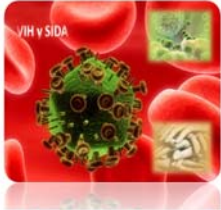




PERÚ

Ministerio
de Salud



ANEXO 2: CONTENIDOS MINIMOS

PROGRAMA PRESUPUESTAL
ARTICULADO NUTRICIONAL

16

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

PROGRAMA PRESUPUESTAL CON ENFOQUE DE RESULTADOS

I. INFORMACION GENERAL

1.1 Nombre del Programa Presupuestal

Programa Articulado Nutricional- PAN

1.2 Tipo de diseño propuesto

- Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2017 – revisión del diseño
- Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2017 – ampliación del diseño
- Propuesta de PP del ejercicio fiscal 2017 – rediseño
- Nueva propuesta de PP

X

1.3 Entidad Rectora del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud-MINSA

1.4 Responsable Técnico del Programa Presupuestal

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública

1.5 Coordinador Territorial del Programa Presupuestal

Oficina General de Articulación y Coordinación

1.6 Coordinador de Seguimiento y evaluación del Programa Presupuestal

Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización

II. DIAGNOSTICO

2.1 Identificación del Problema Específico

La desnutrición infantil en el mundo en desarrollo: Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países* que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India.

En 9 países, más del 50% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. El resto de los países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (de mayor a menor porcentaje).

Un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda, y un 5% de ellos desnutrición aguda grave. El 60% de los casos de desnutrición aguda se registra en sólo 10 países. Un total de 32 países tienen unos 10% o más de niños menores de 5 años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente.¹

Según UNICEF en el mundo en desarrollo, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren DESNUTRICIÓN CRÓNICA, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas.

América Latina y el Caribe, presentan avances de importancia en materia económica y social, que se han traducido en la reducción de la pobreza y el hambre. En materia nutricional, en tanto, también se observan mejoras, en particular en cuanto a la situación de la desnutrición crónica en la región. En efecto, mientras que 13,5 millones de niños menores de 5 años se encontraban en esta situación el año 1990, en 2015 se redujo su presencia a 6,2 millones de niños (OMS, en línea). En términos porcentuales, tal como puede observarse en la Figura 1, la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe se redujo en 12,9 puntos porcentuales en los últimos 25 años, pasando desde 24,5% el año 1990 a los actuales 11,6% de los menores de 5 años. Si bien la región ha seguido la tendencia global, la prevalencia en América Latina y el Caribe ha sido inferior en todos los periodos de medición.

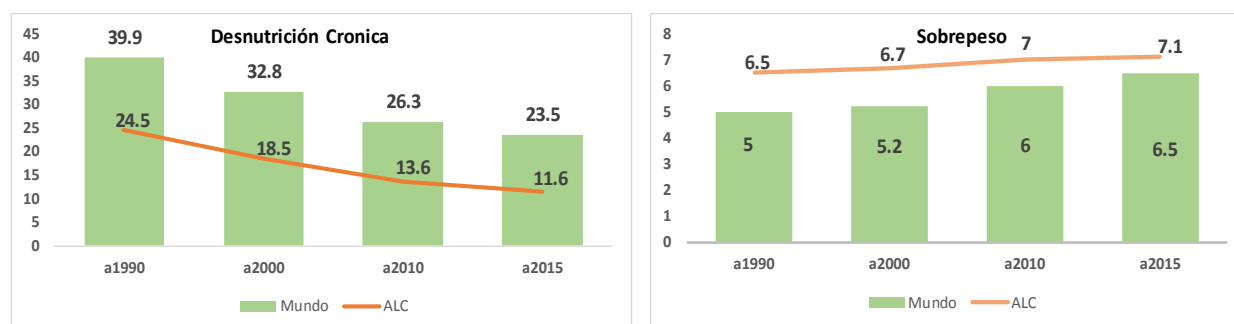
Por otra parte, el sobrepeso y la obesidad se han constituido definitivamente en un desafío tanto en la región como en el mundo. El exceso de consumo de calorías, sumado a estilos de vidas más sedentarios y cambios de los patrones de alimentación hacia dietas de menor calidad nutricional ha contribuido a este resultado (FAO, 2014a). Según las últimas estimaciones de la OMS (Figura 1), el sobrepeso afecta al 7,1% de la población infantil de la región, cifra que supera al sobrepeso infantil global, con lo cual 3,8 millones de niños en América Latina y el Caribe se encuentran con sobrepeso.²

¹ UNICEF.- LA DESNUTRICIÓN INFANTIL "Causas, Consecuencias y Estrategias" España 2011

² FAO.- Panorama de la Inseguridad Alimentaria en "América Latina y el Caribe 2015

Gráfico N° 1.

EVOLUCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL MUNDO Y AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, PREVALENCIA (%)



Fuente: OMS (en línea).

Una mirada al interior de América Latina y el Caribe da cuenta que las subregiones observan una tendencia similar tanto al mundo como a la región. La desnutrición crónica infantil ha reducido su prevalencia desde 1990 en todas las subregiones (Tabla 1), mientras que el sobrepeso infantil ha registrado aumentos en su prevalencia en Centroamérica y el Caribe; Sudamérica en tanto mantiene estable la prevalencia en el mismo periodo, ubicándose en torno al 7,3%.

Tabla 1. Malnutrición en menores de 5 años, Prevalencia (%) en las Subregiones de América Latina y el Caribe

	Desnutrición Crónica				Sobrepeso			
	1990	2000	2010	2015	1990	2000	2010	2015
Caribe	16,2	10,5	6,6	5,2	4,3	5,1	6,1	6,6
Centroamerica	34,1	25,7	18,7	15,9	5,1	5,8	6,5	7,0
Sudamerica	21,2	16,0	11,8	10,1	7,4	7,3	7,3	7,3
ALC	24,5	18,5	13,6	11,6	6,5	6,7	7,0	7,1

Fuente: OMS (en línea).

Perú: los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer semestre 2015, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país. Disminuye, de 10,7% en el año 2014 a 10,0% en el primer semestre 2015, cuando se utiliza el Patrón Internacional de Referencia recomendado por National Center for Health Statistics (NCHS) y con el Patrón de Referencia de crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pasó de 14,6% a 14,2%, en el mismo periodo.³

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibradoo excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo. Se manifiesta de muchas formas, entre ellas:

- Subalimentación y desnutrición: ingesta de alimentos que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria.
- Deficiencias de micronutrientes: son deficientes en una o más vitaminas y minerales esenciales.

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales -Encuesta Demografica y de Salud Familiar, I semestre 2015

- Sobrenutrición y obesidad: una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud.⁴

Uno de los principales males sociales en el Perú es la desnutrición crónica, que aún afecta a un importante porcentaje de los niños menores de 5 años.

La desnutrición infantil tiene secuelas irreversibles: baja talla para la edad; limitación de las capacidades físicas, emocionales o intelectuales, entre otras. A largo plazo, la desnutrición reducirá la productividad de la persona y perjudicará directamente el crecimiento económico de la familia. Combatir la desnutrición implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo del país

Perú ha dado cumplimiento de forma anticipada a la meta de los ODM relativa al hambre y a la meta establecida en la CMA. Así la prevalencia de subalimentados pasó desde el 31,6% en el trienio 1990-92 a 7,5% en el trienio 2014-16 (Gráfico N° 2). Durante el mismo periodo, el número absoluto de personas afectadas por el hambre descendió desde los 7 millones a los 2,3 millones de personas.

Gráfico N° 2
PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA

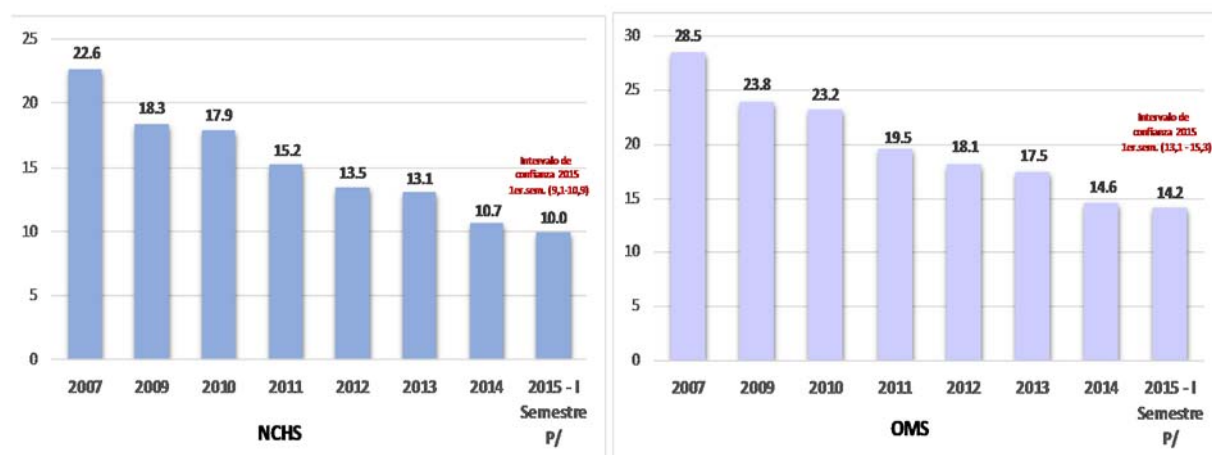
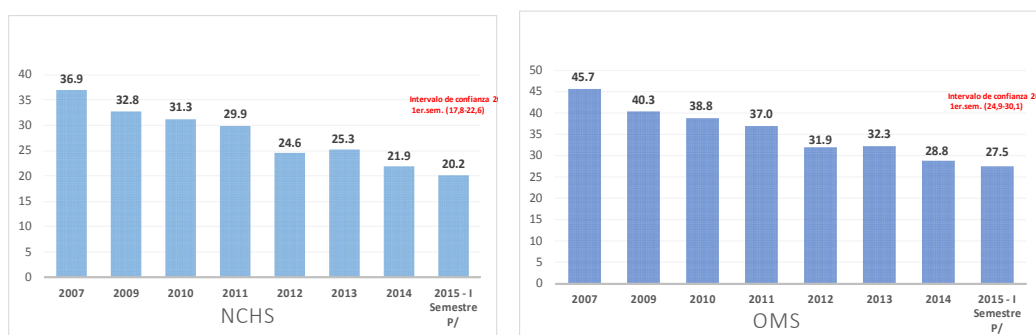


Gráfico N° 3
PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL ÁREA RURAL, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA

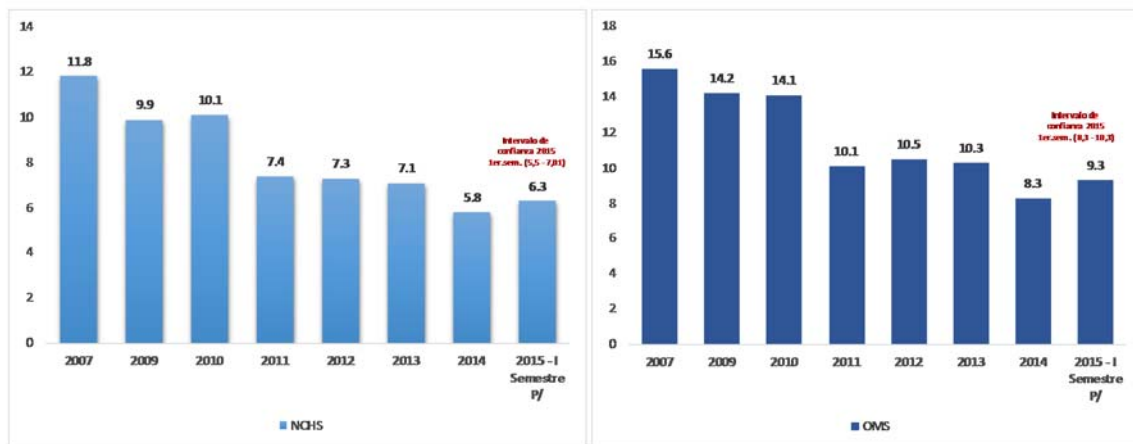


⁴ FAO.- Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición 19 - 21 de noviembre de 2014

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

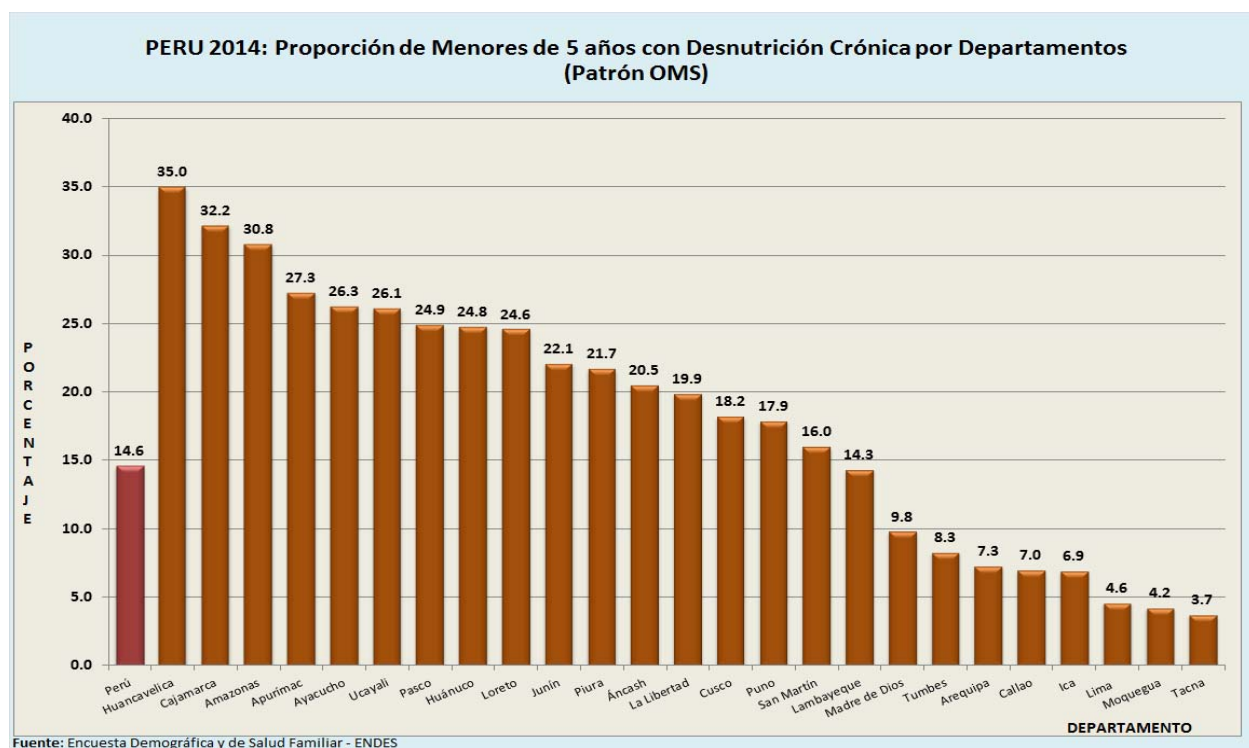
Desnutrición crónica en el área rural, con ambos Patrones Internacionales de Referencia, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad disminuye. Entre el año 2014 y el primer semestre 2015, la desnutrición se reduce con el Patrón de Referencia NCHS, de 21,9% a 20,2% y con el Patrón OMS, de 28,8% a 27,5%.

Gráfico N° 4
PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL ÁREA URBANA, SEGÚN PATRÓN DE REFERENCIA



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

Desnutrición crónica en el área urbana, el nivel de desnutrición crónica fue 6,3% en el primer semestre 2015 con el patrón de referencia NCHS. Teniendo como referencia el Patrón OMS, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad fue 9,3% en dicho periodo.



La desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo durante los 24 primeros meses de vida y no se revierte. Los niños que viven en zonas rurales tienen mayor prevalencia de desnutrición crónica que los niños que viven en zonas urbanas. Los niños de madres sin educación tienen mayor desnutrición que los niños de madres con educación superior. Dado que son los niños que nacieron con bajo peso o que no gozaron de lactancia materna exclusiva en sus primeros meses de vida los de caer en un cuadro de desnutrición crónica. Existen una serie de enfermedades, muy comunes en los niños, que facilitan tal condición.

En este contexto de alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, localizada especialmente en regiones rurales y de bajos recursos, el Estado ha establecido lineamientos de política para contribuir a la reducción de esta problemática. En este sentido se ha establecido el PAN, el cual se relaciona con el Plan Bicentenario Nacional 2012-2020, el cual tiene como prioridad el reducir la desnutrición en el país.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.

Un círculo vicioso La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año unos 19 millones de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos).

La desnutrición, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad.

2.1.1 Enunciado del Problema específico

Alta prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años

2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el Problema

Tabla N° 01

Competencias de la Entidad para abordar el problema		
Competencias	Exclusividad/ Compartidas	Si es compartida, indique si tiene la rectoría
Ley N° 26842, Ley General de Salud.: - La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. - La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. - Es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. - Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.	si	
Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto: - El Presupuesto del Sector Público está constituido por los créditos presupuestarios que representan el equilibrio entre la previsible evolución de los ingresos y los recursos a asignar de conformidad con las políticas públicas de gasto, estando prohibido incluir autorizaciones de gasto sin el financiamiento correspondiente. - Los créditos presupuestarios aprobados para las Entidades se destinan, exclusivamente, a la finalidad para la que hayan sido autorizados en los Presupuestos del Sector Público, así como en sus modificaciones realizadas conforme a la Ley General.	compartida	La rectoría lo tiene el MEF
Ley 27337, Código de los Niños y Adolescentes: - A la vida e integridad.- El niño y el adolescente tienen derecho a la vida desde el momento de la concepción. El presente Código garantiza la vida del concebido, protegiéndolo de experimentos o manipulaciones genéticas contrarias a su integridad y a su desarrollo físico o mental. - A su atención por el Estado desde su concepción.- Es responsabilidad del Estado promover el establecimiento de condiciones adecuadas para la atención de la madre durante las etapas del embarazo, el parto y la fase postnatal. El Estado otorgará atención especializada a la adolescente madre y promoverá la lactancia materna y el establecimiento de centros de cuidado diurno. La sociedad coadyuvará a hacer efectivas tales garantías. - Desarrollo de programas.- La política de atención al niño y al adolescente estará	compartida	MIDIS

Competencias de la Entidad para abordar el problema		
orientada a desarrollar: a) Programas de prevención que garanticen condiciones de vida adecuadas; b) Programas de promoción que motiven su participación y la de su familia y que permitan desarrollar sus potencialidades; c) Programas de protección que aseguren la atención oportuna cuando enfrentan situaciones de riesgo; d) Programas de asistencia para atender sus necesidades cuando se encuentren en circunstancias especialmente difíciles; e) Programas de rehabilitación que permitan su recuperación física y mental y que ofrezcan atención especializada		
Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. DE LA UNIVERSALIDAD.- El Aseguramiento Universal en Salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.	si	
Ley N° 28010, Ley General de Vacunas. • Declararse las actividades de vacunación obligatoria para la Salud Pública Nacional por su elevado impacto en la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación. • Las adquisiciones, materia de esta ley, que efectúe el Ministerio de Salud se harán con fondos rotatorios financiados por organismos nacionales o internacionales o mediante cualquier otro mecanismo que asegure dicho propósito. • La provisión de fondos necesarios que asegure la adquisición de vacunas, jeringas, y equipos de cadena de frío, de acuerdo al cronograma y esquema de vacunación, se efectuarán con cargo a las asignaciones aprobadas al Ministerio de Salud, en las respectivas leyes anuales del presupuesto.		
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. De la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios (ANM): La Dirección general de medicamentos, insumos y Drogas (DIGEMID), órgano de línea del Ministerio de Salud, como autoridad nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y productos sanitarios (ANM), esa encargado, a nivel nacional, de inscribir, modificar, denegar, suspender o cancelar el registro sanitario o certificado de registro sanitario de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios conforme lo establecido en la Ley y el presente Reglamento, así como de realizar el control y vigilancia sanitaria de los mismos.	si	
Decreto Supremo N°. 031-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano El presente Reglamento establece las disposiciones generales con relación a la gestión de la calidad del agua para consumo humano, con la finalidad de garantizar su inocuidad, prevenir los factores de riesgos sanitarios, así como proteger y promover la salud y bienestar de la población.	Si	
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	Si	
Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01."Norma Técnica de Salud para la Atención de Salud de la Niña y Niño".	Si	
Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Alimentación Infantil". Tiene como objetivo lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y	Compartida	Tiene la rectoría

Competencias de la Entidad para abordar el problema		
apoyo de la lactancia materna y orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria.		
Resolución Ministerial N° 579-2008/MINSA, que establece a las Inmunizaciones como servicios y actividades públicos esenciales en los Establecimientos de Salud en el Ámbito Nacional.	Si	
Resolución Ministerial N° 672-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 158-MINSA/DGSP-V01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud".	Si	
Resolución N° 556-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Administrativa "Criterio para la Mejora del Desempeño en base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención".	Si	
Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país 2014- 2016.	Si	
Resolución Ministerial N° 052-2015/MINSA, que aprueba las metas e Indicadores de Desempeño del Ministerio de Salud para el año 2015 articuladas a las Políticas nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional	Si	
Resolución Ministerial 096-2015/MINSA, que aprueba el "Padrón Nominal distrital de niños y niñas menores de seis (6) años de edad", que consta de treinta y seis (36) variables	Si	
Resolución Ministerial 780-2015-MINSA, que aprueba el Documento Técnico denominado "Plan de Implementación del Sistema Informático HIS MINSA para el registro de atenciones en la red de establecimientos de salud a nivel nacional", así como la "Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA",	Si	

2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

Es importante concebir a la desnutrición crónica como un problema del proceso de crecimiento que se presenta a una edad temprana, y no vincularla solamente a un déficit de alimentos.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), si bien en la década del 90 se logró reducir la desnutrición de 36% a 10%, hasta el I semestre 2015, la reducción fue importante bajó en 26 puntos porcentuales y es el área rural en donde mayor esfuerzo se requiere desplegar pues la desnutrición crónica afectaba en el 2007 al 37% de los niños menores de 5 años, al I semestre 2015 se reduce al 20.2%

Tabla N° 2: Tendencia de la Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años 1992 - 2015 I Semestre,

Característica seleccionada	1992	1996	2000	2005	2007 a/	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 - I Semestre P/
Total	36.5	25.8	25.4	28.0	28.5	27.5	23.8	23.2	19.5	18.1	17.5	14.6	14.2
Área de residencia													
Urbana	25.9	16.2	13.4	13.5	15.6	16.2	14.2	14.1	10.1	10.5	10.3	8.3	9.3
Rural	53.4	40.4	40.2	47.1	45.7	44.3	40.3	38.8	37.0	31.9	32.3	28.8	27.5
Dominio de residencia													
Costa			11.9	11.9	(12.5)	16.0	10.2	11.8	8.1	8.1	8.4	6.5	7.9
Lima Metropolitana	11.2	10.1	7.3	6.7	(10.5)	6.9	(7.5)	(8.6)	(6.8)	(4.1)	4.1	(4.1)	5.8
Resto Costa	29.3	17	16.4	17.1	(14.5)	15.5	13.0	14.9	9.5	11.9	12.5	9.0	10.1
Sierra	51.6	37.8	38.6	41.7	42.4	32.3	37.5	34.4	30.7	29.3	28.7	24.4	22.2
Sierra urbana			20.9	17.6	25.9	16.5	23.2	19.7	15.4	17.1	16.7	14.4	14.6
Sierra rural			45.2	51.9	49.8	41.1	45.9	43.4	41.0	36.4	36.8	32.8	30.3
Selva	41.4	33	30.2	32.0	34.1	20.0	28.1	28.5	28.2	21.6	24.1	20.7	21.1
Selva urbana			21.6	24.4	(25.8)	13.7	21.6	24.9	17.2	16.5	19.2	13.9	13.8
Selva rural			35.1	38.5	40.8	25.8	34.2	31.6	36.8	26.8	28.8	27.4	29.2
Quintil de bienestar													
Quintil inferior	N.D	N.D	47.0	54.3	49.2	39.8	45.3	44.0	43.8	38.8	37.6	34.0	31.3
Segundo quintil	N.D	N.D	30.6	32.5	39.2	27.6	29.7	28.6	22.3	20.1	21.2	14.1	15.5
Quintil intermedio	N.D	N.D	16.8	16.0	(16.6)	11.6	14.1	15.4	9.6	11.5	8.7	8.3	8.4
Cuarto quintil	N.D	N.D	7.2	7.8	(8.9)	8.7	10.1	7.2	(6.5)	5.4	(4.2)	(4.0)	6.0
Quintil superior	N.D	N.D	4.5	4.3	(5.3)	3.3	(4.2)	(5.2)	(2.8)	(3.1)	(2.3)	(3.7)	(3.0)

Fuente: INEI - ENDES I Semestre 2015.

Si se analiza por su situación económica, más del 40% de la población de menores recursos atravesaba por esta condición, lo que denota que de no actuar, la pobreza extrema en el país no se podrá combatir. Es además, la desnutrición asociada a las malas condiciones de vida, producto de la pobreza, lo que engrosa el número de muertes por oleadas de frío en las zonas alto andinas. De las 24 regiones del país, solo 7 tenían en el 2007 una tasa de desnutrición infantil menor al 10% (un valor aceptable como meta inicial, aunque lo ideal es no tenerla), mientras que 15 están por encima del 20% (el promedio actual), siendo los casos extremos los de Huánuco y Huancavelica, en donde el 42% y 52% de los niños respectivamente presenta desnutrición crónica.

En el año 2014, de las 24 regiones del país, solo 8 presentan una tasa de desnutrición infantil menor de 10% (valor aceptable como meta inicial) y 17 está por encima de 14% (promedio anual), continuando Huancavelica con 35% y Cajamarca con 32.2% de los niños presentan desnutrición crónica a pesar de disminuir considerablemente.⁵

El Perú ha mantenido invariable la tasa de desnutrición crónica infantil en los menores de 5 años desde hace más de 10 años (1992-2015 I semestre)⁶, a pesar de la inversión y gasto en intervenciones relacionadas de varios miles de

⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, año 2014

⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales -Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, I Semestre 2015.

millones de soles. Como se observa en el gráfico a continuación, aun cuando el promedio nacional es muy alto, los departamentos con las mayores tasas de pobreza son los que tienen los peores resultados a nivel nacional.

Tabla Nº 02: Datos Estadísticos de los productos del Programa Articulado Nutricional

Datos estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado			
Variable	Año 2013	Año 2014	Año 2015 I semestre
Desagregación pertinentes			
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, (Patrón de referencia OMS)	17.5	14.6	14.2
Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica, (Patrón de referencia NCHS)	13.1	10.7	10.0
Proporción de Niñas y Niños de 6 a menos de 36 meses de edad con Anemia	46,4	46,8	43,0
Proporción de menores de seis meses con lactancia exclusiva	72.3	68.4	65.9
Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.	66.1	61.1	68.6
Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad.	63.2	55.7	67.8
Proporción de menores de 24 meses con vacunas contra el neumococo para su edad.	75.6	76.8	78.8
Proporción de menores de 24 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad	74.8	74.7	77.3
Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA	14.8	17.5	16.6
Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA	13.7	15.3	16.4
Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5 KG.)	7.8	6.4	7.3
Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad	50.5	52.4	54.3
Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron Suplemento de Hierro	23.6	24.5	29.9
Proporción de hogares con acceso a agua tratada	95.0	95.6	95.9
Proporción de hogares con saneamiento básico	90.2	91.4	92.1
proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en último nacimiento anterior a la encuesta	89.9	88.9	90.6

La anemia por déficit de hierro es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (43,0%), es más frecuente en el área rural (48,8%) que en el área urbana (41,0%), en el primer semestre 2015.

Entre el año 2014 y el primer semestre 2015, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad bajó de 46,8% a 43,0%, debido principalmente a la disminución de la anemia en el área rural (de 57,5% a 48,8%).

La lactancia materna exclusiva es la práctica de alimentar a la niña o niño con solo leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razón por la cual es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

En el primer semestre 2015, el 65,9% de las madres manifestaron que alimentan a los menores de seis meses de edad con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (80,5%) que en el área urbana (59,6%).

Entre el año 2014 y el primer semestre 2015, la prevalencia de la lactancia materna revela que en el área urbana esta práctica bajó de 62,3% a 59,6% y en el área rural, de 83,0% a 80,5%.

Las vacunas son sustancias médicas que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir 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 primer semestre 2015, el 68,6% de menores de 36 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, este valor es similar en el área urbana (68,9%) pero menor en el área rural (67,6%).

Las vacunas básicas completas para menores de 12 meses comprenden una dosis de BCG, tres dosis de DPT y tres dosis contra la Poliomielitis. En el primer semestre 2015, el 67,8% de menores de 12 meses recibieron vacunas básicas completas para su edad, siendo mayor el porcentaje de niñas y niños vacunados en el área urbana (69,1%) que en el área rural (64,6%).

Con respecto al año 2014, el porcentaje de vacunación en menores de 12 meses, subió de 56,0% a 69,1% en el área urbana y de 55,1% a 64,6% en el área rural.

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 que ponen 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 primer semestre 2015, el 78,8% de niñas y niños menores de 24 meses recibieron inmunización contra el neumococo, siendo esta mayor en el área urbana (79,3%) que en el área rural (77,6%).

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 una vacuna oral; no se inyecta.

A nivel nacional, en el primer semestre 2015, el 77,3% de los menores de 24 meses fueron inmunizados contra el rotavirus; proporción mayor respecto a la estimación del año 2014 (74,7%). Según área de residencia, en el área urbana pasó de 74,0% a 77,5%; mientras que en el área rural no se aprecian diferencias significativas.

Las Infecciones Respiratorias Agudas "IRA" son un conjunto de enfermedades que afectan las vías respiratorias y son causadas tanto por virus como por bacterias. Este grupo de enfermedades son la principal causa de morbilidad en niñas y niños menores de cinco años y en personas mayores de 60 años de edad. Las IRA son más frecuentes cuando se producen cambios bruscos en la temperatura y en ambientes muy contaminados.

A nivel nacional, en el primer semestre 2015, el 16,6% de los menores de tres años de edad tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia una disminución

respecto a la estimación del año 2014 (17,5%). Según área de residencia, en el área rural fue 19,1% y en la urbana, 15,6%.

La Enfermedad Diarreica Aguda es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas. La EDA está considerada entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, bajo nivel educativo y saneamiento inadecuado.

En el primer semestre 2015, a nivel nacional el 16,4% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron Diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, proporción que fue mayor en el área rural (18,7%) pero menor en la urbana (15,6%). Respecto a las estimaciones del año 2014, muestran en el área urbana un incremento de 14,6% a 15,6% y en el área rural, de 17,0% a 18,7%.

Hogares con Agua Tratada.- El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si el agua está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, las que afectan a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos, a las niñas y niños. Se entiende como agua tratada aquella que proviene de la red pública o de aquella que no proviniendo de la red pública en el hogar le dan algún tratamiento antes de beberla; tal como: la hierven, clarifican, desinfectan solamente o consumen agua embotellada.

A nivel nacional, el 95,9% de los hogares tienen acceso a agua segura, proporción que es mayor en el área urbana (98,1%) que en el área rural (88,9%). En esta última se usan formas alternativas de desinfección del agua para beber.

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1 Población Potencial

La población Potencial del Programa Articulado Nutricional es la población menor de 5 años

2.2.2

Cuantificación de la Población Potencial

Tabla N° 3.

Cuantificación de la población potencial	
Valor	Unidad de medida
2,845,845	Niñas y niños menor de 5 años
560,272	Niñas y Niños menor de 1 año
565,450	Niñas y Niños de 1 años
569,876	Niñas y Niños de 2 años
573,594	Niñas y Niños de 3 años
576,653	Niñas y Niños de 4 años
728,688	Gestantes Esperadas

Fuente: OGEI-MINSA: Población 2016

2.2.3 Criterios de focalización

Para el PAN la población menor de 5 años es universal

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.

2.2.4 Población Objetivo

Tabla N° 04

Población Objetivo	
Valor	Unidad de medida
100%	Niños menores de 5 años

III. DISEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

Modelo conceptual

El modelo conceptual es un conjunto de conceptos y relaciones entre ellos, vinculados a una condición de interés (o problema identificado).

Un modelo conceptual es un esquema estructurado que representa un conjunto de relaciones entre conceptos. Dichos conceptos responden a una o más de las siguientes propiedades

- (i) deben estar asociadas a una característica que los haga identificables con respecto a otros conceptos o variables,
- (ii) deben presentar regularidad, es decir, asociados a una ocurrencia temporal y
- (iii) deben referirse a un suceso o evento de la realidad.

Modelo Conceptual General: El primer paso para el diagnóstico es realizar la búsqueda de modelos conceptuales sobre desnutrición crónica que nos permita relacionar conceptos que la expliquen. Para ello, se debe de realizar una búsqueda en la literatura

Problema

“Modelos conceptuales de desnutrición crónica en menores de 5 años”

Metodología

Se realizó una búsqueda de las siguientes bases de datos:

Medline EMBASE	BMJ Point-of-Care Clinical Evidence	National Guideline Clearinghouse Healthcare Research and Quality
-------------------	--	---

Web of Science	Cochrane Database	National Institute for Health and Clinical
Scopus	Health Technology Assessment	Excellence
Google Scholar	NHS Economic Evaluation Database	TRIP

Estrategia de búsqueda

Se consideró la pirámide propuesta por Haynes et al⁷ para la búsqueda sistemática en Internet desde la perspectiva de Medicina Basada en evidencia. Partiendo de Sistemas, para luego evaluar Resúmenes, Sinopsis, Síntesis (Revisiones Sistemáticas) y Artículos Originales (investigaciones primarias).

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda, combinados de acuerdo a la base a utilizar:

“Modelo conceptual”

1. *conceptual model*
2. *framework*

“Niños menores de cinco años”

3. *child*
4. *childhood*
5. *infant*
6. *infancy*

“Desnutrición crónica”

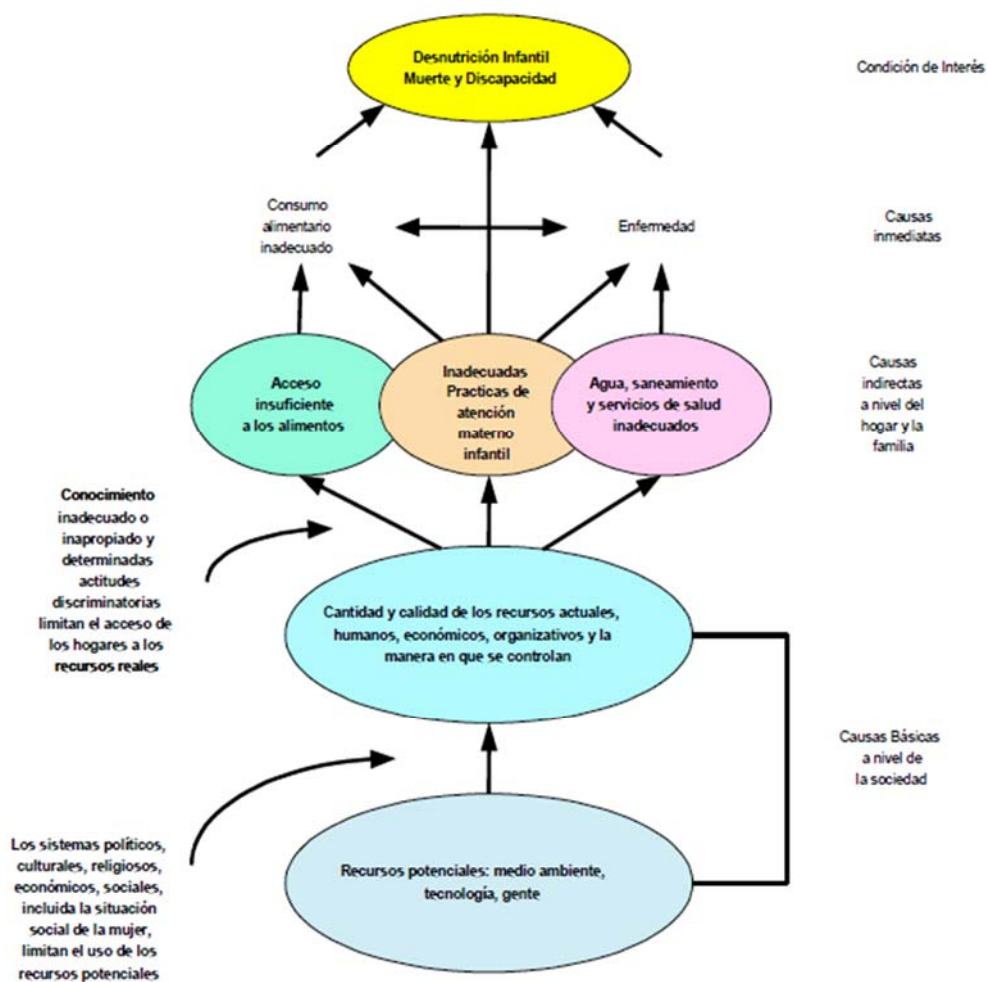
7. *malnutrition*
8. *child growt*
9. *malnourished*
10. (conceptual model o framework) & (child o childhood o infant o infancy) & (malnutrition o malnourished)

Los mismos términos de búsqueda se realizó para el caso de buscadores en español (Scielo)

Para la condición de interés “Desnutrición Infantil” se ha realizado una revisión de los modelos conceptuales y se ha seleccionado el siguiente modelo:

Figura N° 1: Modelo Conceptual sobre Desnutrición Infantil, Muerte y Discapacidad

⁷ DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. ACP Journal Club. Editorial: Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. Ann Intern Med. 2009; 151(6):JC3-2, JC3-3.

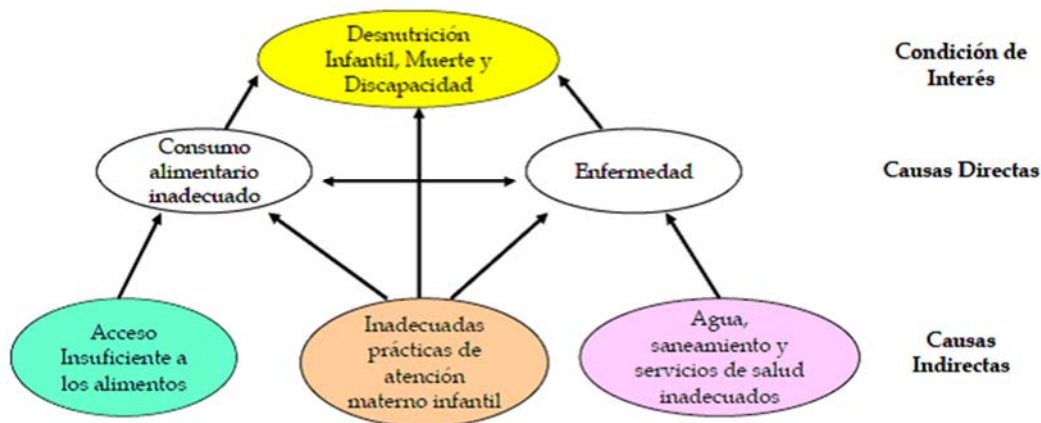


Fuente: UNICEF 1998

El siguiente paso consiste en realizar una adaptación del modelo conceptual seleccionado, para ello, previamente se deben de identificar y delimitar las causas (directas e indirectas), que afectan a la condición de interés.

En el caso del modelo seleccionado las causas directas e indirectas identificadas son las siguientes:

Figura N° 2: Modelo Conceptual a adoptar



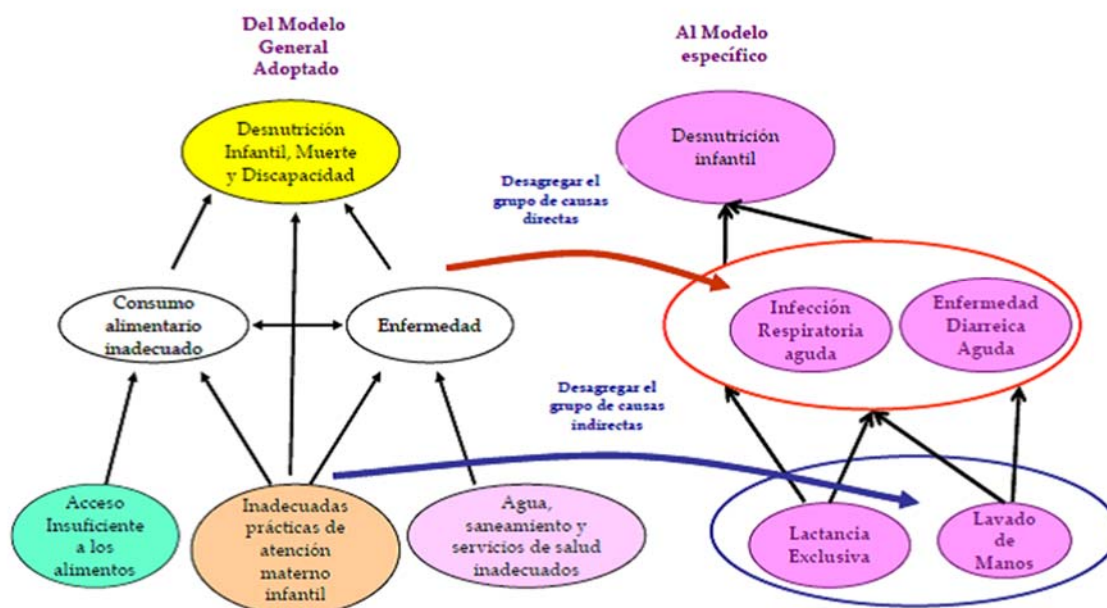
Las causas directas agrupadas bajo el rótulo de “enfermedad”, de la condición de interés “Desnutrición Infantil en el Perú”, serían: (i) enfermedad diarreica aguda de origen viral o bacteriano (EDA) antes de los 24 meses de edad y; (ii) infección respiratoria aguda (IRA) de origen viral o bacteriano antes de los 24 meses de edad; entre otros. Esta desagregación responde al análisis realizado de la ENAHO 2004, en donde la mayor morbilidad por EDA y IRA, que experimentan los niños menores de 6 meses de edad, conllevan a la pérdida de hierro y zinc; ambos, micronutrientes esenciales para el desarrollo y la maduración del menor de 24 meses.

Cabe señalar, que en el caso de otro país o región, probablemente estas enfermedades no sean relevantes y si otras, como la malaria en algunos países de África o Asia, o en algunas regiones del Perú como Loreto. En estos casos podría considerarse otra causa directa como (iii) la malaria antes de los 24 meses de edad.

De esta forma, se evidencia, que la adaptación del modelo conceptual dependerá de las características del ámbito de intervención del Programa Presupuestal.

Al adaptarse el modelo conceptual seleccionado, mediante la inclusión de características particulares del país, región, o localidad; se genera el modelo conceptual específico para la región, país o localidad. Dicha adaptación se hace bajo los criterios de: condiciones geográficas, características culturales, población (cantidad y heterogeneidad), entre otros.

Figura N° 3: Adaptación de un modelo Conceptual a uno específico del País



Cabe señalar, que la adaptación de un modelo conceptual implica además la búsqueda de evidencia relacionada a la intervención, que permita sustentar las relaciones existentes entre la condición de interés, y sus respectivas causas directas e indirectas.

Modelo explicativo

Consiste en la caracterización del problema y de sus factores causales. Así como, la identificación de caminos causales críticos (cadena de relaciones entre factores causales) y la jerarquización de los mismos.

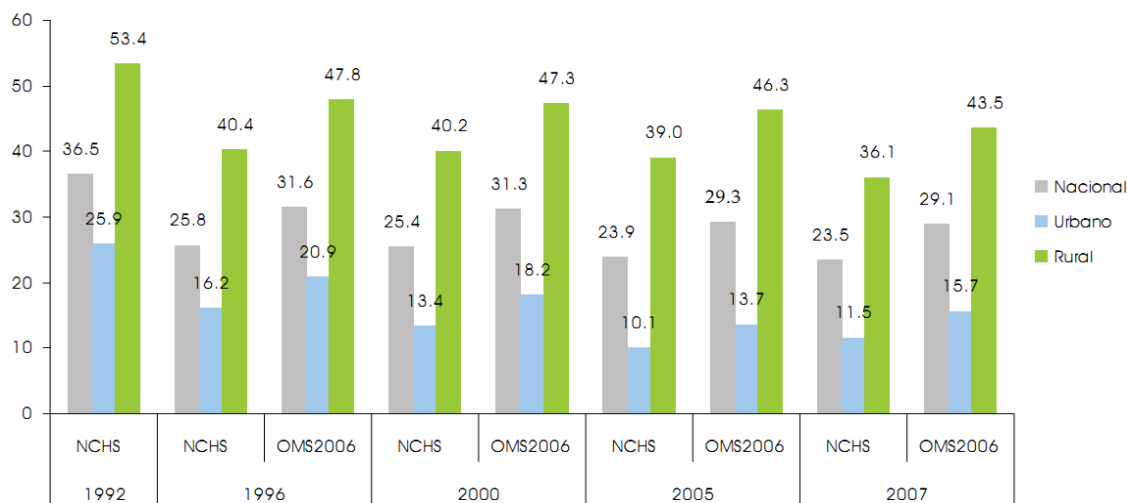
a) Magnitud de la Condición de Interés

Para determinar la magnitud de la condición de interés es necesario elegir indicadores con los datos más actualizados posibles que puedan brindar dicha información. Es sumamente útil, presentar datos en torno a la tendencia y brechas (inequidades) del indicador - puede ser por ámbito, niveles de pobreza, entre otros - puesto que permiten la caracterización buscada.

En el caso de la desnutrición crónica el indicador usualmente utilizado, por la disponibilidad de información, es la Prevalencia de la Desnutrición Crónica. Es así que se ha consolidado información de diversas fuentes y por diversos tipos tomando en consideración el público objetivo (menores de 5 años) como por ejemplo:

- (i) Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años a nivel nacional y por ámbito urbano y rural,
- (ii) Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de años por nivel de estudio y nivel de pobreza (brechas), y
- (iii) Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de años por departamento.

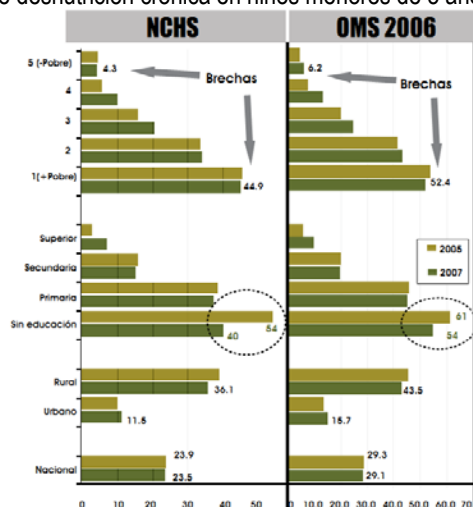
Gráfico N° 10. Proporción de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, 1992-2007. Perú



Fuente: INEI-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 1992, 1996, 2000, 2004-2007

Al analizar los datos, se puede establecer que para el año 2007 cerca del 30% según patrón de referencia de la OMS y cerca del 24% según patrón de referencia de la NCHS⁸ de los niños peruanos menores de cinco años adolecerían desnutrición crónica afecta ligeramente un poco más a los niños que a las niñas y aumenta rápidamente con la edad hasta alcanzar el 30 por ciento entre los niños próximos a cumplir 5 años, mostrando los efectos acumulativos del retraso en crecimiento, es decir la desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo a lo largo del tiempo y que difícilmente se revierte.

Gráfica N° 11. Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años (brechas), 2004-2007, Perú



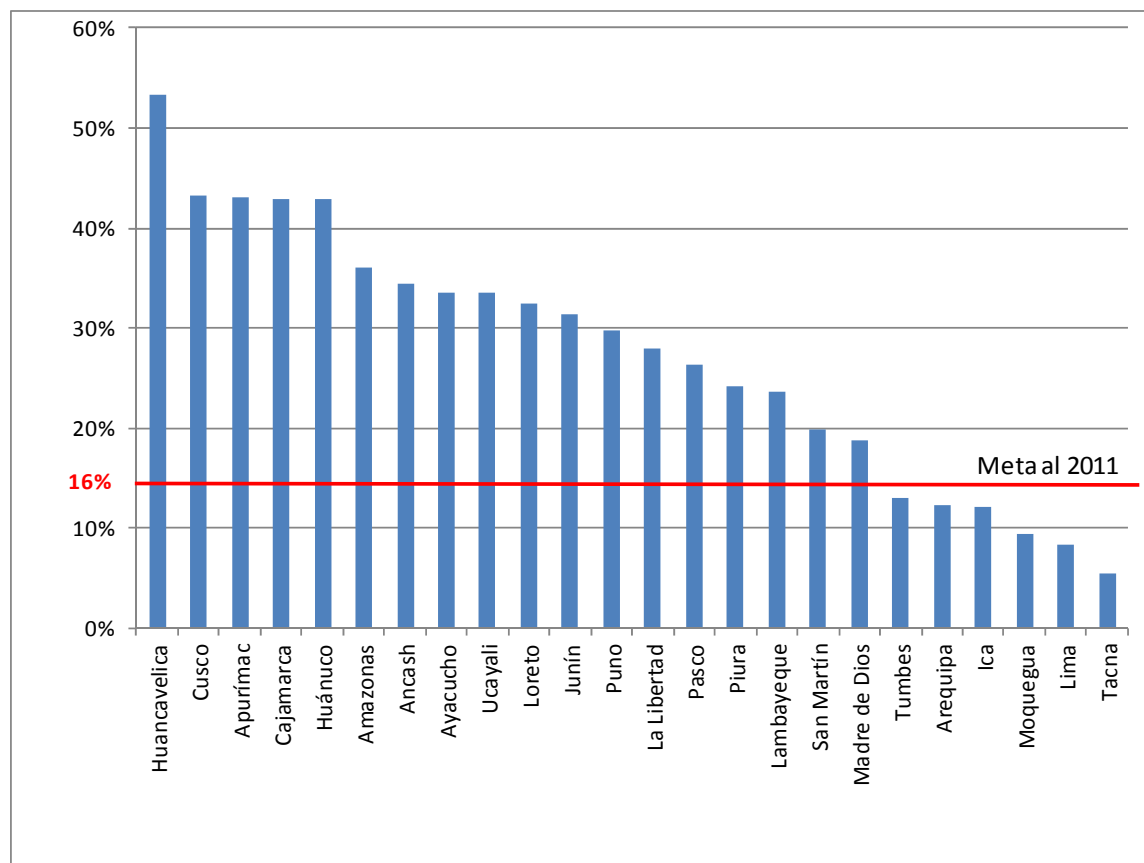
⁸ Tanto la OMS como la NCHS utilizan la base de datos la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), sin embargo utilizan diferente metodología de estimación.

La situación es mucho más grave en el ámbito rural donde se concentra el mayor número de los niños menores de cinco años que padecen de desnutrición crónica, existiendo una brecha de entre 25 y 27 puntos porcentuales respecto al área urbana (dependiendo de la fuente).

Los menos afectados con la desnutrición crónica son los niños de madres con educación superior, tan sólo el 3 por ciento de ellos sufren retardo en su crecimiento. Contrariamente, los más afectados son los niños de madres sin educación: el 55 por ciento (en promedio) de estos niños son desnutridos crónicos. Existe pues diferencia del efecto de la desnutrición por quintiles de riqueza, concentrándose con mayor fuerza en el quintil inferior en comparación con tan sólo el 4 por ciento de ellos en el quintil superior.

El análisis a nivel departamento mostró que de los 24 departamentos, Lima, Arequipa, Tumbes, Ica y Tacna tienen los más bajos niveles, en comparación con Huancavelica, Cusco, Apurímac y Cajamarca que fueron los más afectados con prevalencias del 53.4%, 43.2%, 43% y 42.8%.

Gráfico N° 12. Déficit departamental de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil



Fuente: ENDES 2000

La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta al 19,5% de niños menores de cinco años (ENDES 2012). Esta condición se acentúa en la población de más temprana edad y con mayor grado de exclusión, como es el caso de la población rural, de menor nivel educativo y de menores

ingresos económicos. En 16 departamentos del país existen cifras superiores a la media nacional, mientras que en siete de ellos, las prevalencias superan el 30%), punto de corte internacional establecido por la OMS para definir a la desnutrición crónica infantil como un problema de Salud Pública de alta prevalencia). Esto demuestra el alto grado de desigualdad e inequidad existente en el Perú.

La desnutrición crónica infantil es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas⁹.

b) Factores Causales (causas)

Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso, especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

La interacción de una dieta deficiente, ya sea en cantidad y/o calidad, con las infecciones es el factor inmediato que limita la disponibilidad de nutrientes a nivel celular e interfiere con el crecimiento lineal (Black et al, 2008, Martorell et al., 1975).

Las enfermedades infecciosas, especialmente diarreicas y respiratorias, durante la infancia representan condiciones importantes que afectan el crecimiento^{10, 11}. Los mecanismos implicados tienden a generar un círculo vicioso, relacionándose principalmente con un aumento de los requerimientos nutricionales no cubiertos durante los episodios de enfermedad y una mayor predisposición a eventos recurrentes y especialmente graves en los niños desnutridos¹². En el caso específico de las enfermedades diarreicas, los trastornos en el crecimiento suelen deberse principalmente a la mala absorción de nutrientes durante y después del episodio de diarrea, mientras que en el caso de las enfermedades respiratorias y febriles se relacionan principalmente con un aumento de la demanda metabólica y la disminución de la ingesta de alimentos¹³. Un estudio reciente¹⁴ plantea mecanismos más complejos de interacción entre estas enfermedades y el retraso de crecimiento, estableciendo que los episodios frecuentes de diarrea pueden predisponer a neumonía en niños desnutridos y que la desnutrición puede originar una disminución de la eficacia de la vacunación contra rotavirus. La mejora del nivel educativo general de las mujeres y el empoderamiento social¹⁵, la promoción de la alimentación responsiva y de la lactancia materna durante la enfermedad¹⁶, y la vacunación contra rotavirus¹⁷ y *Streptococcus pneumoniae*¹⁸ reúnen una amplia evidencia de impacto favorable sobre el crecimiento infantil.

El análisis de impacto del Programa Articulado Nutricional demuestra que, bajo la aplicación de técnicas no experimentales de evaluación, este se asocia a una reducción de la probabilidad de ser desnutrido y un aumento de

⁹ Sánchez-Abanto J. Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(3):402-5.

¹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 1998. Ginebra: UNICEF; 1998.

¹¹ Assis AMO, Barreto ML, Santos LMP, Fiaccone R, da Silva Gomes GS. Growth faltering in childhood related to diarrhea: a longitudinal community based study. Eur J Clin Nutr. noviembre de 2005;59(11):1317-23.

¹² Allen LH. Global dietary patterns and diets in childhood: implications for health outcomes. Ann Nutr Metab. 2012;61 Suppl 1:29-37

¹³ Weisz A, Meuli G, Thakwalakwa C, Trehan I, Maleta K, Manary M. The duration of diarrhea and fever is associated with growth faltering in rural Malawian children aged 6-18 months. Nutr J. 2011;10(1):25.

¹⁴ Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Moore SR. Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from developing countries. Curr Opin Infect Dis. octubre de 2011;24(5):496-502.

¹⁵ Smith L, Haddad L. Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2000.

¹⁶ Bentley ME, Stallings RY, Fukumoto M, Elder JA. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea, convalescence, and health in the central Sierra of Peru. Am J Public Health. enero de 1991;81(1):43-7.

¹⁷ Jiang V, Jiang B, Tate J, Parashar UD, Patel MM. Performance of rotavirus vaccines in developed and developing countries. Hum Vaccin. julio de 2010;6(7):532-42.

¹⁸ Lynch JP 3rd, Zhanell GG. Streptococcus pneumoniae: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. Curr Opin Pulm Med. mayo de 2010;16(3):217-25.

probabilidades de tener controles de crecimiento y vacunas completas en cohortes de nacimiento posteriores al año 2008, año de inicio del programa. Asimismo, se puede observar una mejora sostenida entre los años 2007-2011 de los indicadores de resultados intermedios y productos identificados por el PAN, con excepción del indicador de lactancia materna exclusiva⁸.

