

CONVENIO N° 014 -2022-GRSC-OEPPDI-OCOI

CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO Y SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ

Conste por el presente documento, el Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional, celebrado de una parte por la **GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO**, debidamente representada por su Gerente Regional Médico Cirujano César Javier Ramírez Escobar, identificado con DNI N° 23964221 designado mediante Resolución Gerencial General Regional N° 402-2021 – GR Cusco (10-09-2021), ratificado con Resolución Ejecutiva Regional N° 020-2022-GR CUSCO/GR (04-01-2022), y con delegación de facultades otorgadas por Resolución Ejecutiva Regional N° 220-2021-GR CUSCO/GR (23-04-2021), con domicilio legal en la Av. De la Cultura S/N del Distrito de Cusco, Departamento de Cusco, que en adelante se denominará **"LA GERESA CUSCO"** y de otra parte, **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ**, con RUC N° 20329820263, con domicilio legal en Jr. Puno N° 279, Distrito de Cercado de Lima, Provincia y Departamento de Lima, Perú, debidamente representado por el M.C. Leonid Wilbert Lecca García, identificado con DNI N° 10280370, en su calidad de Representante Legal Permanente, según poder inscrito en el Asiento: A00025 y A00030 de la Partida Electrónica N° 03024398 del Registro de Personas Jurídicas de la Oficina Registral de Lima, Libro de Asociaciones, a quien en adelante se denominará **"SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ"**. Libre y voluntariamente acuerdan suscribir el presente convenio, de conformidad a los antecedentes y las cláusulas que se detallan a continuación:

CLÁUSULA PRIMERA: REFERENCIAS DE LAS PARTES

- 1.1. **LA GERESA**, es el órgano de conducción de alta jerarquía en material de salud de la Región Cusco. Está encargada de ejercer la representación, autoridad máxima y la rectoría sectorial de salud, conduciendo los procesos de emisión de políticas, planificación y organización sectorial e institucional, así como gestionar los recursos institucionales.
2. **DE SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ**, es una Organización extranjera sin fines de lucro, sucursal de Partners In Health. Tiene como misión proporcionar una opción preferencial por los más pobres en el cuidado de su salud, utilizando los beneficios y avances de las ciencias modernas en la lucha contra la enfermedad, la pobreza y la injusticia. Para el año 2022 **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ** continua su expansión como importante aliado de las Políticas Nacionales del Sector Salud, direccionadas a la creación, implementación y fortalecimiento de un modelo de cuidado primario de la salud integral de alta calidad, en favor de la comunidad. Para dar cumplimiento a esta misión, **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ** tiene previsto la promoción y desarrollo de actividades de prevención de la salud a fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad.

CLÁUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL

2.1. DE LAS BASES LEGALES DE GERESA

- Constitución Política del Estado.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27902, Ley que modifica la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 023-2005-SA "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- Decreto Supremo N° 003-2019-MIDIS. Aprueba la Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia".
- Decreto Supremo N° 026-2020-SA, aprueba la Política Multisectorial de Salud al 2030: "Perú, País saludable".



- Resolución Ministerial N°030-2020/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral por curso de vida para la persona, familia y comunidad.
- Resolución Ministerial N° 468-2008/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 138-MINSA/SG.V.01 Procedimiento para la aprobación de Convenios a ser suscritos por el Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°366-2017/MINSA, que aprueba el documento técnico "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú".
- Resolución Ministerial N°967-2020/MINSA, que aprueba el documento técnico "Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad".
- Resolución Ministerial N°389-2017/MINSA, que aprueba a nivel nacional el "Padrón Nominal distrital de niñas y niños menores de seis (06) años de edad"
- Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 160-MINSA-2020-DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú"
- Ordenanza Regional N° 082-2014-CR/GRC. Cusco, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Cusco.
- Resolución Directoral N°0418-2017-DRSC-OGPH, que aprueba Plan Regional de Reducción y control de la Anemia y Desnutrición Crónica en Población Materno Infantil Cusco 2017-2021.
- Resolución Directoral N°01963-2014-DRSC-OGPH, que aprueba la Directiva Sanitaria de la Estrategia de sectorización.

2.2. DE LAS BASES LEGALES DE SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERU

- Decreto Legislativo N° 719, Ley de Cooperación Técnica Internacional.
- Convenio N° 065/2020/MINSA, Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Socios En Salud Sucursal Perú suscrito con fecha 30 de setiembre del 2020, con reconocimiento de actividades ejecutándose desde el 22 de setiembre del 2019.

2.3. DE AMBAS ENTIDADES:

- Ley N° 27783, Ley de Base la Descentralización.
- Decreto Supremo N° 030-2020-SA Reglamento de la Ley N° 30895, que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud
- Resolución Ministerial N°078.2019/MINSA, que aprueba el documento técnico "Lineamientos para la implementación de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia y Desnutrición Infantil".
- Resolución Ejecutiva Regional N° 616-2019 GR CUSCO/GR , se aprobó el plan Estratégico Institucional 2020-2023 del Gobierno Regional del Cusco, como instrumento de gestión que identifica la estrategia de la Entidad para lograr sus objetivos de política, articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Regional Cusco al 2021 con prospectiva al 2030, debiendo articularse al mismo, los planes Operativos Institucionales; documento que precisa las prioridades para el desarrollo regional en el periodo señalado .
- Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA D.T. Modelo de Abordaje en Promoción de la Salud
- Resolución Ministerial N°402-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Programa de Familias y Viviendas Saludables".
- Resolución Ministerial N°457-2005/MINSA, que aprueba el documento técnico "Programa de Municipios y Comunidades Saludables".
- Resolución Ministerial N° 366-2017/MINSA D.T Lineamientos de política de promoción de la salud en el Perú: Documento técnico.
- Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años":



- Resolución Directoral N° 01963-2014-RSC/DGDPH, que aprueba la Directiva sanitaria de la Estrategia de sectorización
- 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud "Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible".

CLÁUSULA TERCERA: DEL OBJETO

El objeto del presente Convenio es establecer las condiciones generales de mutua colaboración entre **LA GERESA CUSCO y SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ**, a fin de establecer los mecanismos de coordinación y colaboración para el desarrollo y ejecución de actividades relacionadas a los Programas Presupuestales Articulado Nutricional, Desarrollo Infantil Temprano y Salud Materno Neonatal que se desarrollarán en la jurisdicción de **LA GERESA CUSCO**

CLÁUSULA CUARTA: CONVENIOS ESPECÍFICOS / RESPONSABILIDADES

Los programas y proyectos que se decidan desarrollar en el marco del presente Convenio, deberán ser acordados a través de convenios específicos que, en cada caso, serán suscritos por separado; debiendo precisar su finalidad, descripción, objetivos, obligación de las partes, los procedimientos y lineamientos generales para su ejecución, los plazos y los aspectos técnicos y financieros correspondientes, previa evaluación de la viabilidad correspondiente.

CLÁUSULA QUINTA: COMPROMISO DE LAS PARTES

5.1 DE LA GERESA, se compromete a:

- Dar a conocer la nómina de niños y niñas identificados con riesgo del desarrollo psicomotor evaluados e identificados en la atención integral del niño (a) de 6 a 24 meses al representante del Programa CASITA.
- Garantizar el acceso, contacto, disposición y comunicación constante de su equipo técnico en las actividades que enmarca los acuerdos del convenio.
- Designar un personal de **LA GERESA CUSCO**, para coordinar con **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL** la implementación de las actividades contempladas en el presente convenio.
- Fortalecer las competencias de los Agentes Comunitarios de Salud a través de las Redes de Servicios de Salud.
- Brindar facilidades para la implementación, a través de las Redes de Servicios de Salud, Gobiernos Locales y las autoridades de la comunidad al programa de Desarrollo Infantil CASITA en coordinación con **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL** según el ámbito comprendido en el presente Convenio.
- Monitorear la implementación, ejecución y resultado de la implementación del Programa CASITA.
- LA GERESA CUSCO** a través de las Redes de Servicios de Salud fortalecerá la coordinación con los gobiernos locales para la articulación multisectorial y fortalecimiento de competencias para la implementación de acciones preventivo promocionales en salud de mutuo acuerdo con **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL**
- Convocar la participación de **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL**, a los espacios donde la **GERESA CUSCO** realiza seguimientos en el marco de sus funciones.

5.2 DE SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ:

- Desarrollar un trabajo articulado con la Dirección de Promoción de la Salud y Dirección Salud de las Personas de **LA GERESA CUSCO**
- Brindar asistencia técnica a **LA GERESA CUSCO** en el diseño de propuestas de proyectos para la implementación de programas de salud pública con enfoque comunitario.



