborado en el marco del PDIT, contrato de préstamos 2267/OCR-PR, financiado por el BID	5/5/2016	Establece la responsabilidad del INS en el diseño e implementación de la capacitación del PDIT.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
	Presentaciones en power point para la capacitación en Battelle	sin fecha	Aborda un marco general del DIT, las modalidades, el uso del Battelle, ejemplos de aplicación.
	Guía para formadores en la aplicación de la prueba de tamizaje Battelle	10/7/1905	El documento contiene consideraciones generales y la planificación a ser desarrollada en la capacitación para la aplicación de la prueba de Tamizaje Battelle. Hace referencia a los aspectos a tener en cuenta en la capacitación.
	Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), y el Instituto Superior de Educación "Dr. Raúl Peña", con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), asignado al PDIT, préstamo Nº 2667/OC-PR	26/7/2018	Establece el objeto, alcance, compromiso de las partes, financiamiento y vigencia del convenio.
	Proyecto de Curso de Formación de Formadores en modalidades de atención en DIT, usos y construcción de juguetes DIT	Agosto de 2018	Define alcance, propósitos, objetivos, objetivos de aprendizaje por eje temático y principales estrategias metodológicas a implementar.
	Programa de formación trabajado por la consultora Helia Molinas		Pendiente de recibir la documentación.
	Listado de cantidad de participantes por actores (INS, CEBINFA, PIMDIT, MODALIDADES, BATTELLE)		Información incompleta. Pendiente de recibir toda la documentación.
	Informe resultados de las capacitaciones-INS		Pendiente de recibir la documentación.
	Informe resultados de las capacitaciones-ISE capacitación CEBINFA		Pendiente de recibir la documentación.
	Informe resultados de las capacitaciones en PIMDIT-INEPEO		Pendiente de recibir la documentación.
	Informe resultados del equipo técnico capacitación BATTELLE		Pendiente. Actividad en proceso.
	Actas del Ministerio de Hacienda sobre remuneración al INS		Pendiente de recibir la documentación.
Producto 6: Encuesta Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)	2016	Presenta información actualizada y comparable a nivel regional de una serie de indicadores relacionados con la situación de la niñez y la adolescencia.
Producto 7. Unidades de SIT operando en los lugares priorizados por	Guía Operativa del SIT (validado)	sin fecha	El documento plantea el alcance y ámbito de aplicación de los SIT, la población meta, equipo de profesionales, cartera de servicios y metodología de atención.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
el Programa (de acuerdo con mapeo)	Prototipo arquitectónico para los Servicios del Segundo Nivel de Atención, SIT y ANI / Madre canguro, diseñados y costeados.	Julio de 2016	Establece el plano y los costos de la implementación de los SIT. Una propuesta se denomina tradicional y otra propuesta es la implementación en contenedores marítimos.
	TDR para la contratación de profesionales de los SIT (enfermera, trabajadora social, médica, fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, pediatra)	sin fecha	Establece los criterios generales para la contratación de los profesionales.
	Especificaciones Técnicas de muebles y equipamientos SIT		Pendiente de recibir la documentación.
Producto 8. Personal sanitario capacitados en DIT en el segundo nivel de atención	Curso de Posgrado en Desarrollo Infantil e Intervención Temprana (versión preliminar)	sin fecha	Establece los objetivos, el perfil de ingreso y lkas competencias de egreso, los contenidos programáticos, metodología, duración y carga horaria. El objetivo es formar a profesionales en habilidades para el análisis, la evaluación, diagnóstico e intervención oportuna de desviaciones en el desarrollo típico durante la primera infancia.
Producto 9. Hospital de referencia Acosta Ñú fortalecido	Especificaciones Técnicas de Equipos médicos Acosta Ñu	sin fecha	Información sobre características específicas que debe cumplir el equipamiento médico requerido.
Producto 10. Programas ANI y Madre Canguro implementados en los hospitales regionales y centros de atención materno-infantil del programa	Plan de Implementación Cuidados y Asistencia Neonatal Integrada ANI	2017	El documento plantea como objetivos el contar con una herramienta técnica que oriente el proceso de implementación de los Cuidados y Asistencia Neonatal Integrada en todas las Unidades de Cuidados Neonatales. Así mismo propone las fases a ser implementadas y la metodología a utilizar.
Producto 11: Programas de detección temprana de trastornos sensoriales implementados en los hospitales generales y materno-infantil	Especificaciones técnicas de equipo de otoemisiones acústicas transitorias	sin fecha	Establece las especificaciones técnicas, la cantidad a ser adquirida, el precio referencial unitario, el precio total con IVA en Gs.
	Términos de referencias para la contracción de profesionales para: 1. Desarrollo de guías prácticas para la detección de trastornos visuales en el menor de 5 años y su respectivo tratamiento, 2. Desarrollo de guías prácticas para la detección de trastornos auditivos en el menor de 5 años y su respectivo tratamiento	sin fecha	Establece los objetivos de la consultoría, el alcance de los servicios, las actividades y productos a ser entregados, así como el perfil requerido, plazos y presupuestos.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
Producto 12. Personal sanitario capacitados en DIT en el tercer nivel de atención	Curso de Posgrado en Desarrollo Infantil e Intervención Temprana (versión preliminar)	sin fecha	Establece los objetivos, el perfil de ingreso y las competencias de egreso, los contenidos programáticos, metodología, duración y carga horaria. El objetivo es formar a profesionales en habilidades para el análisis, la evaluación, diagnóstico e intervención oportuna de desviaciones en el desarrollo típico durante la primera infancia.
Producto 13: Normativas estandarizadas aprobadas por el MEC, SNNA y MSPBS	Consultoría Individual para el Estudio sobre Brechas existentes en los servicios públicos, privados y mixtos que ofrecen cuidados infantiles a niños menores de 5 años	Junio de 2016	El estudio releva los modelos de CEBINFA, del Programa Abrazo de la SNNA, la Educación Inicial no formal del MEC. En función a estos plantea como algunos de los ejes de análisis: Infraestructura y entorno, Gestión de los centros y Recursos Humanos, Perfil de Ingreso de los Niños/Niñas, Atención por Niveles y Recursos Humanos asignados a los servicios, Plan de Riesgo y Manejo de Emergencias, Capacitación del Personal, Fortalezas y Debilidades.
	Documento de la Normativa estandarizada para la atención de los EDI	2017	El documento pretende establecer criterios técnicos y administrativos para la autorización del funcionamiento, fiscalización, cierre y clausura de los espacios de desarrollo infantil de gestión oficial, privada, privada subvencionada y comunitarios, para mejorar la calidad de los mismos y contribuir al desarrollo infantil. Contiene el alcance de la normativa, los componentes de calidad, la participación de las familias, la seguridad, la estructura operativa del modelo, la autorización, evaluación de la calidad, clausura y cierre del EDI.
	Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), y el Instituto Superior de Educación "Dr. Raúl Peña"	9/11/2017	Establece el objeto, alcance, compromiso de las partes, financiamiento y vigencia del convenio.
	Módulos de capacitación a CEBINFAS	2017 y 2018	Los módulos describen los objetivos, contenidos, actividades a desarrollar.
Producto 14: Centros de cuidado infantil	Diseño de proyectos ejecutivos de obras de rehabilitación (de 5 CEBINFAS)	sin fecha	Plano con las rehabilitaciones previstas.

PRODUCTOS POR COMPONENTES	NOMBRE OFICIAL DEL DOCUMENTO	FECHA	TEMA
CEBINFA del MSPBS, fortalecidos	Especificaciones técnicas de los mobiliarios y equipamiento para los CEBINFAS	sin fecha	Establece las especificaciones técnicas, la cantidad a ser adquirida, el precio referencial unitario, el precio total con IVA en Gs.
Producto 15: Modelos descentralizados para la protección de los derechos del niño implementados en los municipios del programa	Solicitud de Propuesta bajo Selección Directa	2017	Es una propuesta de una organización no gubernamental para el desarrollo de un proceso de capacitación de las CODENIS, con el objetivo de fortalecerlas. Formulario TECH-1: Formulario de Presentación de Propuesta Técnica.
Producto 16: Implementación de un sistema de videoconferencia para la capacitación y actualización de la Red DIT. Hito 1: Sistema de videoconferencia implementado	Desactivado		
Producto 17: Sistema de información gerencial de DIT con enfoque de red implementado en el MSPyBS. Hito 1: Desarrollo del SIG Hito 2: Implementación del SIG	Pendiente de definición documentos a analizar		
Producto 18: Evaluaciones del programa realizado (mediciones)	Evaluación rápida de la efectividad de las capacitaciones del primer nivel de atención, para el PDIT	Agosto de 2017	El documento plantea el análisis de las actividades realizadas en el marco del proceso de capacitación llevado adelante por el INS.