El peso al nacer es el reflejo de la experiencia intrauterina del nuevo ser y viene a constituirse en un buen indicador del estado de salud y nutrición de la madre. Como resultado de esta experiencia que se inicia en la concepción y llega a su máxima expresión al tercer año de vida, se espera que los diferentes procesos de formación de los órganos y tejidos, la sangre, el cerebro y los huesos del niño así como su potencial intelectual y físico concluyan satisfactoriamente.¹⁹

Estos recién nacidos con bajo peso al nacer tienen un riesgo alto de mortalidad, morbilidad, crecimiento deficiente, pobre desarrollo cognitivo y psicomotor como resultados inmediatos y al llegar a ser adultos tienen la mayor susceptibilidad a la diabetes tipo 2, la hipertensión y las enfermedades coronarias²⁰

Son muchos los factores que determinarán que el niño concluya su desarrollo infantil favorablemente; el haber nacido con bajo peso al nacer, la baja prevalencia de lactancia materna, la carencia de afecto, el bajo nivel de educación parenteral, el inadecuado saneamiento ambiental, la inseguridad alimentaria, las infecciones nos llevarán al déficit en la dieta de micronutrientes, déficit de peso para la talla, retraso en talla para la edad. Alterándose a su vez los procesos a corto plazo en el desarrollo del cerebro, crecimiento (masa muscular, composición corporal) que está relacionada con la programación metabólica de la glucosa, lípidos, hormonas proteínicas/receptor/gen que influirán a largo plazo en el rendimiento cognoscitivo, educacional, capacidad laboral, inmunidad ante enfermedades y mayor prevalencia de diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y cáncer⁹.

En un estudio realizado por Coronel y Rivera²¹ en México encontraron que las diarreas y las infecciones respiratorias fueron significativamente mayores en el grupo de bajo peso al nacer así como la desnutrición y la anemia al finalizar el primer año de vida.

Entonces uno de los resultados no deseados es el bajo peso al nacer, según los reportes al 2011; 15 de cada 100 niños en el mundo nacen con pesos inferiores a 2500 gramos y 8 de cada 100 niños en América Latina y el Caribe²², en el Perú estamos alrededor de 6.5% según el reporte al 2011²³ de la ENDES. En esta misma encuesta al preguntarse a las madres sobre su percepción del tamaño de sus hijos al nacimiento; el 3.1% dijo que eran muy pequeños y el 19.4% eran pequeños y al rastrear a estos niños se encontró que el 41.4% de los primeros y el 33.4% de los pequeños tenía desnutrición crónica en la población menor de 5 años¹⁰

Otro de los resultados es la desnutrición crónica; siendo sensible la población infantil menor de tres años. En nuestro país la tendencia de la desnutrición es creciente tal como podemos ver en el gráfico N°13. Entre los 12 y 24 meses se alcanza el pico de la desnutrición crónica en la población infantil.

Grafico N°13: Proporción de la Desnutrición

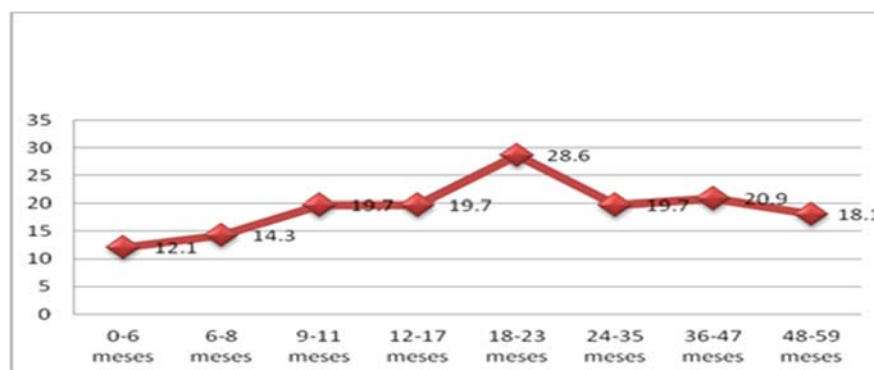
¹⁹Aldemar H, Behrman J. Estimated Economic Benefits of reducing Low Birth Weight in Low-income countries. The International Bank for Reconstruction and Development./ The World Bank Abril 2004

²⁰Kalhan SC, Prentice AM, Yajnik CS. Prevención del Bajo Peso al nacer 63 Nestle Nutrition Institute Workshop Programa pediátrico Nueva Delhi Vol 63 209-225.

²¹Coronel C, Rivera I. Peso bajo al nacer. Influencia en la salud durante el primer año de vida. Revista mexicana pediátrica 2003;70(6); 283-287.

²² UNICEF- OMS Disponible en: www.childinfo.org/lowbirthweight_table.php

²³INEI Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 2011 Disponible: www.proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/



Fuente: INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES- 2011)

Razón por la cual las intervenciones en este periodo de tiempo resultan ser costo efectivas y de gran impacto.

En nuestro país la intervención por el sistema de salud es única, tanto para los niños con bajo peso al nacer como para aquellos que nacieron con pesos adecuados. Lo mismo sucede con las intervenciones educativas (Centros de estimulación temprana, PRONOEI, etc.). Así mismo los programas de apoyo social de los diferentes ministerios y organizaciones no gubernamentales enfocan su intervención en los niveles de pobreza.

En la revisión sistemática planteada por Villegas et al²⁴ concluyeron que diversos investigadores han destacado el impacto ejercido del estado nutricional prenatal o postnatal temprano, sobre el estado nutricional del niño, la inteligencia, el rendimiento escolar y la actividad ocupacional a futuro. No obstante en el estudio realizado por Guerra et al²⁵ en la Habana- Cuba en el seguimiento realizado a los niños nacido con bajo peso al nacer encontraron que los niños alcanzaron a unir sus curvas antes del primer año de vida siendo superior a los niños con peso adecuado. Otros autores no han encontrado asociación significativa por lo que sugieren el desarrollo de investigaciones que nos permitan analizar las variables de relevancia que influirán en el desarrollo del niño y su vida futura.

Indirectos

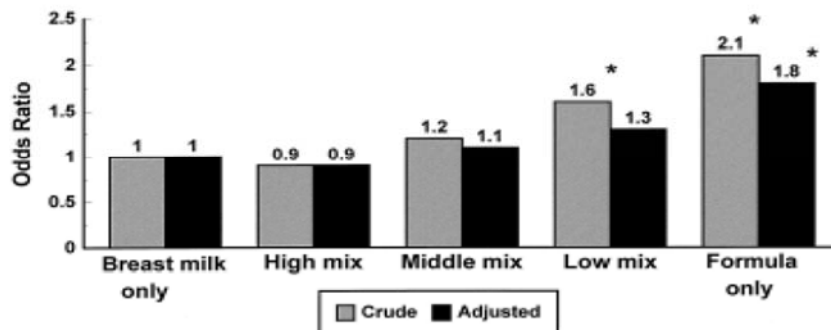
Los factores causales indirectos (o factores explicativos indirectos), son aquellos que tienen una relación indirecta con la condición de interés, pero sí una incidencia directa sobre el factor causal directo. Es decir, que su ocurrencia, incide directamente en la magnitud y severidad del factor causal directo.

En el caso de la incidencia de diarrea, por ejemplo, hay evidencia que muestra que algunos de los factores asociados a ella son la lactancia exclusiva y el lavado de las manos.

Grafico N°14: Asociación entre lactancia exclusiva hasta los seis meses y diarrea

²⁴Villegas S, Ivanovic R, Pérez H, Almagia A, Urrutia M, Rodríguez M, Larrain C, Ivanovic D, Peso de nacimiento y posterior estado nutricional, desarrollo cognitivo y actividad ocupacional: una revisión crítica. Archivos Latino Americanos de Nutrición. 2009 ;59(4): 369-377

²⁵Guerra D, Rey D, Reyes A, Reyes Y. valoración Antropométrica en niños Bajo peso al Nacer. Policlínico Docente Luis Trígent. Güines 2008



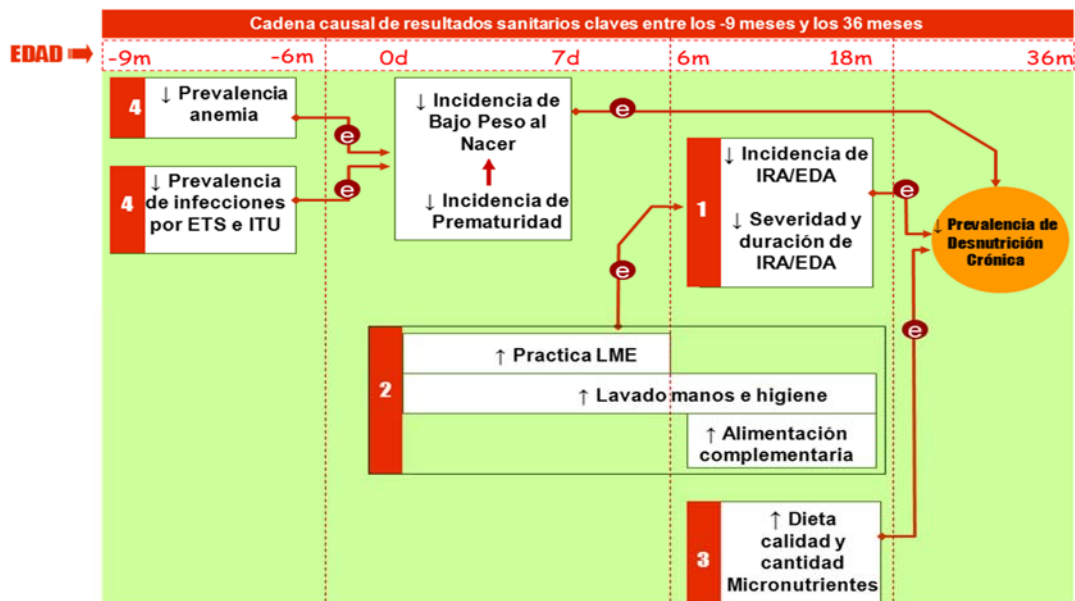
Fuente : Scariati, p. D. et al. Pediatrics 1997,99,e5

Por otro lado, existe evidencia que un factor causal para el lavado de manos lo constituye la actitud de las madres con relación a la higiene, tanto la propia como la de sus hijos

c) Identificación de Caminos Causales Críticos

En la Grafico N° 14, se presenta las principales trayectorias de causalidad que conducen a la desnutrición crónica. En el mismo esquema al costado izquierdo de cada recuadro, con números del 1 al 5, se propone una jerarquización de cada factor. La letra “e” sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Figura N° 4. Principales trayectorias de causalidad asociados a la desnutrición crónica



Siguiendo la lógica del diagrama y por orden de relevancia, la prevalencia del retardo en el crecimiento observado en niños menores de 36 meses de edad, es resultado principalmente de las siguientes causas:

En la Figura 3 se presenta las principales trayectorias de causalidad que explican la elevada prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años, situación que se inicia mucho más temprano, en los niños más pequeños menores de 36 meses de edad.

La mayoría de casos de desnutrición crónica están asociados prioritariamente a la elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas y las deficiencias en la calidad y cantidad de la dieta en un periodo crítico de crecimiento y desarrollo del ser humano.

- (1) La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda principalmente) que los niños adquieren entre los 6 y 24 meses de edad. Cuando se trata de enfermedades infecciosas, el término “carga de morbilidad”, no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también la severidad y duración cada episodio. Utilizando modelos estadísticos, se ha estimado que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales^{26,27,28}. En reiteradas investigaciones, se ha examinado la relación bidireccional que existe entre los indicadores antropométricos (z score peso/talla, z-score peso/edad) y la duración del episodio de diarrea, la severidad de la deshidratación y la tasa de letalidad. En cada caso, se ha demostrado que el estado previo de malnutrición (z-score peso/edad) se asocia con mayor severidad de la diarrea aguda^{29,30,31}. Asimismo, a partir de 10 estudios realizados en países en desarrollo, se estimó que un día de diarrea reduce la ganancia de peso en 10.9 gramos y que 30 días de diarrea, en el lapso de un año, se traduce en 327 gramos de déficit ponderal.
- (2) Prácticas inadecuadas en el cuidado de los niños, como la lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses, el lavado de manos y la higiene personal, así como la alimentación complementaria en niños de 6 y 24 meses, predisponen a su vez a un mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias agudas:
- (3) Las deficiencias en la calidad y cantidad de la dieta ocasionan el déficit de micronutrientes (hierro, zinc) en los niños de 6 a 24 meses de edad, es causa y efecto a la vez de la elevada “carga de morbilidad”. Sucesivos episodios de diarrea o de infecciones respiratorias agudas ocasiona pérdidas de micronutrientes, las cuales no son compensadas por la alimentación habitual que recibe el niño, generando situaciones de déficit de dos minerales fundamentales que son el Hierro y el Zinc. A su vez, de episodio a episodio, se va instalando un ciclo pernicioso, en el cual la deficiencia de los micronutrientes incrementan la susceptibilidad para adquirir infecciones y ser más resistentes al tratamiento, y estas infecciones a su vez causa mayores pérdidas de estos micronutrientes. La deficiencia de ambos minerales, bien sea a través de las enfermedades infecciosas o de manera directa influyen en el crecimiento de los niños. En la actualidad está ampliamente documentado la relación de causalidad entre Zinc con la duración, severidad de la diarrea.
Por otro lado, son varios e importantes los eventos que ocurren en etapas previas a los 6 meses de vida que tienen repercusión directa en el crecimiento de los niños. De todos ellos, el principal es el bajo peso al nacer (BPN) (Ver figura 4), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y

²⁶ Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical **growth** in rural Guatemala children. *Am. J. Dis. Child.* 129:1296-1301

²⁷ Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Br. J. Nutr.* 37:441-450

²⁸ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the **growth** of children in rural Bangladesh. *Pediatrics* 73:799-805

²⁹ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. *Am. J. Clin. Nutr.* 39:87-94

³⁰ Palmer, D. L., Koster, F. T., Alam, A.K.M.J. & Islam, M. R. (1976) Nutritional status: a determinant of severity of diarrhea in patients with cholera. *J. Infect. Dis.* 134:8-14.

³¹ Samadi, A., Chowdhury, A. I., Huq, M. I. & Shahid, N. S. (1985) Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. *Br. Med. J.* 290:1615-1617.

mortalidad por enfermedades infecciosas³², con tendencia a mantener bajo peso y tener muy baja resistencia ante la presencia de enfermedades durante la niñez y la adultez. Asimismo, los hijos de las niñas que nacieron con bajo peso al nacer, cuando en la edad adulta resulten embarazadas, tendrán mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer, reproduciéndose de esta manera de generación a generación el retardo en el crecimiento. A la par del BPN, está presente otro factor que es la prematuridad. Estos dos factores son resultado de condiciones de salud que la madre experimenta durante el primer trimestre del embarazo. El Bajo Peso al Nacer y la prematuridad son condiciones que ocurren antes del nacimiento, fundamentalmente durante el primer trimestre (Ver figura 4).

- (4) **Anemia:** La anemia es un factor causal relevante debidamente documentado con evidencias disponibles, sin embargo, se debe mencionar que no está de manera definitiva esclarecida el rol de los programas de asistencia alimentaria durante el embarazo para reducir la anemia.

Infecciones por ETS e ITU: la adquisición de infecciones tanto del tracto urinario y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también son causantes del bajo peso al nacer y de la prematuridad, que están íntimamente asociados y también son consecuencia de las infecciones que la gestante experimenta durante el primer trimestre.

Modelo prescriptivo

Consiste en la identificación de intervenciones y en la priorización de las mismas, que afectan o modifican los caminos causales, identificados en el modelo explicativo.

a) Identificación de puntos vulnerables

En el caso de nuestra condición de interés “Desnutrición Infantil”, en la primera cadena causal jerarquizada se identifica como un factor causal vulnerable (factible de ser intervenido mediante acciones), la “actitud de la madre”, que afectará directamente el factor, “lavado de manos” y este a su vez, afectará directamente al factor “diarrea”. Cabe señalar que la relación entre el factor causal vulnerable y el factor causal indirecto se denomina “relación de vulnerabilidad”, la cual puede ser sujeta a intervenciones que afectan la incidencia de la relación entre ambos factores.

El segundo factor causal vulnerable, de la actitud materna, que afectará en la vacunación y este afectará directamente en el factor de IRA y EDA. El tercer punto vulnerable a considerar es la suplementación con multimicronutrientes y este a su vez afectará en la calidad de la dieta.

b) Identificación de intervenciones en base a criterios de eficacia y efectividad

Sobre la base de la información disponible en la literatura especializada (búsqueda de evidencias), se realizó un listado de las intervenciones que modifican la relación entre el factor causal vulnerable (por ej. actitud de la madre) y el factor causal indirecto (por ej. lavado de manos). La selección de dichas intervenciones está sustentada en evidencias relacionadas con sus niveles de eficacia y/o costo efectividad (ver tabla de evidencias de este documento). A continuación se muestra las principales intervenciones en base a criterios de eficacia y costo-efectividad³³

Promoción de la lactancia materna exclusiva y lavado de manos Promoción sobre la consejería nutricional en niños de 6 a 24 meses	Estas intervenciones enmarcadas en el producto CRED completo y familias saludables
---	--

³² Grande C, Larguía A. Contribución de la prematuridad extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. Rev. Hosp. Materno-Infantil Ramón Sarda 2003;22(1):11-15

³³ Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE; Lancet Nutrition Interventions Review Group; Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-77.

Vacunas como intervención para prevenir enfermedades ³⁴	Esta intervención enmarcada en el producto niños con vacuna completa en el que incluye la vacunación contra neumococo y rotavirus ³⁵
--	---

Suplementación de vitamina A en niños de 6 meses a 5 años.

Suplementación de hierro en niños

Suplementación con multimicronutrientes

Suplementación con zinc en niños.

Intervenciones basadas en la comunidad permiten mejorar la salud del recién nacido, del lactante, niño, y de la madre. Estas intervenciones han demostrado para reducir las infecciones respiratorias complicadas y las muertes por diarrea. Estas intervenciones son entregadas por personal de salud, e implementadas a nivel local, en los hogares, familias, o cualquier otro grupo comunitario definido³⁶.

Plataforma de trabajo con las escuelas³⁷

c) Priorización de Intervenciones a ser realizadas

Considerando las principales trayectorias de causalidad del problema de la Desnutrición Crónica Infantil, se ha trazado los principales ejes de las intervenciones, los que a continuidad se detallan:

Se presenta el esquema de intervenciones claves asociadas a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, mostrada en la figura 2. Las intervenciones claves constituyen productos del Programa Articulado Nutricional, la aplicación de vacunas contra el Rotavirus y el Neumococo forman parte del producto “Niños con vacuna completa” y las actividades de consejería, sesiones educativas y demostrativas, para promover 3 prácticas saludables en la madre y el niño (Lactancia materna exclusiva, lavado de manos y alimentación complementaria) constituyen el producto “niños con CRED completo para la edad”.

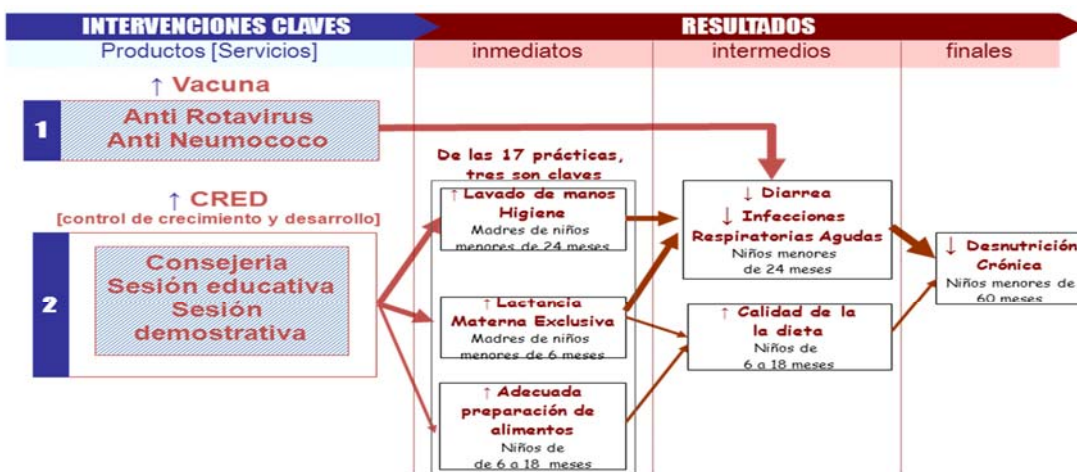
Figura N° 5. Intervenciones claves y eficaces, PAN.

³⁴ Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, Lee BW, Lolekha S, Peltola H, Ruff TA, Santosham M, Schmitt HJ. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ. 2008 Feb;86(2):140-6.

³⁵ Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Moore SR. Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from developing countries. Curr Opin Infect Dis. 2011 Oct;24(5):496-502. doi: 10.1097/QCO.0b013e328349287d

³⁶ Haines A, Sanders D, Lehmann U, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. Lancet 2007; 369: 2121–

³⁷ Kristjansson B, Petticrew M, MacDonald B, et al. School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged students. Cochrane Database Syst Rev 2009; 1: CD004676.



1. La aplicación de vacunas contra la diarrea y la infección respiratoria aguda (neumonías)
2. El control de crecimiento y desarrollo [CRED] de los niños para promover la adopción de las tres prácticas claves: i) Higiene y lavado de manos, ii) lactancia materna exclusiva y iii) adecuada preparación de los alimentos

Estos Intervenciones que constituyen productos forman parte del Modelo Lógico del programa, que a su vez involucra otras intervenciones todas ellas costo efectivas ³⁸ (ver tabla de evidencias) a continuación se presenta el listado de intervenciones.

- Niños con CRED completo para su edad.
- Niños con vacuna completa.
- Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses
- Niños con suplemento de hierro y vitamina A
- Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico
- Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal
- Atención de otras enfermedades prevalentes: Anemia
- Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos
- Comunidad accede a agua para el consumo humano
- Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
- Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
- Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación
- Atención de infecciones respiratorias agudas sin y con complicaciones
- Atención de enfermedades diarreicas agudas sin y con complicaciones

Tabla Nº 06

Causas Directas de la Desnutrición

I. Incidencia de Bajo Peso al Nacer

Descripción de la causa	Pobre nutrición durante la pre-concepción, embarazo y lactancia
Describe la vinculación entre la causa directa y el	La desnutrición materna está asociada a un incremento en el riesgo de parto pre-término y de recién nacido con bajo peso de nacimiento.

³⁸ Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE; Lancet Nutrition Interventions Review Group; Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-77. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4. Epub 2013 Jun 6.

problema específico	
Magnitud de la causa	El riesgo de Parto pre-término es 29% mayor en las mujeres desnutridas comparados con las mujeres no desnutridas (RR 1.29, IC 95% 1.15-1.46), asimismo, las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener recién nacidos con Bajo Peso de Nacimiento comparados con las mujeres no desnutridas (RR 1.64, IC 95% 1.38-1.94).
Atributos de la causa	Gestantes desnutridas
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Embarazo adolescente
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El embarazo adolescente está asociado con un incremento de riesgo de muerte fetal y neonatal, y un incremento en el riesgo de parto pre-término, bajo peso al nacer y asfixia.
Magnitud de la causa	La edad materna muy temprana es un factor de riesgo 1,82 veces mayor para tener recién nacidos con Bajo peso de nacimiento (OR 1.82, IC 95% 1.60 – 2.07), 1,68 veces mayor riesgo para Parto pre-término (OR 1.68, IC 95% 1.34 – 2.11) y 1,36 veces mayor riesgo de presentar anemia materna (OR 1.36, IC 95% 1.24 - 1.49).
Atributos de la causa	Gestantes adolescentes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Deficiencia de ácido fólico en gestantes
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La deficiencia de ácido fólico en la gestante está asociada con mayor riesgo de defectos del tubo neural y puede estar asociada a menor peso de nacimiento.
Magnitud de la causa	Se encontró una relación dosis-respuesta significativa entre la ingesta de folato y el peso de nacimiento (β 0.03, IC 95% 0.01-0.05). Es decir, un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 500 microgramos por día se prevé contar con un peso al nacer que es 2% superior a un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 250 microgramos por día.
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1

Descripción de la causa	Deficiencia de hierro en gestantes
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna, y está relacionada con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal
Magnitud de la causa	La anemia en el primer y segundo trimestres de gestación es un factor de riesgo 1,29 veces mayor de bajo peso al nacer (OR ajustado: 1.29, IC 95% 1.9-1.53) y de riesgo 1,21 veces mayor de nacimiento Pre-término (OR 1.21, IC 95% 1.13-1.30).
Atributos de la causa	Gestantes
Evidencia que justifique la	A1

Descripción de la causa	Deficiencia de hierro en gestantes
relación de causalidad	

II. Ingesta inadecuada e insuficiente de nutrientes en niños menores de 24 meses

Descripción de la causa	Inadecuadas prácticas de lactancia materna (inicio tardío, lactancia no exclusiva, término temprano de lactancia)
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Las prácticas inadecuadas de lactancia materna están asociadas con resultados negativos en indicadores de salud infantil.
Magnitud de la causa	Lactantes que siguen las recomendaciones de lactancia exclusiva incrementan su talla en 0.75 cm y su peso en 0.25 kg, y disminuyen la prevalencia de diarrea, fiebre y tos en 8, 12 y 11%, respectivamente.
Atributos de la causa	Lactantes menores de 6 meses
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

Descripción de la causa	Inadecuadas prácticas de alimentación complementaria
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria producen retraso en el crecimiento y desnutrición aguda en niños lactantes.
Magnitud de la causa	Asociación significativa entre el Inicio temprano de lactancia materna y una reducción del riesgo de desnutrición ($p < 0.05$). Para infantes de 6-8 meses: Consumo de alimentos sólidos estuvo asociado con un riesgo significativamente más bajo de retraso en el crecimiento y bajo peso ($p < 0.001$) Frecuencia de alimentación balanceada estuvo asociada solo con menor riesgo de bajo peso ($p < 0.05$). Introducción de alimentos sólidos a tiempo y diversidad dietaria estuvieron asociados con una probabilidad reducida de bajo peso y retraso en el crecimiento, la cual a su vez estuvo fuertemente asociada con la educación materna ($p < 0.001$).
Atributos de la causa	Infantes menores de 12 meses de edad
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C1

III. Morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses de edad

Descripción de la causa	Niño que no recibe lactancia materna
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La lactancia materna es un factor protector para mortalidad relacionada a infección.
Magnitud de la causa	1,5 veces mayor riesgo de mortalidad en infantes amamantados predominantemente (RR 1.48, IC 95% 1.13-1.92), 2,9 veces mayor riesgo en infantes parcialmente amamantados (RR 2.84, IC 95% 1.63-4.97), y 14,4 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 14.4, IC 95% 6.13-33.9) comparados con los infantes amamantados exclusivamente de 0 a 5 meses

Descripción de la causa	Niño que no recibe lactancia materna
	de edad. El riesgo de mortalidad relacionada a infección en 0-5 meses fue 1,7 veces mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.7, IC 95% 1.18-2.45), 4,6 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 4.56, IC 95% 2.93-7.11) y 8,7 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 8.66, IC 95% 3.19-23.5) comparado con los infantes amamantados exclusivamente.
Atributos de la causa	Lactantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1, A2

Descripción de la causa	Niño no Vacunado
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La vacunación para rotavirus puede reducir el porcentaje de diarreas debida a rotavirus
Magnitud de la causa	La vacuna para rotavirus puede prevenir 74% (35-90%) de muertes por rotavirus y 47% a 57% de hospitalizaciones por rotavirus, asimismo, tiene el potencial de reducir el porcentaje de muertes por diarreas debidas a rotavirus. La vacuna para cólera puede reducir la incidencia en 52%.
Atributos de la causa	Infantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A1, A2

Descripción de la causa	Niño no Vacunado
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La vacunación contra enfermedad neumocócica invasiva es efectiva en reducir la incidencia de infecciones respiratorias como enfermedad neumocócica invasiva en niños pequeños.
Magnitud de la causa	La vacuna combinada neumocócica contra la enfermedad neumocócica invasiva es efectiva en reducir hasta un 100% de casos con el esquema 2+1 ó 3+1, y hasta un 90% con esquema 3+2.
Atributos de la causa	Infantes
Evidencia que justifique la relación de causalidad	A2

Causas Indirectas de la Desnutrición

Inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene

Descripción de la causa	Inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Las inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene están relacionadas con incremento en el riesgo de infecciones diarreicas en niños
Magnitud de la causa	Factores predictores de diarrea: Las madres que no saben leer ni escribir tuvieron 1,7 veces mayor riesgo (OR 1.74, IC 95% 1.03-2.91), las madres que no realizan la práctica de lavado de manos en momentos críticos presentaron 2,2 veces mayor riesgo (OR 2.21, IC 95% 1.41-3.46), las madres que no usan el jabón para el lavado de manos tuvieron 7,4 veces mayor riesgo (OR 7.40, IC 95% 2.61-20.96), quienes realizaban una disposición inadecuada de excretas presentaron 3,2 veces

	mayor riesgo (OR 3.19, IC 95% 1.89-5.38).
Atributos de la causa	Infantes y niños menores de 5 años
Evidencia que justifique la relación de causalidad	C2

3.1 Resultados específicos

Tabla N° 07

Resultado Especifico	
Problema identificado	Resultado especifico
Desnutrición Crónica	Disminuir la desnutrición crónica
¿ A quiénes beneficiara? (población objetivo)	Niños menores de 5 años

3.3 Análisis de Alternativa

3.3.1 Análisis de las alternativas de intervención

Tabla N° 08 b

Intervenciones para causas directas:

I. Intervenciones para reducir la incidencia de bajo peso al nacer

Alternativa de intervención identificada	Prevención de embarazos adolescentes
Descripción breve de la alternativa	El riesgo de embarazos adolescentes no planificados es menor entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). La evidencia que respalda las intervenciones en salud reproductiva y planificación familiar en adolescentes, sugiere que sería posible reducir los embarazos no deseados y optimizar la edad del primer embarazo, que a su vez podrían ser muy importantes para reducir el riesgo de nacimiento pequeños para la edad gestacional (PEG) en poblaciones donde las tasas de embarazo adolescente son altas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación periconcepcional de ácido fólico en mujeres en edad reproductiva
Descripción breve de la alternativa	Los defectos del tubo neural pueden prevenirse efectivamente con suplementos periconcepcionales de ácido fólico. La evidencia indica que en mujeres que recibieron una suplementación periconcepcional de ácido fólico se encontró efectos significativos en prevención de defectos del tubo neural (DTN) y recurrencia de DTN.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1
---	----

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con ácido fólico en gestantes
Descripción breve de la alternativa	La evidencia indica que mujeres gestantes que recibieron ácido fólico mostraron un menor riesgo de recién nacido pequeño para edad gestacional (PEG) , mayor peso de nacimiento y menor incidencia de anemia megalobástica
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con hierro y hierro/ácido fólico en gestantes
Descripción breve de la alternativa	La anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna, y está relacionada con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal. La evidencia actual ha mostrado que en gestantes, la suplementación diaria con hierro (solo o con ácido fólico u otras vitaminas y minerales) tiene efecto significativo en reducir el riesgo de anemia; mientras que la suplementación intermitente de hierro (solo o en combinación), encontró similares resultados maternos y neonatales que la suplementación diaria, pero estuvieron asociados con menores efectos secundarios.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación oral con múltiples micronutrientes durante gestación
Descripción breve de la alternativa	La suplementación oral con múltiples micronutrientes durante la gestación tiene efectos significativos en reducir el riesgo de bajo peso de nacimiento, recién nacido PEG y tasa reducida de muerte fetal
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con calcio en gestantes
Descripción breve de la alternativa	Los desórdenes hipertensivos gestacionales son la segunda causa de morbilidad y mortalidad materna y está asociada con un mayor riesgo de

	parto pre-término y restricción de crecimiento intrauterino. La evidencia indica en gestante que recibieron suplementación con calcio, se encontró efectos significativos en peso de nacimiento de recién nacido, comparados con grupo control.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Iodización de la sal
Descripción breve de la alternativa	La deficiencia severa de yodo durante la gestación causa cretinismo, el cual puede eliminarse con la suplementación de yodo antes de la concepción o en el primer trimestre de gestación. En las regiones afectadas por deficiencia de yodo, la iodización de la sal es la intervención más costo-efectiva de entrega de yodo.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes
Descripción breve de la alternativa	La desnutrición materna es un factor de riesgo para la restricción de crecimiento intrauterino y resultados perinatales adversos. La evidencia actual señala que la suplementación proteico-energética balanceada es una intervención importante para prevenir el riesgo de recién nacido pequeño para edad gestacional y muerte fetal; y de presentar un mayor peso de nacimiento.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

II. Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses

Alternativa de intervención identificada	Promoción de Lactancia materna
Descripción breve de la alternativa	La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño es la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia. La educación y consejería sobre la lactancia materna, tiene impactos positivos en el tiempo de duración de lactancia, y reducciones significativas en las tasas de no lactancia
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la	A1

efectividad de la alternativa	
-------------------------------	--

Alternativa de intervención identificada	Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad
Descripción breve de la alternativa	La promoción de prácticas de alimentación complementaria adecuada, siguiendo las recomendaciones para una alimentación responsiva, es efectiva para prevenir la desnutrición infantil e incrementar la aceptación de alimentos por el infante.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Consejería nutricional y educación nutricional en alimentación complementaria.
Descripción breve de la alternativa	La educación en alimentación complementaria produce incrementos en peso y talla en niños menores de 2 años, sobre todo en zonas con seguridad alimentaria.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Provisión de alimentación complementaria a niños de 6 a 24 meses de edad
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones de <i>entrega de alimentación complementaria</i> , tiene efectos significativos en ganancia de peso, incremento en talla, hemoglobina y desarrollo psicomotor, encontrándose evidencia de mayor ingesta de la energía de los alimentos complementarios en el niño cuando se entrega en centros de cuidado diurno en comparación con la entrega en casa. Existe un mayor impacto cuando la educación se brinda acompañada de la entrega de alimentos complementarios que estén disponibles en la zona, especialmente para niños que viven en zonas de inseguridad alimentaria.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses de edad
Descripción breve de la alternativa	La suplementación diaria con hierro en niños de 4 a 23 meses de edad presentó efectos significativos en menor riesgo de anemia y deficiencia de hierro, sin embargo, también estuvo asociado a vómitos y fiebre en comparación con los niños que no lo recibieron.

Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Entrega de multi-micronutrientes en polvo para fortificación en casa
Descripción breve de la alternativa	Los micronutrientes en polvo en niños tienen efectos significativos en reducción de la prevalencia de anemia, deficiencia de hierro, deficiencia de retinol, pero no en el crecimiento lineal, ni delgadez. Por otro lado, están asociados con incremento en diarrea en niños.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementos nutricionales de base lipídica (LNS)
Descripción breve de la alternativa	Estudios aleatorizados controlados en Burkina Faso y Haití han mostrado efectos significativos en estado de hierro y crecimiento lineal, sin embargo, aún es necesaria mayor evidencia de los beneficios y efectos adversos en la implementación de programas nutricionales.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A3

III. Intervenciones para reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones integrales para manejo de infecciones
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones para el manejo de infecciones en niños con mayor efectividad fueron lactancia materna, solución de rehidratación oral y manejo de casos a nivel comunitario.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones para mejorar las coberturas de Vacunación
Descripción breve de la alternativa	La evidencia de moderada calidad señala que los debates en comunidad basados en evidencia incrementan 2,2 veces las coberturas de DPT3, y las campañas de información pueden aumentar 1,4 veces la absorción de al menos una dosis de la vacuna. La evidencia de baja calidad indica que la educación de salud brindada en

	los establecimientos de salud puede mejorar 1,2 veces la cobertura de la vacuna combinada de DPT3 y que la combinación de educación brindada en el establecimiento de salud con tarjetas de inmunización rediseñadas pueden mejorar en 1,4 veces la cobertura de DP3.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación preventiva con vitamina A
Descripción breve de la alternativa	La suplementación preventiva con vitamina A en niños reduce la mortalidad por todas las causas y la incidencia de diarrea y sarampión en niños de 6 a 59 meses de edad.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación preventiva con zinc
Descripción breve de la alternativa	La suplementación preventiva con zinc en niños pequeños tiene efectos significativos en reducción de morbilidad por diarrea, al mismo tiempo que presenta efectos positivos en crecimiento lineal, efecto que fue potenciado cuando se suplementó zinc en combinación con hierro.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Suplementación oral con zinc para tratamiento de niños con diarrea aguda o crónica
Descripción breve de la alternativa	La suplementación oral con zinc para el tratamiento de niños con diarrea aguda o crónica, reduce la duración de los episodios de diarrea.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Promoción del lavado de manos
Descripción breve de la alternativa	La actual evidencia indica que la promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas previene un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos, y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos.

Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Intervenciones de Agua, saneamiento y promoción del lavado de manos
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones más integrales que incluyan mejora de la calidad y abastecimiento de agua, entrega de saneamiento adecuado y promoción de lavado de manos con jabón, tuvieron efectos significativos en mejorar los puntajes Z talla para edad.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Intervenciones para causas subyacentes de la desnutrición

Alternativa de intervención identificada	Fortificación de alimentos de primera necesidad y alimentos específicos
Descripción breve de la alternativa	La fortificación de alimentos es segura y costo efectiva para la prevención de deficiencia de micronutrientes. La fortificación para niños muestra beneficios significativos en las concentraciones séricas de micronutrientes y niveles de hemoglobina y ferritina
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2

Alternativa de intervención identificada	Programas de incentivos financieros
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual sobre incentivos financieros sobre intervenciones sanitarias, señala que pueden tener impacto en brindar el calostro, inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y duración media de la lactancia materna exclusiva; sin embargo, no se observan efectos de incentivos financieros en coberturas de inmunización. El mayor efecto parece alcanzarse con los programas que directamente retirar la cuota de usuario para acceso a servicios de salud.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Programa de transferencias condicionadas
Descripción breve de la alternativa	En relación al impacto de los programas de transferencias condicionadas en el estado nutricional y seguridad alimentaria de las familias beneficiarias, la

	evidencia actual indica que el efecto es positivo aunque pequeño, y que pueden incrementar la ingesta de alimentos y tener una influencia positiva en la seguridad alimentaria de las familias beneficiarias.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional
Descripción breve de la alternativa	El paquete de intervenciones de base comunitaria es efectivo para reducir la morbilidad y mortalidad materna, muerte fetal y mortalidad perinatal, a la vez que fueron efectivos en incrementar el uso de kits de parto esterilizado, las tasas de lactancia materna temprana y la búsqueda de atención de salud para morbilidad neonatal. Las intervenciones con personal comunitario, tienen efectos significativos en promover la captación de vacunación infantil, promover la iniciación de la lactancia materna y todo tipo de lactancia, y mejores tasas de curación de tuberculosis pulmonar, en comparación con la atención habitual.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A1

Alternativa de intervención identificada	Atención integral del niño brindada desde los servicios de salud
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual refiere que las intervenciones nutricionales brindadas a través de sistemas de salud acreditados tienen efectos significativos en mejorar las prácticas de alimentación y cuidado infantil, y en reducir el riesgo de presentar retardo en el crecimiento.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A3

Alternativa de intervención identificada	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual indica que el AIEPI ha mostrado ser efectivo en mejorar la calidad de los servicios de salud pediátrica, incremento de ahorro de costos en atención de salud, y probablemente reducir la mortalidad pediátrica en países en desarrollo. Sin embargo, muchos países han tenido problemas en capacitación, sistemas de salud y limitaciones financieras para la aplicación a nivel nacional, por lo que no se ha podido observar beneficios sostenidos en el tiempo.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	A2
---	----

Alternativa de intervención identificada	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil
Descripción breve de la alternativa	La evidencia indica que un programa de plataforma comunitaria puede reducir la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños menores de cinco años, de zonas rurales y pobres de los Andes peruanos.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	C3

3.4 Transición de las alternativas al producto

Tabla N° 09

Transición de las alternativas al producto					
Medios fundamentales		Intervenciones seleccionadas		Productos	
N°	Denominación	N°	Denominación	N°	Denominación
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes.	1.1	Intervención para mejorar las coberturas de vacunación.	1	Niños con vacunas completas
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.2	Atención del niño brindado desde los servicios de salud.	2	Niños con CRED completo según edad.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias	1.3	Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses de edad	3	Niños con suplemento de hierro y vitamina A.

	Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes				
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.4	Suplementación preventiva con Vitamina A.	3	Niños con suplemento de hierro y vitamina A.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.5	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones.	4	Atención de Infecciones Respiratorias Agudas
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.6	Promoción de lavado de manos.	4	Atención de Infecciones Respiratorias Agudas.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.7	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario.	4	Atención de Infecciones Respiratorias Agudas.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.8	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones.	5	Atención de Infecciones Respiratorias Agudas con complicaciones
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.9	Promoción de lavado de manos.	5	Atención de Infecciones Respiratorias Agudas con complicaciones.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.10	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario.	5	Atención de Infecciones Respiratorias Agudas con complicaciones.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.11	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones.	6	Atención de Enfermedades diarreicas agudas
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias	1.12	Promoción de lavado de manos.	6	Atención de Enfermedades diarreicas agudas.

	Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes				
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.13	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario.	6	Atención de Enfermedades diarreicas agudas.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.14	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones.	6	Atención de Enfermedades diarreicas agudas con complicaciones.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.15	Promoción de lavado de manos.	6	Atención de Enfermedades diarreicas agudas con complicaciones.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.16	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario.		Atención de Enfermedades diarreicas agudas con complicaciones.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.17	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario.	7	Atención de otras enfermedades prevalentes
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.18	Promoción de lavado de manos	8	Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal.
1	Reducir la morbilidad en Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) y otras enfermedades prevalentes	1.19	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario.	8	Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal.
2	Reducir la incidencia de bajo peso al nacer	2.1	Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico.	9	Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.1	Programa de transferencias condicionales.	10	Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.2	Intervención de agua, saneamiento y promoción de lavado de manos.	11	Comunidad accede a agua para el consumo humano

3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.3	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil	12	Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.3	Programas de incentivos financieros	12	Municipios saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.4	Promoción de lavado de manos.	13	Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.5	Plataforma de base comunitaria para promoción y educación nutricional.	13	Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.4	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil	13	Comunidades saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.5	Promoción de lavado de manos.	13	Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.6	Intervenciones de agua, saneamiento y promoción de lavado de manos.	14	Instituciones educativas saludables promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.7	Promoción de lactancia materna.	15	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.8	Promoción de prácticas adecuadas de Alimentación Complementaria en niños de 6-24 meses de edad.	15	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.9	Consejería nutricional y educación nutricional en Alimentación Complementaria.	15	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.10	Promoción de lavado de manos	15	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación.
3	Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses.	3.11	Promoción de lavado de manos.	15	Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación.

MODELO OPERACIONAL DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Tabla Nº 10

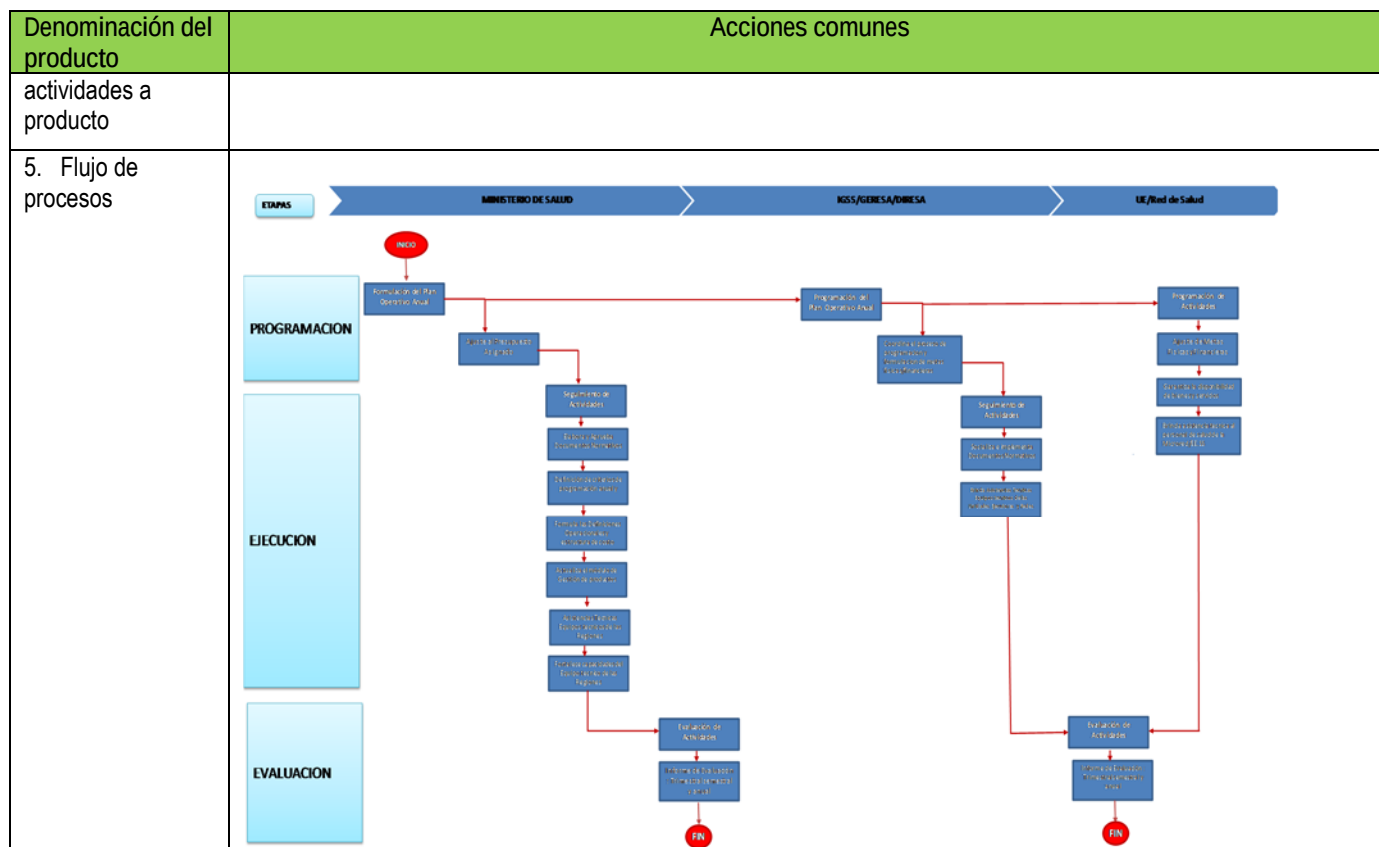
PRODUCTO 1: ACCIONES COMUNES

Denominación del producto	Acciones comunes
---------------------------	------------------

Denominación del producto	Acciones comunes					
Grupo poblacional que recibe el producto	Equipos de gestión de los niveles regional y local.					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DGSP					
Responsable de la entrega del producto	MINSA/INS/SIS/IGSS/GERESA/DIRESA/DISA					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	N° de informes de la gestión del Programa.					
Indicadores de desempeño del producto	Informe de evaluación de indicadores de desempeño de los productos del PAN.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Conjunto de acciones orientados a gerenciar el programa presupuestal para el logro de los objetivos y resultados; incluye procesos de planificación, programación, monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal. Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros). Los informes que se generan contienen como mínimo resultados de ejecución de metas físicas y financieras y evaluación de indicadores de desempeño definidas en el modelo lógico del programa presupuestal, estos informes son alcanzados al responsable técnico del Programa Presupuestal. Vigilancia del estado nutricional del niño: Es un proceso continuo y sistemático que permite contar con información de indicadores asociados del estado nutricional del niño y la gestante, así como las determinantes de riesgo asociadas a la desnutrición crónica. Se realiza, a través del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) y de encuestas poblacionales. Ejecución de investigaciones transversales: Investigaciones científicas basadas en el análisis de corte transversal. Son observacionales y descriptivos, que buscan medir el estado de nutrición y sus determinantes en grupos poblacionales en un momento determinado del tiempo. Ejecución de investigaciones prospectivas: Son investigaciones científicas que contribuyen a la caracterización de los problemas alimentarios nutricionales y evaluación de tecnológicas y de la efectividad de las intervenciones a partir del seguimiento al comportamiento de una serie de variables determinantes durante un periodo de tiempo. La ejecución de las investigaciones prospectivas generalmente excede de un ejercicio presupuestal (más de un año). Debe ser ejecutado o conducido por un equipo de profesionales con experiencia en investigación. Revisiones sistemáticas de evidencias: Proceso que comprende la búsqueda, clasificación, síntesis de resultados de investigaciones desarrolladas a nivel nacional e internacional con rigurosidad científica, las cuales aportan evidencia sobre la efectividad y seguridad de las intervenciones, así como la causalidad y factores asociados a los					

Denominación del producto	Acciones comunes
	diversos problemas alimentario nutricionales. Desarrollo de tecnologías para mejorar las intervenciones en alimentación y nutrición: Consiste en el proceso a seguir para la producción de tecnologías, definidas como el conjunto de herramientas, conocimientos y procedimientos, dirigidos a mejorar la oferta de las intervenciones en alimentación y nutrición del Programa Articulado Nutricional. Consta de tres etapas: Elaboración y diseño, validación y sistematización de la tecnología, cuya duración en general puede exceder un ejercicio presupuestal (más de un año). Es efectuado por un equipo de profesionales de la salud con experiencia en el desarrollo de tecnologías e intervenciones en salud así como en la elaboración, validación y revisión de documentos técnicos. Se obtiene como producto un documento técnico que contiene el detalle de una tecnología validada, sistematizada, el mismo que es entregado a los establecimientos de salud. Transferencia de tecnologías: Proceso que consiste en transferir tecnologías oficializadas a personal de salud para su aplicación, con el objetivo de establecer en ellos un conjunto de capacidades que fortalezcan las intervenciones del Programa. Consta de dos etapas: la planificación y ejecución (fortalecimiento de capacidades, supervisión monitoreo y evaluación) de la transferencia de la tecnología, cuya ejecución puede exceder un ejercicio presupuestal. Debe ser efectuado por un equipo de profesionales especializado en intervenciones en salud, nutrición, con experiencia y competencias en el manejo de la tecnología a transferir. Implementación de tecnologías: Comprende la puesta en operación de la tecnología trasferida, para ser utilizada en los diferentes ámbitos de aplicación por los operadores, contribuyendo efectivamente a la mejora del componente alimentario nutricional en la población priorizada. La actividad es desarrollada a nivel de la Diresa/Disa por el área o estrategia sanitaria correspondiente. Consta de tres etapas: fortalecimiento de capacidades, a nivel regional, control de calidad de la ejecución de la tecnología y evaluación de la tecnología implementada, la ejecución en promedio dura un ejercicio presupuestal (01 año) debe ser efectuada mediante la coordinación con la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable de la Región que han participado en el proceso de la transferencia de la tecnología y han sido identificados como referentes regionales (facilitadores). Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición: Consiste en el proceso a seguir para la formulación e implementación de documentos normativos, en atención a la RM N.° 526-2011/MINSA Monitoreo del programa articulado nutricional: Es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión. Las acciones están dirigidas a monitorear especialmente los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecución presupuestal. Evaluación del programa articulado nutricional: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del Programa Presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con Criterios rigurosos, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. Supervisión del programa articulado nutricional: Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local. Esta actividad es realizada por el equipo técnico del Nivel Nacional (Ministerio de Salud (DGSP, DGE, OGPP, OGEI, etc.), INS, entre otros) y del Nivel Regional (Diresa, Disa, GERESA o Redes), según su competencia,

Denominación del producto	Acciones comunes
	utilizando herramientas o instrumentos estandarizados.
2.Organización para la entrega del producto	Equipos de Gestión del Ministerio de Salud/INS-CENAN: • Planificar, programar y organizar actividades, para el logro de las metas del PAN • Participar conjuntamente con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, en el diseño e implementación de las herramientas relacionadas con la gestión económica financiera del Programa Presupuestal • Elaborar los documentos normativos relacionados a la atención integral del Niño. • Definición de criterios de programación anual y población objetivo • Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). • Actualiza el módulo de Gestión de productos. • Identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento del Programa presupuestal. • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional. • Evaluación trimestral, semestral y anual. GSS/DISA/DIRESA/GERESA • Realizan la programación, adquisición y distribución de los insumos y materiales médicos. • Realiza y Consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Oficializan a DARES Confirmación de Requerimiento Trimestral de insumos médicos estratégicos. • Socializa e Implementa los documentos normativos. • Recepción de las insumos médicos estratégicos (verificación física y documentaria) • Distribución de insumos a las Redes de salud • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • Evaluación trimestral, semestral y anual Unidades Ejecutoras: • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Realizan la programación, adquisición y distribución de los insumos y materiales médicos, conjuntamente. • Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA-SIAF • Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Organiza los servicios para brindar la atención. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores de vacunación
3.Criterios de programación	06 informes (01 trimestral, 01 semestral y 01 anual).
4.Método de agregación de	N° de informes de la gestión del Programa.