- c) Implementar el Programa de Desarrollo Infantil CASITA (Anexo 01), dirigido a niños(as) de 6 a 24 meses y sus cuidadores con enfoque comunitario en los distritos del ámbito de **LA GERESA CUSCO**.
- d) Diseñar y ejecutar juntamente con **GERESA CUSCO** un Plan de Capacitación enfocado en temas de desarrollo infantil a los Agentes Comunitarios de Salud, actores sociales de la comunidad, personal de salud y representantes del gobierno local con el objetivo que desarrollen capacidades y habilidades para el cumplimiento de sus funciones y roles a favor de su comunidad, distrito y región en marco de los acuerdos del convenio.
- e) Coordinar permanentemente con los responsables designados por la **GERESA CUSCO** y representantes de las estrategias sanitarias pertinentes según los programas a implementar por acuerdo mutuo en el marco del presente convenio.
- f) Compartir y retroalimentar de manera mensual a **LA GERESA CUSCO**, acerca de los avances realizados durante la implementación y el estado de progreso de los programas a implementar por acuerdo mutuo en el marco del presente convenio, como el Programa CASITA.
- g) Asegurar que las actividades y compromisos acordados sean conducidos, registrados y reportados de acuerdo con las pautas establecidas en el presente convenio.
- h) Compartir instrumentos, material educativo y otros documentos técnicos para el monitoreo de las actividades desarrolladas con enfoque comunitario.

5.3 DE AMBAS PARTES:

- a) Desarrollar coordinadamente con participación de una representante de la Unidad Ejecutora donde interviene el Programa Casita, la implementación y ejecución del Programa antes mencionado.
- b) Evaluar de forma trimestral los avances de los compromisos de GERESA y Socios en Salud Sucursal Perú.

CLÁUSULA SEXTA: DEL FINANCIAMIENTO

Las Partes convienen en precisar que tanto la celebración como la ejecución del presente Convenio Marco de Cooperación, no genera ningún tipo de compromiso financiero a alguna de las Partes, sino la colaboración eficaz que coadyuve al cumplimiento de sus fines y objetivos.

CLÁUSULA SÉPTIMA: COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Con el propósito de lograr una eficaz ejecución del presente Convenio, las partes realizarán una permanente coordinación, verificación y supervisión a través de sus coordinadores designados:

Por la **GERESA CUSCO**: Directora de Promoción de la Salud y Directora de Salud de las Personas o quien designen.

Por **SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERÚ**: La coordinación estará a cargo del Dr. Leonid Wilbert Lecca García o quien este designe.

CLÁUSULA OCTAVA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio tendrá una vigencia de tres (03) años, contados a partir de la fecha de su suscripción, pudiendo ser renovado por periodos sucesivos de igual duración, previo acuerdo de las partes. Para tal efecto, se cursará una comunicación escrita treinta (30) días antes de su vencimiento. De aprobarse la prórroga se suscribirá una Adenda, la cual formará parte integrante del presente Convenio.

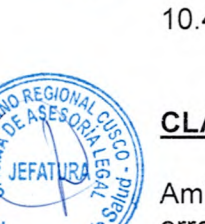


CLÁUSULA NOVENA: MODIFICACIONES AL CONVENIO

Con la misma formalidad establecida en la cláusula anterior, las partes podrán introducir de mutuo acuerdo, modificaciones al presente Convenio como resultado de las evaluaciones periódicas que se realicen durante el tiempo de su vigencia.



CLÁUSULA DECIMA: DE LA RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

- 
- 
- 10.1 El presente Convenio podrá ser disuelto antes de su vencimiento previo acuerdo entre las partes, para lo cual suscribirán la Adenda correspondiente.
 - 10.2 Cualquiera de las partes podrá disolver el presente Convenio, sin que medie causal de resolución alguna, siendo suficiente para ello la remisión de una Carta Notarial cursada con quince (15) días calendarios de anticipación a los domicilios señalados en la parte introductoria del presente documento.
 - 10.3 El incumplimiento de alguno de los compromisos asumidos en el presente Convenio será causal de resolución del mismo, para cuyo efecto será suficiente la remisión de una carta notarial con cinco (05) días calendario de anticipación, cursada a los domicilios señalados en la parte introductoria del presente documento.
 - 10.4 El término del Convenio, no afectará la culminación de las obligaciones /compromisos pendientes a la fecha de su resolución.

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: DE LA BUENA FE ENTRE LAS PARTES

Ambas partes declaran que en la elaboración del presente Convenio Marco no ha mediado dolo error, coacción, ni ningún vicio que pudiera invalidarlo.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS

- 
- 
- 12.1 Las Partes acuerdan que el presente Convenio se rige por las leyes peruanas y se celebra de acuerdo a las reglas de la buena fe y la común intención de las partes. En ese espíritu las partes celebrantes tratarán en lo posible de resolver cualquier desavenencia o diferencia de criterios que se pudiera presentar durante el desarrollo y/o ejecución del Convenio, mediante el trato directo y el común entendimiento. De no ser por ello posible, la controversia se resolverá mediante Arbitraje de Derecho.
 - 12.2 El Arbitraje estará a cargo de un Tribunal Arbitral de tres (3) miembros y se regirá por lo dispuesto por la Ley N°26572, Ley General de Arbitraje y el Centro de Conciliación elegido.
 - 12.3 El Laudo Arbitral que se emita es vinculante para las partes, y pondrá fin al procedimiento de manera definitiva, renunciando las partes a interponer cualquier recurso que tenga por objeto desconocer sus efectos.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DE LAS COMUNICACIONES



Toda comunicación que deba ser cursada entre las Partes, se efectuará por escrito y se entenderá válidamente realizada desde el momento en que el documento sea entregado al destinatario, en los domicilios consignados en la parte introductoria del presente Convenio, toda variación del domicilio deberá ser comunicada a la otra parte por escrito. Cualquier notificación o comunicación, cursada antes de tomar conocimiento por escrito de un nuevo domicilio de cualquiera de las Partes, surtirá efectos válidos en el domicilio anterior.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: CONFIDENCIALIDAD



La información obtenida por LAS PARTES en el cumplimiento de sus compromisos o de toda clase de documentos que produzcan con relación a los servicios y/u operaciones realizados en el marco del presente Convenio, tiene carácter confidencial y no puede ser dado a conocer a

terceros por ningún medio físico, electrónico u otro, haciéndose responsables las partes por el mal uso que se pueda dar a la misma. Esta obligación permanece vigente aún después de la resolución o término del presente Convenio.

CLAÚSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA CESIÓN DE POSICIÓN CONTRACTUAL

Ambas partes están totalmente impedidas de realizar cesión de posición contractual alguna. El incumplimiento de lo antes establecido por cualquiera de las partes, faculta a la otra a resolver el presente Convenio, de manera inmediata, siendo suficiente para ello la remisión de una carta notarial al domicilio señalado en la parte introductoria del presente documento.

CLAÚSULA DÉCIMO SEXTA: DE LOS MECANISMOS ANTICORRUPCIÓN

Las partes declaran que, durante la ejecución del presente Convenio, adoptarán los mecanismos o medidas convenientes a fin de prevenir la posible comisión de actos de corrupción y/o cualquier otro acto vinculado con los mismos.

CLAÚSULA DÉCIMO SÉPTIMA: DISPOSICIONES FINALES

Cualquier comunicación que deba ser cursada entre las Partes, se entenderá válidamente realizada en los domicilios legales consignados en la parte introductoria del presente convenio. Los cambios de domicilio deberán ser puestos en conocimiento de la otra parte con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación.

Estando las Partes totalmente conformes con todas las clausulas firman el presente convenio, por triplicado, en la ciudad de Cusco a los 31 días del mes mayo del año 2022.



M. C. CÉSAR JAVIER RAMÍREZ ESCOBAR
Gerente Regional
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
GOBIERNO REGIONAL CUSCO

 **Socios En Salud**
M. C. LEONID WILBERT LECCA GARCIA
Representante Legal Permanente
SOCIOS EN SALUD SUCURSAL PERU





ANEXO 01



Plan de intervención:

Implementación del proyecto CASITA, intervención comunitaria dirigida a cuidadores y sus niños de 6 a 24 meses en la región Cusco.



Instituciones:

Partners In Health

Socios En Salud Sucursal Perú

Gerencia Regional de Salud Cusco

Ministerio de Salud

Brigham and Women's Hospital

Socios En Salud Sucursal Perú

Versión: 1.0

2022

CASITA: Implementación



1. INTRODUCCIÓN



En el mundo, el 43% (250 millones) de los niños menores de 5 años de los países de ingresos bajos y medianos corren el riesgo de no alcanzar su pleno potencial de desarrollo debido a la pobreza, la desnutrición y la falta de estimulación temprana adecuada (1). La evidencia confirma que los programas de crianza temprana son efectivos para prevenir la pérdida del potencial de desarrollo de los niños (2) porque permiten que los niños desarrollen, fortalezcan las habilidades cognitivas y sociales y puedan romper el ciclo intergeneracional de pobreza y pérdida de capital humano (3). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible han reconocido la importancia de promover el desarrollo infantil temprano (DIT) a nivel mundial (4).