Anexo 2: Referencia-guías de entrevistas a informantes clave

CUESTIONARIO PARA ENTREVISTAS

Entrevistada/o:
Cargo:
Desde cuando está en el Programa:
Entrevistadoras/es:
Lugar:
Fecha:

Guía de Preguntas

Preguntas generales

Puede comentarnos ¿Cómo surge el PDIT? En referencia al marco de las políticas DIT, contexto institucional, político, gubernamental, con otras instituciones, los organismos internacionales (BID, UNICEF)
¿Qué aporta el PDIT a las políticas de desarrollo infantil temprano? Del Programa a la política
¿Cómo se conformó el equipo ejecutor del Programa?
¿Hubo una distribución por tema/productos?
¿Cómo se organizó el equipo?

Transversal
En caso de no responder alguna pregunta ¿Con quién deberíamos hablar sobre esto?

Preguntas específicas

Sobre los recursos humanos
¿Cuál fue el involucramiento del Programa en la definición de las contrataciones (Perfil, TDRs, ubicación en la USF)?
1. ¿Cuál es el perfil esperado de los agentes comunitarios para la implementación del MAIDIT? (ver si está en algún documento)
2. ¿Cuál es el perfil de los contratados como agentes comunitarios? (ver TDR o documento)
3. ¿Cómo fue el proceso de contratación? (Instancias del MSPYBS involucradas, procedimientos, plazos)
El dato que tenemos es que 142 fueron contratados por el programa. ¿Por qué no fueron contratados todos los AC previstos?
6. ¿Cuántos de los contratados fueron absorbidos por el sistema?
7. ¿Algunas de las personas contratadas han abandonado el programa? Si la respuesta es sí: ¿Cuántas? ¿Cuáles fueron los motivos?
8. ¿Cuánto tiempo dura la contratación? ¿Qué pasa al terminar el contrato? ¿Lo asume el MSPYBS, están previstos los recursos?
9. ¿Cuál es la distribución de la contratación por regiones sanitarias y por USF?
¿Quién podría hablarnos de esta distribución?
10. ¿Existió una preparación de estas personas para que estuvieran capacitadas para la implementación del MAIDIT?
11. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?
12. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?

Sobre Infraestructura

¿Cómo fue el proceso de implementación del fortalecimiento en infraestructura, equipamiento y materiales?

13. ¿Cuántas USF han sido fortalecidas con infraestructura, equipamiento y materiales? (El dato que tenemos es de 21 USF con infraestructura y 10 con equipamientos y muebles)
14. ¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura? ¿Se siguió lo establecido en el programa?
15. ¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamientos?
16. ¿En qué consistió el fortalecimiento en los materiales?
17. ¿Cuáles fueron los criterios para las definiciones de que específicamente sería incluido en el fortalecimiento tanto en infraestructura, equipamiento y materiales?
18. ¿Cómo fue el proceso de adquisición?
19. ¿Cuáles son las dificultades que se presentaron?
20. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?
21. ¿Cuáles fueron los criterios para la asignación de las USF beneficiadas?
23. Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro de las USF (personal médico, agentes, etc.)
24. ¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura, de las compras en equipamientos y materiales realizadas, en función a la realidad y necesidades del servicio?
25. ¿Cuál es el uso que se les da a estos materiales y equipamientos? ¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?
26. ¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al MAIDIT?
27. ¿Existen requerimientos para el mantenimiento de la infraestructura, equipamientos y materiales? ¿Las USF están en condiciones de sostener este mantenimiento? Si no lo están ¿Qué requieren para poder hacerlo?

¿Cuál es la diferencia entre el producto 2 y 3? Ambos hablan de infraestructura, pero uno dice fortalecidas y el otro ampliadas. El ROP menciona: 3 USF en Alto Paraná (aproximadamente)

28. ¿Cuál es la situación de este producto?
29. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
30. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
31. Valorar la importancia de este producto

Sobre los Kits

¿Cuál es la importancia de los kits en el marco de la implementación del PDIT?

Sobre documentos normativos

¿Cómo fue el proceso de implementación de este producto?

32. ¿Cuáles son estos documentos? Chequear.

Validados, diseñados e impresos	**Elaboración y validación**	**Elaboración y validación**
MAIDIT Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y la niña menor de 5 años para profesionales de la Salud Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y la niña menor de 5 años para el Agente comunitario de la	Guía operativa de implementación del MAIDIT en el primer nivel de atención. Orientaciones técnicas para la implementación de modalidades de atención en DIT	Cartillas para los profesionales de las USF Cartillas para los Agentes comunitarios y técnicos de las USF Instructivo para el uso de materiales didácticos y juguetes del KIT de estimulación

Salud Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT Guía para la Asistencia Neonatal integrada Estándares para los EDI con la elaboración de los indicadores de estándares (pendiente)	Guía de estimulación oportuna para niños, niñas desde el nacimiento hasta 4 años 11 meses para profesionales de la USF Guía Operativa del SIT (Servicio de Intervención Temprana) Contratación de consultoría para diseño y edición de materiales	Instructivo para la elaboración de juguetes y materiales didácticos con elementos reciclables

33. ¿Cuál fue el proceso de elaboración, validación de los documentos normativos del MAIDIT?
34. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?
35. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?
36. ¿Cuál es la cantidad de materiales distribuidos?
37. ¿Existe una política de distribución posterior de los materiales una vez que hayan sido impresos?
38. ¿Se prevé cantidad para todos los niveles de atención?
39. ¿Cuáles son los materiales que utilizan como referencia para la implementación del MAIDIT en las USF?
40. ¿Consideran que son pertinentes para el trabajo requerido?
41. ¿Qué otros materiales de apoyo utilizan?
42. ¿En qué le parece que deberían mejorar los materiales?
43. ¿Cuentan con cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades?

Sobre las capacitaciones

44. ¿Cuál fue el proceso de capacitación establecido para personal sanitario y agentes comunitarios en DIT? ¿Existe un solo proceso de capacitación o son varios? ¿Por qué se definió ese esquema de capacitación?
45. ¿Cuáles son las competencias que se espera lograr en cada uno de los actores capacitados? Especificar según cada proceso (INS, INEPEO, BATTELLE, MODALIDADES)
46. ¿Cómo fue el proceso de capacitación? (selección de participantes, convocatoria, organización)
47. ¿Quiénes fueron los responsables del proceso? ¿Con quiénes se trabajó (con qué institución)?
48. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?
49. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?
50. ¿Cuántas personas han sido capacitadas (por actores)?
51. ¿Cuáles han sido los aprendizajes más importantes del proceso de capacitación?
52. ¿Cómo les resulta la aplicación en la práctica de lo planteado en las capacitaciones? Si es que tienen retorno
53. ¿Cómo evalúan su desenvolvimiento en el MAIDIT?
54. ¿En qué les parece que se debe continuar el proceso de formación?
55. ¿Cómo se conectan todos los Programas del MSPYBS con el MAIDIT? ¿Existe una conexión entre todos o están desvinculados?
56. ¿Cuál fue el rol del INS en este proceso? ¿De los demás institutos?

Sobre capacitación segundo nivel

66. ¿Cuál es la situación de este producto?

67. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
68. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
69. Valorar la importancia de este producto

Sobre capacitación tercer nivel

91. ¿Cuál es la situación de este producto?
92. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
93. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
94. Valorar la importancia de este producto

Sobre el MICS

59. ¿Cuál es la utilidad para el programa?
58. ¿Cuál fue el objetivo de la encuesta?
57. ¿Cuál fue el criterio para definir los indicadores?
60. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?
61. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?

Sobre el SIT

62. ¿Cuál es la situación de este producto?
63. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
64. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
65. Valorar la importancia de este producto

Sobre el fortalecimiento del Hospital Acosta Ñu

¿En qué consistió la propuesta de fortalecimiento, aunque no se haya implementado?
70. ¿Cuál es la situación de este producto?
71. ¿En qué consistió el fortalecimiento?
¿Estaba previsto algún otro tipo de fortalecimiento?
78. Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro del Hospital (personal médico, agentes, etc.)
81. ¿Cuál es el uso que se les da a estos beneficios (equipamientos e infraestructura)? ¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?
82. ¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al MAIDIT?

