



PERÚ

Ministerio de Salud

DOCUMENTO TÉCNICO

Plan Nacional para la REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021



*Trabajando para
todos los peruanos*

DOCUMENTO TÉCNICO

**Plan Nacional para la
REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA
Materno Infantil y la
Desnutrición Crónica Infantil
en el Perú: 2017-2021**

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud



ISBN:

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-

1ra. Edición

Tiraje

© MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 431-0410

Telefax: (511) 315-6600 anexo 2669

Página web: <http://www.minsa.gob.pe/>

Documento Técnico Aprobado con Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA

Impresión:

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:

www.ins.gob.pe



PERÚ

Ministerio de Salud

Dra. Patricia Jannet Garcia Funegra

MINISTRA DE SALUD

Mg. Silvia Ester Pessah Eljay

VICEMINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Pablo Lavado Padilla

VICEMINISTRO DE PRESTACIONES Y
ASEGURAMIENTO EN SALUD

Sr. Rodrigo Villarán Contavalli

SECRETARIO GENERAL

Dra. María del Carmen Calle Dávila

DIRECTORA GENERAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA



Resolución Ministerial

Lima, 17 de ABRIL del 2017

Visto el Expediente N° 17-029609-001, que contiene la Nota Informativa N° 462-2017-DGIESP/MINSA, y el Informe N° 016-2017-DVC-DVICI-DGIESP/MINSA, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral V del Título Preliminar de la precitada Ley, modificado por la Quinta Disposición Complementaria Modificatoria de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad establece que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, y los de salud ambiental, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social;

Que, el artículo 123 de la precitada Ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, los literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar,



R. VILARÁN C.



J. MORALES C.



M. C. Calle D.



E. ESCOBAR

supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;

Que, el artículo 63 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública, competente para dirigir y coordinar las intervenciones estratégicas de Salud Pública, entre otros, en materia de intervenciones por curso de vida y cuidado integral y promoción de la salud;

Que, mediante los documentos del visto, la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública ha elaborado para su aprobación el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021, cuya finalidad es contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo, prioritariamente de la población infantil de menores de tres años y mujeres gestantes, como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública;

Que, mediante el Informe N° 264-2017-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud Pública; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina General de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial en el portal institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese

PATRICIA J. GARCÍA FUNEGRA
Ministra de Salud



R. VILLARÁN C.



J. MORALES C.



M. C. Calle D.



E. FELIZ BARRAN

DOCUMENTO TÉCNICO

PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL 2017-2021

I. INTRODUCCIÓN

El Gobierno Peruano se ha comprometido a proteger la nutrición infantil, reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil, a que “todo niño tenga acceso al control de su salud y a su vacunación completa”¹ a nivel nacional. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Esta situación incorpora a la nutrición en la agenda política del país como un factor determinante para el desarrollo sostenible.

La anemia infantil afecta al 43.6% de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, siendo más prevalente entre los niños de 6 a 18 meses, sector en el que 6 de cada 10 niños presenta anemia. La desnutrición infantil se ha reducido en los últimos años, sin embargo aún afecta al 13.1% de menores de 5 años en el 2016; en las áreas rurales llega al 26.5% y 7.9% en las urbanas. En el último decenio nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil, aún persisten inequidades a nivel regional y en zonas de pobreza, lo que exige la continuidad de las acciones destinadas a disminuir estas brechas.

Las políticas nacionales en material de nutrición y alimentación son abordadas en el Acuerdo Nacional – 2002, en el Plan Bicentenario – CEPLAN – Feb 2011 (aprobado en el Acuerdo Nacional) y en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia DS N° 001-2012-MIMP. Así mismo, desde el MIDIS se aprueban la Estrategia “Incluir para Crecer” DS N° 008-2013-MIDIS y los Lineamientos “Primero la Infancia” DS N° 010-2016-MIDIS.

La presencia de anemia motiva mucha preocupación en todos los ámbitos y niveles de salud, ya que sus consecuencias repercuten negativamente en el desarrollo de niñas y niños a nivel cognitivo, motor, emocional y social. La anemia, entre los niños peruanos, ocurre en la etapa de mayor velocidad de crecimiento y diferenciación de células cerebrales, como son los primeros 24 meses de vida y la gestación. Estas etapas son de elevadas necesidades nutricionales para el crecimiento del feto y del niño pequeño. Esta situación ocasiona que la anemia en el Perú constituya un problema de salud pública severo², según la OMS. La deficiencia nutricional es muy frecuente en el mundo, especialmente entre niños y mujeres en edad fértil. Sus factores determinantes son múltiples y se presentan en diferentes etapas de vida del ser humano, aunque sus efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Se estima que a nivel mundial cerca del 50% de los casos de anemia puede atribuirse a la carencia de hierro³, que es el caso del Perú.

La anemia por deficiencia de hierro se debe a un bajo consumo de alimentos que contienen este mineral, como ha sido descrito a nivel nacional por las encuestas de consumo de alimentos del CENAN y por estimaciones a partir de la encuesta de hogares (ENAHG). Adicionalmente, estudios

1 Mensaje a la Nación del Presidente de la Republica Pedro Pablo Kuczynski Godard el 28 de julio 2016.

2 La Organización Mundial de la Salud clasifica la anemia como un problema de salud pública, según se indica: “5%, no representa un problema de salud pública; 5 a 19.9%, problemas de salud pública leve; 20 a 39%, problema de salud pública moderado; 40%, problema de salud pública grave”.

3 WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NHD/01.3). (http://www.who.int/nut/documents/ida_assessment_prevention_control.pdf, accessed 27 Set).

específicos en Ayacucho mostraron que los niños, entre los 6 y 23 meses, tienen un consumo reducido de hierro así como de zinc, calcio, niacina y energía, al punto que el 90% de los niños no alcanza a consumir los niveles recomendados de este nutriente⁴. Similares hallazgos se describen en una zona marginal de Lima Metropolitana en niños de 6 a 11 meses⁵.

La anemia tiene efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento durante los primeros años de vida. Durante el embarazo, está asociada a elevadas tasas de mortalidad materna, de mortalidad perinatal, al bajo peso al nacer y a la mortalidad neonatal. A su vez, tiene consecuencias en los logros educativos y el desarrollo del capital humano, en la productividad y calidad de vida de los peruanos en el futuro. De esta manera, la anemia en los niños pequeños y la gestación tendrá una repercusión negativa enorme en el desarrollo del país⁶.

En este contexto, el Ministerio de Salud plantea estrategias, centradas en las personas y en las familias para reducir la anemia y la desnutrición crónica. Se busca además, la concurrencia de las prestaciones del sector salud en los mismos hogares, así como la convergencia con intervenciones del MINSa con las de otros sectores como Desarrollo e Inclusión Social, de Educación, Agricultura, Pesquería (Produce), Agua y Saneamiento (Vivienda), así como el sector privado y la sociedad civil, a nivel nacional.

Para abordar el desafío de la reducción de la anemia, el Ministerio de Salud hace énfasis en quince intervenciones estratégicas, con un enfoque en las etapas del ciclo de la vida. Estas intervenciones están contempladas en el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal. Para el logro de resultados reconoce la urgente necesidad de fortalecer la prestación de las intervenciones estratégicas y el alineamiento a nivel del presupuesto nacional, regional y de los gobiernos locales.

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo, prioritariamente de la población infantil de menores de tres años y mujeres gestantes, como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social, a través de la orientación y fortalecimiento de las acciones institucionales y concurrencia con intervenciones de diversas plataformas de contacto intersectorial, a nivel nacional, regional y local, para alcanzar los objetivos planteados al 2021.

OBJETIVOS

a) Objetivo general:

Contribuir, a nivel nacional, con la reducción de la prevalencia de anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil – DCI, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial.

b) Objetivos específicos:

1. Tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a niños menores

4 Fundación contra el Hambre. Aproximación al Consumo de Alimentos y Prácticas de Alimentación y Cuidado Infantil en Niños y Niñas de 6 a 23 meses de Edad. Realizado en Familias de la provincia de Vilcas Huamán Ayacucho. ACH. Lima 2011. Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-06786.

5 Zavaleta N, Kvistgaard AS, Gravertholt G, Respicio G, Guija H, Valencia N, and Lonnerdal B. Efficacy of an MFGM enriched complementary food in diarrhea, anemia and micronutrient status in infants. J Pediatr Gastroent Nutr 2011; 53(5):561-8.

6 Balarajan et al. 2011.

- de 3 años, gestantes y adolescentes como parte de la atención de la salud materno infantil.
2. Mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante incorporando alimentos ricos en hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada a través de la consejería nutricional y educación demostrativa, brindada en el hogar, la comunidad y el establecimiento de salud.
 3. Concretar la concurrencia de intervenciones del sector salud en los mismos individuos y hogares y con sectores estratégicos como Educación, Inclusión Social, Agua y Saneamiento, Agricultura, Pesquería y otros para optimizar las oportunidades de contacto.
 4. Promover la disponibilidad de productos alimentarios de origen animal ricos en hierro y el desarrollo de productos fortificados ricos en hierro y micronutrientes para la alimentación infantil y la población en general para zonas críticas.
 5. Contar con un mecanismo de medición y seguimiento de las intervenciones prioritarias para la reducción y el control de la anemia materno infantil y DCI.

III. METAS A NIVEL NACIONAL

Se propone lograr las metas en Desnutrición Crónica Infantil y Anemia al 2021 que forman parte de los indicadores emblemáticos propuestos por la Presidencia del Consejo de Ministros:

Cuadro No. 1
Metas de reducción de Anemia y Desnutrición Crónica Infantil al 2021

Indicador	2016	2017 *	2018 *	2019 *	2020 *	2021 *
Tasa de desnutrición crónica (menores de 5 años, OMS).	13.1%	13,0%	11,4%	9,7%	8,1%	6.4%
Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad.	43.6%	37,9%	33,2%	28,5%	23,8%	19%

(*) Proyección

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES. Marzo 2017

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 28314, que dispone la fortificación de harinas con micronutrientes.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Ley N° 30518 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2017.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 012-2006-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28314 que dispone la fortificación de harinas con micronutrientes.
- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PNAIA 2012-2021 y constituye la Comisión Multisectorial encargada de su implementación”.
- Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 013-2014-SA, que dicta las disposiciones referidas al Sistema Peruano de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2015-MINAGRI, que aprueba el “Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021”.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM, que aprueba la Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos-SISMED y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 006-MINSA/INS-V.01: Lineamientos de Nutrición Materna.
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA/INS-V.01: “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la atención de patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V-01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprueba Trece Guías Técnicas, relacionadas a calidad de atención del recién nacido en establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”.
- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V-01: “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años”.

- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.
- Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 048-MINSA/DGPS-V.01 “Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Atención Integral de Salud Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna”.
- Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 201-MINSA-DGSP-V.01-Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño.
- Resolución Ministerial N° 132-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Manual de buenas prácticas de almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en los laboratorios, droguerías, almacenes especializados y almacenes aduaneros”.
- Resolución Ministerial N° 399-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
- Resolución Ministerial N° 460-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: “Consejería nutricional en el marco de la Atención Integral de salud de la gestante y puérpera”.
- Resolución Ministerial 462-2015-MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”.
- Resolución Ministerial N° 669-2015/MINSA, que modifica el Anexo 1: Factores de Riesgo Neonatal del documento normativo NTS N° 106-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”, aprobada por Resolución Ministerial N° 828-2013-MINSA.
- Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA, que modifica la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA que aprueba la D.S. 068-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la prevención de Anemia mediante la suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueba la D.S N° 069-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas.
- Resolución Ministerial N° 062-2016/MINSA, que aprueba la modificatoria del Documento Técnico: Orientaciones para la atención integral de salud de las y los adolescentes en el I nivel de atención.

- Resolución Ministerial N° 651-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud 080-MINSA/DGSP-V-04: “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación”.
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA que aprueba el documento técnico denominado Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales.
- Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS que aprueba la Guía Técnica N°001/2012-CENAN-INS “Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil”.
- Resolución Jefatural 136-2012/SIS, que aprueba las disposiciones para la sustitución del Plan de Beneficios aprobado por el Decreto Supremo 004-2007-SA, por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus Planes Complementarios en el Régimen Subsidiado.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan será de aplicación en el nivel nacional en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud (Redes Integradas, INS, SIS, CENARES, DIGESA, DIGEMID, etc.), a nivel regional en todas las Direcciones de Salud (DISA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o sus sustitutas; y podrá ser de uso referencial para las demás organizaciones del Sector Salud.

POBLACIÓN OBJETIVO:

La población objetivo, para las intervenciones dirigidas a la reducción y control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil, son todas las niñas y niños menores de 3 años⁷ y las gestantes. De acuerdo al INEI, en el año 2016 corresponden a un millón seiscientos noventa y nueve mil quinientos niños (1,699,500) menores de 3 años.

IDENTIFICACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO

Público Objetivo Primario (POP)

- Niños y niñas menores de 3 años, con prioridad menor de 12 meses.
- Madres, padres y cuidadores de menores de 36 meses, con prioridad el menor de 12 meses.
- Mujeres gestantes y que dan de lactar.
- Mujeres adolescentes.

Público Objetivo Secundario (POS)

- Personal de Salud.
- Gestores de sectores MIDIS, MINAGRI.
- Directores y Docentes de Instituciones Educativas y APAFA.
- Sociedad civil organizada: Vaso de Leche, Comedores, Clubes de Madres, Iglesia, Organizaciones Campesinas, Juntas Vecinales, otros.
- Líderes de organizaciones sociales

7 La DCI se mide en menores de 5 años; el Plan Nacional prioriza intervenciones desde la gestación y los primeros 36 meses de vida.

- Autoridades comunales, locales, regionales, nacionales.
- Miembros de las Juntas de Agua y Saneamiento.

Aliados estratégicos (AE)

- Prestadores privados de salud y otros públicos (ESSALUD, SISOL en Lima Metropolitana y otros).
- Colegios Profesionales.
- Sector Privado: Proyectos de Responsabilidad Social y otros.
- Autoridades municipales.
- Representantes sectoriales (MIDIS, JUNTOS, Educación, Agricultura y otros).
- Medios de Comunicación.
- ONG.
- Agencias Cooperantes (OPS, etc.).

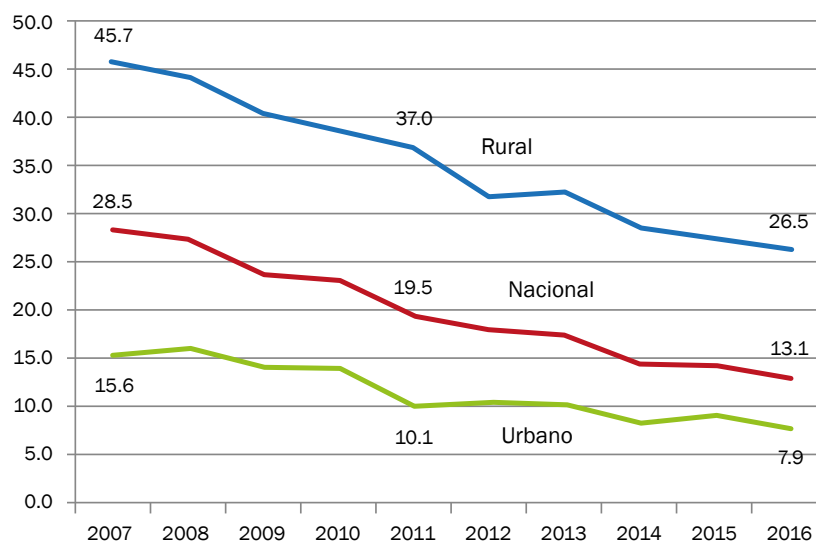
VI. SITUACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y ANEMIA INFANTIL EN EL PERÚ

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) es el estado por el cual una niña o un niño presentan retardo en su crecimiento de talla para su edad. En el Perú, según el patrón OMS, la prevalencia de DCI en menores de cinco años ha disminuido de 28.0%, en el 2007, a 13.1%, en el 2016.

Según la residencia, en el año 2016, la mayor proporción de DCI en menores de 5 años se encuentra en las áreas rurales, con un 26.5%, mientras que en las urbanas es de 7.9%. Esta proporción también ha mostrado una tendencia de reducción continua desde el año 2007 (Gráfico No. 1).

Gráfico No. 1
Tendencia en la prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil 2007 - 2016
a nivel nacional y según área de residencia
(Patrón de referencia-OMS)

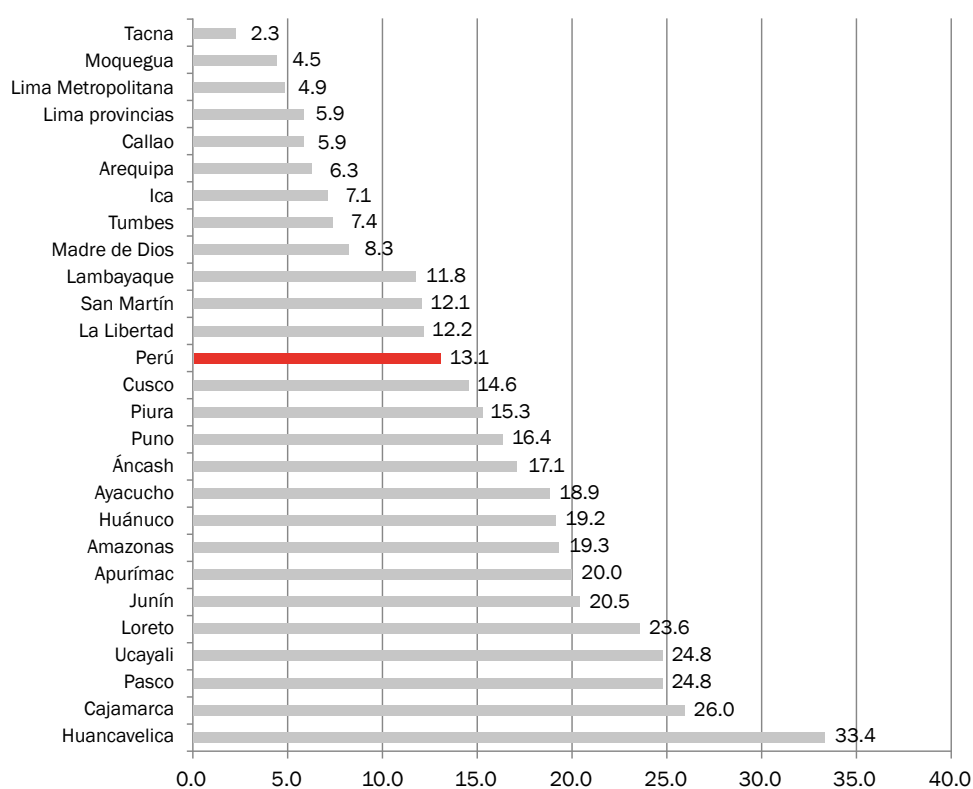


Fuente: INEI-ENDES 2007-2016

A nivel departamental, en Huancavelica se puede observar que tres de cada diez niñas y niños menores de 5 años fueron afectados con DCI, en el año 2016, y aunque representa la más alta proporción de desnutrición entre los departamentos del Perú, también muestra en el tiempo una tendencia de mayor reducción, entre los años 2007 y 2012. Los departamentos con la menor proporción de DCI, en menores de 5 años, durante el año 2016, fueron Tacna, Moquegua y la provincia de Lima (2.3%, 4.5% y 4.9%, respectivamente).

En algunos departamentos del país se aprecia una tendencia hacia la reducción en más del 10%, en el año 2016, respecto a lo registrado en el 2007; sin embargo, 14 de las 25 regiones (Huancavelica, Huánuco, Ucayali, Cajamarca, Loreto, Amazonas, Pasco, Apurímac, Ayacucho, Piura, Junín, Ancash, Cusco y Puno) mantienen prevalencias por encima del promedio nacional (Gráfico No. 2).

