



TESÁI HA TEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguái
tetãguarã
mba'e

Programa de Desarrollo Infantil Temprano "Paraguay Creciendo Juntos"

GUÍA OPERATIVA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIDIT EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



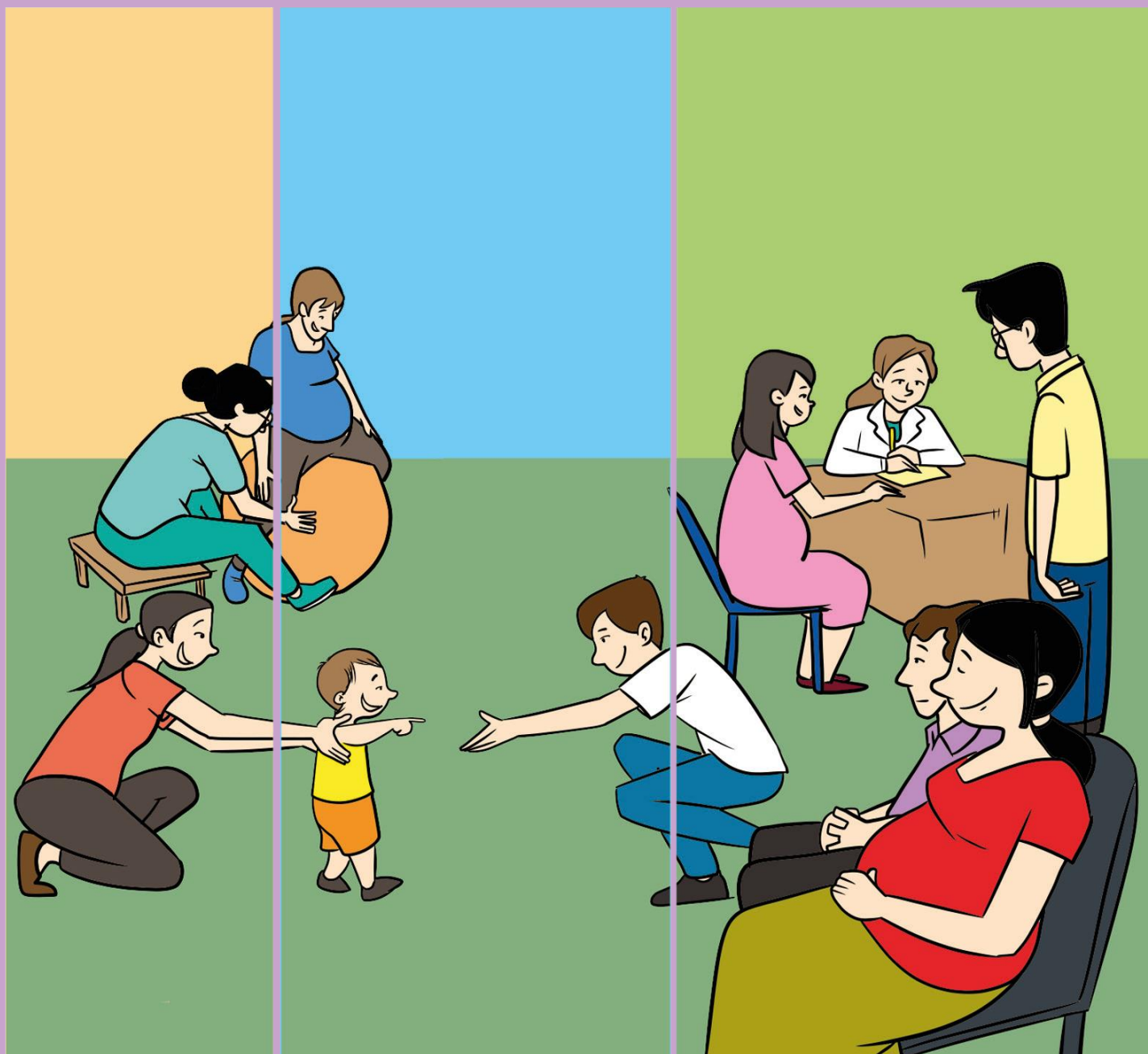


TESÁI HA TEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguái
tetãguarã
mba'e

Programa de Desarrollo Infantil Temprano "Paraguay Creciendo Juntos"



GUÍA OPERATIVA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAIDIT EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



AUTORIDADES

Dr. Julio Daniel Mazzoleni
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL

Dr. Julio Rolón Vicioso
VICEMINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL

Dra. Patricia Veiluva Arguello
DIRECTORA GENERAL DE PROGRAMAS
DE SALUD

Dra. Zully Suarez A.
DIRECTORA DE SALUD INTEGRAL DE LA
NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Equipo Técnico del Programa de Desarrollo Infantil Temprano

Dra. María Ligia Aguilar
Dra. María Isabel Del Puerto
Lic. Rocío Florentín
Dr. Bernardo Sánchez

Participantes en la validación:

Dirección General de Atención Primaria de la Salud
Lic. Damian Sedliak

VI Región Sanitaria Caazapà
Dra. Graciela Grommek

INEPEO
Lic. Hildelita Zarate

CIRD
Dra. Berta Calcena
Dr. Osvaldo Benítez

X Region Sanitaria Alto Paraná
Lic. Graciela Villanueva

Dirección General Programas Salud
Salud Sexual Reproductiva
Tecn. SSR Laura Barreto
Dr. Daniel Ramallo
Lic. María Luisa Espejo

Dirección General Planificación Estratégica - DFMP
Lic. Ana Samudio

II Región Sanitaria San Pedro
Lic. Rosa Agüero

IV Región Sanitaria Guairá
Dra. Helen Carolina Vera Báez.

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencia es una preocupación del MSPBS. En este material se opta por el uso del masculino genérico que obedece únicamente a un criterio de economía del lenguaje y procura una lectura más fluida, sin que ello tenga una connotación discriminatoria.

CONTENIDO

1. Introducción	10
2. Objetivos del documento	11
3. Ámbito y usuarios de aplicación de las guías	12
4. Equipo de profesionales de la Unidad de Salud Familiar	13
5. Modalidades de atención en Desarrollo Infantil Temprano	14
5.1. Objetivos de las modalidades de atención en DIT	14
5.2. Características generales de las modalidades de atención al DIT	15
a. Modalidad atención domiciliaria con énfasis en DIT	
b. Modalidad consultorio con énfasis en DIT	
c. Espacios de juego en sala de espera	
d. Modalidad atención familiar en DIT	
e. Club del DIT	
f. Modalidad de atención en estimulación oportuna	
5.3. Qué debe hacer el equipo de salud de la familia para la atención en DIT	19
5.4. Ingreso a modalidades de atención DIT	21
5.5. Modalidad de atención según edad, estado del desarrollo y número de sesiones por edad	22
6. Registro y sistema de información	24
6.1. Hoja de censo. (Formulario N.º 1)	24
6.2. La ficha clínica del paciente	25
6.3. El Informe mensual de la USF	26
6.4. Planilla de atención/dispensarización	26
6.5. Formulario de detección y seguimiento	26
6.6. Formulario de promoción y Aty	27
6.7. Libro de actas de la USF	27
6.8. Formulario SIG	27
7. Estrategia de implementación del PDIT	29
7.1. El nivel central/ nacional	29
7.2. El nivel regional	29
7.3. El nivel local (las USF y sus territorios)	30
8. Indicadores de cumplimiento de las actividades. Indicadores de procesos y de productos	34
9. Anexos	35
Bibliografía	51

GLOSARIO

Desarrollo neurotípico:

En sentido amplio se considera el desarrollo de un niño como típico cuando su crecimiento y las habilidades psicosociales están ocurriendo de acuerdo con los límites y secuencias predecibles, y no hay factores de riesgo relevante que puedan alterar esta trayectoria.

Rezago del desarrollo:

Se define como aquel niño que teniendo una determinada edad, no ha logrado determinada función que debe lograr a esa edad. Corresponde a -1 DE en la prueba de tamizaje Battelle.

Factores de riesgo:

Son los factores adversos relacionados, tanto a las características biológicas del niño y las experiencias del medio ambiente, cuya interacción es capaz de alterar o producir daño en el desarrollo del niño.

Factores protectores:

Son los factores que pueden tener una influencia positiva en el desarrollo del niño. Ej.: vínculo afectivo seguro entre el niño y la madre.

Sospecha de desviación en el desarrollo:

Cuando el proceso de desarrollo de un niño no corresponde al patrón básico que define lo esperable para su edad. Corresponde a -1.5 y -2 DE en la prueba de tamizaje Battelle.

Prueba de tamizaje:

Es una prueba sencilla estandarizada para identificar a aquellos niños que tienen algún rezago o sospecha de desviación en el desarrollo.

Hitos del desarrollo:¹

Es la adquisición de habilidades o destrezas a edades determinadas.

Signos de alarma en el desarrollo

Son los signos asociados con el retraso significativo en la aparición de adquisiciones del desarrollo global o de un área específica para la edad del niño, o la persistencia de patrones que deberían haber desaparecido (Ej. Reflejos arcaicos) o de signos que son anómalos a partir de esa edad (ej. Movimientos repetitivos en mayores de 8 meses) o existencia de signos anómalos a cualquier edad (ej. Movimientos oculares anormales).

¹ WWW.crececontigo.gob.cl/tema/primeros-hitos-del-desarrollo/

² García Pérez, MA, Martínez Granero MA. Desarrollo Psicomotor y signos de alarmas. EN: AEPap (ED.). Curso de actualización de Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. P81-93.

ACRÓNIMOS

PDIT Programa de Desarrollo Infantil Temprano

MAIDIT Modelo de Atención Integral al Desarrollo Infantil Temprano

USF Unidad de Salud Familiar

ESF Equipo de Salud de la Familia

DIT Desarrollo Infantil Temprano

MSPBS Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

IBS Instituto de Bienestar Social

RIISS Red Integral e Integrada de Servicios de Salud

PRESENTACIÓN

Este documento es una guía para la implementación del MAIDIT en el primer nivel de atención, para fortalecer la temática del Desarrollo infantil temprano centrado en el niño y la familia.