Sobre programas ANI y Madre Canguro

83. ¿Cuál es la situación de este producto?
84. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
85. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
86. Valorar la importancia de este producto

Sobre Programas de detección temprana de trastornos sensoriales implementados en los hospitales regionales y materno-infantil

87. ¿Cuál es la situación de este producto?
88. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
89. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
90. Valorar la importancia de este producto

Sobre Normativas estandarizadas aprobadas por el MEC, SNNA y MSPBS

95. ¿Cuál es la situación de este producto?
96. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?

97. ¿Cuáles son las normativas elaboradas y aprobadas hasta el momento?
98. ¿Cuál es el procedimiento a seguir para la aprobación de los documentos?
99. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
100. Valorar la importancia de este producto

Sobre CEBINFA fortalecidos

101. ¿Cuál es la situación de este producto?
102. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
103. ¿Cuáles fueron los documentos producidos hasta el momento?
104. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
105. Valorar la importancia de este producto

Sobre Modelos descentralizados para la protección de los derechos del niño implementados en los municipios del programa

106. ¿Cuál es la situación de este producto?
107. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
108. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
109. Valorar la importancia de este producto

Sobre el sistema de videoconferencia para la capacitación y actualización de la Red DIT

110. ¿Cuál es la situación de este producto?
111. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
112. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?
113. Valorar la importancia de este producto

Sobre el Sistema de información gerencial de DIT

114. ¿Cómo fue el proceso de diseño del Sistema? ¿Quiénes participaron del proceso?
115. ¿Cómo se dio el proceso de implementación del Sistema? Si se presentaron dificultades ¿cuáles fueron?
116. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?
117. ¿Cuáles fueron los aportes principales del Sistema al proceso de capacitación y actualización de la Red DIT?

Sobre evaluación

119. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?
120. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?
121. ¿Cuáles fueron las actividades realizadas relacionadas para la ejecución de este producto?

Para el final:

¿Cuáles fueron los mayores logros del Programa?
¿Cuáles fueron las principales dificultades?
¿Qué recomienda modificar o que cambios se deben hacer para mejorar la implementación del Programa?

Anexo 3: Guías entrevistas y observaciones en Unidades de Salud Familiar (USF) seleccionadas

Cuestionario Nº:
Personal Médico

Datos generales	
Nombre y apellido:	
Denominación de la Unidad de Salud Familiar:	
Barrio/Ciudad/Departamento:	
Función que desempeña en la USF:	
Especialidad:	
Médico de familia:	Ginecólogo/a:
Pediatra:	Otros (especificar):
Lugar y fecha de realización de la entrevista:	
Entrevistador/a:	

Datos sobre la implementación del PDIT	
Perfil y proceso de contratación	
¿Hace cuánto tiempo estás en la USF?	
Años: ( )	Meses: ( )
Comentarios:	
¿Cuáles fueron tus motivaciones principales para postular como médico/a de la USF?	
¿Conoce el Programa de Desarrollo Infantil Temprano?	
Sí: ( )	No ( )
¿Qué plantea? ¿Qué opinión tiene sobre el Programa?	

¿Cuál es el perfil que se espera de los/as agentes comunitarios para implementar el PDIT?		
¿Cuál es el perfil real de los/as contratados/as como agentes comunitarios?		
¿En la USF se contrataron nuevos/as agentes comunitarios en los últimos dos años?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cuántos de los/as AC de esta USF fueron contratados por el Programa DIT?		
Número:		
¿Los/as contratados/as fueron contratados por el Ministerio de Salud? ¿O siguen contratados por el BID?		
Ministerio de Salud: ( )	BID: ( )	
Comentarios:		
¿Cómo fue el proceso de contratación? (procedimientos, plazos)		
Equipamiento, infraestructura y materiales		
¿En el marco del PDIT han sido beneficiados por mejoras en infraestructura, equipamiento, materiales (manuales, kits)?		
Infraestructura: ( )	Equipamientos: ( )	Materiales: ( )
Comentarios:		
¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura?		
¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamiento?		

¿En qué consistió el fortalecimiento en los materiales? (kits, manuales, cartillas, etc.)
¿Tuvieron alguna participación en la definición de los beneficios en infraestructura, equipamiento y materiales?
¿Se presentaron dificultades en relación a estos beneficios?

Sí: ( )	No ( )

¿Cuáles?
¿Tienen idea de por qué fueron beneficiadas ustedes y no otra USF?
¿Cuál fue el tiempo previsto para este proceso? ¿Cuál fue el tiempo real de ejecución?

Tiempo previsto: ( )	Tiempo real: ( )

Comentarios:
Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro de las USF (personal médico, agentes, etc.) Tener en cuenta infraestructura, equipos, materiales, kits

¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura, de las compras en equipamientos y materiales realizadas, en función a la realidad y necesidades del servicio?
¿Cuál es el uso que se les da a estos materiales y equipamientos?
¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?
Sí: ( ) No ( )
¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al MAIDIT?
¿Existen requerimientos para el mantenimiento de la infraestructura, equipamientos y materiales?
Sí: ( ) No ( )
¿Las USF están en condiciones de sostener este mantenimiento?
Sí: ( ) No ( )
Si no lo están ¿Qué requieren para poder hacerlo?
MICS
¿Conocen la Encuesta Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)? Llevar un modelo o foto
Sí: ( ) No ( )
¿Recibieron algún ejemplar en la USF?

Sí: ( )	No ( )
¿Qué utilidad le darían? Explicar de qué se trata el MICS si no lo conoce	
Información digital en Red	
¿Utilizan algún "sistema de información digital" en red en dónde cargan los datos de la USF?	
Sí ( )	No ( )
¿Cuál?	
SIG ( )	Otros ( )
Si lo utilizan ¿Fueron capacitados para la carga de datos?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cómo fue la capacitación, dónde, quiénes le capacitaron?	
¿Tienen dificultades para utilizar el sistema?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
¿Cargan los datos del DIT en algún sistema de información digital?	
Uso de materiales para la apropiación del MAIDIT	
De la siguiente lista de materiales ¿conoce y utiliza alguno de ellos?	

Materiales	**Conoce**	**Utiliza**
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud		
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT		
Otros:		

¿Participaron de algún proceso de validación de estos materiales, o fueron consultados de alguna manera?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuál es la cantidad de materiales distribuidos para su USF?	
Materiales	**Cantidad**
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)	
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud	
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud	
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT	
¿Cómo llegaron los materiales a las USF? (participación en capacitaciones, por correo, etc.)	
¿Fueron capacitados en el uso de los materiales?	
Sí: ( )	No ( )
Comentarios:	
¿Cuáles son los materiales que utilizan como referencia para la implementación del MAIDIT en las USF? Citar	
¿Consideran que son pertinentes para el trabajo requerido?	
¿Qué otros materiales de apoyo utilizan? Citar	

¿En qué le parece que deberían mejorar los materiales?
¿Cuentan con cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades?
¿Cuentan con materiales que pueden ser distribuidos a las usuarias de los servicios de las USF?
Sí: ( ) No ( )
¿Cuáles?
Procesos de Capacitación
¿Cómo trabajan con niños de 0 a 4 años? ¿Qué materiales utilizan como apoyo? ¿Qué más requieren para este trabajo?
¿Fuiste capacitado?
Sí: ( ) No ( )
¿En qué? ¿Quiénes fueron los capacitadores/as? ¿Dónde fueron realizadas?
Sobre Desarrollo Infantil Temprano:

¿Qué le pareció la capacitación? En la escala del 1 al 5 (5 la mejor puntuación)				
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
Comentarios:				
¿Cómo fue el proceso de capacitación en cuanto a selección de participantes, convocatoria, organización?				
Selección de participantes:				
Convocatoria:				
Organización logística:				
Metodología:				
Docentes:				
¿Quiénes fueron los responsables del proceso? ¿Con quiénes se trabajó (con qué institución)?				
¿Existieron dificultades en el proceso?				
Sí: ( )		No ( )		
¿Cuáles?				
¿Cuáles han sido los aprendizajes más importantes del proceso de capacitación? Especificar a cual capacitación se refiere				