Gráfico No. 2
Prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil según departamento, año 2016



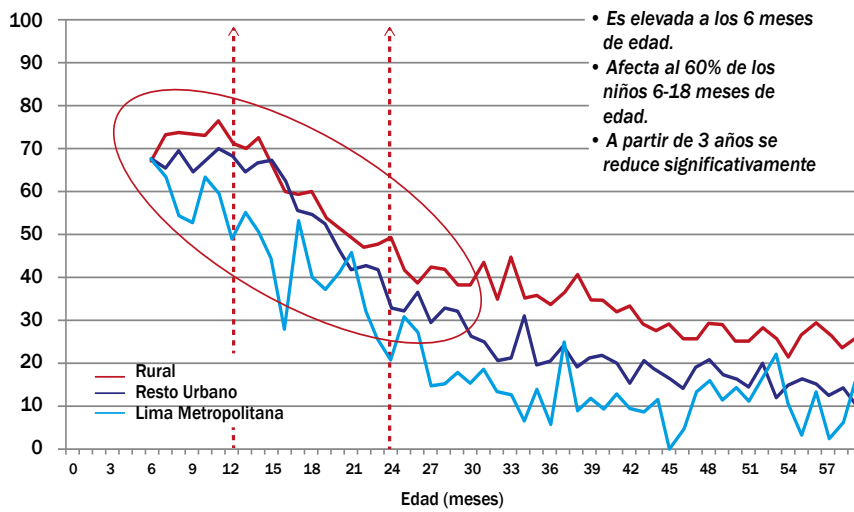
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2016

ANEMIA INFANTIL

En el Perú, la anemia constituye un problema de salud pública grave⁸, dada la elevada prevalencia de 43.6% entre los niños de 06 a 35 meses, al 2016, y casi 6 de cada 10 niños, entre los 6 y 12 meses, se encuentran con anemia (59.3%) (Gráfico N° 3). Se estima que hay 620 mil niños anémicos a nivel nacional y su incidencia, durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior, está relacionada con la desnutrición infantil.

⁸ La Organización Mundial de la Salud clasifica la anemia como problema de salud pública, según se indica: "5%, no representa un problema de salud pública; 5% a 19,9%, problema de salud pública leve; 20% a 39,9%, problema de salud pública moderado; 40%, problema de salud pública grave".

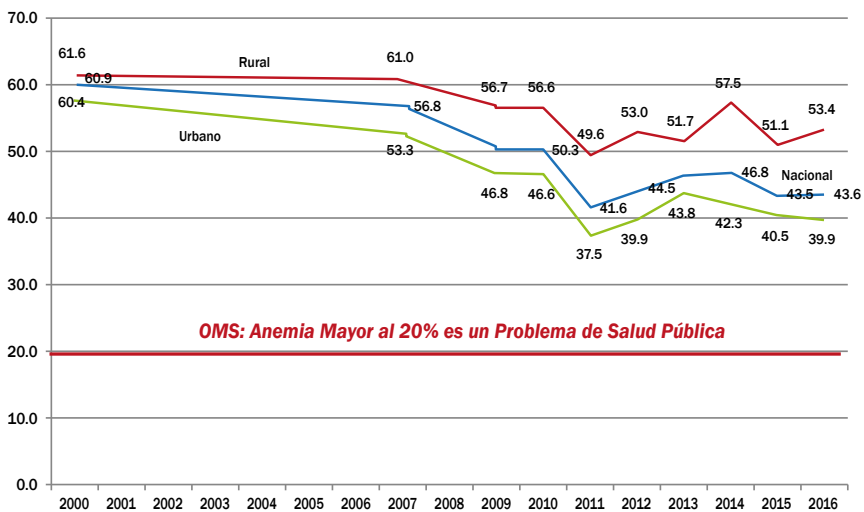
Gráfico No. 3
Características de la situación de anemia según la edad en meses



Fuente: ENDES 2009-2014 - Luis Cordero 2016

Los niveles de anemia a nivel nacional se han reducido de 60.9% a 43.6% entre el año 2000 y el 2016. Sin embargo se aprecia un estancamiento entre el 41.6% y 43.6% entre el 2011 y 2016. En ámbito urbano afecta al 39.9% de los niños y niñas de 06 a 35 meses, mientras que en la zona rural alcanza al 53.4% (Gráfico No. 4).

Gráfico No. 4
Evolución de la Anemia en niños de 6 a 35 meses: 2000-2016 en Perú



Fuente: INEI- ENDES 2000-2016

La anemia es un problema generalizado, tanto en las áreas urbana y rural, y también atraviesa todos los estratos socioeconómicos. Afecta a un 53.8% de niños de 6 a 35 meses de hogares de quintiles socioeconómicos más bajos y también a un 28.4% del quintil superior (Cuadro No 2).

Cuadro No 2
Proporción de niños con anemia y desnutrición crónica infantil
según quintil socioeconómico

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
% Anemia en niños de 6 a 35 meses	53.8%	52.3%	43.8%	31.4%	28.4%
% Desnutrición Crónica en menores de 5 años	30.3%	13.2%	7.7%	4.9%	3.6%

Fuente: INEI. 2017. ENDES 2016

A nivel mundial, se estima que la deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia. Otras deficiencias, como la deficiencia de folato, vitamina B12, vitamina A, pueden también causar anemia, así como las infecciones agudas o crónicas, la parasitosis, la intoxicación por metales pesados y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan la síntesis de hemoglobina y la producción o supervivencia de los glóbulos rojos⁹. A nivel mundial países como el Reino Unido, Alemania y Finlandia tienen niveles de anemia del orden del 13 al 14% en niños de 6 a 59 meses¹⁰.

Entre las consecuencias que desencadena la anemia, hay que enumerar el aumento de complicaciones obstétricas (hemorragia) y de la mortalidad materna; la reducción de la transferencia de hierro al feto; el aumento del bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal; la afeción al desarrollo psicomotor del niño y a su rendimiento escolar; la reducción de la capacidad intelectual y capacidad física y de trabajo, y deterioro del estado físico.

El Cuadro No. 3 muestra los niveles de hemoglobina establecidos para la población residente a nivel del mar.

9 Organización Mundial de la Salud. 2011

10 World Health Organization. The Global Prevalence of Anaemia in 2011. World Health Organization 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf.

Cuadro No 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en
Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin Anemia Si la concentración de hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
1ª semana de vida		≤ 13.0		>13.0
2ª a 4ta semana de vida		≤ 10.0		>10.0
5ª a 8va semana de vida		≤ 8.0		>8.0
Niños Nacidos a Término				
Menor de 2 meses		< 13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		< 9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7,0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	≥ 11.5
Adolescentes				
Adolescentes Varones y Mujeres de 12 - 14 años de edad	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	≥ 13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Puérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 (26)

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, Trauma y quemaduras. Ginebra (25)

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

Los departamentos con mayor número de niños con anemia son Puno, Junín, Piura, Cusco y Loreto, cada uno con más de 35 mil niños afectados por este mal. Si bien la prevalencia en Lima Metropolitana está por debajo del promedio nacional (32.6% en el 2016), en números absolutos representa, junto con Callao, aproximadamente 160 mil niños y niñas de entre 6 y 35 meses y encabezan la lista de ámbitos con mayor cantidad de niños anémicos en el país. Son 16 departamentos, entre los cuales Puno (76%), Madre de Dios (58.2%), Apurímac (56.8%), Pasco (56.1%), Loreto (55.6%), los que encabezan la lista con niveles de anemia por encima del promedio nacional (Cuadro N° 4).

Cuadro No. 4
Distribución de los niños con anemia según regiones en el 2016

REGIÓN	Población Men 3 años INEI 2016	% ANEMIA en menores de 3 años a nivel nacional 2016	N° Men 3 años con Anemia
LIMA METROPOLITANA	422,462	32.6	137,722
PUNO	86,035	75.9	65,301
JUNIN	85,493	55.9	47,791
PIURA	109,066	42.8	46,680
CUSCO	72,567	56.6	41,073
LORETO	65,223	60.7	39,593
LA LIBERTAD	100,539	35.7	35,914
ANCASH	64,605	41.3	26,683
CAJAMARCA	88,825	30.3	26,914
AREQUIPA	61,975	44.5	27,579
LIMA PROVINCIA	50,695	40.9	20,734
HUANUCO	54,939	47.0	25,821
LAMBAYEQUE	63,757	38.3	24,419
AYACUCHO	45,509	52.8	24,029
SAN MARTIN	47,431	48.3	22,933
HUANCAVEUCA	39,426	53.4	21,053
CALLAO	46,260	43.8	20,262
ICA	39,810	41.1	16,362
APURIMAC	29,344	53.5	15,699
UCAYALI	26,197	57.1	14,958
AMAZONAS	25,637	44.6	11,434
PASCO	18,660	60.6	11,308
TACNA	16,603	35.1	5,828
TUMBES	11,556	48.8	5,786
MADRE DE DIOS	7,696	55.6	4,279
MOQUEGUA	7,957	38.1	3,032

Fuente: INEI. 2017. ENDES 2016

La situación de los menores de 36 meses que son atendidos por los programas sociales, está también afectada por la anemia (Cuadro No. 5).

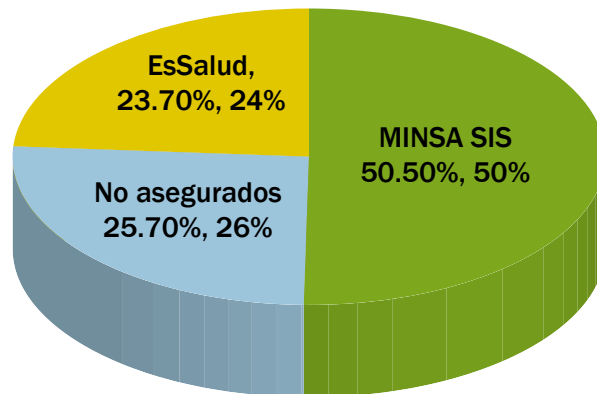
Cuadro No. 5
Situación de Anemia y Desnutrición Crónica Infantil en niños según programas sociales

Programas Sociales	2015		2016	
	% Anemia en niños de 6 a 35 meses	% de Desnutrición Crónica en menores de 5 años	% Anemia en niños de 6 a 35 meses	% de Desnutrición Crónica en menores de 5 años
Seguro Integral de Salud	48.9	19.6	48.1	17.0
Programa Nacional Cuna Más	46.9	25.4	49.8	17.7
Programa del Vaso de Leche	49.2	22.2	51.3	20.0
Programa JUNTOS	50.0	29.5	53.4	29.1

Fuente: INEI. 2017. ENDES

Se estima que el 50.5% de la población de niños menores de tres años tiene Seguro Integral de Salud, el 23.7% está asegurado por ESSALUD y el 25.7% no tiene ningún tipo de seguro.

Gráfico No. 5
Población de niños de 06 a 35 meses a nivel nacional según
tipo de prestador de salud. Perú, 2016



Fuente: OGTI MINSA - INEI

La anemia también afecta al 20.7% de las mujeres en edad fértil entre los 15 y 49 años de edad en el Perú¹¹ en el 2015. Esta prevalencia es similar entre todos los estratos socioeconómicos a nivel nacional y ha aumentado con respecto al 2011 que era de 17.4% en mujeres en edad fértil. En 2016 afecta en mayor proporción a las mujeres embarazadas (27.9%). Asimismo, el INEI estima que un 38.9% de las embarazadas de 15 a 19 años, presenta anemia en el 2016.

LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA ANEMIA

En la literatura internacional se plantea el modelo causal de la anemia¹² el cual es adoptado en el país por Zavaleta¹³ (Gráfico No 6). Entre las causas inmediatas se reconoce el consumo inadecuado de hierro y de otros micronutrientes a partir de los alimentos. Esta carencia de hierro y vitaminas no permitiría una apropiada formación de los glóbulos rojos y de la hemoglobina. Otras causas inmediatas de la anemia son la alta morbilidad por infecciones como la diarrea, parasitosis¹⁴, malaria, etc. Esta situación está asociada a inadecuadas prácticas de higiene, de lavado de manos, limitado acceso a agua segura y saneamiento básico.

Se reconoce también que la vitamina A, la vitamina B2, las vitaminas B6, B12 y el Ácido Fólico intervienen en la formación de los glóbulos rojos en la médula ósea. Las vitaminas A, C y Riboflavina favorecerían la absorción del hierro a nivel intestinal, cumpliendo un rol movilizador del mineral a partir de las reservas; mientras que las vitaminas C y E tienen una función antioxidante para la protección de los glóbulos rojos.

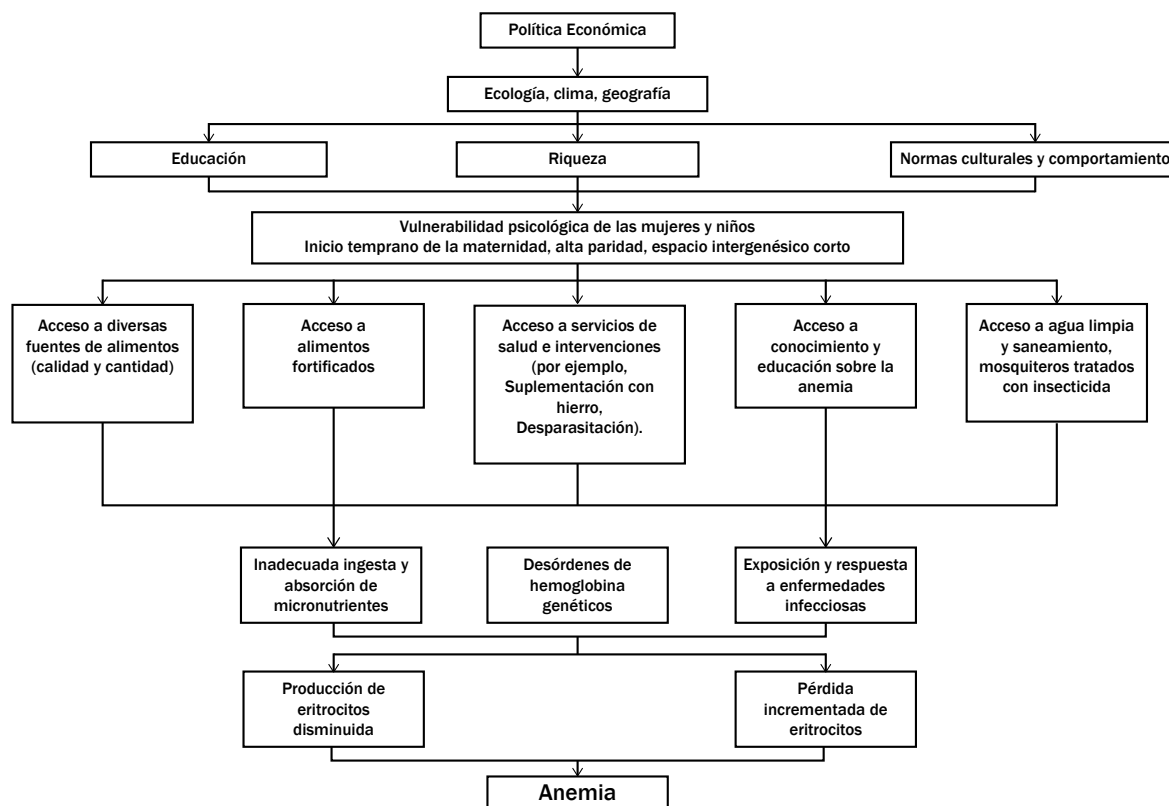
11 INEI. ENDES 2015.

12 Balarajan Yarlani, Lancet 2011; 378: 2123-35

13 Zavaleta N y Irizarry L. 2016. Nutrición en el Perú 2016. Situación nutricional y sus Implicancias de Política Pública. Nota Técnica. Banco Interamericano de Desarrollo - BID. División de Protección Social y Salud

14 La diarrea y las parasitosis incrementan las pérdidas de hierro

Gráfico No. 6
Modelo Causal de la Anemia en el Perú

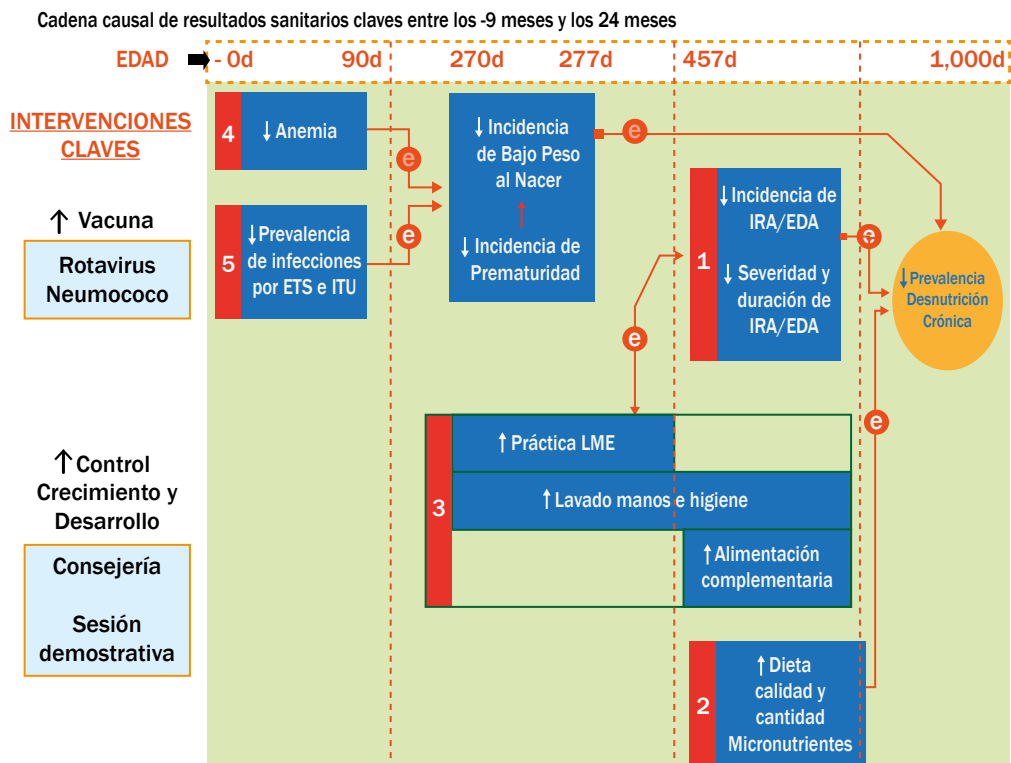


Fuente: Balarajan Yarlini, Lancet 2011; 378: 2123-35

El Plan Nacional toma en cuenta también el modelo causal del Programa Articulado Nutricional para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y las intervenciones efectivas en la gestación y los dos primeros años de vida (1,000 días) (Gráfico N° 7). Se reconocen estos 1,000 días como un periodo de oportunidad dado el acelerado crecimiento físico y el desarrollo cerebral, cognitivo e intelectual desde la gestación. Este modelo adopta la evidencia internacional sobre las intervenciones de comprobada efectividad documentadas en la serie “*The Lancet*” (2013) para abordar la solución a los problemas de desnutrición infantil.

En este contexto el Plan Nacional adopta el modelo del Programa Articulado Nutricional, buscando lograr una buena nutrición infantil, entre los menores de 3 años con énfasis en los primeros 2 años de vida. El menor de 24 meses, dada su elevada velocidad de crecimiento, tiene elevadas necesidades de hierro y otros nutrientes. Es clara la necesidad de asegurar una buena alimentación con consumo adecuado de hierro y micronutrientes y una buena salud, desde la gestación y durante los primeros 24 meses. Así mismo es necesario evitar el bajo peso al nacer y la prematuridad. Los recién nacidos de gestantes que han padecido anemia durante el embarazo, carecerán de las reservas necesarias de hierro, y tienen el riesgo de nacer prematuros o de bajo peso, con demandas aún mayores de hierro. Finalmente, se busca reducir la incidencia de las infecciones respiratorias y la duración y severidad de las diarreas para garantizar un buen crecimiento y desarrollo infantil temprano.

Gráfico No. 7
Programa Articulado Nutricional: Modelo Conceptual vs Ciclo de Vida



Consumo de hierro en la población vulnerable

El patrón de alimentación en el Perú es determinante del consumo de hierro en los hogares y a nivel individual. Los hogares peruanos tienen un consumo de hierro principalmente de origen vegetal cuya biodisponibilidad y absorción a nivel intestinal es baja. A nivel del hogar, se estima un consumo aparente reducido de hierro de origen animal (Hem) en todos los quintiles socioeconómicos. En hogares del quintil más pobre se consumen 1.6 mg de hierro hem per cápita al día y en los hogares del quintil de mayores recursos el consumo es de 3.6 mg per cápita al día, con limitado consumo de proteínas de origen animal¹⁵.