Según el modelo socioecológico, el DIT se define en dos dimensiones: el niño y su entorno. En el niño, el período de la primera infancia inicia desde la concepción hasta los 3 años y usualmente los dominios de desarrollo utilizados en su definición son desarrollo motor, cognitivo, lenguaje y socioemocional. (5) Si bien, los genes proporcionan el modelo para el cerebro en desarrollo, es el entorno del niño lo que dará forma al desarrollo, el cual resulta de la interacción óptima entre el niño y su entorno, el cual puede variar según la cultura y el contexto donde vive el niño (6). Este proceso ocurre en un tiempo relativamente corto, ya que es en los primeros años de vida que el cerebro se desarrolla más rápido cuando las neuronas forman aproximadamente 1000 nuevas conexiones por segundo. Este período de vida se considera fundamental para la salud y el bienestar posterior (6)



En el Perú, el 50% de niños evidencian riesgo en DIT antes de cumplir los dos años de edad. Socios En Salud (SES), implementó en el 2013 la intervención piloto llamada CASITA en una zona urbana pobre de Lima Metropolitana. El piloto logró demostrar la efectividad de un modelo de intervención comunitaria con agentes comunitarios de salud (ACS) para disminuir el riesgo en DIT (7). En el 2016, CASITA fue llevada a un escalamiento evidenciado beneficios significativos al demostrar efectividad en la mejora del desarrollo de los niños y apoyo al DIT a través del entorno familiar (8).



En el distrito de Carabayllo, se identificó que el 55% de niños menores de 2 años tenía riesgo en el desarrollo infantil temprano (9). En el 2020, debido a la pandemia de COVID-19 se ha incrementado el riesgo de desarrollo entre los niños de bajos recursos. Es bajo ese contexto que se decidió adaptar CASITA a un formato virtual, lográndose que el 72% (n=161) de niños que culminaron su participación en la intervención virtual presentaron una condición de normalidad en su desarrollo (10)



Los resultados exitosos en la disminución del riesgo en DIT en la población infantil del distrito de Carabayllo nos conducen a seguir apostando por el escalamiento de la intervención a una nueva región. Esta implementación se encuentra incluida en el componente 2 del Plan Operativo del proyecto CASITA, año fiscal 2021-2022.



Debido a un interés y acuerdos iniciales con el área de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, sede central, se decidió implementar el proyecto en dos distritos de una región del país. Nuestro objetivo con ello es reducir el riesgo en DIT en niños de 6 a



CASITA: Implementación en la región Cusco.



24 meses integrándolos al sistema de salud en coordinación con aliados estratégicos públicos y privados a nivel nacional.

2. FINALIDAD

Contribuir a la reducción del riesgo en el desarrollo infantil temprano en niños de 6 a 24 meses consolidando la intervención comunitaria CASITA a nivel nacional.

3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo General:

Reducir el riesgo en el desarrollo infantil temprano en niños de 6 a 24 meses en la región Cusco, Perú.

Objetivos Específicos

- Implementar la intervención comunitaria CASITA para cuidadores y sus niños de 6 a 24 meses en los distritos de Ccapamarca (Provincia de Chumbivilcas) y Maras (Provincia de Urubamba) en colaboración con la comunidad, gobierno local y establecimiento de salud.
- Mejorar el estado psicoemocional de los cuidadores (madre, padre u otro) la salud mental de los mismos

4. BASE LEGAL

- Ley N.º 27337, Nuevo Código de los Niños y Adolescentes
- Decreto Supremo N.º 003-2019-MIDIS, que aprueba la articulación de las Entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local en la promoción del Desarrollo Infantil Temprano.
- Decreto Supremo N.º 010-2016-MIDIS, que aprueba los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Resolución ministerial N.º 085-2021-MIDIS, que aprueba la “Directiva para la implementación de la Estrategia Gestión Territorial “Primero la Infancia” a nivel regional y local”
- Resolución Ministerial N.º 878-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances del Programa Presupuestal 001: Programa Articulado Nutricional”
- Resolución Ministerial N.º 450-2021/MINSA, Directiva Sanitaria para la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Plan Presupuestal para el control y prevención de Salud Mental.

5. AMBITO DE INTERVENCIÓN

El proyecto se va a ejecutar en dos distritos de la región Cusco:

CASITA: Implementación en la región Cusco.



- Distrito de CCapacmarca: Ubicado en la provincia de Chumbivilcas, al sur de la región Cusco. Tiene una población de 3 866 habitantes, el menor porcentaje de su población está conformado por niños de 0 a 5 años, aproximadamente 311 habitantes, de los cuales 62 son menores de 1 año). Sólo un 19% de los niños menores de 1 año tienen vacunas completas y un 23% ha recibido un control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad. Entre los niños menores de 1 año. El 45.16% de las familias que viven en el distrito se encuentran en condición de pobreza. Un 91% de su población cuenta con agua, y un 65% con electricidad. (11)

- Distrito de Maras: Ubicado en la provincia de Urubamba, al norte de la región Cusco. Tiene una población de 5946 habitantes, de las cuales, la población de 0 a 5 años es de 624 hab. De los cuales 103 son menores de 1 año. El 43% de los niños menores de 1 años tienen vacunas completas y el 26% ha recibido control de crecimiento. El 33.77% de las familias que viven en el distrito se encuentran en condición de pobreza. (11)

6. DESCRIPCION DE LA INTERVENCIÓN

La intervención CASITA mantiene los elementos centrales y los pasos secuenciales del enfoque que actualmente utiliza el Centro SPARK en Boston (USA) basado en evidencias para intervención temprana (12) y que tiene como elementos centrales:

- a. La capacitación y el apoyo al cuidador en la estimulación temprana para mejorar el desarrollo de sus hijos.
- b. El soporte emocional al cuidador, con el objetivo de empoderarlo para que brinde un mejor estímulo a su niño(a) y también motivarlo en su vida personal.

Cada sesión de CASITA incluye 4 pasos secuenciales:

1. Implementación de normas de convivencia según acuerdo del grupo.
2. Observación al niño e intercambio de conocimientos sobre el desarrollo del niño;
3. Demostración e iniciación de una interacción recíproca ("dar y responder") a través de sesiones dirigidas a la cuidadora y su niño y actividades de integración social dirigidas al desarrollo del niño.
4. Entrega de temas de salud al niño y cuidador a través de mensajes fuerza.
5. Soporte emocional a la cuidadora.

CASITA está diseñada para ser entregado por un ACS durante 12 sesiones semanales que duran 3 meses y consisten en grupos de 8-10 díadas de cuidadora y niño(a). Tanto la edad y el nivel/área de desarrollo del niño(a) variarán dentro de cada grupo. El ACS liderará entre 1 a 2 grupos de díadas (18-20 díadas) cada 3 meses. CASITA puede ser ejecutada en espacios de los establecimientos de salud, espacios comunales (Iglesia, Local Comunal) y Centros Preventivos de Vigilancia Comunitaria (CPVC) implementados por el gobierno local. Durante la entrega de las sesiones se incluyen visitas domiciliarias a las cuidadoras y sus niños que asisten a las 2 primeras sesiones educativas, esto con el fin de generar confianza e incrementar el vínculo del ACS con el cuidador.

La Intervención CASITA tendrá un impacto social profundo al desarrollar una fuerza laboral de ACS capacitados y que estén integrados a los sistemas de atención de la salud.

CASITA: Implementación en la región Cusco.

Alrededor del mundo, Socios En Salud ha demostrado que una fuerte red de ACS desarrolla capital social y fortalece la entrega de atención de la salud.

Bajo ese contexto, la implementación de la intervención CASITA en la región Cusco cuenta con dos componentes:



COMPONENTE 1. Implementar la intervención comunitaria CASITA para cuidadoras y sus niños de 6 a 24 meses en los distritos de Ccapamarca y Maras en colaboración con la comunidad, gobierno local y establecimiento de salud.

1.1 Generar y establecer acuerdos con aliados públicos que prioricen la atención al desarrollo infantil temprano.

Actualmente el DIT es un tema de prioridad a nivel nacional, sustentada en que la primera infancia es la inversión más rentable en un país a corto, mediano y largo plazo. Por ello se requiere una acción concertada, intergubernamental que involucre incluso a entidades privadas para responder a las necesidades de la primera infancia.

Una de las principales estrategias que ha desarrollado el gobierno es la “Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia” (10) herramienta que asegura el acceso al Paquete Integrado de Servicios Priorizados desde la gestación hasta los 5 primeros años del niño a través de la articulación del gobierno nacional, regional y local, particularmente de aquellas que contribuyen en el diseño, financiamiento y ejecución de intervenciones orientadas al DIT. Entre nuestros principales aliados también se encuentra el Ministerio de Salud (MINSA) y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) por lo que involucraremos a las personas que tomen decisiones y asuman compromiso con la implementación de la intervención.

Es por ello que difundiremos el trabajo y los resultados de CASITA a través de presentaciones virtuales, o presenciales según lo ameriten los aliados, con el objetivo de concretar el involucramiento de los aliados en la región Cusco.

1.2 Entrenar en la intervención CASITA al ACS –DIT

El equipo SES tiene planificado realizar las sesiones de entrenamiento para los ACS de Maras y Ccapamarca en 2 modalidades: virtual y presencial.

En la modalidad virtual será realizada mediante el uso de internet a través de la plataforma ZOOM, concentrando a los ACS en el espacio asignado por el Gobierno Local de ambas comunidades, a fin de asegurar la conectividad durante el entrenamiento.