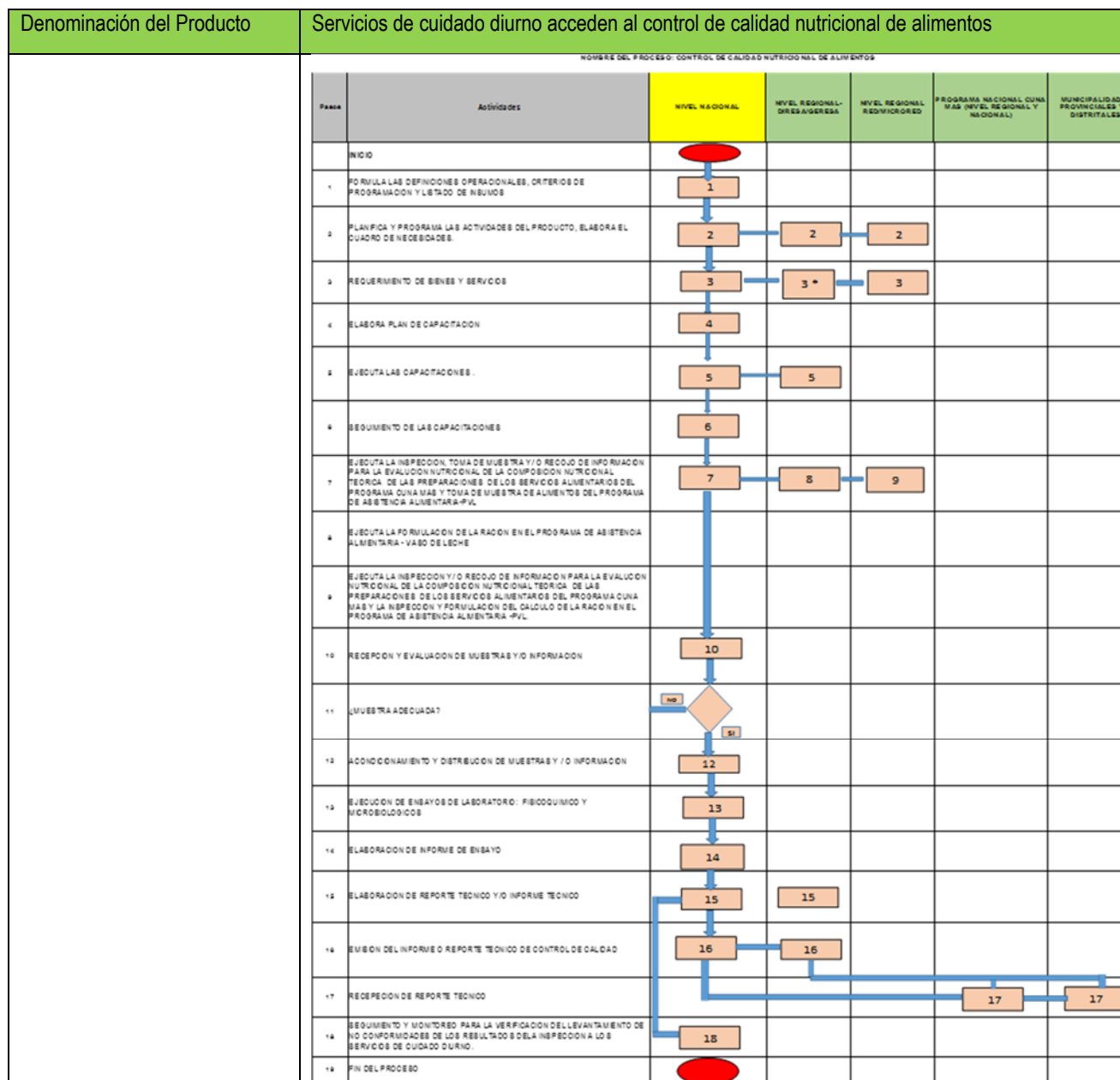
PRODUCTO 2: SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS

Denominación del Producto	Servicios de cuidado diurno acceden al control de calidad nutricional de alimentos					
Grupo poblacional que recibe el producto	Programa Nacional Cuna Más (Nacional y Regional) y Municipalidades (Provinciales y/o distritales)					
Responsable del diseño del producto	Instituto Nacional de Salud					
Responsable de la entrega del producto	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Direcciones Regionales de Salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Reportes Técnicos de control de calidad nutricional					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica					
Modelo operacional del producto						

Denominación del Producto	Servicios de cuidado diurno acceden al control de calidad nutricional de alimentos
1.Definición operacional	Conjunto de actividades desarrolladas en los servicios alimentarios de cuidado diurno (Programa Cuna Más) y/o asistencia alimentaria (PVL) de los programas sociales en los que se preparan, almacena y/o distribuyen alimentos, dirigidos a niñas y niños menores de 60 meses, mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar a fin de identificar los factores o puntos críticos de riesgo durante el proceso, de manera que se contribuya a mejorar su estado nutricional en el marco del Programa Presupuestal Articulado Nutricional. El proceso se realiza en los servicios alimentarios de cuidado diurno (Programa Cuna Más) que preparan alimentos, mediante: inspección y/o toma de muestras, y/o ensayo del laboratorio (análisis fisicoquímico y microbiológicos) y/o evaluación nutricional teórica; y a los servicios de asistencia alimentaria (Programa Vaso de Leche) que almacenan y/o distribuyen alimentos, mediante la inspección, y/o el muestreo, y/o ensayos de laboratorio fisicoquímico y microbiológicos, y/o formulación de la ración. Este proceso cumple con estándares de calidad y es efectuado por un profesional y/o técnico calificado del nivel nacional y/o regional. Incluye también, digitación, control, procesamiento, análisis de los datos, desarrollo de capacidades, asistencia técnica y seguimiento. Así mismo, se emite un Reporte Técnico por cada Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales, que contiene los resultados de la Inspección y/o Muestreo, Evaluación Nutricional Teórica y/o Ensayos de Laboratorio, los cuales son enviados en un tiempo no mayor de 15 días a las clientes que son : Programa Nacional Cuna Más(nivel nacional y regional), Dirección Regional de Salud y Municipalidades provinciales y/o distritales según corresponda, para la adopción de acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional e inocuidad de las raciones de los alimentos.
2. Organización para la entrega del producto	En el Gobierno Nacional: CENAN - Formula las Definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). - Monitorea, supervisa, evalúa y brinda asistencia técnica en el proceso al nivel regional. - Formulación de herramientas : Manuales, directivas, guías técnicas, procedimientos y formularios - Ejecuta el Control de Calidad de los alimentos con inspecciones, toma de muestra, evaluación nutricional teórica, y ensayos del laboratorio en los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o asistencia alimentaria de los programas sociales. Incluye también, digitación, control, procesamiento, análisis de los datos. - Emite Reporte Técnico por cada Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales, que contiene los resultados de la Inspección y/o Muestreo, Evaluación Nutricional Teórica y/o Ensayos de Laboratorio, los cuales son enviados en un tiempo no mayor de 15 días a las clientes que son : Programa Nacional Cuna Más(nivel nacional y regional), Dirección Regional de Salud y Municipalidades provinciales y/o distritales según corresponda, para la adopción de acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional e inocuidad de las raciones de los alimentos. - Emite un Informe Técnico consolidado Anual del Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado por el Nivel de Gobierno Regional a los Servicios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales. <u>En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, DISA, RED DE SALUD</u> <u>A nivel de GERESA, DIRESA, DISA: A través de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable y/o la Dirección de Saneamiento Ambiental:</u> - Elabora propuesta de definiciones operacionales, criterios de programación y listado de insumos, los cuales son enviados al nivel nacional, para su evaluación. - Monitorea, evalúa, dirige, coordina y controla la entrega del producto en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. - Organiza a las redes para garantizar la continuidad de la entrega del producto.- Monitorea y

Denominación del Producto	Servicios de cuidado diurno acceden al control de calidad nutricional de alimentos
	evalúa la calidad, oportunidad y cobertura del producto a nivel operativo. - Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para la entrega del producto. - A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas y presupuesto de los puntos de atención para la entrega del producto. - Consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención bajo su responsabilidad. Así mismo, provee los insumos necesarios para la entrega del producto. - Emite al Programa Nacional Cuna Más (zonal) y a los Municipios provinciales y /o distritales el reporte técnico del control de calidad realizado a los servicios alimentarios de cuidado diurno y servicios de asistencia alimentaria. - Emiten al Nivel Nacional - CENAN/INS, Informe Técnico del Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizados a los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales con una periodicidad de 1 vez al año (hasta el 30 de marzo), el informe contiene los resultados de la inspección y Evaluación Nutricional Teórica. <u>A nivel de Red y/o Micro Red de Salud:</u> - Planificación y programación de las actividades según las definiciones operacionales y criterios de programación establecidos por el nivel nacional. - Programación de metas física y cuadro de necesidades para la ejecución de las actividades de acuerdo a los lineamientos establecidos por el nivel nacional. - Participación en la capacitación organizada por el nivel nacional o regional. - Ejecución de las siguientes actividades: 1. Inspecciones: a Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria que preparan, almacenan y/o distribuyen alimentos para Programas Sociales. 2. Evaluación Nutricional Teórica: a las raciones que se preparan y/o distribuyen en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno de Programas Sociales. - Formulación de la ración del Programa de Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital. - Realiza la digitación, control, procesamiento, análisis de los datos y elaboración de informes - Emite un Reporte Técnico por cada control efectuado que incluye los resultados de la Inspección y Evaluación Nutricional Teórica realizadas en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y son enviadas en un tiempo no mayor de 5 días a la Dirección Regional de Salud y al Programa Cuna Más(zonal) para la adopción de las acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional de las raciones de los alimentos. Estas actividades son realizadas por personal capacitado para la entrega del producto <u>Unidad de medida del producto: Reporte Técnico</u>
3. Criterios de programación	En el Gobierno Nacional: CENAN 02 reportes técnicos por cada control de calidad de alimentos / 50 servicios de cuidado diurno que se encuentran dentro de los distritos priorizados por el PN Cuna Más y el CENAN. El reporte técnico contiene resultados de las inspecciones, evaluación nutricional teórica y ensayos de laboratorio. El intervalo de un reporte técnico a otro, del control de calidad de alimentos a los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades. - 1 reporte técnico por cada muestreo /10 servicios de asistencia alimentaria a nivel de municipios provinciales y/o distritales que se encuentran dentro los distritos priorizados por el MIDIS y el CENAN.El reporte técnico contiene los resultados de los ensayos de laboratorio. En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, DISA, RED DE SALUD A nivel de GERESA, DIRESA, DISA

Denominación del Producto	Servicios de cuidado diurno acceden al control de calidad nutricional de alimentos
	01 reporte técnico consolidado anual del control de calidad nutricional realizado a los servicios de cuidado diurno y asistencia alimentaria por la red, micro red de su ámbito. 01 informe de asistencia técnica que incluye la capacitación y seguimiento de la actividad; al 100% de las redes y/o micro redes de su ámbito A nivel de Red de Salud: - 2 reportes técnicos por cada control de calidad nutricional de alimentos realizado al 100% de los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno (Programa Cuna Más), de los distritos con mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA. El intervalo de un reporte técnico a otro, del control de calidad de alimentos a los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades. reporte técnico por cada control de calidad nutricional realizado al 100% de Servicios de asistencia alimentaria que almacenan y/o distribuyen alimentos del Programa Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital.
4. Método de agregación de actividades a producto	El conjunto de actividades que permiten obtener el producto son: Inspección, Evaluación Nutricional teórica y Ensayos de laboratorio. La actividad más relevante que permiten establecer la meta de producción física del producto es la INSPECCION.
5. Flujo de procesos	



PRODUCTO 3: COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

Denominación del producto	Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609)
Grupo poblacional que recibe el producto	Centro poblado

Denominación del producto	Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609)					
Responsable del diseño del producto	MINSA –DIGESA – DIRECCION DE SANEAMIENTO BASICO					
Responsable de la entrega del producto	Direcciones Regionales de Salud, Gerencia Regionales de Salud, Direcciones de Salud, a través de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental y del personal de salud de los establecimientos de salud (PS, CS. Micro redes, Redes de Salud) y Gobiernos Locales.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Número de centros poblados con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano vigilados, con reporte de calidad de agua y condiciones sanitarias de sus componentes.					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de hogares con acceso al abastecimiento de agua segura Indicador obtenido de la Encuesta Nacional de Hogares. Agua segura (cumple con los requisitos de calidad establecidos en el D.S.031-2010-SA Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano).					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	Se define aquella comunidad o centro poblado cuya población consume agua inocua, que cumple con los requisitos de calidad (microbiológicos, organolépticos, físicos y químicos) establecidos en el D.S.031-2010-SA Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano, comprende un conjunto de actividades realizadas por la Autoridad de Salud, para calificar la calidad del agua e identificar y evaluar factores de riesgo que se presentan en los sistemas de abastecimiento de agua, desde la fuente hasta la entrega del producto al consumidor, con la finalidad de proteger la salud de los consumidores. En ese sentido, se desarrollan las siguientes actividades: 1. <i>Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano (33260)</i>, su unidad de medida es centro poblado y comprende el desarrollo de un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por personal de salud competente con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna la calidad del agua para consumo humano y el nivel de riesgo sanitario de los sistemas abastecimiento de agua de modo que puedan tomarse las acciones correctivas pertinentes antes que presenten problemas de salud pública en la población consumidora. Las acciones de la vigilancia comprenden el desarrollo de inspecciones sanitarias, monitoreos, caracterización del agua, fiscalizaciones, supervisión, seguimiento, sistematización de la información entre otros, están orientadas al mejoramiento gradual de la calidad del agua y de los sistemas abastecimiento de agua con el objetivo de que la población consuma agua para consumo humano. 2. <i>Desinfección y/o tratamiento del agua para consumo humano (3033308)</i>, Su unidad de medida es centro poblado, se brinda asistencia técnica en tecnologías de tratamiento y desinfección a nivel domiciliario, que contribuyan a la mejora de la calidad microbiológica del agua en la vivienda. Así mismo se da asistencia técnica a las Juntas Administradoras de los Servicios de Saneamiento y Áreas Técnicas Municipales en prácticas de desinfección y cloración de los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano; así como en operación, mantenimiento y administración de los sistemas de abastecimiento de agua. Estas actividades son desarrolladas en los centros poblados del ámbito urbano y rural, por el personal de salud del nivel regional: Diresas, Geresas, Disas, Desas, Redes de Salud, Micro redes de salud, Centros y Puestos de Salud, debidamente capacitado y calificado en temas de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y saneamiento, las mismas que están asociadas a la disminución de enfermedades de origen hídrico, a la calificación sanitaria de los componentes del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano, incluye la fuente de agua y el cumplimiento de los Límites Máximos Permisibles (LMPs) de calidad exigidos en el					

Denominación del producto	Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609)
	Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. La frecuencia de las acciones que comprenden el desarrollo de las actividades está definida en las definiciones operacionales.
2. Organización para la entrega del producto	GOBIERNO NACIONAL: MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo que estandariza la entrega del producto. DIGESA: Formula documentos normativos para el desarrollo de las actividades, brinda al personal profesional de las regiones asistencia técnica para el cumplimiento de las metas físicas, metas del indicador de producción física e indicador de desempeño del producto, de las metas financieras, realiza monitoreo, seguimiento y verificación del cumplimiento de metas físicas y monitoreo financiero de los recursos del nivel nacional y regional, evalúa, analiza, consolida y publica la información a nivel nacional y entrega de informes trimestrales a la Responsable del Articulado Nutricional de ejecución de las actividades, metas físicas de producción física y del indicador de desempeño y metas financieras del nivel nacional y regional. GOBIERNO REGIONAL: GERESA/DIRESA/DISA/DESA: A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental, los profesionales calificados realizan las actividades de la vigilancia y desinfección del agua para consumo humano del producto estratégico, cuentan con laboratorio analítico parasitológico, microbiológico y fisicoquímico para muestras de agua para consumo humano, brindan asistencia para el cumplimiento de las metas físicas, metas del indicador de producción física e indicador de desempeño del producto, de las metas financieras, al personal de las redes, micro redes y establecimientos de salud para el desarrollo de las actividades del producto y reportan los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano convencionales y no convencionales (camión cisterna, surtidor), a la comunidad, autoridades regionales y proveedor, analiza y consolida la información a nivel regional referida al producto y remiten al nivel nacional. REDES DE SALUD: A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental los profesionales calificados, realiza las actividades de la vigilancia y desinfección del agua para consumo humano, del producto, cuenta con laboratorio analítico parasitológico, microbiológico para muestras de agua para consumo humano y brindan asistencia técnica al personal de las micro redes y establecimientos de salud en el desarrollo de las actividades del producto, evalúan, analizan y consolidan la información de su ámbito referida al producto, remiten y reportan los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano convencionales y no convencionales (camión cisterna, surtidor), al nivel regional a la comunidad, proveedor y autoridades de su ámbito. MICRORREDES: A través de la Unidad/Área de Salud Ambiental el personal calificado, realiza las actividades de la vigilancia y desinfección del agua para consumo humano de acuerdo a la cartera de servicios y brinda asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud en el desarrollo de las actividades del producto, evalúan, analizan y consolidan la información de su ámbito referida al producto y remiten y reportan los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano convencionales y no convencionales (camión cisterna, surtidor), al nivel regional a la comunidad, proveedor y autoridades de su ámbito. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD/ CENTROS Y PUESTOS DE SALUD: Ejecutan las actividades de vigilancia y desinfección de acuerdo a la cartera de servicios y reportan a la comunidad, proveedor y autoridad local los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano convencionales y no convencionales (camión cisterna, surtidor).

Denominación del producto	Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609)
	GOBIERNO LOCAL: El marco legal vigente establece roles para los Gobiernos Locales: i) Supervisar y fiscalizar los servicios; ii) planificar y promover el desarrollo de los servicios de saneamiento en el ámbito de su jurisdicción; iii) promover, registrar y reconocer a las organizaciones comunales; iv) participar en el financiamiento de la prestación de los servicios; v) brindar asistencia técnica a las organizaciones comunales (Junta Administradora de los servicios de saneamiento -JASS). Los Gobiernos Locales a través de las Áreas Técnicas Municipales (ATM) ejecutan las actividades de: i) Inscripción de las Organizaciones Comunales (JASS); ii) Capacitación y asistencia técnica a las Organizaciones Comunales (JASS) en desinfección y cloración en sistemas de abastecimiento de agua potable del ámbito rural; iii) Implementación del equipo de cloración y seguimiento de una adecuada dosificación de cloro; y iv) Supervisión y fiscalización a las JASS.
3.Criterios de programación	GOBIERNO NACIONAL: 01 informe trimestral de evaluación análisis y consolidación de información a nivel nacional de las actividades de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en el marco del Producto Estratégico. 03 Informes por trimestre: 01 corresponde a documento normativo, 01 de las actividades de seguimiento y monitoreo de las DIRESAS, GERESAS, REDES de Salud de las finalidades del producto, 01 de las metas físicas y financieras del nivel nacional y regional al responsable técnico del Programa Articulado Nutricional. 01 Informe anual al Programa Nacional de Saneamiento Rural (PNS) de las municipalidades de ciudades no principales con 500 o más viviendas urbanas , con al menos 01 sistema de abastecimiento de agua con rango admisible de cloro residual en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal GOBIERNO REGIONAL: 1. Programar en ámbito urbano (incluir periurbanos) y rural las inspecciones, monitoreos y caracterizaciones (microbiológica y físico química) de la fuente y del agua tratada de los sistema de abastecimiento de agua para consumo humano. 2. Los sistemas de abastecimiento de agua a considerar son: ▪ Tipo gravedad simple (manantial, reservorio, desinfección y red de distribución). ▪ Tipo gravedad con tratamiento (fuente, sedimentador, filtro lento, desinfección, redes de distribución). ▪ Tipo bombeo sin tratamiento (pozo, caseta de bombeo, reservorio, desinfección, redes de distribución). ▪ Tipo bombeo con tratamiento (fuente, caseta de bombeo, sedimentador, filtro lento, reservorio, desinfección y redes de distribución). ▪ No convencional u otros servicios prestados en condiciones especiales (surtidor-camión cisterna-vivienda, surtidor- camión cisterna-reservorio-piletas, pozos-vivienda). 3. Priorizar los sistemas de abastecimiento de agua de centros poblados de los distritos con alta incidencia de enfermedades de origen hídrico, mayores casos de desnutrición, incidencia de anemia, de extrema pobreza y de mayor población. 4. Considerar los centros poblados que no cuentan con sistemas de abastecimiento de agua, con alta incidencia de enfermedades de origen hídrico, mayores casos de desnutrición, incidencia de anemia, de extrema pobreza y de mayor población. 5. Reporte del análisis mensuales de los riesgos sanitarios por sistema de abastecimiento de agua intervenido en el ámbito urbano y rural (debe contener los resultados de la calidad del agua y de la calidad sanitaria de los componentes de los sistemas de abastecimiento

Denominación del producto	Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609)
	de agua para consumo humano vigilados) Para la programación de las actividades del producto estratégico comunidad que accede a agua para consumo humano, se tendrá en cuenta las acciones señaladas en el numeral 1.13 del modelo operacional, las mismas que deben programarse de acuerdo a su nivel de atención.
4. Método de agregación de actividades a producto	La suma de los centros poblados con monitoreo de parámetros de campo zona urbana más suma de centros poblados con monitoreo de parámetros de campo zona rural.
5. Flujo de procesos	
6. Listado de insumos	Los insumos se hallan detallados en el Kit del PpR:

PRODUCTO 5: MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION

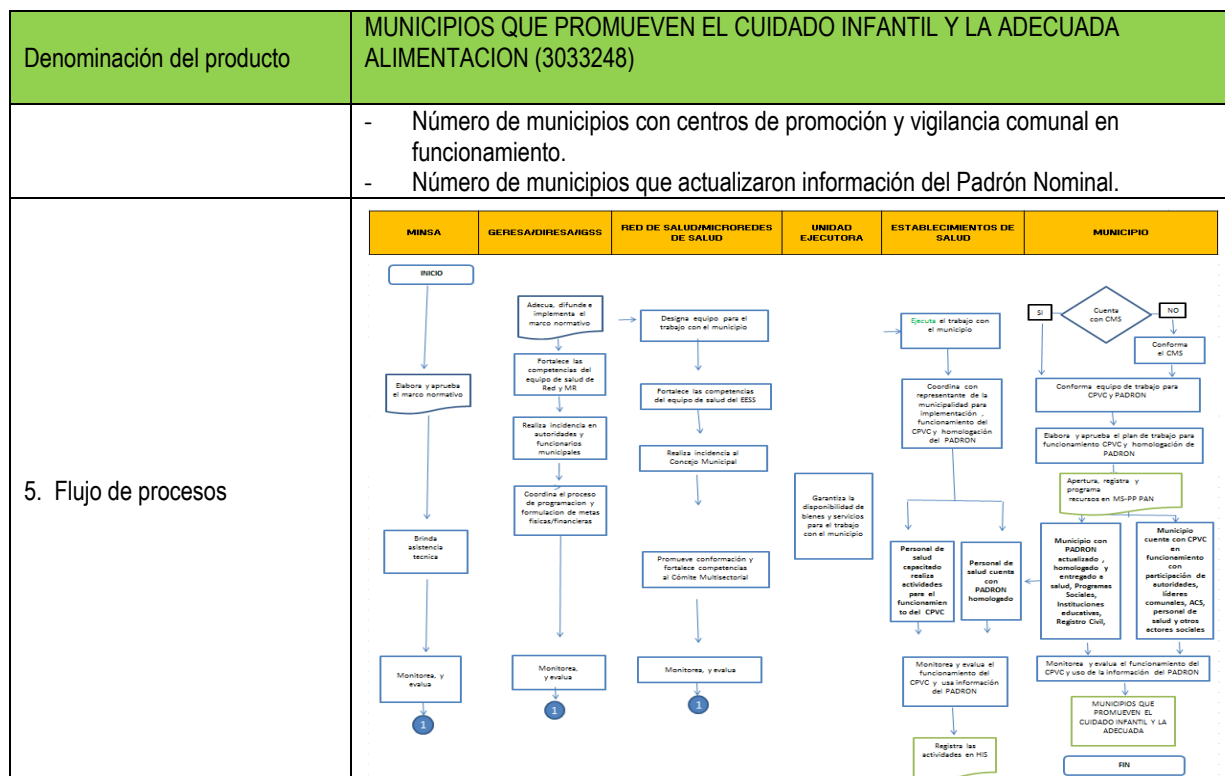
Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)
Grupo poblacional que recibe el producto	Para Salud: Autoridades del Concejo Municipal e integrantes del comité multisectorial. Para municipios: Familias de municipios priorizando los quintiles de pobreza 1 y 2 y/o municipios con bolsones de pobreza.
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud
Responsable de la entrega del producto	Para Salud: Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de categoría I-2, I-3 o I-4 que tenga el mayor nivel de complejidad (guarda relación estrecha con la categoría) en el distrito y/o se encuentre más cercano a la Municipalidad. En el caso que exista más de un Establecimiento de Salud con estas características se debe utilizar las 2 condiciones (categorización y cercanía). Personal de salud capacitado en promoción de la salud, de los Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.

Denominación del producto		MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)				
		Para municipios: Municipios de quintil de pobreza 1 y 2 y/o distritos con bolsones de pobreza.				
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Número de municipios con centros de promoción y vigilancia comunal en funcionamiento.					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas para su edad.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Es el municipio provincial o distrital con un concejo municipal (Alcalde y Regidores) y comité multisectorial (con ordenanza municipal) informado, motivado y capacitado para implementar políticas públicas, programas y proyectos de inversión, en el marco de la gestión territorial y los determinantes sociales de la salud, orientado a promover prácticas y entornos saludables para mejorar el cuidado y la alimentación de las familias con menores de 36 meses; que implementa centros de promoción y vigilancia comunal, actualiza y homologa el Padrón Nominal de niños menores de 6 años de edad. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades: Para Salud: 1. MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN ACCIONES DE CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (5000011). Consejo Municipal capacitada para promover el cuidado infantil: • Coordinación con el alcalde o gerente de desarrollo social para programar reuniones con el concejo municipal distrital o provincial para informar, motivar y despertar interés frente al problema. (Una reunión de 2hrs de duración). • Abogacía con el Concejo Municipal provincial y distrital, para exponer el diagnóstico de la situación local actualizada sobre el problema de la desnutrición crónica infantil y plantear intervenciones. (Una reunión de 2hrs de duración). • Abogacía con representantes de instituciones públicas, privadas y organizaciones de la localidad, convocados por el municipio para la conformación o reactivación del Comité Multisectorial. (Una reunión de 2hrs de duración). La capacitación al Comité Multisectorial consiste en: • Abogacía con el Comité Multisectorial, conducido por el jefe del establecimiento de salud, para presentar información actualizada sobre el problema de la desnutrición crónica infantil del distrito o provincia (o seguimiento de los indicadores de los productos del PAN realizado con el monitoreo social), la importancia del funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal y el Padrón nominal para el seguimiento individualizado de las intervenciones efectivas de salud pública orientas a promover prácticas y entornos saludables para contribuir en la mejora del cuidado y alimentación					

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)
	infantil, y finalmente establecer acuerdos y compromisos. (Una reunión de 3hrs de duración). • Fortalecimiento de competencias para la generación de entornos saludables (centros de promoción y vigilancia comunal, Padrón nominal, agua, servicios de salud. (Reunión de 4 hrs de duración). • Planificación participativa para planificar la implementación y/o funcionamiento del o los centros de promoción y vigilancia comunal y homologación del padrón nominado para contribuir en reducir la desnutrición crónica infantil. (Un taller de 4hrs de duración). • Monitoreo del funcionamiento del o los centros de promoción y vigilancia comunal y participación en la homologación del padrón nominal. (Dos reuniones, de 2hrs de duración). • Evaluación del funcionamiento del o los centros de promoción y vigilancia comunal, homologación y uso del padrón nominal. (Una reunión, de 3hrs de duración). Para Gobierno Local: 2. FUNCIONAMIENTO DE CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO (XXXXX) • Implementación de Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño. - Conformación del equipo de trabajo para implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal. (Coordinaciones de 2h de duración). - Planificación con los representantes de la comunidad y salud para implementación del centro de promoción y vigilancia comunal, según criterios técnicos del Ministerio de Salud. (Reunión, de 3hrs de duración). - Registro y Programación de recursos acerca de la implementación del o los centros de promoción y vigilancia comunal, previa aprobación de Gerente de Desarrollo Social y el Gerente de Planificación o quien haga sus veces. (Reunión de 2hrs de duración). - Entrega e inauguración del o los Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño implementados, con participación de los integrantes del comité multisectorial y la población en general. (Reunión de 2hrs de duración). • Funcionamiento del o los centros de promoción y vigilancia comunal. - Planificación (plan de trabajo) para el funcionamiento del o los centros de promoción de la salud, tomando como base la información sobre la población menores de 6 años que proporciona el Padrón Nominado, y realización de actividades educativas en prácticas saludables, vigilancia comunal y toma decisiones, a través del trabajo articulado de la municipalidad, salud y la comunidad, incluye recursos para potenciar la capacitación e incentivos no monetarios a los agentes comunitarios de salud para contribuir con la disminución de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia. (Mínimo cuatro reuniones de 3hrs de duración). - Análisis y toma de decisiones con las familias, agentes comunitarios de salud, personal de salud y el representante de la municipalidad para ver el cumplimiento de las prácticas saludables de parte de las familias, de acuerdo a

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)
	los criterios técnicos del MINSA, en el local de los centros de promoción y vigilancia. (Reunión de 2hrs de duración). - Evaluación con los integrantes del comité multisectorial para ver logros de los objetivos planteados con la implementación del o los centros de promoción y vigilancia comunal. Actividad a realizarse en el centro de promoción y vigilancia comunal o municipalidad. (Reunión, de 03 horas de duración). Estas actividades son realizadas por el gerente de desarrollo social o coordinador del plan de incentivos o quien haga sus veces, en la municipalidad o en el centro de promoción y vigilancia comunal. • Actualización y homologación del Padrón Nominal. - Designación del responsable del Padrón Nominal mediante una resolución de alcaldía o un oficio, los cuales son remitidos a la Oficina General de Estadística del MINSA digitalmente, donde se valida los datos y solicita a RENIEC la creación de usuario y clave del acceso al aplicativo web. (Reunión de 1hr de duración). - Intercambio de información mensual entre el responsable del Padrón Nominal del municipio y el personal de salud de los establecimientos de salud de su jurisdicción, posteriormente registra y/o actualiza información de niñas y niños en el aplicativo web. (Reunión, de 2 hrs de duración). - Usa la información del Padrón Nominal para monitorear la entrega de servicios. (Reunión, de 2 hrs de duración).
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandariza el proceso de entrega del producto, así como brinda la asistencia técnica, monitorea y supervisa el funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal, como también la actualización y homologación del Padrón Nominal y otras actividades intervenciones efectivas complementarias. • GERESA/DIRESA/DISA/IGSS/: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica para la implementación, funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal, actualización y homologación del Padrón Nominal, uso de la información para el análisis y promover la orientación de recursos, y reporta al Ministerio de Salud, realiza el seguimiento de las actividades y evalúa los resultados. • RED DE SALUD/UNIDAD EJECUTORA: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de microrredes y establecimientos de salud, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • MICRORED DE SALUD: Garantiza en coordinación con la red de Salud o Unidad Ejecutora la asistencia técnica a los establecimientos de salud con centros de promoción y vigilancia comunal, y con los actores sociales involucrados en el padrón nominal. • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado promueve el funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal para que realicen el seguimiento nominal de los productos claves del PAN con ayuda del padrón nominal, a través de la capacitación de los agentes comunitarios de salud, realiza sesiones demostrativas, educativas, de vigilancia y promueve la toma de decisiones. Participa en la reunión de actualización y homologación con la Municipalidad Distrital, proporciona la información de niños(as) nuevos(as) a la Municipalidad Distrital de

Denominación del producto	MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)
	acuerdo a las variables establecidas y socializa la información del Padrón Nominal con el personal de salud. • COMUNIDAD: Junta vecinal comunal y agentes comunitarios de salud participan activamente en la implementación, funcionamiento y sostenibilidad de los centros de promoción y vigilancia comunal, y participan en la actualización y homologación del padrón nominal. • MUNICIPIOS: Representante capacitado operativiza, destina recursos en la implementación y/o funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia comunal, así como en la difusión, monitoreo y evaluación. También Coordina con los diferentes actores para el intercambio de datos para la actualización, homologación y proporciona la información del Padrón Nominal a los actores, y usa la información para la realización del Monitoreo Social del acceso de los niños menores de 1 año a los productos del PAN.
3. Criterios de programación	Para salud: • 100% de municipalidades de los distritos más pobres quintil 1 y 2. Se podrá programar municipalidades de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario Para gobierno local: Centro de Promoción y Vigilancia Comunitaria: • 100% de municipalidades con un centro de promoción y vigilancia comunal en funcionamiento por centro poblado. Si las comunidades del centro poblado requieran más de un centros de promoción y vigilancia comunal se programará y suma la meta. Para la programación se tendrá en cuenta la Base de datos de centros de promoción y vigilancia comunal implementados y en funcionamiento. Dirección General de Promoción de la Salud- MINSA, y la Base de datos de centros poblados. Oficina de Estadística e Informática-MINSA Padrón Nominal • 100% de municipios distritales con registro y programación de recursos en el Programa Presupuestal Articulado Nutricional y como mínimo con tres reportes de los cinco programados para el año. Fuente de información para la programación: • Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) • Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) • Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe) • Base de datos de CPVC implementados y en funcionamiento. DGPS- MINSA. • Base de datos de centros poblados. OEI-MINSA.
4. Método de agregación de actividades a producto	Para salud: - La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad: Comité multisectorial capacitado para promover el cuidado infantil. Para gobierno local:



PRODUCTO 6: COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (33249)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Para Salud: Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios de Salud Para Gobierno Local: Familias de comunidades con distritos de quintil de pobreza 1 y 2 y/o distritos con bolsones de pobreza.					
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Para Salud: Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4 Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada. Para Gobierno Local: Municipios con quintil de pobreza 1 y 2 y/o con bolsones de pobreza.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Para Salud: - Número de Juntas Vecinales Comunes capacitados para promover el cuidado infantil. - Número de Agentes Comunitarios de Salud capacitados para promover el cuidado infantil. Para Gobierno Local: - Número de municipios con directorio de Juntas Vecinales Comunes actualizado.					

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (33249)
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas para su edad.
Modelo operacional del producto	Se refiere a aquella comunidad representada por la Junta Vecinal Comunal y Agentes Comunitarios de Salud que en el marco de la gestión comunal está informado, sensibilizado y capacitado para promover prácticas, generar entornos saludables e implementar acciones de vigilancia comunitaria para mejorar el cuidado y la adecuada alimentación de los menores de 36 meses y cuenta con el directorio de Juntas Vecinales Comunales actualizado. Para entregar el producto se tiene que realizar las siguientes actividades: Para Salud: Junta Vecinal comunal capacitada para promover el cuidado infantil, que incluye las siguientes tareas: • Abogacía con la Junta Vecinal Comunal conducido por el Jefe del Establecimiento de Salud. (Una reunión de 03 horas de duración). • Planificación participativa con la Junta Vecinal Comunal, Agentes Comunitarios de Salud, organizaciones comunales y actores sociales de la comunidad. (Un taller de 04 horas de duración). • Capacitación en prácticas y entornos saludables para promover e implementar acciones en la comunidad. (Un taller de 04 horas de duración). • Monitoreo con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas en la promoción de prácticas y entornos saludables. (Dos reuniones de 02 horas de duración cada una). • Evaluación con la Junta Vecinal Comunal de las acciones implementadas para la promoción de prácticas y entornos saludables. (Una reunión de 03 horas de duración). Agentes Comunitarios capacitados para promover el cuidado infantil, que incluye las siguientes tareas: • Rol del Agente Comunitario de Salud para la implementación de la vigilancia comunitaria. (Una sesión de 01 hora de duración). • Fortalecimiento de capacidades del Agente Comunitario de Salud a través del Módulo 1, que consta de 4 sesiones: i) beneficios e importancia de la lactancia materna, ii) importancia del uso de micronutriente y alimentos ricos en hierro, iii) técnica de lavado de manos y iv) Importancia del control CRED y vacunación. (Un taller de 12 horas de duración). • Monitoreo las acciones que realiza el Agente Comunitario de Salud. (Dos reuniones de 02 horas de duración cada una). • Evaluación de las acciones implementadas por el ACS para la promoción de prácticas y entornos saludables. (Una reunión de 03 horas de duración). Para gobierno local: Actualización del Directorio de Juntas Vecinales Comunales, que incluye las siguientes tareas: • Designa un funcionario municipal encargado de la actualización del Directorio. • Elabora un plan de trabajo para la actualización de la información. • Solicita a la Junta Vecinal Comunal el acta de asamblea de formación de las Juntas
1. Definición operacional	

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (33249)
	Vecinales Comunes; el cual debe estar firmado por la población ámbito de la comunidad. • Coordina con los diferentes actores locales para el intercambio de datos. • Realiza reuniones de actualización con el Establecimiento de Salud. • Registra los datos en el directorio de Juntas Vecinales Comunes actualizando cada 6 meses. (Enero y junio). • Publica el directorio de Juntas Vecinales Comunes actualizado en el portal institucional de la municipalidad. • Socializa y proporciona la información del directorio al Comité Multisectorial de Salud o quien haga sus veces. Todas las actividades de este producto son realizadas por el personal de salud capacitado y funcionarios municipales informados. Para la realización de las actividades que corresponde a Salud, la DIRESA Red y/o Microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes temas: • Fortalecimiento de la organización de los servicios de salud para el trabajo con la comunidad. • Fortalecimiento de la organización de la comunidad para la conformación de las Juntas Vecinales Comunes, implementación de la vigilancia nutricional comunal, Gestión comunal, conformación de grupos de apoyo comunal y trabajo con Agentes Comunitarios de Salud. • Uso del Módulo de Educador Sanitario y Manual del Agente Comunitario de Salud, incluye metodología de educación para adultos en sesiones educativas para los ACS y familias.
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/IGSS/DISAS LIMA METROPOLITANA: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • DISA/RED DE SALUD /UNIDAD EJECUTORA: Garantiza la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Microredes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, capacita a los Agentes Comunitarios de Salud en coordinación con el Establecimiento de Salud, monitorea y evalúa la entrega del producto. • ESTABLECIMIENTO DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto y desarrolla las actividades de reuniones técnicas y de capacitación dirigido a las Juntas Vecinales Comunitarias y Agentes Comunitarios de Salud. • COMUNIDAD: Juntas Vecinales Comunes y Agentes Comunitarios de Salud implementan acciones de gestión comunal y vigilancia comunitaria para promover prácticas y entornos saludables orientados al cuidado infantil y la adecuada alimentación. • MUNICIPIO: Los funcionarios de la municipalidad actualizan la información del Directorio de Juntas Vecinales Comunes; destina recursos para su implementación, así como la difusión y socialización al Comité Multisectorial de Salud o quien haga sus veces para la toma de decisiones.
3. Criterios de programación	Para Salud: • 100% de las Juntas Vecinales Comunes de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a las Juntas Vecinales Comunes y organizaciones locales (comunidades) de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de

Denominación del producto	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (33249)
	pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario. 100% de los Agentes Comunitarios de Salud de los sectores prioritarios (mapa de sectorización) de los distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a los Agentes Comunitarios de Salud de los otros distritos (quintil 3 a 5) que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario. Se considera bolsón de pobreza a población de la jurisdicción del establecimiento de salud que no cuente o tenga una baja proporción de servicios básicos (servicio eléctrico, agua y desagüe). Para gobierno local: 100 % comunidades de los municipios con distritos más pobres (quintil 1 y 2) del departamento o ámbito de intervención. Se podrá programar a los municipios de los otros distritos (quintil 3 a 5), que tengan "bolsones de pobreza", en los que se haya identificado la desnutrición crónica como problema prioritario. Fuente de información para la programación: - Registro de Juntas Vecinales Comunes y organizaciones sociales según mapa de sectorización. - Registro de Juntas Vecinales de la municipalidad distrital y/o provincial publicado en el portal institucional. - Directorio de ACS y proyección de necesidades de número de ACS del establecimiento de salud. - Mapa de pobreza-FONCODES. (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza). - Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe).
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la subfinalidad: JUNTA VECINAL COMUNAL CAPACITADA PARA PROMOVER EL CUIDADO INFANTIL.
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> PLANIFICACION[Planificación] PLANIFICACION --> EJECUCION[Ejecución] EJECUCION --> MONITOREO[Monitoreo y Evaluación] MONITOREO --> CIERRE([CIERRE]) PLANIFICACION --> PLANIFICACION_2[Planificación] PLANIFICACION_2 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_3[Planificación] PLANIFICACION_3 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_4[Planificación] PLANIFICACION_4 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_5[Planificación] PLANIFICACION_5 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_6[Planificación] PLANIFICACION_6 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_7[Planificación] PLANIFICACION_7 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_8[Planificación] PLANIFICACION_8 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_9[Planificación] PLANIFICACION_9 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE PLANIFICACION --> PLANIFICACION_10[Planificación] PLANIFICACION_10 --> EJECUCION EJECUCION --> MONITOREO MONITOREO --> CIERRE </pre>

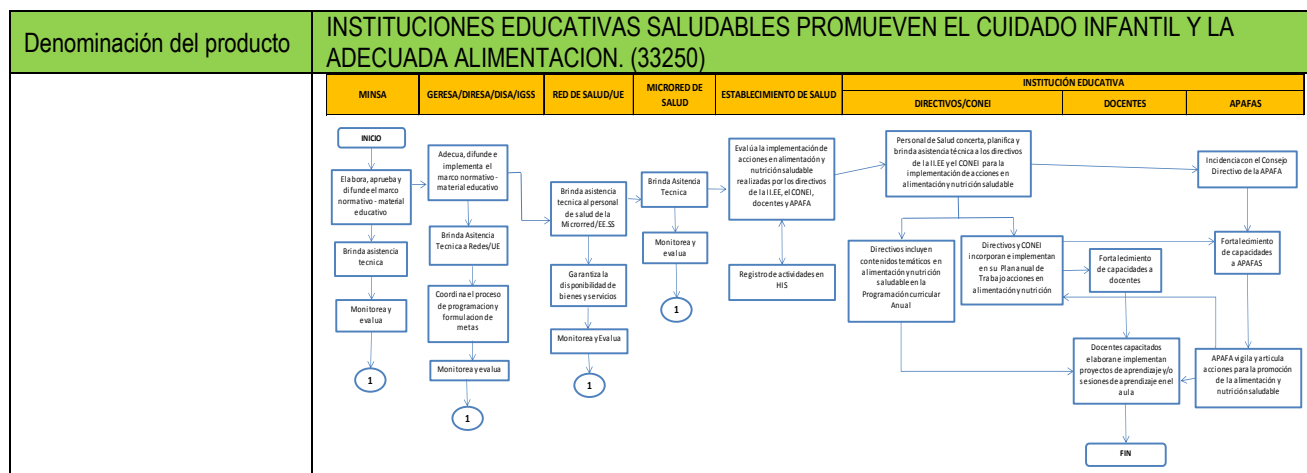
PRODUCTO 7: INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION. (33250)
---------------------------	---

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION. (33250)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Directivos, consejo educativo institucional, docentes y APAFAs de las Instituciones Educativas.					
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Establecimientos de salud del primer nivel de atención de categoría I-1 a I-4 y Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Instituciones educativas incorporan en su plan anual de trabajo acciones para la promoción de la alimentación y nutrición saludable					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Institución educativa cuyos miembros de la comunidad educativa: directivos, docentes y padres de familia organizados incluyen: en la programación curricular anual temas de alimentación y nutrición saludable, y en el plan anual de trabajo actividades para promover prácticas saludables en alimentación y nutrición en los escolares; así mismo implementan proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula. Se considera una institución educativa a los centros de educación básica regular estatal, que está registrada en el Padrón del Ministerio de Educación con un código modular que la identifica y un código del local escolar donde funciona; esta puede ser del Nivel Inicial, Primaria. Subfinalidad: INSTITUCIÓN EDUCATIVA CON (CONEI) CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA REDUCIR DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, que incluye las siguientes tareas: • Concertación con directivos, CONEI, responsables de áreas y programas de la Institución Educativa para establecer acuerdos y articular acciones que promuevan la alimentación y nutrición saludable (una reunión de 02 horas de duración). • Presentar el diagnóstico situacional actual de salud relacionados a la alimentación y nutrición de los y las estudiantes de la institución educativa, a los directivos y al Consejo Educativo Institucional, a fin de promover la incorporación de temas en la programación curricular anual (01 reunión de 1 hora de duración). • Incorporación en el plan anual de trabajo de la institución educativa actividades relacionadas a la promoción de prácticas y entornos saludables: refrigerios saludables, expendio de alimentos, quioscos saludables, lavado de manos u otras, para mejorar la alimentación y nutrición (una reunión de 04 horas de duración). • Asistencia técnica y acompañamiento en el cumplimiento del plan anual de trabajo, en la cual se utilizan las herramientas de monitoreo disponibles (dos reuniones de 02 horas de duración cada una). • Evaluar las intervenciones de promoción de la salud contenidas en el plan anual de trabajo. Se realiza a través de la aplicación de la matriz de evaluación de instituciones educativas saludables (una reunión de 04 horas de duración). Subfinalidad: DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS CAPACITADOS EN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, que incluye las siguientes tareas:					

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION. (33250)
	• Capacitación a docentes en los siguientes temas: - o Eje temático de Alimentación y Nutrición saludable: Módulo Educativo de Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable (Quioscos y refrigerios saludables entre otros) para nivel inicial (02 horas), para nivel primaria (02 horas) y sus Cartillas informativas. - o Eje temático de Higiene y Medio ambiente: Módulo Educativo de Promoción de Lavado de Manos y Módulo Educativo de Promoción de la Salud Bucal-Higiene Oral (3 horas). - o De acuerdo a las necesidades identificadas se programará capacitación sobre el Plan Cuido mi familia, de 02 horas de duración. • Asistencia técnica y acompañamiento para la implementación de proyectos de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje (02 visita de 02 horas de duración cada una). Subfinalidad: ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA (APAFAS) PROMUEVEN Y DESARROLLAN PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE, que incluye las siguientes tareas: • Incidencia y consenso con el Consejo Directivo de la APAFA, presentando el diagnóstico situacional actual de la salud de los y las estudiantes de la institución educativa relacionados a la alimentación y nutrición, para establecer acuerdos y propuestas para ser presentados a los directivos de la institución educativa, así como articular acciones que promuevan prácticas saludables en alimentación y nutrición (01 Reunión de 02 horas de duración). • Capacitación a miembros de la APAFA y representantes del Comité de Aula, en los siguientes temas - o Alimentación y nutrición saludable, prácticas de lavado de manos e higiene oral (02 sesiones educativas de 02 horas de duración cada una). - o Buenas prácticas saludables para el cuidado infantil psicoafectivo (02 sesiones educativas de 02 horas de duración cada una). • Monitoreo y evaluación de los acuerdos establecidos (quioscos y/o refrigerios saludables), utilizando las herramientas de monitoreo disponibles (una reunión de 02 horas de duración). Las actividades de este producto son realizadas por el personal de salud, en el local de la institución educativa, local comunal u otros que se considere pertinente. Para la realización de estas actividades, la Red y/o microrred de salud deberá capacitar al personal de salud en los siguientes documentos: • Guía Técnica para la Gestión de la Promoción de la Salud en las instituciones educativas para el desarrollo sostenible • Módulo Educativo de Promoción de la alimentación y nutrición saludable • Módulo Educativo de Promoción de Lavado de Manos. • Módulo Educativo de Promoción de la Salud Bucal-Higiene Oral. • Cartillas informativas dirigidas a docentes, padres de familia y expendedores. • Módulo de Buenas prácticas para el cuidado Psicoafectivo del menor de 5 años. • Plan Cuido a mi Familia.

Denominación del producto	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION. (33250)
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/IGSS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • DISA/RED DE SALUD /UNIDAD EJECUTORA: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EESS, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa la entrega del producto • ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: El personal de salud capacitado entrega el producto para lo cual desarrolla reuniones de concertación, planificación y asistencia técnica a los directivos de la II.EE y el CONEI; fortalecimiento de capacidades a docentes y APAFAs a fin de implementar acciones relacionadas a la alimentación y nutrición saludable. • INSTITUCIONES EDUCATIVAS: Directivos y CONEI planifican y gestionan la promoción de la alimentación y nutrición saludable en la institución educativa. Los docentes capacitados elaboran e implementan proyectos de aprendizaje de aprendizaje y/o sesiones de aprendizaje en el aula, la APAFA vigila y articula acciones para la promoción de la alimentación y nutrición saludable.
3. Criterios de programación	• 100% de las instituciones educativas estatales (del nivel inicial y primario), del quintil 1 y 2. Se podrá programar a las Instituciones Educativas del quintil 3 a 5, que tengan "bolsones de pobreza" o que se haya identificado problemas sanitarios relacionados al programa presupuestal. • 50% de docentes de las instituciones educativas programadas • 100% de las APAFAs de las instituciones educativas programadas.
	Fuente de información para la programación: • Registro actualizado de Instituciones Educativas: Padrón de Instituciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) • Mapa de pobreza-FONCODES: (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza).
4. Método de agregación de actividades a producto	La meta física del producto se obtiene de la Subfinalidad: INSTITUCIÓN EDUCATIVA CON (CONEI) CON PRÁCTICAS SALUDABLES PARA REDUCIR DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL
5. Flujo de procesos	



PRODUCTO 8: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES.

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (33251)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Familias con niños menores de 36 meses					
Responsable del diseño del producto	Ministerio de Salud-Dirección General de Promoción de la Salud					
Responsable de la entrega del producto	Personal capacitado de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención de categoría I-1 al I-4 y Establecimientos de salud del segundo nivel de atención que tengan población asignada.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Familias con niños menores de 36 MESES que reciben consejerías en el hogar sobre prácticas saludables de cuidado infantil.					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de Familias con niños menores de 36 MESES que reciben consejerías en el hogar sobre prácticas saludables de cuidado infantil. Proporción de Niñas y niños menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Este producto se da en Familias con niños menores de 36 meses, las cuales han recibido consejería en el hogar, sesiones educativas, demostrativas y sesiones de grupo de apoyo, para promover prácticas de comportamientos saludables como, hábitos, conductas y entornos saludables del cuidado infantil, en temas como: brindar cuidados adecuados al recién nacido, promover la lactancia materna exclusiva, brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continua con la lactancia materna hasta los 24 meses a mas, brindar suplemento de hierro o micronutrientes a niñas/niños de 6 a 35 meses de edad, lavado de manos ,consumir agua segura. Las actividades del producto son efectuadas por el personal de salud capacitado a través de la visita domiciliaria que Incluye las siguientes					

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (33251)
	actividades: 1.- Subfinalidad: Familias con niños(as) < 12 meses, reciben consejería en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, a través de la visitas domiciliarias: • Consejería para madres, padres y cuidadores, dentro de <u>los 7 días</u> de nacido en temas como: lactancia materna durante la primera hora y exclusiva hasta los 6 meses, lavado de manos, abordando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño y sus familias son 45 minutos de duración. • Consejería para madres, padres y cuidadores con niños y niñas, a los 5 meses en temas como: alimentación complementaria, lavado de manos, continuidad de la lactancia materna e importancia de la suplementación (micronutrientes) reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño y su familias, de 45 minutos de duración. 2.- Subfinalidad: Familias con niños y niñas de 1 y 2 años, reciben consejería en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, a través de la visita domiciliaria: • Consejería para madres, padres y cuidadores, al año de edad en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, tomando en cuenta las necesidades del niño y la familia, de 45 minutos de duración. • Consejería para madres, padres y cuidadores con niños y niñas de 1 a 2 años, al Segundo año de edad en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, tomando en cuenta las necesidades del niño y la familia, de 45 minutos de duración. 3.- Subfinalidad: Familias con niño(as) < de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas y sesiones educativas: FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 12 MESES: A.- Sesiones Educativas: • Dentro de 7 días de nacido, lavado de manos, la lactancia materna exclusiva. • A los 05 meses, lavado de manos, alimentación complementaria con énfasis en suplementación con micronutrientes y lactancia materna prolongada e Higiene bucal. • A los 11 meses. lavado de manos, alimentación complementaria con énfasis en suplementación con micronutrientes y lactancia materna prolongada. Higiene bucal. • A los 18 meses lavado de manos, higiene bucal, alimentación complementaria, con lactancia materna prolongada y suplementación con hierro o multimicronutrientes. B.- Sesiones Demostrativas: • Dentro de los 7 días de nacido, lavado de manos, técnica de amamantamiento. • A los 05 meses, lavado de manos, alimentación complementaria con énfasis en suplementación con micronutrientes y lactancia materna prolongada e higiene bucal. • A los 11 meses, lavado de manos, alimentación complementaria con énfasis en suplementación con micronutrientes y lactancia materna prolongada e. Higiene bucal. • A los 18 meses lavado de manos, higiene bucal, alimentación complementaria, con lactancia materna prolongada y suplementación con hierro o multimicronutrientes. FAMILIAS CON GESTANTES: A.- Sesiones Educativas:

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (33251)
	• (Al primer trimestre), se brindara orientación en alimentación saludable, suplementación con hierro, importancia del parto institucional y cuidados adecuados a la mujer durante la gestación, a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración cada uno. • (Tercer trimestre), se brindara orientación en lactancia materna durante la primera hora en el recién nacido y exclusiva hasta los seis meses, alojamiento conjunto, apego a través del contacto piel a piel, parto institucional (importancia del corte tardío del cordón umbilical de 2 a 3 minutos), a un grupo máximo de 15 familias, de 45 minutos de duración cada uno. B.- Sesiones Demostrativas: • (Al primer trimestre), se brindara orientación en alimentación saludable, lavado de manos, suplementación de hierro. Tiempo de duración 03 horas por sesión. • (Tercer trimestre), se brindará orientación en lavado de manos, técnicas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna y forma adecuada de alimentar al niño. Tiempo de duración 03 horas por sesión. 4.- Subfinalidad: Familias con niños y niñas menores de 24 meses y gestantes que participan en grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna, que incluye las siguientes tareas : • Coordinación con la comunidad, capacitación en prácticas saludables para el cuidado infantil, con énfasis en lactancia materna, asistencia técnica del personal de salud a las “madres guía” de los grupos de apoyo comunal, durante o después de las sesiones de grupos de apoyo, sesiones de grupos de apoyo, actividad que se desarrolla en el local comunal, establecimiento de salud, centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado de la madre y el niño, entre otros que eligieran las madres. • Monitoreo a las “madres guía” de los grupos de apoyo comunal, de 02 horas de duración.
2. Organización para la entrega del producto	• MINSA: Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de entrega del producto así como brinda asistencia técnica, monitorea y supervisa su implementación. • GERESA/DIRESA/DISA/IGSS: Adecua el marco normativo y materiales educativos, cuando corresponda, difunde e implementa las normas, coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto, brinda asistencia técnica, monitoreo de las actividades y evalúa los resultados. • Redes de Salud /Unidad Ejecutoras: garantizan la disponibilidad de los bienes y servicios para la entrega del producto, brinda asistencia técnica al personal de salud de las Micro redes y EEES, realiza el monitoreo de las actividades y evalúa los resultados • MICRORRED DE SALUD: Brinda asistencia técnica, monitorea y evalúa la entrega del producto • Establecimientos de salud: El personal de salud capacitado coordina y planifica las visitas domiciliarias. • Familias reciben consejería en el hogar en temas de cuidado infantil, sesiones educativas y sesiones demostrativas dirigida a las Familias con niños y niñas menores de 36 meses y gestantes.
3. Criterios de programación	• 100% de Familias con niños menores de 36 meses, según programación de CRED • 100% de gestantes, según programación de la estrategia salud sexual y reproductiva Nota: El número de familias es igual al número de niños. Número de familias es igual al número de gestantes.

Denominación del producto	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (33251)
	Fuente de información para la programación: - Registro actualizado de Familias según sectorización local del establecimiento - Padrón nominal homologado actualizado del establecimiento de salud - Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI).
4. Método de agregación de actividades a producto	Familias con niños(as) < 12 meses, reciben consejería a través de la visita domiciliaria + Familias con niños y niñas de 1 y 2 años, reciben consejería a través de la visita domiciliaria.
5. Flujo de procesos	

PRODUCTO 9: NIÑOS (AS) CON VACUNA COMPLETA

Denominación del producto	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y Niñas comprendidos desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses y 29 días.					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DGSP-ESNI					
Responsable de la entrega del producto	MINSA,IGSS, DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad.					
Indicadores de desempeño del producto	- Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad. - Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo para su edad. - Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad.					
Modelo operacional del producto						

Denominación del producto	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254)
1. Definición operacional	Es aquel niño o niña que de acuerdo a su edad ha recibido las vacunas, según el Esquema Nacional de Vacunación Vigente (Resolución Ministerial N° 510-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 080-MINSA/DGSP V.03, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación"), a través del proceso de inmunización: Recién nacido. Niños menores de 1 año Niños de 1 año Niños de 2 años Niños de 3 años Niños de 4 años El proceso de inmunización implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña y el niño, considerando las siguientes tareas: • Orientación a la madre sobre antes y después: importancia de las vacunas, manejo del carnet de vacunación y del cumplimiento del esquema de vacunación, el control del crecimiento y desarrollo de la niña y del niño, las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna administradas, y reacciones adversas. • Preparación del niño y materiales e insumos que se requieren para la administración de la vacuna. • Administración de la vacuna según la edad y esquema de vacunación correspondiente, considerando las pautas de inyección segura. • Almacenamiento, Manejo y Uso de las vacunas conserva la cadena de frío para garantizando su calidad y eficacia. • Eliminación y disposición final de los residuos sólidos de la vacunación evitando el riesgo en el paciente, trabajador y la comunidad. • Registro adecuado y oportuno de la administración de la vacuna en el sistema de información de inmunizaciones: Registró en Carné, Hoja HIS e historia clínica (incluir el número de lote de la vacuna). Se debe considerar para la entrega del producto lo siguiente: Seguimiento de los Niños.- vacunación extramural para completar esquemas de vacunación • Sectorización de la jurisdicción del establecimiento de salud para el seguimiento correspondiente. • Trabajo Coordinado con promotoras de salud o agentes comunitarios • Actualización mensual del padrón nominal Asegurar la Cadena de Frío operativa y suficiente: • Inventario para el equipamiento de cadena de frío en cantidad adecuada y suficiente a nivel nacional, regional y local. • Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de cadena de frío que garantice la conservación adecuada de las vacunas. Garantizar el Sistemas de información y registros adecuados: • Control de calidad de la información desde el punto de atención • Registro adecuado y oportuno en el HIS • Análisis de Indicadores para la toma de decisiones en el nivel operativo. El tiempo promedio para la administración de cada vacuna es de 15 minutos por niño. El producto es entregado en todos los establecimientos de salud según su categoría, (puede ser ejecutado en otro escenario siempre que se cuente con las condiciones físicas y de equipamiento

Denominación del producto	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254)
	mínimo necesarias). El personal profesional que desarrolla las actividades, requiere capacitación permanente (no menos de 40 horas por año) la capacitación es responsabilidad del equipo de gestión regional, unidades ejecutoras y establecimientos de salud cabecera de micro red o Redes de Salud; considerando los siguientes contenidos temáticos: • Esquema de vacunación • Criterios de Programación • Estrategias y tácticas de vacunación • Administración de vacuna. • Manejo de Cadena de frío • Inyección Segura • Manejo y Seguimiento de los Eventos Severos Atribuibles (ESAVIS) • Manejo de Residuos solidos • Manejo de situaciones de crisis en vacunación. • Sistemas de información y registros adecuados • Evaluación de Indicadores • Gestión de la Estrategia por niveles. Manejo y tratamiento de reacciones adversas (ESAVI), según la complejidad o severidad de los mismos.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: DGE: Análisis situacional de salud ESNI: • Elaboración y Aprobación del Esquema Nacional de vacunación • Definición de criterios de programación anual y población objetivo • Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). • Estimación de la necesidad anual de vacunas • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional. DARES: • Determina la demanda anual de presupuesto para la adquisición de vacunas. • Comunicación a OPS de la Necesidad Anual de Vacunas • Comunicación a OPS de la confirmación semestral de requerimiento de vacunas a ser adquiridas • Tramita Registro Sanitario o Certificado de RS de la Vacuna • Solicita a la OGA la nacionalización y desaduanaje de la vacuna • Ingreso de las vacunas al Almacén de la DARES (Acta de Apertura y Ficha de Evaluación, y Nota de Entrada al Almacén (NEA) • Distribución trimestral de las vacunas a IGSS/GERESA/DIRESA/DISA/ DIGEMID: • Otorga Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario para la vacuna. • Efectúa verificación y/o pesquisa de las vacunas (Elabora Acta de Verificación y/o Pesquisa) • Remite al INS lotes pesquisados para control de calidad • Comunica a DARES resultados de control de calidad • Consolida y evalúa los stock de vacuna a través del ICI OGEI • Establece y da a conocer la Población por edades por distrito para la programación. • Consolidado de la información por Regiones y distritos • Realiza control de calidad de la información emitidas por IGSS/GERESA/DIRESA/DISA IGSS/GERESA/DIRESA/DISA • Implementa los documentos normativos.