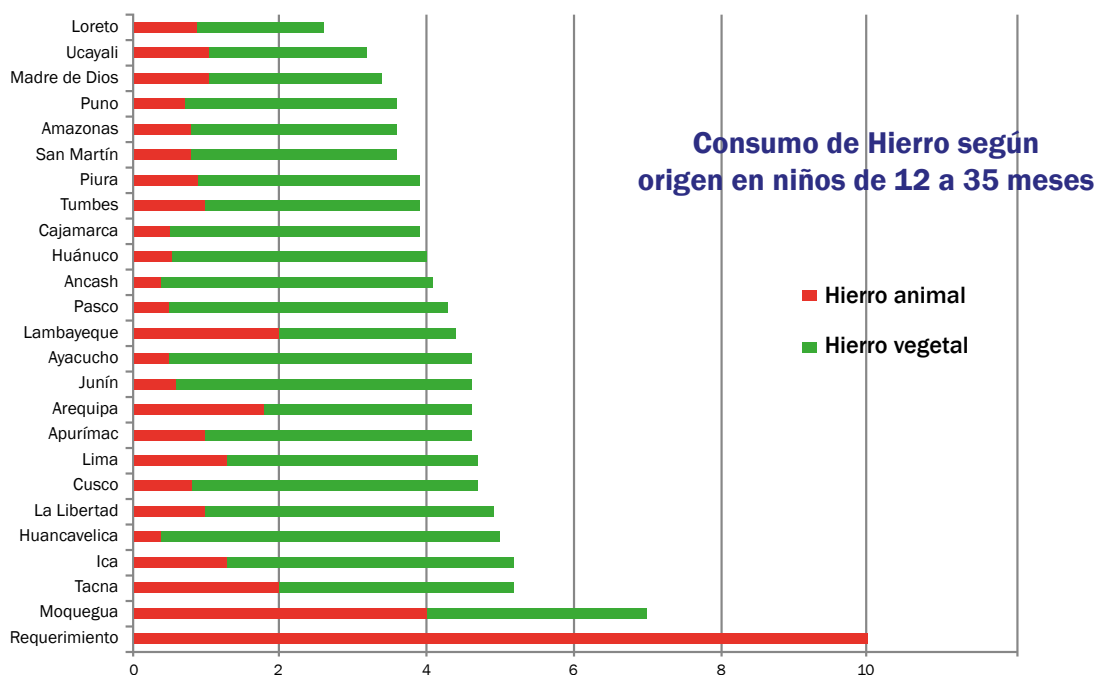
Los estudios dietéticos del CENAN sobre el consumo de hierro entre mujeres y niños constatan que es fundamentalmente de origen vegetal (Gráfico No 8), siendo menores a 2 mg de hierro hem por día. A esto se suma que su absorción se ve interferida por la presencia de inhibidores en la alimentación, como los mates, el café, té e infusiones, de consumo habitual en la población. Los niveles recomendados de consumo de hierro en menores de 3 años son del orden de 11 mg de hierro por día. Datos de niños de Ayacucho¹⁶ de 6 a 8 meses de edad muestran un consumo promedio de 1.8 mg de hierro por día; 2.6 mg, entre los de 9 y 11 meses de edad, y 4.4 mg de hierro por día entre los de 12 a 23 meses. El 90% de los niños no alcanza a consumir los niveles recomendados de

15 Sanchez-Griñan M. 2015. Informe Final. Tendencias en el Consumo Aparente de Alimentos entre 2004 y 2014 asociadas a la anemia, el sobrepeso y la obesidad en el Perú. Banco Mundial. Perú: Hacia un sistema integrado de ciudades. Una nueva visión para crecer. Notas de Política. Dic 2015. Lima, Perú.

16 Fundación contra el Hambre. Aproximación al Consumo de Alimentos y Prácticas de Alimentación y Cuidado Infantil en Niños y Niñas de 6 a 23 meses de Edad. Realizado en Familias de la provincia de Vilcashuamán, Ayacucho. ACH. Lima 2011. Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-06786.

hierro. Los estudios describen también que la dieta es deficiente en zinc, calcio, niacina y energía en estos niños. De la misma manera, en una zona urbano marginal de Lima Metropolitana se encontró un bajo consumo de hierro en infantes de 6 a 11 meses, de 2.4 mg de hierro por día, así como de otros micronutrientes como zinc, calcio y retinol¹⁷.

Gráfico No. 8
Patrón de Consumo de Alimentos Ricos en Hierro
según origen animal y vegetal en niños de 12 a 35 meses y regiones del país



Fuente: CENAN - INS ENCA - 2003

En el caso de mujeres en edad fértil, en el 2003 se estima un consumo promedio de hierro a nivel nacional, de 7,4 mg/día¹⁸, lo cual sólo cubre un tercio de sus necesidades diarias de este micronutriente. La mujer gestante con elevadas necesidades de hierro (27 mg/día) y se caracteriza por consumir limitados productos de origen animal ricos en hierro (de buena biodisponibilidad), por lo cual se requiere cubrir esta necesidad con suplementación de tabletas de hierro. Cabe destacar que con el tiempo el desbalance entre la ingesta insuficiente de hierro y los elevados requerimientos, lleva al agotamiento de las reservas de este mineral en el organismo. Si la deficiencia no es corregida conducirá a la eritropoyesis deficiente en hierro y más adelante a la anemia por deficiencia de hierro, que es la forma más común de las anemias en los niños.

Adicionalmente, la administración de suplementos de hierro es una medida que ayuda a reforzar el consumo de hierro en la población vulnerable. Sin embargo la situación de consumo de estos productos es aún muy limitada. Se estima un total de 29.2% de niños que recibieron en los últimos 7 días suplementos de hierro o micronutrientes (21.9% de micronutrientes, 5.8% en jarabe de sulfato ferroso y 3.4% en gotas de sulfato ferroso) en el 2016 (Cuadro No. 6).

17 Zavaleta. N. 2016. Análisis de las intervenciones orientadas al control de la anemia en el Perú. Documento de Trabajo. Julio 2016

18 Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA 2003). Informe de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional CENAN/INS. Lima, Perú 2003.

Cuadro No. 6
Distribución de los niños que consumieron suplementos de hierro o
Micronutrientes en el 2016

Suplemento o Micronutrientes	% de niños de 6 a 36 meses que consumió en los últimos 7 días
Gotas de Sulfato ferroso	3.4%
Jarabe de sulfato ferroso	5.8%
Micronutrientes	21.9%
Total	29.2%

Fuente: INEI. 2017. ENDES 2016

Lactancia Materna Exclusiva

La leche humana constituye no solamente el alimento completo con todos los nutrientes apropiados para la buena nutrición de los niños lactantes y su protección contra las infecciones, sino también para el desarrollo y formación del vínculo afectivo. La leche humana madura contiene cantidades bajas de hierro, sin embargo, la biodisponibilidad de este mineral es elevada al orden del 50%. El recién nacido, durante los dos primeros meses de vida, experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida, tiene menor riesgo de desarrollar anemia.

En el año 2016 se aprecia una recuperación de la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses con relación al 2015. La proporción de menores de seis meses con LME era de 65.2%, en el 2015, y aumentó a 69.8%, en el 2016, a nivel nacional (Cuadro No.7). Si bien, entre los países de América Latina, el Perú tiene una alta tasa de lactancia materna exclusiva, entre los menores de 6 meses, y es una práctica culturalmente aceptada, se presenta una brecha de 20 puntos entre el ámbito urbano y rural. La proporción de niñas y niños menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva, en ámbitos urbanos (63.2%) es aproximadamente 20 puntos por debajo de la de ámbitos rurales (84.3%); habiendo en ambos casos aumentado con relación al 2015 (59.4% y 79.2% respectivamente) (Cuadro No. 7). Entre los factores que influirían se encuentra la limitada regulación de la comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna, el aumento de los partos por cesárea y el aumento de la participación de la mujer en actividad laboral.

Cuadro No. 7
Proporción de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva (LME)
entre el 2011 y 2016 y según ámbito urbano y rural

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
LME	70.6	67.6	72.3	68.4	65.2	69.8
LME-Urbana	64.0	61.8	65.9	62.3	59.4	63.2
LME Rural	82.5	78.6	86.2	83.0	79.2	84.3

Fuente: INEI - ENDES

Puesto que la alimentación de la población peruana no es rica en productos de origen animal que contienen hierro, las preparaciones para el bebé, a partir de los 6 meses, no cubrirán sus altos requerimientos, lo que obliga a reforzar la alimentación con suplementos de hierro en gotas o jarabes y/o micronutrientes en polvo, de fortificación casera, que aseguren el consumo de hierro de alta biodisponibilidad o hierro hem.

Enfermedades más prevalentes en niños menores de 3 años

La enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) son frecuentes en los niños menores de 3 años y ocasionan la mayor morbilidad en la población que vive en medio de la pobreza, con una educación insuficiente de la madre e inadecuado saneamiento¹⁹. Se reconoce, además, que el consumo de zinc tiene efectos positivos en la reducción de la incidencia de diarrea en un 13% y 19% en la mortalidad por neumonía así como sobre el crecimiento infantil en peso y talla.

En el 2016, a nivel nacional, las EDA se presentaron en el 15% entre las niñas y niños menores de 36 meses. Obviamente, los niños con más de 3 episodios de EDA por año tienen un mayor riesgo de desnutrición aguda y de desnutrición crónica²⁰. Así mismo, episodios de EDA, a partir de los seis meses de edad, acarrearán pérdidas importantes de micronutrientes como el hierro y el zinc. En 2016, los departamentos que mostraron las más alta prevalencia de diarrea fueron Ucayali (26.9%), San Martín (20.4%) y Loreto (20.3%), mientras que el de menor prevalencia han sido Moquegua (9%).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un conjunto de enfermedades causadas generalmente por virus y bacterias. Constituyen la causa principal de consulta en los servicios de salud y forman parte del círculo vicioso entre la desnutrición y la enfermedad. A nivel nacional, en el 2016, las IRA en niñas y niños menores de 36 meses fueron del orden del 16.9%. Los departamentos de Piura (24.3%), Loreto (22.5%) y Ancash (21.6%) mostraron las más alta prevalencia de infección respiratoria aguda.

Vacunas básicas completas para menores de 36 meses

Las vacunas son sustancias médicas capaces de inducir a una respuesta inmunológica y como respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de generar protección de las enfermedades conocidas como inmuno-prevenibles. Las vacunas básicas completas, para niñas y niños menores de 36 meses, comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT, tres dosis contra la poliomielitis y una dosis contra el sarampión. En el 2016, el 71.4% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad. En menores de 12 meses, el 74% recibieron vacunas básicas completas para su edad, siendo de 75.1%, en ámbito urbano, y de 71.2%, en ámbito rural.

Vacunas contra el neumococo para menores de 12 meses: El neumococo es una bacteria que provoca enfermedades graves como la otitis media o la neumonía. También puede pasar a la circulación sanguínea causando meningitis e infecciones en la sangre poniendo en peligro la vida del menor. La vacuna contra el neumococo está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro y seis meses de vida, además de un refuerzo al año de edad. En el 2016, el 82.9% de niñas y niños menores de 12 meses recibieron inmunización contra el neumococo, con una cobertura, en el área urbana, de 83.5%, y en el rural, de 81.5%, con un ligero aumento con relación al año 2015. Las regiones que alcanzaron la más alta cobertura fueron Huánuco, Huancavelica y Apurímac, por encima del 90% y la más baja en Ucayali (72.1%) y Puno (70.8%).

Vacunas contra el rotavirus para menores de 12 meses: El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación. La vacuna contra el rotavirus es oral. A nivel nacional, en el 2016, el 81.3% de los menores de 12 meses fue inmunizado contra el rotavirus. Según área de residencia, la cobertura fue similar (81.7%, en ámbito urbano, y 80.3%, en ámbito rural). Las regiones de Huánuco, Apurímac y Huancavelica alcanzaron la mayor cobertura del orden del 88%, y Ucayali (69.5%) y Puno (65.3%) las menores.

19 INEI. 2016. Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. Marzo 2017

20 Factibilidad del Programa de Apoyo a la Reforma del Salud – PARSALUD II, Módulo II- Identificación- 2.1 Diagnóstico- Página 21.

Control de Crecimiento y Desarrollo

El control de crecimiento y desarrollo (CRED) constituye una actividad periódica y sistemática de atención del niño desde el nacimiento, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en la evolución de su crecimiento y estado de salud, entre otros. A nivel nacional, se detecta que un 58% de los menores de 3 años cuenta con el control de crecimiento y desarrollo, habiendo aumentado ligeramente desde el 2015 (54.9%). Es notorio que esta cobertura es mayor en ámbitos rurales (65.6%) con relación a ámbitos urbanos (55.6%).

El CRED ofrece la oportunidad de brindar la consejería como un espacio de comunicación entre el personal de salud y la madre o cuidador para apoyar prácticas saludables. Entre las prácticas se identifican la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; alimentación a partir de los 6 meses, en especial el uso de combinaciones adecuadas con alimentos ricos en hierro de la olla familiar, consumo de suplementos de hierro y micronutrientes, lavado de manos, entre otras prácticas saludables.

Sin embargo, esta oportunidad de consejería no está siendo eficaz durante la atención infantil. El estudio realizado por la Contraloría General de la República²¹ sobre la Suplementación con Micronutrientes en niños de 6 a 35 meses, entre enero del 2015 y marzo del 2016, identificó un tiempo reducido destinado para brindar la consejería nutricional para la suplementación dentro del marco del CRED; así mismo detectó ineficacia de la consejería nutricional, como factor que contribuye a que los niños que inician el esquema de suplementación no lo concluyan satisfactoriamente, entre otros hallazgos.

Hogares con agua segura

El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, afectando a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos a niñas y niños. Se entiende como agua tratada aquella que proviene (o no) de la red pública y a la cual le dan algún tratamiento en el hogar antes de beberla, hirviéndola, clarificándola, desinfectándola o consumiéndola de manera embotellada. A nivel nacional, si bien el 91.1% de los hogares tiene acceso a agua tratada, solo en el 38.7% de los hogares con acceso a agua para beber cuenta con suficiencia de cloro²², proporción que es mayor en el área urbana (49.9%) que en el rural (3.6%).

Gestación, control prenatal, embarazo de adolescentes y parto

La atención prenatal se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Esta atención permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto; quienes no controlan su embarazo son cinco veces más vulnerables a tener complicaciones; sin embargo, si son detectadas a tiempo, pueden tratarse oportunamente. En el 2016, el 80.2% de mujeres gestantes en su último nacimiento recibió su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo; en el área urbana fue 82,7% y en el rural, 73.0%.

El embarazo en adolescente es otro factor de riesgo para la anemia infantil. En el 2016, el 12.7% de adolescentes ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez. Las regiones con la mayor proporción de adolescentes embarazadas son Loreto (30.6%), Ucayali (26.7%) y San Martín (23.5%)

21 Contraloría General de la República. Departamento de Auditoría de Desempeño. 2016. Servicio de Suplementación con Micronutrientes para la prevención de Anemia en niños de 6 a menos de 36 meses. Lima. 2016.

22 Cloro residual igual o superior a 0.5mg/lit

mientras Lima Metropolitana, Arequipa y Moquegua presentan la menor proporción (6.2%, 6.3% y 6.8% respectivamente)

El parto institucional es aquel atendido en un establecimiento de salud, en el cual se estima que hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que en uno domiciliario. A nivel internacional, se calcula que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. La proporción de partos institucionales es de 91.9%, según ámbito urbano, es de 97.3%, y ámbito rural de 76%.

En el 2016, la incidencia de niños con bajo peso al nacer es del orden del 7% a nivel nacional, 8.1% en ámbitos rurales y 6.7% en ámbitos urbanos. Esta situación pone en riesgo las adecuadas reservas de hierro en los niños recién nacidos. Así mismo, la proporción de niños nacidos vivos prematuros (edad gestacional menor a 37 semanas) ha aumentado de 19% a 21.1%, entre el 2015 y el 2016.

Un resumen de los indicadores sanitarios determinantes de la nutrición infantil se presenta en el Cuadro No. 8.

Cuadro No. 8
Indicadores sobre Anemia y Desnutrición Crónica Infantil
y los factores determinantes: 2015 – 2016

N°	Indicadores Cobertura	Fuente	Denominador	NACIONAL	
				2015	2016
1	% de Anemia en niños de 6 a 35 meses	ENDES	Población nacional	43.5%	43.6%
2	% de Desnutrición Crónica Infantil en menores de 5 años	ENDES	Población nacional	14.4%	13.1%
3	% Anemia en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años	ENDES	Población nacional	20.7%	Nd
4	% Anemia en gestantes de 15 a 49 años	ENDES	Población nacional	28.0%	27.9%
5	% Anemia en adolescentes de 15 a 19 años embarazadas	ENDES	Población nacional	37.1%	38.9%
6	% Niños con BPN	ENDES	Población nacional	7.5%	7.0%
7	% Niños prematuros	ENDES	Población nacional	19.6%	21.1%
8	% Lactancia Materna Exclusiva	ENDES	Población nacional	65.2%	69.8%
9	% Niños con diarrea niños < 36 meses de edad	ENDES	Población nacional	15.5%	15.0%
10	% Niños con IRA niños <36 meses de edad	ENDES	Población nacional	16.3%	16.9%
11	% Niños y niñas < 24 m con CRED completo según edad	ENDES	Población nacional	54.9%	58.2%
12	% Niños y niñas < 36 que inician Suplementación de Hierro (gotas o jarabe o MN) según edad (de niños en Padrón Nominal - DNI)	HIS	Padrón Nominal 2015	41.2%	23.2%
13	% niños de 6 a 35 meses que consumieron hierro en los últimos 7 días (gotas, jarabe o MN)	ENDES	Población nacional	30.3%	29.2%
14	% Niños y niñas < 12 m con vacuna Rotavirus y Neumococo para su edad	ENDES	Población nacional	77.90%	79.2%
15	% Niños y niñas < 12 m con vacunas básicas para su edad	ENDES	Población nacional	69.4%	74.0%
16	% niños menores de 24 meses cuyas madres han asistido al menos a una Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos	ENDES	Población nacional	13.7%	14.4%
17	% niños de 6 m a 5 años que inician Suplementación con Vitamina A	HIS	Padrón Nominal 2015	32.3%	7.0%
18	% gestantes con Atención Prenatal que inician Suplementación Hierro	HIS	Gestantes atendidas	47.4%	52.4%
19	% Hogares con agua para beber con suficiente cloro	ENDES	Hogares nacional	34.0%	38.7%

VII. ENFOQUES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Ciclo de vida y vulnerabilidad biológica: los primeros 1,000 días.

El ciclo de vida ofrece un marco de referencia para fortalecer la buena nutrición en etapas más vulnerables biológicamente. La buena nutrición constituye un resultado, así como también un insumo determinante para el desarrollo social y económico de la población. La buena nutrición es importante durante toda la vida, con vínculos generacionales e intergeneracionales²³. Una buena nutrición, desde la gestación hasta los primeros 24 meses²⁴, determina lo que le pasará en el resto de la vida: un adecuado desarrollo físico e intelectual que influirá a largo plazo en las habilidades, el rendimiento cognitivo, la productividad laboral e ingresos en la adultez, y en un menor riesgo frente a problemas de obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial, entre otras.

Los factores que pueden comprometer la buena nutrición infantil, son prevenibles desde la gestación, como el bajo peso al nacer y la prematuridad. Los niños con estas características nacen con desventaja, lo cual se ve exacerbado ante la presencia de enfermedades infecciosas o deficiencias de hierro, haciendo más difícil el proceso de recuperación. Así mismo, el corte oportuno del cordón umbilical ayuda a aumentar las reservas de hierro del niño. Los niveles de hierro y zinc pueden condicionar una mayor frecuencia de enfermedades infecciosas como las diarreicas y respiratorias agudas. Igualmente, a partir del nacimiento, la práctica de Lactancia Materna Exclusiva, durante los primeros seis meses, favorece una buena nutrición sin anemia; el inicio de una alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro, desde los 6 meses, y una suplementación con hierro y/o fortificación casera con micronutrientes en polvo son medidas para prevenir la anemia en el primer año de vida. A partir de esta edad y hasta los 12 meses, se necesita aumentar gradualmente los alimentos de la comida familiar en cantidad y calidad.

Es importante también asegurar una adecuada nutrición entre las adolescentes, así como entre las mujeres adultas durante su edad reproductiva, asegurando habitualmente un adecuado consumo de alimentos ricos en hierro, lo que derivará en buenas reservas de hierro y buena salud.

Las mujeres juegan un papel importante en la buena salud y nutrición de sus familias porque su participación es primordial en el desarrollo económico y social del hogar, en la producción, la elección de la compra, la preparación y distribución de los alimentos²⁵. La experiencia ha demostrado que el rol de las mujeres contribuye con mayor probabilidad a la buena nutrición infantil²⁶ y aquellas madres con mejores niveles educativos tienen hijos más saludables. Las decisiones sobre el consumo de alimentos están condicionadas por el ingreso, la información, los hábitos, costumbres y la educación de la mujer. Ella tiene una presencia central fuera y dentro del hogar, a través del control de los recursos domésticos, el cuidado de la salud y la utilización de los alimentos para los miembros de su familia. Por eso, es de especial consideración promover la igualdad de género como un medio para superar la pobreza y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional. Además, de fortalecer el rol no solo de las mujeres, sino también de los varones en las labores de cuidado del niño y la niña.