Entrenamiento virtual

La entrega de contenidos de la metodología CASITA en modalidad virtual para los ACS-DIT será realizado en 2 sesiones mediante la plataforma ZOOM con una duración de 120 minutos cada día. Estas sesiones se realizarán en los espacios asignados por el gobierno local. La entrega de los contenidos se ha dividido de la siguiente manera:

- Día 1: Desarrollo Infantil temprano (DIT)

La primera sesión de entrenamiento tendrá como tema principal el DIT, centrando su importancia en los primeros mil días en la vida y en las interacciones positivas

de “Dar y Responder” en beneficio del desarrollo cerebral y neurológico del niño menor de 2 años.

- Día 2: Desarrollo Psicomotor

El tema principal será enfocarnos en las áreas de desarrollo del niño: motora gruesa y fina, movimientos de coordinación ojo mano y ojo pie, adquisición del lenguaje y desarrollo social y afectivo, los hitos del desarrollo según la edad de los niños y niñas e identificación de signos de alarma y actividades que ayudan a fortalecer las áreas del desarrollo en los niños menores de 2 años



Entrenamiento presencial:

El entrenamiento teórico presencial en la entrega de la metodología para los ACS-DIT en Maras y CCapacmarca consta de 2 momentos claves en la aplicación de la intervención CASITA: a) Entrega de contenido teórico y metodología CASITA, b) Práctica de la entrega de sesiones: Proficiencia y fidelidad.

Los ACS-DIT serán capacitados en la aplicación de la intervención CASITA a través de sesiones de entrenamiento estilo taller: Seis días teóricos: Desarrollo Infantil temprano, Liderazgo, y entrega de la metodología grupal CASITA) y cuatro días de proficiencia y fidelidad.

El entrenamiento teórico incluye presentaciones en Power Point y juego de roles. En esta oportunidad dos días se realizarán los talleres en formato virtual y los cuatro días restantes serán entregados presencialmente. Los días que se realicen los talleres en la intervención CASITA, los ACS-DIT trabajarán en parejas para dramatizar la entrega de la intervención, mientras son observados por el personal del equipo técnico para después proporcionar retroalimentación. Posteriormente se inicia la proficiencia, donde cada ACS liderará una sesión con participantes voluntarias, en la medida de lo posible se grabará la sesión para luego compartirla con la ACS-DIT y pueda recibir retroalimentación. El objetivo de la proficiencia es que el ACS-DIT pueda familiarizarse con la entrega de las sesiones educativas.

Hemos utilizado estos métodos para entrenar a los ACS del piloto CASITA, por lo tanto, el equipo está familiarizado con este enfoque de formación. Al finalizar el taller, el personal del equipo técnico determinará una evaluación de la competencia de cada ACS-DIT mediante la revisión de una sesión de CASITA grabada en vídeo, realizada a una familia voluntaria (o grupo de familias), utilizando el formulario de evaluación de la fidelidad. Los ACS-DIT que no demuestren competencia recibirán entrenamiento y retroalimentación, sumado a la actividad de juego de roles en campo hasta que se establezca la competencia.

La evaluación de la fidelidad continuará durante los tres meses de la entrega de la intervención, siendo el personal del gobierno local y personal de salud responsable de acompañar al ACS-DIT en la entrega de al menos tres sesiones CASITA a partir de un instrumento denominado Ficha de Fidelidad (FIDE).

Se prevé entrenar a siete ACS-DIT (cuatro ACS-DIT de CCapacmarca y tres ACS-DIT de Maras).

Entrenamiento en temas de salud

CASITA: Implementación en la región Cusco.



Después del entrenamiento presencial realizado para los ACS-DIT de Cusco se tiene contemplado realizar un mínimo de 12 sesiones virtuales en temas de salud, correspondientes al componente salud en la entrega de la metodología de intervención CASITA.



Los temas serán brindados por el equipo técnico SES mediante la plataforma ZOOM considerando compartir con los ACS-DIT los mensajes fuerza de cada tema y materiales de apoyo para los ACS-DIT al momento de brindar la información a los cuidadores participantes de la intervención.

Los temas de salud que abordaremos han sido revisados por el personal de crecimiento y desarrollo de los establecimientos de salud del distrito de Maras y CCapacmarca, también hemos recibido sugerencias por parte de los ACS-DIT quienes transmitieron las principales problemáticas que suceden en su comunidad. Estas sesiones se realizarán semanalmente.



Nº de sesión	Temas de salud
Sesión 1	Lavado de Manos
Sesión 2	Atención de los niños en CRED: Control de Crecimiento y Desarrollo - Inmunizaciones
Sesión 3	Apego Seguro
Sesión 4	Signos y síntomas de alarma en salud en niños menores de 2 años (EDAS, IRAS y CORONAVIRUS)
Sesión 5	Anemia en los niños: Causas, Consecuencias y suplementación
Sesión 6	Parentalidad Positiva
Sesión 7	Alimentación saludable en la familia y el niño menor de 2 años.
Sesión 8	Alimentación Responsiva
Sesión 9	Violencia Familiar
Sesión 10	Afrontamiento al estrés
Sesión 11	Higiene Bucal
Sesión 12	Planificación Familiar



Es importante mencionar que también se realizarán 10 temas adicionales durante el tiempo que dure la implementación del proyecto CASITA. Estos temas reforzarán la práctica que realiza la ACS-DIT con las cuidadoras de su grupo: Elaboración de juguetes con material alcoholismo, crianza respetuosa, etc.

1.3 Evaluar las habilidades motoras, sociales y de lenguaje en el niño.

Esta actividad está relacionada con la fase de identificación, tamizaje y enrolamiento de la cuidadora y su niño de 6 a 24 meses. Todos los procesos involucran a líderes CASITA. Implementación en la región Cusco.





comunitarios, agentes comunitarios de salud, gobierno local, establecimiento de salud y principales referentes en DIT de la Gerencia Regional de Salud en la región Cusco y el MINSA Central.

1.3.1 Identificación

La identificación de los participantes se realizará a partir del Padrón Nominal (PN) que elabora el Gobierno local y en reunión mensual de homologación con los representantes distritales de las instituciones públicas (RENIEC, EE. SS, entre otros) actualiza la información para tener una versión actualizada.

Posteriormente, el PN es compartido al personal referente del EE. SS del distrito, quien realizará las siguientes acciones:

1. El personal de salud distribuirá del PN, los niños entre 6 a 20 meses de edad con los ACS- DIT. Un promedio de 20 niños por cada ACS-DIT
2. El ACS-DIT realizará visita domiciliaria de contacto con la familia del niño para aplicar la “Ficha de Signos de Alarma en DIT” (SADITH) (Ver Anexo 01) a todos los niños encontrados en el hogar. Esta visita domiciliaria también permitirá identificar nuevos niños que no se encuentran registrados en el PN.
3. Luego de recibir SADIT, el personal de salud procederá a asignar una fecha de evaluación de Crecimiento y Desarrollo (CRED) al niño y comunicará al ACS-DIT para que pueda informar a la familia del niño. En caso, el niño no se encuentre en el PN, brindará la información al gobierno local para que se actualice el PN.

1.3.2 Tamizaje

En esta etapa, el personal de salud recibirá al niño en consulta de CRED y evaluará el desarrollo psicomotor según instrumento normado. En caso, el niño sea identificado con riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor, será considerado como potencial participante para recibir la intervención CASITA. Sólo en caso que el niño presente alguna enfermedad (enfermedad neurológica, tuberculosis sin tratamiento) o la cuidadora presente alguna enfermedad (tuberculosis sin tratamiento, esquizofrenia) que impida su participación en las sesiones y afecte la salud del grupo, se priorizará la atención médica del niño para determinar su condición médica y continuidad en la intervención. Si el niño y cuidadora no tienen ningún impedimento médico, se procede a su enrolamiento como participante de la intervención CASITA.

En caso el niño no sea identificado con riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor durante la consulta CRED, se le brindará consejería en el cuidado del niño y se le brindará el calendario de su próxima cita.

Se prevé tamizar en la consulta CRED entre 80 a 100 niños de 6 a 24 meses (40 a 50 niños en cada distrito).

1.3.3 Enrolamiento

CASITA: Implementación en la región Cusco.

Este proceso se realizará en la misma consulta CRED donde el niño fue evaluado. El personal de salud brindará información sobre el proyecto CASITA al cuidador del niño identificado con riesgo en el desarrollo psicomotor: a) Motivo por el cual está siendo invitado al proyecto y b) Entrega de 12 sesiones semanales lideradas por un ACS en un espacio de su comunidad.

Inmediatamente después, el personal de salud de enfermería procederá con la aplicación de instrumentos para identificar riesgo en salud mental. Este proceso será explicado con mayor detalle en el componente 02.

Luego de aplicar los instrumentos, el personal de salud procederá a distribuir al niño en uno de los grupos liderado por los ACS-DIT. El personal de salud deberá tener en cuenta: Asignar al participante a un grupo conformado en su mayoría por personas de su misma comunidad.