Denominación del producto	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254)
	• Realiza y Consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Oficializan a DARES Confirmación de Requerimiento Trimestral de vacunas • Recepción de las Vacunas (verificación física y documentaria) • Distribución de vacunas a las Redes de salud • Notifica a la ESNI registros de temperatura (dataloger) • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • Evaluación trimestral, semestral y anual Unidades Ejecutoras: • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA.SIAF • Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Organiza los servicios para brindar la atención. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores de vacunación. Establecimientos de Salud: Punto de atención • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural • Desarrolla la actividad garantizando la calidad oportunidad de la atención • Implementan estrategias de intervención para el seguimiento de los niños y mejorar las coberturas. • Monitoreo de la cadena de frío: control de temperatura de los equipos M/T. • Registro de los niños vacunados en Historia Clínica, carnet de vacuna, y HIS realizando el control de calidad de la información. • Verificación y registro de Stock de vacuna • Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores (acceso, seguimiento, cobertura y deserción) y tomar medidas o estrategia de vacunación • Trabajo coordinado con los actores sociales de los distritos.
3. Criterios de programación	Unidad de medida: • Niño Protegido Criterio de programación: Para los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS): 100% de niño menor de 1 100% de niño = 1 año 5% de niño = 2 años 5 % de niño = 3 años 100% de niño = 4 años Meta Física del Producto: Es igual a la sumatoria de las metas físicas de las Subfinalidades: “Vacunación niño < 1 año + Vacunación niño 1 año + Vacunación niño 4 años + Vacunación niño 2 años + Vacunación niño 3 años”

Denominación del producto	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254)
	Fuente de información para el cálculo de la meta física: - Padrón nominal homologado y actualizado. - Información referencial: Población estimada por INEI por grupo de edad para el año en cada jurisdicción
4. Método de agregación de actividades a producto	Es igual a la sumatoria de las metas físicas de las Subfinalidades: “Vacunación niño < 1 año + Vacunación niño 1 año + Vacunación niño 4 años + Vacunación niño 2 años + Vacunación niño 3 años” considerando lo siguiente: - Niños menor de 1 año y 1 año se considera la cobertura más baja por grupo de edad, excluyendo la vacuna Influenza y Fiebre amarilla. - Niño menor de 2 y 3 año con comorbilidad se considera la vacuna Neumococo. - Niños de 4 años se considera la vacuna Refuerzo de DPT
5. Flujo de procesos	PROCESOS PARA LA VACUNACIÓN DEL NIÑO Y NIÑA <pre> graph LR INICIO((INICIO)) --> SELECCION[Selección] SELECCION --> PROGRAMACION[Programación] PROGRAMACION --> PRACD[Requerimiento para compra PRACD] PRACD --> ADQUISICION[Adquisición] ADQUISICION --> REGISTRO[Registro Sanitario verificación y/o pesquisa de las vacunas] REGISTRO --> ALMACENAMIENTO[Almacenamiento] ALMACENAMIENTO --> DISTRIBUCION_IGSS[Distribución a IGSS/GERESA/DIRESA] PROGRAMACION --> PROGRAMACION_METAS[Programación: Metas físicas e insumos médicos] PROGRAMACION_METAS --> ADQUISICION_MEDICOS[Adquisición de insumos médicos] ADQUISICION_MEDICOS --> DISTRIBUCION_EESS[Distribución a EESS] DISTRIBUCION_IGSS --> USO[VACUNACIÓN Intra extramural del niño y niña] DISTRIBUCION_EESS --> USO USO --> REGISTRO_VACUNADOS[Registro de vacunados] REGISTRO_VACUNADOS --> REPORTE_CONSUMO[Reporte de Consumo] REPORTE_CONSUMO --> ENTREGA_PRODUCTO[Entrega del producto: Niño y niña con vacuna completa registrada] ENTREGA_PRODUCTO --> COBERTURA[Usuario final: Familia recibe cobertura por el usuario final] COBERTURA --> FIN((FIN)) </pre>

PRODUCTO 10: NIÑOS CON CRED COMPLETO PARA SU EDAD

Denominación del producto	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños menores de 36 meses del ámbito nacional (según criterio de programación).					
Responsable del diseño del producto	DGSP – Etapa de Vida Niño					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de niñas y niños menores de 36 meses con Controles de Crecimiento y Desarrollo completos para su edad.					
Indicadores de desempeño del	Porcentaje de niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo completos para					

Denominación del producto	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255)
producto	su edad.
Modelo operacional del producto	
1.Definición operacional	<u>Niñas y niños con control de crecimiento y desarrollo completo según edad.</u> Es aquel niño o niña que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos: • Niño CRED < 1 Año Niño y niña de 01 mes hasta los 11 meses 29 días que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos (01 control por mes). • Niño 1 Año con CRED Completo Niño y niña de 12 meses hasta los 23 meses 29 días que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos (01 control cada 02 meses). • Niño CRED 2 Años Niño y niña de 24 meses hasta los 35 meses 29 días que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos (01 control cada 03 meses). Definición operacional: El Control de crecimiento y desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico e incluye: • Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño. • Examen Físico. • Detección de enfermedades prevalentes u otras alteraciones físicas. • Descarte de Anemia y parasitosis a través del dosaje de hemoglobina o a partir de los 6 meses una vez por año y examen seriado de heces y Test de Graham a partir de los 12 meses una vez por año. • Detección de problemas sensoriales (visuales, auditivos) • Detección de signos de violencia familiar y maltrato infantil. • Evaluación del crecimiento y estado nutricional – Identificación, manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales, según nivel de complejidad y capacidad resolutive. • Evaluación del desarrollo - Identificación y manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive. • Verificación y seguimiento de la Suplementación con micronutrientes de acuerdo a esquema vigente. • Prescripción de profilaxis antiparasitaria, de acuerdo a esquema vigente. Consejería de acuerdo a los hallazgos: • Identificación y análisis conjunto (madre y prestador) de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño. • Identificación y elección conjunta (madre y prestador) de alternativas de solución, toma de acuerdos y compromisos para mejorar el cuidado integral del niño en el hogar (alimentación, crianza y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad, entre otros). • Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de acuerdos y compromisos. • Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado. • Información sobre oportunidades locales y regionales de protección y apoyo a la familia y al niño o niña. • Entrega de material de información y educativo de apoyo a la madre o adulto responsables del cuidado del niño o niña. • Registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc.

Denominación del producto	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255)
	El producto es entregado en los establecimientos de salud según su categoría, (puede ser entregado en otro escenario, siempre que se cuente con las condiciones físicas y de equipamiento mínimo necesarias). El tiempo promedio utilizado por cada entrega es de 45 minutos. El personal que entrega el producto requiere capacitación permanente (no menos de 40 horas por año), la capacitación de personal de salud es de responsabilidad del equipo de gestión regional, unidades ejecutoras y establecimientos de salud cabecera de micro red o red; la Criterio, duración y frecuencia depende de los contenidos temáticos, el mismo que debe ser coherente con la normatividad vigente.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba la Norma Técnica de salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo • Define los criterios de programación y población objetivo. • Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. IGSS/GERESA/DIRESA/DISA • Socializa e Implementa los documentos normativos. • Realiza y Consolida la programación de las Unidades Ejecutoras • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • Evaluación trimestral, semestral y anual Unidades Ejecutoras: • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención. • Ingres a la programación de los puntos de atención al SIGA.SIAF • Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. • Organiza los servicios para brindar la atención. • Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. • Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. • Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores de CRED. Establecimientos de Salud: Punto de atención • Programación de metas físicas según los criterios establecidos. • Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural • Desarrolla la actividad garantizando la calidad oportunidad de la atención • Implementan estrategias de intervención para el seguimiento de niñas y niños para mejorar las coberturas. • Registro de las actividades de CRED en Historia Clínica, carnet de atención integral FUAS y HIS realizando el control de calidad de la información. • Reuniones de trabajo mensual y/o trimestral para análisis de indicadores de cobertura y formulación de estrategias para la reducción de la deserción. • Trabajo coordinado con los actores sociales de los distritos.

Denominación del producto	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255)
3. Criterios de programación	Unidad de medida: - Niño controlado Criterio de programación Para los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS): Niño CRED < 1 Año = 95% de la población de niños de 01 mes hasta los 11 meses que se encuentra bajo su responsabilidad. Niño 1 Año con CRED Completo = 95%, de la población de niños de 12 meses hasta los 23 meses 29 días que se encuentra bajo su responsabilidad. Niño CRED 2 Años = 95% de la población de niños de 24 meses hasta los 35 meses 29 días que se encuentra bajo su responsabilidad. Para los tres casos, excepcionalmente se incluirá a niños afiliados a Essalud u otros seguros que no tengan acceso regular a su proveedor de servicios. Fuente de información para el cálculo de la meta física - Padrón nominal homologado y actualizado. - Fuente complementaria: Población estimada por el INEI estimada para cada ámbito (distrito o centro poblado).
4. Método agregación actividades de producto	Meta Física del Producto: - Niño CRED < 1 Año = número de niños menores de 01 años que han recibido 11 controles, Considerar lo registrado en HIS con código Z001 Control de Crecimiento y desarrollo y 11 en LAB. - Niño 1 Año con CRED Completo = número de niños de 01 año que han recibido 06 controles, Considerar lo registrado en HIS con código Z001 Control de Crecimiento y desarrollo y 06 en LAB. - Niño CRED 2 Años = número de niños de 02 años que han recibido 04 controles, Considerar lo registrado en HIS con código Z001 Control de Crecimiento y desarrollo y 04 en LAB. El avance de la Meta Física del Producto está determinado por la sumatoria de las metas físicas de las Sub-finalidades: “Niño CRED < 1 Año + Niño 1 Año con CRED Completo + Niño CRED 2 Años”



PRODUCTO 11: NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A

Denominación del producto	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y niñas menores de 36 meses del ámbito nacional.					
Responsable del diseño del producto	DGSP - Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Niños y niñas suplementados con hierro					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de niños que recibieron suplementación con hierro.					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	<u>Suplementación con hierro a niñas y niños menor de seis meses</u> Suplementación niñas y niños con bajo peso al nacer y/o prematuros Definición operacional: Niño menor de 6 meses con suplemento de hierro, es aquel niño o niña menor de 6 meses con bajo peso al nacer y/o prematuro que ha recibido suplemento de hierro según esquema vigente. La intervención consiste en el suministro de hierro a niñas y niños menores de 6 meses con bajo peso al nacer y prematuros de acuerdo al esquema vigente. Implica 01 atención mensual a partir de los 30 días de nacido hasta antes de cumplir 6 meses, para					

Denominación del producto	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)
	niños con bajo peso al nacer y prematuros e incluye indicación y entrega de insumos (gotas de sulfato ferroso); consejería a la madre para promover la adherencia, monitoreo del consumo de los insumos a partir de la 2° atención, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda en la historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas. • Suplementación a niñas y niños de 4 meses a 5 meses 29 días nacidos a término y con peso adecuado al nacer Definición operacional: Niño de 4 meses a 5 meses 29 días con suplemento de hierro, es aquel niño o niña de 4 meses a 5 meses 29 días que ha recibido suplemento de hierro según esquema vigente. La intervención consiste en el suministro de hierro a niñas y niños menores de 6 meses con bajo peso al nacer y prematuros de acuerdo al esquema vigente. Implica 01 atención mensual a partir de los 30 días de nacido hasta antes de cumplir 6 meses, para niños con bajo peso al nacer y prematuros e incluye indicación y entrega de insumos (gotas de sulfato ferroso); consejería a la madre para promover la adherencia, monitoreo del consumo de los insumos a partir de la 2° atención, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda en la historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas. <u>Suplementación a niñas y niños de 6 a 36 meses</u> Definición operacional: Niño con suplemento de hierro, es aquel niño o niña de 06 a 36 meses que ha recibido suplemento de hierro según esquema vigente. La intervención consiste en el suministro de hierro, el cual se inicia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad, por un periodo de 12 meses, ya sea que hayan nacido a término y con peso adecuado y/o bajo peso al nacer y prematuros de acuerdo al esquema vigente. Implica 01 atención mensual por 12 meses e incluye indicación y entrega de insumo (Micronutrientes); consejería a la madre para promover la adherencia, monitoreo del consumo de los insumos a partir de la 2° atención, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda en la historia clínica, tarjeta de Atención Integral de Salud (AIS) del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas. Adicionalmente, de acuerdo al esquema vigente se realizará el dosaje de hemoglobina de control. La actividad es realizada por personal de salud capacitado, puede ser realizado en establecimiento de salud, en vivienda u otros espacios de cuidado y atención del niño, el tiempo promedio necesario para la atención varía; si la atención es en establecimiento de salud el tiempo necesario es 15 minutos por atención y si la actividad es realizada en vivienda u otro espacio se requiere adicionar un tiempo para el desplazamiento.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el

Denominación del producto	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)
	desarrollo de la actividad. Microrred y Establecimientos de Salud. - Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. - Está encargado de la captación de niños para la suplementación.
3. Criterios de programación	<u>Suplementación con hierro a niñas y niños menor de seis meses</u> - Suplementación niñas y niños con bajo peso al nacer y/o prematuros Criterio de programación 100% de niños con bajo peso al nacer o prematuros afiliados al SIS y sin seguro de salud atendidos el año anterior. De no contar con esa información, se puede estimar un porcentaje de Prematuridad y bajo peso según reporte ENDES. - Suplementación niñas y niños de 4 meses a 5 meses 29 días nacidos a término y con peso adecuado al nacer Criterio de programación Para los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS): 100%, de la población de niños de 04 meses a 5 meses 29 días que se encuentra bajo su responsabilidad, excepcionalmente se incluirá a niños afiliados a ESSALUD u otros seguros que no tengan acceso regular a su proveedor de servicios. <u>Suplementación a niñas y niños de 6 a 36 meses</u> Criterio de programación Para los establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS): 100%, de la población de niños de 06 a 35 meses que se encuentra bajo su responsabilidad y que NO hayan recibido suplementación anteriormente; excepcionalmente se incluirá a niños afiliados a ESSALUD u otros seguros que no tengan acceso regular a su proveedor de servicios. Fuente de información para el cálculo de la meta física Padrón nominal homologado y actualizado. Fuente complementaria: Reporte de afiliación SIS de niños de 06 a 35 meses al que se incrementa una proporción que representa los niños pobres no afiliados al SIS, esto se determina de acuerdo a la cobertura de afiliación del ámbito. Fuente complementaria: Población estimada por el INEI estimada para cada ámbito (distrito o centro poblado).
4. Método agregación actividades de producto	Niñas y niños menores de 36 meses suplementados con vitamina hierro



Nota por los rangos de edad de Suplemento de Hierro y vitamina A, se presenta tabla por separados.

NIÑOS CON VITAMINA A

Denominación del producto	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y niñas 06 a 59 meses del ámbito nacional.					
Responsable del diseño del producto	DGSP - Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Número de Niños y niñas suplementados vitamina A (niños que de acuerdo a su edad ha recibido suplemento de acuerdo a esquema vigente).					
Indicadores de desempeño del producto	Porcentaje de niñas y niños que recibieron suplementación de vitamina A.					
Modelo operacional del producto						

Denominación del producto	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)
1.Definición operacional	<u>Suplementación a niñas y niños de 6 a 11 meses:</u> Definición operacional: Niño menor de 01 año con suplemento de vitamina "A", es aquel niño o niña de 06 a 11 meses que ha recibido suplemento de vitamina "A" según esquema vigente. La intervención consiste en la administración de 01 dosis de 100,000 UI de vitamina "A" a niños de 06 a 11 meses. Implica 01 atención como parte del control de crecimiento y desarrollo e incluye la administración de 01 dosis de vitamina "A" según esquema vigente. <u>Suplementación a niñas y niños de 12 a 59 meses:</u> Definición operacional: Niño de 12 a 59 meses con suplemento de vitamina "A", es aquel niño o niña de 12 a 59 meses que ha recibido suplemento de vitamina "A" según esquema vigente. La intervención consiste en la administración 01 dosis de 200,000 UI de vitamina "A" cada 06 meses a niñas y niños de 12 a 59 meses. 01 Atención cada 06 meses como parte del control de crecimiento y desarrollo e incluye la administración de vitamina "A" según esquema vigente La actividad es realizada por personal de salud capacitado, puede ser realizado en establecimiento de salud, en vivienda u otros espacios de cuidado y atención del niño; el tiempo promedio necesario para la atención varía, si la atención es en establecimiento de salud el tiempo necesario es 08 minutos por atención y si la actividad es realizada en vivienda u otro espacio se requiere adicionar un tiempo para el desplazamiento.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. Microrred y Establecimientos de Salud. • Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. • Está encargado de la captación de niños para la suplementación.

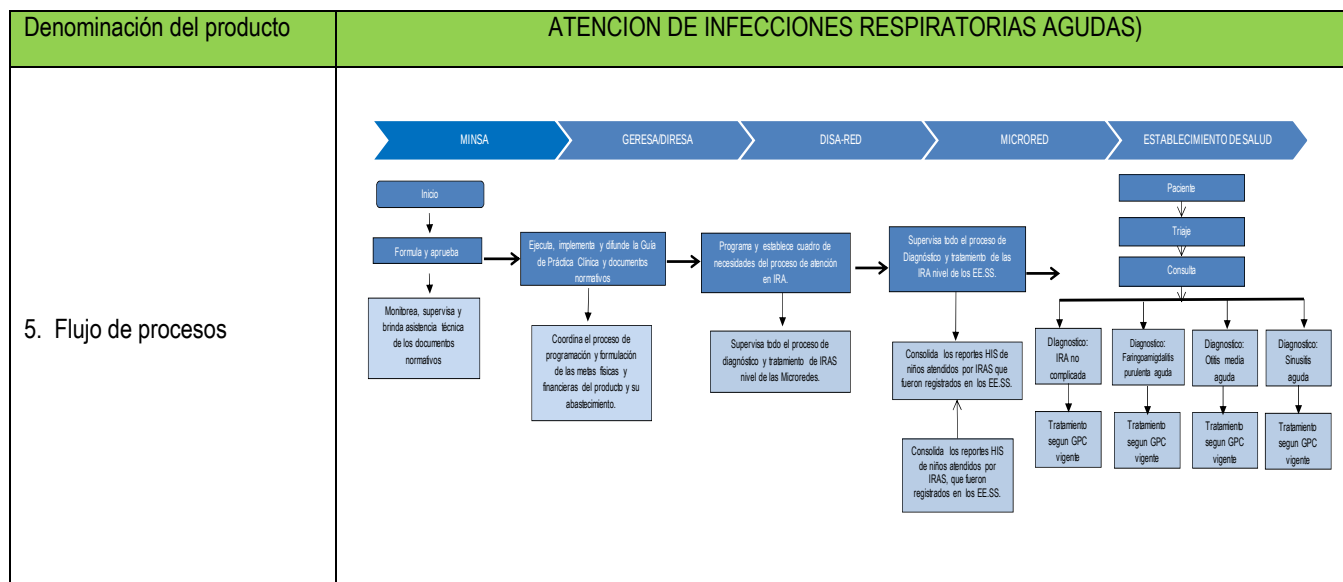
Denominación del producto	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)
3. Criterios de programación	Niños de 6 a 11 meses: 100% de niños y niñas de 06 a 11 meses pertenecientes a la población pobre y extremadamente pobre de un ámbito jurisdiccional (incluye niños afiliados al SIS y niños sin seguro de salud). Niños de 12 a 59 meses: 100% de niños y niñas de 12 a 59 meses pertenecientes a la población pobre y extremadamente pobre de un ámbito jurisdiccional (incluye niños afiliados al SIS y niños sin seguro de salud). Fuente de información para el cálculo de la meta física: Padrón nominal homologado y actualizado. Fuente complementaria: Población estimada por el INEI
4. Método agregación actividades de producto	100% de niñas y niños de 6 a 59 meses suplementados con vitamina A
5. Flujo de procesos	FLUJOGRAMA DE PROCESOS

PRODUCTO 12: ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Denominación del producto	ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y niñas 06 a 59 meses con episodios de infección respiratoria aguda del ámbito nacional.					
Responsable del diseño del producto	DGSP – DAIS – Etapa de Vida Niño					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Porcentaje de casos tratados en relación a los casos previstos a ser atendidos					
Indicadores de desempeño	Número de casos tratados					

Denominación del producto	ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)
del producto	
Modelo operacional del producto	
1.Definición operacional	<u>Infecção Respiratoria Aguda (IRA) no complicada.</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de infección respiratoria aguda no complicada, atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. <u>Faringoamigdalitis Purulenta Aguda (FAPA).</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de Faringoamigdalitis purulenta aguda, atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. <u>Otitis Media Aguda (OMA).</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de otitis media aguda, atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. <u>Sinusitis Aguda.</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de sinusitis aguda, atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. La actividad es realizada por personal de salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutive del establecimiento de salud, a través de oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta.

Denominación del producto	ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. Microrred y Establecimientos de Salud. • Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. • Está encargado de la captación de niños para la suplementación.
3. Criterios de programación	Programar como mínimo los casos de infección respiratoria aguda en menores de cinco (05) años, registrados y diagnosticados (J06.9 No neumonía (usado por personal no médico), J00 Resfrío común, Rinofaringitis aguda, J02.9 Faringitis aguda no especificada, J20.9 Bronquitis Aguda, J04.0 Laringitis Aguda, J04.1 Traqueítis Aguda, J04.2 Laringotraqueitis aguda J01 Sinusitis Aguda, J02.8 Faringitis aguda viral, J02.0 Faringitis estreptocócica, Faringoamigdalitis estreptocócica, Faringoamigdalitis purulenta aguda (FAPA). J03.0 Amigdalitis estreptocócica. H66.9 Otitis media aguda (OMA). H66.0 Otitis media supurativa aguda, J01 Sinusitis aguda), atendidos de manera ambulatoria el año anterior. La tendencia debe ir hacia la disminución año a año Fuente de información para el cálculo de la meta física: Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica.
4. Método agregación actividades de producto	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad



PRODUCTO 13: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS

Denominación del producto	ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y niñas 06 a 59 meses con episodios de enfermedad diarreica aguda del ámbito nacional.					
Responsable del diseño del producto	DGSP – DAIS – Etapa de Vida Niño					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Porcentaje de casos tratados en relación a los casos previstos a ser atendidos					
Indicadores de desempeño del producto	Número de casos tratados					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	<u>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) no complicada.</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de EDA no complicada no complicada (sin deshidratación), atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. <u>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) Sospechoso de Cólera.</u>					

Denominación del producto	ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
	Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico presuntiva de cólera (sin deshidratación), atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. <u>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) Disentérica.</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de diarrea disintérica, atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. <u>Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) Persistente.</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de diarrea persistente, atendida de manera ambulatoria. Incluye dos (02) consultas ambulatorias por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. La actividad es realizada por personal de salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutoria del establecimiento de salud, a través de oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad.

Denominación del producto	ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
	Microrred y Establecimientos de Salud. - Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. - Está encargado de la captación de niños para la suplementación.
3. Criterios de programación	Programar como mínimo los casos de enfermedad diarreica aguda no complicada en menores de cinco (05) años, registrados con los siguientes diagnósticos: A01.0 Fiebre tifoidea, A01.1 Fiebre paratifoidea A. 01.2 Fiebre paratifoidea B. A01.3 Fiebre paratifoidea C. A01.4 Fiebre paratifoidea no especificada. A02.0 Salmonelosis. A05 Intoxicación alimentaria bacteriana. A07 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios. A08.0 Enteritis por rotavirus. A08.2 Enteritis por Adenovirus. A08.3 Otras enteritis virales A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación. A00.9 Sospechoso de cólera no especificado. A00 Cólera. A04.9 Disentería. A03.0 Shigelosis. A03.9 Shigelosis de tipo no especificado. A04.5 Enteritis debida a Campylobacter. A06.0 Disentería amebiana aguda A06.2 Colitis amebiana no disintérica. A09.X EDA persistente, atendidos de manera ambulatoria el año anterior. La tendencia debe ir hacia la disminución año a año Fuente de información para el cálculo de la meta física: Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica.
4. Método agregación actividades de producto	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD subgraph Organizacion [Estructura Organizativa] MINSA --> GERESADIRESA --> DISA-RED --> MICRORED --> ESTABLECIMIENTO_DE_SALUD[ESTABLECIMIENTO DE SALUD] end subgraph Flujo_Procesos [Flujo de Procesos] Inicio[Inicio] --> Formula[Formula y aprueba] Formula --> Ejecuta[Ejecuta, implementa y difunde la Guía de Práctica Clínica y documentos normativos] Ejecuta --> Programa[Programa y establece cuadro de necesidades del proceso de atención en EDA] Programa --> Supervisa_EE_SS[Supervisa todo el proceso de diagnóstico y tratamiento de las EDA nivel de los EE.SS.] Supervisa_EE_SS --> Consolidar_HIS_EE_SS[Consolida los reportes HIS de niños atendidos por EDA que fueron registrados en los EE.SS.] Consolidar_HIS_EE_SS --> Consolidar_HIS_DISA[Consolida los reportes HIS de niños atendidos por EDA, que fueron registrados en los EE.SS.] Consolidar_HIS_DISA --> Supervisa_DISA[Supervisa todo el proceso de diagnóstico y tratamiento de EDA a nivel de las Microredes.] Supervisa_DISA --> Coordina[Coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto y su abastecimiento.] Coordina --> Ejecuta Ejecuta --> Monitorea[Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica de los documentos normativos] Monitorea --> Formula subgraph Flujo_Paciente [Flujo del Paciente] Paciente[Paciente] --> Triage[Triage] Triage --> Consulta[Consulta] Consulta --> Diagnostico_EDA_no_complicada[Diagnóstico: EDA no complicada] Consulta --> Diagnostico_EDA_sospechoso_de_colera[Diagnóstico: EDA sospechoso de cólera] Consulta --> Diagnostico_EDA_disenterica[Diagnóstico: EDA disintérica] Consulta --> Diagnostico_EDA_persistente[Diagnóstico: EDA persistente] Diagnostico_EDA_no_complicada --> Tratamiento_GPC_vigente_1[Tratamiento según GPC vigente] Diagnostico_EDA_sospechoso_de_colera --> Tratamiento_GPC_vigente_2[Tratamiento según GPC vigente] Diagnostico_EDA_disenterica --> Tratamiento_GPC_vigente_3[Tratamiento según GPC vigente] Diagnostico_EDA_persistente --> Tratamiento_GPC_vigente_4[Tratamiento según GPC vigente] end end </pre>

PRODUCTO 14: ATENCIÓN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES

Denominación del producto	ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y niñas 06 a 59 meses con episodios de infección respiratoria aguda del ámbito nacional.					
Responsable del diseño del producto	DGSP – DAIS – Etapa de Vida Niño					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Porcentaje de casos tratados en relación a los casos previstos a ser atendidos					
Indicadores de desempeño del producto	Número de casos tratados					
Modelo operacional del producto						
1.Definición operacional	<u>Neumonía.</u> Definición operacional: Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Neumonía en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. La Atención con Internamiento es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de cinco años con IRA complicada que se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. <u>Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave en Niños Menores de 2 Meses.</u> Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de Neumonía y enfermedad muy grave en niños menores de 2 meses, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnostica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. La Atención con Internamiento es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de cinco años con IRA complicada que se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. <u>Neumonía y Enfermedad Muy Grave en Niños de 2 mese a 4 Años.</u>					

Denominación del producto	ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)
	Definición operacional: Atención de menores de 5 años con diagnóstico de Neumonía y enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. La Atención con Internamiento es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de cinco años con IRA complicada que se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. La actividad es realizada por personal de salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutive del establecimiento de salud, a través de oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. Microrred y Establecimientos de Salud. • Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. • Está encargado de la captación de niños para la suplementación.
3. Criterios de programación	Programar como mínimo los casos de infección respiratoria aguda en menores de cinco (05) años, registrados con los siguientes diagnósticos: J18.9 Neumonía no especificada (usado también por personal no médico). J18.1 Neumonía lobar no especificada. J12 Neumonía viral no especificada. J13 Neumonía debida a <i>Streptococcus Pneumoniae</i>. J14 Neumonía debida a <i>Haemophilus Influenzae</i>. J15 Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte. J16 Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos, no clasificadas en otra parte. A37 Tos ferina. J18.0 Bronconeumonía no especificada, Bronquiolitis no especificada (grado de severidad:leve, moderada y severa). J05.0 Crup (grado de severidad: leve, moderado y severo). J05.1 Epiglotitis. J90 Derrame Pleural. J85.1 Absceso del Pulmón. J86 Empiema. J10 Influenza. J11 Influenza de virus no identificado. J93.9 Neumotórax no especificado (ligado a proceso pneumónico). J18.8 Neumonía grave/Enfermedad muy grave (usado

Denominación del producto	ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS)
	por personal no médico), atendidos de manera ambulatoria el año anterior. La tendencia debe ir hacia la disminución año a año Fuente de información para el cálculo de la meta física: Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica.
4. Método agregación actividades de producto	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD Inicio[Inicio] --> Formula[Formula y aprueba] Formula --> Ejecuta[Ejecuta, implementa y difunde la Guía de Práctica Clínica y documentos normativos] Ejecuta --> Programa[Programa y establece cuadro de necesidades del proceso de atención en IRA Complicada] Programa --> Supervisa[Supervisa todo el proceso de diagnóstico y tratamiento de las IRA Complicada nivel de los EE.SS.] Supervisa --> Consolida1[Consolida los reportes HIS de niños atendidos por IRA Complicada que fueron registrados en los EE.SS.] Consolida1 --> Consolida2[Consolida los reportes HIS de niños atendidos por IRA Complicada, que fueron registrados en los EE.SS.] Consolida2 --> Paciente[Paciente] Paciente --> Triage[Triage] Triage --> Consulta[Consulta] Consulta --> Diagnostico1[Diagnostico: Neumonia] Consulta --> Diagnostico2[Diagnostico: Neumonia Grave en menor 2 meses] Consulta --> Diagnostico3[Diagnostico: Neumonia Grave en <2m y > 4a] Diagnostico1 --> Tratamiento1[Tratamiento según GPC vigente] Diagnostico2 --> Tratamiento2[Tratamiento según GPC vigente] Diagnostico3 --> Tratamiento3[Tratamiento según GPC vigente] </pre>

PRODUCTO 15: ATENCION ENFERMEDADES DIARREICA AGUDAS CON COMPLICACIONES

Denominación del producto	ATENCION ENFERMEDADES DIARREICA AGUDAS CON COMPLICACIONES					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños y niñas 06 a 59 meses con episodios de enfermedad diarreica aguda complicada del ámbito nacional.					
Responsable del diseño del producto	DGSP – DAIS – Etapa de Vida Niño					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
Indicador de producción física de producto	Porcentaje de casos tratados en relación a los casos previstos a ser atendidos					
Indicadores de desempeño del producto	Número de casos tratados					

Denominación del producto	ATENCIÓN ENFERMEDADES DIARREICA AGUDAS CON COMPLICACIONES
Modelo operacional del producto	
1. Definición operacional	<u>Atención de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con Deshidratación.</u> Definición operacional: Intervención orientada al diagnóstico de enfermedad diarreica aguda con deshidratación, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. El tiempo promedio por consulta ambulatoria es de 15 minutos. La Atención con Internamiento es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de cinco años con EDA complicada que se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. La Atención con Internamiento incluye: atención por consulta externa, emergencia y hospitalización hasta el alta así como la contra referencia para seguimiento y control después del alta. El tiempo de internamiento es variable y de la patología, considerándose como promedio 7 días. <u>Atención de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) con Deshidratación y Shock.</u> Definición operacional: Intervención orientada al diagnóstico de enfermedad diarreica aguda con deshidratación y shock, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. La atención ambulatoria Incluye tres (03) consultas por episodio como mínimo exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda (laboratorio, imágenes). Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente; de corresponder, referencia de acuerdo a severidad. Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento y citas, etc. El tiempo promedio por consulta ambulatoria es de 15 minutos. La Atención con Internamiento es el conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de cinco años con EDA complicada que se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutive, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. La Atención con Internamiento incluye: atención por consulta externa, emergencia y hospitalización hasta el alta así como la contra referencia para seguimiento y control después del alta. El tiempo de internamiento es variable y de la patología, considerándose como promedio 7 días. La actividad es realizada por personal de salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutive del establecimiento de salud, a través de oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta.

Denominación del producto	ATENCION ENFERMEDADES DIARREICA AGUDAS CON COMPLICACIONES
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. Microrred y Establecimientos de Salud. • Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. • Está encargado de la captación de niños para la suplementación.
3. Criterios de programación	Programar como mínimo los casos de enfermedad diarreica aguda no complicada en menores de cinco (05) años, registrados con los siguientes diagnósticos: E86: Deshidratación. A00.9 Sospechoso de Cólera no especificado. A09.0 Acuosa. A04.9 Disentería. A09.9 Persistente. A00 Cólera. A01.0 Fiebre tifoidea. A01.1 Fiebre paratifoidea A. A01.2 Fiebre paratifoidea B. A01.3 Fiebre paratifoidea C. A01.4 Fiebre paratifoidea no especificada. A02.0 Salmonelosis. A03.0 Shigelosis. A03.9 Shigelosis de tipo no especificado. A04.5 Enteritis debida a Campylobacter. A05 Intoxicación alimentaria bacteriana. A06.0 Disentería amebiana aguda. A06.2 Colitis amebiana no disintérica. A07 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios. A08.0 Enteritis por rotavirus. A08.2 Enteritis por Adenovirus. A08.3 Otras enteritis virales. A08.4 Infección intestinal viral, sin otra especificación, atendidos de manera ambulatoria el año anterior. La tendencia debe ir hacia la disminución año a año Fuente de información para el cálculo de la meta física: Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica.
4. Método agregación actividades de producto	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad



PRODUCTO 16: ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTE

Denominación del producto	ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (3033315)					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños menores de 5 años con Anemia					
Responsable del diseño del producto	MINSA / DGSP / ESNANS Ministerio de Salud / Dirección General de Salud de las personas / Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y nutrición Saludable					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, IGSS, DIRESA, GERESA a través de los establecimientos de salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Casos tratados de anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años.					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de niños de 6 a 36 meses de edad con anemia.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	Atención de anemia por deficiencia de hierro: Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de anemia por deficiencia de hierro, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica. Incluye: ➤ 4 consultas ambulatorias por episodio como mínimo. ➤ Dosaje de hemoglobina 01 de diagnóstico, 2 de control (a los 2 y 4 meses de iniciado el tratamiento) y 1 para el alta. ➤ Prescripción, administración, dosis y tiempo de tratamiento, entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica. El tratamiento de la anemia por deficiencia					

Denominación del producto	ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (3033315)
	de hierro en niñas, niños y adolescentes, debe orientarse hacia la corrección de la causa primaria, almacenamiento de Hierro en los depósitos y normalización de los niveles de Hemoglobina para la edad. ➤ Orientación a la madre referente al consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, sistema de monitoreo y vigilancia (SIEN, VEA u otro.), registro de seguimiento y citas. ➤ La actividad es realizada por profesional el médico, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta, además se requiere de personal profesional o técnico para la realización de los exámenes de laboratorio, quienes utilizan 8 minutos en promedio por muestra procesada.
2. Organización para la entrega del producto	MINSA: ➤ Formula y aprueba la Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). ➤ Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: ➤ Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. ➤ Organiza los establecimientos de salud en redes y micro redes para garantizar la continuidad de la atención, en coordinación con los Gobiernos Locales. ➤ Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad. ➤ Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. ➤ Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. ➤ A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. Microrred y Establecimientos de Salud. ➤ Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional y regional a través de los establecimientos de salud. ➤ Se encarga de realizar el diagnóstico clínico y de laboratorio a través del examen de hemoglobina. ➤ La Microrred de Salud, deberá garantizar la cantidad suficiente de equipos e insumos para el diagnóstico de anemia. ➤ Es el encargado de realizar el Diagnóstico y Tratamiento de niños con anemia. ➤ La Microrred de Salud, deberá garantizar la cantidad suficiente de equipos e insumos para el diagnóstico de anemia. ➤ Es el encargado de evaluar, en caso que la niña o niño, menor de cinco años no incremente la hemoglobina en al menos un gramo/dL por mes, a pesar de tener buena adherencia al tratamiento, deberá ser referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutive para ampliación de estudios. ➤ Refiere los casos de anemia severa, que requieren atención de mayor de complejidad

Denominación del producto	ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (3033315)
3. Criterios de programación	Meta física: Sumatoria de los casos de anemia en menores de 5 años registrados el año anterior, con los siguientes diagnósticos: D50, D50.0, D50.8, D50.9 y D52 Criterio de programación: Programar los casos diagnosticados de: D50: Anemia por deficiencia de hierro (ferropénica, hipocrómica y sideropénica). D50.0: Anemia por deficiencia de hierro secundaria a pérdida de sangre (crónica) D50.9: Anemia por deficiencia de hierro sin otras especificaciones. D50.8: Anemia Microcítica y otras anemias por deficiencia de hierro. D52: Anemia Megaloblástica. En menores de 5 años atendidos de manera ambulatoria el año anterior y agregar una proporción de acuerdo al criterio epidemiológico. Se incrementará los casos de niños con anemia al inicio de los seis (06) meses, toda vez que aumenta el requerimiento de hierro y se realizará el diagnóstico obligatorio de descarte de anemia. Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS).
4. Método de agregación de actividades a producto	Sumatoria de los casos de Anemia por deficiencia de hierro menores de 5 años.
5. Flujo de procesos	<pre> graph TD subgraph MINSA Inicio([Inicio]) --> Formula([Formula y aprueba]) Formula --> Monitorea([Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica de los documentos normativos]) Monitorea --> Ejecuta([Ejecuta, implementa y difunde la Guía de Práctica Clínica y documentos normativos]) end subgraph GERESA/DIRESA Ejecuta --> Coordina([Coordina el proceso de programación y formulación de las metas físicas y financieras del producto y su abastecimiento]) end subgraph DISA-RED Coordina --> Programa([Programa y establece cuadro de necesidades del proceso de atención en Anemia]) Programa --> Supervisa1([Supervisa todo el proceso de diagnóstico y tratamiento de anemia a nivel de las Microredes]) end subgraph MICRORED Supervisa1 --> Consolida1([Consolida los reportes HS de niños atendidos por Parasitosis, que fueron registrados en los EE.SS.]) Consolida1 --> Consolida2([Consolida los reportes HS de niños atendidos por Parasitosis, que fueron registrados en los EE.SS.]) end subgraph ESTABLECIMIENTO_DE_SALUD Consolida2 --> Diagnostico([Se encarga del Diagnóstico y tratamiento de la anemia]) Diagnostico --> NivelHS{Nivel de HS} NivelHS --> AnemiaSevera[Anemia Severa y otros tipos de anemia] NivelHS --> AnemiaModerada[Anemia Moderada] NivelHS --> AnemiaLeve[Anemia Leve] AnemiaSevera --> Tratamiento1[Tratamiento con Sulfato Ferroso + Morsulfato] AnemiaModerada --> Tratamiento1 AnemiaLeve --> Tratamiento2[Tratamiento con Morsulfato] Tratamiento1 --> Adherencia1{Se registra la adherencia al tratamiento} Tratamiento2 --> Adherencia1 Adherencia1 --> BuenaAdherencia[Buena adherencia al tratamiento en la visita domiciliar] Adherencia1 --> MalaAdherencia[Mala adherencia al tratamiento en la visita domiciliar] BuenaAdherencia --> Ampliacion[Se deriva para ampliación de estudio] MalaAdherencia --> Ampliacion Ampliacion --> Consolida1 Consolida1 --> Terminado{Terminado el ciclo de HS} Terminado --> FIN([FIN]) end </pre>

PRODUCTO 17: GESTANTES CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO

Denominación del producto	GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO
Grupo poblacional que recibe el producto	Gestantes y Púérperas.

Denominación del producto	GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO					
Responsable del diseño del producto	MINSA-DGSP- ESNSSR					
Responsable de la entrega del producto	IGSS - DIRESA, GERESA, DISA, REDES, Unidades Ejecutoras, Microredes y Establecimientos de Salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Indicador de producción física de producto	Nº de gestantes que recibieron sulfato ferroso más ácido fólico.					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de gestantes que recibieron sulfato ferroso más ácido fólico.					
Modelo operacional del producto						
1. Definición operacional	La suplementación es una intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado a las gestantes y púerperas de hierro más ácido fólico, para disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones. Se entrega a partir de las 14 semanas de gestación cada vez que la usuaria acude a la consulta o en domicilio. (180 tabletas. de sulfato ferroso durante la gestación y 30 durante el puerperio). Lo realiza profesional de la salud obstetra, en los establecimientos desde el 1er nivel de atención, en un tiempo no menor de 20 minutos por atención. Además de la entrega del insumo, la gestante recibe la orientación/consejería y evaluación nutricional la misma que queda consignada en el cuaderno de seguimiento, historia clínica y carné materno perinatal. - Adicionalmente es necesario realizar 01 visita domiciliaria a las gestantes para lograr la adherencia al sulfato ferroso. - Este producto forma parte de la Atención prenatal reenfocada.					
2. Organización para la entrega del producto	MINSA: Elabora, aprueba y difunde el marco normativo, brinda asistencia técnica, Monitorea y evalúa. IGSS/DIRESA/GERESA: Adecua, difunde e implementa el marco normativo Brinda Asistencia Técnica, Coordina el proceso de programación y formulación de metas físicas/financieras, Monitorea y evalúa. DISA/REDES/UE: Brinda asistencia técnica al personal de salud de la Microrred/EE.SS, monitorea y evalúa. Microredes: Brinda Asistencia Técnica, monitorea y evalúa. Establecimientos de Salud (Hospitales, Centro, Puestos de Salud y AISPED: Planifican, programan las metas físicas y financieras para la entrega del producto a la beneficiaria.					
3. Criterios de programación	100% de gestantes programadas de acuerdo a la población ENAHO y en los quintiles I y II 100% de población según INEI. Fuente de Información: HIS.					
4. Método de agregación de actividades a producto	Atención a la gestante					

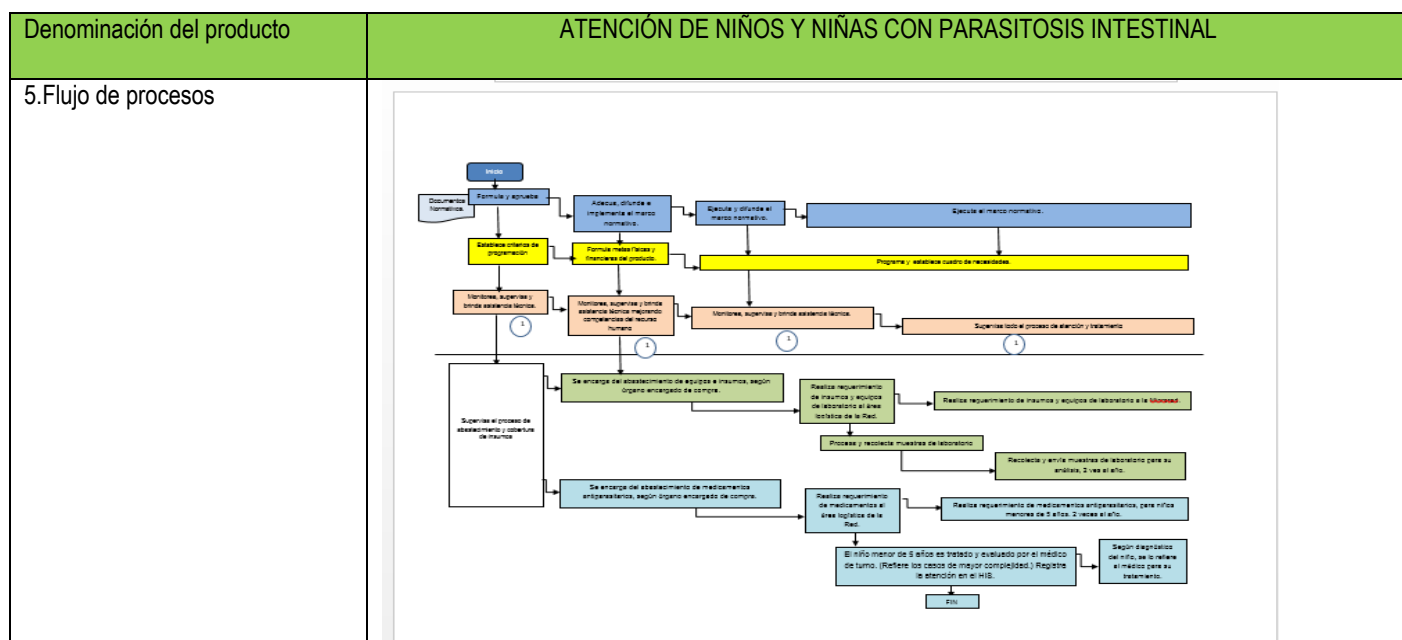


PRODUCTO 18: ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL

Denominación del producto	ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL					
Grupo poblacional que recibe el producto	Niños menores de 5 años.					
Responsable del diseño del producto	MINSA / Dirección General de Salud de las Personas / Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición					
Responsable de la entrega del producto	MINSA, IGSS-DIRESA, GERESA, DISA, REDES, Microredes a través de los Establecimientos de Salud.					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo(Marque con un aspa)	GN	x	GR	x	GL	
Indicador de producción física de producto	Casos tratados de parasitosis intestinal en niños menores de 5 años.					
Indicadores de desempeño del producto	Proporción de niños menores de 5 años tratados por parasitosis intestinal.					
Modelo operacional del producto						

Denominación del producto	ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL
1. Definición operacional	Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de parasitosis intestinal en niños menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria. Incluye: • 2 consultas ambulatorias por episodio como mínimo. • 01 examen seriado de Heces (tomar tres muestras y analizarlas por método directo y por técnica de sedimentación espontánea en tubo) y Test de Graham de diagnóstico y 01 de control. • Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica. • Orientación a la madre, entrega de material educativo de apoyo y el registro según corresponda; en historia clínica, tarjeta de AIS del niño, formato de atención del SIS, registro de seguimiento y citas. La atención es realizada por profesional médico, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta, además se requiere de personal profesional o técnico para la realización de los exámenes de laboratorio, quienes utilizan 30 minutos en promedio por muestra procesada. La atención se brinda en establecimientos de salud con la capacidad resolutive correspondiente, a través de la oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por atención o consulta.
2. Organización para la entrega del producto	Ministerio de Salud: • Formula y aprueba Guía de Práctica Clínica, Norma Técnica, Definiciones Operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). • Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica en el proceso de implementación de los Documentos Técnicos Normativos al nivel regional. DIRESA/GERESA, DISA, RED: • Ejecuta, Monitorea, evaluar, dirige, coordina y controla el desarrollo de la actividad en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. • Organiza, implementa y mantiene los establecimientos de salud para garantizar el desarrollo de la actividad, en coordinación con los Gobiernos Locales. • Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura de la actividad al nivel operativo. • Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. • A través de las Unidades Ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención; provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. Microred y Establecimientos de Salud. • Programa, establece cuadro de necesidades y desarrolla la actividad garantizando la calidad, oportunidad y cobertura en el marco de lo normado por el nivel nacional. • Se encarga del procesamiento de muestras de laboratorio: test de Graham, Examen Seriado de Heces, Examen Simple Parasitológico. • Está encargado de la captación, atención y tratamiento de niños con parasitosis. • La Microred de Salud es un ente importante en la Toma de decisiones en la asignación de EE.SS para la atención en laboratorio por descarte de parasitosis. • Refiere los casos de parasitosis que requieren atención de mayor de complejidad, así como el envío de muestras en el caso de no contar con laboratorio.

Denominación del producto	ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL
3. Criterios de programación	Meta física: Sumatoria de los casos de parasitosis intestinal en menores de 5 años con los siguientes diagnósticos: B68.0, B68.1, B68.9, B70, B71.0, B71, B76.0, B76.1, B76.9, B77.9, B78.0, B79, B80, B82.0, B82.9, A07.1, A07.0, A06, B66.3, B66.4, programados. La fuente de información recomendada para establecer la meta física reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS). Criterio de programación: Programar los casos de B68.0: Teniasis por T. Solium B68.1 : Infección debida a Taenia Sagitana B68.9 : Teniasis no especificada B70 : Difilobotriasis B71.0: Himenolepiasis B71: Infección debida a Céstodes, no especificada B76.0: Anquilostomiasis B76.1: Necatoriasis B76.9: Enfermedad debido a Anquilostomas, no especificada B77.9 : Ascariasis, no especificada B78.0 : Estrongiloidiasis intestinal B79 : Trichuriasis (trichuris trichura) B80: Enterobiasis (enterobios vermicularis, oxiuros) B82.0: Helmintiasis intestinal, sin otra especificación B82.9: Parasitosis intestinal, sin otra especificación A07.1: Giardiasis A07.0: Balantidiasis A06: Amebiasis B66.3: Fasciolosis B66.4: Paragonimiosis En menores de 5 años atendidos de manera ambulatoria el año anterior y agregar una proporción de acuerdo al criterio epidemiológico. La tendencia al inicio (de 3 a 5 años) debe ir hacia el incremento toda vez que se realizará búsqueda activa a través del descarte de parasitosis como parte del CRED, posteriormente debe ir en descenso en la medida que el saneamiento básico en los hogares mejore, así mismo por la mejora de las prácticas de higiene en las familias.
4.Método de agregación de actividades a producto	Sumatoria de los casos de parasitosis en niños menores de 5 años.



3.5 ACTIVIDADES, TAREAS E INSUMOS

Tabla Nº 11 Sub finalidades de los Productos

Denominación del Producto		ACCIONES COMUNES (3000001)
Actividad 1: Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición (5004424)		
Subfinalidad 1	3324401	Vigilancia del estado nutricional del niño
Subfinalidad 2	3324403	Ejecución de investigaciones transversales
Subfinalidad 3	3324404	Ejecución de investigaciones prospectivas
Subfinalidad 4	3324405	Ejecución de revisiones sistemáticas de evidencias
Subfinalidad 5	3324406	Desarrollo de tecnologías para mejorar las intervenciones en alimentación y nutrición
Subfinalidad 6	3324407	Transferencia de tecnologías
Subfinalidad 7	3324408	Implementación de tecnologías
Actividad 2: desarrollo de normas y guías Técnicas en nutrición (5004425)		
Subfinalidad 1	3324701	Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición
Actividad 3: monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa articulado nutricional (5004426)		
Subfinalidad 1	4427602	Monitoreo del programa articulado nutricional
Subfinalidad 2	4427603	Evaluación del programa articulado nutricional
Subfinalidad 3	4427604	Supervisión del programa articulado nutricional

Denominación del Producto	SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608)
---------------------------	--

Denominación del Producto		SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608)
Subfinalidad 1	3325801	Inspección y/o muestreo a servicio de cuidado diurno y/o asistencia alimentaria que almacenan, preparan y/o distribuyen alimentos para programas sociales
Subfinalidad 2	3325802	Evaluación nutricional teórica a servicios de cuidado diurno que preparan y/o distribuyen alimentos para programas sociales
Subfinalidad 3	3325803	Ensayos de laboratorio de muestras de alimentos de los programas sociales

Denominación del Producto		COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO (3000609)
Actividad 1: Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano – 0033260		
Subfinalidad 1	3326001	Inspección sanitaria de sistemas de abastecimiento de agua
Subfinalidad 2	3326002	Monitoreo de parámetros de campo zona urbana
Subfinalidad 3	3326003	Monitoreo de parámetros de campo zona rural
Subfinalidad 4	3326004	Inspección especializada zona urbana
Subfinalidad 5	3326005	Inspección especializada zona rural
Subfinalidad 6	3326006	Análisis de parámetros bacteriológicos
Subfinalidad 7	3326007	Análisis de parámetros parasitológicos
Subfinalidad 8	3326008	Análisis de parámetros físico químicos
Subfinalidad 9	3326009	Análisis de metales pesados
Subfinalidad 10	3326010	Análisis y reportes de riesgos sanitarios
Actividad 2: Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano – 0033308		
Subfinalidad 1	3330801	Prácticas en técnicas seguras de desinfección de agua y almacenamiento domiciliario
Subfinalidad 2	3330802	Desinfección de sistemas de abastecimiento de agua en centros poblados de extrema pobreza y rurales.
Subfinalidad 3	3330804	Taller dirigido a a Juntas Administradoras de servicios de saneamiento (JASS) y a las Areas Técnicas Municipales. (ATM), en limpieza, desinfección y cloración.