23 United Nations. 2000. Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on Nutrition (ACC/SCN). 2000. Fourth Report on the World Nutrition Situation. Geneva: ACC/SCN.

24 Se reconoce esta etapa como una ventana de oportunidad de 1000 días: 270 durante la gestación y 730 durante los primeros 24 meses.

25 Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2013. Perú

26 Smith, L. and L. Haddad. 2000. Explaining child malnutrition in developing countries. A cross-country analysis. IFPRI Research Report 111. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

La cultura alimentaria y promoción de una alimentación saludable

El Plan Nacional reconoce que los alimentos y la preparación de la comida son parte de la cultura y la salud familiar y comunal, sustentadas en los patrones de producción y consumo sostenibles, rescatando las tradiciones alimentarias. Además, reconoce que el conocimiento de los alimentos, su procedencia, la cultura culinaria local y la de los antepasados constituyen una expresión de la identidad. La promoción de alimentación adecuada enfatiza en el uso de alimentos locales y contexto cultural. Se reconoce que los factores relacionados para lograr la inocuidad de los alimentos, las prácticas de su preparación, su adecuada manipulación, la higiene y la conservación, son también elementos críticos que deben tomarse en cuenta, según la pertinencia de los casos.

Cuadro No. 9
Intervenciones preventivas de la anemia según ciclo de vida

Durante Gestación
1. Etapa fetal: suplementación a la madre gestante con hierro y Ácido Fólico, control prenatal oportuno, y alimentación balanceada de la gestante (favorece mejores reservas de hierro fetal).
2. Parto: corte tardío del cordón umbilical (favorece mayor transferencia de hierro al recién nacido y así reserva de hierro adicional).
3. Primeros 6 meses de vida: lactancia materna exclusiva (protege la salud y nutrición del niño y garantiza ingesta de hierro).
4. Reforzar reservas de hierro: entre los 4 y 6 meses de vida administrar fuente adicional de hierro con suplementos de hierro (gotas). Niños prematuros. Suplementar a partir del 2º mes (dado que no cuentan con reservas adecuadas).
A partir de los 6 meses de edad
5. Promover la alimentación complementaria rica en hierro de origen animal , variada y frutas y verduras a través de educación alimentaria demostrativa de preparación de alimentos.
6. Reforzar la alimentación administrando suplementos de hierro (en gotas, jarabe o fortificación casera de multimicronutrientes en polvo ²⁷), dado el bajo consumo de hierro en la dieta infantil.
7. Si está disponible en el hogar, ofrecer alimento infantil fortificado con hierro.
8. Agua segura , saneamiento básico y hábitos de higiene (reduce riesgos de enfermedad).
9. Uso de antiparasitarios a partir de 2 años con énfasis en zonas críticas.
10. Control de Crecimiento y Desarrollo y Atención de Salud de Calidad y Oportuna.

Enfoque intercultural

Las actividades estratégicas del Plan Nacional reconocerán las diferencias culturales de cada ámbito, buscando el cierre de brechas para reducir las desigualdades existentes, con énfasis en la población indígena. Esta adecuación se fomentará en la atención materno infantil, los mensajes y contenidos educativos que se brindan a la población. Se fortalecerá la atención a las poblaciones indígenas, adecuadas culturalmente a sus necesidades e idioma.

Concurrencia de las intervenciones

Las evidencias señalan que cuando las intervenciones para mejorar la alimentación, la salud y el cuidado concurren en los mismos individuos, en los mismos hogares y en la misma comunidad

27 Contienen además del hierro, otros micronutrientes como zinc, vitamina A, vitamina C, y ácido fólico

pueden obtenerse mayores logros en reducción de la desnutrición, comparados con acciones aisladas o desarticuladas²⁸.

El Plan Nacional se propone lograr la concurrencia de acciones en la población materno infantil de las diversas prestaciones del sector salud. Así mismo fomentará la concurrencia con intervenciones de diversos servicios públicos que se ofrecen en el país a la población objetivo del Plan. En este proceso se reconoce el rol central que jugarán los actores y autoridades locales para concretar esta convergencia con las diversas actividades a nivel del gobierno local y compartiendo mensajes de prácticas saludables. Así, los padres y madres de familia, los actores comunales, los operadores sectoriales, los docentes y otros actores involucrados, estarán expuestos, en diferentes momentos y oportunidades de contacto, a mensajes alineados, insistiendo en el cuidado integral de la salud materno infantil, suplementación, promoción del consumo de alimentos ricos en hierro, acompañados de buenas prácticas de higiene y lavado de manos.

VIII. PLAN DE INTERVENCIÓN Y ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS SEGÚN OBJETIVOS

El gobierno, a través de la Ley 28927- Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008, incorporó los elementos básicos para la introducción del Presupuesto por Resultados (PpR) en el país, estableciendo una ruta para su implementación. El objetivo de los programas presupuestales es lograr que el proceso de gestión presupuestaria se desarrolle según el enfoque por resultados, contribuyendo a construir un Estado eficaz con capacidad de generar mayores niveles de bienestar en la población.

El Plan Nacional toma en cuenta principalmente dos de estos programas presupuestales: el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno para abordar la solución a los problemas de anemia y desnutrición crónica infantil en el país. Para ello prioriza quince intervenciones para reducir y controlar la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil, que se presentan a continuación en función de los objetivos específicos del Plan Nacional.

Cuadro No. 10
Intervenciones priorizadas del Plan Nacional desde el Ministerio de Salud
en el marco del Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal

Actividades Estratégicas desde el Ministerio Salud	
1	Sesión Educativa-Demostrativa de Preparación de Alimentos (niños y gestantes)
2	Tratamiento y Prevención de Anemia con Suplementos de Hierro de buen sabor a niños y Consejería
3	Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil y Consejería desde el nacimiento
4	Visita Domiciliaria y Consejería
5	Suplementos de Vitamina "A" a niños de 6m a 5 años (Rural)
6	Vacunas y atención a enfermedades prevalentes de la infancia
7	Suplementos de Hierro y Ácido Fólico a gestantes en Control Prenatal y Consejería
8	Suplemento de Hierro y Ácido Fólico a mujeres adolescentes de 12 a 17 años
9	Desparasitación a escolares y familias (2 a 17 años)

28 Water, Sanitation, Hygiene, and Nutrition in Bangladesh: Can Building Toilets affect children's growth? Fiat Mahmud, Nkosinathi Mbuya. The World Bank. Washington DC, 2016.

Actividades Estratégicas desde el Ministerio Salud	
10	Capacitación y concurrencia del MIDIS, MINAGRI, PESQUERIA a nivel de los MUNICIPIOS
11	Capacitación a INSTITUCIONES EDUCATIVAS y Comités de padres de Familia de Aula
12	Capacitación a Organizaciones Sociales a nivel de COMUNIDADES
13	Promoción del consumo de agua segura y lavado de manos
14	Control de Yodo en sal (Rural)
15	Promoción de alimentación saludable y concursos de comidas sabrosas y nutritivas

Objetivo específico 1. Tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a menores de 36 meses, gestantes y adolescente como parte de la atención de la salud materno infantil.

Actividad 1. Tratamiento y Prevención de Anemia en niños en menores de 36 meses con suplementos de hierro, fortificación casera con micronutrientes y consejería

Esta actividad consiste en entregar suplementos de hierro a los niños menores de 36 meses que sean diagnosticados con anemia en dosis terapéutica, ya sea en gotas o jarabe para niños, por un periodo de 6 meses (3 meses para eliminar la anemia y 3 meses para mejorar reservas de hierro en el organismo). En aquellos niños que no presenten anemia se entregaran sobres de Micronutrientes en polvo a partir de los 6 meses de edad y hasta completar la entrega de 360 sobres. Es indispensable que la entrega de suplementos y micronutrientes esté acompañada de una consejería. La consejería ofrecerá información referida a cuándo y cómo consumir los suplementos y los Micronutrientes; los riesgos y consecuencia de la anemia y los posibles efectos colaterales que pueden presentarse debido a su consumo. Así mismo, orientará y atenderá inquietudes de las madres o cuidadores. La consejería se ofrecerá en los servicios de salud y en las oportunidades de visita domiciliaria, con un abordaje intercultural. Se busca lograr la adherencia al consumo de estos suplementos y Multimicronutrientes para reducir y controlar la anemia infantil. Además se acompañará con recomendaciones sobre el consumo de alimentos ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, entre otros, en la comida del niño para dar sostenibilidad al control de la anemia. Los requerimientos de hierro de los niños menores de 3 años son del orden de 11 mg/día²⁹.

Esta actividad se realiza en el marco de la Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA que aprueba la D.S. 068-MINSA/DGSP-V.01, la Directiva Sanitaria para la prevención de Anemia mediante la suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses. Los niños mayores de 3 años, infantes y adolescentes que presenten anemia, recibirán suplementación terapéutica según la normatividad vigente. Estas acciones están enmarcadas en el producto "ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (ANEMIA) y NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A" del Programa Articulado Nutricional.

Actividad 2. Suplementación con Hierro y Ácido Fólico y atención prenatal a la gestante y consejería

Esta actividad consiste en la suplementación terapéutica o preventiva según corresponda con hierro y Ácido Fólico a la gestante durante la atención pre natal. Estas actividades se realizan en el marco de las normativas aprobadas y vigentes: Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueba la D.S N° 069-MINSA/DGSP-V.01; Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas; Resolución Ministerial N° 670-2015/MINSA, que

29 FAO/OMS. (2001). Human Vitamin and Mineral Requirements. Food and Nutrition Division - FAO. Roma, Italia

modifica la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01; Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA; Resolución Ministerial N° 460-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: “Consejería nutricional en el marco de la Atención Integral de salud de la gestante y puérpera”; y Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”.

Las gestantes con anemia, recibirán suplementos de hierro en dosis terapéutica durante 6 meses para tratar la anemia y para fortalecer las reservas de hierro en el organismo. Estas acciones están enmarcadas en el producto ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

Actividad 3. Suplementación Preventiva con Hierro y Ácido Fólico a mujeres adolescentes de 12 a 17 años

Las mujeres en edad fértil, debido a los elevados requerimientos por pérdidas menstruales, al bajo consumo de hierro de origen animal en la alimentación y a la elevada prevalencia de adolescentes embarazadas, determina que este grupo de la población esté en riesgo de bajas reservas de hierro y anemia.

La actividad consiste en entregar suplementos de hierro de manera preventiva 2 veces a la semana, a las mujeres de 12 a 17 años, para mejorar sus reservas de hierro, durante un periodo consecutivo de 3 meses. Los requerimientos de hierro de las mujeres adolescentes de 14 a 18 años, son del orden de 15 mg/día³⁰, en comparación con 11 mg/día en los varones de la misma edad. Estas acciones están enmarcadas en el producto ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal.

Actividad 4: Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil y Consejería desde el nacimiento

El Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil es una actividad indispensable como parte de la atención integral del niño. El Plan Nacional incorpora el uso de la herramienta lúdica el “Camino del Buen Crecimiento” durante la prestación del control de crecimiento con énfasis en los menores de 12 meses. La herramienta resalta el concepto de buen crecimiento infantil, normado por el Ministerio de Salud³¹, en lugar del diagnóstico del estado nutricional del niño o niña. Así mismo, la herramienta busca optimizar la oportunidad de comunicación entre el personal de salud y las madres en la consejería. En este contexto, el Plan Nacional hace énfasis en esta oportunidad de consejería tanto durante el control de crecimiento del niño como durante la atención de salud materno infantil en general y administración de suplementos de hierro.

La herramienta el “Camino del Buen Crecimiento” reconoce al menos 12 prácticas que deben adoptarse para lograr un buen crecimiento infantil, dentro de las cuales se deben considerar como fundamental a la práctica de lactancia materna exclusiva (inicio temprano de lactancia materna, técnica de amamantamiento, frecuencia adecuada, exclusividad de la lactancia materna hasta los 6 meses y duración de la lactancia materna hasta los 2 años de edad entre otros)³², así como a la alimentación complementaria, a partir de los 6 meses (consistencia, frecuencia, cantidad, alimentos ricos en hierro, frutas y verduras), a la alimentación durante la enfermedad; a la suplementación con

30 FAO/OMS. (2001). Op Cit

31 RM No. 983-2012-MINSA Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño de cinco años.

32 Así mismo, se reforzara todas las actividades de promoción de lactancia materna exclusiva referidas a Hospitales amigos de la madre y del niño. Comités de lactancia materna, promoción de lactarios institucionales entre otros.

hierro (gotas o jarabe) o la fortificación casera (Micronutrientes); el lavado de manos, entre otras. La herramienta fomenta la relación horizontal del personal de salud y la madre, y facilita la visualización de la madre de la ruta del crecimiento de su niño(a), entre el peso actual y el del control anterior. Identifica las prácticas críticas que estarían favoreciendo o retrasando esta ruta del crecimiento entre controles. Finalmente busca acordar 2 compromisos con la madre de manera participativa, según sus posibilidades de adopción³³, para un seguimiento posterior³⁴. En este contexto se ofrece la consejería para reforzar las prácticas identificadas y factibles de adoptar por las madres o cuidadores. El Plan Nacional hace énfasis en reforzar las oportunidades de consejería.

La actividad se ejecuta en el marco de la Resolución Ministerial N° 990-2010-MINSA; NTS N° 087-MINSA/DGSP-V-01 “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años” Resolución Ministerial N° 983-2012/MINSA, “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años”; la Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”; Resolución Ministerial 462-2015-MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna” y Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”. Estas actividades están enmarcadas en el Producto “NIÑOS CON CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO SEGÚN EDAD”, del Programa Articulado Nutricional.

Actividad 5. Visita Domiciliaria y Consejería

La visita domiciliaria se constituye en un espacio fundamental para fortalecer la adopción de prácticas como parte del circuito entre la consejería en el servicio de salud (atención infantil o prenatal) y la sesión demostrativa de preparación de alimentos. Estas oportunidades son claves para reforzar la adopción de prácticas en las madres o cuidadoras de niños pequeños tales como:

- a) Las prácticas acordadas entre el personal de salud y las madres o cuidadores, durante la consejería del control de crecimiento y desarrollo utilizando la herramienta el “Camino del Buen Crecimiento”.
- b) Las prácticas de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y continuar hasta los 2 años de edad.
- c) Las prácticas de incluir alimentos ricos en hierro, preparación adecuada de alimentos y prácticas de higiene aprendidas en la sesión demostrativa de preparación de alimentos.
- d) Las prácticas del consumo de suplemento de hierro en gotas o jarabe en niños y tabletas en la gestante y la fortificación casera con micronutrientes en niños.

El Ministerio de Salud reconoce la necesidad de realizar la consejería en cada oportunidad de contacto de los niños (as) y las gestantes, tanto en la oferta intramuros como en otros escenarios de la comunidad y/o oferta móvil. Los menores de 12 meses y las gestantes serán visitados en su domicilio, dado que es una etapa crítica para fortalecer las prácticas de prevención y control de anemia. Esta actividad se ejecuta en el marco del Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación”, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA.

33 El material propone tres momentos: 1) el registro del crecimiento del niño o niña a través de graficar al menos dos puntos en la curva de crecimiento, en peso y su comparación, con la curva “ideal” de niños o niñas con buen crecimiento; 2) la identificación de las prácticas de alimentación asociadas a este crecimiento; y 3) la “negociación” de hasta dos acuerdos o compromisos con la madre factibles de realizarlos en el hogar, mediante el uso de imágenes fotográficas.

34 La herramienta cuenta con una cartilla de compromisos donde el personal de salud anota los 2 compromisos acordados con las madres. Esta cartilla facilita el seguimiento a la adopción de estos compromisos en el siguiente control en el servicio de salud y/o durante una visita domiciliaria.

Se priorizarán las visitas domiciliarias en casos críticos de niños mayores. En el caso de la población infantil, se aprovecharán todas las oportunidades de contacto, como los “barridos”, casa por casa, de vacunaciones, para identificar el avance y la forma en que ponen en práctica las madres o cuidadores los acuerdos adoptados y las limitaciones encontradas en el contexto del hogar, según lo registrado en la cartilla de compromisos adosada al carnet de crecimiento y desarrollo infantil.

A nivel comunitario, se contempla también sumar esfuerzos con los agentes de la comunidad que estén disponibles para acompañar en las visitas domiciliarias, con énfasis en el seguimiento de los menores de 12 meses y las gestantes. Adicionalmente, para los niños que participan en el Programa Nacional Cuna Más, quienes son visitados en su hogar, se buscare trabajar articuladamente para reforzar las prácticas críticas y optimizar los esfuerzos de los diversos prestadores de servicios públicos.

Estas actividades están enmarcadas en el Producto “FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES” del Programa Articulado Nutricional.

Actividad 6. Inmunizaciones y atención a enfermedades prevalentes de la infancia

El proceso de inmunización implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el personal de salud con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña y el niño, según el esquema establecido mediante Resolución Ministerial 651-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud 080-MINSA/DGSP-V.04: “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación”.

Todas las vacunas consideradas en el esquema de vacunación aprobado por el MINSA³⁵ son importantes. Con relación a nutrición, se identifican dos vacunas asociadas a la reducción de la desnutrición infantil mediante el control de enfermedades prevalentes de la infancia: 1) vacuna contra el Rotavirus, que previene la presentación de diarreas severas y 2) vacuna contra el neumococo, que previene las enfermedades respiratorias severas bacterianas como las neumonías.

El Plan Nacional busca la concurrencia de las intervenciones para lograr que los niños reciban todas las prestaciones: vacunación, control de crecimiento y desarrollo, consejería, administración de suplementos de hierro y micronutrientes, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, entre otras prestaciones que se ofrecen desde el sector salud.

La atención de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias se realiza de acuerdo a lo normado por la Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, que aprueba las guías de práctica clínica para la atención de patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño; la Resolución Ministerial N° 935-2014/MINSA, que aprueba la guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño; y la Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales”. Estas actividades están enmarcadas en el Producto “NIÑOS CON VACUNA COMPLETA, ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS” del Programa Articulado Nutricional.

Actividad 7. Suplementación con vitamina A para niños de 6 meses a 5 años (ámbito rural)

Esta actividad consiste en la suplementación con vitamina “A” a los niños de 6 meses a 5 años, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA., que aprueba el Documento

35 NTS N° 080-MINSA/DGSP-V.03: “Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación –RM N° 510 – 2013 MINSA

Técnico: “Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales” y están enmarcadas en el Producto “NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A” del Programa Articulado Nutricional. La dosis de Vitamina “A” a administrar por el personal de salud según edad se presenta en el Cuadro No.11.

Cuadro No. 11
Suplementación con Vitamina A para niños de 6 a 11 meses de edad y para niños de 12 a 59 meses de edad de ámbitos rurales.

Niñas y niños de 6 a 11 meses con Vitamina A: La intervención consiste en la administración de 01 dosis de 100,000 UI de Vitamina “A” como parte del control de crecimiento y desarrollo, según esquema vigente.

Niñas y niños de 12 a 59 meses con Vitamina “A”: La intervención consiste en la administración de 01 dosis de 200,000 UI de Vitamina A cada 06 meses como parte del control de crecimiento y desarrollo, según esquema vigente.

Actividad 8. Desparasitación a escolares y familias

A nivel del hogar, el inadecuado saneamiento y limitada disponibilidad de agua segura eleva el riesgo de parasitosis, lo cual influye sobre la situación nutricional y la utilización de los nutrientes por el organismo, entre ellos el hierro y micronutrientes en los niños y en los miembros del hogar en general.

El Plan Nacional propone la administración preventiva de antiparasitarios para todos los niños a partir de los 2 años de edad, según la normatividad vigente y los demás miembros de la familia. Para ello se propiciarán campañas de desparasitación masiva a través de la escuela y comunidad. En el caso de niños de 1 a 2 años con diagnóstico clínico de parasitosis, se prescribirá el tratamiento antiparasitario de acuerdo a la normatividad vigente. Estas actividades se ejecutan en el marco Resolución Ministerial 291-2006/MINSA Guía Práctica Clínica Atención de Patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño.

La parasitosis intestinal en niñas y niños se relaciona con enfermedades diarreicas agudas, anemia por deficiencia de hierro y desnutrición crónica infantil. Es necesaria una mayor revisión de estudios que respalden la relación causal con la desnutrición; sin embargo, es reconocido que las tasas son más elevadas entre niños de 5 a 15 años de edad³⁶. Entre los parásitos comunes están los helmintos intestinales, las uncionarias (*Necátor americanus* y *Ancylostoma duodenale*) que pueden dañar la mucosa intestinal provocando sangrado y pérdida de hierro, asociándose a una mala absorción intestinal e inhibición del apetito³⁷. Se reconoce que cuando varios miembros de una familia están afectados por parasitosis intestinal, ellos constituyen focos de propagación de helmintos, contaminando los diferentes ambientes del hogar, exponiendo a los niños pequeños al riesgo de parasitosis. Se requiere de desparasitación a todos los miembros de la familia y medidas preventivas de provisión de agua segura, saneamiento básico, promoción del lavado de manos, uso de letrinas, etc.