¿Cómo les resulta la aplicación en la práctica de lo planteado en las capacitaciones?
¿En qué les parece que se debe continuar el proceso de formación?
Implementación del Battelle
¿Fue capacitado en el uso del Battelle?
Sí: ( ) No ( )
¿Lo aplica?
Sí: ( ) No ( )
Si la respuesta es sí: ¿Qué percepción tiene del instrumento y su utilización en la USF?
¿Considera que a partir de la capacitación está en condiciones de aplicar el Battelle?
¿Cuál es la función que cumple en el cuidado del desarrollo del niño?
Si lo aplica ¿Piensan seguir aplicándolo?
Sí: ( ) No ( )
¿Qué hace con los resultados del Battelle de cada niño/a? Pasos a seguir

Cuando aplican el Battelle ¿Dan la información a las madres y padres sobre los resultados obtenidos? ¿Cómo lo plantean?				
Percepciones sobre el MAIDIT y su proceso de implementación				
¿Conocen el MAIDIT?				
Sí: ( )		No ( )		
¿Cómo evalúan su desenvolvimiento en el MAIDIT? En la escala del 1 al 5 (5 mejor puntuación)				
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
¿Existe conexión entre los otros Programas del MSPYBS con el MAIDIT?				
Sí: ( )		No ( )		
Comentarios:				
¿Cuáles son los beneficios del MAIDIT para los miembros de la comunidad? ¿En qué situaciones de la vida cotidiana interviene?				
Relación con otras instituciones de cuidados a NNA (CODENIs, CEBINFA, etc.)				
¿Cuentan con un mapa de actores de la comunidad? De los que atienden a niños/as desde el nacimiento hasta 4 años				
Sí: ( )		No ( )		
Describir como es:				

¿Tienen algún vínculo con alguno de estos actores? ¿Trabajan articuladamente con ellos?	
Sí: ( )	No ( )
¿Con cuáles?	
Relación con otros actores de la USF en base al MAIDIT	
En relación a la implementación del MAIDIT en la USF:	
¿Cuáles son las actividades conjuntas con las enfermeras/os?	
¿Cuáles son las actividades conjuntas con los/las agentes comunitarios/as?	
¿Existen dificultades para el trabajo conjunto?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles fueron las dificultades para el trabajo conjunto?	
¿Qué aspectos se podrían mejorar?	
Recomendaciones y observaciones generales:	

Cuestionario Nº:
Enfermeros/as

Datos generales	
Nombre y apellido:	
Denominación de la Unidad de Salud Familiar:	
Barrio/Ciudad/Departamento:	
Función que desempeña en la USF:	
Profesión:	
Lic. Enfermería:	Lic.Obstetricia:
Otros (especificar):	
Lugar y fecha de realización de la entrevista:	
Entrevistador/a:	

Datos sobre la implementación del PDIT	
Perfil y proceso de contratación	
¿Hace cuánto tiempo estás en la USF?	
Años: ( )	Meses: ( )
Comentarios:	
¿Cuáles fueron tus motivaciones principales para postular como enfermero/a de la USF?	

¿Cuál fue el perfil requerido para tu puesto?		
¿Conoce el Programa de Desarrollo Infantil Temprano?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Qué plantea? ¿Qué opinión tiene sobre el Programa?		
¿Cuál es el perfil esperado de los/as enfermeros/as para implementar el PDIT?		
¿Sabe que para el PDIT se contrataron AC?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cuál fue el perfil de los AC que se contrataron?		
Equipamiento, infraestructura y materiales		
¿En el marco del PDIT han sido beneficiados por mejoras en infraestructura, equipamiento, materiales (manuales, kits)?		
Infraestructura: ( )	Equipamientos: ( )	Materiales: ( )
Comentarios:		
¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura?		

¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamiento?
¿En qué consistió el fortalecimiento en los materiales? (kits, manuales, cartillas, etc.)
¿Tuvieron alguna participación en la definición de los beneficios en infraestructura, equipamiento y materiales?
¿Se presentaron dificultades en relación a estos beneficios?

Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
¿Tienen idea de por qué fueron beneficiadas ustedes y no otra USF?	
¿Cuál fue el tiempo previsto para este proceso? ¿Cuál fue el tiempo real de ejecución?	
Tiempo previsto: ( )	Tiempo real: ( )
Comentarios:	

Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro de las USF (personal médico, agentes, etc.) Tener en cuenta infraestructura, equipos, materiales, kits
¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura, de las compras en equipamientos y materiales realizadas, en función a la realidad y necesidades del servicio?
¿Cuál es el uso que se les da a estos materiales y equipamientos?
¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?
Sí: ( ) No ( )
¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al MAIDIT?
¿Existen requerimientos para el mantenimiento de la infraestructura, equipamientos y materiales?
Sí: ( ) No ( )
¿Las USF están en condiciones de sostener este mantenimiento?
Sí: ( ) No ( )
Si no lo están ¿Qué requieren para poder hacerlo?

MICS		
¿Conocen la Encuesta Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)? Llevar un modelo o foto		
Sí: ( )	No ( )	
¿Recibieron algún ejemplar en la USF?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Qué utilidad le darían? Explicar de qué se trata el MICS si no lo conoce		
Información digital en Red		
¿Utilizan algún "sistema de información digital" en red en dónde cargan los datos de la USF?		
Sí ( )	No ( )	
¿Cuál?		
SIG ( )	Otros ( )	
Si lo utilizan ¿Fueron capacitados para la carga de datos?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cómo fue la capacitación, dónde, quiénes le capacitaron?		
¿Tienen dificultades para utilizar el sistema?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cuáles?		
¿Cargan los datos del DIT en algún sistema de información digital?		
Uso de materiales para la apropiación del MAIDIT		
De la siguiente lista de materiales ¿conoce y utiliza alguno de ellos?		
Materiales	**Conoce**	**Utiliza**
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña		

menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud		
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT		
Otros:		
¿Participaron de algún proceso de validación de estos materiales, o fueron consultados de alguna manera?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cuál es la cantidad de materiales distribuidos para su USF?		
Materiales		**Cantidad**
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud		
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT		
¿Cómo llegaron los materiales a las USF? (participación en capacitaciones, por correo, etc.)		
¿Fueron capacitados en el uso de los materiales?		
Sí: ( )	No ( )	
Comentarios:		
¿Cuáles son los materiales que utilizan como referencia para la implementación del MAIDIT en las USF? Citar		
¿Consideran que son pertinentes para el trabajo requerido?		

¿Qué otros materiales de apoyo utilizan? Citar
¿En qué le parece que deberían mejorar los materiales?
¿Cuentan con cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades?
¿Cuentan con materiales que pueden ser distribuidos a las usuarias de los servicios de las USF?
Sí: ( ) No ( )
¿Cuáles?
Procesos de Capacitación
¿Cómo trabajan con niños de 0 a 4 años? ¿Qué materiales utilizan como apoyo? ¿Qué más requieren para este trabajo?
¿Fuiste capacitado?
Sí: ( ) No ( )

¿En qué? ¿Quiénes fueron los capacitadores/as? ¿Dónde fueron realizadas?				
Sobre Desarrollo Infantil Temprano:				
¿Qué le pareció la capacitación? En la escala del 1 al 5 (5 la mejor puntuación)				
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
Comentarios:				
¿Cómo fue el proceso de capacitación en cuanto a selección de participantes, convocatoria, organización?				
Selección de participantes:				
Convocatoria:				
Organización logística:				
Metodología:				
Docentes:				
¿Quiénes fueron los responsables del proceso? ¿Con quiénes se trabajó (con qué institución)?				

¿Existieron dificultades en el proceso?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
¿Cuáles han sido los aprendizajes más importantes del proceso de capacitación? Especificar a cual capacitación se refiere	
¿Cómo les resulta la aplicación en la práctica de lo planteado en las capacitaciones?	
¿En qué les parece que se debe continuar el proceso de formación?	
Implementación del Battelle	
¿Fue capacitado/a en el uso del Battelle?	
Sí: ( )	No ( )
¿Lo aplica?	
Sí: ( )	No ( )
Si la respuesta es sí: ¿Qué percepción tiene del instrumento y su utilización en la USF?	
¿Considera que a partir de la capacitación está en condiciones de aplicar el Battelle?	
¿Cuál es la función que cumple en el cuidado del desarrollo del niño?	