- El grupo en promedio puede tener entre 8 a 10 participantes.
- El participante no debe ser informado sobre los integrantes de su grupo, sólo del nombre de su ACS-DIT que liderará las sesiones.
- Posteriormente el personal de salud entregará el listado del grupo completo al 1) ACS-DIT responsable de liderar el grupo, 2) Supervisor de CASITA por parte del Gobierno local y 3) Supervisor de CASITA por parte del EE.SS, quien es el responsable del sector donde pertenece el grupo completo.

Según la experiencia de CASITA piloto en el distrito de Carabayllo en Lima Metropolitana, de los 80 a 100 niños tamizados se prevé identificar 60 niños con riesgo en el desarrollo (30 niños aproximadamente en cada distrito).

El supervisor de CASITA por parte del gobierno local, será responsable de informar al representante de la comunidad el grupo de niños que van a participar en la intervención durante los próximos 3 meses y su respectivo ACS-DIT. A partir de ello, el supervisor de CASITA en coordinación con el líder de la comunidad y el ACS-DIT aplicarán una Carta de Compromiso a la cuidadora y niño enrolado en el proyecto. La carta de compromiso deberá ser aplicada antes que inicien las sesiones o el mismo día antes o durante la entrega de la primera sesión.

1.4. Entregar las sesiones presenciales a cuidadores de niños entre 6 a 20 meses identificados con riesgo en el desarrollo psicomotor

Las sesiones educativas se entregarán durante 12 semanas, cada grupo estará conformado por 8 a 10 cuidadores. El ACS-DIT será quien lidere estos grupos y será responsable de realizar una primera visita de contacto a las cuidadoras que forman parte de su grupo, con quienes acordará un horario para la entrega de las sesiones y asegurará la convocatoria y asistencia. Sólo en caso que la cuidadora no asista a cualquiera de las 2 primeras sesiones, el ACS-DIT realizará una visita domiciliaria para motivar la participación de la cuidadora. Al concluir las 12 sesiones cada familia recibirá 01 Kit con materiales educativos e implementos de salud para que refuerce las actividades y practicas saludables aprendidas.

La implementación de CASITA con un enfoque cultural requiere adaptar los materiales educativos previamente elaborados en el piloto de CASITA en Lima Metropolitana a un

CASITA: Implementación en la región Cusco.

contexto de la región. Por ello, un personal del equipo de comunicaciones acompañará en una visita de exploración previa a la zona de intervención para recoger imágenes e información de la población. Esa información permitirá el diseño de un rotafolio educativo contextualizado a la región Cusco. Este rotafolio muestra actividades en las 04 áreas de desarrollo según edad del niño. Proyectamos que su elaboración tomará 3 meses. El objetivo es que en futuros escalamiento se tenga un material que pueda ser distribuido a un contexto similar, reduciendo costos de implementación.

De igual forma para asegurar la calidad en la entrega de las sesiones a los participantes se ha previsto dos tipos de monitoreo o también llamado “acompañamientos”:

1. Monitoreo/Acompañamiento realizado desde el ACS hacia el cuidador. El ACS aplicará un instrumento llamado Ficha de Calidad de sesión (CALI) (Ver Anexo 03) al finalizar la sesión a cada asistente. Esta ficha recoge el cumplimiento de la tarea y permite explorar si la cuidadora o el niño está atravesando por alguna necesidad personal o médica.
2. Monitoreo/ Acompañamiento del equipo técnico al ACS. Esta actividad será realizada por el supervisor responsable de cada sector por parte del EE.SS y el supervisor asignado por parte del gobierno local. El supervisor aplicará la Ficha de fidelidad de sesión (FIDE) (Ver Anexo 02) durante la entrega de la sesión. Esta ficha permite evaluar si el ACS-DIT está cumpliendo con la entrega de la metodología según lo aprendido durante el entrenamiento presencial. Al concluir la sesión y en base a lo observado, el supervisor realizará la retroalimentación al ACS-DIT. Este monitoreo se realizará durante la 1era, 3era y 9na entrega de la sesión. El acompañamiento es por grupo, por ello se prevé que cada supervisor monitoreará/ acompañará a 02 grupos durante los 3 meses. Las fichas FIDE serán entregadas al gobierno local a las 24 horas de haber realizado la fidelidad a la ACS-DIT.

1.5 Acompañar al agente comunitario de salud de la intervención.

El ACS es un enorme capital social en las comunidades de escasos recursos. Su rol dentro de CASITA es clave, debido a que es la persona encargada de liderar la entrega de las sesiones con la metodología CASITA. El acompañamiento que le brinda el equipo técnico es continuo y se ve reflejado en las siguientes acciones:

1. Fortalecimiento de capacidades en nuevos temas relacionados con el DIT y el contexto del país: COVID-19, enfermedades pulmonares, salud mental y salud infantil. Además, también se reforzarán temas propios de la entrega de la metodología como el uso de la tecnología, crianza respetuosa e involucramiento de la figura paterna en el cuidado del niño. Estas sesiones educativas se realizarán quincenalmente vía ZOOM durante los 3 meses y serán diseñadas y programadas juntamente con el equipo SES y los dos supervisores de CASITA en el distrito. (EE.SS y Gobierno local).
2. Grupos de soporte emocional (GSE). Las sesiones educativas también incluyen la realización de GSE, considerado como espacios personales, donde el ACS-DIT puede compartir con sus pares, lecciones aprendidas experimentadas durante los últimos meses, preocupaciones y otros temas que ellas consideran importante

compartir con el equipo. Estas sesiones se realizan una vez cada tres meses y serán lideradas por el equipo técnico de SES.

3. Reconocimiento a las actividades que el ACS-DIT realiza a favor de su comunidad, es por ello que se le entrega un vale de alimentos por un monto de 50 soles en una fecha especial sea el día del agente comunitario o día de la madre. Adicionalmente se le entregará en coordinación con las instituciones públicas un certificado de reconocimiento por sus actividades. Se prevé realizar un evento de cierre donde se realizará una reunión que permita recoger lecciones aprendidas y estrategias que mejoren la entrega para un escalamiento.

Cada ACS recibirá como incentivo un vale de alimentos por 200 durante los 4 meses que dure la entrega de la intervención. También se le entregará útiles de oficina e indumentaria de identificación para que realice sus actividades en campo.

1.6. Evaluar las habilidades motoras, sociales y de lenguaje en el niño de 6 a 24 meses al culminar las 12 sesiones educativas CASITA

Esta actividad está relacionada con la evaluación final a los participantes de cada grupo que recibieron las sesiones educativas CASITA. Para ello, el ACS-DIT comunicará al personal de salud que realiza la evaluación en la consulta CRED la culminación de las sesiones de su grupo. El personal de salud brindará al ACS-DIT una fecha para realizar la evaluación de salida al niño al ACS-DIT quien informará a la cuidadora. Los resultados de la evaluación, serán compartidas con el gobierno local y el equipo de SES para su posterior análisis.

Adicionalmente el ACS-DIT realizará la entrega de las fichas CALI al supervisor del EE.SS quien a su vez entregará al equipo de SES para su posterior análisis.

Tabla N° 1. Instrumentos de la intervención CASITA en Cusco

Intervención	Nombre del CRF	Siglas	Concepto	Recopilador
Tamizaje	Ficha de Tamizaje	FIPA	Semana 0. Este instrumento permite recoger datos personales de la persona para que pueda acceder a un ID y ser considerado participante de la intervención	ACS-DIT
	Ficha de Signos de Alarma en DIT	FISA	Semana 0. La ficha recoge información sobre el riesgo en DIT a cada niño que forme parte del Padrón Nominal. Esta ficha será entregada al Profesional de enfermería del EE.SS	ACS-DIT
	Test de Pauta Breve según normatividad		Semana 0 y 13. Este instrumento es aplicado durante la consulta de CRED y evalúa el perfil del desarrollo psicomotor del niño. Se espera obtener	Profesional de enfermería del EE.SS

			resultados de: En riesgo, Normal, Retraso y el área.	
Enrolamiento	Registro del Consentimiento Informado	RECO	Este instrumento registra el enrolamiento de la diada en la intervención a partir de la firma del Consentimiento Informado.	Supervisor del Gobierno local / Líder comunitario.
Seguimiento	Cuestionario de seguimiento	CASE 1	Es un instrumento que permite asegurar el inicio de sesiones por la diada.	ACS-DIT
	Cuestionario de calidad de sesión	CALI	Es un instrumento que permite asegurar la recepción de los materiales audiovisuales y entrega de tareas por el cuidador. Además, permite brindar el soporte emocional a partir de la llamada semanal que brinda el ACS al cuidador.	ACS-DIT
	Ficha de Fidelidad de Sesión	FIDE	Este instrumento evalúa al ACS-DIT y se aplicará durante las sesiones 1, 3 y 8.	Supervisor del Gobierno local y Supervisor del EE.SS

COMPONENTE 2. Mejorar el estado psicoemocional atendiendo problemas de salud mental en cuidadores.