36 Thinking Beyond Deworming. Lancet 2004;364:1993-1994

37 Latham MC, Stephenson LS, Kurz KM, Kinoti SN. Mefenonate or praziquantel treatment improves physical fitness and appetite of Kenyan schoolboys with *Schistosoma haematobium* and hookworm infections. Am J TropMedHyg 1990; 43(2):170-179.

Objetivo 2. Mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante incorporando alimentos ricos en hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada en un contexto de alimentación saludable

Actividad 9. Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos Ricos en Hierro para Gestantes, Madres Lactantes y de Niños de 6 a 12 meses de edad

La sesión demostrativa de preparación de alimentos constituye una metodología educativa con gran potencial pues motiva la adopción de prácticas de combinación para niños pequeños y gestantes, ofrece un espacio para poner en práctica los mensajes ofrecidos en la consejería durante el control de crecimiento y desarrollo. Esta actividad se realiza en el marco del documento técnico “Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil”, aprobado con Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA y en el marco del Producto “FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES” del Programa Articulado Nutricional.

El Plan Nacional reforzará en el personal de salud la implementación de estas sesiones educativas con énfasis en la convocatoria de mujeres gestantes, y niños entre los 6 y 12 meses de edad. Se ha evidenciado que después de la asistencia a una sesión demostrativa, entre 6 y 15 meses de edad, se logra una mejora estadísticamente significativa en la ingesta de proteína y hierro de origen animal (Hem) en niños de hogares periurbanos de Lima y en aquellos de comunidades rurales en Cutervo, Cajamarca³⁸. Así mismo, se ha identificado que la asistencia a CRED, sumado a la asistencia a una Sesión Demostrativa, se asocia significativamente a una mejora en la alimentación infantil³⁹. El Plan Nacional propiciará que esta actividad se realice de manera extramural y de preferencia con la participación de agentes comunitarios.

Las sesiones demostrativas facilitan el aprendizaje de las madres sobre las combinaciones nutritivas usando alimentos locales ricos en hierro y estimulando su práctica. Como actividad participativa cuenta con una metodología, según el principio de aprender-haciendo. La metodología toma como punto de partida los saberes de los participantes y la variedad de alimentos de origen animal disponibles en la localidad, así como las hortalizas y frutas de colores anaranjado, amarillo, rojo, hojas de color verde oscuro y las menestras como habas, frejoles, arvejas, lentejas, entre otras disponibles, acorde a mensajes simples.

Cuadro No. 12 Mensajes Claves de las Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos

1. Prepare comidas espesas según la edad del niño o niña: papillas, purés, segundos.
2. La niña y niño, a medida que van creciendo, comerán más cantidad y más veces al día. Las gestantes comerán 4 veces al día.
3. Comer alimentos ricos en hierro de origen animal todos los días: hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes, etc.
4. Acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de colores, amarillo, anaranjado, rojo y hojas de color verde oscuro (papaya, mandarina, zanahoria, espinaca, acelga, hatago, hojas verdes eep, ungurahui, etc.).
5. Incluya menestras en sus preparaciones, como habas, arvejas, frejoles, lentejas.

38 Sánchez-Griñán M. I. Respicio G. Campos M. Creed de Kanashiro H. 2001. Cambio de comportamiento para mejorar las prácticas de alimentación complementaria con énfasis en alimentos ricos en hierro: estrategia educativa a través de los servicios de salud. Documento de Trabajo. Banco Mundial - Proyecto Salud y Nutrición Básica, Ministerio de Salud. Lima, 2001

39 Para Mejorar la Nutrición Infantil. 2014. Informe Final. Proyecto “Modelo de Intervención Participativa para mejorar la nutrición infantil” Banco Mundial – Fondo de las Américas - Fondo Japonés de Desarrollo Social - JSDF. Lima, Perú. Junio 2014.

Estas sesiones educativas también fortalecen la práctica de lavado de manos y manipulación de alimentos. La metodología promueve la participación activa de los asistentes, valora las costumbres y los alimentos locales. El Plan Nacional propone fortalecer estas sesiones educativas de preparación de alimentos, con una perspectiva culinaria que revalore los alimentos locales y la cocina tradicional sin perder de vista una adecuada manipulación higiénico sanitaria de los productos.

Además, se promoverán grupos de apoyo en la comunidad, con el fin de crear un espacio en el que se dialoga entre pares de madres y entre mujeres gestantes que intercambien experiencias y recuperación de saberes locales. Se sugiere que para ello el personal de salud seleccione a una “Madre Guía”, que será identificada como líder o consejera en la comunidad para facilitar el intercambio de experiencias y el apoyo en temas de interés grupal.

Actividad 10. Promoción de Alimentación Saludable

El desconocimiento en la población en general sobre la anemia y sus consecuencias e importancia para el desarrollo infantil, de su futuro y del país⁴⁰, es crítico. Se implementarán actividades colectivas masivas adecuadas a ámbitos rurales y urbanos, para sensibilizar a la población y dar a conocer medidas prácticas y fáciles de aplicar en el hogar para corregir y prevenir la anemia. Las intervenciones educativas y de comunicación, a través de medios y estrategias masivas, buscarán movilizar a diversos públicos, entre los cuales están las autoridades de gobiernos locales, autoridades comunitarias, regionales y a los diversos sectores relacionados con la alimentación.

Se propiciará la difusión de información en todas las oportunidades de contacto con los padres y cuidadores de menores de 3 años, las gestantes y adolescentes y la población en general, entre las cuales están contempladas las ferias, actividades comunitarias lúdicas, recreativas; espacios comunitarios de reunión, salas de espera de servicios de salud, establecimientos comerciales, bancos, local municipal, reuniones comunales, mercados de alimentos, entre otros. Así mismo, se promoverán concursos sobre comidas locales para bebés y gestantes “sabrosas y nutritivas” para controlar la anemia. Los concursos han sido reconocidos como una estrategia exitosa para estimular buenas prácticas en la población rural⁴¹, al movilizar una serie de recursos como la creatividad de los participantes, y cumplir un rol demostrativo para la colectividad. Han sido llevados a cabo con éxito⁴² en Andahuaylas⁴³ y Huancavelica⁴⁴, Condorcanqui y Huánuco⁴⁵, demostrando la adecuada combinación nutricional, el buen sabor, la higiene, la recuperación de la cocina ancestral y las formas de preparación.

También se contempla la difusión de mensajes a mujeres gestantes y madres de menores de 12 meses que acuden a la atención integral, a través del envío de mensajes de texto al celular. Se utilizarán las redes sociales, y medios radiales o audiovisuales que estén disponibles, medios de comunicación

40 Zavaleta N. 2016. BID. Análisis de las intervenciones orientadas al control de la anemia en el Perú. Nota Técnica. Banco Interamericano de Desarrollo – BID. División de Protección Social y Salud

41 Trivelli Carolina. 2004. ¿Sirven los concursos para expandir la demanda? En: De Zutter Pierre. Diez clave de éxito para el Desarrollo Rural – Experiencias basadas en los proyectos FEAS, MARENASS, CORREDOR y SIERRA SUR – Perú. Fondo Internacional del Desarrollo Agrícola. Roma, Italia.

42 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:22362841~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:489669,00.html>. 30 jun 2014

43 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/0,,contentMDK:22339927~menuPK:583937~pagePK:2865106~piPK:2865128~theSitePK:489669,00.html> 30jun 2014

44 http://www.telecentros.pe/mcaceres/noticias.shtml?AA_SL_Session=261d08ba2c62cf1322fee250adb9d6e7&x=15698 30 jun2014

45 Para Mejorar la Nutrición Infantil. 2014. Informe Final. Proyecto “Modelo de Intervención Participativa para mejorar la nutrición infantil” Banco Mundial – Fondo de las Américas - Fondo Japonés de Desarrollo Social - JSDF. Lima, Perú. Junio 2014

masiva, de alcance nacional y/o regional o local, microprogramas, videos⁴⁶ y documentales; así mismo medios de comunicación alternativa como buses, mototaxis y otros según sea pertinente. Se desarrollarán materiales de comunicación y se utilizarán aquellos que ya están disponibles, según sea pertinente (mayores detalles se brindan en el Anexo B, Estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento). Esta actividad se enmarca en el Producto del Programa Articulado Nutricional “POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL”.

Actividad 11. Control de Yodo en sal

El Yodo es uno de los nutrientes esenciales para el desarrollo físico e intelectual de las personas. Su carencia está asociada a daño cerebral que afecta la capacidad de aprendizaje de los niños y posteriormente de mejorar los ingresos. Su deficiencia impide que los niños y las comunidades alcancen su pleno potencial⁴⁷. La Yodación Universal de la Sal es la estrategia más segura para asegurar la ingesta suficiente en las personas. En el Perú se aplica desde el año 1969.

Esta actividad consiste en el control cualitativo de la sal, la cual es realizada por el personal de salud capacitado y en zonas críticas donde aún se consume sal artesanal. El procedimiento implica la aplicación de una solución sobre una cucharada de sal. La reacción involucra un cambio de color y según la intensidad de la coloración de la reacción se determina si la yodación es adecuada en la muestra de sal. El sistema de monitoreo de la calidad de yodación de la sal se inició en 1992 y en 1998 se alcanzó la “Eliminación de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo como problema de Salud Pública”, con lo cual se demostró que un adecuado monitoreo garantiza la adecuada yodación de la sal de forma permanente.

Objetivo 3. Concretar la concurrencia de intervenciones en los mismos niños y hogares con sectores estratégicos como Educación, Inclusión Social, Agua y Saneamiento, Agricultura y Pesquería para optimizar oportunidades de contacto y la disponibilidad de alimentos de origen animal ricos en hierro en hogares rurales.

A nivel nacional se cuenta con diversas plataformas de contacto con la población objetivo del Plan Nacional. El Plan promoverá la concurrencia de todas las plataformas de contacto gubernamental, sectorial y social existentes. En el Cuadro No. 13 se describen las diversas plataformas existentes a nivel nacional, que incluyen a los ministerios de Inclusión y Desarrollo Social y Educación principalmente, que abarcan alrededor de 360 mil niños menores de 3 años a través del Programa Nacional Cuna Más, JUNTOS, FONCODES y Educación Ciclo I de 0 a 3 años de edad.

En los ámbitos regionales y locales de implementación del Plan Nacional será necesario un mapeo de estas plataformas de contacto. Estas acciones están enmarcadas en el Producto: “MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION” del Programa Articulado Nutricional.

El Plan Nacional propicia la articulación de esfuerzos desde los servicios de salud de las Redes de Salud con los programas sociales como Cuna Más, a nivel urbano, en el Servicio de Cuidado Diurno, y a nivel rural en los Servicios de Acompañamiento a Familias y con el Programa Juntos. Se estima una población de 280 mil menores de 3 años, así como de 13 mil mujeres gestantes en

46 Se incluye “Mujeres de Hierro”, que cuenta con instructivo para discusión grupal para promover la suplementación con hierro a niños, desde 6 meses y con una adecuada alimentación infantil a partir de la olla familiar.

47 UNICEF. Eliminación Sostenible de la Carencia de Yodo.2007.

estos programas. Se articularán esfuerzos de capacitación con operadores de estos programas, unificando mensajes dirigidos a la población con los que difunde el sector salud, según corresponda.

Cuadro No. 13
Plataformas de contacto sectorial

Plataforma Contacto	Operadores Intersectoriales
MINSA + IGSS ESSALUD Y FFAA y Policiales	8181 Establecimientos de Salud a nivel nacional (Clínicas de la Familia) 218+255
Gobierno Local Reniec	1,870 Gob. Locales con Actividades en Nutrición Materno Infantil Padrón Nominal RENIEC de los menores de 5 años
MIDIS - JUNTOS	1,500 Gestores JUNTOS y 720 mil Familias JUNTOS (140,000 Niños 0 a 3 años y 13,000 Gestantes) (Total 80,000 Niños de 0 a 3 años)
MIDIS - Cuna Más	8,000 Madres Facilitadoras y 900 Acompañantes Técnico Serv. Acompañamiento a Familias que Acompañan a 84 mil Familias rurales de niños menores de 36 meses 700 Acompañantes Técnicos CUNA MAS - 53 mil niños 6-36 meses (Total 137,000 Niños 0 a 3 años)
MINEDU - Nivel I 0-3^a	6,936 Docentes y Promotores de Nivel 1 y Comités de Padres de Familia de Aula (Total 80,000 Niños de 0 a 3 años)
MIN. AGRICULTURA y FONCODES - Hakuwiñay	Familias rurales en actividades agropecuarias 50.000 Hakuwiñay (15,000 Niños de 0 a 3 años) y Otras
MINEDU - ESCOLARES	Docentes Inicial - Primaria - Secundaria - Comités de Padres de Familia de Aula 1,700,000 adolescentes mujeres (Suplemento Hierro) 3,500,000 escolares 2 a 19 años (Desparasitación)
MIN. VIVIENDA y SANEAMIENTO	Juntas de Agua y Saneamiento Vigilancia Agua Segura en Gob Local
Organización de Base	Vaso de Leche (GL), Comedores (MIDIS), Club de Madres, Junta Vecinal, Organización Indígena y Campesina, etc.

De otro lado, se convocará al sector privado, en el marco de sus intervenciones de responsabilidad social, a las organizaciones no gubernamentales y a las universidades para alinear acciones en las áreas que sean pertinentes y optimizar oportunidades de contacto con la población objetivo del Plan Nacional en la jurisdicción de sus ámbitos de intervención.

En ámbitos donde la presencia de otros prestadores de servicios de salud son importantes, se coordinará con EsSalud, Solidaridad, las Fuerzas Armadas y Policiales y Prestadores Privados y otros, para sumar esfuerzos en la reducción de anemia. Así mismo, se fortalecerá la participación de la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza tanto a nivel nacional, como regional y local, en la medida que es un espacio de la sociedad civil que vigila la rendición de cuentas sobre la reducción de la anemia infantil. Así mismo con el Ministerio de Vivienda, Saneamiento y Construcción – MINVIV, en los temas de agua y saneamiento, para concurrir en las localidades de alta concentración de anemia y facilitar el acceso al saneamiento básico y al agua potable.

A nivel del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, las actividades y metas están armonizadas con los planteamientos del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012 – 2021.

A través del Ministerio de Agricultura y Riego y del Viceministerio de Pesquería y proyectos agropecuarios de Foncodes, se propiciará la concurrencia en hogares que participan en actividades

agropecuarias y piscicultura promoviendo el acceso de las familias productoras a la atención integral materno infantil, así como a promover una mayor disponibilidad y acceso a alimentos ricos en hierro de origen animal a partir de crianzas menores y mayores.

Actividad 12. Fortalecimiento de capacidades a nivel de Instituciones Educativas Saludables

Las instituciones educativas constituyen espacios de convergencia en la comunidad y desde el punto de vista educativo, constituyen una “caja de resonancia” de nuevos conocimientos para el hogar, a través de la información que aportan los escolares y con la activa participación de las Asociaciones de Padres de Familia y Docentes.

Tanto en el Nivel I, que atiende a niños y niñas de 0 a 3 años (se estiman en 80 mil los menores en todo el país), como en los niveles Inicial, Primaria y Secundaria, se priorizará la articulación y promoverá la identificación de niños con anemia para su tratamiento. Así mismo es esencial garantizar las prestaciones sanitarias básicas desde los servicios de salud a los menores de 3 años, suplementándolos con hierro, según la normativa. Además, estos niños deben contar con el control de crecimiento y desarrollo completo, sus vacunas y que sus madres o cuidadores asistan a una sesión demostrativa de preparación de alimentos, entre otros servicios.

Igualmente, se coordinarán con las instancias correspondientes para realizar las actividades de desparasitación intestinal a todos los escolares desde los 2 años hasta los 17 años y de suplementación preventiva con hierro a las mujeres adolescentes. Adicionalmente, se continuarán los esfuerzos de promoción de comportamientos en alimentación saludable e higiene y promoción de entornos saludables, facilitando condiciones para el acceso de los escolares a refrigerios saludables. Por último, se promoverá la articulación y desarrollo de ejes temáticos de alimentación e higiene con los docentes.

Todas estas acciones están enmarcadas en el Producto “INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN” del Programa Articulado Nutricional.

Actividad 13. Fortalecimiento de capacidades a nivel de Comunidades / Barrios

El Plan Nacional reconoce el rol que cumplen los agentes comunitarios de la salud, las organizaciones sociales de base de los Comités de Vaso de Leche, Clubes de Madres, Comedores Populares, tanto en Lima Metropolitana como en el resto del país, movilizándolo recursos en diversas situaciones críticas para la salud y vigilancia social. Por el rol tan dinámico que cumplen, se fortalecerá su participación y capacidades en prevención de anemia y otras actividades, para que se constituyan en voceros comunitarios de información para la población en general.

Por otro lado, en las comunidades rurales se reforzará el uso de los espacios de los 1,460⁴⁸ Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño (CPVC), ya instalados, como puntos estratégicos de información a la población y actividades educativas y de comunicación. Según sea pertinente, se replicarán las diversas experiencias exitosas existentes a nivel regional. Estas acciones están enmarcadas en el producto “COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION” del Programa Articulado Nutricional.

48 Información recopilada por la Dirección General de Promoción de la Salud – Dirección de Participación Comunitaria en Salud. Mayo 2013

Actividad 14. Fortalecimiento de capacidades a nivel de Municipios Saludables

El Plan Nacional reconoce el potencial del ámbito del gobierno local para articular en la práctica con los diferentes sectores las acciones orientadas a reducir la anemia en los niños menores de 3 años, buscando un efecto sinérgico y concurrente. Es importante contar con el compromiso y liderazgo de las autoridades del gobierno local para el desarrollo de las acciones estratégicas del Plan Nacional. Los gobiernos locales cuentan con cinco líneas presupuestales en el marco del Programa Articulado Nutricional referidas a Agua y Saneamiento, a Instituciones Educativas, Municipios, Comunidades y Familias Saludables a través de las cuales pueden asignar recursos e implementar actividades para la reducción y control de la anemia y la DCI. En el ámbito municipal se busca fortalecer las capacidades del Consejo Municipal o Comité Multisectorial Local en armonía con las actividades del Grupo Impulsor de la Anemia, en el marco de estas líneas presupuestales.

Además se brindará asistencia técnica para armonizar las actividades del Plan Nacional con los proyectos de inversión pública, proyectos de Obras por Impuestos y FONIPREL, para asegurar condiciones básicas como saneamiento básico, agua segura, el padrón nominado de niños menores de 5 años actualizado, establecimientos de salud o centros de vigilancia comunal equipados y en funcionamiento; insumos para desarrollar sesiones demostrativas y otras. Se fortalecerá el funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal para el cuidado integral ya instalados en el país y que han contado con financiamiento a nivel municipal. Estas acciones están enmarcadas en el producto “MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN” del Programa Articulado Nutricional.

Actividad 15. Promoción del consumo de agua segura y lavado de manos con agua y jabón

La consejería y promoción del lavado de manos (para individuos y grupos) puede reducir en 30% el riesgo de diarrea. Lavarse las manos correctamente consiste en usar agua de chorro, usar agentes limpiadores como jabón y secarse con un paño limpio o al aire libre, luego de entrar en contacto con heces, antes de preparar la comida y al tocar otras manos y superficies contaminadas. En aspectos de higiene y saneamiento básico en el hogar, el Plan Nacional busca la sinergia con las actividades de promoción de agua segura y saneamiento básico, almacenamiento adecuado de alimentos en el hogar, cocinas mejoradas, cloración / desinfección del agua, entre otras, teniendo en cuenta creencias y hábitos culturales. Estas actividades se coordinarán desde Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y sus correspondientes instancias regionales.

Se fomentará el uso de una variedad de canales de comunicación, entre ellos demostraciones, ejercicios de aprendizaje activos, canciones populares, actuación y juegos para niñas y niños y a miembros claves de la comunidad. También se propiciarán estrategias de mercadeo con énfasis en uso del jabón dirigido a docentes, escolares, personal de salud y padres de familia. Esta actividad se ejecuta según la Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 048-MINSA/DGPS-V.01 “Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable en el Perú”. Estas acciones están enmarcadas en el Producto “COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO” del Programa Articulado Nutricional.

Objetivo específico 4. Promover la disponibilidad de productos alimentarios de origen animal ricos en hierro y el desarrollo de productos fortificados con micronutrientes para la alimentación infantil y la población en general.