Si lo aplica ¿Piensan seguir aplicándolo?				
Sí: ( )		No ( )		
¿Qué hace con los resultados del Battelle de cada niño/a? Pasos a seguir				
Cuando aplican el Battelle ¿Dan la información a las madres y padres sobre los resultados obtenidos? ¿Cómo lo plantean?				
Percepciones sobre el MAIDIT y su proceso de implementación				
¿Conoce el MAIDIT?				
Sí: ( )		No ( )		
¿Cómo evalúa su desenvolvimiento en el MAIDIT? En la escala del 1 al 5 (5 mejor puntuación)				
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
¿Existe conexión entre los otros Programas del MSPYBS con el MAIDIT?				
Sí: ( )		No ( )		
Comentarios:				
¿Cuáles son los beneficios del MAIDIT para los miembros de la comunidad? ¿En qué situaciones de la vida cotidiana interviene?				
Relación con otras instituciones de cuidados a NNA (CODENIs, CEBINFA, etc.)				
¿Cuentan con un mapa de actores de la comunidad? De los que atienden a niños/as desde el nacimiento hasta 4 años				

Sí: ( )	No ( )
Describir como es:	
¿Tienen algún vínculo con alguno de estos actores? ¿Trabajan articuladamente con ellos?	
Sí: ( )	No ( )
¿Con cuáles?	
Relación con otros actores de la USF en base al MAIDIT	
En relación a la implementación del MAIDIT en la USF:	
¿Cuáles son las actividades conjuntas con las enfermeras/os?	
¿Cuáles son las actividades conjuntas con los/las agentes comunitarios/as?	
¿Existen dificultades para el trabajo conjunto?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles fueron las dificultades para el trabajo conjunto?	
¿Qué aspectos se podrían mejorar?	

Recomendaciones y observaciones generales:

Cuestionario Nº:
Agentes comunitarios/as

Datos generales	
Nombre y apellido:	
Denominación de la Unidad de Salud Familiar:	
Barrio/Ciudad/Departamento:	
Función que desempeña en la USF:	
Profesión:	
Lic. Enfermería:	Lic. Obstetricia:
Egresado/a Educación Media:	Otros (especificar):
Lugar y fecha de realización de la entrevista:	
Entrevistador/a:	

Datos sobre la implementación del PDIT	
Perfil y proceso de contratación	
¿Hace cuánto tiempo estás en la USF?	
Años: ( )	Meses: ( )
Comentarios:	
¿Cuáles fueron tus motivaciones principales para postular como agente comunitario de la USF?	

¿Conoce el Programa de Desarrollo Infantil Temprano?	
Sí: ( )	No ( )
¿Qué plantea? ¿Qué opinión tiene sobre el Programa?	
¿Cuál es el perfil que se espera de los/as agentes comunitarios para implementar el PDIT?	
¿Cuál es el perfil real de los/as contratados/as como agentes comunitarios?	
¿En la USF se contrataron nuevos/as agentes comunitarios en los últimos dos años?	
Sí: ( )	No ( )
¿Vos o alguno de los agentes comunitarios/as fueron contratados/as por el Programa DIT?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuándo?	
¿Los/as contratados/as fueron contratados por el Ministerio de Salud? ¿O siguen contratados por el BID?	
Ministerio de Salud: ( )	BID: ( )
Comentarios:	
¿Cómo fue el proceso de contratación? (procedimientos, plazos)	

Equipamiento, infraestructura y materiales		
¿En el marco del PDIT han sido beneficiados por mejoras en infraestructura, equipamiento, materiales (manuales, kits)?		
Infraestructura: ( )	Equipamientos: ( )	Materiales: ( )
Comentarios:		
¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura?		
¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamiento?		
¿En qué consistió el fortalecimiento en los materiales? (kits, manuales, cartillas, etc.)		
¿Tuvieron alguna participación en la definición de los beneficios en infraestructura, equipamiento y materiales?		
¿Se presentaron dificultades en relación a estos beneficios?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cuáles?		

¿Tienen idea de por qué fueron beneficiadas ustedes y no otra USF?
¿Cuál fue el tiempo previsto para este proceso? ¿Cuál fue el tiempo real de ejecución?
Tiempo previsto: ( ) | Tiempo real: ( )
Comentarios:
Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro de las USF (personal médico, agentes, etc.) Tener en cuenta infraestructura, equipos, materiales, kits
¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura, de las compras en equipamientos y materiales realizadas, en función a la realidad y necesidades del servicio?
¿Cuál es el uso que se les da a estos materiales y equipamientos?
¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?
Sí: ( ) | No ( )
¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al MAIDIT?

¿Existen requerimientos para el mantenimiento de la infraestructura, equipamientos y materiales?	
Sí: ( )	No ( )
¿Las USF están en condiciones de sostener este mantenimiento?	
Sí: ( )	No ( )
Si no lo están ¿Qué requieren para poder hacerlo?	
MICS	
¿Conocen la Encuesta Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)? Llevar un modelo o foto	
Sí: ( )	No ( )
¿Recibieron algún ejemplar en la USF?	
Sí: ( )	No ( )
¿Qué utilidad le darían? Explicar de qué se trata el MICS si no lo conoce	
Información digital en Red	
¿Utilizan algún "sistema de información digital" en red en dónde cargan los datos de la USF?	
Sí ( )	No ( )
¿Cuál?	
SIG ( )	Otros ( )
Si lo utilizan ¿Fueron capacitados para la carga de datos?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cómo fue la capacitación, dónde, quiénes le capacitaron?	
¿Tienen dificultades para utilizar el sistema?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	

¿Cargan los datos del DIT en algún sistema de información digital?		
Uso de materiales para la apropiación del MAIDIT		
De la siguiente lista de materiales ¿conoce y utiliza alguno de ellos?		
Materiales	**Conoce**	**Utiliza**
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud		
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT		
Otros:		
¿Participaron de algún proceso de validación de estos materiales, o fueron consultados de alguna manera?		
Sí: ( )	No ( )	
¿Cuál es la cantidad de materiales distribuidos para su USF?		
Materiales	**Cantidad**	
Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT)		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la Salud		
Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para el Agente Comunitario de la Salud		
Guía técnica de preparación integral para la maternidad con énfasis en DIT		
¿Cómo llegaron los materiales a las USF? (participación en capacitaciones, por correo, etc.)		

¿Fueron capacitados en el uso de los materiales?	
Sí: ( )	No ( )
Comentarios:	
¿Cuáles son los materiales que utilizan como referencia para la implementación del MAIDIT en las USF? Citar	
¿Consideran que son pertinentes para el trabajo requerido?	
¿Qué otros materiales de apoyo utilizan? Citar	
¿En qué le parece que deberían mejorar los materiales?	
¿Cuentan con cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades?	
¿Cuentan con materiales que pueden ser distribuidos a las usuarias de los servicios de las USF?	
Sí: ( )	No ( )

¿Cuáles?				
Procesos de Capacitación				
¿Cómo trabajan con niños de 0 a 4 años? ¿Qué materiales utilizan como apoyo? ¿Qué más requieren para este trabajo?				
¿Fuiste capacitado?				
Sí: ( )		No ( )		
¿En qué? ¿Quiénes fueron los capacitadores/as? ¿Dónde fueron realizadas?				
Sobre Desarrollo Infantil Temprano:				
¿Qué le pareció la capacitación? En la escala del 1 al 5 (5 la mejor puntuación)				
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
Comentarios:				
¿Cómo fue el proceso de capacitación en cuanto a selección de participantes, convocatoria, organización?				
Selección de participantes:				
Convocatoria:				
Organización logística:				

Metodología:	
Docentes:	
¿Quiénes fueron los responsables del proceso? ¿Con quiénes se trabajó (con qué institución)?	
¿Existieron dificultades en el proceso?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
¿Cuáles han sido los aprendizajes más importantes del proceso de capacitación? Especificar a cual capacitación se refiere	
¿Cómo les resulta la aplicación en la práctica de lo planteado en las capacitaciones?	
¿En qué les parece que se debe continuar el proceso de formación?	
Implementación del Battelle	
¿Conoce el Battelle?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuál es su utilidad?	