Denominación del Producto		POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733)
Subfinalidad 1	0073301	Población Informada por Medios de Comunicación Masiva
Subfinalidad 2	0073302	Comunicadores, Líderes De Opinión, Periodistas y Voceros Informados
Subfinalidad 3	0073303	Población Informada por medios alternativos de comunicación

Denominación		MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033248)
--------------	--	---

del Producto		
Subfinalidad 1	3324803	Concejo municipal capacitado para promover el cuidado infantil
Subfinalidad 2	3324804	Comité multisectorial capacitado para promover el cuidado infantil

Subfinalidades del producto para Gobierno Local

Subfinalidad 3	Sin código	Municipios implementan centros de Promoción y Vigilancia Comunal para el cuidado integral de la madre y el niño
Subfinalidad 4	Sin código	Municipios con funcionamiento de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño
Subfinalidad 5	Sin código	Municipios actualizan información del Padrón Nominal

Denominación del Producto		COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033249)
Subfinalidad 1	(3324901)	Junta vecinal comunal capacitada para promover el cuidado infantil
Subfinalidad 2	(3324902)	Agentes comunitarios capacitados para promover el cuidado infantil

Denominación del Producto		INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION (3033250)
Subfinalidad 1	3325002	Institución educativa con (CONEI) con prácticas saludables para reducir desnutrición crónica infantil
Subfinalidad 2	3325003	Docentes de instituciones educativas capacitados en prácticas saludables para reducir la desnutrición crónica infantil
Subfinalidad 3	3325004	Asociación de padres de familia (APAFAS) promueven y desarrollan prácticas y entornos saludables en alimentación y nutrición saludable

Denominación del Producto		FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251)
Subfinalidad 1	3325103	Familias con niños y niñas de 1 y 2 años, reciben consejería a través de la visita domiciliaria
Subfinalidad 2	3325104	Familias con niño(as) < de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos
Subfinalidad 3	3325105	Familias con niños(as) de < 12 meses, reciben consejería a través de visitas domiciliarias
Subfinalidad 4	3325106	Familias con niños y niñas menores de 24 meses y gestantes que participan en grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna

Denominación del producto		NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254)
---------------------------	--	-------------------------------------

Subfinalidad 1	3325401	Vacunación niño < 1 año
Subfinalidad 2	23325402	Vacunación niño = 1 año
Subfinalidad 3	3325403	Vacunación niño = 4 años
Subfinalidad 4	3325404	Vacunación niño recién nacido
Subfinalidad 5	3325405	Vacunación niño = 2 años
Subfinalidad 6	3325406	Vacunación niño = 3 años
Subfinalidad 7	3325407	Vacunación de niño de madre VIH
Subfinalidad 8	3325408	Atención de las reacciones adversas a las vacunas
Denominación del Producto	CÓDIGO	NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255)
Subfinalidad 1	3325501	Niño CRED < 1 año
Subfinalidad 2	3325502	Niño 1 año con CRED completo
Subfinalidad 3	3325503	Niño CRED 2 años
Subfinalidad 4	3325504	Visita domiciliaria de seguimiento CRED
Subfinalidad 5	3325505	Dosaje de hemoglobina
Subfinalidad 6	3325506	Test de Graham
Subfinalidad 7	3325507	Examen seriado de heces

Denominación del Producto	CÓDIGO	NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256)
Subfinalidad 1	Si código	Niño menor de seis meses con suplemento de hierro
Subfinalidad 2	Si código	Niño de 06 a 35 meses con suplemento de Micronutrientes
Subfinalidad 3	3325602	Niño con suplemento de hierro
Subfinalidad 4	3325603	Niño < 1 año con suplemento de vitamina "A"
Subfinalidad 5	3325604	Niño de 12 a 59 meses con suplemento de vitamina "A"
Subfinalidad 6	Si código	Visita domiciliaria de seguimiento a la suplementación

Denominación del Producto	CÓDIGO	ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3033311)
Subfinalidad 1	3331101	Infección respiratoria aguda (IRA) no complicada
Subfinalidad 2	3331102	Faringoamigdalitis purulenta aguda (FAPA)
Subfinalidad 3	3331103	Otitis media aguda (OMA) (anulado)
Subfinalidad 4	3331104	Sinusitis aguda

Denominación del Producto	CÓDIGO	ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS
Subfinalidad 1	3331201	EDA no complicada

Subfinalidad 2	3331202	EDA sospechoso de cólera
Subfinalidad 3	3331203	EDA disintérica
Subfinalidad 4	3331204	EDA persistente

Denominación del Producto	CÓDIGO	ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES (3033313)
Subfinalidad 1	3331301	Neumonía
Subfinalidad 2	3331302	Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave en Niños Menores de 2 Meses
Subfinalidad 3	3331305	Neumonía y Enfermedad Muy Grave en Niños de 2 Meses a 4 Años

Denominación del Producto	CÓDIGO	ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES (0033314)
Subfinalidad 1	3331401	Atención EDA Con Deshidratación
Subfinalidad 2	3331402	Atención EDA Con Deshidratación y Shock

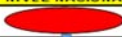
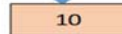
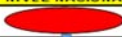
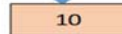
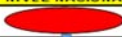
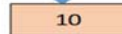
Denominación del Producto	CÓDIGO	ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (0033315)
Subfinalidad 1	3331501	Anemia
Subfinalidad 2	3331306	SOB/ASMA

Denominación del Producto	CÓDIGO	GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO (3033317)
Subfinalidad 1	3331701	Gestante y puérpera con suplemento de hierro y ácido fólico.

Tabla N° 12 Modelo Operacional de la Actividad

Denominación de la Actividad	ENSAYOS DE LABORATORIO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS PARA LOS PROGRAMAS SOCIALES					
Identifique los niveles de Gobierno que realiza la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	INFORME DE ENSAYO					
Modelo operacional de la actividad						
Definición operacional	Consiste en la evaluación de la calidad nutricional e inocuidad de las muestras de alimentos (crudos y/o cocidos) obtenidos en los Servicios de Cuidado Diurno y Asistencia Alimentaria que preparan, almacenan y/o distribuyen alimentos de los Programas Sociales. Se realizan ensayos fisicoquímicos y microbiológicos en laboratorios especializados del Cenan. Incluye actividades de capacitación y desarrollo de competencias orientado al recurso humano (analista, técnicos y auxiliares).					
Organización para la ejecución de la	A Nivel del Gobierno Nacional : CENAN					

Denominación de la Actividad	ENSAYOS DE LABORATORIO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS PARA LOS PROGRAMAS SOCIALES
actividad	El área de Inspección y Muestreo, recoge por cada servicio alimentario de cuidado diurno que preparan alimentos-Cuna Más, una ración, la cual es ingresada a los Laboratorios del CENAN. Una ración está conformada por 11 muestras, que son distribuidas de la siguiente forma: - o 04 muestras para ensayos fisicoquímicos: ▫ 01 muestra de segundo (8 ensayos químicos: proteínas, grasas, cenizas, humedad ó solidos totales) ▫ 01 muestra de refrigerio de media mañana (8 ensayos químicos: proteínas, grasas, cenizas, humedad ó solidos totales) ▫ 01 muestra de refrigerio de media tarde (8 ensayos químicos: proteínas, grasas, cenizas, humedad ó solidos totales) ▫ 01 muestra de refresco (2 ensayos de azúcares totales) - o 07 muestras para ensayos microbiológicos: ▫ 01 muestra de segundo (5 ensayos microbiológicos: Numeración de aerobios mesofilos, numeración de coliformes, numeración de E. coli, numeración de S. aureus y detección de Salmonella spp.) ▫ 01 muestra de refrigerio de media mañana (5 ensayos microbiológicos: Numeración de aerobios mesofilos, numeración de coliformes, numeración de E. coli, numeración de S. aureus y detección de Salmonella spp.) ▫ 01 muestra de refrigerio de media tarde (5 ensayos microbiológicos: Numeración de aerobios mesofilos, numeración de coliformes, numeración de E. coli, numeración de S. aureus y detección de Salmonella spp.) ▫ 01 muestra de refresco (5 ensayos microbiológicos: Numeración de aerobios mesofilos, numeración de coliformes, numeración de E. coli, numeración de S. aureus y detección de Salmonella spp.) ▫ 01 muestra de superficie viva (3 ensayos microbiológicos: Numeración de coliformes, numeración de S. aureus y detección de Salmonella spp.) ▫ 02 muestras de superficies inertes(4 ensayos microbiológicos :Numeración de coliformes (x2) y detección de Salmonella spp.(x2) El área de Inspección y Muestreo, recoge por cada servicio de asistencia alimentaria que almacenan alimentos 2 muestras de alimentos (Leche y hojuelas), las cuales son ingresadas a los Laboratorios del CENAN y distribuidas de la siguiente forma: - o 02 muestras para ensayos fisicoquímicos: ▫ 01 muestra de Hojuelas de cereales enriquecidos (10 ensayos químicos: proteína, grasa cenizas, humedad y acidez). ▫ 01 muestra de Leche(08 ensayos químicos: proteína, grasa, cenizas y solidos totales) - o 02 muestras para ensayos microbiológicos : ▫ 01 muestra de Hojuelas de cereales enriquecidos (30 ensayos microbiológicos: Numeración de aerobios mesofilos (x5), numeración de coliformes (x5), numeración de Bacillus cereus (x5), numeración de mohos (x5), numeración de levaduras (x5) y detección de Salmonella spp. (x5)). ▫ 01 muestra de Leche (5 ensayos microbiológicos: Esterilidad comercial).
3. Criterios de programación	<u>En el Gobierno Nacional: Cenán</u> De las muestras de alimentos de los servicios alimentarios de cuidado diurno con atención permanente: Cuna Más ▫ 26 ensayos fisicoquímico por cada servicio alimentario de cuidado diurno que preparan alimentos inspeccionados y muestreados. ▫ 27 ensayos microbiológicos por cada servicio alimentario de cuidado diurno que preparan alimentos inspeccionados y muestreados. De las muestra de alimentos de los servicios de cuidado diurno con asistencia alimentaria: PVL ▫ 18 ensayos fisicoquímico por cada servicio de cuidado diurno con asistencia alimentaria que almacenan alimentos muestreados.

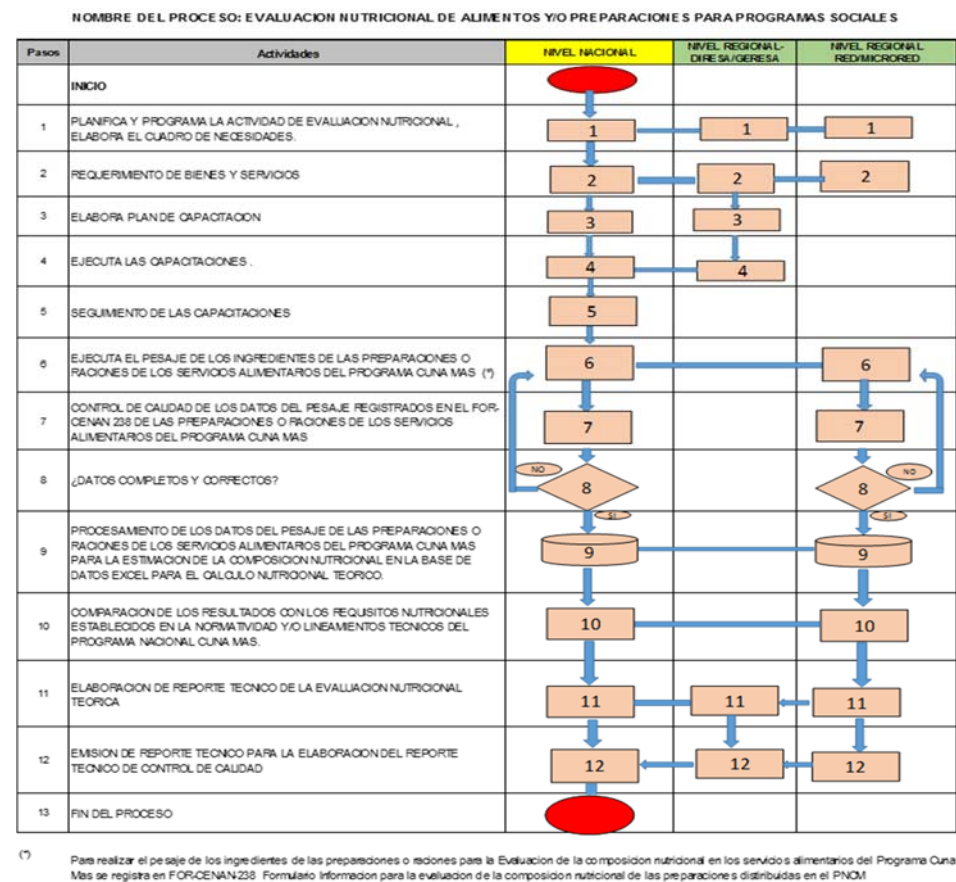
Denominación de la Actividad	ENSAYOS DE LABORATORIO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS PARA LOS PROGRAMAS SOCIALES																																																																																																																				
	▮ 35 ensayos microbiológicos por cada servicio de cuidado diurno con asistencia alimentaria que almacenan alimentos muestreados.																																																																																																																				
4. Flujo de procesos	NOMBRE DEL PROCESO: ENSAYOS DE LABORATORIO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS PARA LOS PROGRAMAS SOCIALES <table><thead><tr><th>Pasos</th><th>Actividades</th><th>NIVEL NACIONAL</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>INICIO</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>PLANIFICA Y PROGRAMA LA ACT/VIDAD DE ENSAYOS DE LABORATORIO, ELABORA EL CUADRO DE NECESIDADES.</td><td></td></tr><tr><td>2</td><td>REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>RECEPCION DE MUESTRAS DE LAS PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES (*)</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>¿MUESTRA CONFORME?</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>VERIFICACION DE MUESTRAS DE LAS PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>¿MUESTRA ADECUADA?</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>ACONDICIONAMIENTO Y DISTRIBUCION DE MUESTRAS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES A LOS LABORATORIOS DE ENSAYO.</td><td></td></tr><tr><td>7</td><td>EJECUCION DE ENSAYOS DE LABORATORIO: FISICOQUIMICO Y MICROBIOLÓGICOS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES</td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>EMISION DE PROTOCOLOS DE ENSAYOS FISICOQUIMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES</td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>ELABORACION DE INFORME DE ENSAYO DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES</td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>EMISION DEL INFORME DE ENSAYOS PARA LA ELABORACION DEL REPORTE TECNICO DE CONTROL DE CALIDAD (**)</td><td></td></tr><tr><td>11</td><td>FIN DEL PROCESO</td><td></td></tr></tbody></table> (*) Si la muestra es NO CONFORME o NO ADECUADA, se realizará las coordinaciones pertinentes con el cliente para comunicar la disposicion final de la muestra (**) El informe de ensayo se registra en el FOR-CENAN-DECYTA -026												Pasos	Actividades	NIVEL NACIONAL		INICIO		1	PLANIFICA Y PROGRAMA LA ACT/VIDAD DE ENSAYOS DE LABORATORIO, ELABORA EL CUADRO DE NECESIDADES.		2	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS		3	RECEPCION DE MUESTRAS DE LAS PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES (*)		4	¿MUESTRA CONFORME?					4	VERIFICACION DE MUESTRAS DE LAS PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES		5	¿MUESTRA ADECUADA?					6	ACONDICIONAMIENTO Y DISTRIBUCION DE MUESTRAS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES A LOS LABORATORIOS DE ENSAYO.		7	EJECUCION DE ENSAYOS DE LABORATORIO: FISICOQUIMICO Y MICROBIOLÓGICOS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES		8	EMISION DE PROTOCOLOS DE ENSAYOS FISICOQUIMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES		9	ELABORACION DE INFORME DE ENSAYO DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES		10	EMISION DEL INFORME DE ENSAYOS PARA LA ELABORACION DEL REPORTE TECNICO DE CONTROL DE CALIDAD (**)		11	FIN DEL PROCESO																																																										
Pasos	Actividades	NIVEL NACIONAL																																																																																																																			
	INICIO																																																																																																																				
1	PLANIFICA Y PROGRAMA LA ACT/VIDAD DE ENSAYOS DE LABORATORIO, ELABORA EL CUADRO DE NECESIDADES.																																																																																																																				
2	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS																																																																																																																				
3	RECEPCION DE MUESTRAS DE LAS PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES (*)																																																																																																																				
4	¿MUESTRA CONFORME?																																																																																																																				
																																																																																																																					
4	VERIFICACION DE MUESTRAS DE LAS PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES																																																																																																																				
5	¿MUESTRA ADECUADA?																																																																																																																				
																																																																																																																					
6	ACONDICIONAMIENTO Y DISTRIBUCION DE MUESTRAS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES A LOS LABORATORIOS DE ENSAYO.																																																																																																																				
7	EJECUCION DE ENSAYOS DE LABORATORIO: FISICOQUIMICO Y MICROBIOLÓGICOS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES																																																																																																																				
8	EMISION DE PROTOCOLOS DE ENSAYOS FISICOQUIMICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES																																																																																																																				
9	ELABORACION DE INFORME DE ENSAYO DE PREPARACIONES Y/O ALIMENTOS DE PROGRAMAS SOCIALES																																																																																																																				
10	EMISION DEL INFORME DE ENSAYOS PARA LA ELABORACION DEL REPORTE TECNICO DE CONTROL DE CALIDAD (**)																																																																																																																				
11	FIN DEL PROCESO																																																																																																																				
5. Diagrama de Gantt	<table><thead><tr><th>TAREA</th><th>GN</th><th>UM</th><th>E</th><th>F</th><th>M</th><th>A</th><th>M</th><th>J</th><th>J</th><th>A</th><th>S</th><th>O</th><th>N</th><th>D</th></tr></thead><tbody><tr><td>Planificación y programacion de actividades</td><td>X</td><td>RT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Elaboración del cuadro de necesidades</td><td>X</td><td>CN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Recepción y evaluación de la muestra</td><td>X</td><td>Solicitud de Servicio</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Acondicionamiento y distribución de la muestra</td><td></td><td>Ordén de servicio</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ejecución de ensayos: Fisicoquímicos y microbiológicos</td><td></td><td>Protocolo de resultados</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Elaboración de informes de ensayos</td><td>X</td><td>Informe de Ensayo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>												TAREA	GN	UM	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Planificación y programacion de actividades	X	RT													Elaboración del cuadro de necesidades	X	CN													Recepción y evaluación de la muestra	X	Solicitud de Servicio													Acondicionamiento y distribución de la muestra		Ordén de servicio													Ejecución de ensayos: Fisicoquímicos y microbiológicos		Protocolo de resultados													Elaboración de informes de ensayos	X	Informe de Ensayo												
TAREA	GN	UM	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D																																																																																																							
Planificación y programacion de actividades	X	RT																																																																																																																			
Elaboración del cuadro de necesidades	X	CN																																																																																																																			
Recepción y evaluación de la muestra	X	Solicitud de Servicio																																																																																																																			
Acondicionamiento y distribución de la muestra		Ordén de servicio																																																																																																																			
Ejecución de ensayos: Fisicoquímicos y microbiológicos		Protocolo de resultados																																																																																																																			
Elaboración de informes de ensayos	X	Informe de Ensayo																																																																																																																			
6. Listado de Insumos	Reporte del SIGA MEF																																																																																																																				

Denominación de la Actividad	EVALUACION NUTRICIONAL DE ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES PARA PROGRAMAS SOCIALES					
Identifique los niveles de Gobierno que realiza la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	
Unidad de medida del indicador de producción física	REPORTE TECNICO					
Modelo operacional de la actividad						
1. Definición operacional	Es el proceso mediante el cual se determina la calidad nutricional de las preparaciones y/o raciones a través del pesaje de los ingredientes de la preparación o ración para luego estimar la composición nutricional, para ello se emplean FOR – CENAN 238 y las Tablas peruanas de composición de alimentos, los resultados obtenidos se comparan con los requisitos nutricionales establecidos en la normatividad y/o lineamientos técnicos. La actividad incluye: ▣ La aplicación de la técnica de pesaje de ingredientes crudos y/o cocidos, de las preparaciones utilizando balanzas dietéticas y formularios. ▣ Calculo Nutricional de la ración, para cuyo efecto se usa una hoja de cálculo proporcionada por el Cenán. ▣ Elaboración del Informe de evaluación nutricional de la ración reportando energía proteína, grasas, carbohidratos, hierro etc. La evaluación nutricional teórica es desarrollado a Nivel de Gobierno Nacional (CENAN) por un profesional con experticia en evaluación nutricional teórica, en formulación de herramientas que permitan identificar los riesgos plasmado a través de manuales, directivas, guías técnicas, procedimientos y formularios; y a Nivel de Gobierno Regional (DIRESA, GERESA, DISA, Redes y Micro Redes de Salud) por un profesional y/o técnico (en ausencia) que ha recibido capacitación teórica y práctica en evaluación nutricional teórica y obtenido una calificación aprobatoria. La ESANS de la Diresa/Geresa/Disa enviará el informe con análisis de la información con una frecuencia de 1 vez al año, hasta el 30 de marzo del siguiente año. La ESANS, consolida los reportes técnicos de las evaluaciones enviadas por las Redes de Salud y realiza actividades de desarrollo de capacidades, asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación					
2. Organización para la ejecución de la actividad	<u>En el Gobierno Nacional: CENAN</u> - Planifica y organiza la ejecución de la actividad - Ejecuta la evaluación nutricional teórica en los Servicios de Cuidado Diurno de los programas sociales, donde se preparan, almacenan y distribuyen alimentos. - Realiza a la demanda la formulación de la ración del programa del vaso de leche - Procesa, analiza y emite reportes técnicos por cada evaluación nutricional teórica realizada a los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno de Programas Sociales. El personal que ejecuta las actividades en el Cenán es un profesional con experticia y brinda asistencia técnica necesaria para el desarrollo de la actividad.					

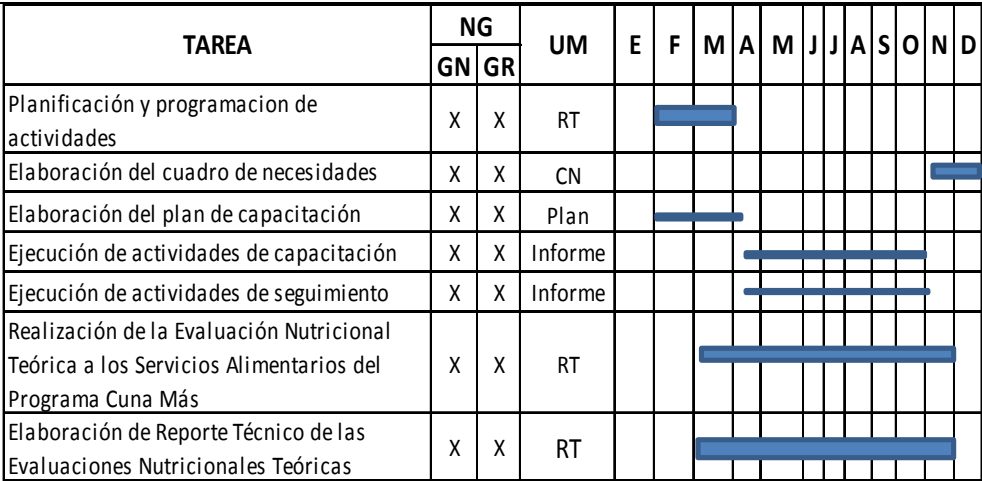
Denominación de la Actividad	EVALUACION NUTRICIONAL DE ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES PARA PROGRAMAS SOCIALES
	<u>Nivel Gobierno Regional : DIRESA, GERESA, DISA, RED DE SALUD</u> <u>A nivel de GERESA, DIRESA,DISA: LA ESANS</u> - Envía el informe con el análisis respectivo de la información, con una frecuencia de 1 vez al año, hasta el 30 de marzo del siguiente año. - Consolida los reportes técnicos de las evaluaciones enviadas por las Redes de Salud y realiza actividades de desarrollo de capacidades, asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación <u>A Nivel de Red de Salud:</u> - Planifica, organiza y coordina la ejecución de la actividad - Ejecuta la evaluación nutricional teórica en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno de los programas sociales, donde se preparan, almacenan, y/o distribuyen alimentos. - Procesa, analiza y emite reportes técnicos por cada evaluación nutricional teórica realizada a los Servicios de Cuidado Diurno de Programas Sociales. - El personal que desarrolla la actividad, es un nutricionista y en ausencia, otro profesional debidamente entrenado, que ha recibido capacitación teórica y práctica de 8 horas en evaluación nutricional teórica obteniendo calificación aprobatoria.
3. Criterios de programación	<u>En el Gobierno Nacional: CENAN</u> - 2 reportes técnicos por cada evaluación nutricional teórica /50 servicios de cuidado diurno que se encuentran dentro de los distritos priorizados por el PN Cuna Más y el CENAN. <u>En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, DISA, RED DE SALUD</u> <u>A nivel de GERESA, DIRESA, DISA</u> - 1 reporte técnico consolidado anual de la evaluación nutricional teórica por red, micro red de su ámbito. - 1 informe de asistencia técnica que incluye la capacitación y seguimiento de la actividad; al 100% de las redes y/o micro redes de su ámbito. <u>A nivel de Red y / o micro red de Salud:</u> - 2 reportes técnicos por cada evaluación nutricional teórica al 100% de Servicios de Cuidado Diurno (Servicios Alimentarios de los comités de gestión del Programa Nacional Cuna Más) de los distritos con mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA • El intervalo de un reporte técnico a de la evaluación nutricional teórica no debe ser no menor a 3 meses, a fin de garantizar el levantamiento de las No Conformidades. - 1 informe técnico de la formulación de la ración /100% de Servicios de asistencia alimentaria del Programa Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital, considerando los distritos de mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA.

Denominación de la Actividad	EVALUACION NUTRICIONAL DE ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES PARA PROGRAMAS SOCIALES
------------------------------	---

4. Flujo de procesos



5. Diagrama de Gantt



6. Listado de Insumos

Reporte del SIGA MEF

Denominación de la Actividad	INSPECCION DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES
------------------------------	---

Denominación de la Actividad	INSPECCION DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES						
Denominación de la Actividad	Inspección de los Servicios del Cuidado Diurno de los Programas Sociales						
Identifique los niveles de Gobierno que realiza la actividad (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GN	X	
Unidad de medida del indicador de producción física	REPORTE TECNICO						
Modelo operacional de la actividad							
1. Definición operacional	La actividad consiste en la verificación: de las instalaciones, de las buenas prácticas de manipulación de alimentos, las buenas prácticas de almacenamiento de alimentos; así como el muestreo y traslado de muestras, para lo cual se utilizan los FOR- CENAN 209, FOR- CENAN 213, FOR - CENAN 214 y FOR-CENAN 215; también incluye actividades de digitación, control, procesamiento, análisis de los datos, desarrollo de capacidades, asistencia técnica, seguimiento y elaboración de informes técnicos. Con el fin de comprobar que el proceso se ajusta a los requisitos establecidos en la normatividad y/o lineamientos técnicos La actividades desarrollada a Nivel de Gobierno Nacional (CENAN) por un profesional con experticia en inspección y muestreo de alimentos, en formulación de herramientas que permitan identificar los riesgos plasmado a través de manuales, directivas, guías técnicas, procedimientos y formularios; y a Nivel de Gobierno Regional (DIRESA, GERESA, DISA, Redes de Salud) por un profesional y/o técnico (en ausencia) que ha recibido capacitación teórica y práctica de 12 horas en inspección y obtenido una calificación aprobatoria. El tiempo promedio de ejecución de la actividad es de 4 horas.						
2. Organización para la ejecución de la actividad	<u>En el Gobierno Nacional: CENAN</u> - Planifica y organiza la ejecución de la actividad - Ejecuta las inspecciones y/o toma de muestra en los Servicios de Cuidado Diurno y/o Servicios de asistencia alimentaria de los programas sociales, donde se preparan, almacenan, y/o distribuyen alimentos. - Procesa, analiza y emite reportes técnicos por cada inspección y/o toma de muestra realizada a los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o servicios de asistencia alimentaria de Programas Sociales. - Realiza actividades de seguimiento y asistencia técnica al nivel regional. <u>En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, DISA, RED DE SALUD</u> A nivel de GERESA, DIRESA,DISA: La ESANS, consolida los reportes técnicos de las inspecciones enviadas por las Redes de Salud y realiza actividades de desarrollo de capacidades, asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación A Nivel de Red de Salud: - Planifica, organiza y coordina la ejecución de la actividad - Ejecuta las inspecciones en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o Servicios de asistencia alimentaria de los programas sociales, donde se preparan, almacenan, y/o distribuyen alimentos. - Procesa, analiza y emite reportes técnicos por cada inspección realizada a los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o Servicios de asistencia alimentaria de Programas Sociales. - El personal que desarrolla la actividad, es un profesional y/o técnico (en ausencia), que ha recibido capacitación teórica y práctica de 12 horas en inspección y obtenido calificación aprobatoria..						
3. Criterios de programación	<u>En el Gobierno Nacional: CENAN</u> - 2 reportes técnicos por cada inspección / 50 servicios de cuidado diurno que se encuentran dentro de los distritos priorizados por el PN Cuna Más y el CENAN. El intervalo de un reporte técnico a otro, de la inspección a los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades.						

Denominación de la Actividad	INSPECCION DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES																																																																																
	- 1 reporte técnico por cada muestreo / 10 servicios de asistencia alimentaria a nivel de municipios provinciales y/o distritales que se encuentran dentro los distritos priorizados. El reporte técnico de inspección es enviada a la Dirección Ejecutiva. El intervalo de una inspección a otra debe ser no menor a 3 meses, a fin de garantizar el levantamiento de las No Conformidades. <u>En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, DISA, RED, MICRO RED DE SALUD</u> <u>A nivel de GERESA, DIRESA, DISA</u> - 1 reporte técnico consolidado anual de los servicios inspeccionados por la red, micro red de su ámbito. - 1 informe de asistencia técnica que incluye la capacitación y seguimiento de la actividad; al 100% de las redes y/o micro redes de su ámbito. <u>A nivel de Red y / o micro red de Salud:</u> - 2 reportes técnicos por cada inspección / 100% de Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno (Programa Cuna Más) de los distritos con mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA El intervalo de un reporte técnico a otro, de la inspección a los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades. - 1 reporte técnico por cada inspección/ 100% de Servicios de asistencia alimentaria que almacenan y/o distribuyen alimentos del Programa Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital, considerando los distritos con mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA.																																																																																
4. Flujo de procesos	NOMBRE DEL PROCESO: INSPECCION A LOS SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO DE PROGRAMAS SOCIALES <table><tr><th>Pasos</th><th>Actividades</th><th>NIVEL NACIONAL</th><th>NIVEL REGIONAL- DIRESA/GERESA</th><th>NIVEL REGIONAL RED/MICRORED</th></tr><tr><td></td><td>INICIO</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>PLANIFICA Y PROGRAMA LA ACTIVIDAD DE INSPECCION, ELABORA EL CUADRO DE NECESIDADES.</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>3</td><td>ELABORA PLAN DE CAPACITACION</td><td>3</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>4</td><td>EJECUTA LAS CAPACITACIONES .</td><td>4</td><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>SEGUIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES</td><td>5</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td>EJECUTA LA INSPECCION DE LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA-PVL (*)</td><td>6</td><td></td><td>6</td></tr><tr><td>7</td><td>EJECUTA LA TOMA DE MUESTRA DE LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA-PVL (*)</td><td>7</td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td>EJECUTA LA FORMULACION DE LA RACION EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA - VASO DE LECHE</td><td></td><td>8</td><td>8</td></tr><tr><td>9</td><td>TRASLADO DE MUESTRAS DE LAS RACIONES DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O ALIMENTOS DEL PVL AL CENAN</td><td>9</td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td>ACONDICIONAMIENTO Y ENTREGA MUESTRAS DE LAS RACIONES DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O ALIMENTOS DEL PVL AL CENAN</td><td>10</td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td>PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LA INSPECCION A LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MAS EN BASE DE DATOS EXCEL</td><td>11</td><td>11</td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>ELABORACION DE REPORTE TECNICO DE INSPECCION</td><td>12</td><td>12</td><td>12</td></tr><tr><td>13</td><td>EMISION DE REPORTE TECNICO PARA LA ELABORACION DEL REPORTE TECNICO DE CONTROL DE CALIDAD</td><td>13</td><td>13</td><td>13</td></tr><tr><td>14</td><td>FIN DEL PROCESO</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (*) Para la inspección de los servicios alimentarios del Programa Cuna Mas se registra en FOR-CENAN-214 Formulario Inspeccion en establecimientos de preparacion de alimentos y para la inspeccion de Alimentos FOR - CENAN-213 Formulario Inspección a establecimientos que almacenan alimentos. (**) Para la toma de muestra de los servicios alimentarios del Programa Cuna Mas se registra en el FOR-CENAN 215 Acta de Muestreo a Establecimientos de preparacion de alimentos. Para la toma de muestra de los servicios de Asistencia Alimentaria-PVL se registra en FOR-CENAN 209 Formulario Acta de muestreo	Pasos	Actividades	NIVEL NACIONAL	NIVEL REGIONAL- DIRESA/GERESA	NIVEL REGIONAL RED/MICRORED		INICIO				1	PLANIFICA Y PROGRAMA LA ACTIVIDAD DE INSPECCION, ELABORA EL CUADRO DE NECESIDADES.	1	1	1	2	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS	2	2	2	3	ELABORA PLAN DE CAPACITACION	3	3		4	EJECUTA LAS CAPACITACIONES .	4	4		5	SEGUIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES	5			6	EJECUTA LA INSPECCION DE LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA-PVL (*)	6		6	7	EJECUTA LA TOMA DE MUESTRA DE LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA-PVL (*)	7			8	EJECUTA LA FORMULACION DE LA RACION EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA - VASO DE LECHE		8	8	9	TRASLADO DE MUESTRAS DE LAS RACIONES DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O ALIMENTOS DEL PVL AL CENAN	9			10	ACONDICIONAMIENTO Y ENTREGA MUESTRAS DE LAS RACIONES DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O ALIMENTOS DEL PVL AL CENAN	10			11	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LA INSPECCION A LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MAS EN BASE DE DATOS EXCEL	11	11		12	ELABORACION DE REPORTE TECNICO DE INSPECCION	12	12	12	13	EMISION DE REPORTE TECNICO PARA LA ELABORACION DEL REPORTE TECNICO DE CONTROL DE CALIDAD	13	13	13	14	FIN DEL PROCESO			
Pasos	Actividades	NIVEL NACIONAL	NIVEL REGIONAL- DIRESA/GERESA	NIVEL REGIONAL RED/MICRORED																																																																													
	INICIO																																																																																
1	PLANIFICA Y PROGRAMA LA ACTIVIDAD DE INSPECCION, ELABORA EL CUADRO DE NECESIDADES.	1	1	1																																																																													
2	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS	2	2	2																																																																													
3	ELABORA PLAN DE CAPACITACION	3	3																																																																														
4	EJECUTA LAS CAPACITACIONES .	4	4																																																																														
5	SEGUIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES	5																																																																															
6	EJECUTA LA INSPECCION DE LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA-PVL (*)	6		6																																																																													
7	EJECUTA LA TOMA DE MUESTRA DE LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA-PVL (*)	7																																																																															
8	EJECUTA LA FORMULACION DE LA RACION EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA - VASO DE LECHE		8	8																																																																													
9	TRASLADO DE MUESTRAS DE LAS RACIONES DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O ALIMENTOS DEL PVL AL CENAN	9																																																																															
10	ACONDICIONAMIENTO Y ENTREGA MUESTRAS DE LAS RACIONES DEL PROGRAMA CUNA MÁS Y/O ALIMENTOS DEL PVL AL CENAN	10																																																																															
11	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE LA INSPECCION A LOS SERVICIOS ALIMENTARIOS DEL PROGRAMA CUNA MAS EN BASE DE DATOS EXCEL	11	11																																																																														
12	ELABORACION DE REPORTE TECNICO DE INSPECCION	12	12	12																																																																													
13	EMISION DE REPORTE TECNICO PARA LA ELABORACION DEL REPORTE TECNICO DE CONTROL DE CALIDAD	13	13	13																																																																													
14	FIN DEL PROCESO																																																																																
5. Diagrama de Gantt																																																																																	

Denominación de la Actividad	INSPECCION DE LOS SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO DE LOS PROGRAMAS SOCIALES															
	TAREA	NG		UM	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	
		GN	GR													
	Planificación y programacion de actividades	X	X	RT												
	Elaboración del cuadro de necesidades	X	X	CN												
	Elaboración del plan de capacitación	X	X	Plan												
	Ejecución de actividades de capacitación	X	X	Informe												
	Ejecución de actividades de seguimiento	X	X	Informe												
	Realización de las Inspecciones a los Servicios Alimentarios del Programa Cuna Más	X	X	RT												
	Muestreo de las preparaciones del Programa Cuna Más y/ o alimentos del Programa Vaso de Leche	X		Acta												
	Entrega de muestras de raciones y/o alimentos para los ensayos de laboratorio.	X		Acta												
	Elaboración de Reporte Técnico de las Inspección	X	X	RT												
6. Listado de Insumos	Reporte del SIGA MEF															

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260					
Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa)	GN	X	GR	X	GL	X
1. Definición Operacional	Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por equipo de personal profesional del nivel regional (Ingeniero Civil, Ingeniero Sanitario, Ingeniero Químico, Químico, Biólogo, Microbiólogo, Técnicos en saneamiento) para identificar y evaluar factores de riesgo que se presentan en los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, desde la captación de la fuente de agua hasta el suministro del agua en la vivienda y valorar el grado de cumplimiento de los requisitos establecidos en el Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano aprobado con D.S. 031-2010-SA, de modo que puedan tomarse las acciones preventivas y correctivas para evitar problemas a la salud pública; implica realizar las siguientes las siguientes acciones: 1. Inspecciones sanitarias de sistema de abastecimiento de agua La inspección sanitaria del sistema de abastecimiento del agua incluye: - Inspección de la fuente y toma de muestras de agua para su caracterización microbiológica, físico química y de metales pesados. - Inspección de las condiciones físicas y estado de higiene de los componentes del sistema (captación, línea de conducción, proceso de tratamiento, almacenamiento y redes de distribución) y toma de muestras de agua. - Toma de muestras del agua tratada para los análisis microbiológicos, físico-químicos, metales pesados para evaluar la eficiencia del sistema de potabilización. - Llenado de formatos referidos al registro de la comunidad, evaluación de la gestión del servicio de agua, evaluación de estado sanitario del sistema de agua, elaboración del acta de inspección, registro de las muestras de agua, entre otros. - Llenado de formatos de cadena de custodia para las muestras de agua.					

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	▪ Elaboración del informe de inspección del sistema. ▪ Entrega del informe al proveedor, gobiernos locales, regionales y otras entidades inherentes al tema a fin de revertir las condiciones de riesgo sanitario. 2. Monitoreo de parámetros de campo en zona urbana, El monitoreo del sistema de abastecimiento del agua incluye: • Selección y ubicación de los puntos de monitoreo en el sistema: • Salida de planta de tratamiento, salida de los pozos. • Ingreso y salida de reservorios, cámaras de bombeo. • Red pública (en puntos ubicados en zonas con redes antiguas, con antecedentes de rotura continua, zonas de baja presión, expuestas a aniegos, zonas de mayor concentración de personas, colegios, comedores populares, locales, viviendas, establecimiento de salud, hospitales, piletas, punto de purga, puntos de abastecimiento de camiones cisternas, etc.). • Los puntos de monitoreo deben estar uniformemente distribuidos a lo largo y ancho del sistema de abastecimiento de agua. • Se establecerán puntos fijos y móviles. • Geo referenciación y registro en formatos de monitoreo de la calidad de agua. • Medición de los parámetros de cloro residual libre, turbiedad, conductividad, pH y Temperatura. • Toma de muestras de agua para análisis bacteriológicos cuando los niveles de Cloro Residual Libre presenta valores debajo del LMP (0.0 mg/ Lit. - < 0.5 mg/L). • En esta actividad se tomaran las muestras de agua para los análisis físicos químicos y de metales pesados (Cuando en la actividad de inspección sanitaria o acciones de fiscalización los establezcan). • Llenado de formatos de monitoreo de la calidad de agua. • Llenado de formatos de cadena de custodia para las muestras de agua. • Elaboración del reporte del monitoreo mensual de la calidad del agua para consumo humano que se suministra a la población, que se entregará a gobiernos locales, regionales, nivel nacional y proveedor. En caso de incumplimiento de los LMP establecidos para los parámetros de campo se notifica al proveedor para que tome las medidas correctivas inmediatas. 3. Monitoreo de parámetros de campo en zona rural El monitoreo del sistema de abastecimiento del agua incluye: • Selección y ubicación de los puntos de monitoreo en el sistema: • Salida de planta de tratamiento, salida de los pozos. • Ingreso y salida de reservorios, cámaras de bombeo. • Red pública (en puntos ubicados en zonas con redes antiguas, con antecedentes de rotura continua, zonas de baja presión, expuestas a aniegos, zonas de mayor concentración de personas, colegios, comedores populares, locales, viviendas, establecimiento de salud, hospitales, piletas, punto de purga, puntos de abastecimiento de camiones cisternas, etc.). • Los puntos de monitoreo deben estar uniformemente distribuidos a lo largo y ancho del sistema de abastecimiento de agua. • Se establecerán puntos fijos y móviles. • Geo referenciación y registro en formatos de monitoreo de la calidad de agua. • Medición de los parámetros de cloro residual libre, turbiedad, conductividad, pH y

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	Temperatura. • Toma de muestras de agua para análisis bacteriológicos cuando los niveles de Cloro Residual Libre presenta valores debajo del LMP (0.0 mg/ Lit. - < 0.5 mg/L). • En esta actividad se tomaran las muestras de agua para los análisis físicos químicos y de metales pesados (Cuando en la actividad de inspección sanitaria o acciones de fiscalización los establezcan). • Llenado de formatos de monitoreo de la calidad de agua. 4. Análisis de parámetros bacteriológicos El Análisis Bacteriológicos de las muestras de agua son desarrolladas por un Biólogo o Microbiólogo e incluye: • Las muestras de agua para análisis bacteriológicos tomadas en la actividad de inspección de sistemas, monitoreo de parámetros de campo e inspección especializada de sistemas complejos, serán analizadas en los Laboratorio de Salud Ambiental de las DIRESAs, GERESAs, DISA, Red y Micro red debidamente implementados a fin de determinar el cumplimiento de los valores establecidos en la Norma Sanitaria D.S. 031-2010. SA Reglamento de la calidad del agua para consumo humano. • Aplicación de requisitos de la muestra de agua por tipo de ensayo (Bacterias Heterotróficas, Coliformes totales, Coliformes termotolerantes, Escherichia coli) y métodos de análisis establecidos por el Laboratorio de Salud Ambiental de la DIGESA. • Llenado de Formato de Informe de Ensayo de Laboratorio. • Reporte de Informes de Ensayos. • Los informes de ensayo de la calidad bacteriológica del agua para consumo humano se suministra a la población, proveedor, gobiernos locales, regionales, nivel nacional. • En caso de incumplimiento de los LMP establecidos en la norma sanitaria para los parámetros bacteriológicos se notifica al proveedor para que tome las medidas correctivas. 5. Análisis de parámetros parasitológicos El análisis de parámetros Parasitológicos de las muestras de agua son desarrolladas por un Biólogo o Microbiólogo e incluye: • Las muestras de agua para análisis parasitológicos tomadas en la actividad de inspección de sistemas, monitoreo de parámetros de campo, e inspección especializada de sistemas, serán analizadas en los Laboratorio de Salud Ambiental de las DIRESAs, GERESAs, DISA, Red y Micro red, debidamente implementados a fin de determinar el cumplimiento de los valores establecidos en la Norma Sanitaria D.S. 031-2010. SA Reglamento de la calidad del agua para consumo humano. • Aplicación de requisitos de la muestra de agua por tipo de ensayo (Protozoos, Helmintos, Gardia, Nematodos) y métodos de análisis establecidos por el Laboratorio de Control Ambiental de la DIGESA. • Llenado de Formato de Informe de Ensayo de Laboratorio. • Reporte de Informes de Ensayos. • Los informes de ensayo de la calidad parasitológica del agua para consumo humano se suministra a la población, proveedor, gobiernos locales, regionales, nivel nacional. • En caso de incumplimiento de los LMP establecidos en la norma sanitaria para los parámetros Parasitológicos se notifica al proveedor para que tome las

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	medidas correctivas. 6. Análisis de parámetros físico químicos El análisis de parámetros Físico - Químico de las muestras de agua son desarrolladas por un Ing. Químico o Químico e incluye: • Las muestras de agua para análisis de parámetros Físico - Químico tomadas en la actividad de inspección de sistemas, monitoreo de parámetros de campo e inspección especializada de sistemas se realizarán en los Laboratorio de Salud Ambiental de las DIRESAs, GERESAs debidamente implementados ó mediante el Servicio de un Laboratorio Acreditado por INDECOPI. • Aplicación de requisitos para la toma de muestra de agua establecidos por el Laboratorio de Control Ambiental de la DIGESA. • Llenado de Formato de Informe de Ensayo de Laboratorio. • Reporte de Informes de Ensayos. • Los informes de ensayo de la calidad Físico - Químico del agua para consumo humano se suministra a la población, proveedor, gobiernos locales, regionales, nivel nacional. • En caso de incumplimiento de los LMP establecidos en la norma sanitaria para los parámetros Físico - Químico se notifica al proveedor para que tome las medidas correctivas. 7. Análisis de parámetros de metales pesados, El análisis de parámetros de metales pesados de las muestras de agua incluye: • El análisis de las muestras de agua tomadas en la actividad de inspección de sistemas, monitoreo de parámetros de campo, e inspección especializada de sistemas, se realizarán mediante el servicio de un Laboratorio Acreditado por INDECOPI. • Solicitar el grado de sensibilidad de los equipos de los Laboratorio Acreditado por INDECOPI a fin de poder determinar el cumplimiento de los valores establecidos en la norma sanitaria D.S. 031-2010. SA Reglamento de la calidad del agua para consumo humano. • Aplicación de requisitos para la toma de muestra de agua establecidos por el Laboratorio de Control Ambiental de la DIGESA. • Reporte de Informes de Ensayos. • Los informes de ensayo de los parámetros de metales pesados del agua para consumo humano se suministra a la población, proveedor, gobiernos locales, regionales, nivel nacional. • En caso de incumplimiento de los LMP establecidos en la norma sanitaria para los parámetros de metales pesados se notifica al proveedor para que tome las medidas correctivas. 8. Inspecciones especializadas en el ámbito urbano La inspección especializada del sistema de abastecimiento del agua incluye: • Inspección de las fuentes de agua, toma de muestras de agua para su caracterización microbiológica, físico química y de metales pesados; y medición de parámetros de calidad en campo. • Evaluación del proceso de tratamiento (precloración, coagulación, floculación, filtración, micro filtración, desinfección, ósmosis inversa) y toma de muestras de agua tratada. • Evaluación de las condiciones físicas y estado de higiene de los componentes del sistema (captación, infraestructuras de tratamiento, almacenamiento y redes

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	de distribución). • Evaluación de las diferentes áreas de suministros de agua (redes de distribución, tener en cuenta el tipo de tubería). • Llenado de formatos referidos al registro de la comunidad, evaluación de la gestión del servicio de agua, evaluación de estado sanitario del sistema de agua, elaboración del acta de inspección, registro de las muestras de agua. • Llenado de formatos de cadena de custodia para las muestras de agua. • Elaboración del informe de inspección del sistema. • Entrega del informe al proveedor, gobiernos locales, regionales y otras entidades inherentes al tema a fin de revertir las condiciones de riesgo sanitario. 9. Inspecciones especializadas en el ámbito rural La inspección especializada del sistema de abastecimiento del agua incluye: • Inspección de las fuentes de agua, toma de muestras de agua para su caracterización microbiológica, físico química y de metales pesados; y medición de parámetros de calidad en campo. • Evaluación del proceso de tratamiento (precloración, coagulación, floculación, filtración, micro filtración, desinfección, ósmosis inversa) y toma de muestras de agua tratada. • Evaluación de las condiciones físicas y estado de higiene de los componentes del sistema (captación, infraestructuras de tratamiento, almacenamiento y redes de distribución). • Evaluación de las diferentes áreas de suministros de agua (redes de distribución, tener en cuenta el tipo de tubería). • Llenado de formatos referidos al registro de la comunidad, evaluación de la gestión del servicio de agua, evaluación de estado sanitario del sistema de agua, elaboración del acta de inspección, registro de las muestras de agua. • Llenado de formatos de cadena de custodia para las muestras de agua. • Elaboración del informe de inspección del sistema. • Entrega del informe al proveedor, gobiernos locales, regionales y otras entidades inherentes al tema a fin de revertir las condiciones de riesgo sanitario. 10. Análisis y reporte de riesgos sanitarios El Análisis y Reporte de los Riesgos Sanitarios incluye: • La recolección, revisión, interpretación, validación y clasificación de los reportes mensuales de la calidad del agua, informes de ensayo y de las inspecciones sanitarias. • Elaboración de cuadros estadísticos, mapas de riesgo de la calidad del agua para consumo humano. • Análisis de la situación, avance del desarrollo de las actividades de vigilancia, centros poblados y sistemas de abastecimiento de agua vigilados. • Se emitirán informes mensuales que se entregaran a las autoridades para la toma de decisiones según corresponda y proveedores para las medidas preventivas y correctivas. Debiendo contener entre otros lo siguiente: ➢ Estado sanitario de los componentes del sistema ➢ Principales defectos en los componentes del sistema de abastecimiento de agua ➢ Porcentaje de muestras positivas de (coliforme totales y termo tolerantes) ➢ Porcentaje de muestras que exceden los límites de sustancia químicas

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	establecidas en el D.S. 031-2010-SA Reglamento de la calidad del agua para consumo humano ➤ Porcentaje de muestras que exceden los límites de sustancia químicas establecidas en las normas para fuentes de agua. ➤ Porcentaje de muestras que cumplen con la concentración mínima de desinfectante ➤ Situación de las zonas de abastecimiento con respecto a la calidad del agua y continuidad. ➤ Porcentaje de la población que consume agua para consumo humano por ámbito urbano, periurbano y rural. ➤ N° de Centros poblados que consumen agua para consumo humano ➤ Medidas correctivas implementadas ➤ Informar sobre las normas sanitarias y su aplicación en temas inherentes a agua y saneamiento.
2. Organización para la ejecución de la actividad	Nivel Nacional: MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo que estandariza la entrega del producto. DIGESA: Formula documentos normativos para el desarrollo de las actividades, brinda al personal profesional de las regiones asistencia técnica para el cumplimiento de las metas físicas como financieras, metas del indicador de producción física e indicador de desempeño del producto, realiza monitoreo, seguimiento y verificación del cumplimiento de metas físicas y monitoreo financiero de los recursos del nivel nacional y regional, evalúa, analiza, consolida y publica la información a nivel nacional y entrega de informes trimestrales a la Responsable del Articulado Nutricional de ejecución de las actividades, metas físicas de producción física y del indicador de desempeño y metas financieras del nivel nacional y regional. Nivel Regional: GERESA/DIRESA/DISA/DESA: desarrolla las actividades de la vigilancia del agua para consumo humano, con personal profesional (Ingeniero Civil, Ingeniero Sanitario, Ingeniero Químico, Biólogo, Microbiólogo) de la Dirección de Salud Ambiental, cuentan con laboratorio analítico parasitológico, microbiológico y fisicoquímico para muestras de agua para consumo humano, brinda asistencia técnica al personal de las redes, micro redes y establecimientos de salud en el desarrollo de las actividades del producto y reportan a la comunidad los resultados, analiza y consolida la información a nivel regional referida al producto y remiten al nivel nacional. REDES DE SALUD: realiza las actividades de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, con profesionales (Ingeniero Civil, Ingeniero Sanitario, Ingeniero Químico, Biólogo, Microbiólogo), cuenta con laboratorio analítico parasitológico, microbiológico para muestras de agua para consumo humano y brinda asistencia técnica al personal de las micro redes y establecimientos de salud en el desarrollo de las actividades. MICRORREDES: realiza las actividades de la vigilancia del agua para consumo humano de acuerdo a la cartera de servicios, con personal técnico en saneamiento y/o Inspector Sanitario con capacitación permanente (no menor de 60 horas por año), brinda asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud en el desarrollo de las actividades del producto, evalúan, analizan y consolidan la información de su ámbito referida al producto y remiten al nivel regional y reportan los resultados a la comunidad y autoridades de su ámbito. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD/ CENTROS Y PUESTOS DE SALUD: Ejecuta las actividades de vigilancia de acuerdo a la cartera de servicios y reportan a la comunidad y autoridad local los resultados, con personal técnico en saneamiento

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	y/o Inspector Sanitario con capacitación permanente (no menor de 60 horas por año)
3. Criterio de Programación	1. Inspecciones sanitarias de sistema de abastecimiento de agua, • Programar en ámbito urbano (incluir periurbanos) como mínimo 2 inspecciones por sistema de abastecimiento de agua potable en el año. • Programar en ámbito rural como mínimo 2 inspecciones por sistema de abastecimiento de agua potable en el año. • Los sistemas de abastecimiento de agua a considerar son: - o Tipo gravedad simple (manantial, reservorio, desinfección y red de distribución). - o Tipo gravedad con tratamiento (fuente, sedimentador, filtro lento, desinfección, redes de distribución). - o Tipo bombeo sin tratamiento (pozo, caseta de bombeo, reservorio, desinfección, redes de distribución). - o Tipo bombeo con tratamiento (fuente, caseta de bombeo, sedimentador, filtro lento, reservorio, desinfección y redes de distribución). - o No convencional u otros servicios prestados en condiciones especiales (surtidor-camión cisterna-vivienda, surtidor- camión cisterna-reservorio-piletas, pozos-vivienda). • Priorizar los sistemas de abastecimiento de agua de centros poblados de los distritos con alta incidencia de enfermedades de origen hídrico, mayores casos de desnutrición, de extrema pobreza y de mayor población. • Considerar los centros poblados que no cuentan con sistemas de abastecimiento de agua, con alta incidencia de enfermedades de origen hídrico, mayores casos de desnutrición, de extrema pobreza y de mayor población. 2. Monitoreo de parámetros de campo en zona urbana Programar en <i>ámbito urbano (incluir periurbanos) como mínimo 01 monitoreo por sistema de abastecimiento de agua por mes, durante todo el año.</i> Priorizar los sistemas de abastecimiento de agua de los centros poblados con alta incidencia de enfermedades de origen hídrico, mayores casos de desnutrición, extrema pobreza, mayor población. 3. Monitoreo de parámetros de campo en zona rural Programar en ámbito rural como mínimo 01 monitoreo por sistema de abastecimiento de agua por mes, durante todo el año. Priorizar los sistemas de abastecimiento de agua de los centros poblados con alta incidencia de enfermedades de origen hídrico, mayores casos de desnutrición, extrema pobreza, mayor población. 4. Análisis de parámetros bacteriológicos, • Programar en sistemas de abastecimiento de agua del ámbito urbano (incluir periurbanos) como mínimo 08 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por mes, durante todo el año. • Programar en sistemas de abastecimiento de agua del ámbito rural como mínimo 03 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por mes, durante todo el año.