Su uso está dirigido a los integrantes del Equipo de Salud de la Familia (ESF) de las Unidades de Salud Familiar (USF).

En la guía se presenta información sobre las actividades y estrategias con énfasis en Desarrollo Infantil Temprano (DIT) a ser desarrolladas en el primer nivel de atención. Incluye actividades relacionadas a la promoción de la salud biopsicosocial, así como herramientas para la detección temprana de rezagos y desviaciones del desarrollo típico

1. INTRODUCCIÓN

El MAIDIT basa su estrategia en el modelo bioecológico. Este modelo establece que el desarrollo del niño es producto de la interacción entre los factores biológicos propios del niño y los factores del medio ambiente (familia, comunidad, estado).

Tomando en cuenta la importancia de la interacción de estos factores se hace necesario que las intervenciones involucren todos los entornos donde el niño se desenvuelve (USF, familia, comunidad) combinando modalidades de atención que se complementen entre sí. En una primera etapa, el MAIDIT plantea dos escenarios para la implementación en territorio:

- Escenario Comunitario DIT
- Escenario Intramural DIT

El escenario comunitario consiste en la atención de tipo activa, donde es el equipo de salud de la familia quien va hacia el domicilio y al entorno inmediato donde se desenvuelve el niño y su familia. Este tipo de atención permite realizar intervenciones en el contexto de vida del niño, y de esta manera, complementar con las atenciones que se desarrollan en la USF.

Las modalidades de atención comunitaria (atención domiciliaria en DIT, club del DIT) deben responder a objetivos claros y a una planificación previa del equipo de salud para asegurar su efectividad

En este ámbito, también se deberá propiciar la articulación con instituciones vinculadas al cuidado del niño y con otras instituciones que puedan favorecer el desarrollo de las familias, sobre todo aquellas en condición de vulnerabilidad.

El escenario intramural plantea realizar acciones con énfasis en DIT en los diferentes ambientes de las USF. Corresponde al modelo tradicional de atención del sector salud, pero incorpora nuevas acciones y herramientas que serán utilizadas en diferentes modalidades de atención (espacio de juego en sala de espera, atención en estimulación oportuna, apoyo familiar en DIT).

Las intervenciones en ambos escenarios están estrechamente vinculadas en sus objetivos, y las acciones responden a una planificación elaborada de manera conjunta entre todos los integrantes del equipo de salud de la familia (ESF), así como con la participación de otros actores locales.

2. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

Objetivo general:

- Establecer las directrices para la implementación del modelo de atención al desarrollo infantil temprano en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos:

- Brindar orientaciones estratégicas y metodológicas sobre promoción, prevención y atención individual, familiar y comunitaria en el marco del PDIT, para que el ESF utilice apropiadamente los instrumentos, materiales y documentos del programa.
- Establecer los procedimientos sobre las diferentes modalidades de intervención en DIT, permitiendo que el ESF diseñe el plan de trabajo para cada modalidad, que incorpore tareas, materiales, RRHH, lugar, fechas, horario, responsables y metas para cada modalidad.
- Fortalecer conocimientos sobre las diferentes modalidades de intervención en DIT para el primer nivel de atención, a través de la lectura de los manuales, capacitaciones e intercambio de experiencias exitosas, desarrollando iniciativas de investigación sobre desarrollo infantil.
- Fomentar el trabajo en equipo, para que el componente humano coordine las tareas, planifique las metas, los tiempos y el tipo de atención para cada caso, propiciando un ambiente de camaradería y de apoyo mutuo.
- Fomentar el trabajo en redes, desagregar por componentes, ejemplo: comunidad, servicios de salud, intersectorial.
- Orientar el enfoque hacia el modelo biopsicosocial, de modo que el ESF promueva la participación comunitaria como eje en todas las acciones del PDIT.
- Contribuir con los conceptos técnicos para la planificación adecuada según el tipo de modalidad de atención.
- Proporcionar orientaciones que fortalezcan la Atención Primaria de la Salud con enfoque en DIT, integrando los diferentes programas en las atenciones, como PAI, PANI, lactancia materna, salud bucodental y otros.

3. ÁMBITO Y USUARIOS DE APLICACIÓN DE LAS GUÍAS

La Guía Operativa del Modelo de Atención Integral en Desarrollo Infantil Temprano (MAIDIT) se aplica en el primer nivel de atención, particularmente en los territorios sociales de las USF. Esta guía también se aplicará por extensión a otros servicios, como los puestos de salud, centros de salud y hospitales que, dentro de la cartera de servicios, ofrecen atención ambulatoria para la población objetivo del Programa.

La población objetivo incluye en particular a:

- Mujeres en etapa reproductiva y embarazada con factores de vulnerabilidad.
- Todas las mujeres embarazadas, padres u otro acompañante, desde la concepción.
- Todos los niños de 0 a 4 años con desarrollo típico.
- Todos los niños de 0 a 4 años con rezago y desviación en su desarrollo.
- Familias y niños con factores de riesgo.

4. EQUIPO DE PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR

El Equipo de Salud de la Familia (ESF), habitualmente está conformado por:

- 1 Médico
- 1 Lic. en enfermería/obstetricia
- 1 Auxiliar de enfermería
- 3 Agentes comunitarios de la salud/ Promotores de Salud Indígena

Previo a la implementación del MAIDIT, los integrantes del ESF serán capacitados en desarrollo infantil temprano y en el uso adecuado de las distintas herramientas y modalidades de atención con énfasis en DIT.

En lo referente a los facilitadores para las modalidades, cada integrante del equipo de salud tendrá un rol asignado, y en caso de ausencia de este, será reemplazado por un compañero de equipo. Es por ello que todos deberán estar en conocimiento y ser capacitados en todas las modalidades independientemente del rol que cumplen en la USF.

Médico

**Licenciada en enfermería/
obstetricia**

Auxiliar de enfermería

**Agentes comunitarios de la
salud/ Promotores de salud
indígena**

**Equipo de profesionales de una
unidad de salud familiar**

5. MODALIDADES DE ATENCIÓN EN DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

El ingreso del niño y la familia al sector salud se da fundamentalmente a través de la Unidad de Salud Familiar, de aquí la importancia del rol que cumple el equipo de salud para promover cambios en la conducta, actitudes y conocimientos de las familias y la comunidad sobre todos los aspectos relacionados al desarrollo infantil.

La realización de las actividades se establece a través de modalidades de atención en DIT. Cabe mencionar que algunas modalidades, sin el énfasis en el componente DIT, se implementan actualmente dentro de la cartera de servicio en el primer nivel de atención.

En la primera etapa de implementación el componente DIT se incorporan 7 (siete) modalidades de atención:

1. Atención domiciliaria con énfasis en DIT
2. Consultorio con énfasis DIT
3. Espacios de juego en USF
4. Atención familiar del DIT en USF
5. Club del DIT
6. Atención en estimulación oportuna en USF
7. Club de madres, incluyendo PIM/DIT

5.1 Objetivos de las modalidades de atención en DIT

Objetivo general:

Contribuir a mejorar el desarrollo integral del niño con la participación de la familia y la comunidad, aprovechando los momentos de interacción que se dan entre el niño, la familia y el equipo de salud en los diferentes espacios de la unidad de salud familiar y de la comunidad.

Objetivos específicos:

- a. Apoyar a las familias para adquirir conocimientos y habilidades para el adecuado cuidado, la crianza y estimulación del desarrollo.
- b. Ofrecer intervenciones específicas individuales y/o grupales para niños con rezago o desviación en su desarrollo o algún factor de riesgo que pueda estar asociado a algún déficit.
- c. Facilitar a las familias la articulación con otros sectores que brindan servicios complementarios o asistencia técnica para niños con rezago o desviación en su desarrollo.

5.2 Características generales de las modalidades de atención al DIT

El MAIDIT establece realizar las intervenciones a través de modalidades de atención, las cuales incluyen visitas domiciliarias de promoción (atención domiciliaria en DIT), reuniones educativas para grupos de madres, padres o cuidadores (apoyo familiar en DIT), actividades de juegos con niños y sus familias en las USF (espacio de juego en DIT), reuniones comunitarias para grupos de madres, padres o cuidadores y niños hasta los 4 años 11 meses (club del DIT), control integral de salud del niño y la familia (consultorio con énfasis en DIT), encuentros educativos de mujeres embarazadas y sus acompañantes con profesionales de la USF (club de madres).

a. Modalidad atención domiciliaria con énfasis en DIT



Esta modalidad consiste en realizar visitas domiciliarias con objetivos específicos: conocer a las familias del territorio social de la USF, identificar factores de riesgo y factores protectores, promover hábitos de vida saludable y reforzar la labor de las familias en las prácticas de crianza y cuidado de los niños.

- **Visita de captación de la madre y del recién nacido:** para ayudar a la captación de embarazadas, recién nacidos, incluyendo además a los niños de 0 a 4 años sin control, para su derivación a la USF. Tiene como objetivo mejorar el acceso a los controles de salud.
- **Visita de promoción del DIT y acompañamiento a la crianza:** durante las visitas se desarrollarán acciones para promoción sobre factores protectores y condiciones de riesgo del DIT ante los cuales solicitar ayuda o acudir al servicio de salud más cercano del DIT. Acompañar a los padres en la crianza promoviendo el reconocimiento de las habilidades de la familia para estimular el desarrollo de los niños y para orientar sobre estilos de vida saludable.
- **Visita de seguimiento adicional o refuerzo en DIT:** está dirigida prioritariamente a las familias de niños de 0 a 4 años que requieran mayores necesidades de apoyo en DIT (factores de riesgo, rezago o desviación del desarrollo).
- La actividad la realiza el agente comunitario u otro integrante del ESF, de acuerdo al plan de intervención diseñado por el equipo de salud.
- La actividad se deberá registrar en el informe mensual de la USF, en la planilla de detección y seguimiento.