Percepciones sobre el MAIDIT y su proceso de implementación				
¿Conocen el MAIDIT?				
Sí: ( )		No ( )		
¿Cómo evalúan su desenvolvimiento en el MAIDIT? En la escala del 1 al 5 (5 mejor puntuación)				
1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )
¿Existe conexión entre los otros Programas del MSPYBS con el MAIDIT?				
Sí: ( )		No ( )		
Comentarios:				
¿Cuáles son los beneficios del MAIDIT para los miembros de la comunidad? ¿En qué situaciones de la vida cotidiana interviene?				
Relación con otras instituciones de cuidados a NNA (CODENIs, CEBINFA, etc.)				
¿Cuentan con un mapa de actores de la comunidad? De los que atienden a niños/as desde el nacimiento hasta 4 años				
Sí: ( )		No ( )		
Describir como es:				
¿Tienen algún vínculo con alguno de estos actores? ¿Trabajan articuladamente con ellos?				
Sí: ( )		No ( )		
¿Con cuáles?				

Relación con otros actores de la USF en base al MAIDIT
En relación a la implementación del MAIDIT en la USF:
¿Cuáles son las actividades conjuntas con las enfermeras/os?
¿Cuáles son las actividades conjuntas con los/las agentes comunitarios/as?
¿Existen dificultades para el trabajo conjunto?
Sí: ( ) No ( )
¿Cuáles fueron las dificultades para el trabajo conjunto?
¿Qué aspectos se podrían mejorar?
Recomendaciones y observaciones generales:

Cuestionario Nº:
Usuarios/as

Datos generales	
Nombre y apellido:	
Denominación de la Unidad de Salud Familiar a la que acude:	
Barrio/Ciudad/Departamento:	
Tiempo en la comunidad:	
Ocupación:	
Nivel de formación (especificar grado/título):	
Primaria:	Secundaria:
Terciaria:	Otros:
Edad:	
Número de personas a su cargo (detallar edades):	
Lugar y fecha de realización de la entrevista:	
Entrevistador/a:	

Datos sobre la implementación del PDIT	
Perfil de profesionales de la USF	
¿Desde cuándo acudís a los servicios de la USF?	
¿Con qué frecuencia traes a tu hijo/a a los controles de salud?	
Una vez a la semana:	Una vez al mes:
Cuando está algún especialista:	Cuando se enferma:
Otros (especificar):	
A tu criterio ¿Cómo deberían ser los profesionales que atienden en las USF?	

¿Te parece que son así?	
Debilidades	Fortalezas
¿Quién o quiénes te atiende/n en la USF?	
¿Quién/es visita/n tu hogar? ¿Para qué se van?	
Equipamiento, infraestructura y materiales	
¿Supo si la USF ha sido beneficiada con mejoras en infraestructura, equipamiento, materiales?	
Infraestructura: ( )	Equipamientos: ( ) Materiales: ( )
Comentarios:	
¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura?	
¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamiento?	

¿En qué consistió el fortalecimiento en los materiales? (kits, manuales, cartillas, etc.)
¿Tuvieron alguna participación en la definición de los beneficios en infraestructura, equipamiento y materiales?
¿Se presentaron dificultades en relación a estos beneficios?
Sí: ( ) No ( )
¿Cuáles?
¿Tienen idea de por qué fueron beneficiadas ustedes y no otra USF?
Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro de las USF (personal médico, agentes, etc.) Tener en cuenta infraestructura, equipos, materiales, kits
¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura, de las compras en equipamientos y materiales realizadas, en función a la realidad y necesidades del servicio?

¿Cuál es el uso que se les da a estos materiales y equipamientos?	
¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?	
Sí: ( )	No ( )
Uso de materiales para la apropiación del MAIDIT	
¿Les fueron entregados materiales en la USF?	
Sí: ( )	No ( )
¿Fueron capacitados en el uso de los materiales?	
Sí: ( )	No ( )
Comentarios:	
¿En qué le parece que deberían mejorar los materiales?	
Procesos de Capacitación	
¿En la USF se hizo algún taller de capacitación?	
Sí: ( )	No ( )
¿Sobre qué temas?	
¿Les sirvió la capacitación?	
Sí: ( )	No ( )
¿En qué?	
¿En qué podría mejorar?	

Implementación del Battelle	
Conoce la prueba Battelle (mostrar ejemplo)	
Sí: ( )	No ( )
¿Alguno de sus hijos/as, sobrinos/as, nietos/as han aplicado este inventario?	
Sí: ( )	No ( )
¿Le explicaron para qué se aplica?	
Sí: ( )	No ( )
Comentarios:	
¿Le comentaron sobre los resultados?	
Sí: ( )	No ( )
¿Se sintió cómoda con esta información? ¿Tuvo dudas? ¿Las pudo consultar y clarificar?	
Percepciones sobre el MAIDIT y su proceso de implementación	
¿Escuchó hablar del MAIDIT?	
Sí: ( )	No ( )
¿De qué se trata?	
¿Cuáles son los beneficios del MAIDIT para los miembros de la comunidad?	
Relación con otras instituciones de cuidados a NNA (CODENIs, CEBINFA, etc.)	
¿Conoce otras instituciones que brindan servicios a la niñez?	

Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
Utiliza otros servicios en la comunidad	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
Relación con otros actores de la USF en base al MAIDIT	
En relación a la implementación del MAIDIT en la USF:	
¿Observa un trabajo conjunto entre los profesionales de la USF?	
Sí: ( )	No ( )
Comentarios:	
¿Existen dificultades para el trabajo conjunto?	
Sí: ( )	No ( )
¿Cuáles?	
¿Qué aspectos se podrían mejorar?	
Recomendaciones y observaciones generales:	

Observación

Datos generales
Denominación de la Unidad de Salud Familiar:
Barrio/Ciudad/Departamento:
Lugar y fecha de realización de la entrevista:
Observador/a:

Observar características del MAIDIT en el trabajo que hacen todos los recursos humanos
Relacionamiento con pacientes
Relacionamiento con madres/padres
Relación cantidad de pacientes versus cantidad de funcionarias/os

Mejoras en infraestructura, equipamiento y materiales
Utilidad en función al MAIDIT
Otras necesidades del servicio
Requerimientos para sostener el mantenimiento de los beneficios recibidos

Materiales disponibles. Utilidad
Entrega de materiales a usuarios/as
Intervenciones relacionadas con el MAIDIT
Aplicación Battelle – Archivos - Aplicaciones
Presencia de otros servicios en la comunidad

Interacción entre los profesionales de la USF
Registro digital de datos

Anexo 3: Matriz de Análisis

Componente 1. Implementación del Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT).

Sub-componente: 1.1 Fortalecimiento de los servicios de atención temprana en el primer nivel de atención