En la medida que existe inseguridad alimentaria y limitada disponibilidad de alimentos de origen animal ricos en hierro en ámbitos rurales, es importante la articulación con programas de agricultura familiar del Ministerio de Agricultura y Riego y otros como Hakuwiñay (de Foncodes). El Plan Nacional

busca optimizar oportunidades para mejorar la disponibilidad y acceso a productos como cuyes, gallinas, patos, entre otros, fomentando el autoconsumo en el hogar y no solo el destino para la venta. En el mismo sentido, hay que promover la instalación de espacios en los hogares donde se produzcan hortalizas de colores amarillo, naranja, rojo y hojas de color verde oscuro para el consumo familiar. Además, se buscará alianzas con el sector agrícola para fortalecer el control sanitario de las crianzas mayores y menores, con medidas de desparasitación, vacunación y control de fasciola, según sea pertinente. Igualmente será importante que los hogares participen en actividades educativas para prevenir situaciones de escasez de alimentos y emergencia por riesgos ambientales que afecten su disponibilidad.

La fortificación de alimentos es una estrategia exitosa para controlar la anemia y se ha empleado en alimentos de consumo masivo, condimentos y/o productos. Países como Chile y Colombia cuentan con una experiencia en estos aspectos: en el primero se ha promovido la distribución de Purita Mamá, alimento en polvo con que se prepara una bebida láctea instantánea, fortificada con vitaminas y minerales, ácidos grasos y omega 3. Colombia cuenta con Nutrigest, para gestantes, y Bienestarina, para menores de 5 años, que contiene micronutrientes y balance adecuado de aminoácidos esenciales y omega 3. Estas alternativas de gran aceptabilidad en estos países han logrado ayudar a controlar la situación de anemia infantil y están a la venta en los mercados y farmacias.

A nivel de fortificación de alimentos, el Perú cuenta con la Ley N° 28314 que dispone la fortificación de harinas de trigo con hierro y otros micronutrientes (Tiamina, Riboflavina, Niacina y Ácido Fólico) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 012-2006-SA para consumo a nivel nacional (producción nacional y de importación). Esta Ley establece que el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), del Instituto Nacional de Salud (INS), es responsable de las inspecciones, muestreos y análisis periódicos de la harina de trigo de procedencia nacional, importada y/o donada, a fin de asegurar el cumplimiento del Reglamento. Sin embargo, se estima un consumo nacional de harina de trigo de 5.59 gramos per cápita día en el 2014 (de 9.13 g per cápita día en los quintiles inferiores⁴⁹). Tomando en cuenta los niveles de fortificación de hierro en harina de trigo a nivel nacional⁵⁰, se estima que la cantidad de harina de trigo consumida no sería suficiente para prevenir la anemia, especialmente en niños pequeños.

En el Perú, productos adicionales fortificados con hierro son muy limitados en el mercado comercial. El Plan Nacional promoverá el desarrollo de la fortificación de alimentos como el arroz de consumo masivo y otros para la población infantil basada en productos locales, disponibles para poblaciones vulnerables, de zonas rurales, de la sierra y Amazonía, a través de mecanismos que faciliten su acceso al hogar⁵¹. Ello permitiría llegar a todos los hogares peruanos y ayudar a controlar el riesgo de anemia en la población de gestantes e infantes vulnerables. En Brasil se fortificó el arroz con resultados muy alentadores de reducción de anemia entre los consumidores. Será importante considerar experiencias internacionales. Estas actividades requieren estándares, para lo cual se cuenta con la participación del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, del Instituto Nacional de Salud, y la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del Ministerio de Salud.

49 Sanchez-Griñan M. 2015. Op Cit

50 55 mg/kg de sulfato o fumarato ferroso por kilogramo de harina de trigo. Decreto Supremo N° 012-2006-SA. Aprueban Reglamento de la Ley que dispone la fortificación de harinas con micronutrientes - Ley N°28314. Perú

51 Zavaleta 2016.Op Cit

Objetivo específico 5. Contar con un mecanismo de medición y seguimiento a las intervenciones prioritarias para reducción y control de la anemia.

El seguimiento y asistencia técnica es indispensable para asegurar la puesta en práctica de las actividades estratégicas con calidad y oportunidad en los establecimientos de salud del primer nivel de atención. La vigilancia del cumplimiento de indicadores relativos al Plan Nacional, se constituirá en un proceso continuo de recolección, análisis, interpretación y difusión de información, con el propósito de advertir sobre la situación de la cobertura de los servicios del Plan Nacional en la población. Ello permitirá identificar tempranamente las dificultades en su implementación, que permita la toma oportuna de acciones correctivas y reorientación de las actividades cuando estas sean necesarias.

El monitoreo del Plan Nacional, estará a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública en estrecha coordinación con la Oficina General de Tecnología de Información del Ministerio de Salud y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del INS. El seguimiento y asistencia técnica es indispensable para asegurar la puesta en práctica de las actividades estratégicas con calidad y oportunidad en los establecimientos de salud. La implementación contará con un equipo de monitores quienes realizarán un acompañamiento a nivel de establecimientos de salud para detectar limitantes al logro de resultados en las diversas prestaciones planteadas en el Plan Nacional y brindar capacitación en servicio en el fortalecimiento de competencias y habilidades técnicas del personal de salud en las prestaciones estratégicas para el niño y gestantes, con énfasis en el primer nivel de atención. Así mismo, se brindará asistencia técnica a las Direcciones de Salud para el seguimiento a los avances y limitaciones de las metas físicas a nivel de sus Redes, Microredes y Establecimientos de Salud.

El monitoreo y evaluación del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil tendrá dos componentes:

a) Datos Administrativos: Hitos de Cumplimiento

Se han definido Hitos de Cumplimiento para las intervenciones estratégicas para la reducción de la anemia, establecidos en articulación con la Unidad de Cumplimiento del Gobierno de la Presidencia del Consejo de Ministros⁵². Dicha unidad implementa una metodología orientada a cumplir las prioridades gubernamentales. Se basa en el concepto de asignar esfuerzos a la implementación de intervenciones y en menor proporción al diseño de políticas, lo cual permitirá corregir o ajustar el Plan Nacional para mejorar el desempeño del gobierno. Este seguimiento apoya la planificación y el cumplimiento de las metas de reducción de anemia y desnutrición crónica infantil. La metodología facilita el seguimiento y evaluación de avances y reporte a la PCM, así como el fortalecimiento de capacidades de gestión.

Se promoverá el uso de datos administrativos, con énfasis en el seguimiento de los menores de 12 meses, desde el nacimiento y vínculo con datos de su madre desde la gestación, a partir de registros administrativos del Sistema de Información de Salud (HIS) e Historia Clínica, según los avances a nivel nacional. Se buscará integrar los datos de la atención prenatal de la madre gestante, con los datos del certificado de nacido vivo y el Padrón Nominal de menores de 6 años de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, en medio electrónico. Ello permitirá asegurar el seguimiento a las prestaciones de salud priorizadas en los niños y gestantes y estimar los avances en cobertura. Se revisarán las metas establecidas a nivel regional referidas a los productos específicos de los programas presupuestales Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal en torno a las metas nacionales de reducción de anemia y desnutrición crónica infantil establecidas.

52 Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Presidencia del Consejo de Ministros. DS 022-2017/PCM

b) Datos de muestra poblacional

La medición continua de las intervenciones a partir de una muestra poblacional permitirá contar con informes periódicos para el análisis y ajustes del Plan Nacional. Para ello es preciso contar con indicadores de seguimiento de los hogares con menores de 36 meses, como ventana de oportunidad más importante de control de la anemia y la desnutrición infantil. Así mismo será necesario contar con datos sobre los avances en cobertura de los servicios priorizados en el Plan Nacional y las intervenciones estratégicas para reducir y controlar la anemia y la desnutrición crónica infantil. Esta medición muestral se llevará a cabo en estrecha articulación con CENAN y el INEI a través de la ENDES y muestras poblacionales seleccionadas.

c) Indicadores de Resultado: Se han establecido indicadores de resultado e indicadores de producto

Para efectos de medir el alcance del Plan Nacional se han establecido los siguientes indicadores:

- IR1 Prevalencia de anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad.
- IR2 Prevalencia de Desnutrición Crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad.
- IR3 Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.
- IR4 Porcentaje de recién nacidos con prematuridad.
- IR5 Porcentaje de niñas y niños menores de 06 meses con Lactancia Materna Exclusiva⁵³.
- IR6 Porcentaje de niños con vacunas completas para la edad.
- IR7 Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niñas y niños menores de 3 años de edad.
- IR8 Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños menores de 36 meses de edad.
- IR9 Porcentaje de gestantes diagnosticadas con anemia que normalizan sus niveles de hemoglobina.
- IR10 Porcentaje de niñas y niños menores de 3 años de edad diagnosticados con anemia que normalizan sus niveles de hemoglobina según edad.

Indicadores de Productos:

Los indicadores de productos están orientados a medir la implementación de las intervenciones dirigidas a las madres gestantes, adolescentes, niñas y niños menores de 3 años con énfasis en los menores de 12 meses. Los indicadores propuestos son:

- IP1 Porcentaje de niñas y niños menores de 12 meses con CRED y Compromisos según edad.
- IP2 Porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad.
- IP3 Porcentaje de niños de 06 a 35 meses con medición de hemoglobina.
- IP4 Porcentaje de niños de 06 a 35 meses que reciben suplementación de Hierro en Gotas, Jarabe.
- IP5 Porcentaje de madres o cuidadores de niños de 6 a 12 meses que asisten al menos a 1 Sesión Demostrativa de preparación de alimentos.
- IP6 Porcentaje de niños menores de 3 años que reciben consejería nutricional.
- IP7 Porcentaje de niños con anemia que completan tratamiento de anemia.
- IP8 Porcentaje de gestantes que asisten a 1 sesión demostrativa de preparación de alimentos durante la gestación.

53 Se incluirá en la muestra poblacional el indicador Porcentaje de niños menores de 24 meses con Alimentación Mínimamente Adecuada, según parámetros definidos por la Organización Mundial de la Salud.

- IP9 Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses con vacuna contra rotavirus y neumococo de acuerdo a la edad.
- IP10 Porcentaje de niños menores de 12 meses que reciben una Visita domiciliaria.
- IP11 Porcentaje de gestantes que reciben una Visita domiciliaria.
- IP12 Porcentaje de gestantes con tamizaje de anemia según normativa.
- IP13 Porcentaje de gestantes con 6 o más controles prenatales.
- IP14 Porcentaje de gestantes que inician a las 16 semanas suplementación con hierro y ácido fólico.
- IP15 Porcentaje de gestantes que completan tratamiento de anemia.
- IP16 Porcentaje de adolescentes mujeres de 12 a 17 años que reciben suplementación preventiva.
- IP17 Porcentaje de niños mayores de 2 años con desparasitación.
- IP18 Porcentaje de gestantes con parto institucional.
- IP19 Porcentaje de hogares con acceso a agua segura.
- IP20 Porcentaje de municipios que asignan recursos a actividades de reducción de anemia y desnutrición crónica infantil.

IX. ESTRATEGIAS

Las actividades estratégicas planteadas en este Plan Nacional propician un enfoque participativo y pertinencia cultural, a través de diversas estrategias, entre las cuales están:

1. Priorización de ámbitos territoriales.

Con el fin de optimizar los recursos, el Plan Nacional propone una estrategia de acciones priorizadas en ámbitos con mayor concentración de niños menores de 3 años y gestantes con anemia. Si bien el Plan Nacional está orientado a una implementación a nivel nacional, estos ámbitos se denominarán de acciones iniciales, se han identificado a partir de datos sobre la concentración de niños y gestantes con anemia a nivel nacional e identificación de regiones priorizadas, y a nivel regional identificando distritos priorizados. En este sentido, Lima Metropolitana y Callao son ámbitos de acciones iniciales, siguiéndoles las regiones de Puno, Junín, Piura y Cusco, para luego continuar con las restantes, según estos criterios (Ver Cuadro No 4).

A nivel de Lima Metropolitana y Callao, que abarcan 50 distritos, se han seleccionado 8 distritos de acciones iniciales que representan 104 mil niños menores de 3 años con anemia de los 165 mil que residen en este ámbito urbano. A nivel regional se procederá a identificar los distritos que concentren la mayor cantidad de niños con anemia.

2. Incorporación de indicadores referidos a anemia en instrumentos de gestión.

El Plan Nacional incluye indicadores referidos a anemia en los Convenios de Gestión con Gobiernos Regionales y Unidades Ejecutoras, que canalizan incentivos para el personal de salud que logra metas establecidas. Estos instrumentos permitirán incluir metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de los servicios en los establecimientos de salud alineados con las actividades priorizadas por el Plan Nacional para la reducción de la anemia y la desnutrición crónica infantil.

3. Comunicación para el Cambio de Comportamiento

El Plan Nacional reconoce que la anemia y la desnutrición crónica infantil son multicausales y resulta crítico incidir para maximizar la concurrencia de acciones de los diferentes sectores sobre

los mismos niños, familias y comunidades desde el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio de la Producción, Ministerio de Agricultura, entre otros. Esta incidencia busca generar el cambio en las prácticas relacionadas con atención integral de salud, la alimentación e higiene y otras estratégicas para lograr no solo reducir sino también controlar la anemia y la desnutrición crónica infantil.

El Plan Nacional cuenta con una estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC), la cual tiene como objetivo promover estilos de vida saludables y responsables en las familias peruanas, promoviendo prácticas dirigidas a reducir la anemia en mujeres gestantes y niños menores de 36 meses. La estrategia se basa en una visión de convergencia de intervenciones en la población. El Plan Nacional reconoce que la información y los servicios específicos de salud se necesitan en momentos diferentes, y por ello impulsa el concepto de convergencia alrededor de las familias y comunidades. La convergencia organiza la comunicación alrededor de las familias y comunidades porque ellos son quienes toman las decisiones sobre su salud. La estrategia busca impulsar las condiciones para la alineación de recursos y socios existentes en los diversos actores y sectores y así apoyar los cambios necesarios en todos los niveles. La estrategia CCC busca además reducir la duplicación de esfuerzos y promover eficiencia y economías de escala. La estrategia CCC se presenta en detalle en el Anexo C.

Esta estrategia busca la alineación estratégica en tres dimensiones y a través de diversos públicos objetivo que se presentan en el Cuadro No. 14. Las tres dimensiones son:

- a) **Capacidades para el cambio de comportamiento en la población.** Tiene como objetivo promover y fortalecer las capacidades entre los prestadores de servicios clave como es el personal de salud y otros de servicios públicos pertinentes para lograr en el público objetivo —madres y cuidadores de menores de 3 años y mujeres gestantes— las actitudes y comportamientos que conduzcan a la reducción de anemia, sobre la base de información completa, oportuna y veraz.
- b) **Incidencia política.** Tiene como objetivo incidir en las autoridades de gobierno y tomadores de decisión clave para consolidar sus compromisos dirigidos a asegurar políticas públicas, recursos e inversiones en favor del Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia y la Desnutrición Infantil.
- c) **Movilización social.** Tiene como objetivo generar en la ciudadanía una corriente de opinión favorable a la cruzada nacional de reducción y control de la anemia tanto a nivel nacional como local, movilizando su participación activa en favor del Plan Nacional para la reducción de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil.

El Plan Nacional busca sensibilizar a la población y darle a conocer las consecuencias de la anemia, así como las medidas prácticas y fáciles de aplicar en el hogar para prevenirla y corregirla, según sea el caso. Es urgente involucrar a la población con el problema y su compromiso con la solución. El Plan Nacional reconoce que la adopción de un comportamiento es el resultado de una actitud intencional e informada de la persona, de acuerdo a ciertas creencias, expectativas y valores, o por la influencia de las normas sociales que predisponen a determinada decisión como miembros integrantes de redes personales y sociales^{54 55}.

54 M. Fishbein e I. Azjen, 1975

55 Teorías de la influencia social, comparación social, y la convergencia: Sherif 1935; Festinger 1954; Asch 1955; Suls 1977; Latane 1981; Rogers & Kincaid 1981; Moscovici 1986; Kincaid 1987-1988.

A nivel del personal de salud, el Plan Nacional incorpora el fortalecimiento de capacidades a través de sesiones presenciales, a distancia, teleconferencias, capacitación en servicio y asistencia técnica directa con una metodología de educación de adultos. Se reforzarán los contenidos referidos a las prestaciones priorizadas por el Plan Nacional. Así mismo, se fortalecerá el manejo de contenidos específicos en coordinación con otros sectores como MIDIS y Educación para alinear el desempeño de prestadores de servicios dirigidos a públicos objetivo comunes. El Plan Nacional propone el desarrollo de herramientas y materiales educativos y de capacitación e incorpora experiencias previas a nivel nacional. Estas actividades se coordinarán con la Oficina de Desarrollo de Personal de Salud. Además, se realizarán ferias de experiencias a nivel nacional y regional que permitan difundir los avances y el intercambio de experiencias en el país con el concurso de todas las entidades.

Cuadro No. 14

Público objetivo de la estrategia de cambio de comportamiento del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021

Dimensiones	Públicos objetivos
Capacidades para el Cambio de Comportamiento	<p>Público Objetivo Final (POF)</p> <ul style="list-style-type: none"> Niños menores de 3 años con prioridad el menor de 24 meses Mujeres adolescentes y escolares. <p>Público Objetivo Primario (POP)</p> <ul style="list-style-type: none"> Padres y Madres y Cuidadores de Niños menores de 3 años con prioridad el menor de 24 meses Mujeres gestantes y lactantes. <p>Público Objetivo Secundario (POS)</p> <ul style="list-style-type: none"> Personal de Salud Gestores de servicios públicos (MIDIS, Educación, MINAGRI) Agentes comunitarios
Incidencia Política	<ul style="list-style-type: none"> Autoridades clave de los diferentes sectores del gobierno nacional (MINSA, MIDIS, MINEDU, MVCS, PRODUCE, MINAGRI) Autoridades claves de los Gobiernos Regionales y Locales (gobernadores, directores regionales de salud, alcaldes) Representantes de agencias de cooperación técnica nacional e internacional Propietarios y periodistas de medios de comunicación masiva Representantes de instituciones académicas vinculadas al sector salud Representantes de Colegios Profesionales y gremios
Movilización social	<p>Público a nivel nacional y regional</p> <ul style="list-style-type: none"> Representantes del Sector Privado: Proyectos de Responsabilidad Social y otros Representantes de ONG e iglesias Agentes de la cadena de abastecimiento de alimentos (representantes de asociación de productores, empresas de alimentos envasados seleccionados, supermercados) Comunicadores y periodistas de las regiones, municipios, DIRESA, redes y medios nacionales y regionales. <p>Público a nivel local y comunal</p> <ul style="list-style-type: none"> Directores y Docentes de Instituciones Educativas y APAFA. Líderes de Organizaciones de Base: Vaso de Leche, Comedores, Club de Madres, Iglesia, Organizaciones Campesinas, Juntas Vecinales, otros Autoridades comunales y líderes locales Comerciantes de mercados de alimentos

4. Investigación.

Es urgente fortalecer la investigación en torno a algunos temas prioritarios, como la evaluación de los puntos de corte de anemia en niños y mujeres gestantes en poblaciones residentes por encima de los 2,000 msnm; evaluar la situación de reservas de hierro en la población infantil y su interacción frente a elevados procesos infecciosos; evaluar la exactitud y precisión del uso de diversos instrumentos de medición de anemia; la evaluación de alternativas de suplementación y adherencia a la suplementación en gestantes, con productos que ofrezcan menores reacciones adversas; sustitución del hierro y Ácido Fólico con suplementaciones de micronutrientes múltiples en el embarazo con potenciales beneficios para el tamaño del recién nacido y su edad gestacional; considerar la evaluación de nuevas tecnologías para mejorar la ingesta de hierro y micronutrientes en zonas rurales aisladas de sierra y selva y otras investigaciones de interés regional o local. El rol del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud es clave en este proceso.

X. RESPONSABILIDADES

a. Nivel Nacional.

La Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, es responsable de la implementación del presente Plan, así como de su monitoreo y cumplir con los aspectos que son de su competencia.

b. Nivel Regional y Redes de Salud.

El Nivel Regional adecuará el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil, el cual será de obligatorio cumplimiento de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Dirección de Salud y Redes de Salud; así mismo son responsables del monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades del Plan.

El Nivel Regional deberá realizar 2 evaluaciones al año: 1 semestral y anual a fin de medir los avances y adoptar las medidas necesarias para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas.

c. Microredes y EE.SS.

Son responsables de ejecutar las actividades estratégicas del Plan, informar sobre los avances al nivel inmediato superior y evaluar a nivel local las dificultades que pudieran presentarse y cumplir con los aspectos que son de su competencia.