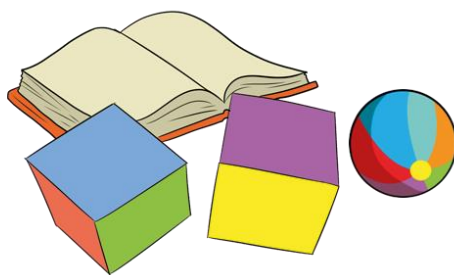
b. Modalidad consultorio con énfasis en DIT



Esta modalidad consiste en la atención integral de la familia con énfasis en el desarrollo del niño y la familia. La atención integral incluye la identificación de factores de riesgo y protectores, la evaluación del estado de salud, crecimiento y desarrollo, el estado nutricional, y la aplicación del tamizaje del desarrollo.

- El tamizaje del desarrollo es una prueba que debe aplicarse a todos los niños a los 9, 18 y 30 meses. Esta herramienta permite identificar a los niños con rezago o desviación del desarrollo.
- Los niños que requieran una evaluación en profundidad del desarrollo o consultas con especialistas deberán ser referidos de manera apropiada y oportuna al siguiente nivel de atención.
- En la pre consulta, o durante la consulta médica se hará promoción sobre temas como el buen trato, crianza positiva, parentalidad responsable, entre otros.
- La atención en consultorio deben realizarla el médico y el licenciado en obstetricia/enfermería de la USF, capacitados en desarrollo infantil.
- Los controles de salud integral y del desarrollo del niño se deben realizar de acuerdo al cronograma establecido en el manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña, menor de 5 años, para profesionales de la salud del MSPBS.
- Para disminuir los temores del niño durante la consulta, y favorecer la confianza hacia el profesional, se recomienda disponer en el consultorio de un espacio ambientado de manera cálida, con juguetes y materiales didácticos.
- El registro de la atención se hará en la ficha clínica del paciente, el informe mensual de la USF, y el formulario SIG.

c. Espacios de juego en sala de espera



Considerando que el juego puede ser un recurso capaz de fortalecer relaciones y estrechar el vínculo entre el profesional de salud y el niño, así como una oportunidad para estimular el desarrollo a través de la propuesta de actividades lúdicas, teniendo en cuenta tanto la edad como el nivel de desarrollo del niño, se establece crear un espacio en las salas de espera ambientado con juguetes y materiales didácticos.

- El ACS, o la auxiliar de enfermería, cumplirán el rol de facilitadores de esta modalidad, para ello deberán entregar a los niños los materiales de juego y orientar la actividad.
- Esta modalidad es complementaria a otras intervenciones que se realizan, tanto en la USF, como en la comunidad.
- Registro: Se registran en el cuaderno de actas: número de niños, edad, quién le acompaña (mamá, papá, otro), grado de interés demostrado y en el informe mensual de la USF y formulario de promoción y Aty.

d. Modalidad atención familiar en DIT



Esta modalidad tiene por objetivo generar encuentros de aprendizaje para aumentar el conocimiento de las familias sobre el desarrollo infantil, promover pautas de crianza positiva, fomentar la calidad de tiempo invertido en el cuidado de los niños y conocer los beneficios del juego para el desarrollo integral del niño.

- La actividad se desarrollará en la sala de espera de la USF durante el tiempo que antecede a la consulta, así mismo se podrá realizar en otros establecimientos que brindan atención ambulatoria, tales como consultorios de pediatría y salas de niños internados de los hospitales regionales y distritales y salas de albergue para embarazadas.
- La modalidad está dirigida a la madre, padre o cuidador de niños de 0 a 4 años, mientras esperan que sus niños sean atendidos o dados de alta.
- Consiste en la proyección de videos sobre temas del DIT (hitos del desarrollo, manejo adecuado de las rabietas y crianza respetuosa, entre otros temas).
- Las actividades se desarrollan al menos 3 veces por semana en los horarios de atención del establecimiento de salud desde las 8:00 a.m. y se repite de 1 a 2 veces en el día.
- Cumple el rol de facilitador en esta modalidad, el médico, y en el caso que este no se encuentre, la actividad estará a cargo del licenciado en obstetricia/enfermería.
- Registro: Una vez finalizada la actividad, se registra en el cuaderno de actas y en el Informe mensual de la USF y Formulario de Promoción y Aty.

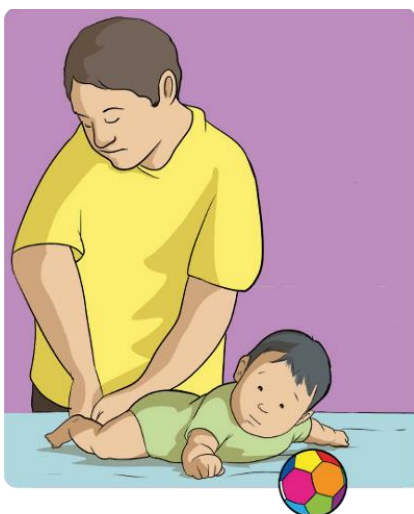
e. Club del DIT



Esta modalidad consiste en acompañar a los padres o cuidadores a adquirir conocimientos y habilidades que favorezcan la crianza positiva y la estimulación de sus hijos.

- La modalidad consiste en la realización de talleres de promoción del DIT para las familias y talleres grupales de refuerzo en DIT.
- Durante los talleres de promoción, las familias podrán elaborar juguetes y materiales didácticos, al tiempo de aprender cómo jugar con sus niños para estimular los diferentes dominios del desarrollo.
- Los talleres grupales de refuerzo en DIT serán planificados con el equipo de salud, estableciendo qué familias podrían beneficiarse de temas específicos y con qué frecuencia, según factores de riesgo y fortalezas detectados.
- Las actividades del Club del DIT se podrán realizar en la USF, si hay lugar, o en espacios comunitarios (ej. escuela, iglesia o municipalidad).
- El ACS será preferentemente el facilitador de esta modalidad. Podrán participar además otros profesionales de diferente especialidad.
- La modalidad se debe registrar en el informe mensual de la USF, en el cuaderno de actas y el formulario SIG y el formulario de promoción y Aty.

f. Modalidad de atención en estimulación oportuna



Está dirigida a niños con rezago o desviación en su desarrollo y sus familias. La atención podrá ser individual o grupal.

- La actividad se podrá realizar usualmente en la USF, aunque si la familia no puede acercarse hasta el establecimiento de salud se hará en el domicilio.
- Los profesionales del equipo de salud que atiendan esta modalidad deberán estar capacitados en desarrollo infantil y estimulación oportuna.
- El responsable principal de esta modalidad es el licenciado en enfermería/obstetricia.

- El plan de intervención es diseñado por el equipo de salud, según el rezago o desviación específica identificada.
- Según el grado de afectación del niño, y las características de las familias, se establecerá el tipo de intervención.
- La modalidad se debe registrar en el informe mensual de la USF y en el cuaderno de actas y formulario de promoción y Aty.

g. Club de madres, incluyendo PIM/DIT



Esta modalidad promueve el agrupamiento de mujeres embarazadas y puérperas, su pareja y familia, para un proceso dinámico-educativo que se realiza con el propósito de brindar un espacio donde puedan adquirir conocimientos sobre los cambios que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio, incorporando el énfasis en DIT.

- Una de las actividades propuesta en el Club de madres es la Preparación Integral de la Maternidad con énfasis en Desarrollo Infantil Temprano (PIM-DIT) que consiste en la realización de 8 encuentros con desarrollo de contenido teórico - práctico, para contribuir al logro de una maternidad segura, saludable e inclusiva y al desarrollo de las potencialidades del niño por nacer.
- La actividad se realiza en la USF, si hay espacio, sino podrá ambientarse algún espacio comunitario para la realización de los talleres.
- La duración en promedio varía de 20 a 45 minutos, dependiendo si la actividad se realiza en el servicio de salud o la comunidad.
- Los encuentros deberán contar con facilitadores capacitados para la implementación del PIM- DIT, preferentemente obstetra, enfermera y/o médico.
- La modalidad se debe registrar en el Informe mensual de la USF, en el cuaderno de actas y formulario de promoción y Aty.

5.3 Qué debe hacer el equipo de salud de la familia para la atención en DIT

Para la implementación del MAIDIT en el primer nivel de atención, el ESF tendrá que:

1. Garantizar el adecuado desarrollo y funcionamiento de cada modalidad, para lo cual se deberá planificar anualmente cada una de ellas, según lo establecido en el capítulo 8 de esta Guía.

2. Contar con registros actualizados en los formularios correspondientes y en el sistema informático existente, de los siguientes datos:
 - a) Total de la población atendida encadmodalidad (MEF, embarazadas y niños de 0 a 4 años).
 - b) Niños de 0 a 4 años con desviación del desarrollo (fuente: referencia del SIT, ficha clínica donde se registre una discapacidad manifiesta).
 - Nuevo
 - Conocido
 - Readmitido
 - c) Niños de 0 a 4años con rezago (fuente: ficha clínica).
 - Nuevo
 - Conocido
 - Readmitido
 - d) MEF, embarazadas y niños de 0 a 4años con factores de vulnerabilidad (factor de riesgo).
 - e) Derivaciones realizadas:
 - A segundo nivel
 - A tercer nivel
 - Otros servicios referente al mapeo de actores
 - f) Ingreso a la modalidad de atención en estimulaciones oportuna durante el año.
 - g) Reingresos a la modalidad de atención en estimulaciones oportuna durante el año.
 - h) Egresos de la modalidad de estimulación durante el año.
3. Participar en las reuniones del ESF para planificación, autoformación, evaluación y monitoreo del programa así como para elaborar planes de intervención individual (Plan de intervención en USF, ver anexo II de esta Guía).
4. Mantener actualizados los registros según modalidad de atención de cada niño ingresado, incluyendo el Plan de intervención en USF (ver anexo III).
5. El responsable de cada modalidad debe disponer del buen uso y cuidado del equipamiento y materiales didáctico, verificando su buen estado, resguardo y el stock completo de los mismos.
6. Contar con un mapa y directorio de actores locales, regionales y nacionales basados en el MAIDIT (ver Directorio de Servicios Públicos del MAIDIT, pág. 66).