2.1 Establecer un camino de cuidado para la depresión y ansiedad en las cuidadoras

Esta actividad se realizará durante la consulta de Crecimiento y Desarrollo y será realizado por el profesional de enfermería, quien previamente será entrenado por el profesional de salud mental de la GERESA. El profesional aplicará los siguientes instrumentos durante la consulta:

- Woman Abuse Screening Tool (WAST): Instrumento que permite identificar violencia basada en género.
- SRQ: Permitirá identificar ansiedad y depresión en la cuidadora.
- Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise (AUDIT-C): Permite recoger información sobre el consumo de alcohol en la cuidadora.

A partir de los resultados se realizará las siguientes acciones:

- Sin Riesgo en salud mental: El equipo de enfermería realizará una consejería educativa a la cuidadora.
- Con Riesgo en salud mental: El equipo de enfermería realiza una interconsulta a psicología.

El psicólogo contactará a la cuidadora y en consulta aplicará una batería de instrumentos propios de la normatividad de salud mental que complementará la evaluación realizada

CASITA: Implementación en la región Cusco.

por el equipo de enfermería para obtener un diagnóstico en salud mental. Posteriormente el psicólogo refiere a la cuidadora al médico del EE. SS para que reciba una atención médica.

Según la evaluación del médico del EE. SS, la cuidadora puede recibir: a) Tratamiento con el médico y atención psicológica b) Sólo atención psicológica y c) Referencia a un Centro de Salud Mental Comunitario u otro de especialidad. En el caso que no exista algún CSMC cercano a la zona, se acudirá a la teleconsulta en coordinación con el centro especializado y el EE.SS.

Es importante mencionar que si el cuidador presenta algún riesgo en salud mental no es criterio de exclusión para que el niño pueda participar en las sesiones. Sólo en casos donde el cuidador esté en condición de atentar contra su propia vida o la del niño, se pedirá que pueda ser reemplazado por un cuidador secundario (padre, tía, hermana mayor, abuela)

Tabla N° 2. Instrumentos del Programa Salud Mental (SAME)

Intervención	Nombre del CRF	Siglas	Concepto
Enrolamiento	Woman Abuse Screening Tool	WAST	Permite identificar signos de violencia basada en género.
	Self Reporting Questionnaire	SRQ	Registra síntomas y el nivel de ansiedad y depresión del participante.
	Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise	AUDIT-C	Recoge información sobre el consumo de alcohol en la cuidadora.

COMPONENTE 3: Evaluar la efectividad de la implementación CASITA en la región Cusco.

Esta actividad comprende la evaluación de la intervención CASITA implementada en la región de Cusco. Esta implementación se estará llevando a cabo con el soporte del MINSA, GERESA y dos gobiernos locales. La población a enrolar en cada gobierno local es de 30 cuidadores y sus niños identificados con riesgo en el desarrollo psicomotor, haciendo un total de 60 cuidadores. Para fines de evaluar los resultados se contempla las siguientes evaluaciones en paralelo:

- Evaluación de EEDP. Visita inicial: Recojo de información en la semana 0. Esta información será recogida por un personal de salud previamente identificado y entrenado por el personal técnico de SES. La aplicación de este instrumento ocurrirá como máximo 5 días antes que el niño tenga la evaluación en la consulta de CRED

CASITA: Implementación en la región Cusco.

- Evaluación de EEDP. Visita final: Recojo de información en la semana 13. Esta información será recogida por un personal de salud previamente identificado y entrenado por el personal técnico de SES. La aplicación de este instrumento ocurrirá antes que el niño tenga la evaluación en la consulta de CRED. Cómo máximo 5 días después que el niño ha culminado la sesión 12.
- Evaluación Cualitativa a participantes, ACS-DIT, personal de salud y líderes de la comunidad sobre las percepciones de la implementación de la experiencia del proyecto. La información será recogida a través de entrevistas a profundidad al final de la implementación.

Tabla N° 2. Instrumentos de la evaluación

Tipo de Evaluación	Nombre del CRF	Siglas	Concepto
Tamizaje / Evaluación Final	Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor	EEDP	Semana 0 y 13. Permite diagnosticar el perfil de desarrollo psicomotor del niño a partir de 04 áreas: lenguaje, motora, coordinación y social. El puntaje total permite conocer si el niño se encuentra en riesgo, retraso o normal según su coeficiente de desarrollo. Este instrumento será aplicado por un personal de salud debidamente entrenado.

7. INDICADORES

Indicador	Definición	Situación pre – intervención (basal)	Meta
OG: Porcentaje de niños de 6 a 24 meses que ha mejorado sus habilidades al concluir la intervención de acuerdo al Test de Pauta Breve aplicado en consulta CRED según normatividad	Este indicador mide el porcentaje de niños(as) que han mejorado sus habilidades al concluir la intervención según el Test de Pauta Breve aplicado en consulta CRED según normatividad.	0% (*) *El total de la población enrolada presenta riesgo o retraso según el Test de Pauta Breve.	70%
OE1a: Número de pilotos implementados a nivel nacional	Este indicador cuantifica el número de pilotos de la intervención CASITA implementados a nivel nacional	0	1
OE1b: Número de reuniones con autoridades locales o regionales	Este indicador cuantifica el número de reuniones con autoridades locales o regionales.	0	4
OE1c: Número de convenios logrados con instituciones públicas o privadas.	Este indicador cuantifica el número de convenios logrados con las instituciones públicas o	0	1



	privadas.		
OE1d Número de planes de intervención concretados en la implementación con instituciones públicas o privadas.	Este indicador cuantifica el número de planes de intervención concretados	0	1
OE1e: Número de ACS-DIT entrenados en la metodología CASITA	a. Este indicador cuantifica el número de ACS-DIT entrenados en la metodología CASITA en su comunidad. Aplica a todo ACS-DIT que ha aprobado la fidelidad.	0	7
OE1f: Número de ACS-DIT entrenados que lideran un grupo de CASITA	a. Este indicador cuantifica el número de ACS-DIT entrenados y que realizan la entrega de la metodología CASITA en su comunidad. Aplica a todo ACS-DIT que ha completado 12 sesiones con un grupo.	0	6
OE1g: Porcentaje de niños(as) de 6 a 20 meses del padrón nominal evaluados con el Test de Pauta Breve por el profesional de salud durante la consulta CRED.	a. Este indicador mide el porcentaje de niños de 6 a 20 meses del PN evaluados con el Test de Pauta Breve por el profesional de salud durante la consulta CRED	40%	80%
OE1h: Porcentaje de niños(as) que han recibido como mínimo 8 sesiones CASITA.	a. Este indicador mide el porcentaje de niños que han cumplido el mínimo de sesiones CASITA.	0%	70%
OE2a: Porcentaje de cuidadoras evaluadas con al menos uno de los instrumentos para identificar riesgo en salud mental y/o violencia en la Consulta CRED en el EE.SS de su jurisdicción	Este indicador mide el porcentaje de cuidadoras evaluadas con al menos uno de los instrumentos para identificar riesgo en salud mental y/o violencia en la Consulta CRED en el EE.SS de su jurisdicción	0%	60%
OE2b: Porcentaje de cuidadoras identificadas con riesgo en salud mental y/o violencia durante la consulta de CRED en el EE.SS de su jurisdicción.	Este indicador mide el porcentaje de cuidadoras identificadas con riesgo en salud mental y/o violencia durante la consulta de CRED en el EE.SS de su jurisdicción.	0%	40%
OE2c: Porcentaje de cuidadoras con problemas de salud mental y/o violencia que reciben soporte emocional a partir del psicólogo del EE.SS de su jurisdicción	Este indicador mide el porcentaje de cuidadoras que reciben soporte emocional a partir del psicólogo del EE.SS de su	5%	20%

CASITA: Implementación en la región Cusco.



	jurisdicción		
OE2d: Porcentaje de cuidadoras con riesgo en salud mental y/o violencia que son derivadas a las instituciones públicas para atención especializada (Presencial o Teleconsulta)	Este indicador mide el porcentaje de cuidadores identificados con riesgo en salud mental y/o violencia y que tienen una derivación efectiva .	2%	6%
OE3a: Porcentaje de niños de 6 a 24 meses que tienen un adecuado coeficiente de desarrollo según el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) o Evaluación de Desarrollo Psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP) al final de las 12 sesiones.	Este indicador mide el porcentaje de niños(as) que tienen un adecuado coeficiente de desarrollo luego de haber culminado las 12 sesiones según el EEDP	0% (*) *El total de la población enrolada presenta riesgo o retraso en el desarrollo infantil temprano.	60%
OE3b: Número de entrevistas a profundidad realizadas a cuidadoras, autoridades locales, ACS-DIT y personal de salud.	Este indicador cuantifica el número de entrevistas a profundidad realizadas a cuidadoras, autoridades locales, ACS-DIT y personal de salud.	0	32