XI. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Las acciones priorizadas del Plan Nacional para el año 2017 serán ejecutadas en el marco del presupuesto asignado a los Programas Presupuestales Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal principalmente. Este presupuesto alineará las metas físicas de cada una de las unidades ejecutoras al cumplimiento de las 15 actividades estratégicas. Así mismo, se alinearán los presupuestos de los gobiernos locales a la incorporación de metas físicas en los productos que son

de su competencia. El Cuadro N° 15 muestra el alineamiento de las 15 intervenciones priorizadas a los programas presupuestales:

El presupuesto total para el año 2017, a nivel de gobierno nacional y regional (no incluye gobierno local) vinculadas a las acciones priorizadas en el Plan Nacional, asciende a la suma de **S/. 1 791 314 741**, de los cuales **S/. 1 585 796 116** soles corresponde al Programa Presupuestal Articulado Nutricional y **S/. 205 518 625** soles al Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal; incluye las genéricas de gasto 5.21 Personal y obligaciones sociales, 5.23 Bienes y Servicios y 6.20 Adquisición de Activos No Financieros.

El Cuadro No. 15 muestra la distribución del presupuesto según los programas presupuestales Articulado Nutricional y Materno Neonatal, consolidado en los dos nivel de gobierno (Nivel Nacional y Regional) a nivel de los productos vinculados a las intervenciones del Plan Nacional, así mismo, considera todas las genéricas de gasto y por toda fuente de financiamiento (Recursos Ordinarios, Recursos Directamente Recaudados y Donaciones y Transferencias).

El presupuesto del programa presupuestal Articulado Nutricional total, a nivel de gobierno nacional y regional, vinculado a las acciones priorizadas para el presente año, asciende a la suma de **S/. 1 585 796 116** soles. En el Gobierno Nacional se tiene un PIA de **S/. 739 394 262** soles y en el Gobierno Regional de **S/. 846 401 854** soles. Este presupuesto incluye las genéricas de gasto 5.21 Personal y obligaciones sociales (68%), 5.23 Bienes y Servicios (31%) y 6.20 Adquisición de Activos No Financieros (1%). El Cuadro No. 16 muestra la distribución del presupuesto del programa presupuestal articulado nutricional y metas físicas según productos, consolidado a nivel nacional y regional.

Cuadro No. 15
Alineamiento de las intervenciones priorizadas en el Plan Nacional y
los Productos de los Programas presupuestales

PRODUCTO-PROYECTO	N°	INTERVENCIONES PRIORIZADAS EN EL PLAN NACIONAL
0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL		
3033251 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES	1	Educación Demostrativa de Preparación de Alimentos Ricos en Hierro (Gestantes y Madres 6 a 12m) – Madres con Madres
	2	Visita Domiciliaria y Consejería Consejería Domiciliaria.
3033256 NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A	3	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de Anemia a niños menores de 3 años con suplementos de hierro buen sabor y consejería • Suplementos de Vitamina A a Niños de 6m a 5 años (Rural)
3033315 ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (ANEMIA)	4	Tratamiento de anemia a niños menores de 3 años con suplemento de hierro.
3033255 NIÑOS CON CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO SEGÚN EDAD	5	Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil mejorado y Consejería desde el Nacimiento (LME)
3033254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	6	Vacunas y atención de enfermedades prevalentes de la Infancia (Diarreas e Infecciones Respiratorias Agudas)
3033311 ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)		
3033312 ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARRÉICAS AGUDAS (EDA)		
3033414 ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL	7	Desparasitación a Escolares y Familia (2 a 5 años)
3000733 POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL	8	Promoción alimentación saludable-concursos comidas sabrosas y nutritivas-alimentos locales
3033249 COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	9	Capacitación a Organizaciones Sociales en Comunidades, Barrios, Sectores
3033250 INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	10	Capacitación a Instituciones Educativas y Comités de Padres de Familia de Aula
3033248 MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	11	Capacitación y Concurrencia con actores MIDIS, MINAGRI y GOB LOCAL en ámbito local
3000609 COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	12	Promoción de Consumo Agua Segura y Lavado de Manos.
30333157 GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO	13	Suplementación con Hierro y Ácido Fólico Control Prenatal a la Gestante y Consejería
0002 SALUD MATERNO NEONATAL		
3033172 ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA		
3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO.	14	Suplemento de Hierro y Ácido Fólico Semanal a Mujeres Adolescentes 12-17 años
APNOP	15	Control de lodo en Sal

Cuadro No. 16
PRESUPUESTO CONSOLIDADO POR PROGRAMA PRESUPUESTAL
SEGÚN PRODUCTOS VINCULADOS A LAS INTERVENCIONES PRIORIZADAS EN EL PLAN
NACIONAL - 2017

Programa Presupuestal	Nivel de Gobierno Nacional y Regional/Productos	PIA
Programa Articulado Nutricional	3000609: COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	58,630,614
	3000733: POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL	9,480,814
	3033248: MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	13,653,284
	3033249: COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	15,706,044
	3033250: INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN	11,708,487
	3033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES	38,999,953
	3033254: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	507,347,331
	3033255: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD	309,344,916
	3033256: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A	257,535,813
	3033311: ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	153,220,772
	3033312: ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	93,321,128
	3033315: ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	36,162,053
	3033414 ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL	27,308,162
	3033317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO	53,376,745
	TOTAL PAN GOBIERNO NACIONAL/ REGIONAL	1,585,796,116
Salud Materno Neonatal	3033172 ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	188,996,016
	3000005 ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	16,522,609
	TOTAL SMNN GOBIERNO NACIONAL/ REGIONAL	205,518,625
TOTAL GENERAL	1,791,314,741	

Fuente: Reporte consulta amigable al 05-01-2017

Así mismo, el presupuesto del programa presupuestal Salud Materno Neonatal total, a nivel de gobierno nacional y regional, vinculados a las acciones priorizadas por el Plan Nacional para el presente año, asciende a la suma de **S/. 205 518 625** soles. Este programa presupuestal tiene en el Gobierno Nacional un PIA de **S/. 58 994 439** soles y en el Gobierno Regional **S/. 146 524 186** soles. Este presupuesto incluye la genéricas de gasto 5.21 Personal y obligaciones sociales, 5.23 Bienes y Servicios y 6.20 Adquisición de Activos No Financieros.

A nivel de los Gobiernos Locales (Municipios) se evidencia un PIA de **S/. 25 916 765** soles en el Programa Articulado Nutricional, vinculado a las acciones para la reducción y control de la anemia y DCI, sin embargo este presupuesto no incluye al 100% de municipios del país.

De otro lado, se reconoce que la implementación del Plan Nacional podrá contar con recursos de cooperación externa o sector privado, ya sea a nivel nacional, regional o local.

Cuadro No. 17
PRESUPUESTO Y METAS FISICAS PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL DEL GOBIERNO NACIONAL Y REGIONAL
SEGÚN PRODUCTOS VINCULADOS A LAS ACCIONES PRIORIZADAS DEL PLAN NACIONAL - 2017

Productos	Unidad Medida	Nivel Nacional		Nivel Regional		Total Nacional y Regional	
		Meta física	PIA	Meta física	PIA	Meta física	PIA
3000609: COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	Centro poblado	3,433	11,554,908	53,848	47,075,706	57,281	58,630,614
3000733: POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL	Persona informada	1,139	5,194,210	1,569,060	4,286,604	1,570,199	9,480,814
30033248: MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION	Municipio	44	1,802,922	1,395	11,850,362	1,439	13,653,284
30033249: COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION	Comunidad	429	2,318,781	13,453	13,387,263	13,882	15,706,044
30033250: INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION	Institución	673	1,412,621	16,956	10,295,866	17,629	11,708,487
30033251: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES	Familia	19,884	7,763,484	704,213	31,236,469	724,097	38,999,953
30033254: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA	Niño protegido	588,016	288,298,384	1,397,375	219,048,947	1,985,391	507,347,331
30033255: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD	Niño controlado	229,153	87,227,828	1,009,236	222,117,088	1,238,389	309,344,916
30033256: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A AGUDAS	Niño suplementado	133,561	212,221,934	848,780	45,313,879	982,341	257,535,813
30033311: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	Caso tratado	485,910	51,150,488	1,613,156	102,070,284	2,099,066	153,220,772
30033312: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	Caso tratado	92,443	28,065,202	385,358	65,255,926	477,801	93,321,128
30033414 ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL	Caso tratado	28,446	5,102,372	317,703	22,205,790	346,149	27,308,162
30033315: ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES	Caso tratado	49,772	5,845,884	350,317	30,316,169	400,089	36,162,053
30033317: GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	Gestante Suplementada	100,975	31,435,244	344,133	21,941,501	445,108	53,376,745
TOTAL GOBIERNO NACIONAL/ REGIONAL			739,394,262		846,401,854		1,585,796,116

Fuente: reporte PIA consulta amigable al 05-01-2017// Metas Física OGPP

El Cuadro No. 18 muestra la distribución del presupuesto del programa presupuestal materno neonatal y metas físicas según productos, consolidado a nivel nacional y regional.

Cuadro No. 18
PRESUPUESTO Y META FISICA PROGRAMA SALUD MATERNO NEONATAL DEL
GOBIERNO NACIONAL Y REGIONAL SEGÚN PRODUCTOS VINCULADOS A LAS ACCIONES
PRIORIZADAS DEL PLAN NACIONAL - 2017

Productos	UM	Nivel Nacional		Nivel Regional		Total Nacional y Regional	
		Meta física	PIA	Meta física	PIA	Meta física	PIA
3000005: ADOLESCENTES ACCEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	Atención	37.688	3.890.094	455.867	12.632.515	493.555	16.522.609
3033172: ATENCION PRENATAL REENFOCADA	Gestante Controlada	132.524	55.104.345	389.381	133.891.671	521.905	188.996.016
Total Nivel Nacional			58.994.439		146.524.186		205.518.625

Fuente: reporte PIA consulta amigable al 05-01-2017/ Metas Física OGPP

Los presupuestos para los años 2018 – 2021 serán presentados en el mes de junio del año anterior de acuerdo a lo estipulado por la Ley de Presupuesto y teniendo consideración las intervenciones del Plan Nacional y Regional.



ANEXOS

ANEXO A

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL DESDE EL SECTOR SALUD: 2017-2021

La Estrategia de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) se basa en una visión de convergencia de intervenciones, sectores, actores y recursos. En este sentido la Estrategia de Comunicación se convierte en una herramienta clave para alcanzar los resultados del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021, liderado por el sector salud.

Esta Estrategia reconoce que la información y los servicios específicos de salud se necesitan en momentos diferentes, y por ello impulsa el concepto de convergencia. La convergencia organiza la comunicación alrededor de las familias y comunidades porque ellos son los que toman las decisiones sobre su salud. La estrategia se basa en una convergencia coordinada de intervenciones claves de salud, a través de diferentes prestadores y tomadores de decisión del sector público, privado y de la sociedad civil, para apoyar los cambios necesarios en todos los niveles. Para ello se buscará la alineación estratégica de los recursos y socios existentes y optimizar oportunidades de contacto, reduciendo la duplicación de esfuerzos y promoviendo eficiencia y economías de escala.

- La estrategia del Plan Nacional está centrada en las personas y familias con la concurrencia de diversos actores del sector público y la sociedad civil, incluyendo la empresa privada.
- El Plan Nacional ha incluido 15 acciones estratégicas, según el ciclo de vida, para reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil.
- La lucha contra la anemia exige un compromiso nacional de todos los actores del sector público y privado y de la sociedad civil.

Marco conceptual de la Comunicación para el Cambio de Comportamiento

La Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) es la aplicación en forma sistemática de procesos y estrategias de comunicación, basadas en la investigación y en la teoría, dirigida a identificar los “puntos clave” para el cambio a nivel individual, comunitario y social⁵⁶. La CCC aplica los principios de la comunicación para estrategias de movilización social y comunitaria y de incidencia. Asimismo, ve el cambio social y del comportamiento como producto de múltiples niveles de influencia que se concatenan, incluyendo el individual, interpersonal, comunitario y organizacional, así como los factores políticos y ambientales. El enfoque busca fortalecer puntos clave para el cambio, que, en las sociedades complejas como la del Perú, con diferentes culturas, geografía, contextos, no siempre se encuentran a nivel individual.

La CCC tiene las siguientes características:

- Es un proceso interactivo, investigado, planificado y estratégico que busca cambiar las condiciones sociales y los comportamientos individuales.
- Aplica un modelo integral —el modelo socio-ecológico— para encontrar los “detonantes” para el cambio. Se hace al examinar el conocimiento individual, la motivación y otros conceptos

56 C-Modules, C-Change, FHI360, 2011 <https://www.fhi360.org/projects/communication-change-c-change> 20 feb 2017

de CCC y las normas, aptitudes sociales, culturales y de género, acceso físico y la legislación que contribuyen a un ambiente propicio.

- Opera a través de tres estrategias principales, llámese incidencia, movilización social y comunicación para el cambio de comportamiento.

Objetivo de Comunicación

Promover estilos de vida saludable y responsable en las familias peruanas, específicamente las prácticas dirigidas a reducir la anemia en mujeres gestantes y niños menores de 36 meses, contribuyendo así con el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.

Objetivos específicos

1. Promover en las audiencias objetivo -mujeres gestantes y/o cuidadores de niños menores de 36 meses, así como los proveedores de servicios claves- las actitudes y comportamientos que conduzcan a la reducción de anemia, sobre la base de información completa, oportuna y veraz.
2. Incidir en las autoridades de gobierno (nacional, regional y local) y tomadores de decisión clave (ONGs, agencias de cooperación, medios de comunicación, colegios profesionales, sector privado, entre otros) para consolidar sus compromisos dirigidos a asegurar políticas públicas e inversiones en favor del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.
3. Generar en la ciudadanía una corriente de opinión favorable a la cruzada nacional de reducción de la anemia tanto a nivel nacional como local, movilizando su participación activa en favor del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.

Público Objetivo

Los públicos objetivos se organizan en función a las tres dimensiones y objetivos específicos de la Estrategia CCC y se presentan en la siguiente tabla:

Cuadro B-1:
Público objetivo según objetivos específicos y dimensiones

Dimensiones	Objetivo específico	Públicos objetivos
Capacidades para el cambio de comportamiento	Promover en las audiencias objetivos primarios y secundarios, las actitudes, capacidades y comportamientos que conduzcan a la reducción de anemia en el público objetivo final, sobre la base de información completa, oportuna y veraz.	<p>Público Objetivo Final (POF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños menores de 3 años con prioridad el menor de 24 meses • Mujeres adolescentes y escolares. <p>Público Objetivo Primario (POP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres y Madres y Cuidadores de Niños menores de 3 años con prioridad el menor de 24 meses • Mujeres gestantes y lactantes. <p>Público Objetivo Secundario (POS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de Salud • Gestores de sectores MIDIS (JUNTOS, CUNAMAS etc.), MINAGRI • Agentes comunitarios (promotores de salud, técnicos sanitarios, parteras, Miembros de las Juntas de Agua y Saneamiento)

Dimensiones	Objetivo específico	Públicos objetivos
Incidencia política	Incidir en las autoridades de gobierno y tomadores de decisión clave para consolidar sus compromisos dirigidos a asegurar políticas públicas, recursos e inversiones en favor del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridades claves de los diferentes sectores del gobierno nacional (MINSA, MIDIS, MINEDU, MVCS, PRODUCE, MINAGRI) • Autoridades claves de los Gobiernos Regionales y Locales (gobernadores, directores regionales de salud, alcaldes) • Representantes de agencias de cooperación técnica nacional e internacional • Propietarios y periodistas de medios de comunicación masiva • Representantes de instituciones académicas vinculadas al sector salud • Representantes de Colegios Profesionales y gremios.
Movilización social	Generar en la ciudadanía una corriente de opinión favorable a la cruzada nacional de reducción de la anemia tanto a nivel nacional como local, impactando en la norma social y movilizando su participación activa en favor del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021.	<p>Público a nivel nacional y regional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representantes del Sector Privado: Proyectos de Responsabilidad Social y otros • Representantes de ONG e iglesias • Agentes de la cadena de abastecimiento de alimentos (representantes de asociación de productores, empresas de alimentos envasados seleccionados, supermercados) • Comunicadores y periodistas de las regiones, municipios, DIRESAS, redes y medios nacionales y regionales. <p>Público a nivel local y comunal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directores y Docentes de Instituciones Educativas y APAFA. • Líderes de Organizaciones de Base: Vaso Leche, Comedores, Club de Madres, Iglesia, Org. Campesinas, Juntas Vecinales, otros • Autoridades comunales y líderes locales • Comerciantes de mercados de alimentos

Enfoque Estratégico

La Estrategia de la CCC está basada en la convergencia coordinada de intervenciones, actores y públicos con el objetivo de influir en los sistemas y apoyar cambios en todos los niveles y a través de todos los sectores. Esto incluye los sistemas de prestación de servicios de salud, sistemas de apoyo basados en la comunidad y mecanismos de apoyo del gobierno, el sector privado y la sociedad civil, junto con los cambios en las prácticas culturales que se perciben y normas sociales actuales.

Este enfoque busca la alineación estratégica de las tres dimensiones: (i) cambio de comportamiento (ii) incidencia política, y (iii) movilización social (Gráfico A-1). Ello tiene como fin conseguir resultados, asociados a cada una de estas dimensiones, pero también conseguir en simultáneo resultados globales de lograr prácticas saludables para la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil. Finalmente, este enfoque organiza los diferentes públicos en función a cada una de las dimensiones, buscando la convergencia que permita la sinergia entre las diferentes audiencias y sus mensajes para impactar efectivamente en el público objetivo final del Plan Nacional.

La Estrategia de CCC, en el marco del enfoque de convergencia, tendrá acciones a nivel individual, familiar, comunitario, local, regional y nacional, y utilizará diferentes canales y medios de comunicación como: la comunicación masiva, interpersonal, interactiva y comunitaria. Asimismo, hará uso de un conjunto de metodologías como el fortalecimiento de capacidades, las relaciones

públicas y la abogacía, la educación a través del entretenimiento. También tendrá un énfasis en el monitoreo del alcance de la comunicación y prácticas saludables y resultados específicos, el desarrollo de habilidades y competencias, y la generación de una corriente de opinión favorable. Así mismo, busca incorporar la dimensión de nutrición en el diseño de políticas públicas y mayor asignación de recursos e inversiones a favor de la buena nutrición.

**Gráfico A-1:
Enfoque estratégico de la Comunicación para el Cambio de Comportamiento**



Dimensión de Capacidades para el Cambio de Comportamiento

Se espera fortalecer los procesos de gestión operativa en materia de nutrición y fortalecen la aplicación de compromisos y políticas públicas que sean social y económicamente viables. Entre las actividades se propone:

Fortalecimiento de capacidades de prestadores, gestores y agentes: El enfoque central se basa en el desarrollo de competencias y habilidades adecuadas en el uso de instrumentos específicos entre los prestadores de salud. Así mismo el alineamiento de las prácticas del personal de salud con las de gestores de otros sectores (Cuna Más, Juntos, entre otros) y agentes comunitarios, según sea pertinente. Para ello se fortalecerán las capacidades de estos públicos en el desempeño eficiente, oportuno y con calidad de actividades estratégicas y el uso de los instrumentos correspondientes. Ello requiere el diseño de módulos de capacitación dirigidos al personal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Se privilegiará la comunicación interpersonal, basada en conocimientos y experiencias previas, utilizando metodologías de casos, práctica, lúdica y la demostración. El medio impreso tendrá un papel de soporte fundamentalmente didáctico y pedagógico.

Involucramiento y fortalecimiento de capacidades de comunicadores y periodistas. Se realizarán talleres con comunicadores de los gobiernos regionales y locales, comunicadores de las DIRESA y redes, así como con periodistas a nivel distrital, provincial y regional que promuevan el análisis de la problemática de anemia y desnutrición crónica, sus soluciones y limitaciones. Además se brindará asistencia técnica a los comunicadores de las instancias regionales del MINSA para desarrollar acciones en conjunto. Estos espacios de trabajo, de carácter participativo, concertador, permitirán la adopción y la internalización como una práctica habitual, cotidiana del tema de alimentación para la reducción de la anemia y alimentación saludable.

Información para una alimentación saludable: El desconocimiento general de la población sobre la anemia y sus consecuencias, así como de los alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia, exigen la difusión de conceptos sobre este mal y esfuerzos de concertación a nivel del gobierno nacional para la identificación de necesidades y expectativas de información de la población.