7. Coordinar las reuniones propiciando la articulación de otras instituciones del sector y fuera del sector, generando compromisos de las mismas en las acciones y actividades.
8. Mantener informada a la comunidad sobre las actividades del PDIT y su importancia a través de todas las estrategias previstas en la Guía de trabajo de APS.

5.4 Ingreso a modalidades de atención DIT

El ingreso a las modalidades de atención se realiza a través de diferentes maneras, pudiendo ser a través del control de salud, convocatorias comunitarias y/o a través del censo, entre otros.

Modalidad	Ingreso
Atención domiciliaria con énfasis en DIT.	1. Censo. 2. Seguimiento.
Consultorio con énfasis DIT.	A través de control del salud.
Espacios de juego en USF.	Cuando el niño acude para una consulta, vacunas y/o acompaña a algún familiar.
Club del DIT.	Convocatoria a nivel comunitario para: 1. Talleres de promoción. 2. Taller de refuerzo.
Atención familiar del DIT en USF.	Cuando los padres, madres y/ o cuidadores acuden a la USF.
Atención en estimulación oportuna en USF.	A través de control de salud y que se haya identificado indicadores de rezago y/o desviación del desarrollo.
Club de madres, incluyendo PIM/DIT.	A través de control de salud y de captación en la atención domiciliaria.

Cualquier otro ingreso a una de las modalidades desde otros sectores de la comunidad (escuela, espacios de desarrollo infantil, demanda espontánea u otros), debe regularizarse mediante el control de salud del niño en la USF para analizar el motivo de derivación y establecer un plan de intervención en USF, coordinadas con otros sectores cuando se requieran (Escuelas, EDI). (Ver anexo II).

Si el niño fue evaluado con la herramienta de tamizaje utilizada en la USF (Battelle) por otro profesional capacitado, en otro servicio (otro consultorio del MSPBS, Educación, IBS, servicios privados) en el tiempo establecido según el PDIT, no será necesario repetir la prueba en la USF.

5.5 Modalidad de atención según edad, estado del desarrollo y número de sesiones por edad

Las modalidades de atención deberán ser consideradas según necesidades específicas detectadas en cada caso.

Modalidad	Dirigido a	Desarrollo típico/número de sesiones	Riesgo/Rezago	Desviación de desarrollo	Responsable
Consultorio con énfasis DIT	0 a 4 años 11 meses y familia o acompañante	Primer año: al menos 6 consultas por año. Segundo año: al menos 4 consultas por año. Tercer y cuarto años: al menos 2 consultas por año.	Primer año: al menos una vez por mes por 2 meses. Segundo año: al menos una vez por mes por 3 meses. Tercer y cuarto año: al menos una vez por mes por 4 meses.	Se establecerá según el plan de intervención elaborado de manera conjunta con el segundo y tercer nivel de atención.	Médico Enfermera Obstetra
	Mujeres en edad reproductiva, con factores de riesgo (adolescentes, pertenecientes a población indígena, antecedentes de maltrato o violencia intrafamiliar).		Según factores de riesgo identificado.		Médico Enfermera Obstetra ACS Auxiliar de enfermería
Atención en estimulación oportuna	0 a 5 años y familia o acompañante	Atención individual o en pequeños grupos, 1 a 3 sesiones, al menos una a 2 veces por mes (en la USF o el domicilio).	5 sesiones individuales o en pequeños grupos al menos 2 a 4 veces por mes (en la USF o el domicilio).	Se establecerá según plan de intervención elaborado de manera conjunta con el segundo y tercer nivel de atención.	Enfermera Obstetra
Espacio de juego en USF	0 hasta 5 años y familia o acompañante	Atención grupal, al menos tres veces por semana (antes de la consulta del niño o del acompañante).	Atención grupal, al menos tres veces por semana.	Atención grupal, al menos tres veces por semana.	ACS Aux. en enfermería

Modalidad	Dirigido a	Desarrollo típico/número de sesiones	Riesgo/Rezago	Desviación de desarrollo	Responsable
Atención familiar del DIT (apoyo parental)	Familia o acompañante	Atención grupal en sala de espera, al menos 3 veces por semana, y 2 veces por jornada desde las 8:00 a. m.	Atención grupal en sala de espera, al menos 3 veces por semana, y 2 veces por jornada desde las 8:00 a. m.	Acompañamiento de refuerzo en DIT según plan de intervención establecido de manera conjunta con el ESF, segundo y tercer nivel de atención. Los temas serán seleccionados según la problemática detectada.	Médicos Licenciadas Aux. en enfermería
Club de madres, incluyendo PIM/DIT	Embarazada de cualquier edad desde el primer trimestre de gestación: 8 sesiones o encuentros de PIM-DIT.	Atención grupal, semanal o quincenal.	Atención grupal e individual.	La frecuencia de la intervención será establecida según recomendaciones del equipo de obstetricia del segundo nivel de atención.	Obstetra Enfermera
Club del DIT	Familias de niños de 0 hasta 5 años.	1 a 2 veces por año por grupo de edad.	1 a 2 veces por año por grupo de edad.	1 a 2 veces por año por grupo de edad.	Obstetra Enfermera ACS Aux. en enfermería Profesionales invitados: médico, psicólogo, fonoaudiólogo Otros
Talleres de promoción del DIT Talleres de refuerzo en DIT	Familias de niños de 0 hasta 5 años con rezago o desviación del desarrollo.		La frecuencia establece el equipo de salud de la familia según rezago. Se recomienda al menos 1 vez por mes.	La frecuencia establece el equipo de salud de la familia según rezago. Se recomienda al menos 1 vez por mes.	Obstetra Enfermera ACS Aux. en enfermería Profesionales invitados: médico, psicólogo, fonoaudiólogo, odontólogo, según problemática a ser abordada

Modalidad	Dirigido a	Desarrollo típico/número de sesiones	Riesgo/Rezago	Desviación de desarrollo	Responsable
Atención domiciliaria del DIT	Niños de 0 hasta 5 años y su familia.	Al menos 1 vez al año.	Al menos 1 vez al año.	Al menos 1 vez al año.	ACS
a. Visita de captación del recién nacido y la embarazada.	Niños de 0 hasta 5 años y su familia	Atención grupal o individual. Niños de 0 a 1 año: 2 visitas por año. Niños de 13 a 24 meses: 1 visita por año.	Atención grupal o individual Niños de 0 a 1 año: 2 visitas por año. Niños de 13 a 24 meses: 1 visita por año.	Atención grupal o individual Niños de 0 a 1 año: 2 visitas por año Niños de 13 a 24 meses: 1 visita por año.	ACS Aux. Enfermería
b. Promoción del DIT.		Niños entre 25 y 36 meses: 1 visita. Niños entre 37 y 48 meses: 1 visita. Niños entre 49 y 59 meses: 1 visita.	Niños entre 25 y 36 meses: 1 visita. Niños entre 37 y 48 meses: 1 visita. Niños entre 49 y 59 meses: 1 visita.	Niños entre 25 y 36 meses: 1 visita. Niños entre 37 y 48 meses: 1 visita. Niños entre 49 y 59 meses: 1 visita.	
c. Refuerzo del DIT domiciliario.					
	Niños de 0 hasta 5 años y su familia.		Atención individual al menos 1 vez al mes.	Atención individual al menos 1 vez al mes.	ACS Enfermera/ obstetra Médico

6. REGISTRO Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Equipo de Salud Familiar de cada USF velará por el cumplimiento de las normas que se refieran a la recolección, procesamiento, análisis y remisión de la información necesarias para el control, evaluación y toma de decisiones relacionadas a la vigilancia del DIT.

Cada modalidad que se realiza se registra en una o más hoja de registro. Esta información es muy importante para organizar el trabajo de todo el equipo de salud de la USF. Los datos registrados son las que nutren el sistema de información de la USF, estos formularios son:

6.1. Hoja de censo (Formulario N° 1)

Permite conocer las características de las familias de la comunidad a su cargo. No olvide de incluir a los recién nacidos. Se entiende por formulario actualizado a aquel que se ha verificado anualmente o bien se modifica por cambios en la familia (nacimiento o muerte de un miembro).