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	• En sistemas de abastecimientos de agua que cloran se verifica el cloro residual libre a la salida de la planta de tratamiento, reservorio y en la red de distribución, cuando los niveles de Cloro Residual Libre presentan valores < 0.5 mg/Lit. se efectuará la toma de muestras para el análisis bacteriológico correspondiente, dato que es registrado en los formatos de Monitoreo de la Calidad de Agua. • En sistemas de agua que no cloran, para determinar la calidad sanitaria del sistema se tomaran muestras de agua en la fuente, salida de la planta de tratamiento, pozos, reservorio y redes de distribución. 5. Análisis de parámetros parasitológicos, • Programar en sistemas de abastecimiento de agua del <i>ámbito urbano (incluir periurbanos) como mínimo 03 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por año.</i> • Programar en sistemas de abastecimiento de agua del <i>ámbito rural como mínimo 03 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por año.</i> • En fuentes de agua para consumo humano. • Se tomaran muestras de agua en la fuente (rio, lago, manantial, galerías filtrantes, pozos, etc.), salida del sistema de tratamiento, redes de distribución, conexión domiciliaria y en otros puntos que determine la inspección del sistema de abastecimiento de agua. 6. Análisis de parámetros físico químicos, • Programar en el ámbito urbano (incluir periurbanos) como mínimo 04 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por año. • Programar en el ámbito rural como mínimo 04 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por año. • En fuentes de agua para consumo humano. • Se tomaran muestras de agua en la fuente (rio, lago, manantial, galerías filtrantes, pozos, etc.), salida del sistema de tratamiento y en otros puntos que determine la inspección del sistema de abastecimiento de agua. 7. Análisis de parámetros de metales pesados, • Programar en el ámbito urbano (incluir periurbanos) como mínimo 03 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por año. • Programar en el ámbito rural como mínimo 03 muestras por sistema de abastecimiento de agua potable por año. • Se tomaran muestras de agua en la fuente (rio, lago, manantial, galerías filtrantes, pozos, etc.), salida del sistema de tratamiento y en otros puntos que determine la inspección del sistema de abastecimiento de agua. 8. Inspecciones especializadas en el ámbito urbano, • Programar en ámbito urbano como mínimo 2 inspecciones por sistema complejo de abastecimiento de agua potable en el año. • Los sistemas complejos de abastecimiento de agua a considerar son: – Tipo gravedad con tratamiento (fuente, sedimentador, precloración, coagulación, floculación, filtración, micro filtración, desinfección, ósmosis inversa, reservorios y redes). – Tipo bombeo sin tratamiento (pozo, caseta de bombeo, reservorio, desinfección, redes de distribución). – Tipo bombeo con tratamiento (fuente, sedimentador, coagulación,

Denominación de la Actividad	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano-8033260
	floculación, filtración, desinfección, ósmosis inversa, reservorios y redes de distribución). - Considerar los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano de las capitales de provincia y distritos del ámbito urbano como inspecciones especializadas. 9. Inspecciones especializadas en el ámbito rural, - Programar en ámbito rural como mínimo 2 inspecciones por sistema complejo de abastecimiento de agua potable en el año. - Los sistemas complejos de abastecimiento de agua a considerar son: - Tipo gravedad con tratamiento (fuente, sedimentador, precloración, coagulación, floculación, filtración, micro filtración, desinfección, ósmosis inversa, reservorios y redes). - Tipo bombeo sin tratamiento (pozo, caseta de bombeo, reservorio, desinfección, redes de distribución). - Tipo bombeo con tratamiento (fuente, sedimentador, coagulación, floculación, filtración, desinfección, ósmosis inversa, reservorios y redes de distribución). - Considerar los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano de las capitales de provincia y distritos del ámbito rural como inspecciones especializadas. 10. Análisis y reporte de riesgos sanitarios, - Ámbito urbano generar como mínimo 01 reporte del análisis de los riesgos sanitarios por mes durante todo el año. - Ámbito rural generar como mínimo 01 reporte del análisis de los riesgos sanitarios por mes durante todo el año. - Ámbito urbano generar como mínimo 01 informe técnico del reporte del análisis de los riesgos sanitarios por sistema de abastecimiento de agua intervenido por mes durante todo el año. - Ámbito rural generar como mínimo 01 informe técnico del reporte del análisis de los riesgos sanitarios por sistema de abastecimiento de agua intervenido por mes durante todo el año.
4. Flujo de procesos	Anexo
5. Diagrama de Gantt	
6. Listado de Insumos	

3.2 INDICADORES

3.2.1 Indicadores de Desempeño

Tabla N° 13

Indicadores de desempeño	
Nivel de objetivo	Nombre del indicador
Resultado final	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS).
Resultado Intermedios (específico)	
Producto 1	Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia
Producto 2	Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva.
Producto 3	Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA.
Producto 4	Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA.
Producto 5	Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5kg.).
Resultado Inmediato	
Producto 6	Proporción de hogares con saneamiento básico.
Producto 7	Proporción de hogares con acceso a agua tratada
Producto 8	Proporción de hogares rurales con saneamiento básico.
Producto 9	Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad.
Producto 10	Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.
Producto 11	Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad.
Producto 12	Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo para su edad.
Producto 13	Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro
Producto 14	Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Tabla N° 14

Nombre del Indicador						
PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA (PATRÓN DE REFERENCIA OMS).						
Definición						
Es el porcentaje de niños menores de 5 años cuya Talla para la Edad está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (patrón OMS).						
Dimensión de desempeño						
Eficacia						
Valor del indicador						
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR			
2013	2014	2015	2016	2017	2018	
17.49	14.56	12.32	10.09	7.86	5.62	
Justificación						
Determinar la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según el patrón OMS.						
Limitaciones y supuestos empleados						
El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado: • Errores de medición en la talla del niño por la calibración de los equipos antropométricos. • Dificultades en el recojo del dato antropométrico. • Sub registro e inadecuado reporte del dato.						
Precisiones técnicas						
DOMS = Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS						
TN = Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla						
Unidad de medida: Porcentaje (%)						
Método de cálculo						
$DESNU\% = \frac{DOMS}{TN} * 100$						
Periodicidad de las mediciones						
Semestral y anual						
Fuente de datos						
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES						
Instrumento de recolección de información						
Encuesta						
Sintaxis						
<pre> do if hv103=1. if (hc70<-200) desn=1. if (hc70>=-200 & hc70<601) desn=0. end if. var label desn 'desnutrición OMS'. </pre>						

*Tabla N° 14 de la Directiva N° 003-2015-EF/50.01

PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES DE EDAD CON ANEMIA								
Definición								
La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad sexo y altitud.								
La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica una anemia por deficiencia de hierro.								
Dimensión de desempeño								
Indicador de Eficacia								
Valor del indicador								
	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
	56.8	50.4	50.3	41.6	44.5	46.4	46.8	
Justificación								
Este Indicador ayuda a determinar la salud de la población menor de 05 años y determina el desarrollo de una población.								
Limitaciones y supuestos empleados								
-El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos para dosaje de hemoglobina. -Dificultades en el recojo de la muestra a analizar. -Sub registro e inadecuado reporte del dato.								
Precisiones técnicas								
Numerador: Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia, hijos de las mujeres entrevistadas.								
Denominador: Total de Niños de 6 a menos de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas.								
Método de cálculo								
Anemia= (Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia / Total de niños de 6 a menos de 36 meses evaluados) x 100								
Periodicidad de las mediciones								
Semestral - Anual								
Fuente de datos								
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES								
Instrumento de recolección de información								
Encuesta								
Sintaxis								
<pre> compute alt=(hv040/1000)*3.3. compute HAJ= hc53/10 +0.032*alt+0.022*alralt) . compute edadm=V008-B3. do if hv103=1 & edam<36. IF (HAJ>1 & HAJ<11) ANEMIA=1. IF (HAJ>=11 & HAJ<30) ANEMIA=0. end if.</pre>								

Nombre del Indicador					
PROPORCIÓN DE MENORES DE SEIS MESES CON LACTANCIA EXCLUSIVA.					
Definición					
Es el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimentos fue la leche materna el día anterior al día de la entrevista. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable.					
Dimensión de desempeño					
Eficacia					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015	2016	2017	2018
72.34	68.43	65.9	72.79	74.98	77.17
Justificación					
Determinar el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimento fue la leche materna.					
Limitaciones y supuestos empleados					
Promoción indiscriminada, por las compañías fabricantes y comercializadoras, de las fórmulas lácteas en los Establecimientos de Salud, tanto públicos como privados. No se ha logrado el funcionamiento de los comités de lactancia materna en todo los EESS que atienden partos. Dificultades para la implementación de medidas correctivas y de sanción a EESS y personal de salud que infringe la normatividad (debido a que los artículos del RAI son declarativos y no punitivos)					
Precisiones técnicas					
LACT = Niños menores de 6 meses cuya única fuente de alimentación es la leche materna TN = Total de niños menores de 6 meses					
Método de cálculo					
$LACTEXC = \frac{LACT}{TN6} * 100$					
Periodicidad de las mediciones					
Semestral y anual					
Fuente de datos					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES					
Instrumento de recolección de información					
Durante cuántos meses le dio Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)? Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)? ¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?					
Sintaxis					
RECODE M4 (0 THRU 94=1)(95=2) INTO LACTA. VECTOR V=V409 TO V414U. LOOP #I=1 TO 35. IF (V(#I)=1) LACTA =1 . END LOOP. COMPUTE EDADM=V008-B3. if (edadm<6 & lacta<3) lact_xcl=0. if (edadm<6 & lacta=2) lact_xcl=1. var label lact_xcl ' lactancia exlcusiva menores de 6 meses' .					

Nombre del Indicador					
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON EDA.					
Definición					
Se define como diarrea a la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda. Si dura 14 días o más, se la denomina persistente, que es la que suele causar problemas nutricionales y puede producir la muerte de los niños y niñas con diarrea.					
Dimensión de desempeño					
Eficacia					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015 (I sem)	2016	2017	2018
13.70	15.29	16.4	13.22	12.18	11.14
Justificación					
Determinar el porcentaje de niños menores de 36 meses que tuvieron enfermedad diarreica aguda (EDA) en las dos semanas anteriores a la encuesta.					
Limitaciones y supuestos empleados					
Insuficientes acciones de comunicación masiva orientada al cambio de conducta para mejorar las prácticas de cuidado y alimentación de las niñas y niños. Persiste alto porcentaje de hogares con pobre saneamiento básico.					
Precisiones técnicas					
E = Niños menores de 36 meses con enfermedad diarreica aguda- EDA TN36 = Total de niños menores de 36 meses					
Método de cálculo					
$EDA = \frac{E}{TN\ 36} * 100$					
Periodicidad de las mediciones					
Semestral y anual					
Fuente de datos					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES					
Instrumento de recolección de información					
En los últimos 14 días, es decir, entre el ____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido diarrea? ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?					
Sintaxis					
compute edadm=V008-B3. do if edadm<36. recode h11 (0,8=0)(2=1) into EDA. end if.					

Nombre del Indicador					
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA.					
Definición					
Las infecciones Respiratorias Agudas son un complejo y heterogéneo grupo de infecciones causadas por distintos gérmenes, que afectan cualquier parte del aparato respiratorio y que por su ubicación en dicho aparato respiratorio se denominan: a) IRA no complicada (resfrío común, sinusitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis, otitis media), b) IRA complicada (neumonía – respiración rápida, neumonía grave – tiraje subcostal, neumonía muy grave – estridor en estado de reposo).					
Dimensión de desempeño					
Eficacia					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015	2016	2017	2018
14.81	17.54	16.6	16.01	15.26	14.51
Justificación					
Determinar la proporción de menores de 36 meses que tuvieron alguna infección respiratoria aguda (IRA) en las dos semanas anteriores a la encuesta.					
Limitaciones y supuestos empleados					
Insuficientes acciones de comunicación masiva orientada al cambio de conducta para mejorar las prácticas de cuidado y alimentación de las niñas y niños. Cambios climáticos afectan especialmente a las niñas y niños, que proceden de familias en situación de pobreza y extrema pobreza.					
Precisiones técnicas					
I = Niños menores de 36 meses con síntomas de infecciones respiratorias agudas - IRA TN36 = Total de niños menores de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas					
Método de cálculo					
$IRA = \frac{I}{TN \ 36} * 100$					
Periodicidad de las mediciones					
Semestral y anual					
Fuente de datos					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES					
Instrumento de recolección de información					
En los últimos 14 días, es decir, entre el ____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido tos? Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?					
Sintaxis					
compute edadm=V008-B3. do if edadm<36. recode H31B (1=1) (ELSE=0) INTO IRA. if (sysmis(h31)) IRA=h31. end if.					

Nombre del Indicador					
PROPORCIÓN DE NACIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA CON BAJO PESO AL NACER (<2.5KG.)					
Definición					
Se define como bajo peso al nacer a todo recién nacido que en el momento de su nacimiento tenga un peso inferior a 2 500 g.					
Dimensión de desempeño					
Eficacia					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015 (l sem)	2016	2017	2018
7.79	6.38	7.3	5.37	4.86	4.35
Justificación					
Determinar la proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5kg.).					
Limitaciones y supuestos empleados					
Incremento del embarazo en adolescentes. Prácticas inadecuadas de alimentación, la misma que disminuye la posibilidad que la dieta diaria de la gestante cubra los requerimientos de hierro (aumentados en el embarazo).					
Precisiones técnicas					
BP = Niños menores de 5 años con peso inferior a 2,5Kg TN = Total de niños menores de 5 años					
Método de cálculo					
$BajoPeso = \frac{BP}{TN} * 100$					
Periodicidad de las mediciones					
Semestral y anual					
Fuente de datos					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES					
Instrumento de recolección de información					
¿Cuánto pesó (NOMBRE)? Solicite que le muestren el carné de crecimiento y desarrollo y transcriba la información. 1. Gramos del carné 2. Gramos según recuerda.					
Sintaxis					
recode m19 (low thru 2499=1)(2500 Thru 8000=0) into BP. Val label BP 'Bajo peso al nacer'.					

Nombre del Indicador					
PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO PARA SU EDAD.					
Definición					
Control de Crecimiento y Desarrollo es el conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño menor de 36 años, realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, con la finalidad de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo. Se considera controles completos de acuerdo al número de controles requeridos por el MINSA de acuerdo a la edad del niño con un mínimo de 1 control y un máximo de 25 controles.					
Dimensión de desempeño					
Eficacia y calidad					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015 (I sem)	2016	2017	2018
50.47	52.37	54.3	61.13	65.51	69.89
Justificación					
Determinar la proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad.					
Limitaciones y supuestos empleados					
Barreras de acceso cultural y geográfico en los ámbitos rurales especialmente de la selva donde se produce alta deserción al CRED y limitación del personal para realizar visitas domiciliarias de seguimiento; así como migración estacional de las familias rurales.					
Precisiones técnicas					
CRED= Niños menores de 36 meses con controles de crecimiento completo para su edad TN36 = Total de niños menores de 36 meses					
Método de cálculo					
$\text{CONT CRED} = \frac{\text{CRED}}{\text{TN36}} * 100$					
Periodicidad de las mediciones					
Semestral y anual					
Fuente de datos					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES					
Instrumento de recolección de información					
En los últimos 6 meses ¿Le hicieron a (NOMBRE) algún control de Crecimiento y Desarrollo? *Si la entrevistada responde la alternativa 2"No" y 8"No sabe", se debe pasar a la pregunta ¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento?					
Sintaxis					
<pre>compute cage = v008-b3. compute CRED=0. if cage < 2 & s466c > 1 cred=1. if (cage >= 2 & cage < 4) & s466c >= 3 cred=1. if (cage >= 4 & cage < 6) & s466c >= 4 cred=1. if (cage >= 6 & cage < 7) & s466c >= 5 cred=1. if (cage >= 7 & cage < 9) & s466c >= 6 cred=1. if (cage >= 9 & cage < 12) & s466c >= 7 cred=1. if (cage >= 12 & cage < 15) & s466c >= 8 cred=1. if (cage >= 15 & cage < 18) & s466c >= 9 cred=1. if (cage >= 18 & cage < 21) & s466c >= 10 cred=1. if (cage >= 21 & cage < 24) & s466c >= 11 cred=1. if (cage >= 24 & cage < 30) & s466c >= 12 cred=1. if (cage >= 30 & cage < 36) & s466c >= 13 cred=1.</pre>					

```
if (cage >= 36 & cage < 42) & s466c >= 14 cred=1.  
if (cage >= 42 & cage < 48) & s466c >= 15 cred=1.  
if (cage >= 48 & cage < 54) & s466c >= 16 cred=1.  
if (cage >= 54 & cage < 60) & s466c >= 17 cred=1.  
if s466c=98 CRED=0.  
if missing(s466c) CRED=0.  
If s466=0 CRED=0.  
If s466=8 CRED=0.  
select if cage < 36 & B5 = 1.  
var label CRED ' Controles de crecimiento completo para su edad'.
```

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS COMPLETAS PARA SU EDAD.					
Definición					
Es el porcentaje de Vacunas Básicas Completas del niño menor de 36 meses, incluye: 1 dosis de BCG, 3 dosis de DPT/Pentavalente, 3 dosis contra la poliomielitis (2 IPV/1 APO) y 1 dosis contra el sarampión.					
Dimensión de desempeño					
Eficacia					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015	2016	2017	2018
66.1	61.1	68.3	75.5	82.7	89.9
Justificación					
Determinar la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.					
Limitaciones y supuestos empleados					
- Escases mundial de algunas de las vacunas que debe administrarse al niño/niña - Registro inadecuado en la tarjetas de vacunación					
Precisiones técnicas					
<u>Vac1ok= Niños menores de 36 meses con vacunas básicas para su edad</u>					
TN36 = Total de niños menores de 36 meses					
Unidad de medida: Porcentaje (%)					
Método de cálculo					
$\text{Vacunas} = \frac{\text{Vac 1ok}}{\text{TN 36}} * 100$					
Periodicidad de las mediciones					
Semestral y anual					
Fuente de datos					
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES					
Instrumento de recolección de información					
Encuesta					
Sintaxis					
<pre>compute edadm=V008-B3. do if (b5=1 & edadm<36). compute bcg=0. compute dpt=0. compute polio=0. compute sarampion=0. compute hvb=0. compute hib=0. compute pap=0. compute rub=0. compute amar=0. compute neum=0. compute rotav=0. compute infl=0. recode h2 (1,2,3=1) into bcg. recode h3 (1,2,3=1) into dpt1. recode h5 (1,2,3=1) into dpt2. recode h7 (1,2,3=1) into dpt3. recode S45D4 (1,2,3=1) into dpt4. recode S45PV1 (1,2,3=1) into dpt5.</pre>					

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS COMPLETAS PARA SU EDAD.

```
recode S45PV2 (1,2,3=1) into dpt6.
recode S45PV3 (1,2,3=1) into dpt7.
recode S45TT (1,2,3=1) into dpt8.
compute dpts = SUM(dpt1,dpt2,dpt3,dpt4,dpt5,dpt6,dpt7,dpt8) .
if dpts ~= 0 dpt=dpts.

recode h4 (1,2,3=1) into polio1.
recode h6 (1,2,3=1) into polio2.
recode h8 (1,2,3=1) into polio3.
compute polios = SUM(polio1,polio2,polio3) .
if polios ~= 0 polio=polios.

recode h9 (1,2,3=1) into sarampion1.
recode S45SP1 (1,2,3=1) into sarampion2.
recode S45SP2 (1,2,3=1) into sarampion3.
recode S45SR (1,2,3=1) into sarampion4.
compute sarampions= SUM(sarampion1,sarampion2,sarampion3,sarampion4) .
if sarampions~= 0 sarampion=sarampions.

recode S45B1 (1,2,3=1) into hvb1.
recode S45B2 (1,2,3=1) into hvb2.
recode S45B3 (1,2,3=1) into hvb3.
recode S45PV1 (1,2,3=1) into hvb4.
recode S45PV2 (1,2,3=1) into hvb5.
recode S45PV3 (1,2,3=1) into hvb6.
compute hvbs = SUM(hvb1,hvb2,hvb3,hvb4,hvb5,hvb6) .
if hvbs ~= 0 hvb=hvbs.

recode S45F1 (1,2,3=1) into hib1.
recode S45F2 (1,2,3=1) into hib2.
recode S45F3 (1,2,3=1) into hib3.
recode S45PV1 (1,2,3=1) into hib4.
recode S45PV2 (1,2,3=1) into hib5.
recode S45PV3 (1,2,3=1) into hib6.
recode S45TT (1,2,3=1) into hib7.
compute hibs = SUM(hib1,hib2,hib3,hib4,hib5,hib6,hib7) .
if hibs ~= 0 hib=hibs .

recode S45SP1 (1,2,3=1) into pap1.
recode S45SP2 (1,2,3=1) into pap2.
compute paps = SUM(pap1,pap2) .
if paps ~= 0 pap=paps .

recode S45SP1 (1,2,3=1) into rub1.
recode S45SP2 (1,2,3=1) into rub2.
recode S45SR (1,2,3=1) into rub3.
compute rubs = SUM(rub1,rub2,rub3) .
if rubs ~= 0 rub=rubs .

recode S45ML (1,2,3=1) into amar.

recode S45NM1 (1,2,3=1) into neum1.
recode S45NM2 (1,2,3=1) into neum2.
recode S45NM3 (1,2,3=1) into neum3.
```

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS COMPLETAS PARA SU EDAD.

```
compute neums = SUM(neum1,neum2,neum3) .
if neums ~= 0 neum=neums .

recode S45RT1 (1,2,3=1) into rotav1.
recode S45RT2 (1,2,3=1) into rotav2.
compute rotavs= SUM(rotav1,rotav2) .
if rotavs~= 0 rotav=rotavs.

recode S45IF1 (1,2,3=1) into infl1.
recode S45IF2 (1,2,3=1) into infl2.
compute infls= SUM(infl1,infl2) .
if infls~= 0 infl=infls.

compute bcgok=0.
if bcg>=1 bcgok=1.

compute dptok=0.
if edadm < 3 dptok=1.
if ((edadm>=3 & edadm<=4)& dpt>=1) dptok=1.
if ((edadm>=5 & edadm<=6)& dpt>=2) dptok=1.
if ((edadm>=7 & edadm<=18)& dpt>=3) dptok=1.
if ((edadm>=19 & edadm<=59)& dpt>=4) dptok=1.
if (edadm > 59 & dpt>=5) dptok=1.

compute dpt3ok=0.
if edadm <3 dpt3ok=1.
if ((edadm>=3 & edadm<=4)& dpt>=1) dpt3ok=1.
if ((edadm>=5 & edadm<=6)& dpt>=2) dpt3ok=1.
if ((edadm>6 )& dpt>=3) dpt3ok=1.

compute polok=0.
if edadm <3 polok=1.
if ((edadm>=3 & edadm<=4)& polio>=1) polok=1.
if ((edadm>=5 & edadm<=6)& polio>=2) polok=1.
if ((edadm>6 )& polio>=3) polok=1.

compute measok=0.
if edadm <13 measok=1.
if ((edadm>=13 & edadm<=59)& sarampion>=1) measok=1.
if ((edadm>59 )& sarampion>=2) measok=1.

compute hepok=0.
if edadm <3 hepok=1.
if ((edadm>=3 & edadm<=4)& hvb>=1) hepok=1.
if ((edadm>=5 & edadm<=6)& hvb>=2) hepok=1.
if ((edadm>6 )& hvb>=3) hepok=1.

compute hibok=0.
if edadm <3 hibok=1.
if ((edadm>=3 & edadm<=4)& hib>=1) hibok=1.
if ((edadm>=5 & edadm<=6)& hib>=2) hibok=1.
if ((edadm>6 )& hib>=3) hibok=1.

compute papok=0.
```

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS BÁSICAS COMPLETAS PARA SU EDAD.
if edadm <13 papok=1. if ((edadm>=13 & edadm<=59)& pap>=1) papok=1. if ((edadm>59)& pap>=2) papok=1. compute rubok=0. if edadm <13 rubok=1. if ((edadm>=13 & edadm<=59)& rub>=1) rubok=1. if ((edadm>59)& rub>=2) rubok=1. compute amaok=0. if edadm <=12 amaok=1. if ((edadm>12)& amar>=1) amaok=1. compute infok=0. if edadm <=23 infok=1. if ((edadm>23)& infl>=1) infok=1. compute nmcok=0. if edadm <3 nmcok=1. if ((edadm>=3 & edadm<=4)& neum>=1) nmcok=1. if ((edadm>=5 & edadm<=15)& neum>=2) nmcok=1. if ((edadm>15)& neum>=3) nmcok=1. compute rotok=0. if edadm <3 rotok=1. if ((edadm>=3 & edadm<=4)& rotav>=1) rotok=1. if ((edadm>4)& rotav>=2) rotok=1. compute vacc1ok=0. if (bcgok=1 & dpt3ok=1 & polok=1 & measok=1) vacc1ok=1. var lab vacc1ok 'Vacunas básicas completas'. end if.

PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS PARA SU EDAD.					
Definición					
Es cuando el niño menor de 12 meses tiene las 2 dosis de la vacuna contra el rotavirus.					
Dimensión de desempeño					
Eficacia					
Valor del indicador					
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
2013	2014	2015	2016	2017	2018
78.1	78.2	81.1	84.0	86.9	89.8
Justificación					
Determinar la proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad.					
Limitaciones y supuestos empleados					
• Registro inadecuado en la tarjetas de vacunación					
Precisiones técnicas					
rotok = Niños menores de 12 meses con 2 dosis de la vacuna rotavirus					
TN12 = Total de niños menores de 12 meses					

PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS PARA SU EDAD.
Unidad de medida: Porcentaje (%)
Método de cálculo
$\text{Vacunas} = \frac{\text{rotok}}{\text{TN 12}} * 100$
Periodicidad de las mediciones
Semestral y anual
Fuente de datos
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
Instrumento de recolección de información
Encuesta
Sintaxis
<pre>compute edadm=V008-B3. recode S45RT1 (1,2,3=1) into rotav1. recode S45RT2 (1,2,3=1) into rotav2. compute rotavs= SUM(rotav1,rotav2) . if rotavs~= 0 rotav=rotavs. compute rotok=0. if edadm <3 rotok=1. if ((edadm>=3 & edadm<=4)& rotav>=1) rotok=1. if ((edadm>4)& rotav>=2) rotok=1 select if edam<12. var label rotok 'Vacunas contra el rotavirus'</pre>

PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS Y EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD.						
Definición						
Es cuando el niño menor de 12 meses tiene las 2 dosis de la vacuna contra el rotavirus y 2 dosis de vacuna contra el Neumococo.						
Dimensión de desempeño						
Eficacia						
Valor del indicador						
VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR			
2013	2014	2015	2016	2017	2018	
75.1	75.6	77.9	80.2	82.4	84.7	
Justificación						
Determinar la proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y Neumococo para su edad.						
Limitaciones y supuestos empleados						
• Registro inadecuado en la tarjetas de vacunación						
Precisiones técnicas						
rotok nmcok = Niños menores de 12 meses con 2 dosis de la vacuna rotavirus y Neumococo						
TN12 = Total de niños menores de 12 meses						
Unidad de medida: Porcentaje (%)						
Método de cálculo						
Vacunas = $\frac{\text{rotok nmcok}}{\text{TN 12}} * 100$						

PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS Y EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD.
Periodicidad de las mediciones
Semestral y anual
Fuente de datos
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES
Instrumento de recolección de información
Encuesta
Sintaxis
Falta determinar

PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 A MENOS DE 36 MESES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO							
Definición							
Es el porcentaje de niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro con el objetivo de asegurar el suministro adecuado de este nutriente en la dieta de estos niños con el propósito de prevenir o disminuir la prevalencia de anemia.							
Dimensión de desempeño							
Indicador de Eficacia							
Valor del indicador							
	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	12.3	14.1	18.4	17.0	19.6	23.6	24.5
Justificación							
Este Indicador ayuda a determinar la eficacia de la intervención destinada a la reducción de la anemia en niños menores de 36 meses.							
Limitaciones y supuestos empleados							
-El resultado encontrado durante el proceso de encuesta se ve influenciado por la valoración y reconocimiento por parte de la madre sobre los Micronutrientes. -Deserción en el proceso de suplementación condicionado a la eficiencia de la consejería brindada. -Prejuicios, idiosincrasias y supersticiones por parte de las madres o cuidadoras de niños menores de 36 meses.							
Precisiones técnicas							
Numerador: Niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro, hijos de las mujeres entrevistadas.							
Denominador: Total de niños de 6 a menos de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas							
Método de cálculo							
Desnutridos(OMS)= (Niños de 6 a menos de 36 meses que han recibido suplemento de hierro/ Total de niños de 6 a menos de 36 meses evaluados) x 100							
Periodicidad de las mediciones							
Semestral - Anual							
Fuente de datos							
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES							
Instrumento de recolección de información							
Encuesta							

Sintaxis
<pre>compute edad = v008-b3. RECODE edad (6 THRU 35=1) INTO EDAD_6a35. do if edad 6a35=1. recode h42 (0,1,8=0) into Hierro6a35. if (h42=1) Hierro6a35=1. end if. VAR LABEL Hierro6a35 'Niños de 6 a 35 tomaron suplemento de hierro'.</pre>

GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO									
Ámbito de control (Nivel de objetivo de la matriz lógica)Resultado esperado del marco lógico del programa, indicando si es un resultado final, específico o producto.									
Mejorar el estado nutricional de la gestante Resultado inmediato de producto									
PLIEGOS QUE EJECUTAN ACCIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL (con recursos asignados en el presupuesto 2016)									
-Lista de pliegos									
- Ministerio de Salud - IGSS - Sistema Integral de Salud Gobiernos Regionales: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huancaavelica, Huánuco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martín, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima.									
DEFINICIÓN									
La suplementación es una intervención que tiene como objetivo asegurar el suministro adecuado a las gestantes y puérperas de hierro más ácido fólico, para disminuir la prevalencia de anemia y otras complicaciones. Se entrega a partir de las 14 semanas de gestación cada vez que la usuaria acude a la consulta o en domicilio. (180 tabletas. de sulfato ferroso durante la gestación y 30 durante el puerperio).									
DIMENSIÓN DE DESEMPEÑO									
<i>Eficacia, Calidad</i>									
VALOR DEL INDICADOR									
2000	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 I sem.	
60.2	74.9	80.1	86.1	87.8	88.5	89.9	88.9	90.6	
JUSTIFICACIÓN									
Determinar la proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta, para la prevención de la anemia y/o desnutrición tanto de la gestante como del Recién nacido.									
LIMITACIONES Y SUPUESTOS EMPLEADOS									
Para el año 2015, se observa un gran incremento de uso del Sulfato ferroso. Limitaciones: Ninguno. Supuestos : Se asume que si bien las encuestas están en función a la entrega del sulfato ferroso, esta misma no se centra en la adherencia al sulfato, que en algunos casos no lo toman por ocasionar molestias post ingesta.									
PRECISIONES TÉCNICAS									

GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO
$Hierro = \frac{hierr_emb}{TMG} * 100$ • <i>Hierr_emb= gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta.</i> • <i>TMG: Total de mujeres gestantes durante los cinco años anteriores a la encuesta</i>
MÉTODO DE CÁLCULO
NUMERADOR: Gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta. DENOMINADOR Total de mujeres gestantes durante los cinco años anteriores a la encuesta
PERIODICIDAD DE LAS MEDICIONES
<i>Semestral y Anual</i>
FUENTE DE DATOS
<i>ENDES</i>
BASE DE DATOS
Disponible en web site: http://www.mef.gob.pe/DNPP/ppto_por_resultados.php
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
<i>ENDES</i>
SINTAXIS
recode m13 (0 thru 98=0) into hierro_emb. if (m45=1 & hierro_emb=0) hierro_emb=1. var label hierro_emb 'Recibió suplemento de hierro en el último embarazo'

3.2.2 INDICADORES DE PRODUCCION FISICA

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE PRODUCCIÓN FÍSICA

Tabla Nº 15

PRODUCTO 1: SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS

Denominación de producto / actividad	SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS
Código de producto / actividad	3000608
Unidad de medida	Reporte Técnico
Código de la unidad de medida	222
Método de medición	La meta física del producto es igual a la meta de la subfinalidad Inspección y/o muestreo a servicio de cuidado diurno y/o asistencia alimentaria que almacenan, preparan y/o distribuyen alimentos para programas sociales.
Fuente de información de la programación	Fuente de información para el cálculo de la meta física: Directorio Nacional de municipalidades distritales. http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/ • Relación de servicios alimentarios del Comité de Gestión proporcionado por el Programa Nacional Cuna Más. • Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN.
Fuente de información para la ejecución	Informes de gestión mensual. Sistema de Administración de Gestión - SAG Informes Técnicos de la Dirección Ejecutiva de Ciencia y Tecnología de Alimentos en el Nivel Nacional. Informes Técnicos de la Coordinación de la Estrategia de Alimentación Saludable en el Nivel Regional.
Forma de recolección de información para la ejecución	Los datos se recogen en forma manual a través de formatos diseñados por el área técnica y se procesa en un aplicativo Excel, siendo los formularios los siguientes: Para el sub producto: a) INSPECCION A LOS SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO DE PROGRAMAS SOCIALES: Se registra en el FOR- CENAN 214 Inspección en establecimientos de preparación de alimentos y en la base de datos en Excel. b) EVALUACION NUTRICIONAL TEORICA DE ALIMENTOS Y/O PREPARACIONES PARA PROGRAMAS SOCIALES.- Se registra en FOR - CENAN 238 Evaluación de la Composición Nutricional de las Preparaciones distribuidas en el Programa Nacional Cuna Más y el aplicativo para el cálculo nutricional teórico. c) ENSAYOS DE LABORATORIO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS PARA LOS PROGRAMAS SOCIALES: El informe de ensayo se registra en el FOR-CENAN-DECYTA -026.
Responsable de medición	Director Ejecutivo de Ciencia y Tecnología de Alimentos- DECYTA en el Nivel Nacional Responsable del PAN a Nivel del Gobierno Regional

PRODUCTO 2: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES

Denominación de producto /actividad	FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (33251)
Código de producto / actividad	3033251
Unidad de medida	Familia
Código de la unidad de medida	056
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud con las Familias, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Familia Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Familias con niños menores de 12 meses que recibieron segunda consejería + Familias con niños de 1 y 2 años que recibieron dos consejerías. Denominador; Número de niñas y niños programados para control CRED en menores de 12 meses. Número de niñas y niños programados para control CRED en menores de 1 y 2 años
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: Registro actualizado de Familias según sectorización local Padrón nominal actualizado y homologado Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Padrón nominal actualizado y homologado y registros administrativos.
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS. Personal de salud del EESS que actualiza el padrón nominal.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Vida Sana - Oficina General de Estadística e Informática

PRODUCTO 3: COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN

Denominación de producto / actividad	COMUNIDADES SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION
Código de producto / actividad	3033249
Unidad de medida	COMUNIDAD
Código de la unidad de medida	019
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Comunidad Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Juntas Vecinales Comunes que participaron en la reunión de evaluación (última tarea de la actividad trazadora).
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: • Registro de Juntas Vecinales Comunes y organizaciones sociales según mapa de sectorización. • Registro de Juntas Vecinales de la municipalidad distrital y/o provincial publicado en el portal institucional. • Directorio de ACS y proyección de necesidades de número de ACS del establecimiento de salud. • Mapa de pobreza-FONCODES. (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza). • Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe).
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Participación Comunitaria - Oficina General de Estadística e Informática

PRODUCTO 4: INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION

Denominación de producto /actividad	INSTITUCIONES EDUCATIVAS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION
Código de producto / actividad	3033250
Unidad de medida	INSTITUCION EDUCATIVA
Código de la unidad de medida	236
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud en las instituciones educativas, las registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Institución educativa Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de Instituciones educativas incorporan en su plan anual de trabajo acciones para la promoción de la alimentación y nutrición saludable
Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: Registro actualizado de Instituciones Educativas según mapa de sectorización Padrón de Instrucciones Educativas MINEDU/DRE (http://escale.minedu.gob.pe/) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza)
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Educación para la Salud - Oficina General de Estadística e Informática

PRODUCTO 5: MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN

Denominación de producto /actividad	MUNICIPIOS SALUDABLES PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACION
Código de producto / actividad	3033248
Unidad de medida	MUNICIPIO
Código de la unidad de medida	215
Método de medición	El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Municipio Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: Numerador: Número de municipios con centros de promoción y vigilancia comunal en funcionamiento.

Fuente de información de la programación	Fuente de información para la programación: - Directorio Nacional de municipalidades provinciales, distritales y de centros poblados (http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1018/index.html) - Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) - Cubo Multidimensional para la generación de Reportes de la Consulta Externa – HIS. (Usuarios de Intranet) (http://wari.minsa.gob.pe/cognos/cgi-bin/ppdscgi.exe) - Análisis de Situación de Salud distrital y/o provincial. - Base de datos de CPVC implementados y en funcionamiento. DGPS- MINSA. - Base de datos de centros poblados. OEI-MINSA.
Fuente de información para la ejecución	Registro HIS Fuente alternativa: registros administrativos
Forma de recolección de información para la ejecución	Personal de salud del Establecimiento de Salud registra y codifica las actividades de promoción de la salud en el Registro HIS.
Responsable de medición	Dirección General de Promoción de la Salud/Dirección de Participación Comunitaria - Oficina General de Estadística e Informática

PRODUCTO 6: NIÑOS MENOR DE 36 MESES CON CRED COMPLETO SEGÚN SU EDAD

Denominación de producto / actividad	NIÑOS MENOR DE 36 MESES CON CRED COMPLETO SEGÚN SU EDAD
Código de producto / actividad	3033255
Unidad de medida	Niño Controlado
Código de la unidad de medida	219
Método de medición	La meta física del producto es igual a la sumatoria de las metas físicas de la Subfinalidades “Niño CRED < 1 año”, “Niño 1 año con CRED completo” y “Niño CRED 2 años”.
Fuente de información de la programación	La fuente de información recomendada para establecer la meta física es el padrón nominal homologado y actualizado. Información referencial: Población estimada por INEI por grupo de edad para el año en cada jurisdicción.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA

Denominación de producto / actividad	NIÑOS MENOR DE 36 MESES CON CRED COMPLETO SEGÚN SU EDAD																																																															
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microrredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS, Para el cálculo del indicador se usa: <table><caption>I. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (200.1)</caption><thead><tr><th rowspan="2">Grupo de Edad</th><th colspan="11">Controles</th><th rowspan="2">Total</th></tr><tr><th>1º</th><th>2º</th><th>3º</th><th>4º</th><th>5º</th><th>6º</th><th>7º</th><th>8º</th><th>9º</th><th>10º</th><th>11º</th></tr></thead><tbody><tr><td>29 días - 11 meses</td><td>DexD; LAB = 1</td><td>DexD; LAB = 2</td><td>DexD; LAB = 3</td><td>DexD; LAB = 4</td><td>DexD; LAB = 5</td><td>DexD; LAB = 6</td><td>DexD; LAB = 7</td><td>DexD; LAB = 8</td><td>DexD; LAB = 9</td><td>DexD; LAB = 10</td><td>DexD; LAB = 11</td><td>0</td></tr><tr><td>01 año</td><td>DexD; LAB = 1</td><td>DexD; LAB = 2</td><td>DexD; LAB = 3</td><td>DexD; LAB = 4</td><td>DexD; LAB = 5</td><td>DexD; LAB = 6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr><tr><td>02 años</td><td>DexD; LAB = 1</td><td>DexD; LAB = 2</td><td>DexD; LAB = 3</td><td>DexD; LAB = 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr></tbody></table>	Grupo de Edad	Controles											Total	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	29 días - 11 meses	DexD; LAB = 1	DexD; LAB = 2	DexD; LAB = 3	DexD; LAB = 4	DexD; LAB = 5	DexD; LAB = 6	DexD; LAB = 7	DexD; LAB = 8	DexD; LAB = 9	DexD; LAB = 10	DexD; LAB = 11	0	01 año	DexD; LAB = 1	DexD; LAB = 2	DexD; LAB = 3	DexD; LAB = 4	DexD; LAB = 5	DexD; LAB = 6						0	02 años	DexD; LAB = 1	DexD; LAB = 2	DexD; LAB = 3	DexD; LAB = 4								0
Grupo de Edad	Controles											Total																																																				
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º																																																					
29 días - 11 meses	DexD; LAB = 1	DexD; LAB = 2	DexD; LAB = 3	DexD; LAB = 4	DexD; LAB = 5	DexD; LAB = 6	DexD; LAB = 7	DexD; LAB = 8	DexD; LAB = 9	DexD; LAB = 10	DexD; LAB = 11	0																																																				
01 año	DexD; LAB = 1	DexD; LAB = 2	DexD; LAB = 3	DexD; LAB = 4	DexD; LAB = 5	DexD; LAB = 6						0																																																				
02 años	DexD; LAB = 1	DexD; LAB = 2	DexD; LAB = 3	DexD; LAB = 4								0																																																				
Responsable de medición	Director General Oficina General de Estadística e informática - MINSA Director General de Salud de las Personas- MINSA																																																															

PRODUCTO 7: ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)
Código de producto / actividad	3033311
Unidad de medida	Caso tratado
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad
Fuente de información de la programación	Reporte HIS - morbilidad o reporte de etapa de vida niño; Opcional: reporte del sistema de vigilancia (VEA)
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)																																																																					
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS. Para el cálculo del indicador se usa: <table><tr><th colspan="5">XII. ATENCION DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA</th></tr><tr><th colspan="2" rowspan="2">A. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA</th><th colspan="4">Grupo de Edad</th></tr><tr><th><29 días</th><th>29 d a 59 d</th><th>2 - 11 M</th><th>1-4 A</th></tr><tr><td colspan="2">1. Total de Casos de IRA (1 + 2)</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">1.1 N° casos de IRA complicada (a+b+c)</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">a. Neumonía complicada</td><td>Dx=D; (A37 / J180</td><td>Dx=D; (A37 / J180</td><td>Dx=D; (A37 / J180 /</td><td>Dx=D; (A37 / J180 /</td></tr><tr><td colspan="2">b. Neumonía no complicada</td><td>Dx=D; (J189 / J181</td><td>Dx=D; (J189 / J181</td><td>Dx=D; (J189 / J181 /</td><td>Dx=D; (J189 / J181</td></tr><tr><td colspan="2">c. SOBA o ASMA</td><td>Dx=D; (J450 / J459</td><td>Dx=D; (J450 / J459</td><td>Dx=D; (J450 / J459 /</td><td>Dx=D; (J450 / J459</td></tr><tr><td colspan="2">1.2 N° casos de IRA no complicada (a+b+c)</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td colspan="2">a. Faringo amigdalitis purulenta aguda</td><td colspan="4">Dx=D; (J020 / J039)</td></tr><tr><td colspan="2">b. Otitis media aguda</td><td>Dx=D; (H660 / H66</td><td>Dx=D; (H660 / H66</td><td>Dx=D; (H660 / H669</td><td>Dx=D; (H660 / H66</td></tr><tr><td colspan="2">c. Resfrió, faringitis viral, bronquitis, etc</td><td>Dx=D; (J00 / J01 /</td><td>Dx=D; (J00 / J01 /</td><td>Dx=D; (J00 / J01 / J0</td><td>Dx=D; (J00 / J01 / J</td></tr></table>	XII. ATENCION DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA					A. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA		Grupo de Edad				<29 días	29 d a 59 d	2 - 11 M	1-4 A	1. Total de Casos de IRA (1 + 2)		0	0	0	0	1.1 N° casos de IRA complicada (a+b+c)		0	0	0	0	a. Neumonía complicada		Dx=D; (A37 / J180	Dx=D; (A37 / J180	Dx=D; (A37 / J180 /	Dx=D; (A37 / J180 /	b. Neumonía no complicada		Dx=D; (J189 / J181	Dx=D; (J189 / J181	Dx=D; (J189 / J181 /	Dx=D; (J189 / J181	c. SOBA o ASMA		Dx=D; (J450 / J459	Dx=D; (J450 / J459	Dx=D; (J450 / J459 /	Dx=D; (J450 / J459	1.2 N° casos de IRA no complicada (a+b+c)		0	0	0	0	a. Faringo amigdalitis purulenta aguda		Dx=D; (J020 / J039)				b. Otitis media aguda		Dx=D; (H660 / H66	Dx=D; (H660 / H66	Dx=D; (H660 / H669	Dx=D; (H660 / H66	c. Resfrió, faringitis viral, bronquitis, etc		Dx=D; (J00 / J01 /	Dx=D; (J00 / J01 /	Dx=D; (J00 / J01 / J0	Dx=D; (J00 / J01 / J
XII. ATENCION DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA																																																																						
A. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA		Grupo de Edad																																																																				
		<29 días	29 d a 59 d	2 - 11 M	1-4 A																																																																	
1. Total de Casos de IRA (1 + 2)		0	0	0	0																																																																	
1.1 N° casos de IRA complicada (a+b+c)		0	0	0	0																																																																	
a. Neumonía complicada		Dx=D; (A37 / J180	Dx=D; (A37 / J180	Dx=D; (A37 / J180 /	Dx=D; (A37 / J180 /																																																																	
b. Neumonía no complicada		Dx=D; (J189 / J181	Dx=D; (J189 / J181	Dx=D; (J189 / J181 /	Dx=D; (J189 / J181																																																																	
c. SOBA o ASMA		Dx=D; (J450 / J459	Dx=D; (J450 / J459	Dx=D; (J450 / J459 /	Dx=D; (J450 / J459																																																																	
1.2 N° casos de IRA no complicada (a+b+c)		0	0	0	0																																																																	
a. Faringo amigdalitis purulenta aguda		Dx=D; (J020 / J039)																																																																				
b. Otitis media aguda		Dx=D; (H660 / H66	Dx=D; (H660 / H66	Dx=D; (H660 / H669	Dx=D; (H660 / H66																																																																	
c. Resfrió, faringitis viral, bronquitis, etc		Dx=D; (J00 / J01 /	Dx=D; (J00 / J01 /	Dx=D; (J00 / J01 / J0	Dx=D; (J00 / J01 / J																																																																	
Responsable de medición	Director General Oficina General de Estadística e informática Director General de Salud de las Personas- MINSA																																																																					

PRODUCTO 8: ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)
Código de producto / actividad	3033312
Unidad de medida	Caso tratado
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	Sumatoria de las metas físicas de todas las Subfinalidades
Fuente de información de la programación	Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)																																																								
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microrredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS. Para el cálculo del indicador se usa: <table><tr><th colspan="2">B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA</th><th colspan="2">Grupo</th></tr><tr><th colspan="2"></th><th><1A</th><th>1-4A</th></tr><tr><td colspan="2">1. EDA sin complicación (a+b+c+d)</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>a. Acuosa Aguda s/deshidratación</td><td></td><td>Dx=D; (A010 / A011)</td><td>Dx=D; (A010 / A011)</td></tr><tr><td>b. Sospechoso de cólera s/deshidratación</td><td></td><td>Dx=P; A00</td><td>Dx=P; A00</td></tr><tr><td>c. Disenteria s/deshidratación</td><td></td><td>Dx=D; (A049 / A030)</td><td>Dx=D; (A049 / A030)</td></tr><tr><td>d. Diarrea persistente</td><td></td><td>Dx=D; A099</td><td>Dx=D; A099</td></tr><tr><td colspan="2">2. EDA complicada (a+b+c+d+e+f)</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>a. Acuosa Aguda c/deshidratación</td><td></td><td>Dx=D; (A010 + E86)</td><td>Dx=D; (A010 + E86)</td></tr><tr><td>b. Sospechoso de cólera c/deshidratación</td><td></td><td>Dx=P; (A00 + E86X)</td><td>Dx=P; (A00 + E86X)</td></tr><tr><td>c. Disenteria c/deshidratación</td><td></td><td>Dx=D; (A049 + E86)</td><td>Dx=D; (A049 + E86)</td></tr><tr><td>d. Acuosa Aguda c/deshidratación c/shock</td><td></td><td>Dx=D; (A010 + R57)</td><td>Dx=D; (A010 + R57)</td></tr><tr><td>e. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock</td><td></td><td>Dx=P; (A00 + R571)</td><td>Dx=P; (A00 + R571)</td></tr><tr><td>f. Disenteria c/deshidratación c/shock</td><td></td><td>Dx=D; (A099 + R57)</td><td>Dx=D; (A099 + R57)</td></tr></table>	B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA		Grupo				<1A	1-4A	1. EDA sin complicación (a+b+c+d)		0	0	a. Acuosa Aguda s/deshidratación		Dx=D; (A010 / A011)	Dx=D; (A010 / A011)	b. Sospechoso de cólera s/deshidratación		Dx=P; A00	Dx=P; A00	c. Disenteria s/deshidratación		Dx=D; (A049 / A030)	Dx=D; (A049 / A030)	d. Diarrea persistente		Dx=D; A099	Dx=D; A099	2. EDA complicada (a+b+c+d+e+f)		0	0	a. Acuosa Aguda c/deshidratación		Dx=D; (A010 + E86)	Dx=D; (A010 + E86)	b. Sospechoso de cólera c/deshidratación		Dx=P; (A00 + E86X)	Dx=P; (A00 + E86X)	c. Disenteria c/deshidratación		Dx=D; (A049 + E86)	Dx=D; (A049 + E86)	d. Acuosa Aguda c/deshidratación c/shock		Dx=D; (A010 + R57)	Dx=D; (A010 + R57)	e. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock		Dx=P; (A00 + R571)	Dx=P; (A00 + R571)	f. Disenteria c/deshidratación c/shock		Dx=D; (A099 + R57)	Dx=D; (A099 + R57)
	B. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA		Grupo																																																						
		<1A	1-4A																																																						
1. EDA sin complicación (a+b+c+d)		0	0																																																						
a. Acuosa Aguda s/deshidratación		Dx=D; (A010 / A011)	Dx=D; (A010 / A011)																																																						
b. Sospechoso de cólera s/deshidratación		Dx=P; A00	Dx=P; A00																																																						
c. Disenteria s/deshidratación		Dx=D; (A049 / A030)	Dx=D; (A049 / A030)																																																						
d. Diarrea persistente		Dx=D; A099	Dx=D; A099																																																						
2. EDA complicada (a+b+c+d+e+f)		0	0																																																						
a. Acuosa Aguda c/deshidratación		Dx=D; (A010 + E86)	Dx=D; (A010 + E86)																																																						
b. Sospechoso de cólera c/deshidratación		Dx=P; (A00 + E86X)	Dx=P; (A00 + E86X)																																																						
c. Disenteria c/deshidratación		Dx=D; (A049 + E86)	Dx=D; (A049 + E86)																																																						
d. Acuosa Aguda c/deshidratación c/shock		Dx=D; (A010 + R57)	Dx=D; (A010 + R57)																																																						
e. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock		Dx=P; (A00 + R571)	Dx=P; (A00 + R571)																																																						
f. Disenteria c/deshidratación c/shock		Dx=D; (A099 + R57)	Dx=D; (A099 + R57)																																																						
Responsable de medición	Director General Oficina General de Estadística e informática – MINSA Director General de Salud de las Personas- MINSA																																																								

PRODUCTO 9: ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES
Código de producto / actividad	3033313
Unidad de medida	Caso tratado
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad
Fuente de información de la programación	Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA

Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microrredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS, para obtener el reporte de los egresos hospitalarios y el reporte de emergencias de los aplicativos informáticos propios.
Responsable de medición	Director General Oficina General de Estadística e informática – MINSA Director General de Salud de las Personas- MINSA

PRODUCTO 10: ATENCIÓN DE INFECCIONES DIGESTIVA AGUDAS CON COMPLICACIONES

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE INFECCIONES DIGESTIVA AGUDAS CON COMPLICACIONES
Código de producto / actividad	3033314
Unidad de medida	Caso tratado
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	Sumatoria de todos los casos tratados por sub finalidad
Fuente de información de la programación	Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) Fuente complementaria es el reporte de vigilancia epidemiológica.
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microrredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS, para obtener el reporte de los egresos hospitalarios y el reporte de emergencias de los aplicativos informáticos propios.
Responsable de medición	Director General Oficina General de Estadística e informática - MINSA Director General de Salud de las Personas- MINSA

PRODUCTO 11: ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL.
Código de producto / actividad	3033314
Unidad de medida	Caso tratado por Parasitosis Intestinal.
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	Unidad de medida: Caso tratado Método de medición: Se considera en el conteo a aquellos casos de parasitosis intestinal en niños menores de 5 años atendidos.
Fuente de información de la programación	Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS)
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DISA, DIRESA/ GERESA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS.
Responsable de medición	Dr. Javier Roger Raúl Vargas Herrera, Director General Oficina General de Estadística e informática – MINSA. Dra. Nancy Zerpa Tawara, Directora General. Dirección General de Salud de las Personas- MINSA.

PRODUCTO 12: ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES
Código de producto / actividad	3033315
Unidad de medida	Caso tratado
Código de la unidad de medida	016
Método de medición	Unidad de medida: Caso tratado Método de medición: Se considera en el conteo a aquellos casos de anemia en niños menores de 5 años atendidos.
Fuente de información de la programación	Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS)

Denominación de producto / actividad	ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS.
Responsable de medición	Dr. Javier Roger Raúl Vargas Herrera, Director General Oficina General de Estadística e informática – MINSA. Dra. Nancy Zerpa Tawara, Directora General. Dirección General de Salud de las Personas- MINSA.

PRODUCTO 13: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA SEGÚN EDAD

Denominación de producto / actividad	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA
Código de producto / actividad	3033254
Unidad de medida	Niño Protegido
Código de la unidad de medida	218
Método de medición	Indicador de producción física de producto Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad. Meta Física del Producto: Es igual a la sumatoria de las metas físicas de las Subfinalidades: "Vacunación niño < 1 año + Vacunación niño 1 año + Vacunación niño 4 años + Vacunación niño 2 años + Vacunación niño 3 años" considerando lo siguiente: - Niños menor de 1 año y 1 año se considera la cobertura más baja por grupo de edad, excluyendo la vacuna Influenza y Fiebre amarilla. - Niño menor de 2 y 3 año con comorbilidad se considera la vacuna Neumococo. - Niños de 4 años se considera la vacuna Refuerzo de DPT
Fuente de información de la programación	Fuente de información para el cálculo de la meta física: - Padrón nominal homologado y actualizado. - Información referencial: Población estimada por INEI por grupo de edad para el año en cada jurisdicción
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA

Denominación de producto / actividad	NIÑOS CON VACUNA COMPLETA
Forma de recolección de información para la ejecución	a) Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en sistema HIS en puntos de digitación establecidos. b) Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. c) Control de calidad en los puntos de digitación. d) Los Puntos de Digitación remiten la información consolidada a las Redes de salud. e) Las redes de salud remiten la información consolidada a la DISA/DIRESA/GERESA/IGSS. f) La DISA/DIRESA/GERESA/IGSS, una vez consolidada la información remiten la base de datos al MINSA.
Responsable de medición	Dirección General Oficina General de Estadística e informática - MINSA Dirección General de Salud de las Personas- MINSA

PRODUCTO 14: COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO

Denominación de producto / actividad	GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO
Código de producto / actividad	3033317
Unidad de medida	GESTANTE SUPLEMENTADA
Código de la unidad de medida	224
Método de medición	Numerador: gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta. Denominador: Total de mujeres gestantes durante los cinco años anteriores a la encuesta.
Fuente de información de la programación	Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS)
Fuente de información para la ejecución	Reporte HIS. OGEI MINSA
Forma de recolección de información para la ejecución	Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microrredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DISA, MINSA). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS
Responsable de medición	Dirección General Oficina General de Estadística e informática - MINSA Dirección General de Salud de las Personas- MINSA

VI. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
 4.2 EVALUACIÓN
 Tabla N° 22

Criterio	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente	X	
Evaluación de diseño	X	
Indique la metodología de dicha evaluación (diseño):		
SERVICIO DE VACUNACIÓN El objetivo del estudio fue determinar el sustento, características y desempeño del servicio de vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA.		
Evaluación de procesos	X	
Evaluación de impacto	X	
Otro tipo de evaluación		X
Indique:		
Año de término	2011	
Persona y/o institución que realizó la evaluación.	Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación)	
Evaluaciones PpR	Sí	No
Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR	X	
Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño	X	
En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los compromisos a diciembre de 2011).		