8. RESPONSABILIDADES

Colaborador/Institución	Rol/ Funciones
Dr. Leonid Lecca (Director Ejecutivo de Socios En Salud Sucursal Perú)	Investigador local, responsable de: a) Asegurar la implementación financiera de la intervención. b) responsable de hacer incidencia con instituciones públicas o privadas para realizar la implementación de la intervención a nivel nacional.
Dra. Sonya Shin (Brigham and Women's Hospital)	Investigadora externa de la intervención. Responsable de: a) Asesorar la implementación y generar evidencia de la intervención a nivel nacional.
Lic. Karen Ramos (Nutricionista)	Jefa de programa. Responsable de: a) Asegurar el cumplimiento de las actividades del Plan Operativo b) Soporte en las coordinaciones con aliados de instituciones públicas o privadas para la implementación de los pilotos de la intervención.
Lic. Nancy Rumaldo (Nutricionista)	Coordinadora del proyecto. Responsable de: a) Diseño y adaptación de la intervención: Elaboración del Plan Operativo anual y Presupuesto. b) Revisión, validación y entrenamiento al equipo técnico en la aplicación de cuestionarios y entrega de la intervención virtual. c) Revisión y validación del material educativo a ser entregado durante la intervención por el agente comunitario de salud y equipo técnico. d) Acompañamiento al equipo técnico en la ejecución de la intervención. e) Coordinación con instituciones aliadas



Lic. Guadalupe
Soplapuco
(Educatra)

para articular acciones a favor de la primera infancia. f) Coordinación con el equipo investigador externo sobre la implementación de nuevas estrategias

Bach. Adriana Silva
(Psicóloga)

Profesional del proyecto. Responsable de: a) Control de calidad y actualización del reporte semanal de la base de datos de la intervención. b) Entrenamiento en la metodología de CASITA virtual a los ACS. c) Acompañamiento a los ACS durante la entrega de la intervención. d) Entrenamiento al equipo técnico en la Evaluación de Desarrollo Psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP) e) Coordinación con las instituciones aliadas para asegurar la implementación en campo.

Bach Milagros Capcha
(Obstetra)

Técnica de proyecto. Responsable de: a) Entrenamiento al equipo técnico en la Evaluación de Desarrollo Psicomotor del niño menor de 2 años (EEDP)

Aliados Estratégicos

Ministerio de Salud-
Sede Central

a) Brindar asesoría en la implementación del piloto en la región. b) Coordinar la elección, disposición y seguimiento del cumplimiento de las actividades por parte de las GERESA responsable de la implementación del piloto.

Gerencia Regional de
Cusco

a) Brindar asesoría en la implementación del piloto en los distritos de CCapacmarca y Maras. b) Asegurar la implementación de la intervención en coordinación con el profesional de salud de los EE.SS c) Seguimiento del cumplimiento de las actividades por parte de los EE.SS responsables de la implementación del piloto.

Gobierno Local de
CCapacmarca
(Chumbivilcas) y
Maras(Urubamba)

a) Brindar espacios comunitarios para realizar la implementación de la intervención. b) Realizar el monitoreo de campo a los ACS durante la entrega de las sesiones CASITA c) Asegurar la implementación de la intervención en su jurisdicción.

Establecimientos de salud
de CCapacmarca y Maras

a) Responsable de tamizar al niño con el Test de Pauta Breve y/o Test de niño peruano (Según aplique en el EESS) b) Responsable de aplicar el EEDP al niño tamizado en campo por el ACS. c) Responsable de aplicar los instrumentos para identificar riesgo en salud mental durante la consulta de CRED.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

A nivel de la intervención, el equipo técnico realizará: 1. Monitoreo desde el equipo técnico al supervisor de campo 2. Monitoreo del supervisor de campo al ACS, el cual es realizado 3 veces durante las 12 sesiones. Se aplica la ficha de fidelidad de la intervención y, 2. Monitoreo desde el ACS al cuidador, donde se asegura la entrega de la



sesión semanal a través del instrumento CALI. Ambos monitores son denominados también acompañamiento debido a que permite identificar el estado actual del participante.

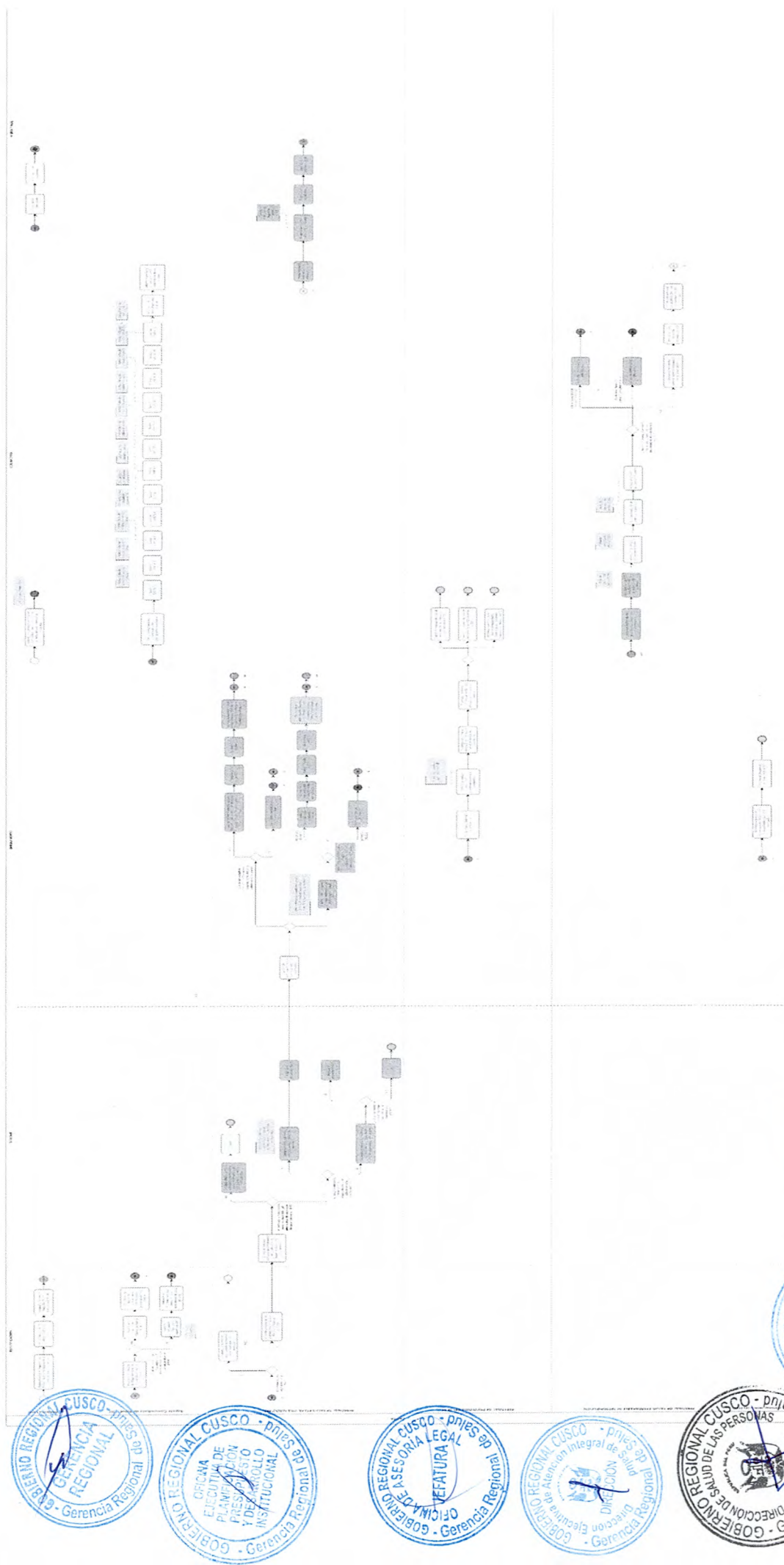
10. CRONOGRAMA



CASITA: Implementación en la región Cusco.



11. FLUJOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN



CASNA: Implementación en la región Cusco.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Lu C, Black, M.M., Richter, L.M. Risk of poor development in young children in low- and middle-income countries; an estimation and analysis at the global, regional and country level. *Lancet Global health* 2016. 2016.
2. Center of the Developing Child Harvard. Key Concepts: Brain-architecture. [Internet]. [Consultado 07 Feb 2021] Disponible en <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture/>
3. Shonkoff, Jack P., et al., The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress, *Pediatrics*, vol. 129, n.º 1, enero de 2012, págs.232–246,
4. World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Geneva: WHO; 2018.
5. Instituto nacional de Estadística del Perú. Nota de prensa. [Internet]. [Consultado 02 Jul 2021] Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-121-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-del-pais-sufrio-desnutricion-cronica-en-el-ano-2020-12838/>
6. Pontificia Universidad Católica del Perú, Copera Infancia, Fundación Baltazar y Nicolás. Evaluación Continua del Impacto de la COVID-19 en el desarrollo de Niños y Niñas menores de 6 años, ECIC - 19. Versión 1. Lima: PUCP; 2020 [Consultado el 14 de noviembre de 2021). Disponible en: <https://investigacion.pucp.edu.pe/grupos/rv-ds/proyecto-ecic-19-2/>
7. Socios En Salud. Reporte final del escalamiento de CASITA Scaling Up para Grand Challenges Canadá: Saving Brains. 2019 [No publicado]
8. Nelson AK, Miller AC, et al. CASITA: a controlled pilot study of community-based family coaching to stimulate early child development in Lima, Peru. *BMJ Paediatr Open*. 2018 May 26;2(1):e000268. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000268>
9. Miller AC, Rumaldo N, Soplapuco G, Condeso A, Kammerer B, Lundy S, Faiffer F, Montañez A, Ramos K, Rojas N, Contreras C, Muñoz M, Valdivia H, Vilca D, Córdova N, Hilario P, Vibbert M, Lecca L, Shin S. Success at Scale: Outcomes of Community-Based Neurodevelopment Intervention (CASITA) for Children Ages 6-20 months With Risk of Delay in Lima, Peru. *Child Dev*. 2021 Jun 11. doi: 10.1111/cdev.13602. Epub ahead of print. PMID: 34114651.
10. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Decreto Supremo N°003-2019-MIDIS, que aprueba la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la infancia para la articulación de las Entidades del Gobierno Nacional, Regional y Local en la promoción del Desarrollo Infantil Temprano. Lima 2019.
11. REDInforma . Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/> (Se accedió el 18 de noviembre del 2021)
12. SPARK Center BMC. SPARK Center (Supporting Parents and Resilient Kids). <http://www.bmc.org/pediatrics-sparkcenter.htm> (Se accedió el 14 Octubre del 2021).