6.2. La ficha clínica del paciente

Se registran en la ficha clínica del paciente los datos requeridos y encontrados durante la modalidad de atención en consultorio con énfasis en DIT. Para el correcto llenado de la Ficha Clínica del Paciente se deberán tener en cuenta los siguientes puntos de interés para el programa PDIT:

- a) En el apartado 26, registrar lo correspondiente a los antecedentes personales, incluyendo datos que se podrán agregar en la línea de "Detalles".
- b) En el apartado 29, (Desarrollo Madurativo), primero seleccionar "Aplica". Para valorar el desarrollo se deben utilizar los siguientes hitos o indicadores que se encuentran en el **Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud. Anexo 1**, "Hitos del desarrollo"; **Anexo 2**, "Señales de alarma"; **Anexo 3**, "Instrumento de verificación de riesgos y factores protectores del DIT en niños de 0 a 4 años"; Anexo 4, "Interpretación Clínica de las Tablas" y el "Protocolo de evaluación del neurodesarrollo hasta 2 meses (pág. 32 del mismo manual).
- c) Los datos encontrados y registrados deberán ser adicionados en una hoja anexa a la Ficha Clínica del Paciente (presillado a la misma).
- d) En el apartado 32, si la ocasión amerita, deberá registrar los datos encontrados con el procedimiento del Reflejo Rojo Pupilar, para lo cual deberá valerse del anexo 12 del **Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud** para registrar los datos de "presente o ausente" en la línea de "fondo de ojo".
- e) En el apartado 42, Respuesta motora, se debe registrar lo encontrado al examinar tono y movilidad.
- f) En el apartado 47, que ya corresponde al "registro de la atención ambulatoria", deberán anotarse los siguientes datos:
- g) **En la línea 16, "desarrollo madurativo"**, registrar según lo encontrado al consultar la tabla del Anexo 4, "Interpretación Clínica de las Tablas" del **Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud**: sospecha de desviación, riesgo o rezago y desarrollo adecuado o déficit.
- h) En la línea 21, "Motivo de consulta", es importante registrar el código CIE 10: Para los casos de control del desarrollo normal, utilizar el código Z00.1 CONTROL DE DESARROLLO NORMAL. Caso contrario, utilizar los códigos:

- R62.0: para los casos de rezago, R62. para los casos de desviación del desarrollo.
- R62.8 (otras faltas del desarrollo fisiológico normal esperados): para otros casos que no sean los dos anteriores.
- i) En la línea 25, “tratamiento”, adherir la hoja del “Plan de intervención en USF” (ingreso a alguna de las modalidades), así como la recomendación a la familia sobre déficit específico.
- j) En la línea 27, “Interconsulta”, registrar la remisión a otro Programa de atención, al SIT y/o especialista (hospital especializado).

Si se realiza la consulta por primera vez en la USF, deben completarse todos los ítems de las cuatro partes de la Ficha Clínica y el primer bloque correspondiente al Registro de Atención Ambulatoria (apartado 47). Cuando regrese para la consulta de seguimiento o de retorno, se podrá utilizar la IV Parte: Exámenes Auxiliares de Diagnóstico y el Registro de Atención Ambulatoria. El registro de todas las atenciones se consolidan en el “Registro diario de consultas SSISS-01” que inmediatamente es cargado al sistema informático SAA.

6.3. El informe mensual de la USF

Permite visibilizar número de todas las Modalidades de Atención realizadas por la USF. Este formulario debe ser llenado mensualmente y ser remitido a la coordinación de APS de la Región sanitaria correspondiente.

6.4. Planilla de atención/dispensarización

Informa la fecha de visita domiciliaria o en USF de cada niño. Anote en esta planilla la fecha programada de visita de cada familia.

6.5. Formulario de detección y seguimiento

Para su uso en atenciones domiciliarias, la detección de riesgos y fortalezas, seguirá los siguientes pasos:

- a. Detección de los factores de riesgo y fortalezas para madres gestantes y su entorno durante las visitas, según evaluación psicosocial.
- b. De encontrarse factores de riesgo, anotar en la columna caso código 16 el código “20” de Desarrollo Infantil.
- c. En las visitas de seguimiento según se establezca con equipo USF, llenar misma planilla.
- d. Debido al gran número de casos, se recomienda que el agente comunitario lleve registro de actividades realizadas y conclusiones tomadas durante visitas domiciliarias para el seguimiento.

6.6. Formulario de Promoción y Aty

Debe ser utilizado para el registro de las siguientes modalidades:

En el **Club del DIT**, se registra esta actividad anotando el código de modalidad 5, en la columna 4 "Modalidad".

Para la Modalidad **atención familiar en DIT** se registra esta actividad anotando el código de modalidad 1, en la columna 4 "Modalidad".

También se debe llenar en la planilla todos los datos requeridos por la misma y en especial anotar el código "20" de la columna 6, "Tema tratado", para el caso del Programa de Desarrollo Infantil Temprano.

6.7. Libro de Actas de la USF

Este registro será importante para el establecimiento conjunto del equipo USF de planes de acción y seguimiento de casos de mayor complejidad o en los que surjan problemas específicos, siguiendo los siguientes pasos:

- a. Establecimiento de un cronograma de reuniones de equipo USF y validación del cronograma por el Departamento Regional de APS.
- b. Luego de una reunión según cronograma, en el que entre otros temas programados se establezcan planes de acción y seguimiento de casos que lo necesiten, se anotarán en cuaderno de acta la síntesis, casos conversados y plan a seguir.
- c. Registrar todo lo realizado bajo la modalidad de atención: Club del DIT, Club de madres, Atención Domiciliaria y Atención Familiar.

6.8. Formulario SIG

Este formulario está orientado a garantizar el registro de la captación y seguimiento de la población objetivo y usuaria del servicio. Permite la disponibilidad actualizada y georreferenciada de los datos de las MEF, embarazados y niños de 0 a 4 años que son usuarios del establecimiento.

Usos de los formularios de registro para cada modalidad de atención en el PDIT

Modalidad de atención	Formulario de registro
Atención domiciliaria con énfasis en DIT	Hoja de Censo (formulario N° 1). El Informe mensual de la USF. La planilla de Detección y Seguimiento (formulario N° 2). Formulario SIG.
Consultorio con énfasis DIT	La Ficha Clínica del Paciente. El Informe mensual de la USF. Formulario SIG.
Espacios de juego en USF Club del DIT	El Informe mensual de la USF. Cuaderno de Actas Formulario SIG.
Club del DIT	El Informe mensual de la USF. Cuaderno de Actas. Formulario SIG. Planilla de Actividades Promocionales y de Participación (formulario N° 3).
Atención familiar en DIT	El Informe mensual de la USF. Planilla de Actividades Promocionales y de Participación (formulario N° 3). Cuaderno de Actas. Formulario SIG.
Atención en estimulación oportuna en USF	Ficha Clínica del paciente. Informe mensual de la USF. Formulario SIG.
Club de madres, incluyendo PIM/DIT	El Informe mensual de la USF. Cuaderno de Actas. Formulario SIG.

Observación: toda la información recabada a través de los formularios correspondientes debe ser cargada en el sistema informático existente (ejemplo: SAA y SIG).

7. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PDIT

Para la implementación del Programa de Desarrollo Infantil Temprano (PDIT) es necesario realizar actividades coordinadas en todos los niveles gerenciales del sistema de atención del MSPBS.⁵

7.1 El nivel central/nacional

No se pueden planificar acciones a nivel regional y en cada territorio social de las USF sin que se involucre los niveles centrales del MSPBS.

7.2 El nivel regional

El PDIT, para su adecuada implementación, deberá contar a nivel de las regiones de una estructura organizativa que garantice la implementación, monitoreo y supervisión del Programa (PDIT) en dependencia administrativa de la Dirección Regional y en normativa de la Dirección General de Programas a través de la de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia (DIRSINA).

Se considera fundamental el rol de los representantes regionales de la Dirección de Programas y APS, ya que son actores claves para garantizar la integración del PDIT en la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud (RIISS).

En el marco de esta estructura se designará por la Dirección de la Región Sanitaria correspondiente a un **punto focal regional**, hasta que sea creado de manera oficial el responsable regional del PDIT, cuyo rol será clave para la implementación articulando con la RIISS y otros servicios gubernamentales o privados.⁶

El punto focal acompañará la ejecución de todas las actividades en el territorio de acuerdo a las necesidades sociales específicas y a las metas del PDIT establecidas a nivel nacional.

⁵ La gerencia del Programa de Desarrollo Infantil temprano donde se detallan de manera completa los objetivos estratégicos, función rectora, el alcance, la planificación, fondos, alcance, la función implementadora serán detallado en el Manual de Gerencia del PDIT.

⁶ Se recomienda designar un punto focal por cada 15 de USF.

Funciones principales del punto focal (responsable) del PDIT a nivel regional

1. Incluir los objetivos estratégicos del PDIT al Plan Regional.
2. Monitorear el registro actualizado de usuarios del PDIT.
3. Organizar reuniones mensuales para planificar acciones en conjunto con representantes de los hospitales regionales, distritales, USF, actores sociales de la comunidad, consejos locales y regionales.
4. Identificar las poblaciones de la región sanitaria con mayor situación de vulnerabilidad social (asentamientos, zonas inundables).
5. Conocer e informar sobre la cobertura regional del PDIT, de acuerdo a sus indicadores.
6. Fomentar la participación comunitaria a nivel regional.
7. Fortalecer vínculos con otros jefes de programas para crear mecanismos de trabajo en conjunto.
8. Identificar las fortalezas y debilidades del programa en cada USF y gestionar las soluciones pertinentes y oportunas.

7.3. El nivel local (las USF y sus territorios)

Las USF son la puerta de entrada al sistema de servicios de salud y se articulan en la RIISS, basados en la estrategia de Atención Primaria de salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

El Equipo de Salud de la Familia (ESF) de la USF asume una responsabilidad en cada territorio social, geográfico y demográfico que se le asigna, correspondiendo aproximadamente a 800 familias por USF.

El ESF tendrá la responsabilidad de planificar las acciones de promoción, prevención, intervención y seguimiento en DIT según dicte la presente guía operativa, dentro lo establecido por el Manual de Funciones de las USF y la Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Dirección General de APS. El Equipo de Salud de la Familia de la USF, integrado por el médico, la obstetra/enfermera, el auxiliar y el Agente Comunitario, contará con materiales educativos, impresos y audiovisuales para apoyar las actividades de las distintas modalidades.

Etapas de la implementación del programa DIT a nivel local



a. Socialización e inducción al PDIT

Será la primera actividad dirigida al Equipo de Salud Familiar (ESF) y a los actores de la comunidad, realizados separadamente en dos encuentros.

b. Capacitación

El Equipo de Salud de la Familia será capacitado en la modalidad teórico-práctica, con el objetivo de adquirir competencias y conocimientos sobre el desarrollo evolutivo de los niños, manejar herramientas para detectar los factores biopsicosociales que ponen en riesgo el desarrollo adecuado y los factores protectores que lo benefician, así como las Modalidades de atención oportunas para favorecer el desarrollo de los niños.

c. Planificación e implementación local

La planificación deberá incluir las acciones de promoción, prevención e intervención, tanto a nivel individual, así como de la familia y de la comunidad.