Tabla N° 23



Matriz de Compromisos para la Mejora del Desempeño del Servicio de Vacunación

MATRIZ DE COMPROMISOS AL 21 DE AGOSTO 2013						
Área de mejora	Recomendación	Compromiso	Medio de Verificación (responsable y plazo)	Oficina responsable	Observaciones (ADICIONADO)	
Diseño	1. Revisar el diseño del sistema de suministro de vacunas e insumos	1.1. Revisar lineamientos para el proceso de abastecimiento de vacunas, jeringas e insumos con énfasis en el nivel regional y local.	1.1 Directiva de procedimientos para el suministro de vacunas, jeringas e insumos con responsabilidades hasta nivel local y centro de costos (DARES, DIGEMID, II semestre 2013).	DARES/ DIGEMID		
		1.2. Implementar indicadores para el seguimiento y evaluación del sistema de suministro de vacunas e insumos.	1.2. Fichas técnicas de indicadores de seguimiento y monitoreo del sistema de suministro de vacunas e insumos (DARES, DIGEMID, II semestre 2013).	DARES/ DIGEMID		
		1.3. Evaluar la estructura de la red de cadena de frío, almacenes y distribución a nivel nacional, regional y local.	1.3. Documento de diagnóstico e inventario a diciembre de 2012 de la situación de la estructura de la red de cadena de frío, almacenes y distribución a nivel nacional, regional y local (ESNI, I semestre 2013).	ESNI-DGSP	ESNI se compromete el inventario a junio 2013 DARES y DIGEMID almacenes y distribución a nivel nacional y regional	
Diseño	2. Mejorar la estrategia de información y promoción de la demanda a fin de lograr personas con vacunas completas enfocándose en zonas vulnerables	2. Desarrollar una estrategia comunicacional focalizada y continua centrado en poblaciones excluidas según el padrón nominado.	2.1. Plan Nacional de Comunicación para promover el posicionamiento de vacuna en la población para el nivel regional y local, con énfasis en contextos específicos (rural, bilingües, etc.) (DGPS y OGC, Marzo 2013).	DGPS/ OGC		
			2.2. Informe de ejecución del Plan Nacional de Comunicación (DGPS y OGC), febrero 2014).	DGPS/ OGC		
Ejecución	3. Revisar los efectos causados por la situación salarial diferenciada de personal de enfermería contratado con recursos del PpR	3. Realizar un estudio sobre los efectos de las diferencias en los regímenes laborales, el grado de ruralidad del área de trabajo, la disponibilidad de profesionales sobre los salarios y en el rendimiento de los establecimientos de salud.	3. Informe final del estudio sobre los posibles efectos negativos del pago diferencial al personal profesional de enfermería (OGGRH y DGGRH, julio 2013).	OGGRH/ DGGRH		

C. CABEZAS S.

4	Ejecución	4. Definir una estrategia de urgencia para vacunación en los distritos con índice de riesgo mediano y alto por cada tipo de vacuna	4. Identificar la acumulación de susceptibles por distrito.	4.1 Base de datos con distritos en situación epidemiológica de riesgo de brotes y epidemias (DGE y OGEI, Setiembre 2013).	DGE/ OGEI	Dado que a partir del mes de setiembre se va a implementar a nivel nacional el nuevo calendario de vacunación, es necesario realizar una revisión y consistencia de la información estadística para las nuevas cohortes.
				4.2 Informes epidemiológicos semestrales según los niveles de riesgo en distritos, provincias y regiones (DGE y OGEI, setiembre 2013).	DGE/ OGEI	OGEI proporciona la información de coberturas para el desarrollo del mapa de riesgo de acuerdo a lo mencionado en el punto anterior.
5	Ejecución	5. Oportunidades perdidas de vacunación por el manejo de frascos de vacuna multidosis	5. Minimizar las oportunidades perdidas de vacunación, para ello, i) realizar una evaluación de costo-beneficio para la adquisición de vacunas en frascos monodosis cuando corresponda, y ii) evaluar el cambio en la normalidad para el manejo de vacunas multidosis.	5.1) Informe final del estudio de costo-beneficio de adquisición de vacunas en frascos monodosis (DARES, e INS, diciembre 2013).	INS/DARES	DARES realiza la adquisición de vacunas a OPS
				5.2) Actualización de la normatividad para el manejo de vacunas en frasco multidosis (ESNI/DGSP, II diciembre 2013)	ESNI/DGSP	
6	Ejecución	6. Expandir cobertura a poblaciones excluidas	6. Para aquellas zonas con baja tasa de cobertura, redefinir el ámbito de acción incrementando la frecuencia de visita de las AISPED	6.1 Plan de implementación vacunación movilizando los AISPED priorizando los distritos de baja cobertura (junio 2014).	ESNI/ DSS	DIREAS priorizadas (responsabilidad del Presidente Regional)
				6.2 Informe con resultados de la ejecución del plan junio 2014 .	ESNI-DSS	DIREAS/DISAS/GERESAS
7	Ejecución	7. Reforzar los recursos y estrategias para la capacitación continua del personal	7. Personal capacitado en normas de vacunación.	7.1 Plan de Desarrollo de las Personas incluyendo regiones (DGGDRH y ESNI, junio 2013).	DGGDRH, ESNI-DGSP	Se coordinara con recursos humanos
				7.2 Informe de implementación de normas (ESNI, I semestre 2014).	ESNI-DGSP	
8	Ejecución	8. Asegurar los estándares adecuados en la cadena de frío	8. Elaborar lineamientos de mantenimiento preventivo y recuperativo de la cadena de frío y supervisar su cumplimiento en el nivel regional.	8.1 Elaborar norma técnica de la cadena de frío (ESNI, I semestre 2013).	ESNI/DGSP	
				8.2 Difusión de normas en las DIRESA y Redes (ESNI, II semestre 2013).	ESNI/DGSP	
				8.3 Asistencia técnica para priorizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cadena de frío I semestre 2014 .	OGPP	
				8.4 Solicitar a las DIREAS/GERESAS/DISAS un plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de Equipos de cadena de frío (Diciembre 2013)	ESNI-DGSP/DGIEM	
				8.5 Informes de monitoreo la termoestabilidad de las vacunas hasta los establecimientos, con los Data logger (II semestre 2013)	ESNI-DGSP/DIREAS	



9	Ejecución	9. Instalación de las cámaras frías	9. Asegurar la instalación y operatividad de las cámaras frías, compradas el año 2008, en las regiones.	9. Informe técnico donde se constate la instalación operatividad de todas la cámaras frías (ESNI II semestre 2013) . Ecepto regiones sin local (Ayacucho, Andahuaylas, Lima Provincias)	ESNI-DGSP	
10	Ejecución	10. Dotar de materiales para el funcionamiento óptimo de la red de laboratorios de vigilancia	10. Supervisar la disponibilidad de materiales para la evaluación de casos de Enfermedades inmunoprevenibles (EIP)	10. Informe de monitoreo semestral sobre la disponibilidad de materiales en la red de laboratorios de vigilancia (INS, diciembre 2013, julio 2014, enero 2015).	INS	
11	Seguimiento y Monitoreo	11. Alinear las mediciones de vacunación del MINSA y la ENDES-INEI.	11. Actualizar los indicadores de la ENDES según el calendario vigente y definición de coberturas de vacunación relevantes para la ESNi.	11.1 Cuestionario de la ENDES actualizado (OGEI, ESNi, I semestre 2013).	OGEI/ESNI/DGSP	Se coordinó con la Dirección Técnica de Demografía en el INEI, responsable técnico de la ENDES y el equipo técnico de la ESNi Inmunizaciones del MINSA para la revisión de la encuesta, realizándose la actualización de la misma, la cual será aplicada con los nuevos cambios a partir del 3º trimestre 2013.
				11.2 Encuestadores capacitados en preguntas relacionados a inmunizaciones (OGEI, Marzo 2013).	OGEI	
				11.3 Fichas técnicas de indicadores de vacunas de cobertura y oportunidad en el marco del PAN (OGEI III Trimestre 2013).	OGEI	Se replantea reprogramar para el III trimestre 2013 dado el cambio de esquema de vacunación aprobado según RM 510-2013.
12	Seguimiento y Monitoreo	12. Dar prioridad a la implementación de un padrón nominado.	12. Generar propuesta de padrón nominado que registre el historial de vacunas aplicadas por niño (hasta nivel de distrito) en el marco de sistemas de información vigentes.	12. Padrón nominado con los datos actualizados hasta el 2013 (OGEI, diciembre 2013).	OGEI	En el mes de agosto 2013 se ha iniciado el proceso para la generación del "Padrón Nominal de Niños y Niñas Homologado y Actualizado", desarrollando 16 talleres nacionales logrando la participación de 2486 personas entre personal de salud de redes y DIRESA y responsables de los municipios categoría C y D de todo el país.



13	Seguimiento y Monitoreo	13. Avanzar con la implementación del sistema de información nominal para la toma de decisiones	13. Propuesta técnica de sistema de información nominal con cobertura a nivel distrital con reportes de forma completa, oportuna y amigable al proveedor del servicio y al usuario.	13.1 Informe del Piloto de la implementación del Sistema Integrado de Información de Inmunizaciones-SIII (SIS - OGEI I semestre 2014)	SIS/OGEI	
				13.2 Sistema informático de información de inmunizaciones nominal (SIS, OGEI I semestre 2014)	SIS/OGEI	
				13.3 Reportes mensuales disponibles para los usuarios (II Semestre 2014).	OGEI	Este ítem depende del 12 y 13.2, el ítem 12 ya está en proceso para evaluación a diciembre 2013 de acuerdo a lo establecido.

SIGLAS: DGSP: Dirección General de Salud de las Personas, ESNI: Estrategia Sentaria Nacional de Inmunización, DARES: Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos, DIGEMID: Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas, OGC: Oficina General de Comunicaciones, DGPS: Dirección General de Promoción de la Salud, DGGDRH: Dirección General de Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos, OGGRH: Oficina General de Gestión de los Recursos Humanos, OGEI: Oficina General de Estadística e Informática, INS: Instituto Nacional de Salud, SIS: Seguro Integral de Salud, DIGIEM: Dirección General de Infraestructura Equipamiento y Mantenimiento.



V. PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA

Tabla Nº 25

POBLACION MENOR DE 5 AÑOS								
DEPARTAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	2,923,685	2,902,061	2,880,686	2,861,874	2,255,870	2,289,708	2,324,054	2,347,294
AMAZONAS	46,837	46,043	45,188	44,338	34,002	34,512	35,030	35,380
ANCASH	113,717	112,559	111,328	110,067	85,900	87,189	88,496	89,381
APURIMAC	52,514	51,818	51,060	50,317	38,966	39,550	40,144	40,545
AREQUIPA	103,537	103,634	103,714	103,739	82,501	83,739	84,995	85,845
AYACUCHO	79,123	78,389	77,664	77,073	60,441	61,348	62,268	62,891
CAJAMARCA	162,942	159,654	156,321	153,127	118,048	119,819	121,616	122,832
CALLAO	78,590	78,328	78,076	77,921	61,468	62,390	63,326	63,959
CUSCO	130,057	128,094	126,117	124,303	96,353	97,798	99,265	100,258
HUANCAVELICA	67,463	67,116	66,705	66,235	52,525	53,313	54,113	54,654
HUANUCO	96,946	95,730	94,483	93,342	73,084	74,180	75,293	76,046
ICA	69,548	68,733	67,972	67,345	52,979	53,774	54,580	55,126
JUNIN	143,585	143,182	142,765	142,303	114,178	115,891	117,629	118,805
LA LIBERTAD	174,136	172,798	171,484	170,399	133,622	135,626	137,661	139,037
LAMBAYEQUE	112,453	111,044	109,682	108,469	84,795	86,067	87,358	88,232
LIMA	792,965	794,218	795,809	797,847	639,648	649,243	658,981	665,571
LORETO	119,918	117,501	115,057	112,843	86,511	87,809	89,126	90,017
MADRE DE DIOS	13,218	13,149	13,079	13,016	10,232	10,385	10,541	10,647
MOQUEGUA	13,705	13,618	13,530	13,449	10,586	10,745	10,906	11,015
PASCO	32,475	32,036	31,641	31,314	24,913	25,287	25,666	25,923
PIURA	188,850	187,307	185,729	184,205	145,213	147,391	149,602	151,098
PUNO	149,992	148,052	146,308	145,058	114,477	116,194	117,937	119,116
SAN MARTIN	83,496	82,790	82,029	81,343	62,920	63,864	64,822	65,470
TACNA	28,910	28,682	28,450	28,258	22,024	22,354	22,690	22,917
TUMBES	20,514	20,428	20,317	20,194	15,728	15,964	16,203	16,365
UCAYALI	48,194	47,158	46,178	45,369	34,756	35,277	35,807	36,165

Tabla Nº 26
ESTIMACIÓN DE LA META PROYECTADA PARA LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PP

NIVEL DE OBJETIVO	NOMBRE DEL INICADOR	AMBITO	VALOR HISTORICO DEL INDICADOR			VALOR PROYECTADO DEL INDICADOR		
			2013	2014	2015	2016	2017	2018
RESULTADO_ESPECIFICO: REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS.	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS).	Nacional	17.5	14.6	14.4	11.3	8.2	5.1
Indicador de resultado intermedio	Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia	Nacional	46.4	46.8	43.7	40.1	38	36
	Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva.	Nacional	72.3	68.4	65.9	74.4	75.1	75.8
	Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA.	Nacional	13.7	15.3	16.4	13.7	11	8.3
	Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA.	Nacional	14.8	17.5	16.6	14.8	13	11.2
	Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5kg.).	Nacional	7.8	6.4	7.4	7	6.6	6.2
Indicador de resultado inmediato	Proporción de hogares con saneamiento básico.	Nacional	90.2	91.4	92.6	93.8	95	96.2
	Proporción de hogares con acceso a agua tratada	Nacional	95	95.6	96.2	96.8	97.4	98
	Proporción de hogares rurales con saneamiento básico.	Nacional	75.4	77.7	78.6	80.6	82.6	84.6
	Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad.	Nacional	50.5	52.4	53.7	56.9	60.1	63.3
	Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad.	Nacional	66.1	61.1	68.3	75.5	82.7	89.9
	Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad.	Nacional	78.1	78.2	81.1	84	86.9	89.8
	Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo para su edad.	Nacional	75.1	75.6	77.9	80.2	82.4	84.7
	Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro	Nacional	23.6	24.5	29.4	34.3	39.2	44.1
	Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta.	Nacional	89.9	88.9	90.6	92.3	94	95.7

5.5 Programación Multianual: Se encuentra en la base de datos del MEF

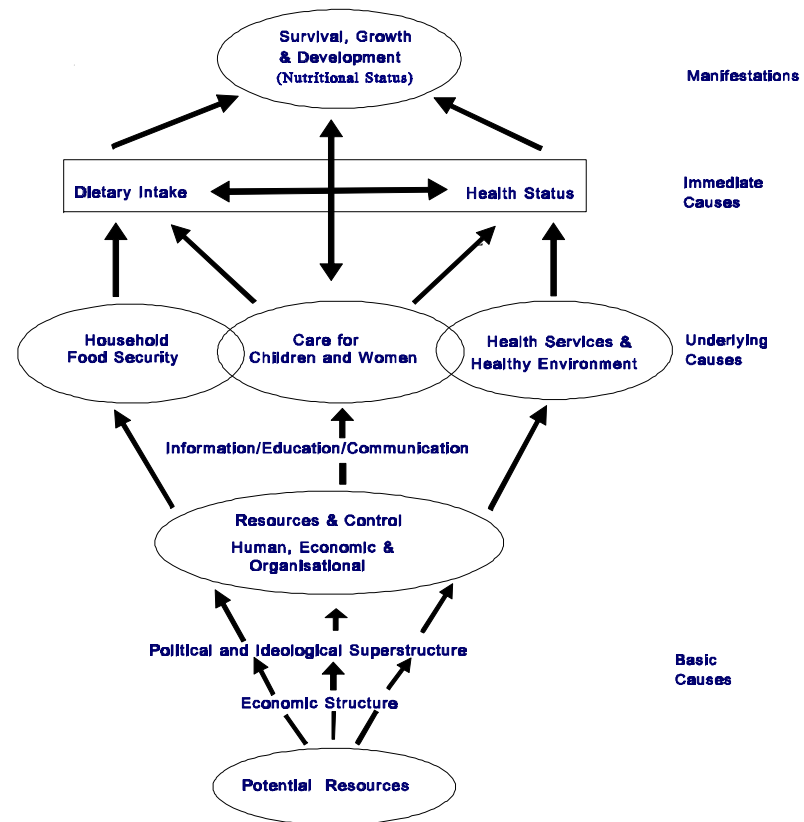
Los Kit de cada Producto se puede visualizar en el Modulo de Gestión de producto.: <https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/>

ANEXO Nº 1

Tabla de Evidencias

a) Intervenciones y Programas de Nutrición de acuerdo al modelo causal de UNICEF:

Figure II: Causes of Malnutrition and Death



CAUSAS DIRECTAS DE DESNUTRICIÓN

incidencia de Bajo Peso al Nacer							
Pobre nutrición durante la pre-concepción, embarazo y lactancia							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses.	Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group.	Int J Epidemiol. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar la relación entre la desnutrición materna y parto pre-término (PPT) y bajo peso al nacer (BPN) en gestantes de países desarrollados y en desarrollo.	El riesgo de Parto pre-término es 29% mayor en las mujeres desnutridas comparados con las mujeres no desnutridas (RR 1.29, IC 95% 1.15-1.46), así como el riesgo de PPT espontaneo (RR 1.32, IC 95% 1.10-1.57) y PPT inducido (RR 1.21, IC 95% 1.07-1.36). las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener recién nacidos con Bajo Peso de Nacimiento comparados con las mujeres no desnutridas (RR 1.64, IC 95% 1.38-1.94).	A1
Embarazo en adolescentes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health.	Gibbs CM, Wendt A, Peters S, Hogue CJ.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar si la edad temprana del primer parto está asociada con mayor riesgo de resultados adversos del embarazo.	La edad materna muy temprana (<15 años o < 2 años post-menarquia) es un factor de riesgo 1,82 veces mayor para tener recién nacidos con bajo peso de nacimiento (OR 1.82, IC 95% 1.60-2.07) y 1,68 veces mayor riesgo de parto pre-término (OR 1.68 IC 95% 1.34-2.11). Gestantes menores de 17 años tuvieron 1,36 mayor riesgo de anemia materna (OR 1.36, IC 95% 1.24-1.49).	A1
Deficiencia de ácido fólico en gestantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of folate intake on health outcomes in pregnancy: a systematic	Fekete K, Berti C, Trovato M, Lohner S,	Nutr J. 2012	Revisión sistemática y meta-	La revisión buscó revisar sistemáticamente ensayos controlados aleatorizados que	Se encontró una relación dosis-respuesta significativa entre la ingesta de folato y el peso de nacimiento (β 0.03, IC 95% 0.01-0.05). Esta	A1

incidencia de Bajo Peso al Nacer							
	review and meta-analysis on birth weight, placental weight and length of gestation.	Dullemeijer C, Souverein OW, Cetin I, Decsi T.		análisis	investiguen los efectos de la suplementación con ácido fólico en el peso de nacimiento, peso de placenta y duración de la gestación.	relación indicó un 2% de incremento en peso al nacer por cada incremento de dos veces en la ingesta de folato. Es decir, un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 500 microgramos por día se prevé contar con un peso al nacer que es 2% superior a un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 250 microgramos por día. No se encontraron efectos en peso de la placenta o duración de la gestación.	
Anemia y Deficiencia de hierro en gestantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis.	Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW; Nutrition Impact Model Study Group (anaemia).	BMJ. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó resumir la evidencia sobre la asociación entre anemia materna y uso prenatal de hierro con resultados adversos de gestación y hematológicos en la madre.	Análisis de estudios de cohorte mostró un significativo incremento de riesgo de bajo peso al nacer (OR ajustado 1.29; 1.9-1.53) y de nacimiento pre-término (1.21, 1.13-1.30) con anemia en el primer y segundo trimestre de gestación.	A1

Ingesta inadecuada e insuficiente de nutrientes en niños menores de 24 meses							
Inadecuadas prácticas de lactancia materna (inicio tardío, lactancia no exclusiva, término temprano de lactancia)							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Associations between Infant Feeding Practices and Length, Weight, and Disease in Developing Countries.	Yarnoff BO, Allaire BT, Detzel P.	Front Pediatr. 2013	Análisis multivariado con regresión logística	El objetivo del estudio fue examinar la asociación independiente de seis diferentes tipos de alimentación infantil (lactancia materna exclusiva, lactancia materna no exclusiva, fórmula infantil, líquidos lácteos, líquidos no lácteos y alimentos sólidos) con cinco medidas de salud infantil (talla, peso, diarrea, fiebre y tos).	Los infantes menores de 6 meses, que siguen las recomendaciones de lactancia exclusiva pueden incrementar su talla en 0.75 cm y peso en 0.25 kg y disminuir la prevalencia de diarrea, fiebre y tos en 8, 12 y 11%, respectivamente.	C2

Ingesta inadecuada e insufiente de nutrientes en niños menores de 24 meses

Inadecuadas prácticas de alimentación complementaria							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries.	Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC.	Matern Child Nutr. 2012	Estudios de factores asociados	El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la alimentación infantil y el retraso de crecimiento y bajo peso en niños menores de 24 meses de edad de 14 países pobres.	Se encontró una asociación significativa entre el inicio temprano de la lactancia materna y una reducción del riesgo de desnutrición ($p < 0.05$), pero un mayor riesgo de bajo peso en aquellos con lactancia continuada a las 12 y 15 meses de edad ($p < 0.001$). Para los infantes de 6-8 meses de edad, el consumo de alimentos sólidos estuvo asociado con un riesgo significativamente más bajo de retraso del crecimiento y bajo peso ($p < 0.001$). Frecuencia de alimentación adecuada estuvo asociada solo con menor riesgo de bajo peso ($p < 0.05$). Introducción de alimentos sólidos a tiempo y diversidad dietaria estuvieron asociados con una probabilidad reducida de bajo peso y retraso del crecimiento, la cual estuvo asociada fuertemente con la educación materna ($p < 0.001$).	C1
Deficiencia de hierro							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Determinants of anemia among 6–59 months aged children in Bangladesh: evidence from nationally representative data	Khan JR, Awan N, Misu F.	BMC 2016	Estudios de factores asociados	El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de anemia infantil en Bangladesh y explorar los factores asociados con anemia como base de programas de control y prevención.	Presentaron mayor riesgo de anemia los niños menores de 24 meses de edad (OR 3.01, IC 95% 2.38-3.81) y aquellos cuyas madres eran anémicas (OR 1.80, IC 95% 1.49-2.18). La anemia infantil estuvo asociada significativamente con desnutrición crónica infantil, fuente de agua para beber, riqueza del hogar y localización geográfica.	C1

Morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses

Niño que no recibe lactancia materna							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis.	Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, Bahl R.	Acta Paediatr Suppl. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo del estudio fue sintetizar la evidencia de los efectos de la lactancia óptima en tasas de mortalidad por infección y por todas las causas en infantes y niños de 0 a 23 meses	El riesgo de mortalidad por todas las causas fue 1,5 mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.48 IC 95% 1.13-1.92), 2,9 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 2.84, IC 95% 1.63-4.97) y 14,4 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 14.4, IC 95% 6.13-33.9) comparado con los infantes exclusivamente amamantados de 0 a 5 meses de edad. Los niños de 6-11 y 12-23 meses de edad que no fueron amamantados, tuvieron 1.8 y 2.0 veces mayor riesgo de mortalidad, respectivamente, comparado con los niños amamantados. El riesgo de mortalidad relacionada a infección en 0-5 meses fue 1,7 veces mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.7, IC 95% 1.18-2.45), 4,5 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 4.56, IC 95% 2.93-7.11) y 8,7 veces mayor en infantes no amamantados (RR 8.66, IC 95% 3.19-23.5) comparado con los infantes amamantados exclusivamente.	A1
2	Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review.	Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA.	Matern Child Nutr. 2009	Revisión sistemática	La revisión buscó evaluar el efecto de la lactancia materna en las infecciones durante la infancia en países desarrollados.	4 de los 5 estudios presentaron efectos disminuidos en todas las infecciones entre los lactantes amamantados. Exceptuando las infecciones gastrointestinales, seis de ocho estudios sugieren que la lactancia materna tiene un efecto protector. Trece de dieciséis estudios concluyen que la lactancia materna protege contra las infecciones del tracto respiratorio.	A2
3	Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.	Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D,	Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar la evidencia de los efectos de la lactancia materna en resultados de salud materno-infantil en corto y largo plazo en países en desarrollo.	La historia de lactancia materna estuvo asociada con una reducción en el riesgo de otitis media aguda, gastroenteritis no específicas, infecciones del tracto respiratorio bajo severa, dermatitis atópica, asma, obesidad, diabetes 1 y 2, leucemia infantil, síndrome	A2

Morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses							
		Trikalinos T, Lau J.				de muerte súbita infantil, y enterocolitis necrotizante.	
Niño no vacunado							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Systematic review of the effect of pneumococcal conjugate vaccine dosing schedules on vaccine-type invasive pneumococcal disease among young children.	Conklin L, Loo JD, Kirk J, Fleming-Dutra KE, Deloria Knoll M, Park DE, Goldblatt D, O'Brien KL, Whitney CG.	Pediatr Infect Dis J. 2014	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de la vacuna combinada neumocócica contra enfermedad neumocócica invasiva (VT-IPD) en niños seleccionados para recibir la vacuna	En los ensayos clínicos, la eficacia de la vacuna varió de 65% a 71% (esquema 3+0), y de 83% a 94% (esquema 3+1). Los datos de vigilancia y los reportes de caso demuestran reducciones en VT-IPD de hasta el 100% con esquema 2+1 ó 3+1, y hasta un 90% con esquema 3+2.	A2
2	Vaccines for the prevention of diarrhea due to cholera, shigella, ETEC and rotavirus	Das JK, Tripathi A, Ali A, Hassan A, Dojoseandy C, Bhutta ZA.	Public Health 2013	Revisión sistemática	La revisión buscó evaluar la eficacia y efectividad de vacunas para cólera, shigella, Escherichia coli enterotoxigénicas, y rotavirus en niños menores de 5 años.	La vacuna para rotavirus puede prevenir 74% (35-90%) de muertes por rotavirus y 47% a 57% de hospitalizaciones por rotavirus, asimismo, tiene el potencial de reducir el porcentaje de muertes por diarreas debidas a rotavirus. La vacuna para cólera puede reducir la incidencia en 52%. Efectos no significativos: vacuna para shigella, Escherichia coli enterotoxigenica.	A2
3	Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use (Review)	Soares-Weiser K, MacLehose H, Bergman H, Ben-Aharon I, Nagpal S, Goldberg E, Pitan F, Cunliffe N	Cochrane Database Syst Rev. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de la vacuna para rotavirus para prevención de diarrea por rotavirus.	Niños menores de 12 meses: Efectos significativos: RV1 previene diarrea por rotavirus (RR 0,30; IC 95% 0.18-0.50), diarrea severa por rotavirus (RR 0,20; IC 95% 0,11-0.35). RV5 previene todos tipo de diarrea por rotavirus (RR 0,27; IC 95% 0,22-0.33) y diarrea severa por rotavirus (RR 0,23, IC 95% 0.08-0.71). Niños de 12 a 24 meses de edad: Efectos significativos: RV1 previene todos los casos de diarrea por rotavirus (RR 0.30, IC 95% 0.21-0.43), diarrea severa por rotavirus (RR 0.16, IC 95% 0,12-0,21). RV5 previene todos los casos de diarrea por rotavirus (RR 0,51, IC 95% 0.36-0,72), y diarrea severa por rotavirus (RR 0.44, IC 95% 0,22-0.88).	A1
Niño con infección clínica y sub-clínica							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de

Morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses							
				estudio			evidencia
1	Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from developing countries.	Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Moore SR.	Curr Opin Infect Dis. 2011	Revisión sistemática	La revisión buscó analizar las complejas interacciones entre la diarrea, neumonía y desnutrición en niños de países de medianos y bajos ingresos.	La diarrea y neumonía afectan el crecimiento infantil, y la desnutrición subyacente es un factor de riesgo para estas dos condiciones. Los episodios de diarrea pueden predisponer a la neumonía en niños desnutridos. La desnutrición puede explicar en parte la reducción de la eficacia de las vacunas contra el rotavirus oral en países de bajos ingresos.	A2

CAUSAS SUBYACENTES DE DESNUTRICION

Inadecuadas prácticas de cuidado y estimulación infantil							
Inadecuado saneamiento e inadecuado abastecimiento de agua							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Risk factors of diarrhoeal disease in under-five children among health extension model and non-model families in Sheko district rural community, Southwest Ethiopia: comparative cross-sectional study.	Gebre T, Taha M, Kassahun W.	BMC Public Health. 2014	Análisis multivariados	El objetivo del estudio fue evaluar los factores de riesgo de enfermedad diarreica en niños menores de cinco años en Etiopía.	Los predictores independientes de la diarrea infantil fueron: madres que no saben leer ni escribir (OR 1.74, IC 95% 1.03-2.91), ingreso mensual familiar menor de 650 Birr (OR 1.75, IC 95% 1.06-2.88), madres que no realizan la práctica de lavado de manos en momentos críticos (OR 2.21, IC 95% 1.41-3.46), no usar jabón para el lavado de manos (OR 7.40, IC 95% 2.61-20.96), disposición inadecuada de excretas (OR 3.19, IC 95% 1.89-5.38).	C2

Tabla de Evidencias

b) Intervenciones y Programas de Nutrición de acuerdo al modelo causal de UNICEF:

INTERVENCIONES PARA CAUSAS DIRECTAS DE DESNUTRICIÓN

Intervenciones para reducir la incidencia de Bajo Peso al Nacer							
Prevención de embarazos en adolescentes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents.	Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE.	Cochrane Database Syst Rev. 2009	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar los efectos de las intervenciones de prevención primaria (basada en escuela, basada en casa/comunidad, basada en hospitales y religiosos) en embarazos no planificados entre adolescentes.	El riesgo de embarazos adolescentes no planificados fue menor (RR 0.49, IC 95% 0.33-0.74) entre participantes que recibieron intervenciones múltiples (educación, desarrollo de habilidades y promoción de anticonceptivos). Existe poca evidencia acerca del efecto de cada una de estas intervenciones por separado.	A1
Suplementación con ácido fólico							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects.	De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo del estudio fue examinar si la suplementación de folato periconcepcional reduce el riesgo de defectos del tubo neural (DTN) u otras anomalías sin causar efectos adversos en madres o bebés.	Efectos significativos: DTN (RR 0.31, IC 95% 0.17 – 0.58); recurrencia de DTN (0.34, IC 95% 0.18-0.64). Efectos no significativos: otras anomalías congénitas, abortos espontáneos	A1
2	Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis.	Hodgetts VA, Morris RK, Francis A, Gardosi J, Ismail KM.	BJOG. 2015	Estudio poblacional, Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo del artículo fue evaluar el efecto del momento de la suplementación con ácido fólico durante la gestación sobre el riesgo de recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG).	El inicio de la suplementación con ácido fólico pre-concepcional se asoció con un riesgo reducido de PEG < 10mo percentil (OR 0.80, IC 95% 0.71-0.90, p<0.01) y PEG <5to percentil (OR: 0.78, IC 95% 0.66-0.91, p<0.01). Al contrario, el folato post-concepcional no tuvo efecto significativo en las tasas de PEG.	A1
3	Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes	Lassi ZS, Salam RA, Haider BA, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	Evaluar la efectividad de suplementación oral con ácido fólico solo o con otros micronutrientes versus no ácido fólico durante el embarazo en parámetros	Efectos significativos: peso nacimiento (dif promedio 135.75, IC 95% 47.85 – 223.68); incidencia de anemia megaloblástica (RR 0.21, IC 95% 0.11-0.38). Efectos no significativos: nacimiento pre-término,	A1

Intervenciones para reducir la incidencia de Bajo Peso al Nacer							
					hematológicos y bioquímicos durante gestación y productos de gestación.	muerte fetal, hemoglobina pre-parto promedio, folato sérico, folato en glóbulo rojo.	
Suplementación con hierro y hierro-ácido fólico							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Daily oral iron supplementation during pregnancy.	Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión Sistemática y meta-análisis	El estudio buscó evaluar los efectos de la suplementación de hierro oral diaria para mujeres gestantes, tanto solo o con ácido fólico, u otras vitaminas y minerales.	Efectos significativos: anemia materna a término (RR 0.30, IC 95% 0.19-0.46), anemia materna por deficiencia de hierro a término (RR 0.33, IC 95% 0.16-0.69) y deficiencia de hierro materna (RR 0.43, IC 95% 0.27-0.66). Efectos no significativos: bajo peso al nacer, peso al nacer, parto pre-término, muerte neonatal, anomalías congénitas. Anemia materna severa, infecciones maternas, muerte materna.	A1
2	Intermittent oral iron supplementation during pregnancy.	Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión Sistemática y meta-análisis	El objetivo del estudio fue evaluar los beneficios y daños de la suplementación intermitente de hierro solo o en combinación con ácido fólico u otras vitaminas y minerales para gestantes en resultados neonatal y de embarazo	Esta revisión encontró que el régimen intermitente produce similares resultados maternos y neonatales que la suplementación diaria pero estuvieron asociados con menores efectos secundarios y un menor riesgo de elevados niveles de Hb en embarazo, a pesar que el riesgo de anemia moderada se incrementó.	A1
Suplementación con multimicronutrientes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy.	Haider BA, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El estudio buscó evaluar los beneficios de la suplementación oral de multimicronutrientes durante gestación en resultados de salud materna, fetal e infantil	Efectos significativos: bajo peso al nacer (RR: 0.88, IC 95% 0.85-0.91), pequeño para edad gestacional (RR 0.90, IC 95% 0.83-0.97), tasa reducida de muerte fetal (RR 0.91, IC 95% 0.85-0.98). Efectos no significativos: nacimientos pre-término, anemia materna al tercer trimestre, aborto espontáneo, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, riesgo de parto por cesárea.	A1
2	Multiple micronutrient powders for home (point-of-use) fortification of foods in pregnant women.	Suchdev PS, Peña-Rosas JP, De-Regil LM.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de la fortificación de alimentos en casa prenatal con multimicronutrientes en polvo en la	MMP vs suplemento de hierro y ácido fólico: La adherencia a MMP fue menor que la adherencia a suplementos de hierro y ácido fólico (RR 0.76, IC 95% 0.66-0.87).	A1

Intervenciones para reducir la incidencia de Bajo Peso al Nacer							
					salud materna y neonatal.	MMP vs suplementos de múltiples micronutrientes: Efectos no significativos: anemia materna Los autores indican que es necesaria mayor evidencia para poder brindar conclusiones.	
3	Effect of multiple micronutrient supplementation on pregnancy and infant outcomes: a systematic review.	Ramakrishnan U1 Grant FK, Goldenberg T, Bui V, Imdad A, Bhutta ZA.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar los efectos de la suplementación prenatal con MMN en resultados neonatales.	La suplementación con MMN resultó en una reducción significativa en la incidencia de bajo peso al nacer (RR 0.86, IC 95% 0.81-0.91) y de recién nacido pequeño para la edad gestacional (RR 0.83, IC 95% 0.73-0.95) y un incremento en el peso de nacimiento (diferencia media ponderada 52.6 g, IC 95% 1.05-1.81).	A2
Suplementación materna con calcio							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes.	Buppasiri P, Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Ngamjarus C, Laopaiboon M, Medley N.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión Sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar el efecto de la suplementación con calcio sobre resultados maternos, fetales y neonatales (que no sea para prevenir o tratar hipertensión), así como los posibles efectos secundarios.	Efectos significativos: Peso de nacimiento (diferencia promedio: 56.40 g, IC 95% 13.55 – 99.25) Efectos no significativos: Bajo peso al nacer, parto pre-término.	A1
Yodo a través de yodación de la sal							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy.	Zimmermann MB.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática	El estudio analizó los efectos de la deficiencia de yodo en gestantes e infantes, así como las intervenciones más costo-efectivas para la entrega de yodo a gestantes y niños	Efectos significativos: reducción en prevalencia de cretinismo a los 4 años de edad (RR 0.27, IC 95% 0.12-0.60), puntajes de desarrollo 10-20% mayor en niños pequeños, peso de nacimiento 3.82-6.30% mayor. Los autores refieren que en las regiones afectadas por deficiencia de yodo, la iodización de la sal es la intervención más costo-efectiva de distribución de yodo.	A2
Suplementación proteico-energética balanceada en gestantes							
N	Título	Autores	Revista, año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia

Intervenciones para reducir la incidencia de Bajo Peso al Nacer							
1	The effect of balanced protein energy supplementation in undernourished pregnant women and child physical growth in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.	Stevens B, Buettner P, Watt K, Clough A, Brimblecombe J, Judd J.	Matern Child Nutr. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión busco identificar el efecto de la suplementación proteico-energética balanceada durante la gestación, en mujeres desnutridas, en el crecimiento infantil en países de medianos y bajos ingresos, e identificar la importancia de orientar las intervenciones específicas a distintos contextos económicos.	Efectos significativos: peso de nacimiento (diferencia promedio estandarizada: 0.20, IC 95% 0.03-0.33, p=0.02). Efectos no significativos: talla de nacimiento, perímetro cefálico del nacimiento.	A1
2	Maternal nutrition and birth outcomes: effect of balanced protein-energy supplementation.	Imdad A, Bhutta ZA.	Paediatr Perinat Epidemiol. 2012	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión resume la evidencia sobre la asociación entre la nutrición materna con los resultados del nacimiento, junto con la revisión de los efectos de la suplementación proteico-energética balanceada durante el embarazo.	Efectos significativos: menor riesgo de pequeño para edad gestacional (RR 0.66, IC 95% 0.49-0.89), menor riesgo de muerte fetal (RR 0.62, IC 95% 0.40-0.98), mayor peso de nacimiento (diferencia promedio 73 g, IC 95% 30-117). Estos efectos fueron mayores en mujeres desnutridas. Efectos no significativos: nacimiento pre-término, puntajes mentales Bayley a 1 año.	A1

Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses							
Promoción de lactancia materna							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis.	Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N.	Acta Paediatr Suppl. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue brindar evidencia integral de los efectos de intervenciones en tasas de inicio temprano de lactancia, lactancia exclusiva, lactancia continuada, cuando se entrega en cinco escenarios: servicios y sistemas de salud, entorno familiar y del hogar, ambiente comunitario, entorno laboral, entorno político, o una combinación de cualquiera de las anteriores.	Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia continuada, se observaron cuando se brindó consejería o educación tanto en casa como en la comunidad (RR 1.85, IC 95% 1.08-3.17), sistemas de salud y comunidad (RR 2.52, IC 95% 1.39-4.59), en todos los escenarios (RR 1.97, IC 95% 1.74-2.24), respectivamente. La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño, fue la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia (RR 1.66, IC 95% 1.34-2.07).	A1
2	Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a	Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta	BMC Public Health 2013	Revisión sistemática y meta-	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de la educación sobre lactancia materna exclusiva (LME) e	Efectos significativos: intervenciones de educación y consejería incrementan la LME en 43% (IC 95% 9-87) en el día 1, en 30% (19-42) hasta 1 mes, y en	A1

Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses							
	systematic review	ZA		análisis	intervenciones de apoyo en lactancia materna exclusiva y parcial.	90% (54-134) desde 1 a 6 meses. Reducciones significativas en las tasas de no lactancia también se notaron; 32% (13-46) en día 1, 30% (20-38) hasta 1 mes y 18% (11-23) de 1 a 6 meses. Efectos no significativos: lactancia predominante y parcial	
Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries.	Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM.	J Nutr. 2011	Revisión sistemática	El artículo presenta la evolución de la investigación sobre alimentación responsiva y la fuerza de la evidencia de alimentación responsiva en la desnutrición infantil en países de medianos y bajos ingresos.	Algunos estudios han mostrado una asociación positiva entre la alimentación responsiva y la desnutrición infantil, asimismo, existe evidencia promisorio sobre las verbalizaciones positivas del cuidador durante la alimentación para incrementar la aceptación de alimentos por el infante.	A2
Provisión de alimentación complementaria a niños de 6 a 24 meses							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Food supplementation for improving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years.	Kristjansson E, Francis DK, Liberato S, Benkhalti Jandu M, Welch V, Batal M, Greenhalgh T, Rader T, Noonan E, Shea B, Janzen L, Wells GA, Petticrew M.	Cochrane Database of Systematic Reviews 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de intervenciones de alimentación complementaria, solas o con co-intervenciones, para mejorar la salud física y psicosocial de niños desfavorecidos entre 3 meses y 5 años.	Efectos significativos: En países de medianos y bajos ingresos: Ganancia de peso (0.12 kg, IC 95% 0.05-0.18); incremento de Talla (0.27 cm, IC 95% 0.07-0.48); Puntajes Z PE (dif promedio 0.15, IC 95% 0.05-0.24), Puntaje Z PT (dif. promedio 0.15, IC 95% 0.06-0.24); Hemoglobina (diferencia promedio estandarizada: 0.49, IC 95% 0.07-0.91). Desarrollo psicomotor (diferencia promedio estandarizada 0.41, IC 95% 0.10-0.72). Efectos no significativos: Puntaje Z PT. Se encontró evidencia de mayor ingesta de la energía del alimento complementario en el niño cuando se entregó en centros de cuidado diurno (85%) en comparación con la entrega en casa (36%).	A1
Consejería Nutricional y Educación nutricional							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Impact of education and	Lassi ZS, Das	BMC Public	Revisión	La revisión buscó evaluar el impacto de	Educación nutricional en comunidad con seguridad	A1

Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses							
	provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review.	JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA.	Health. 2013	sistemática y meta-análisis	la educación en alimentación complementaria (AC) y en la entrega de AC con o sin educación sobre el crecimiento y morbilidad en niños menores de 2 años de edad en países de medianos y bajos ingresos.	alimentaria: Efectos significativos: ganancia de talla (DMS 0.35, 95% IC 0.08-0.62), Z TE (DMS 0.22, 95% IC 0.01-0.43), ganancia de peso (DMS 0.40, 95% IC 0.02-0.78). Efectos no significativos: retardo en el crecimiento, Z PE. Educación nutricional en comunidades con inseguridad alimentaria: Efectos significativos: Z TE (DMS 0.25, 95% IC 0.09-0.42), retardo en el crecimiento (RR 0.68, 95% IC 0.60-0.76), Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.12-0.41). Entrega de complementación alimentaria con o sin educación en comunidades con inseguridad alimentaria: Efectos significativos: Z TE (DMS 0.39, 95% IC 0.05-0.73), Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.04-0.48). Efectos no significativos: retardo en el crecimiento.	
2	Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries.	Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar la efectividad de las dos estrategias más comúnmente aplicadas de alimentación complementaria: entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) y educación a las madres sobre prácticas de alimentación complementaria para el crecimiento infantil.	Ambas intervenciones: Incrementos significativos en peso (DMP 0.34 DS, IC 95% 0.11-0.56 y 0.30 DS, IC 95% 0.05-0.54, respectivamente), y crecimiento lineal (DMP 0.26 DS, IC 95% 0.08-0.43 y 0.21 DS, IC 95% 0.01-0.41, respectivamente). La entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) incrementó una ganancia extra de peso de 0.25 kg (+ - 0.18) y en talla 0.54 cm (+ - 0.38) en niños de 6 a 24 meses. La educación de la madre en alimentación complementaria produjo una ganancia extra de peso de 0.30 kg (+ - 0.26) y de talla de 0.49 cm (+ - 0.50) en los grupos de intervención comparado con grupo control.	A1
Suplementación con hierro en niños							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effect of daily iron supplementation on health	Pasricha SR, Hayes E,	Lancet Global	Revisión sistemática	La revisión busco revisar sistemáticamente la evidencia de los	Efectos significativos: Menor riesgo de anemia (RR 0.61, IC 95% 0.50-0.74); deficiencia de hierro (0.30,	A1

Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses							
	in children aged 4-23 months: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.	Kalumba K, Biggs BA.	Health 2013	a y meta-análisis	beneficios y seguridad de la suplementación diaria de hierro en niños de 4 a 23 meses	IC 95% 0.15-0.60); anemia por deficiencia de hierro (0.14 IC 95% 0.10-0.22). Efectos no significativos: Desarrollo mental, desarrollo psicomotor. Se observó mayor prevalencia de vómitos (RR 1.38, IC 95% 1.10-1.73) y fiebre (RR 1.16, IC 95% 1.02-1.31) en los niños que recibieron hierro.	
Suplementación con multimicronutrientes en polvo para fortificación en casa							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effectiveness of Micronutrient Powders (MNP) in women and children.	Salam RA, MacPhail C, Das JK, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue estimar el efecto de los micronutrientes en polvo en resultados de salud materno-infantiles	En niños Efectos significativos: Reducción prevalencia de anemia en 34% (RR 0.66, IC 95% 0.57-0.77), anemia por deficiencia de hierro en 57% (RR 0.43, IC 95% 0.35-0.52), deficiencia de retinol en 21% (RR 0.79, IC 95% 0.64-0.98). Efectos no significativos: Retardo del crecimiento, Delgadez, ZTE, ZPE, ZPT. Se encontró asociación significativa entre los MNP con incremento en diarrea (RR 1.04, IC 95% 1.01-1.06).	A1
2	Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age (Review)	De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleser S, Peña-Rosas JP.	Cochrane Database Syst Rev. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad y seguridad de fortificación en casa de alimentos con multimicronutrientes en polvo, en resultados nutricionales, de salud y desarrollo en niños menores de 2 años de edad.	Efectos significativos: reducción de anemia en 31% (RR 0.69, IC 95% 0.60-0.78), deficiencia de hierro en 51% (RR 0.49, IC 95% 0.35-0.67). Efectos no significativos: crecimiento lineal	A1
Suplementación con nutrientes en base lipídica en niños							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Small-quantity lipid-based nutrient supplements, regardless of their zinc content, increase growth and reduce the prevalence of stunting and wasting in young burkinabe children: a	Hess SY, Abbeddou S, Jimenez EY, Somé JW, Vosti SA, Ouédraogo ZP, Guissou RM, Ouédraogo	PLoS One. 2015	Ensayo clínico aleatorizado	El objetivo del estudio fue comparar las respuestas funcionales relacionadas al zinc entre niños de Burkina Faso que recibieron SQ-LNS que contienen 0, 5 ó 10 mg de zinc y tabletas de placebo o SQ-LNS sin zinc añadido, además de tabletas de 5 mg de zinc junto con el	Efectos significativos entre grupos de intervención vs grupos no intervenidos: Mayor cambio en niveles de hemoglobina (+8 vs -1 g/L, p<0.0001). Mayor talla luego de 18 meses (77.7 ±3.0 vs 76.9 ± 3.4 cm, p<0.001). Menor prevalencia de retardo del crecimiento (29.3% vs 39.3%, p<0.0001). Menor prevalencia de	A3

Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses							
	cluster-randomized trial.	JB, Brown KH.			tratamiento para diarrea y malaria.	adelgazamiento (8.7% vs 13.5%, $p=0.0003$). Efectos no significativos: Concentración de zinc plasmático final, incidencia de diarrea o malaria.	
2	Linear growth increased in young children in an urban slum of Haiti: a randomized controlled trial of a lipid-based nutrient supplement.	Iannotti LL, Duliencia SJ, Green J, Joseph S, François J, Anténor ML, Lesorogol C, Mounce J, Nickerson NM.	Am J Clin Nutr. 2014	Ensayo clínico aleatorizado	El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de brindar suplemento nutricional de base lipídica (SQ-LNS) durante 3 ó 6 meses para el crecimiento lineal en niños pequeños.	Efectos significativos: La suplementación por 6 meses incrementó significativamente el puntaje Z talla para edad (0.13 ± 0.059) y el puntaje Z peso para edad (0.12 ± 0.02) comparado con el grupo control. Los efectos se mantuvieron 6 meses post-intervención. Efectos no significativos: Morbilidad y efectos del desarrollo.	A3

Intervenciones para reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses							
Intervenciones integrales para reducir neumonía y diarrea							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Interventions to address deaths from childhood pneumonia and diarrhoea equitably: what works and at what cost?	Bhutta ZA, Das JK, Walker N, Rizvi A, Campbell H, Rudan I, Black RE.	Lancet 2013	Revisión sistemática	La revisión tuvo como objetivo analizar el efecto de intervenciones sobre la mortalidad y morbilidad debida a diarrea y neumonía.	Las intervenciones con mayor efecto fueron lactancia materna, solución de rehidratación oral y manejo de casos a nivel comunitario.	A2
Intervenciones para Mejorar las Coberturas de Vacunación							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from developing countries.	Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Moore SR.	Curr Opin Infect Dis. 2011	Revisión sistemática	La revisión buscó analizar las complejas interacciones entre la diarrea, neumonía y desnutrición en niños de países de medianos y bajos ingresos.	La evidencia señala que la lactancia materna y los suplementos de micronutrientes son efectivos para la prevención y control de diarrea y neumonía.. La vacunación de niños contra Streptococcus pneumoniae puede mejorar su crecimiento.	A2
2	Interventions for improving coverage of child immunization in low- and middle-income countries.	Oyo-lta A, Nwachukwu CE, Oranganje C, Meremikwu MM.	Cochrane Database Syst Rev. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de las estrategias de intervención para impulsar y mantener alta la cobertura de inmunizaciones en países de medianos y bajos ingresos.	Evidencia de moderada calidad: Debates en la comunidad basados en evidencia probablemente, incrementan 2,2 veces las coberturas de DPT3 (RR 2.17, IC 95% 1.80-2.61) y las campañas de información probablemente aumentan en 1,4 veces la absorción de al menos una dosis de la vacuna (RR 1.43, IC 95% 1.01-2.01). Evidencia de baja calidad: Educación de salud brindada en establecimientos de salud puede mejorar la cobertura de vacuna combinada de DPT3 (RR 1.18, IC 95% 1.05-1.33) y	A1

Intervenciones para reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses							
						que la combinación de educación de salud brindada en ES y tarjetas de inmunización rediseñadas puede mejorar la cobertura de DP3 (RR 1.36, IC 95% 1.22-1.51).	
Suplementación preventiva de vitamina A en niños							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Vitamin A supplements for preventing mortality, illness, and blindness in children aged under 5: systematic review and meta-analysis.	Mayo-Wilson E, Imdad A, Herzer K, Yakoob MY, Bhutta ZA.	BMJ. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue determinar si la suplementación con vitamina A está asociada con reducciones de mortalidad y morbilidad en niños de 6 meses a 5 años	24% de reducción de todas las causas de mortalidad (RR 0.76, IC 95% 0.69-0.83); Menor incidencia de diarrea (0.85, 0.82-0.87) y sarampión (0.50, 0.37-0.67).	A1
Suplementación con zinc en niños							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Zinc supplementation for preventing mortality, morbidity, and growth failure in children aged 6 months to 12 years of age.	Mayo-Wilson E, Junior JA, Imdad A, Dean S, Chan XH, Chan ES, Jaswal A, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2014	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar los efectos de la suplementación con zinc para la prevención de mortalidad y morbilidad, y para la promoción del crecimiento, en niños de 6 meses a 12 años de edad.	Efectos significativos: reducción de morbilidad por diarrea (RR 0.87, IC 95% 0.85-0.89); incremento pequeño en talla (dif. promedio estandarizada -0.09, IC 95% -0.13 a -0.06). Efectos no significativos: mortalidad, diarrea, infecciones del tracto respiratorio bajo, malaria. Suplementación se asoció con incremento en episodios de vomito (RR 1.29, IC 95% 1.14-1.46).	A1
2	Effect of preventive zinc supplementation on linear growth in children under 5 years of age in developing countries: a meta-analysis of studies for input to the lives saved tool.	Imdad A, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar el efecto de la suplementación con zinc en el crecimiento lineal de niños menores de 5 años de edad de países en desarrollo.	Efectos significativos: Suplementación con zinc tuvo efecto positivo en crecimiento lineal (tamaño del efecto: 0.13, IC 95% 0.04-0.21). Suplementación de zinc en combinación con hierro tuvo mayor efecto en crecimiento lineal (diferencia de medias ponderadas: 0.19, IC 95% 0.08-0.30). Una dosis de 10 mg de zinc al día durante 24 semanas tuvo una ganancia neta de 0.37 cm (+/- 0.25).	A1
Tratamiento con zinc para diarrea							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Oral zinc for treating	Lazzerini M,	Cochrane	Revisión	El objetivo de la revisión fue evaluar la	En niños con diarrea aguda, la suplementación con	A1

Intervenciones para reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses							
	diarrhoea in children (Review)	Ronfani L This	Database Syst Rev. 2013	sistemática y meta-análisis	suplementación oral con zinc para el tratamiento de niños con diarrea aguda o crónica	zinc puede reducir el número de niños cuya diarrea persiste hasta el día siete (RR 0.73, IC 95% 0.61-0.88). En niños con signos de desnutrición moderada, se observa una reducción de la duración de la diarrea en 27 horas (dif. promedio -26.98 horas, IC 95% -14.62 a -39.34). No se ha observado efectos significativos en niños menores de 6 meses. En niños con diarrea crónica, la suplementación con zinc podría disminuir la duración de la diarrea en 16 horas (dif. promedio -15.84 horas, IC 95% -25.43 a -6.24).	
Intervenciones de Agua, Saneamiento e Higiene							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Hand washing promotion for preventing diarrhoea	Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de las intervenciones para promover el lavado de manos en los episodios de diarrea en niños y adultos.	Promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas, previene aprox. un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos (RR 0.70, IC 95% 0.59-0.85), y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos (RR 0.66, IC 95% 0.43-0.99). Promoción de lavado de manos a nivel comunitario en países de medianos y pequeños ingresos probablemente previene un cuarto de los episodios de diarrea (RR 0.72, IC 95% 0.62-0.83).	A1
2	Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children.	Dangour AD, Watson L, Cumming O, Boisson S, Che Y, Velleman Y, Cavill S, Allen E, Uauy R.	Cochrane Database Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión tuvo como objetivo evaluar el efecto de las intervenciones para mejora de la calidad y abastecimiento de agua, entrega de saneamiento adecuado y promoción de lavado de manos con jabón, en el estado nutricional de niños menores de 18 años e identificar brechas actuales de investigación.	Efectos significativos al límite: Puntaje Z talla para edad (diferencia media: 0.08, IC 95% 0.00-0.16) Efectos no significativos: Puntaje Z peso para edad, Puntaje Z peso para talla	A1

INTERVENCIONES PARA CAUSAS SUBYACENTES DE DESNUTRICION

Plataformas de entrega y estrategias de implementación para intervenciones nutricionales							
Fortificación de alimentos de primera necesidad y alimentos específicos							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Micronutrient fortification of food and its impact on woman and child health: a systematic review.	Das JK, Salam RA, Kumar R, Bhutta ZA.	Syst Rev. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue identificar toda la evidencia disponible sobre el impacto de las intervenciones de fortificación de alimentos en indicadores de salud en mujeres y niños.	Efectos en Niños: Efectos significativos: mayor concentración sérica de retinol (DME 0.61, IC 95% 0.39-0.83), hemoglobina (DME: 0.55, IC 95% 0.34-0.76). Efectos no significativos: talla para edad, peso para edad, y peso para talla.	A2
Programas de incentivos financieros							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis.	Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue brindar estimados de los efectos de seis tipos de programas de incentivos financieros (transferencias de efectivo no condicionadas, transferencias de efectivo condicionadas, microcrédito, microcrédito condicionado, sistema de cupones, eliminación de cuota de usuario) en la aceptación y la cobertura de las intervenciones de salud dirigidas a los niños menores de cinco años.	Los incentivos financieros tuvieron poco impacto para mejorar las prácticas de lactancia materna pero pueden tener impacto en brindar el calostro, inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y duración media de la lactancia materna exclusiva. No se observan efectos de incentivos financieros en coberturas de inmunización. El mayor efecto parece alcanzarse con los programas que directamente retiran la cuota de usuario para acceso a servicios de salud.	A1
2	How Effective are Cash Transfers at Improving Nutritional Status?	Manley J, Gitter S, Slavchevska V.	World Development 2013	Revisión sistemática	El objetivo de la revisión fue evaluar la relación entre los programas de transferencias en efectivo y el estado nutricional.	El efecto promedio general de la transferencias condicionadas es positivo pero con una pequeña magnitud que no es estadísticamente significativa. Se observa efectos del programa de mayor tamaño en las niñas. Se encuentra poca diferencia entre las transferencias incondicionales y condicionales, y es probable que otros factores además de la condicionalidad tengan más importancia que si una transferencia es condicional o no.	A1
3	Cash transfer in Brazil and nutritional outcomes: a	Martins AP, Canella DS,	Rev Saude Publica.	Revisión sistemática	La revisión tuvo como objetivo analizar la influencia de los programas de	Los programas de transferencia condicionada de efectivo incrementaron la ingesta de alimentos en los	A1

Plataformas de entrega y estrategias de implementación para intervenciones nutricionales							
	systematic review	Baraldi LG, Monteiro CA.	2013	a	transferencias condicionadas en resultados de dieta y nutrición entre familias beneficiarias en Brasil.	beneficiarios. Se sugiere que estos programas tienen una influencia positiva en la seguridad alimentaria de los beneficiarios.	
Plataformas de base comunitaria para promoción de la salud y educación nutricional							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes.	Lassi ZS, Bhutta ZA.	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de paquetes de intervenciones de base comunitaria en reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y en mejorar los resultados en neonatos.	Efectos significativos: Reducción de mortalidad materna (RR 0,80; IC 95% 0,64-1,00), morbilidad materna (RR 0,75, IC 95% 0,61-0,92), mortalidad neonatal (RR 0,75, IC 95% 0,67-0,83), muerte fetal (RR 0,81, IC 95% 0,73-0,91), mortalidad perinatal (RR 0,78, IC 95% 0,70-0,86). Los paquetes de intervenciones basadas en comunidad también incrementaron el uso de kits de parto esterilizado, las tasas de lactancia materna temprana y la búsqueda de atención en salud para morbilidad neonatal. Efectos no significativos: Referencias por morbilidad materna, búsqueda de atención en salud por morbilidad materna, suplementación de hierro/ácido fólico, asistencia de personal especializado en el parto.	A1
2	Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases	Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB	Cochrane Database Syst Rev. 2010	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de las intervenciones con personal de salud comunitario en la atención primaria y comunitaria de salud en salud materna e infantil y el manejo de las enfermedades infecciosas.	Efectos significativos: Incremento en promover la captación de vacunación infantil RR 1,22; IC del 95%: 1,10 a 1,37; P = 0,0004), promover la iniciación de la lactancia materna (RR = 1,36; IC del 95%: 1,14 a 1,61; p <0,00001), cualquier tipo de lactancia (RR 1,24; IC del 95%: 1,10 a 1,39; P = 0,0004), lactancia exclusiva (RR 2,78; IC del 95%: 1,74 a 4,44; P <0,0001), mejorar las tasas de curación de tuberculosis pulmonar (RR 1,22 (IC del 95%: 1,13 a 1,31) P <0,0001), en comparación con la atención habitual. Efectos no significativos: Completar el tratamiento preventivo de tuberculosis, morbilidad infantil y neonatal, búsqueda de atención para enfermedades de la infancia.	A1