Los mensajes locales se diseñarán tomando en cuenta argumentos y criterios de interés social e individual, con credibilidad, relevancia, utilidad, innovación, creatividad y dimensión humana. Esta oferta de información será difundida a través de diversos canales disponibles, considerando que:

- El medio radial, en todas sus modalidades, para ámbitos urbanos y rurales, tendrá un uso estratégico, en el público familiar.
- Los mercados y supermercados en espacios urbanos y rurales y ferias que convocan permanentemente a los consumidores, serán privilegiados para promocionar información pertinente. Se producirán por ejemplo paletas para distribuir las en los mercados promoviendo el consumo de alimentos ricos en hierro, carteles informativos con el listado de alimentos ricos en hierro para mercados y ferias locales, así como stickers-recetas para productos envasados como fideos, arroz, quinua, entre otros.
- Los espacios comunitarios de contacto permanente, en los cuales se difundirán mensajes y argumentos relacionados con el tratamiento de la anemia, la alimentación e higiene familiar dirigida a las familias.

Edu-entretenimiento: Para promover la puesta en marcha de las prácticas deseadas por la población objetivo, la Estrategia de CCC tendrá un enfoque en actividades de comunicación basadas en la educación a través del entretenimiento o edu-entretenimiento. Algunas de las actividades propuestas son:

- Comics y aplicativos relacionados a la promoción de las prácticas saludables y alimentación adecuada.
- Recetarios para uso en el hogar o en organizaciones de base u otros.
- Mensajes de texto para el público objetivo y otros (ver Anexo B).
- Microprogramas radiales: Se desarrollarán materiales de comunicación y se utilizarán aquellos que ya están disponibles, según sea pertinente, entre los cuales se cuenta con:
 - Radio novela: “Mi Derecho a Crecer”, del MINSa, en torno a la salud y nutrición de la población materno infantil.
 - Spot radial: “El jabón te da poder” (contenidos de lavado de manos con jabón).
 - Spot radial:
 - ✓ Suplemento de hierro en niños y gestantes
 - ✓ Papillas
 - ✓ Alimentos con hierro para niños
 - ✓ Control de crecimiento y desarrollo
 - ✓ Spots “La vida te premia cuando creces sin anemia”
 - ✓ Spots “Los Alimentos” ricos en hierro de origen animal
 - ✓ Animación 3 min “La vida te premia cuando creces sin anemia”
 - Videos: formatos comunicacionales de interés al público. Algunos disponibles como “Mujeres de Hierro” (con instructivo para discusión grupal) – MINSa que promueve la suplementación con hierro a niños, desde 6 meses, y una adecuada alimentación infantil a partir de la olla familiar.

Se propone el desarrollo de herramientas y materiales educativos y de capacitación, incorporando aquellos que han mostrado ser efectivos y novedosos a nivel del sector salud y con actores de la sociedad civil y no gubernamentales, con el fin de optimizar el desempeño del personal de salud, de los actores comunitarios y autoridades locales. Se coordinará con la Oficina de Desarrollo de Personal de Salud del MINSa para institucionalizar la capacitación. Se buscará difundir los mensajes a través de medios de comunicación masiva, de alcance nacional y regional, y también por medios de

comunicación alternativa como buses, moto taxis, en las redes sociales y en plataformas de atención al público de instituciones públicas y/o privadas (bancos, instituciones del Estado prestadoras de servicios). Para ello será necesario acordar actas de compromiso o convenios, y otros, según sea pertinente.

Ferias y Concursos Comidas Sabrosas y Nutritivas: Constituyen una oportunidad para compartir los saberes y sabores locales en la preparación de comidas sabrosas y nutritivas con alimentos del entorno. Se promoverán competencias sobre comidas con alimentos ricos en hierro para las mujeres embarazadas y para los niños a partir de los 6 meses, donde los concursantes presentan demuestran su afán por exhibir lo mejor de sus productos y de sus conocimientos, la higiene, el esmero en la presentación de los platos, usando alimentos del mercado, la chacra, el biohuerto o de la crianza doméstica. Estos concursos inducen a la participación grupal fomentando la colaboración entre pares; recurren a la asistencia técnica e invierten sus recursos y esfuerzo propio impulsados por los premios y el reconocimiento. Los contenidos a promoverse en estos concursos están alineados a los mensajes difundidos en las sesiones demostrativas de preparación de alimentos y han mostrado una capacidad de movilización muy importante a nivel local. Además, se promoverá Ferias nacionales o Regionales de experiencias exitosas para socializar y compartir por los propios protagonistas los avances y logros en diversos espacios del país.

Dimensión de la Incidencia Política

La Estrategia de CCC establecerá mecanismos que fortalezcan la aplicación de políticas públicas y compromisos que sean viables, social y económicamente, y visibles en los presupuestos de los gobiernos locales. Se espera inducir a fortalecer los procesos de gestión operativa a nivel local y regional, en materia de nutrición.

Igualmente, debe procurar el alineamiento a nivel del Comité Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) con otros sectores estratégicos. Por otro lado, se continuará la participación a nivel de la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza y se buscará apoyar los Comités de Coordinación Local como espacios para lograr consensos y difusión del Plan Nacional y la incorporación de contenidos de nutrición en los planes de desarrollo local.

En cuanto a la promoción de la participación y movilización del sector privado y las organizaciones sociales, se buscarán alianzas estratégicas con diversas entidades, según sea pertinente, para aprovechar los diversos puntos de contacto con la población materno infantil y las familias en general, para informar sobre la anemia y las actividades estratégicas del Plan Nacional promoviendo el compromiso de cada instancia para reducirla.

A nivel del gobierno nacional y regional, esta estrategia comunicacional hará énfasis en lograr espacios de abogacía en favor del Plan Nacional entre los decisores de las políticas públicas y del sector no público, para concretar sus compromisos y favorecer la asignación de recursos e inversiones, para la reducción de la anemia.

Dimensión de Movilización Social

La Estrategia de CCC contempla la necesidad de la construcción de una opinión pública favorable en torno a la reducción de la anemia, involucrando a los diversos líderes de comunicación (formadores de opinión), a nivel nacional y regional. Para ello se identificarán y convocarán a los sectores y actores potencialmente involucrados en la lucha contra la anemia facilitando. En la medida que se logre el compromiso de los peruanos con la reducción de la anemia ayudará a interiorizar los objetivos del Plan Nacional entre el público de nuestro interés: las familias peruanas.

La Estrategia de CCC propone que el distrito se constituya en un espacio concurrente de todos los actores priorizados para reducir la anemia y la desnutrición infantil, mejorando la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Se reconoce también la necesidad de contar con capacidades de liderazgo complementarias a nivel distrital propiciando la simultaneidad de acciones. Igualmente, se espera que los proyectos existentes desde el sector privado, las ONG, las agencias de cooperación, se conviertan en agentes dinamizadores de este proceso para el flujo efectivo de conocimientos y recursos entre los actores distritales, promoviendo la participación intersectorial que aliente la definición de acciones realistas, responsabilidades y comprometa los recursos necesarios para este fin. Algunas intervenciones previstas son:

Prensa y Relaciones Públicas. Se desarrollará un conjunto de actividades dirigidas a promover el involucramiento de los medios y principales con la problemática de la anemia y acciones de solución. Para ello se promoverá la organización de sesiones de trabajo con directores de prensa y líderes de opinión, la elaboración de artículos de opinión de las autoridades del MINSA o de “especialistas aliados” para publicarlos en los medios de comunicación escrita y diversos medios especializados de Lima y regiones. Asimismo, se producirán documentos informativos, notas de prensa y comunicados y se gestionarán entrevistas.

Información y debate para la acción. Se convocarán a públicos seleccionados (sector privado, agentes de la cadena de abastecimiento de alimentos, colegios profesionales, academia, gremios de salud, líderes de opinión, medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil, entre otros) a reuniones de información y debate, con el objetivo de promover consensos, sumar voluntades y precisar compromisos y responsabilidades. Se organizarán también espacios de interacción a través de medios masivos que motiven el tema de anemia en un contexto de alimentación familiar en la opinión pública con líderes, autoridades, expertos y población en general para recoger las expectativas en torno a la reducción de la anemia.

Mensajeros para la reducción de la anemia. Una fase publicitaria adicional renovará la presencia de líderes de opinión, de madres y niños exitosos, de especialistas en alimentación saludable. Se promoverán figuras representativas del país por su exposición pública en actividades como chefs, artistas populares, deportistas y otros líderes de opinión. Igualmente, se sensibilizarán a los representantes de los medios de comunicación, a fin de promover espacios para la difusión de los mensajes clave. La idea es sensibilizar a los actores de influencia local y regional para identificar potenciales “Mensajeros” para la reducción de la anemia. Con ellos se difundirán mensajes relativos a la lucha contra la anemia a partir de ejes temáticos como: una alimentación saludable y el éxito personal como producto de una buena alimentación en la infancia. Se espera también contar con entrevistas en los medios de mayor audiencia: RPP, IRTP, Exitosa, canales de TV, Radio Nacional, Grupo Impulsor “Inversión en la Infancia”⁵⁷, entre otros.

Reconocimiento y gestión del conocimiento local. Se participará en espacios de coordinación local como la Mesa de Concertación para la Lucha contra la pobreza, la Red de la Infancia, como parte del involucramiento de estos actores se desarrollarán talleres de capacitación a los agentes locales (escuelas, organizaciones de base, agentes comunitarios, comerciantes) y se promoverán encuentros de experiencias exitosas que permita a los actores locales y regionales compartir sus logros y propiciar pasantías entre regiones. Se contará con mecanismos de reconocimiento a través de estímulos, ya sea individual o colectivo, según sea pertinente, otorgados por líderes de influencia y credibilidad, revalorando la contribución de los agentes comunitarios y tomando en cuenta procesos desde una perspectiva de equidad de género. Además, se realizarán eventos colectivos

57 <http://inversionenlainfancia.net/pag>

de promoción de experiencias a nivel nacional y regional que permitan difundir los avances y el intercambio de experiencias entre diversos ámbitos del país con el concurso de todas las entidades.

Gestión de redes sociales y mensajes trazadores para la alimentación saludable. Resulta fundamental que los espacios en redes sociales, sean útiles para enviar mensajes para promover la alimentación saludable y práctica clave de inmunizaciones, atención de salud materno infantil, lactancia materna, suplementación con hierro, desparasitación, higiene entre otras, para la reducción de la anemia.

Son igualmente importantes acciones comunicacionales para crear una corriente de opinión favorable a la lucha nacional de reducción de la anemia y DCI, y buscar cambios en la norma social favorables a la alimentación saludable, rica en hierro de origen animal. En estas intervenciones resulta fundamental mantener un significativo volumen de mensajes en los medios de comunicación y en las redes sociales, incrementar el número de mensajeros que apoyen el Plan Nacional, así como comprometer a más comunidades, gobiernos locales y/o grupos organizados.

Retroalimentación de la Estrategia de Comunicación

Se propone llevar a cabo un seguimiento de registro cualitativo y cuantitativo de los avances, donde la información servirá para retroalimentar al público objetivo. Las prácticas responsables priorizadas serán un referente en esta medición y la información obtenida debe ser útil al funcionamiento de la estrategia en los siguientes aspectos:

- La recepción oportuna, individualizada y pertinente de los materiales de soporte
- La consistencia de actividades, materiales y mensajes en la estrategia
- La identificación de buenas prácticas que sirvan de modelo
- Los ajustes necesarios en los procesos, materiales y mensajes
- Los factores motivacionales para mantener los cambios introducidos
- Los ajustes presupuestales que se requieran.

ANEXO B

MENSAJES PRIORIZADOS PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Gestantes	Control prenatal	¡Tu salud es importante! Apenas sabes que estas embarazada Ven a tu control.
		¡Tu bebé quiere estar saludable! Ven a tu control.
		¡Tu bebé quiere nacer bien! participa de las reuniones de psicoprofilaxis.
	Alimentación Saludable	Durante tu embarazo consume todos los días: desayuno, almuerzo, cena, más un refrigerio.
		Empieza bien el día, toma desayuno, es importante para tu salud
		Consume comidas sancochadas, guisadas, a la plancha, al vapor o al horno en vez de frituras. ¡Es más saludable!
		Incluye en tu alimentación carnes rojas, hígado, arroz, trigo, avena y verduras de hojas verdes que contienen ácido fólico; importante durante tu embarazo.
		Come saludable, consume alimentos variados como pescado, vísceras, carnes rojas, leche, menestras, frutas y verduras.
		Tu bebe necesita que te alimentes bien, consume frutas y verduras de colores variados.
		Cuida tu peso, disminuye el consumo de frituras, productos de panadería como galletas, empanadas, kekes y margarina.
		Come bajo en sal y condimentos para evitar problemas de presión alta.
		Toma agua hervida en vez de gaseosas, jugos envasados o de sobre. Es más saludable.
		Consume productos naturales y evita productos empaquetados como papitas, doritos, chizitos, etc. Tienen grasas no son saludables. ¡Cuidate!
	Consumo de frutas y verduras	Consume todos los días frutas y verduras variadas, de color amarillo, anaranjado, rojo y hojas de color verde oscuro, contienen vitamina A, C, K y fibra.
		Consume diariamente frutas de la estación y disponibles en tu localidad.
		Tu bebe necesita que te alimentes bien, consume frutas y verduras de colores variados.
	Consumo alimentos ricos en hierro de origen animal	Consume alimentos ricos en hierro, como sangrecita, hígado, bazo, bofe y carnes rojas, ¡te ayudan a prevenir la anemia!
		Recuerda que es importante incluir en tus comidas diarias carnes, víscera, pescado, sangrecita, etc.
	Consumo alimentos ricos en hierro de origen vegetal	Consume alimentos ricos en hierro, como sangrecita, hígado, bazo, bofe, y carnes rojas, ayudan a prevenir la anemia.
		Consume alimentos ricos en hierro, como legumbres, lentejas, frijoles, etc.
	Conservación alimentos	Almacena tus alimentos en ambientes limpios, fríos o frescos, protegidos de los insectos y roedores.
		Lavar y desinfectar las frutas y verduras antes de consumirlas.
	Suplemento de hierro	Mami toma tus vitaminas o suplemento de hierro porque es importante para tu bebe.
Es mejor tomar tus vitaminas o suplemento de hierro con limonada, jugo de naranja o algún otro refresco cítrico.		
Mami, toma tus vitaminas o suplemento de hierro porque es importante para ti y tu bebe.		
Mami consume más verduras y frutas para evitar el estreñimiento al tomar el suplemento de hierro.		
Lavado de manos	Lávate las manos antes de preparar tus alimentos, después de salir del baño y antes de comer.	
Corte cordón umbilical	Para prevenir la anemia es importante que corten el cordón umbilical a los 3 minutos de nacido tu bebe. Consulta con tu médico con anticipación.	

Gestantes	Lactancia materna	Prepárate para dar de lactar a tu bebe. Aliméntate bien y toma líquidos bajos en azúcar.
		Tus pechos comienzan a formar leche, es posible que manches tu ropa, ¡se están preparando para dar de lactar!
		Es importante para ti y tu bebé que lacte durante la primera hora de nacido, Convérsalo con tu médico con anticipación.
		Cuando nazca tu bebe dale solo pecho, lo protegerá de muchas enfermedades.
	Otros cuidados	Si tienes náuseas y vómitos come algo ligero como un trozo de pan. Tu alimentación y el ejercicio son importantes, en cada control, pregunta sobre tu ganancia de peso.
Niños y niñas menores de 3 años	Control CRED y vacunas	Lleva a todos tus hijos e hijas a sus controles de salud periódicamente.
		Es importante aplicar todas las vacunas para que crezcan con más y mejores defensas contra las enfermedades.
		Las diarreas e infecciones respiratorias causan desnutrición. Para evitarlas, vacuna a tu hijo e hija en el establecimiento de salud más cercano a tu hogar.
	Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.	Hasta los 6 meses dale solo pecho, así tu bebé seguirá el camino del Buen Crecimiento
		No des otros líquidos o alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses, tu bebe no los necesita.
	Alimentos de consistencia espesa a partir de los 6 meses	Dale a tu bebe comidas espesas desde los seis meses.
		Dando comida espesa a tu bebito, estará fuerte y sano.
		La comida espesa satisface a tu bebe, así estará tranquilo y contento.
		Tu bebé se queda más satisfecho y tranquilo cuando come su purecito
		Aplastadito, espeso y picadito es más rico y fácil de comer.
	Cantidad	La niña y niño conforme tiene más edad, debe comer más cantidad
		Una niña o niño necesita aumentar la cantidad de comida conforme va creciendo.
		Tu niña o niño a los 6 meses debe comer de 2 a 3 cucharadas de comida. Entre los 6 a 8 meses debe comer medio plato mediano en cada comida.
		Tu niña o niño entre los 9 a 11 meses debe comer $\frac{3}{4}$ de plato mediano en cada comida.
	Frecuencia	Al año tu niña o niño debe comer un plato mediano en cada comida.
		La niña y niño conforme tiene más edad, comerá más veces al día.
		Darle 3 comidas y 1 a 2 refrigerios al día y su niño crecerá con mucha energía.
		Su estómago es chiquito por eso tiene que comer más veces
		Tu niña o niño entre los 6 a 8 meses debe comer de 2 a 3 comidas y 1 refrigerio al día.
	Alimentos de origen animal desde los 6 meses diariamente	Tu niña o niño entre los 9 a 12 meses debe comer 3 comidas y 1 a 2 refrigerios al día.
Dele a su niño o niña alimentos de origen animal como hígado, pescado, carnes, sangrecita, todos los días		
Si un niño sano e inteligente quieres tener, hígado, pescado, carnes, bazo o sangrecita a diario debe comer.		
Dele a su niño o niña alimentos de origen animal, son alimentos importantes para el buen crecimiento, mantiene más despiertos e inteligente a los niños.		
		El hígado, bazo, sangrecita, charqui, molleja, corazón, carne y pescado tienen buena cantidad de hierro y sirven para evitar la anemia.

Niños y niñas menores de 3 años	Verduras y frutas de color naranja o amarillo, hojas verde oscuro	Acompañe diariamente las preparaciones de sus niños con verduras y fruta de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro
		Dele a su niño o niña diariamente verduras de color naranja, amarillo, hojas verde oscuro; como zapallo, zanahoria, acelgas y espinacas.
		Si fruta y verdura a diario le das, a tu niño menos enfermo verás.
	Incluye menestras varias veces a la semana.	Incluye en las comidas de tu niño o niña, menestras como frejoles, alverjas, lentejas y habas, varias veces a la semana.
		Habas, arvejas, lentejas y menestras ayudan al buen crecimiento.
	Animar a su hijo o hija mientras le dan de comer	Da de comer a tu hijo con paciencia, amor y buen humor.
		Si le hablas mientras le das de comer, su bebito con mucha alegría va a aprender
		Con juegos y cariños su niño o niña comerá todito.
	Suplemento de hierro o micronutriente diariamente	Le dan sulfato ferroso o micronutriente diariamente según las indicaciones del personal de salud.
		Dele a diario sulfato ferroso o micronutriente, para que este saludable!
		El sulfato ferroso es como una vitamina. Dele a su niño para que no tenga anemia. Así no estará débil.
		Todos los niños y niñas menores de un año crecen tan rápido que necesitan ayuda. ¡Refuerza su crecimiento dándole su sulfato ferroso!
		Para lograr un sabor agradable dale el sulfato con jugos cítricos, como con una limonada o naranjada.
		Para que crezca fuertes e inteligentes dale micronutrientes o suplemento de hierro diariamente.
		Incorpore, diariamente, los micronutrientes en la comida de la niña o niño.
		Algunos niños o niñas con el suplemento se pueden estreñir. Pero, para eso le damos más agua, verduras y frutas.
	Lactancia materna hasta los 2 años	Continuar con la lactancia materna hasta los 2 años
		Le doy leche materna hasta los 2 añitos y mi niño crecerá lindo y sanito.
	Lavado de Manos	Lave sus manos y las de su hijo con agua y jabón, antes de que coma, antes de preparar la comida, después de ir al baño
		¡Estar limpio, es estar sano!
	¡Sentirse bien! Qué rico huelen mis manos lavaditas con jabón, así le doy de comer a mi hijito con mucho corazón.	
	Mamita, lávame las manos para disfrutar mi comida.	
	Hijito, las manos vamos a lavar y así la enfermedad vamos a espantar!!	
	A mi hijito con el ejemplo le enseño claro: ¡Estar limpio, es estar sano!	
Alimentación en niño enfermo	Si su niño o niña esta enfermito ofrézcale alimentos en sus momentos con mejor apetito.	
	Cuando está enfermito, el niño come poquito, por eso hay que ofrecerle más seguidito.	
	Aprovecha cuando tu niño o niña este mejorando, ahí es cuando está devorando, por eso dale su plato desbordando.	