La misma deberá abarcar todas las fases del curso de vida, desde la preconcepción, embarazo, parto, puerperio y niños desde el nacimiento hasta los 4 años.

La planificación es una actividad que se realiza anualmente en todos los niveles, definiendo claramente que debe hacer, con objetivos y metas definidas basadas en el conocimiento de la situación de salud. En el primer nivel de atención (USF) es utilizada como una herramienta muy importante en la gerencia local. La planificación de las actividades comprende dos momentos: 1. Formulación del plan anual y 2. El seguimiento de esta actividad.

Si bien es posible establecer una secuencia para el proceso de planificación, la misma puede ser flexible dependiendo de la realidad en cada área y

población determinada. El sustento de un plan de acción es el sistema de información, todo lo que se cumpla de acuerdo a lo planificado debe registrarse para poder dar seguimiento a las metas fijadas por el programa.

Formulación del Plan de Acción Anual: componentes del plan de acción

El Plan de Acción Anual es el conjunto de actividades relacionado a los objetivos propuestos por el PDIT en base al MAIDIT a realizar durante el año administrativo.

Se realiza con el ESF en asociación con las autoridades locales, comunitarias, líderes de comunidades indígenas si el caso correspondiera, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, todos ellos reunidos en una mesa de trabajo.

El Plan de Acción elaborado toma en cuenta los objetivos y las estrategias propuestas por el Modelo de Atención Integral del Desarrollo Infantil Temprano y por las Modalidades de atención que el PDIT indica para su implementación en terreno.

De acuerdo a los problemas y necesidades identificados, se confeccionará el Plan, el cual se enuncia en el siguiente formato:

Ficha de planificación anual

	DISTRITO						USF			
	Embarazada		RN	0-11	12-23	24-35	36-59	RESPONSABLE		
	Sin riesgo	Riesgo								
Atenciones domiciliarias										
Atenciones domiciliarias VULNERABLES										
Club de madres, incluyendo PIM/DIT										
Consultorio DIT en USF EVALUACIÓN										
Consultorio DIT en USF BATELLET										
Espacios de juego en USF										
Club del DIT										
Club del DIT										
Club del DIT										
Apoyo familiar en DIT										
Salas de estimulación oportuna en USF										
Capacitaciones										
Evaluación y supervisión										
Reuniones de coordinación										

Seguimiento de las actividades del Plan de Acción

Para el seguimiento de las actividades, el ESF deberá generar reuniones mensuales con todos los integrantes, el objetivo es realizar el cronograma de actividades del mes correspondiente. Esta tarea permitirá programar y verificar las acciones llevadas a cabo para el cumplimiento del plan anual propuesto. Facilitaría además identificar problemas y tomar las medidas correctivas oportunamente.

	DISTRITO:		USF:		
REGIÓN SANITARIA	MES:				
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5
Atenciones domiciliarias					
Club de madres, incluyendo PIM/DIT					
Consultorio DIT en USF					
Espacios de juego en USF					
Club del DIT					
Apoyo familiar en DIT					
Salas de estimulación oportuna en USF					
Capacitaciones					
Evaluación y supervisión					
Reuniones de coordinación					

8. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES. INDICADORES DE PROCESOS Y DE PRODUCTOS

Lista de indicadores trazadores para gestión de la RISS-DIT

Cada Indicador está desagregado por Establecimiento (E).

1	E: Porcentaje de menores de 5 años identificados en el establecimiento.
2	E: Porcentaje de familias con menores de 5 años que participan de actividades de promoción del DIT realizadas por el Equipo de Salud de la Familia, por establecimiento.
3	E: Porcentaje de menores de 5 años con controles de salud bajo la estrategia AIEPI, por establecimiento.
4	E: Porcentaje de menores de 5 años con controles de salud con énfasis en DIT, por establecimiento.
5	E: Porcentaje de menores de 2 años con al menos 2 pruebas Battelle realizadas, por establecimiento.
6	E: Porcentaje de menores de 5 años con al menos 3 pruebas Battelle realizadas, por establecimiento.
7	E: Porcentaje de menores de 5 años con rezagos identificados, por establecimiento.
8	E: Porcentaje de menores de 5 años para evaluación del desarrollo remitidos al siguiente nivel de atención, por establecimiento.
9	E: Porcentaje de menores de 5 años con diagnóstico realizado por el SIT, por establecimiento.
10	E: Porcentaje de menores de 5 años con seguimiento a la intervención, por establecimiento.
11	E: Porcentaje de menores de 5 años remitidos a otros centros no vinculados al MSPBS que prestan servicios en DIT por establecimiento.
12	E: Porcentaje de menores de 5 años con uno o más factor de riesgo identificado.
13	E: Porcentaje de menores de 5 años con Modalidad Consultorio DIT.
14	E: Porcentaje de menores de 5 años con Modalidad Atención familiar más espacio.
15	E: Porcentaje de menores de 5 años con Modalidad Club DIT.
16	E: Porcentaje de menores de 5 años con Modalidad Club de Madres.
17	E: Porcentaje de menores de 5 años con Modalidad Atención Domiciliaria.
18	E: Porcentaje de menores de 5 años con Modalidad Estimulación Oportuna.

9. ANEXOS

ANEXO I. A. Instrumento de verificación de riesgos y factores protectores del DIT en niños de 0 a 4 años

N.º	FACTOR	SÍ/No	ACCIONES	RESPONSABLES
1	Madre sin control durante el embarazo.		Derivación a USF.	Agente Comunitario de la Salud/ Otros sectores locales
2	Embarazo menor de 18 años o mayor de 40.		Derivación a USF. Coordinación con profesionales del Hospital Distrital o Regional para acciones conjuntas. Apoyo familiar en DIT. PIM-DIT. Articulación con escuelas/colegios para nivelar estudios.	Equipo de salud de la familia
3	Enfermedad de transmisión sexual durante el embarazo.		Consejería. Derivación a segundo nivel de atención. PIM-DIT.	Equipo de salud de la familia
4	Consumo de fármacos sin indicación médica durante el embarazo.		Consejería. PIM-DIT.	Equipo de salud de la familia
5	Discapacidad física de la madre y/o cuidador principal.		Consejería, apoyo y contención. PIM-DIT. Apoyo familiar en DIT. Articulación con sectores locales (SENADIS) para apoyo técnico. Visita domiciliaria.	Equipo de salud de la familia de USF ACS
6	Consumo de tabaco durante el embarazo.		Consejería. PIM-DIT. Visita domiciliaria.	Equipo de salud de USF ACS
7	Consumo de alcohol durante el embarazo.		Consejería con énfasis en DIT. PIM-DIT. Derivación a referentes locales de salud mental. Visitas domiciliarias.	Equipo de salud de la familia en USF ACS
8	Consumo de drogas ilegales durante el embarazo.		Consejería con énfasis en DIT. PIM-DIT. Derivación a referentes locales de salud mental. Visita domiciliaria.	Equipo de salud de la familia en USF ACS

N.º			
9	Consumo de tabaco por cuidador principal o miembro de la familia.	Consejería. Visita domiciliaria.	Equipo de salud enUSF ACS
10	Consumo problemático de alcohol por cuidador principal o miembro de la familia.	Consejería. Visita domiciliaria.	Equipo de salud enUSF ACS
11	Consumo de drogas ilegales por cuidador principal o miembros de la familia.	Consejería. Visita domiciliaria.	Equipo de salud enUSF ACS
12	Violencia intrafamiliar física o psicológica.	Denuncia. Activación de la red de protección de derechos.	Equipo de salud de la familia: Médico
13	Madre, padre o cuidador principal privado de libertad.	Consejería. Visita domiciliaria.	Equipo de salud enUSF ACS
14	Integrante de la familia con antecedente de haber sido víctima de maltrato infantil.	Consejería. Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna del niño. Talleres del club del DIT. Visita domiciliaria. Seguimiento.	Equipo de salud enUSF ACS
15	Cuidador principal con menos de 8 años de educación y/o analfabeto.	Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna del niño. Visita domiciliaria. Talleres de Club del DIT. Derivación a centro educativo disponible en la localidad para nivelación.	Equipo de salud deUSF ACS
16	Ningún integrante de la familia con educación escolar completa.	Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna del niño. Visita domiciliaria. Talleres de Club del DIT. Derivación a centro educativo disponible en la localidad para nivelación.	Equipo de salud deUSF ACS

N.º			
17	Cesantía del jefe del hogar.	Apoyo familiar en DIT. Visita domiciliaria. Talleres del club del DIT. Derivación a sectores de oferta laboral (municipalidad, consejos locales).	Equipo de salud deUSF ACS
18	Vivienda precaria.	Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Visitas domiciliarias intensivas. Articulación con la red local de educación, beneficios por subsidios, espacios de desarrollo infantil, otros.	Equipo de salud enUSF ACS
19	Hacinamiento de grupo familiar.	Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Visitas domiciliarias intensivas. Articulación con la red local de educación, beneficios por subsidios, espacios de desarrollo infantil, otros.	Equipo de salud enUSF ACS
20	Cambios frecuentes de domicilio.	Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Talleres de refuerzo en DIT. Visitas domiciliarias intensivas. Articulación con la red local de educación, beneficios por subsidios, espacios de desarrollo infantil, otros.	Equipo de salud enUSF ACS
21	Familia con dificultad para el acceso a USF.	Visita domiciliaria. Taller de refuerzo en DIT para estimulación oportuna.	ACS
22	Familia desvinculada de otros beneficios (subsidios).	Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Talleres de refuerzo en DIT Visitas domiciliarias intensivas. Articulación con la red local de educación, beneficios por subsidios, espacios de desarrollo infantil, otros.	Equipo de salud enUSF ACS
23	Familias sin acceso a espacios culturales de su comunidad.	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Talleres de refuerzo en DIT. Visitas domiciliarias.	Equipo de salud deUSF ACS