Plataformas de entrega y estrategias de implementación para intervenciones nutricionales							
Atención integral del niño brindada desde los Establecimientos de Salud							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial.	Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE.	Lancet. 2005	Ensayo clínico aleatorizado	El objetivo del estudio fue evaluar una intervención nutricional en una zona pobre periurbana, para mejorar la calidad y cobertura de la educación nutricional existente e introducir un sistema de acreditación en seis establecimientos de salud públicos, comparados con seis establecimientos control.	Los cuidadores de las zonas de intervención tuvieron más probabilidad de reportar haber recibido consejería nutricional desde el servicios de salud comparados con los grupos control (16 [52%] of 31 vs 9 [24%] of 37, $p=0.02$). A los 6 meses más bebés de las zonas de intervención fueron alimentados con alimentos densos en nutrientes en el almuerzo que los controles (48 [31%] of 157 vs 29 [20%] of 147; diferencia entre grupos 19 [11%], $p=0.03$). Los niños de las zonas de control tuvieron más probabilidad de presentar retraso en el crecimiento a los 18 meses comparados con los niños de intervención (26 [16%] of 165 vs 8 [5%] of 171; adjusted odds ratio 3.04 [95% CI 1.21-7.64])	A3
AIEPI							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	National implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): policy constraints and strategies.	Ahmed HM, Mitchell M, Hedt B.	Health Policy. 2010	Revisión sistemática	El artículo revisa la literatura para evidencia de los impactos en la salud de AIEPI, las limitaciones de implementación y las estrategias de política para el fortalecimiento del sistema de salud y su implementación exitosa.	AIEPI ha mostrado ser efectivo en mejorar la calidad de los servicios de salud pediátrica, incremento de ahorro de costos en atención de salud, y probablemente reducir la mortalidad pediátrica en países en desarrollo. Sin embargo, muchos países han tenido problemas en capacitación, sistemas de salud y limitaciones financieras para la aplicación a nivel nacional, por lo que no se ha podido observar beneficios sostenidos en el tiempo.	A2
Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Programa Buen Inicio: Evaluación Externa.	Lechtig, Aarón. UNICEF.	2007	Evaluación de impacto con diseño de	La evaluación de impacto buscó medir la efectividad del programa Buen Inicio	Se redujo 4.3 puntos porcentuales por año en la prevalencia de desnutrición crónica en niños de las áreas más pobres de la sierra y de la selva, en un período de cuatro años de implementación. Además, una reducción de la prevalencia de	C3

Plataformas de entrega y estrategias de implementación para intervenciones nutricionales							
				diferencia simple		anemia por deficiencia de hierro del orden de 5.9 puntos porcentuales por año y una reducción de 6.2 puntos porcentuales por año de la prevalencia de hipovitaminosis A.	

c) INTERVENCIONES SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis.	Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martinez J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N.	Acta Paediatr Suppl. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue brindar evidencia integral de los efectos de intervenciones en tasas de inicio temprano de lactancia, lactancia exclusiva, lactancia continuada, cuando se entrega en cinco escenarios: servicios y sistemas de salud, entorno familiar y del hogar, ambiente comunitario, entorno laboral, entorno político, o una combinación de cualquiera de las anteriores.	Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia continuada, se observaron cuando se brindó consejería o educación tanto en casa como en la comunidad (RR 1.85, IC 95% 1.08-3.17), servicios de salud y comunidad (RR 2.52, IC 95% 1.39-4.59), en todos los escenarios (RR 1.97, IC 95% 1.74-2.24), respectivamente. La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño, fue la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia (RR 1.66, IC 95% 1.34-2.07). La consejería o educación brindada en establecimientos de salud (RR 1.47, IC 95% 1.29-1.68) o en el hogar (RR 1.17, IC 95% 1.08-1.27) o en establecimientos de salud y en el hogar (RR 1.23, IC 95% 1.08-1.40) tuvieron un efecto significativo en promover cualquier tipo de lactancia, pero este efecto fue mayor cuando se entregó a través de establecimientos de salud.	A1
	Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review	Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA	BMC Public Health 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de la educación sobre lactancia materna exclusiva (LME) e intervenciones de apoyo en lactancia materna exclusiva y parcial. Las intervenciones de educación fueron: Consejería en hogar, consejería por	Las intervenciones de educación y consejería incrementan la LME en 43% (IC 95% 9-87) en el día 1, en 30% (19-42) hasta 1 mes, y en 90% (54-134) desde 1 a 6 meses. Reducciones significativas en las tasas de no lactancia también se notaron; 32% (13-46) en día 1, 30% (20-38) hasta 1 mes y 18% (11-23) de 1 a 6 meses.	A1

Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna							
					pares, grupos de apoyo, consejería por teléfono, programas de educación por internet o programas computacionales, clases de educación presencial consejería intra-hospitalaria, consejería dirigida al padre.	Las intervenciones que combinaban consejería individual y grupal fueron las más efectivas para estas intervenciones por separado. Asimismo, las intervenciones en establecimiento de salud y que combinaban establecimiento de salud con intervenciones basadas en comunidad, tuvieron los mayores incrementos en tasas de lactancia materna, excepto en LME de 1 a 5 meses, donde el mayor incremento resultó de intervenciones basadas en comunidad.	
Consejería Nutricional para promoción de prácticas adecuadas de nutrición infantil							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Revisión Sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años	Velasquez A., Zavala R.	MIDIS 2010	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue actualizar la situación actual de la evidencia sobre el impacto de las consejerías en la reducción de la desnutrición de niños menores de dos años en países en desarrollo y en poblaciones de escasos recursos.	Las consejerías nutricionales producen mayores incrementos en los índices de Peso para edad y Peso para talla comparados con los niños de los grupos control. La ganancia en peso de acuerdo al Z score Peso para talla es de 0.3961 (IC 95%: 0.1301-0.6621) y la ganancia de peso de acuerdo al Z score de peso para la edad es de 0.4814 (IC 95%: 0.2143-0.7485). Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños.	
Educación para promoción de prácticas de higiene							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
	Hand washing promotion for preventing diarrhoea	Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA	Cochrane Database Syst Rev. 2015	Revisión sistemática y meta-análisis	El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de las intervenciones para promover el lavado de manos en los episodios de diarrea en niños y adultos.	Promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas, previene aprox. un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos (RR 0.70, IC 95% 0.59-0.85), y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos (RR 0.66, IC 95% 0.43-0.99). Promoción de lavado de manos a nivel comunitario en países de medianos y pequeños ingresos probablemente previene un cuarto de los episodios	A1

Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna							
						de diarrea (RR 0.72, IC 95% 0.62-0.83).	
Consejería y Educación nutricional para Prevención de Desnutrición Crónica							
N	Título	Autores	Revista. año	Tipo de estudio	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review.	Lassi ZS, Das JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2013	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar el impacto de la educación en alimentación complementaria (AC) y en la entrega de AC con o sin educación sobre el crecimiento y morbilidad en niños menores de 2 años de edad en países de medianos y bajos ingresos.	Las intervenciones de educación nutricional en comunidades con seguridad alimentaria estuvieron asociadas con mayor ganancia de talla (DMS 0.35, 95% IC 0.08-0.62), Z TE (DMS 0.22, 95% IC 0.01-0.43) y ganancia de peso (DMS 0.40, 95% IC 0.02-0.78). No se observaron efectos significativos con retardo en el crecimiento o Z PE. Las intervenciones de educación nutricional en comunidades con inseguridad alimentaria, estuvieron asociadas significativamente con mayores indicadores Z TE (DMS 0.25, 95% IC 0.09-0.42), Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.12-0.41), y menor prevalencia de retardo en el crecimiento (RR 0.68, 95% IC 0.60-0.76) La entrega de complementación alimentaria con o sin educación nutricionales en comunidades con inseguridad alimentaria, estuvo asociada con mayores indicadores Z TE (DMS 0.39, 95% IC 0.05-0.73) y Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.04-0.48), pero no se observó efectos significativos con la prevalencia de retardo en el crecimiento.	A1
	Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in	Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA.	BMC Public Health. 2011	Revisión sistemática y meta-análisis	La revisión buscó evaluar la efectividad de las dos estrategias más comunmente aplicadas de alimentación complementaria: entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería	Ambas intervenciones: Incrementos significativos en peso (DMP 0.34 DS, IC 95% 0.11-0.56 y 0.30 DS, IC 95% 0.05-0.54, respectivamente), y crecimiento lineal (DMP 0.26 DS, IC 95% 0.08-0.43 y 0.21 DS, IC 95% 0.01-0.41,	A1

Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna							
	developing countries.				nutricional) y educación a las madres sobre prácticas de alimentación complementaria para el crecimiento infantil.	respectivamente). La entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) incrementó una ganancia extra de peso de 0.25 kg (+ - 0.18) y en talla 0.54 cm (+ - 0.38) en niños de 6 a 24 meses. La educación de la madre en temas de alimentación complementaria produjo una ganancia extra de peso de 0.30 kg (+ - 0.26) y de talla de 0.49 cm (+ - 0.50) en los grupos de intervención comparado con grupo control.	
	Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial.	Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE.	Lancet. 2005	Ensayo clínico aleatorizado	El objetivo del estudio fue evaluar una intervención nutricional en una zona pobre periurbana, para mejorar la calidad y cobertura de la educación nutricional existente e introducir un sistema de acreditación en seis establecimientos de salud públicos, comparados con seis establecimientos control.	Los cuidadores de las zonas de intervención tuvieron más probabilidad de reportar haber recibido consejería nutricional desde el servicios de salud comparados con los grupos control (16 [52%] of 31 vs 9 [24%] of 37, p=0.02). A los 6 meses se observaron mejoras en las prácticas de alimentación infantil: más bebés de las zonas de intervención fueron alimentados con alimentos densos en nutrientes en el almuerzo que los controles (48 [31%] of 157 vs 29 [20%] of 147; diferencia entre grupos 19 [11%], p=0.03). Los niños de las zonas de control tuvieron más probabilidad de presentar desnutrición crónica a los 18 meses comparados con los niños de intervención (26 [16%] of 165 vs 8 [5%] of 171; ORa 3.04 [95% CI 1.21-7.64])	A3

d) Evidencia de los productos de promoción de la salud:

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia	
1	Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: a systematic review.	Curtis, et al.	2003	Secundaria	Diseño de estudio: Revisión sistemática. Objetivo: Determinar el impacto que genera el lavado de manos con jabón en el riesgo de enfermedades diarreicas en la comunidad. Estudios: Siete estudios de intervención (seis casos y controles, dos estudios transversales y dos estudios de cohortes) fueron localizados en bases de datos electrónicas, búsqueda manual y las colecciones de los autores.	Resultado: El riesgo relativo combinado de enfermedad diarreica asociada a no lavarse las manos a partir de los ensayos de intervención fue de 1.88 (IC del 95%: 1.31-2.68), lo que implica que el lavado de manos puede reducir el riesgo de diarrea en un 47%. Cuando se combinaron todos los estudios, sólo los de alta calidad y sólo aquellos estudios que citan específicamente lavado de manos con jabón, la reducción del riesgo varió desde 42 hasta 44%. Los riesgos de infecciones intestinales graves y de shigelosis se asociaron con reducciones de 48% y 59%, respectivamente. En ausencia de estudios de mortalidad adecuados, se extrapolo el número potencial de muertes por diarrea que se podrían evitar con el lavado de manos en alrededor de un millón (1.1 millón, estimación inferior 0.5 millones, estimación superior 1.4 millones). Los resultados pudieron verse afectados por la mala calidad de muchos de los estudios y pudieron ser magnificados por el sesgo de publicación. En las pruebas actuales, lavarse las manos con jabón puede reducir el riesgo de enfermedades diarreicas entre 42-47% y las intervenciones para promover el lavado de manos podrían salvar un millón de vidas. Se necesitan más ensayos y mejor diseñados para medir el impacto de lavarse las manos sobre la diarrea y las infecciones	A2	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
							respiratorias agudas en los países en desarrollo.	
2	The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-analysis for the US Preventive Services Task Force.	Guise JM, et al.	2003	Secundaria	Diseño de estudio: Revisión sistemática y meta-análisis Selección del estudio: Se seleccionó estudios randomizados controlados y estudios de cohortes llevadas a cabo en países desarrollados. Se buscó estudios concernientes a consejería o intervenciones en el comportamiento brindadas en la práctica clínica, la cual se implementó para mejorar la iniciación de la lactancia materna y duración de la misma. Las intervenciones fueron llevadas a cabo por médicos, enfermeras o por pares; las intervenciones fueron realizadas en hospitales, clínicas, hogares o en cualquier otro lugar.	Resultados: Se incluyeron treinta estudios controlados aleatorizados y no aleatorizados, y 5 revisiones sistemáticas sobre consejería en lactancia materna. Los programas educativos tuvieron el mayor efecto en cada intervención tanto en la iniciación (diferencia de 0,23, 95% intervalo de confianza [IC], 0,12-0,34) y la duración a corto plazo (diferencia de 0,39, IC 95%, 0,27-0,50). Los programas de apoyo llevadas a cabo por teléfono, en persona o en ambos casos aumentaron la lactancia materna a corto plazo (diferencia de 0,11, IC 95%, 0,03-0,19) y la duración a largo plazo (diferencia de 0,08, IC 95%, 0,02 hasta 0,16). En contraste, los materiales escritos tales como folletos no aumentaron significativamente la lactancia materna. Los datos fueron insuficientes para determinar si la combinación de la educación con el apoyo fue más eficaz que la educación por sí sola.	A2	
3	Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions	Couto de Oliveira MI	2001	Secundaria	Diseño de estudio: Revisión sistemática. Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre intervenciones de atención primaria para prolongar la duración de la lactancia materna que se pueda definir en un programa efectivo de promoción, protección y apoyo a la lactancia. Selección de los estudios: Se revisó información disponible de 1980 a 1999. Se incluyeron los estudios con diseños experimentales o cuasi-experimentales. Aquellos con diseños observacionales fueron excluidos. Los estudios con problemas metodológicos fueron incluidos en el texto	Resultados: El resultado evaluado fue la duración de la lactancia materna. Los resultados de la mayoría de los estudios incluidos fueron la extensión de exclusiva, plena o cualquier tipo de lactancia materna en momentos diferentes de 4 semanas a 6 meses. La proporción de madres en periodo de lactancia o hasta en un punto específico en el tiempo fue la principal medida de resultado utilizada. Los estudios que sólo informaron el efecto de una intervención en el conocimiento de la madre de la lactancia materna, la decisión sobre la alimentación infantil o iniciación de la lactancia, en lugar de duración del	A2	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						de la revisión con comentarios sobre su validez. Intervenciones específicas incluidas: Los criterios de inclusión fueron las intervenciones de atención primaria diseñadas para extender la duración de la lactancia materna (exclusiva completa o cualquier tipo de lactancia materna, durante el periodo prenatal y/o puerperio). Las intervenciones aplicables al ámbito de la atención primaria se definieron como de baja complejidad, que no exigen hospitalización y estaban relacionadas con el cuidado de la salud general de la población. Las intervenciones incluidas se llevaron a cabo en los hogares de las mujeres (34%), las unidades de atención primaria de salud (29%), las clínicas de los hospitales (29%) y la comunidad (8%). Participantes incluidos: Madres embarazadas o en periodo de lactancia. Se excluyeron las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo (no definido).	amamantamiento, fueron excluidos. Las intervenciones se analizaron por separado para lo siguiente: la fase prenatal; la fase postnatal; las fases pre y postnatal; las fases de hospital y postnatales; y el prenatal, hospital y fases postnatales. Internamente se discutieron estudios válidos y metodológicamente defectuosos por separado dentro de cada sección. Se incluyeron estudios de 33 experimentales y 31 cuasi-experimentales. 27 de ellos tenían problemas metodológicos. Los restantes 37 (20 253 participantes) se consideraron estudios internos válidos. De éstos, 27 eran ensayos controlados aleatorios (ECA) con 7.892 participantes y 10 eran estudios cuasi-experimentales con 12.361 participantes (un ensayo proporcionó 10.128 participantes). Las intervenciones se centraron en gran medida en las visitas domiciliarias y/o soporte telefónico. Tres intervenciones no mostraron ningún efecto sobre la duración de la lactancia materna, dos indicaron un efecto marginal y cuatro fueron eficaces, pero tenían una amplia gama de resultados que hacen difícil la interpretación. Se consideraron 3 estudios adicionales a tener problemas metodológicos que impedían un análisis fiable de los resultados. Las intervenciones más eficaces combinan generalmente la información personal, orientación y apoyo, y eran a largo plazo e intensivo. Con la excepción de un estudio, las intervenciones que abarcan el periodo prenatal o ambos periodos fueron en general más eficaz que los llevados a	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
							cabo sólo durante la fase postnatal. Las estrategias más efectivas fueron las sesiones de grupo durante la fase prenatal, visitas domiciliarias durante la fase post-natal o en ambos períodos, y la combinación de sesiones de grupo, visitas a domicilio y sesiones individuales en las intervenciones que abarcan ambos períodos. Sesiones individuales llevadas a cabo durante la fase de post-natal o en ambos períodos fueron también eficaces.	
1	Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster randomised controlled trial	Penny M, et al.	2005	Primaria	Diseño del estudio: Estudio experimental controlado y aleatorizado. Objetivo: Mejorar las prácticas de alimentación complementaria y nutrición infantil en base a una intervención educativa. Población objetivo: Recién nacidos a término, lactantes. Metodología: Ocho municipios de Laishui, una zona rural de China, fueron asignados al azar al grupo de intervención o de control. Se seleccionaron recién nacidos a término (hijo único y sin grandes defectos al nacimiento) y lactantes 2-4 meses de edad. Un total de 599 niños sanos de se inscribieron y fueron seguidos hasta el 1° año de edad. Se desarrolló un plan de intervención que comprendió cuatro grandes componentes: (i) sesión de entrenamiento grupal sobre selección de alimentos, preparación e higiene, nutrición infantil y crecimiento, y percepción del estilo de la alimentación; (ii) sesiones demostrativas para la preparación de alimentos disponibles, asequibles,	Resultados: Se encontró que se mejoró las prácticas de diversidad de alimentos, frecuencia de las comidas y de higiene en el grupo de intervención. Los recién nacidos en el grupo de intervención ganaron 0,22 kg más de peso (95% CI 0,003, 0,45 kg, p = 0,047) y ganaron 0,66 cm más largo (IC del 95%: 0,03, 1,29 cm, p = 0,04) que los controles durante el período de estudio.	A3	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						aceptables y ricos en nutrientes tales como huevo, tomate, frijol, la carne, el pollo y el hígado; (iii) folletos que contenían orientación sobre la alimentación infantil y métodos de preparación de recetas recomendadas; y (iv) visitas a domicilio cada tres meses para identificar los posibles problemas de alimentación y proporcionar consejería individual. Miembros importantes de la familia, principalmente padres, y miembros de la comunidad como los médicos de las aldeas y los líderes de los comités fueron implicados en la intervención para que pudieran proporcionar una ambiente de apoyo para el cambio de las prácticas de alimentación. El grupo de control recibió un paquete estándar de atención de salud del niño en los hospitales municipales que incluían consejería sobre lactancia, pero no contenían información sobre la alimentación complementaria En el grupo de intervención se difundieron mensajes educativos y recetas mejoradas preparadas en casa a los cuidadores a través de capacitaciones grupales y visitas domiciliarias. Cuestionarios y mediciones antropométricas fueron tomadas al inicio del estudio y las edades de 6, 9 y 12 meses. El análisis fue por intención de tratar.		
	Effect of intervention on promotion of exclusive breast feeding.	Akram DS, et al.	1997	Primaria	Diseño del estudio: Estudio experimental controlado. Objetivo: Mejorar las prácticas de lactancia materna, incluyendo la promoción de la lactancia materna exclusiva y la entrega del calostro a los recién nacidos. Grupo de estudio: Sesenta y siete madres se	Resultados: 66% de las madres del grupo control dieron pre-lácteos en comparación con 31% del grupo de intervención (p <0,0001). El calostro fue dado por el 97% de las madres del grupo de intervención y el 3% del grupo control. La mayoría (94%) de las madres del grupo de intervención continuó la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses de edad frente a un 7% en el grupo	A3	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
					registraron en el grupo de intervención y 53 en el grupo control. Intervención: La intervención consistió en mensajes de salud "predefinidos" que habían sido sometidos a pruebas previas en un grupo de mujeres del mismo estatus socioeconómico y alfabetización como los del grupo de estudio. Los mensajes fueron probados previamente con los individuos y con grupos: se observó las votaciones de estas mujeres y se hicieron los cambios adecuados en los mensajes de salud. Se realizó visitas domiciliarias por el personal de salud y promotores de salud, quienes fueron capacitados previamente. Los mensajes de salud explicaron el significado de la lactancia materna exclusiva, de sus ventajas y subrayaron el papel protector de calostro y la pronta iniciación de la lactancia materna después del nacimiento. Las madres fueron informadas sobre las desventajas de los alimentos pre-lácteos. También se les aconsejó sobre la nutrición y los hábitos alimenticios y de cuidado de la mama durante el embarazo y la lactancia. Estos mensajes de salud predefinidos se presentaron en forma de rotafolios pictóricas, fotografías que representan diferentes posiciones de amamantamiento y por medio de la comunicación verbal de los trabajadores de la salud capacitados. Los mensajes de salud fueron proporcionados generalmente a las madres en - el grupo de intervención una semanalmente, empezando un mes antes de la fecha prevista de entrega. Desde un mes después de la entrega hasta seis meses después del parto, los mensajes se dieron a intervalos quincenales. Los mensajes fueron se dieron uno a	control. Se concluyó que los programas de educación para la salud en el periodo prenatal, así como después del nacimiento pueden promover prácticas de lactancia materna exclusiva.	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
					uno a través de visitas domiciliarias y discusiones de grupo. A las mujeres del grupo control (no intervención) no se les dio mensajes de salud. Sus prácticas fueron controladas de la misma manera que para el grupo de intervención. La información relativa a la utilización de los alimentos previos a la lactancia y el calostro se recogió dentro de una semana de la entrega. Información posterior respecto a la duración de la lactancia materna y la alimentación complementaria se recogió cada semana. Los trabajadores de salud y promotores de salud dieron inicialmente mensajes saludables en visitas semanales a todas las madres incluidas en el estudio durante 6 meses. Las variables de resultado medidas fueron el cambio en el conocimiento de las madres sobre las prácticas de "alimentación óptima de mama" y el número de madres que practicaron esto en cada grupo. Se definió la lactancia materna exclusiva como el recuento total de calorías que suministra la leche materna. La lactancia materna óptima significó el inicio de la lactancia materna dentro de 1 hora después del nacimiento del bebé, además de alimentación pre-láctea ocasional las primeras 24 horas. Alimentos pre-lácteos eran suplementos orales dadas al bebé antes de la iniciación de la lactancia materna. Lactancia materna parcial fue la alimentación oral distinta a la leche materna que complementa la ingesta total de calorías.		
	Effects on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly	Cattaneo A, et al.	2001	Primaria	Problemas: Tasas de lactancia materna prácticas hospitalarias relacionadas necesitan mejorar en Italia y en otros lugares.	Efectos del cambio: Después que los hospitales de formación mejoraron su cumplimiento con los "diez pasos para una lactancia exitosa", el conocimiento de profesionales de la salud	A3

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
	Hospital Initiative.				La capacitación del personal es necesaria, pero su eficacia evaluación de las necesidades. Población: Ocho hospitales de diferentes regiones de Italia. Diseño: Estudio controlado, no aleatorizado. Los datos recogidos en tres fases. Capacitación después de la primera fase en el grupo 1 y después de la segunda fase en el grupo 2. Estrategias para el cambio: Formación de formadores y la posterior formación de los trabajadores de la salud con una versión ligeramente adaptada del curso Unicef sobre la gestión y la promoción de la lactancia materna. Las medidas clave: mejora de las prácticas hospitalarias.	aumentó de 0,41 a 0,72 en el grupo 1 (de entrenamiento después de la primera fase) y 0,53 a 0,75 en el grupo 2 (después de la segunda fase). La tasa de lactancia materna exclusiva al alta aumentó significativamente después: de 41% a 77% en el grupo 1 y 23% a 73% en el grupo 2, al igual que las tasas de lactancia materna completa (exclusivo más predominante) a los tres meses (37% a 50% en el grupo 1 vs 40% a 59% en el grupo 2) y cualquier lactancia materna a los seis meses (43% a 62% en el grupo 1 vs 41% a 64% en el grupo 2). Conclusiones: Con lecciones aprendidas durante al menos tres días, incluyendo sesiones prácticas y habilidades de consejería resultan eficaces para cambiar las prácticas hospitalarias, el conocimiento de los trabajadores de salud, y las tasas de lactancia materna.		
	Evaluation of a community – based intervention to increase breastfeeding prevalence.	McInnes RJ, et al	2000	Primaria	Diseño del estudio: Estudio cuasi experimental. Población objetivo: Gestantes de bajos ingresos. Objetivo: Determinar si la consejería de pares en el periodo prenatal y postnatal aumentaría la prevalencia y duración de la lactancia materna entre las mujeres de bajos ingresos en Glasgow. Métodos: El estudio fue diseñado como una evaluación cuasi-experimental de un programa de promoción de la lactancia materna en la comunidad. La intervención comprendido consejería de pares de las mujeres embarazadas, el apoyo de las madres que amamantan y actividades locales de sensibilización. Los sujetos de estudio fueron todas	Resultados: De las 995 mujeres que participaron en el estudio, se recolectó información de 919 (92 %) para el análisis a las 6 semanas posteriores al nacimiento. Al ingreso, el 18 % del grupo de intervención y el 21 % del grupo de control manifestaron su intención de amamantar. En el parto, el porcentaje que inició la lactancia materna fue el 23 % de las personas intervenidas y el 20% del grupo control, y a las 6 semanas posteriores al nacimiento, el porcentaje que proporcionó cualquier leche disminuyó al 10% del grupo de intervención y al 8% del grupo control. Utilizando el análisis multivariado para factores (como el estatus socio-económico) la cual se conoce que influyen en la lactancia materna, la prevalencia de la	A3	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						las mujeres que asistieron a la clínica prenatal, ya sea en el área de intervención o control. Los datos fueron recolectados por medio de cuatro cuestionarios de auto-realización, dos administrados antes del parto y dos después del nacimiento. Las proporciones de madres que decidieron amamantar en los grupos de intervención y control se compararon en cada evaluación y en el tiempo.	lactancia fue significativamente mayor en el grupo de intervención en relación con los controles al momento del parto [odds ratio (OR) 2,0; Intervalo de confianza al 95 % (CI) por 1,2-3,1, p = 0,006]. A las 6 semanas después del nacimiento la diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa (OR 1,8; 95% IC 1,0-3,4, p = 0,07).	
2	A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion.	Pisacane A, et al.	2005	Primaria	Diseño: Ensayo controlado. Objetivo: Investigar si el apoyo a las parejas (que reconozcan la importancia de su papel en el éxito de la lactancia materna) se traduce en que más mujeres den de lactar. Grupo de estudio: Padres participantes quienes fueron asignados en bloques y recibieron en 2 meses entrenamiento para el cuidado de los niños. Se llevó a cabo en 280 madres que daban de lactar y sus 280 parejas. El estudio se llevó a cabo en Nápoles, Italia. Se prestó apoyo y asesoramiento sobre la lactancia materna a todas las madres. Entre los padres del grupo de intervención, la sesión de entrenamiento incluyó el manejo de la lactancia, la cual tuvo una duración de aproximadamente 40 minutos; entre los del grupo de control se desarrolló una sesión de entrenamiento pero sin incluir los beneficios de la lactancia materna y tuvo una duración aproximada de 40 minutos por sesión. El resultado primario fue la prevalencia de la lactancia materna completa a los 6 meses. Los resultados secundarios fueron la proporción de mujeres que consideraban que su leche es insuficiente, que dejaron de amamantar debido a los problemas, y que	Resultados: La prevalencia de la lactancia materna completa a los 6 meses fue del 25% (35 de 140) en el grupo de intervención y el 15% (21 de 140) en el grupo control y el de cualquier tipo de lactancia a los 12 meses fue del 19% (27) y 11% (16), respectivamente. La percepción de la insuficiencia de leche fue significativamente más frecuente entre las madres del grupo de control (38 [27%] de 140 frente a 12 [8,6%] de 140), así como la interrupción de la lactancia materna debido a problemas con la lactancia (25 [18%] de 140 vs 6 [4%] de 140). Por otra parte, un número significativamente mayor de mujeres en el grupo de intervención informaron haber recibido el apoyo y la ayuda correspondiente a la alimentación infantil de sus parejas (128 [91%] de 140 frente a 48 [34%] de 140). Entre las mujeres que habían reportado dificultades con la lactancia en los grupos de intervención y control (96 [69%] y 89 [64%], respectivamente), la prevalencia de la lactancia materna completa a los 6 meses fue del 24% y 4,5%, respectivamente.	A3	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						informaron haber recibido ayuda en el manejo de la lactancia materna por parte de sus socios.		
	Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial.	Luby SP, et al.	2005	Primaria	Diseño: Estudio controlado aleatorizado. Población objetivo: familias con niños menores de 5 años. Intervención: En los asentamientos ilegales en Karachi, Pakistán, se seleccionó aleatoriamente a 25 barrios para la promoción del lavado de manos; 11 barrios (306 hogares) fueron asignados al azar como controles. En los barrios en donde se promovió el lavado de manos, se asignó a cada uno de los 300 hogares un jabón antibacterial que contenía 1,2% triclocarbán y jabón común. Los trabajadores de campo visitaron los hogares de manera semanal durante 1 año para fomentar el lavado de manos en los residentes de los hogares y para registrar la información. Los resultados primarios del estudio fueron la diarrea, el impétigo y las infecciones del tracto respiratorio agudo (es decir, el número de nuevos episodios de enfermedad por semanas-persona en riesgo). La neumonía se definió de acuerdo con la definición de caso clínico de la OMS. El análisis fue por intención de tratar.	Resultados: Los niños menores de 5 años en los hogares que recibieron jabón común y promoción del lavado de manos tuvieron una incidencia menor de 50% de neumonía que los controles [IC del 95% (-65% a -34%)]. También se comparó con los controles, los niños menores de 15 años en los hogares con jabón común tuvieron una incidencia menor de 53% de diarrea (-65% a -41%) y una incidencia menor de 34% de impétigo (-52% a -16%). La incidencia de la enfermedad no difirió significativamente entre los hogares que recibieron jabón común en comparación con los que recibieron el jabón antibacteriano.	A3	
3	Observations on handwashing and defecation practices in a shanty town of Lima, Peru.	Hutly SR, et al.	1994	Primaria	Diseño: Estudio de cohortes de dos años de las enfermedades diarreicas en niños de 0-35 meses de zonas de poco desarrollo de Lima. Muestra poblacional: 62 familias fueron escogidos para la observación detallada de las prácticas de higiene. Método: Se registraron todos los episodios de lavado de manos y defecación que ocurrieron	Resultado: El lavado de manos fue visto en 483 ocasiones en 71% de niños índice y en 80% de las madres observadas al menos una vez. El uso de agua limpia, jabón y la minuciosidad del lavado de manos varió según el propósito, con un "mejor" comportamiento, se observó con mayor frecuencia cuando la persona se disponía a salir. Se observaron a 45 niños índice (72%) defecar al menos una vez. Los bebés defecaban en sus	B3	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						durante un periodo de observación de 10 horas (8 am-6 pm). El hijo más joven de cada familia fue seleccionado como el niño índice para la observación.	pañales o ropa; los niños defecaban más indiscriminadamente alrededor del hogar. El lavado de manos después de la defecación fue rara (11% de las ocasiones) y por lo general sin jabón. Las heces se solían quedarse al alcance de los niños y los animales (42% de las ocasiones), sobre todo cuando la defecación ocurría alrededor de la casa/patio, los datos mostraron que esto ocurría con más frecuencia en los hogares con mayores casos de diarrea. Las heces depositadas en el suelo fueron por lo general dejadas de lado, cubierto con tierra o comido por los perros. Las heces depositadas fuera del hogar se quedaron sin tocar con frecuencia durante el periodo de observación. La ropa sucia se solía dejarse o lavarse por separado, y las heces en bacinicas fueron arrojadas en las letrinas.	
	The cost effectiveness of a child nutrition education programme in Peru.	Waters H, et al.	2006	Primaria	Tipo de estudio: Estudio costo-efectividad. Muestra: Se seleccionaron 187 neonatos para ser intervenidos y 190 para el grupo control, de los cuales se realizó seguimiento a 171 neonatos para el primer grupo y 167 neonatos para el grupo control a los 18 meses. Intervención: La intervención promovió mensajes claves para la nutrición infantil, consejería y sesiones demostrativas de preparación de alimentos. Para el apoyo de las actividades se desarrolló material educativo, que incluyeron cartillas y recetas, y la promoción del uso de cartillas de crecimiento. Un equipo externo de profesionales de la salud capacitó a los trabajadores de salud de los establecimientos de salud para desarrollar la intervención basado en	Resultado: La intervención tuvo un claro impacto positivo tanto en el uso de los servicios relacionados con la nutrición y crecimiento de los niños. Los niños en las zonas de intervención hicieron 17,6 visitas a los centros de salud en los primeros 18 meses de vida, en comparación con 14,1 visitas para los niños de las áreas de control (P <0,001). Este patrón fue válido para todos los grupos socioeconómicos. La intervención impidió 11,1 casos de retraso en el crecimiento por cada 100 niños. En el análisis de regresión logística multivariante, los niños intervenidos fueron 0,33 veces más propensos a tener retraso en el desarrollo como los controles (p = 0,002). El costo marginal de la intervención - incluyendo los costes externos, capacitación, materiales de	C1	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						entrevista al cuidador del menor y motivándolos al cambio de comportamiento.	educación de salud y de viaje extra y el equipo - alcanzó los US \$ 6.12 por niño y US \$ 55,16 por caso de retraso del crecimiento impedido. El costo marginal estimado de la intervención por muerte evitada fue de US \$ 1 952.	
4	An intervention for the promotion of hygienic feces disposal behaviors in a shanty town of Lima, Peru.	Yeager BAC, et al.	2002	Primaria	Tipo de estudio: Estudio observacional con control de sesgos. Lugar de estudio: Áreas de poco desarrollo del distrito de San Juan de Lurigancho con deficiencia en servicios básicos. Diseño de la intervención: Sobre la base de investigaciones en las zonas urbanas de Burkina Faso, Curtis et al. (Curtis et al, 1997) identificaron cinco preguntas que abordaron en el diseño de una intervención de la higiene: • ¿Qué prácticas ponen a los niños en riesgo de infección? • ¿Qué prácticas son una prioridad para la intervención? • ¿Qué miembros de la comunidad deben ser abordados? • ¿Cómo podemos construir sobre la percepción de higiene y diarrea para motivar cambios de comportamiento? • ¿Qué medios de comunicación y qué materiales probablemente que sean más eficaces? Se analizó aproximadamente 50 comportamientos de higiene en la investigación, en términos de su impacto en la salud y la viabilidad de la adopción (Academia para el Desarrollo Educativo, 1995). La viabilidad de la adopción se dividió en ocho criterios:	Resultados: Los indicadores de proceso y de impacto se midieron a través de cuestionarios y observaciones de 4 h estructuradas realizadas en más de 600 hogares tanto de aplicación antes y después de la intervención, y a través de las actividades de monitoreo de intervención. Los materiales de intervención y enfoque fueron bien recibidos por la comunidad de estudio; sin embargo, en el marco de tiempo del proyecto se logró una cobertura limitada de la audiencia objetivo, que era insuficiente para producir un impacto en los comportamientos.	C1	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES					
					consecuencias positivas de la conducta, compatibilidad con el conocimiento existente, similitud con las conductas existentes, costo en dinero o recursos, coste en tiempo y esfuerzo, complejidad, frecuencia y duración. Se dio puntaje para cada criterio por cada miembro del equipo del proyecto. Al final del ejercicio, los resultados se promediaron y una puntuación combinada (+ impacto de viabilidad) se calculó para cada comportamiento. La intervención se centró en los comportamientos que habían recibido las mejores puntuaciones combinadas, que fueron los relacionados con el uso higiénico de urinarios por los niños en el grupo de edad de 15 a 47 meses y mantener el ambiente del hogar libre de heces y fuera del alcance de los niños pequeños. Basándose en los ensayos de Mejora del enfoque de Prácticas (Dickin et al., 1997), la viabilidad de la adopción de estas conductas se ensayó adicionalmente en un micro-ensayo con un pequeño grupo de madres. Las actividades de intervención tuvieron lugar durante un período de 6 meses en centros y puestos de salud de 04 comunidades de intervención; otras 04 comunidades actuaron como grupo de comparación.		
	Successful breast feeding as a result of a health education programme for mothers	Hoyer S, et al.	2000	Primaria	Diseño del estudio: Estudio observacional. Población objetivo: madres que dan de lactar. Objetivo: Mejorar las prácticas de lactancia materna en madres que recibieron instrucciones escritas para una lactancia exitosa. Metodología: Las instrucciones se basan en los	Resultados: Todas las madres del estudio comenzaron en el periodo de lactancia. Al final del primer mes 84,7% de ellas estaban todavía en periodo de lactancia, mientras que para el final del tercer mes se redujo a 74,9%, y para el final del sexto mes a 45,8%. Entre estos, se practicaba la lactancia materna por sí sola en la primera semana en un 25,7%, para el final del primer mes en un	C1

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
						resultados de un estudio llevado a cabo en Eslovenia en 1993 y publicado en el Journal of Advanced Nursing (1998), 27, 1250-1256 (Hoyer y Pokorn 1998). Las variables que fueron luego encontrados estadísticamente significativas en el periodo de lactancia inicial y continua se convirtieron en la base de instrucciones escritas para la lactancia. Los resultados obtenidos en el estudio actual se compararon con el estudio base que incluía 881 madres. Esto fue posible debido a que las condiciones de la lactancia materna entre 1993 y 1995 (cuando se lanzó el nuevo estudio) no habían cambiado. La idea de la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) aún no había entrado en vigor en Eslovenia. El estudio comprendía 203 mujeres embarazadas que fueron visitadas por primera vez durante su octavo mes de embarazo. Con el fin de recoger datos sobre la lactancia materna y entregar instrucciones, una enfermera de campo visitó cada madre ocho veces hasta la finalización del primer año y continuó la visita cada tres meses y para todos los que estaban todavía en periodo de lactancia después de ese tiempo, hasta que el final del periodo de lactancia.	16,4%, y para el final del tercer mes en un 9,5%. Todos los parámetros observados fueron mejores que en el estudio básico. La duración media de la lactancia materna fue de 217 días, mientras que la duración más larga fue de 852 días. El análisis de supervivencia mostró una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la lactancia materna.	
	Revisión Sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5	Aníbal Velásquez, Renzo	AI 2010	Primaria	Objetivo: Actualizar la situación actual de la evidencia sobre el impacto de las consejerías en la reducción de la desnutrición de niños menores de dos años en países en desarrollo y en poblaciones de escasos recursos. Métodos: Bases de datos Medline y Cochrane Library que fueron indizados al 05 de noviembre del 2010. Se utilizaron criterios de elegibilidad (madres y/o cuidadoras de niños de 0 a 24 meses expuestas	Resultados: En Medline se encontró 544 referencias de los cuales se seleccionaron 31 artículos para su revisión del texto completo. Se evaluó la calidad de la investigación de estos artículos de los cuales quedaron 6 artículos que sirvieron para el meta-análisis y conclusiones de esta revisión. Estas investigaciones fueron publicadas entre 1992 y el 2008, cuatro de los estudios son experimentos con grupo control y	A2	

Factor abordado		FAMILIAS SALUDABLES						
	años.	Zavala				a consejerías y que midieron su efecto en el estado nutricional. Luego se evaluó la calidad de los artículos que cumplían con estos criterios y finalmente se realizó un meta-análisis de los resultados de aquellos estudios seleccionados que tuvieron la información disponible.	asignación aleatoria, y dos de ellos, además fueron simple ciego. El meta-análisis de la eficacia de las consejerías en los puntajes Z de peso para la edad y puntajes Z de peso para la talla muestra que las consejerías nutricionales incrementan el peso correspondiente a cada edad y a cada talla más que en los niños de los grupos control. La ganancia de peso en los puntajes Z de peso para la talla es de 0.3961 (IC 95%: 0.1301; 0.6621) y la ganancia de peso en los puntajes de Z de peso para la edad es de 0.4814 (IC 95%: 0.2143; 0.7485). Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños. Conclusiones: Las consejerías tienen un impacto positivo en el crecimiento de los niños. Las estrategias de consejería a través de los servicios de salud o por acción de personas de la comunidad o pares de madres con hijos son igualmente efectivas. Los mensajes de las consejerías basados en guías de la OMS y UNICEF son útiles para estos programas adaptándolas a los patrones culturales y nivel educativo de las madres.	

Factor abordado		CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO						
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia	
1	Programa Buen Inicio: Evaluación Externa.	Lechtig, Aarón. UNICEF.	2007	Estudio experimental al prospectivo	Título: Programa Buen Inicio: Evaluación Externa Efecto de la participación comunitaria en la reducción de la desnutrición infantil. Objetivo: Combatir la desnutrición crónica en poblaciones rurales y urbanas pobres de cuatro departamentos de la sierra y selva del Perú. Tipo de estudio: Experimental prospectivo. Metodología: La evaluación del programa incluyó la búsqueda de respuestas a determinados interrogantes (problemas), la intervención ¿Cómo avanzó?, la inversión, el impacto y grado de causalidad, el beneficio de la inversión, los efectos colaterales, las lecciones aprendidas, las sugerencias para mejorarlo, la utilidad de la experiencia para la lucha contra la desnutrición crónica en el Perú.	Se redujo 4.3 puntos porcentuales por año en la prevalencia de desnutrición crónica en niños de las áreas más pobres de la sierra y de la selva, en un período de cuatro años de implementación (2000-2004). Además, una reducción de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro del orden de 5.9 puntos porcentuales por año y una reducción de 6.2 puntos porcentuales por año de la prevalencia de hipovitaminosis A. En todos los casos, se analizaron las variables tanto en forma discreta (presencia o ausencia de desnutrición) como continua (Z scores en antropometría). La correlación entre la variable discreta y la variable continua (Z scores en antropometría). La correlación entre la variable discreta y la variable continua en la muestra total fue de 0.748 (n=692; p menor de 0.01). La correlación en la muestra de 19 comunidades fue de 0.751 (n=318; p menor de 0.01).	A1	
2	Improving breastfeeding practices on a broad scale at the community level: Success stories from Africa and Latin America.	Quinn V, et al.	2005	Observacional	Título: La movilización comunitaria/coalición multisectorial local contribuyen al incremento de LME. Objetivos: Dar a conocer los programas de cambio de comportamiento a nivel comunitario a gran escala destinados a mejorar prácticas de lactancia que fueron implementadas en 3 países. Tipo de estudio:	Resultados: Más de 3 a 4 años, el inicio oportuno de la lactancia materna (en 1 hora de nacimiento) se incrementó de 56% a 74% (P menor de 001) en Bolivia, 32% a 40% (p menor de 0,5) en Ghana, y el 34% al 78% (p menor de 001) en Madagascar. Aumentos marcados en la lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses de edad también fueron documentados: de 54% a 65% (P menor de 001) en Bolivia, el 68% a 79% (P menor 001) en Ghana, y 46% a 68 % (P menor de 001) en Madagascar.	C1	

Factor abordado		CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO						
					Metodología: Estos programas llegaron a poblaciones considerables: Bolivia, 1.000.000; Ghana, 3,5 millones; y Madagascar, 6 millones. Se realizó una serie de componentes como: <i>intervención</i> : Un coordinador nacional fue contratado en cada país para supervisar el diseño. <i>Asociaciones, creación de capacidades, cambio de comportamiento, actividades comunitarias</i> , posteriormente se hizo el enfoque de evaluación del programa.	En Ghana y Madagascar, los resultados significativos fueron vistos dentro de 1 año de intervenciones comunitarias. Conclusiones: Los autores concluyen que los programas a gran escala diseñados para mejorar las prácticas de lactancia materna son viables y deben ser un componente central de cualquier estrategia de supervivencia de los niños.		
3	Improving breastfeeding behaviors: Evidence from two decades of intervention research.	Green CP.	1999.	Revisión sistemática	Título: Revisión de diversas evidencias sobre el efecto de programas IEC en la adopción de la práctica LME. Tipo de Estudio: Revisión sistemática (sin uso de meta-análisis) Objetivos: este documento resume la investigación disponible sobre las intervenciones específicas destinadas a mejorar la lactancia materna. Metodología: intervenciones destinadas a mejorar cuatro comportamientos clave de lactancia materna: el inicio temprano de la lactancia materna, meses, y continuó la lactancia materna a través del segundo año y más allá. Aclara lo que se conoce acerca de la mejora de estas prácticas con el fin de orientar a los planificadores y gerente del programa. Más de 50 estudios en todo el mundo se han identificado que tuvo una intervención dirigida a influir en una de las cuatro conductas e informó los datos en uno o más de esos comportamientos.	Resultados: Los resultados indicaron que sólo 1 de los 51 estudios examinaron el impacto de cambios en las políticas nacionales, y pocos examinaron el impacto de la educación prenatal en forma aislada de otras intervenciones. Algunos resultados sugieren que la educación prenatal, cuando se combina con otras intervenciones (por ejemplo, la capacitación de los proveedores de salud y el acceso a las clínicas de apoyo a la lactancia ambulatoria) relacionados con la mejora de las prácticas de lactancia. Muchos estudios documentan el impacto de las prácticas hospitalarias cambiantes, y señaló que el asesoramiento y descarga de paquetes de apoyo a la lactancia materna, y la formación del personal del hospital en el manejo de la lactancia, impactados drásticamente las tasas de lactancia materna exclusiva. La mayoría de los estudios sugieren que la consejería de padres y el apoyo social impactan positivamente el inicio de la lactancia materna, dando asesoramiento y orientación del calostro, por los trabajadores de salud fue mixta.	A2	

Factor abordado		CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO					
4	Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran.	Froozani MD, et al.	1999	Ensayo clínico randomizado, cuasi experimental	Título: Efecto de las sesiones educativas en la adopción de la LME. Tipo de estudio: Estudio cuasi-experimental. Objetivos: para investigar el efecto de la educación sobre lactancia materna, en Shiraz capital de la provincia de Fars, República de Irán. Metodología: se realizó en Shiraz, la República Islámica de Irán, en 120 pares de madres y recién nacidos en un hospital materno que tenía un programa de alojamiento conjunto. Las 59 madres en el grupo de estudio reciben breastfeeding educación, cara a cara, después del parto y durante el seguimiento durante 4 meses en la salud materno-infantil (SMI) centro o en sus hogares; los 61 madres restantes comprenden el grupo de control	Resultados: Las tasas de lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor en el grupo de estudio (54%) que en el grupo control (6,5%), pero el 5% y el 18% de los niños, respectivamente, en los grupos de estudio y control habían dejado de amamantar a la edad de 4 meses. El número medio de días de diarrea experimentada por los niños del grupo de estudio fue significativamente menor (P menor de 0,004) que en el grupo control. Al final de 4 meses, la duración media de peso de los recién nacidos fueron significativamente mayores (ambos p menor de 0,05) en el grupo de estudio que en el grupo control. Conclusiones: Los hallazgos indican que el alojamiento conjunto es muy importante para promover la lactancia materna exclusiva y que hay una necesidad de educación sobre lactancia materna continua de las madres.	B1
5	Breastfeeding in a low income population program to increase incident and duration.	Brent N, et al.	1995	Ensayo clínico randomizado, sin ciego	Título: Instrucciones sobre lactancia a mujeres desde la etapa prenatal hasta el año de nacimiento vs cuidados estándares de la institución. Objetivos: Para evaluar la eficacia de un programa de intervención para aumentar la lactancia materna en una población de bajos ingresos del centro de la ciudad. Tipo de estudio: Un ensayo clínico no ciego, controlado y aleatorizado. Metodología: Los pacientes fueron seguidos durante el embarazo, el parto y el primer año de vida del bebé o hasta el momento del destete del pecho, lo que ocurriera primero. Este programa consistió en	Resultados: Hubo una incidencia marcadamente superior de la lactancia materna en el grupo de intervención, en comparación con la del grupo control (61% vs 32%, respectivamente; $P = 0,002$). La duración de la lactancia materna también fue significativamente mayor en el grupo de intervención ($p = 0,005$). Conclusiones: Este programa de la lactancia aumenta la incidencia y la duración de la lactancia materna en nuestra cohorte de bajos ingresos. Sugerimos que los esfuerzos similares que se aplican a poblaciones análogas pueden aumentar la incidencia y la duración de la lactancia materna en poblaciones de bajos ingresos en los Estados	A3

Factor abordado		CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO						
					consultas individuales prenatal lactancia, rondas diarias por la consultora de lactancia en la unidad de posparto, y seguimiento ambulatorio a las 48 horas después de la aprobación de la gestión, en el momento en que el bebé era de 1 semana de edad, y en todas las futuras visitas de supervisión de la salud para los bebés de hasta 1 año de edad.	Unidos		
6	Breast feeding training for health professional and resultant institutional changes.	Westphal MF, et al.	1995	Ensayo clínico randomizado, antes y después	Título: Cursos de entrenamiento a profesionales de salud para mejora de sus conocimientos. Objetivos: Para cuantificar el cambio en la duración de la lactancia entre las madres atendidas por el hospital expuestas al curso Wellstart-SLC, comparándolas con el cambio entre las madres de instituciones que no asisten al curso. Tipo de estudio: Ensayo aleatorizado institucional. Metodología: Para cada uno de los ocho hospitales del estudio, dos grupos de unos 50 niños fueron visitados en el país al mes ya los seis meses siguientes después del nacimiento. La primera cohorte (n = 494) se compone de los bebés nacidos en el mes antes de la exposición al curso Wellstart-SLC, y la segunda cohorte (n = 476) se compone de los bebés nació seis meses siguientes a esta exposición.	Resultados: Los aumentos en los estimados, las tasas ajustadas para los niños nacidos en hospitales con personal capacitado fueron del 29% (HR = 0,71) y el 20% (HR = 0,80) exclusivamente para la lactancia materna completa. No se identificó ningún cambio para la lactancia materna total. Conclusiones: Este ensayo aleatorio soporta un creciente cuerpo de evidencia de que los profesionales de la salud del hospital de formación en promoción de la lactancia materna y la protección tienen por resultado un aumento de la duración de la lactancia materna.	A3	
7	Effects on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly	Cattaneo A, et al.	2001	Ensayo clínico no randomizado	Título: Cursos de entrenamiento a profesionales de salud para mejora de sus conocimientos ("10 pasos para una LM exitosa"). Objetivos: formación de formadores y la posterior formación de los trabajadores de la salud con una versión ligeramente adaptada del curso Unicef 18	Resultados: Después de los entrenamientos en los hospitales, mejoraron su cumplimiento con los "diez pasos para una lactancia exitosa" de un promedio de 2,4 pasos en la fase uno a 7,7 en la fase tres. Como resultado los conocimientos de los profesionales de la salud aumentaron 0,41 a 0,72 en el grupo 1 (de entrenamiento después de la	A3	

Factor abordado		CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO					
					horas sobre la gestión de la lactancia materna y la promoción. Tipo de estudio: Estudio controlado no randomizado. Metodología: Los datos recogidos en tres fases de entrenamiento después de la primera fase en el grupo 1 de los centros y después de la segunda fase en el grupo 2.	primera fase) y 0,53 a 0,75 en el grupo 2 (después de la segunda fase). La tasa de lactancia materna exclusiva al alta aumentó significativamente después del entrenamiento: 41% a 77% en el grupo 1 un 23% al 73% en el grupo 2, al igual que las tasas de lleno (exclusivo más predominante) lactancia materna a los tres meses (37% al 50% en el grupo 1 y el 41% al 64% en el grupo 2. Recomendaciones: Capacitación para al menos tres días con un curso que incluye sesiones prácticas, habilidades y asesoramiento efectivo en las prácticas hospitalarias. Cambian el conocimiento de los trabajadores de salud, y las tasas de lactancia materna.	
9	The effects on professionals practices of a three-day course on breast feeding.	Valdes V, et al	1995	Transversal	Título: Sesiones educativas grupales brindando información y técnicas sobre Lactancia Materna. Objetivos: el principal objetivo era ofrecer a los profesionales de la salud los conocimientos actualizados sobre la lactancia materna enfoques de gestión y de programas. Metodología: estudio evaluó informó cambios en las prácticas de apoyo a la lactancia materna clínicos tras un período de tres días (24 horas aproximadamente) curso. El curso presentado en la Universidad Católica en Santiago de Chile, incluida la fisiología de la lactancia y la infertilidad de la lactancia, la política relacionada, habilidades clínicas, el método de amenorrea de la lactancia, y los hallazgos relacionados con el programa.	Resultados: Sesenta y nueve por ciento de los encuestados reportó cambios en las prácticas clínicas resultantes de la asistencia al curso. Los resultados apoyan el concepto, que está siendo adelantada por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que un curso de 18 a 24 horas, puede cambiar las prácticas clínicas. Bajo el uso de suplementos alimentarios post natales de 53% A 19% (P<0.01)	C1

Factor abordado		MUNICIPIOS SALUDABLES					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Limitantes de la estrategia de Municipios saludables como política pública en Antioquía.		2005	Primaria	Tipo de estudio: Estudio cualitativo. Población objetivo: Miembros de 20 comunidades. Metodología: Como parte de una evaluación del programa de California Ciudades y Comunidades Saludables (CHCC), se evaluó la participación vecinal, una amplia representación y participación ciudadana más allá de la iniciativa local CHCC. El diseño de la evaluación era un caso de estudio de 20 comunidades participantes con análisis de casos cruzados. Métodos de recolección de datos incluyen: encuestas a los miembros de la coalición en dos puntos en el tiempo, entrevistas semi-estructuradas con informantes clave, grupos focales con miembros de la coalición y revisión de documentos. Las comunidades participantes fueron diversas en términos de densidad de población, la geografía y las características socio-demográficas. Durante un período de 3 años, los beneficiarios desarrollaron una coalición de amplia base de los residentes y de los sectores de la comunidad, produjeron una visión compartida, llevaron a cabo una evaluación de la comunidad basado en los activos, identificaron una comunidad prioritaria, enfocaron su mejora, desarrollaron un plan de acción, implementaron el plan y evaluaron sus esfuerzos. Los residentes locales se dedicaban a través de miembros de la coalición, a las actividades de evaluación y	Resultado: El noventa por ciento de las coaliciones tuvieron seis o más sectores de la comunidad representadas (por ejemplo, educación, fe). La mayoría de las coaliciones describieron al menos un ejemplo de un mayor acercamiento al gobierno en la toma de decisiones a nivel local y por lo menos un residente se involucró más activamente en la vida de su comunidad. Los resultados sugieren que el modelo de Ciudades y Comunidades Saludables puede tener éxito en la facilitación de la participación comunitaria.	D1

Factor abordado		MUNICIPIOS SALUDABLES					
					actividades de aplicación.		

Factor abordado		COMUNIDADES SALUDABLES					
N°	Título	Autor	Año	Fuentes de información	Relación abordada	Comentarios sobre los resultados de la evidencia	Nivel de evidencia
1	Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program)	Kegler MC	2009	Primaria	Tipo de estudio: Estudio cualitativo. Población objetivo: Miembros de 20 comunidades. Metodología: Como parte de una evaluación del programa de California Ciudades y Comunidades Saludables (CHCC), se evaluó la participación vecinal, una amplia representación y participación ciudadana más allá de la iniciativa local CHCC. El diseño de la evaluación era un caso de estudio de 20 comunidades participantes con análisis de casos cruzados. Métodos de recolección de datos incluyen: encuestas a los miembros de la coalición en dos puntos en el tiempo, entrevistas semi-estructuradas con informantes clave, grupos focales con miembros de la coalición y revisión de documentos. Las comunidades participantes fueron diversas en términos de densidad de población, la geografía y las características socio-demográficas. Durante un período de 3 años, los beneficiarios desarrollaron una coalición de amplia base de los residentes y de los sectores de la comunidad, produjeron una visión compartida, llevaron a cabo una evaluación de la comunidad basado en los activos, identificaron una comunidad prioritaria, enfocaron su mejora, desarrollaron un plan de acción, implementaron el	Resultado: El noventa por ciento de las coaliciones tuvieron seis o más sectores de la comunidad representadas (por ejemplo, educación, fe). La mayoría de las coaliciones describieron al menos un ejemplo de un mayor acercamiento al gobierno en la toma de decisiones a nivel local y por lo menos un residente se involucró más activamente en la vida de su comunidad. Los resultados sugieren que el modelo de Ciudades y Comunidades Saludables puede tener éxito en la facilitación de la participación comunitaria.	D2

Factor abordado		COMUNIDADES SALUDABLES						
					plan y evaluaron sus esfuerzos. Los residentes locales se dedicaban a través de miembros de la coalición, a las actividades de evaluación y actividades de aplicación.			