Estado de Ejecución	Productos	Indicadores	Meta del Programa	Nivel de Logro	Preguntas	Memo analítico - Equipo	Actores clave	*Criterios de Evaluación								Fuentes de Información
								A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Llevado a cabo	**Producto 1. Agentes comunitarios incorporados a las USF para la implementación del MAIDIT.**	Nº de contratados	401	142	1. ¿Cuál es el perfil esperado de los agentes comunitarios?		Responsables del Programa Director/a USF	A	B							I	Manual MAIDIT. Entrevista RRHH y/o Dirección Responsable. Referente Programa.
					2. ¿Cuál es el perfil de los contratados como agentes comunitarios?		Responsables del Programa Director/a USF	A	B							I	
					3. ¿Cómo fue el proceso de contratación? (instancias del MSPYBS involucradas, procedimientos, plazos)		Responsables del Programa						F			I	
					4. ¿Cuántos fueron contratados por el programa?		Responsables del Programa				D						
					5. ¿Cuáles fueron las dificultades y los cuellos de botella para la contratación?		Responsables del Programa				D		F				
					6. ¿Cuántos de los contratados fueron absorbidos por el sistema?		Responsables del Programa							G	H		
					7. ¿Algunas de las personas contratadas han abandonado el programa? Si la respuesta es si: ¿Cuántas? ¿Cuáles fueron los motivos?		Responsables del Programa				D			G			
					8. ¿Cuánto tiempo dura la contratación? ¿Qué pasa al terminar el contrato? (lo asume el MSPYBS, están previstos los recursos)?		Responsables del Programa							G			
					9. ¿Cuál es la distribución de la contratación por regiones sanitarias y por USF?		Responsables del Programa	A	B								
					10. ¿Existió una preparación de estas personas para que estuvieran capacitadas para la implementación del MAIDIT?		Responsables del Programa	A	B			E					
					11. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?		Responsables del Programa				D		F				
					12. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?		Responsables del Programa				D		F				
Llevado a cabo	**Producto 2. USF fortalecidas con infraestructura, equipamiento y materiales.**	21 infraestructura, equipamiento y muebles 10 con equipamiento y muebles	145		13. ¿Cuántas USF han sido fortalecidas con infraestructura, equipamiento y materiales?		Responsables del Programa					E					Entrevistas responsables infraestructura. Entrevista responsables del producto dentro del programa. Revisión de documentos. Entrevista USF, Observación USF.
					14. ¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura?		Responsables del Programa Equipo Técnico USF beneficiadas.	A	B								
					15. ¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamiento?		Responsables del Programa Equipo Técnico USF beneficiadas.	A	B								
					16. ¿En qué consistió el fortalecimiento en los materiales?		Responsables del Programa. Equipo Técnico USF beneficiadas.	A	B								
					17. ¿Cuáles fueron los criterios para las definiciones de que específicamente sería incluido en el fortalecimiento tanto en infraestructura, equipamiento y materiales?		Responsables del Programa	A	B								
					18. ¿Cómo fue el proceso de adquisición?		Responsables del Programa.					E					
					19. ¿Cuáles las dificultades que se presentaron?		Responsables del Programa.				D		F				
					20. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?		Responsables del Programa.				D		F				
					21. ¿Cuáles fueron los criterios para la asignación de las USF beneficiadas?		Responsables del Programa.	A	B								
					22. ¿Cuál fue el tiempo destinado a este proceso? ¿Cuál era el previsto y cuál fue el tiempo real de ejecución?		Responsables del Programa.				D	E					
					23. Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro de las USF (personal médico, agentes, etc.)		Equipo Técnico USF beneficiadas.						F			I	

					24. ¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura, de las compras en equipamientos y materiales realizadas, en función a la realidad y necesidades del servicio?		Equipo Técnico USF beneficiadas. Usuarias/os de las USF	A	B							I	
					25. ¿Cuál es el uso que se les da a estos materiales y equipamientos? ¿Ayuda a mejorar el servicio de atención en DIT?		Equipo Técnico USF beneficiadas.	A	B					G		I	
					26. ¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al MAIDIT?		Equipo Técnico USF beneficiadas. Usuarias/os de las USF						F			I	
					27. ¿Existen requerimientos para el mantenimiento de la infraestructura, equipamientos y materiales? ¿Las USF están en condiciones de sostener este mantenimiento? Si no lo están ¿Qué requieren para poder hacerlo?		Equipo Técnico USF beneficiadas						F		G			
	Producto 3: USF ampliadas con infraestructura, equipamiento y materiales.				28. ¿Cuál es la situación de este producto?		Responsables del Programa.					E					Entrevistas a responsables principales del Programa. Entrevista referentes infraestructura.
					29. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?		Responsables del Programa.					E					
					30. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?		Responsables del Programa.					E					
					31. Valorar la importancia de este producto		Responsables del Programa.					E					
En Proceso	**Producto 4: MAIDIT completado en los tres niveles de atención con los manuales para su implementación.**	Documentos normativos publicados, validados Documentos normativos, validados en proceso de edición, diseño e impresión.	5		32. ¿Cuáles son estos documentos?		Responsables del Programa.	A									Grupos Focales (agentes, enfermeras, auxiliares, médicos). Entrevistas a responsables principales del Programa.
					33. ¿Cuál fue el proceso de elaboración, validación?		Responsables del Programa.						F				
					34. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?		Responsables del Programa.				D		F				
					35. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?		Responsables del Programa.				D		F				
					36. ¿Cuál es la cantidad de materiales distribuidos?		Responsables del Programa.				D	E		G			
					37. ¿Existe una política de distribución posterior de los materiales una vez que hayan sido impresos?		Responsables del Programa.		B				F				
					38. ¿Se prevé cantidad para todos los niveles de atención?		Responsables del Programa.	A	B		D						
					39. ¿Cuáles son los materiales que utilizan como referencia para la implementación del MAIDIT en las USF?		Responsables del Programa.				D	E	F		H		
					40. ¿Consideran que son pertinentes para el trabajo requerido?		Responsables del Programa.						F		H		
					41. ¿Qué otros materiales de apoyo utilizan?		Responsables del Programa.						F		H		
					42. ¿En qué le parece que deberían mejorar los materiales?		Responsables del Programa.	A					F				
					43. ¿Cuentan con cantidad suficiente de acuerdo a las necesidades?		Responsables del Programa.	A			D	E					
Llevado a cabo	**Producto 5: Personal sanitario y agentes comunitarios capacitados en DIT en el primer nivel de atención.**	63 Médicos 76 Licenciadas 176 Agentes comunitarios 82 Auxiliares PIMDIT 120 aproximadamente	916		44. ¿Cuál fue el proceso de capacitación establecido para personal sanitario y agentes comunitarios en DIT? ¿Existe un solo proceso de capacitación o son varios? ¿Por qué se definió ese esquema de capacitación?		Responsables del Programa.	A				E				I	Grupos Focales por actores MAIDIT (agentes, enfermeras, auxiliares, médicos). Entrevistas a INS.
					45. ¿Cuáles son las competencias que se espera lograr en cada uno de los actores		Responsables del Programa.	A								I	
					46. ¿Cómo fue el proceso de capacitación? (selección de participantes, convocatoria,		Responsables del Programa.				D	E	F			I	
					47. ¿Quiénes fueron los responsables del proceso? ¿Con quiénes se trabajó (con qué		Responsables del Programa.				D	E	F				
					48. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?		Responsables del Programa.				D		F				
					49. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?		Responsables del Programa.				D		F				
					50. ¿Cuantas personas han sido capacitadas (por actores)?		Responsables del Programa.				D	E					
					51. ¿Cuáles han sido los aprendizajes mas importantes del proceso de capacitación?		Responsables del Programa.			C	D		F	G			
					52. ¿Como les resulta la aplicación en la practica de lo planteado en las capacitaciones?		Responsables del Programa.	A		C			F	G	H		
					53. ¿Como evalúan su desenvolvimiento en el MAIDIT?		Responsables del Programa.			C			F	G	H		
					54. ¿En qué les parece que se debe continuar el proceso de formación?		Responsables del Programa.						F	G			