N.º			
24	Pertenencia a comunidad indígena.	Visitas domiciliarias. Taller de refuerzo en DIT con adecuación cultural. Apoyo familiar en DIT con adecuación cultural.	ACS
25	Niño/a sin control de salud al día.	Derivar a USF para actualizar controles. Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna. Visita domiciliaria de refuerzo en DIT.	ESF ACS
26	Niños/as sin vacunas al día.	Derivar a USF para actualizar controles. Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna. Visita domiciliaria de refuerzo en DIT.	ESF ACS
27	Niños/as sin registro civil.	Articular con el sector local competente (registro civil, identificaciones). Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna. Visitas domiciliarias de refuerzo en DIT.	ESF ACS
28	Ausencia de un cuidador estable.	Visita domiciliaria intensiva. Taller de refuerzo en DIT. Apoyo familiar en DIT.	ASF de USF ACS
29	Prematuro (menos de 37 semanas de gestación o peso menor de 2500 gramos).	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Taller de refuerzo en DIT. Visita domiciliaria intensiva. Derivación a especialistas para seguimiento (otorrinolaringólogo, oftalmólogo, neurólogo, nutricionista, otros).	ESF en USF ACS
30	Niño/a con enfermedad congénita o crónica.	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Taller de refuerzo en DIT. Visita domiciliaria intensiva. Derivación a especialistas del segundo o tercer nivel para seguimiento.	ESF en USF ACS

N.º			
31	Niño con antecedente de alteración del desarrollo psicomotriz.	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Taller de refuerzo en DIT. Visita domiciliaria intensiva. Derivación a especialistas del segundo o tercer nivel para seguimiento. Articulación con otros sectores locales para brindar asistencia (educación, EDI, SENADIS, otros).	ESF ACS
32	Niño/a con antecedente de malnutrición por exceso o déficit.	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Taller de refuerzo en DIT. Visita domiciliaria intensiva. Ingreso a PANI. Derivación a especialistas del segundo o tercer nivel para seguimiento. Articulación con otros sectores locales para brindar asistencia (educación, EDI, SENADIS, otros).	ESF deUSF ACS
33	Niño/a con discapacidad física.	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Taller de refuerzo en DIT. Visita domiciliaria intensiva. Derivación a especialistas del segundo o tercer nivel para seguimiento. Articulación con otros sectores locales para brindar asistencia (educación, EDI, SENADIS, otros).	ESF deUSF ACS
34	Niño/a con alteración del sueño/ alimentación/ actividad física.	Consejería. Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Taller de refuerzo en DIT. Visita domiciliaria intensiva.	ESF deUSF ACS
35	Niño/a víctima de maltrato (físico, psicológico), negligencia o abuso sexual	Realizar denuncia y hacer seguimiento. Activación de la red de protección de derechos.	ESF deUSF

N.º			
36	Niño/a con antecedente de hermano víctima de maltrato (cualquier tipo).	Visita domiciliaria intensiva. Apoyo familiar en DIT. Estimulación oportuna. Talleres de refuerzo en DIT. Articular acciones con otros sectores locales (educación, Codenis, otros).	ESF deUSF ACS
37	Niño/a con vivienda en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación).	Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Visitas domiciliarias intensivas. Articulación con la red local de educación, beneficios por subsidios, espacios de desarrollo infantil, otros.	ESF deUSF ACS
38	Niño vive en contexto contaminado (basurales).	Estimulación oportuna. Apoyo familiar en DIT. Visitas domiciliarias intensivas. Articulación con la red local de educación, beneficios por subsidios, espacios de desarrollo infantil, otros. Articulación con la Municipalidad local para tratamiento adecuado de basura.	ESF deUSF ACS
39	Niño vive en contexto donde hay tráfico de drogas, prostitución, delincuencia.		
40	Niño con antecedente de asfixia neonatal.		
41	Niño con antecedente de convulsiones.		
42	Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos mentales o trastornos del espectro autista.		

ANEXO I. B. Factores de riesgo. Posibles intervenciones

Madre sin control durante el embarazo.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos.
Embarazo en menor de 18 años y/o mayor de 40 años.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, SaludMental.
Enfermedad de transmisión sexual durante embarazo.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos.
Consumo de fármacos sin indicación médica durante el embarazo.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones.
Discapacidad física de la madre y/o cuidador principal.	Articular con la SENADIS (Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad), SAS, Ministerio de Hacienda, DIBEN y organizaciones de la sociedad civil.
Consumo de tabaco durante el embarazo.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones.
Consumo de alcohol durante el embarazo.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones.
Consumo de drogas ilegales durante el embarazo	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones.
Consumo de tabaco por cuidador principal o miembro de la familia.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones. Ministerio Público.
Consumo problemático de alcohol por cuidador principal o miembro de la familia.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones. Ministerio Público.
Consumo de drogas ilegales por cuidador principal o miembro de la familia.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones. Ministerio Público.
Violencia intrafamiliar (física, psicológica).	Implementar protocolo sobre violencia articulando con el Ministerio Público. SNNA: Sistema de protección.
Madre, padre o cuidador principal privado de libertad.	SNNA: Sistema de protección.
Integrante de la familia con antecedente de ser victimario en caso de maltrato infantil.	Implementar protocolo sobre violencia articulando con el Ministerio Público. SNNA: Sistema de protección

Cuidador principal con menos de 8 años de educación y/o analfabeto.	En caso de que se encuentren fuera del sistema educativo nacional, articular con el Ministerio de Educación y Ciencias, a través de las distintas modalidades de atención.
Ningún integrante de la familia con educación escolar completa.	En caso de que se encuentren fuera del sistema educativo nacional articular con el Ministerio de Educación y Ciencias, a través de las distintas modalidades de atención.
Situación de desempleo del jefe del hogar.	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, SAS.
Vivienda precaria.	SENAVITAT, SAS, SEN.
Hacinamiento del grupo familiar.	SENAVITAT, SAS, SEN.
Cambios frecuentes de domicilio.	Articular con servicios de otras instituciones locales que puedan acompañar la posibilidad de acompañar en este aspecto. Se podría articular con la SAS y / o Agricultura, gobernación, municipalidad, STP: Sembrando oportunidades y familias por familias, SNNA: abrazo, INDI. MSPBS: Llegadas de USF en hogares con presencia de personas que se encuentren en edad reproductiva y/o las embarazadas que se les escapa al sistema.
Familia con dificultad para el acceso a USF.	Articular con servicios de otras instituciones locales que puedan acompañar la posibilidad de acompañar en este aspecto. Se podría articular con la SAS y/o Agricultura, gobernación, municipalidad, STP: Sembrando oportunidades y familias por familias, SNNA: abrazo, INDI. MSPBS: Llegadas de USF en hogares con presencia de personas que se encuentren en edad reproductiva y/o las embarazadas que se les escapa al sistema.
Familia desvinculada de otros beneficios (subsidios).	Articular con servicios de otras instituciones locales que puedan acompañar la posibilidad de acompañar en este aspecto. Se podría articular con la SAS y/o Agricultura, gobernación, municipalidad, STP: Sembrando oportunidades y familias por familias, SNNA: abrazo, INDI. MSPBS: Llegadas de USF en hogares con presencia de personas que se encuentren en edad reproductiva y/o las embarazadas que se les escapa al sistema.
Familia sin acceso a espacios culturales en su localidad.	Secretaría Nacional de Cultura, MEC, ONG comunitarias y gobiernos locales.
¿Pertenencia a comunidad indígena?	INDI, SAS para registro e incorporación a programas sociales.
Niños sin controles de salud al día.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva y programas específicos.

Niños sin registro civil.	Articular con Registro Civil.
Ausencia de un cuidador estable.	SNNA: Sistema de protección.
Prematuro (menos de 37 semanas de gestación o peso menor de 2.500 gramos).	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva y programas específicos.
Niño con enfermedad congénita o crónica.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos.
Niño con antecedente de alteración de desarrollo psicomotriz.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, etc. SENADIS y DIBEN.
Niño con antecedente de malnutrición por exceso o déficit.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos.
Niño con discapacidad física.	MSPBS: programas específicos, Acosta Ñu, SENADIS, DIBEN.
Niño con alteración del sueño/alimentación/actividad física.	MSPBS: programas específicos.
Niño víctima de maltrato (físico, psicológico), negligencia o abuso sexual.	MSPBS: programas específicos. SNNA: Sistema de protección.
Niño con antecedente de hermano víctima de maltrato (cualquier tipo).	MSPBS: programas específicos. SNNA: Sistema de protección.
Niño con vivienda en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación).	SENAVITAT, SAS, SEN.
Niño vive en contexto contaminado (basurales).	MSPBS: programas específicos.
Niño vive en contexto donde hay tráfico de drogas, prostitución, delincuencia.	MSPBS: programas específicos. SNNA: Sistema de protección. Ministerio Público.
Niño con antecedente de asfixia neonatal.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, etc. SENADIS y DIBEN.
Niño con antecedente de convulsiones.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, etc. SENADIS y DIBEN.
Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos psicosociales o trastornos del espectro autista.	MSPBS: Programas de salud sexual reproductiva, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, etc. SENADIS y DIBEN.