ANEXO 01

Ficha de Signos de Alarma DIT (6 – 24 meses)

SADIT

ID de participante	Fecha de Intervención
	d e m a a a a

Buenos días, soy agente comunitaria de salud del proyecto CASITA.

CASITA es un proyecto que busca mejorar el desarrollo infantil temprano de los niños(as) de 6 a 24 meses de nuestra comunidad. Trabajamos juntamente con la Municipalidad y el establecimiento de salud. Es por ello que, en esta primera visita voy a realizar algunas preguntas relacionadas con la condición de salud de su niño(a). Esta información será compartida con el personal del establecimiento de salud para que se coordine una fecha para evaluar a su niño(a). Agradeceré que, en caso de tener dudas, no dude en hacérmelas.

Nombre y apellido del niño(a): _____ Edad: _____ meses Sexo: _____

CONDICION DEL NIÑO DE 6 A 20 MESES			
1. ¿Durante los últimos 3 meses el niño(a) ha recibido consulta de Crecimiento y desarrollo(CRED) en el Establecimiento de salud?	☐ Si ☐ No ☐ No le correspondía evaluación		
2. ¿El niño padece alguna enfermedad que genere una atención médica continua? (Síndrome de Down, retraso neurológico)	☐ Si ☐ No		
3. ¿Durante los últimos 6 meses el niño(a) ha sido diagnosticado con anemia?	☐ Si ☐ No ☐ No sé		
4. ¿Durante las últimas 02 semanas su niño o niña ha presentado algún episodio de diarrea o ha notado si ha disminuido de peso?	☐ Si ☐ No ☐ No sé		
5. Aplica SÓLO para el niño que tiene 6 meses	☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si	☐ No ☐ No ☐ No ☐ No	☐ A veces ☐ A veces ☐ A veces ☐ A veces
6. Aplica SÓLO para el niño de 7 a 12 meses (También se aplica la pregunta 5)	☐ Si ☐ Si ☐ Si ☐ Si	☐ No ☐ No ☐ No ☐ No	☐ A veces ☐ A veces ☐ A veces ☐ A veces
7. Aplica SÓLO para el niño de 13 a 20 meses. (También se aplica la pregunta 5 y 6)	☐ Si ☐ Si	☐ No ☐ No	☐ A veces ☐ A veces

versión: v1.0 Fecha 05/02/2022

Completado Por:

Fecha:



CUIDADORA Y ENTORNO FAMILIAR	
8. ¿La vivienda tiene acceso a TODOS servicios básicos? (Nos referimos a: Luz, agua potable y teléfono celular)	☐ Si ☐ No
9. ¿La vivienda cuenta con algún espacio donde juegue el niño?	☐ Si ☐ No
10. En el último mes, ¿Usted percibe que ha perdido la paciencia con su niño y le ha propiciado gritos o golpes?	☐ Si ☐ No
11. En el último mes, ¿Usted siente que juega con su niño(a)?	☐ Si ☐ No
12. En el último mes, ¿Siente que ha sido víctima de algún tipo de maltrato o violencia?	☐ Si ☐ No

CASITA: Implementación en la región Cusco.

ANEXO 02

FICHA DE PROFICIENCIA Y FIDELIDAD



DNI del ACS		Fecha de Intervención	
		ddmmaaaa	
Esta ficha recoge información sobre la calidad de la sesión semanal realizado por el Agente Comunitario de Salud en las sesiones 1, 3 y 8.			
1	DNI del Acompañante		
2	Nº de sesión (Opción única)	☐ 1 ☐ 3 ☐ 8	
3	Nº de grupo		
4	Nº de asistentes		
5	Hora de inicio		
6	Hora de término		
I. Fidelidad (Adherencia al contenido de la intervención)			
7	Presentación: Se presenta con las cuidadoras y explica el objetivo del proyecto (Se aplica solo en la 1era sesión) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	
8	Romper el hielo: Realiza un juego/canción divertido que integra a las cuidadoras en la sesión. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	
9	Normas de convivencia: Revisa normas de convivencia y recoge la evaluación del grupo. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	
10	Actividad de motivación inicial: Implementa una canción en el grupo que fomenta la conexión entre el cuidador y el niño/a introduciéndolos al objetivo de la sesión. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	
11	Juego de interacción: Realiza 2 tipos de juegos, orientando de forma general como realizarlos. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	
12	Módulo educativo: Revisa la tarea de la semana anterior y brinda retroalimentación. (A partir de la segunda sesión) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	
13	Módulo educativo: Aplica el módulo educativo y agrupa a los niños por edades. (Todas las sesiones) *En la primera sesión, la ACS asigna el área y la actividad a realizar. A partir de la segunda sesión, la cuidadora elige el área y la actividad que deberá poner en práctica. Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)	



FICHA DE PROFICIENCIA Y FIDELIDAD

14	Orientación en temas de salud: Brinda "Mensaje Fuerza" sobre un tema específico de salud familiar en forma dinámica y fácil de comprender. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)
15	Soporte socioemocional: Invite a las cuidadoras a reflexionar y compartir aspectos socioemocionales y personales de la vida. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)
16	Cierre de actividades: Concreta compromisos con las cuidadoras para practicar lo aprendido en la sesión, reflexiona sobre la sesión a través de sugerencias y consejos compartidos finalizando con una canción. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)
17	Dar tareas: Deja una tarea para practicar durante la semana relacionada a las actividades practicadas con el uso del módulo educativo. (Todas las sesiones) Opción única	☐ Inicio (0) ☐ Proceso (1) ☐ Logrado (2)
II. Proficiencia (Habilidad del Agente Comunitario de Salud)		
18	Demuestra seguridad y manejo del tema que desarrolla	☐ No (0) ☐ Si (1)
19	Genera la interacción entre la cuidadora y niño/a lográndose identificar el "dar y responder"	☐ No (0) ☐ Si (1)
20	Da aliento y refuerzo positivo a la cuidadora	☐ No (0) ☐ Si (1)
21	Motiva que la cuidadora felicite los avances y/o logros del niño/a	☐ No (0) ☐ Si (1)
22	Genera la interacción de los participantes durante el momento del soporte socioemocional.	☐ No (0) ☐ Si (1)
23	Puntaje Obtenido	
24	Porcentaje	
25	Resultado Obtenido	☐ Logrado (Más de 90 %) ☐ En proceso (80% a 90%) ☐ Inicio (50% a menos)
26	Observaciones	

Registro de Seguimiento y Calidad - Cusco

CALIC

7	Durante el soporte emocional ¿Se identificó que la cuidadora o el niño tienen la necesidad de recibir atención de los servicios del Centro de Salud?	☐ Si, atención en psicología ☐ Si, atención médica ☐ Si, niño sin controles CRED/ vacunas ☐ No se identifican necesidades. Ir a Pregunta 9
	Opción Única o Múltiple (necesidad - atención)	
8	¿La cuidadora acepta ser derivada a los servicios del Centro de Salud para ser atendida?	☐ Si ☐ No ¿Por qué? () refiere que está siendo atendido por el médico de su Centro de Salud. () No desea () Otro
	Opción Única *El ACS debe dar seguimiento interdiario al cuidador. (acepta - derivación)	
9	La cuidadora ¿Asistió a la sesión semanal?	☐ Si () Sesión grupal () Sesión domiciliaria ☐ No
	Opción Única (Cuidadora -- asistió)	
10	La cuidadora continúa su participación en el proyecto	☐ Si continúa (Fin de la encuesta) ☐ No continúa (Ir a Pregunta 11) ☐ Si, aplica Visita Final (Fin de la encuesta)
	Opción Única (continúa - participación)	
11	El cuidador no continuó su participación, se aplicará:	☐ Razones de salida- 0 participación (RASA) (Fin de encuesta)
	(no - continúa)	
12	Observaciones	