						A	B	C	D	E	F	G	H	I	
				55. ¿Cómo se conectan todos los Programas del MSPYBS con el MAIDIT? ¿Existe una	Responsables del Programa.	A					F	G	H		
				56. ¿Cuál fue el rol del INS en este proceso?	Responsables del Programa.				D	E	F				
Llevado a cabo	Producto 6: Encuesta Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) realizada.	Disponible en la web	1	57. ¿Cuál fue el criterio para definir los indicadores?		A								I	Encuesta.
				58. ¿Cuál fue el objetivo de la encuesta?		A									
				59. ¿Cuál es la utilidad para el programa?		A			D		F				Entrevistas a responsables principales del Programa.
				60. ¿Cuáles fueron las dificultades en el proceso?					D		F				
				61. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?					D		F				
Sub-componente 1.2. Creación de los servicios intermedios de diagnóstico y tratamiento de los niños/as con retrasos en su desarrollo															
[redacted]	Producto 7. Unidades de SIT operando en los lugares priorizados por el Programa (de acuerdo con mapeo)	Guía SIT validada Prototipo arquitectónico de SIT Especificaciones Técnicas para equipamiento Perfil de profesionales que conforman el SIT	11	62. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa.					E					Guías elaboradas. Entrevistas a responsables principales del Programa.
				63. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?						E					
				64. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?	Responsables del Programa.					E					
[redacted]	Producto 8. Personal sanitario capacitados en DIT en el segundo nivel de atención	Borrador preliminar de programa de capacitación para el segundo y tercer nivel	160	66. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa.					E					Documento preliminar de capacitación.
				67. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?						E					Entrevistas a responsables de las actividades de capacitación del programa.
				68. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?						E					
				69. Valorar la importancia de este producto						E					
Sub-componente 1.3 Fortalecimiento de los establecimientos hospitalarios y de atención materno -infantil															
En Proceso	Producto 9. Hospital de referencia Acosta Ñu fortalecido	Inversión en infraestructura y equipamiento	1	70. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa. Equipo Técnico Hospital Acostañú.					E					Documentos del programa relacionados con el producto. Observación del Hospital Acostañu (especificamente las mejoras en infraestructura y equipamientos realizadas desde el programa). Entrevistas a responsables del programa, personas de enlance en el Hospital Acosta Ñu
				71. ¿En qué consistió el fortalecimiento en infraestructura?	Responsables del Programa.	A	B								
				72. ¿En qué consistió el fortalecimiento en equipamiento?	Responsables del Programa.	A	B								
				73. ¿Cuáles fueron los criterios para las definiciones de que específicamente sería incluido	Responsables del Programa.	A	B		D						
				74. ¿Cómo fue el proceso de adquisición de equipamientos y de contrataciones para la	Responsables del Programa.						F				
				75. ¿Cuáles las dificultades que se presentaron?	Responsables del Programa.				D		F				
				76. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?	Responsables del Programa.				D		F				
				77. ¿Cuál fue el tiempo destinado a este proceso? ¿Cuál era el previsto y cuál fue el tiempo	Responsables del Programa.				D	E					
				78. Estos beneficios afectan particularmente a algún actor específico dentro del Hospital	Responsables del Programa.						F			I	
				79. ¿Cuál es la pertinencia del fortalecimiento de infraestructura y equipamientos en	Responsables del Programa.	A	B								
				80. ¿A qué necesidades específicas de infraestructura responden las inversiones del	Responsables del Programa.	A	B					G			
				81. ¿Cuál es el uso que se les da a estos beneficios (equipamientos e infraestructura)?	Responsables del Programa.	A					F				
				82. ¿Qué otras necesidades deberían ser atendidas en este fortalecimiento en función al	Responsables del Programa.						F	G			
[redacted]	Producto 10. Programas AIN y Madre Canguro implementados en los hospitales regionales y centros de atención materno-infantil del programa	GUIAS ELABORADAS : -DEL METODO MAMA CANGURO -ATENCION NEONATAL INTEGRADA	11	83. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa.					E					Guías elaboradas.
				84. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?	Responsables del Programa.					E					Entrevistas a responsables principales del Programa.
				85. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?	Responsables del Programa.					E					
				86. Valorar la importancia de este producto	Responsables del Programa.					E					
[redacted]	Producto 11: Programas de detección temprana de trastornos sensoriales implementados en los hospitales regionales y materno-infantil	Especificaciónes técnicas de las consultoras	16	87. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa.					E					Documentos producidos sobre las especificaciones técnicas de consultores.
				88. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?	Responsables del Programa.					E					Entrevistas a responsables principales del Programa.
				89. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?	Responsables del Programa.					E					
				90. Valorar la importancia de este producto	Responsables del Programa.					E					
[redacted]	Producto 12. Personal sanitario capacitados en DIT en el tercer nivel de atención	Borrador preliminar de programa de capacitación	24	91. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa.					E					Documento preliminar de capacitación.
				92. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?	Responsables del Programa.					E					Entrevistas a responsables de las actividades de capacitación del programa.
				93. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?	Responsables del Programa.					E					
				94. Valorar la importancia de este producto	Responsables del Programa.					E					
Componente 2: Fortalecimiento de Servicios complementarios de atención infantil															
En Proceso	Producto 13: Normativas estandarizadas aprobadas por el MEC, SNNA y MSPBS		1	95. ¿Cuál es la situación de este producto?	Responsables del Programa.				D	E	F				Versiones preliminares disponibles de los documentos previstos.
				96. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?	Responsables del Programa.				D	E	F				Entrevistas a responsables principales del Programa.
				97. ¿Cuáles son los documentos producidos hasta el momento?	Responsables del Programa.				D	E	F				
				98. ¿Cuál es el procedimiento a seguir para la aprobación de los documentos?	Responsables del Programa.				D	E	F				

					99. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?		Responsables del Programa.				D	E	F						
					100. Valorar la importancia de este producto		Responsables del Programa.				D	E	F						
En Proceso	**Producto 14: Centros de cuidado infantil CEBINFA del MSPBS, fortalecidos**		29		101. ¿Cuál es la situación de este producto?		Responsables del Programa.				D	E	F						Entrevistas a responsables principales del Programa.
					102. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?		Responsables del Programa.				D	E	F						
					103. ¿Cuáles fueron los documentos producidos hasta el momento?		Responsables del Programa.				D	E	F						
					104. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?		Responsables del Programa.				D	E	F						
					105. Valorar la importancia de este producto		Responsables del Programa.				D	E	F						
Componente 3: Gestión de los programas de DIT, Monitoreo y Evaluación																				
[redacted]	Producto 15: Modelos descentralizados para la protección de los derechos del niño implementados en los municipios del programa		20		106. ¿Cuál es la situación de este producto?		Responsables del Programa.					E							Entrevistas a responsables principales del Programa.
					107. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?		Responsables del Programa.					E							
					108. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?		Responsables del Programa.					E							
					109. Valorar la importancia de este producto		Responsables del Programa.					E							
[redacted]	Producto 16: Implementación de un [redacted]		1		110. ¿Cuál es la situación de este producto?		Responsables del Programa.					E							Entrevistas a responsables principales del Programa.

	videoconferencia para la capacitación y actualización de la Red DIT				111. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?		Responsables del Programa.					E							
					112. ¿Cuáles son las recomendaciones para mejorar la ejecución de este producto?		Responsables del Programa.					E							
					113. Valorar la importancia de este producto		Responsables del Programa.					E							
Llevado a cabo	Producto 17: Sistema de información gerencial de DIT con enfoque de red implementado en el MSPyBS		1		114. ¿Cómo fue el proceso de diseño del Sistema? ¿Quiénes participaron del proceso?				B	C	D		F			I		Entrevistas a actores que participaron del proceso de diseño del Sistema.	
					115. ¿Cómo se dio el proceso de implementación del Sistema? Si se presentaron dificultades ¿cuáles fueron?					C	D	E						Entrevista a usuarios directos del Sistema en funcionamiento.	
					116. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?						D	E	F		H				
					117. ¿Cuáles fueron los aportes principales del Sistema al proceso de capacitación y actualización de la Red DIT?			A					F		H	I		Entrevista a responsables principales del Programa.	
En Proceso	Producto 18: Evaluaciones del programa realizado (mediciones)		4		118. ¿Cuál es la situación de este producto?		Responsables del Programa.					E						Entrevista a responsables principales del Programa.	
					119. ¿Cuáles fueron las dificultades para su implementación?		Responsables del Programa.					E							
					120. ¿Existieron aspectos que facilitaron el proceso?		Responsables del Programa.					E							
					121. ¿Cuáles fueron las actividades realizadas relacionadas para la ejecución de este producto?		Responsables del Programa.					E							
	*Referencias																		
	A. Pertinencia y alineamiento																		
	B. Coherencia interna de la intervención																		
	C. Participación																		
	D. Eficiencia																		
	E. Eficacia																		
	F. Percepción de Resultados																		
	G. Sostenibilidad																		
	H. Apropiación y fortalecimiento institucional																		
	I. Perspectiva de género																		

Anexo 5: Reuniones realizadas con el equipo técnico del PDIT

Fecha	Tema	Participantes
12 de julio de 2018	Presentación preliminar del Programa por parte del equipo técnico	Rocío Florentín, Osvaldo Benítez, Rudi Elías, María M. Pereira, Laura Bareiro
6 de agosto de 2018	Presentación del Programa y acuerdos preliminares para la evaluación. Aspectos a enfatizar	Osvaldo Benítez, Rocío Florentín, Bernardo Sánchez, Mabel Del Puerto, Amalia Monges, María Ligia Aguilar, Claudia Pacheco, Rudi Elías, Gabriela Walder
20 de agosto de 2018	Presentación de la propuesta del Plan de Trabajo de la Evaluación	María Ligia Aguilar, Rocío Florentín, Mabel Del Puerto, Bernardo Sánchez, Rudi Elías, María M. Pereira, Laura Bareiro
28 de agosto de 2018	Presentación del Inventario Battelle por parte del equipo Técnico	Rocío Florentín, Mabel Del Puerto, Rudi Elías, María M. Pereira, Laura Bareiro
10 de octubre de 2018	Presentación de avances de la Evaluación por parte del equipo consultor	Rocío Florentín, Mabel Del Puerto, Rudi Elías, Laura Bareiro