Riesgos de profesionales

Madres sin control durante el embarazo.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.
Embarazo menor de 18 años y/o mayor de 40 años.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.
Enfermedad de transmisión sexual durante embarazo.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.
Consumo de fármacos sin indicación médica durante el embarazo.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos, Centro Nacional de Adicciones.
Discapacidad física de la madre y/o cuidador principal.	Articular con la SENADIS (Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad), SAS, Ministerio de Hacienda, DIBEN, así como organizaciones de la sociedad civil .
Consumo de tabaco durante el embarazo.	MSPBS: Programas de Salud Sexual reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos, Centro nacional de adicciones
Consumo de alcohol durante el embarazo.	MSPBS: Programas de Salud Sexual reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos, Centro nacional de adicciones
Consumo de drogas ilegales durante el embarazo.	MSPBS: Programas de Salud Sexual reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos, Centro nacional de adicciones
Consumo de tabaco por cuidador principal o miembro de la familia. Consumo problemático de alcohol por cuidador principal o miembro de la familia. Consumo de drogas ilegales por cuidador principal o miembro de la familia.	MSPBS: Programas de Salud Sexual reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos, Centro nacional de adicciones Ministerio Público
Violencia intrafamiliar (física, psicológica).	Implementar protocolo sobre violencia articulando con el Ministerio Público. SNNA: Sistema de protección
Madre, padre o cuidador principal privado de libertad.	SNNA: Sistema de protección
Integrante de la familia con antecedente de ser victimario en caso de maltrato infantil.	Implementar protocolo sobre violencia articulando con el Ministerio Público. SNNA: Sistema de protección

Cuidador principal con menos de 8 años de educación y/o analfabeto.	MSPBS: incorpora pregunta de nivel de escolaridad en caso de que se encuentren fuera del sistema educativo nacional, articular con el Ministerio de Educación y Ciencias a través de las distintas modalidades de atención.
Ningún integrante de la familia con educación escolar completa.	MSPBS: incorpora pregunta de nivel de escolaridad en caso de que se encuentren fuera del sistema educativo nacional, articular con el Ministerio de Educación y Ciencias a través de las distintas modalidades de atención.
Cesantía del jefe del hogar.	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, SAS.
Vivienda precaria.	SENAVITAT, SAS, SEN.
Hacinamiento del grupo familiar.	SENAVITAT, SAS, SEN.
Cambios frecuentes de domicilio.	
Familia con dificultad para el acceso a USF.	
Familia desvinculada de otros beneficios (subsidios).	Articular con servicios de otras instituciones locales que puedan acompañar la posibilidad de acompañar este aspecto. Se podría articular con la SAS y / o Agricultura, gobernación, municipalidad. STP: Sembrando Oportunidades y familias por familias. SNNA: abrazo, INDI. MSPBS: Llegadas de USF en hogares con presencia de personas que se encuentran en edad re-productiva y/o las embarazadas que se les escapa al sistema.
Familia sin acceso a espacios culturales en su localidad.	Secretaría Nacional de Cultura, MEC, ONG comunitarias y gobiernos locales.
¿Pertenencia a comunidad indígena?	INDI, SAS.
Niños o niñas sin controles de salud al día.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.
Niños o niñas sin registro civil.	Articular con Registro Civil.
Ausencia de un cuidador estable.	SNNA: Sistema de protección.
Prematuro (menos de 37 semanas de gestación o peso menor de 2.500	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.

Niño/a con enfermedad congénita o crónica.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.
Niño/a con antecedente de alteración de desarrollo psicomotriz.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, SENADIS, DIBEN, etc.
Niño/a con antecedente de malnutrición por exceso o déficit.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos.
Niño/a con discapacidad física.	MSPBS: dispositivos de salud, programas específicos, Acosta Ñu, SENADIS, DIBEN.
Niño/a con alteración del sueño/alimentación/ actividad física.	MSPBS: dispositivos de salud, programas específicos.
Niño/a víctima de maltrato (físico, psicológico), negligencia o abuso sexual.	MSPBS: dispositivos de salud, programas específicos. SNNA: Sistema de protección.
Niño/a con antecedente con de hermano víctima de maltrato (cualquier tipo).	MSPBS: dispositivos de salud, programas específicos. SNNA: Sistema de protección.
Niño/a con vivienda en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación)	SENAVITAT, SAS, SEN.
Niño/a vive en contexto contaminado (basurales).	MSPBS: dispositivos de salud, programas específicos.
Niño/a vive en contexto donde hay tráfico de drogas, prostitución, delincuencia.	MSPBS: dispositivos de salud, programas específicos. SNNA: Sistema de protección. Ministerio Público.
Niño con antecedente de asfixia neonatal.	MSPBS: Programas de Salud Sexual reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, SENADIS, DIBEN, etc.
Niño con antecedente de convulsiones.	MSPBS: Programas de Salud Sexual Reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, SENADIS, DIBEN, etc.
Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos mentales o trastornos del espectro autista.	MSPBS: Programas de Salud Sexual reproductiva, dispositivos de salud, programas específicos: test del piecito, defectos congénitos, SENADIS, DIBEN, etc.

ANEXO II: Ficha de Registro del Plan de intervención en USF

Ficha de Registro del Plan de intervención en USF	
Código de USF:	USF:
Departamento:	Distrito:
Nombre y apellido del niño:	Fecha de nacimiento:
CI:	Lugar de residencia:
	Etnia:
Día/mes / año de reunión:	
Participantes de la reunión	1
	2
	3
	4
	5
Factores de riesgo en DIT	Factores protectores en DIT
Acciones a seguir (especificar)	Ingreso a modalidades

Acciones a seguir: especificar si recibirá atención en otras modalidades (ejemplo: Atención en Estimulación Oportuna especificando el dominio afectado) o si recibirá alguna referencia al sector salud: hospitales regionales o distritales, SIT, Hospital Niños de Acosta Ñu, otros (ejemplo: Atención en el SIT para evaluación profunda del desarrollo). O recibirá atención en otro sector (SAT, EDI, SENADIS, otros).

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN CONSENSUADO POR EQUIPO USF

Código de USF:		Fecha de seguimiento:	
Departamento:		Distrito:	
Nombre y apellido del niño:		Fecha de nacimiento:	
CI:		Lugar de residencia:	
		Etnia:	
Ingreso a modalidades:			
Derivación a otros servicios del sector salud:			
Derivación a otros sectores:			

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN CONSENSUADO POR EQUIPO USF

Código de USF:		Fecha de seguimiento:	
Departamento:		Distrito:	
Nombre y apellido del niño:		Fecha de nacimiento:	
CI:		Lugar de residencia:	
		Etnia:	
Ingreso a modalidades:			
Derivación a otros servicios del sector salud:			
Derivación a otros sectores:			

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN CONSENSUADO POR EQUIPO USF

Código de USF:		Fecha de seguimiento:	
Departamento:		Distrito:	
Nombre y apellido del niño:		Fecha de nacimiento:	
CI:		Lugar de residencia:	
		Etnia:	
Ingreso a modalidades:			
Derivación a otros servicios del sector salud:			
Derivación a otros sectores:			

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN CONSENSUADO POR EQUIPO USF

Código de USF:		Fecha de seguimiento:	
Departamento:		Distrito:	
Nombre y apellido del niño:		Fecha de nacimiento:	
CI:		Lugar de residencia:	
		Etnia:	
Ingreso a modalidades:			
Derivación a otros servicios del sector salud:			
Derivación a otros sectores:			

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Interamericano de Desarrollo, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2015). Reglamento Operativo del Programa de Desarrollo Infantil Temprano, PR-L1051.
- Bedregal, P.; Molina, H.; Mercer, R. (2013). Desarrollo Infantil Temprano: desafío para la pediatría. In Enrique Paris Mancilla, Ignacio Sánchez, Daniel Beltramino, Alfonso Copto Garcia (Eds.): Menenghello Pediatría. 6a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana (Tomo 1).
- Bronfenbrenner, Urie (1979). The ecology of human development. Experiments by nature and design. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Costa M, Torres E, Romero M.T., Fabregat M, Torres S, Martínez Y, et al. (2008). Juego, Juguetes y Atención Temprana: pautas para el diseño de juguetes útiles en la terapia psicopedagógica. Editorial Instituto Tecnológico del Juguete (AIJU). Alicante, España.
- Figueiras A.C, Neves de Souza I.C., Rios V.G., Benguigui Y (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-años) en el contexto de AIEPI. (OPS) Washington, DC. Revisado el 24 de setiembre de 2016.
- Ministerio de Planificación de Chile (2009). Protección social y género. Determinantes de Riesgo Psicosocial en Gestantes que ingresan al Sistema Chile Crece Contigo.
- Ministerio de Salud de Chile (2013). Orientaciones Técnicas para las Modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Guía para los equipos locales. Revisado el 12 de septiembre de 2015.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2007). Guía de la atención de la salud integral de la niñez-adolescencia y madre embarazada de la DIRSINA.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2008). Manual de la Familia Saludable, revisado el 14 de diciembre de 2015.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2008). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Manual clínico para profesionales de la salud. Módulo de Capacitación.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2011). Norma de evaluación, intervención y monitoreo del programa de desarrollo psicomotor en niños y niñas entre 0 y 3 años de la DIRSINA.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2011). DIRSINA. Libreta de salud del niño y la niña.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2012). Manual de Funciones de las Unidades de Salud de Familia.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2013). Guía de Trabajo con Grupos.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2014). Protocolo 1-Atención prenatal en atención primaria de la salud.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2015). Diseño del Modelo de Atención de Desarrollo Integral Infantil Temprano (MAIDIT), versión del 6 de noviembre de 2015.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Manual nacional de normas de cuidados preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio, seguros e inclusivos.
- Paris Mancilla, Enrique; Sanchez, Ignacio; Beltramino, Daniel; Copto Garcia, Alfonso (Eds.) (2013). Menenghello Pediatría. 6a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana (Tomo 1).
- Poupin Berttoni, Lauren Jeanette (2009). El encuentro prenatal. Santiago, Chile: Eds. Universidad Católica de Chile.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay, editor. Manual de los/las Agentes Comunitarios/as de Salud. AGR S.A. Servicios Gráficos, 2012.
- Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. DIVAP, 2013.
- Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF) [Internet]. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Paraguay, 2012.



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDESA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

 TETĀ REKUÁI
 GOBIERNO NACIONAL

Paraguái
tetãguará
mba'e

Programa de Desarrollo Infantil Temprano "Paraguay Creciendo Juntos"

GUÍA OPERATIVA DEL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

