



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**FORTALECIENDO LA SUPLEMENTACIÓN CON
SULFATO FERROSO Y/O MICRONUTRIENTES EN
NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS EN EL PUESTO DE
SALUD SAN NICOLÁS – HUARAZ, 2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

AUTOR:

LIC. ENF. LUIS ENRIQUE SALAZAR SILVESTRE

ASESORA:

MGTR. ENF. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

HUARAZ – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

MGTR. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

Presidenta

MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA

Miembro

MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN

Miembro

AGRADECIMIENTO

Al gran hacedor Dios, por la
fortaleza que me da para poder
continuar afianzando mis
conocimientos.

A mi madre por haberme dado la vida.

A mis hermanas por siempre estar ahí,
apoyándome en todo momento.

A mi esposa e hijos por su
inmenso amor, comprensión y
estimulo constante.

A mi tío Paco Ahumada Tejada por
sus enseñanzas durante mi infancia.

DEDICATORIA

A mi madre, ser único e incomparable; mi mejor guía y motivo de superación.

A las niñas y niños del centro poblado de San Nicolás, con quienes sigo aprendiendo y afianzando mis conocimientos.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por permitirme seguir fortaleciendo mis conocimientos.

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	01
II. HOJA RESUMEN	03
2.1.Título del Proyecto	03
2.2.Localización	03
2.3.Población Beneficiaria	03
2.4.Institución que lo Presenta	03
2.5.Duración del Proyecto	03
2.6.Costo Total	03
2.7.Resumen	04
III. JUSTIFICACIÓN	05
IV. OBJETIVOS	45
V. METAS	45
VI. METODOLOGÍA	46
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	46
6.2.Sostenibilidad del proyecto	50
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	51
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	56
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	58
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	64
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

I. PRESENTACIÓN

La deficiencia de micronutrientes, específicamente el hierro, vitamina A y el zinc, es consecuencia de múltiples factores entre los cuales se destaca de manera directa la dieta pobre en minerales y vitaminas; así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y la población con mayor vulnerabilidad que son los niños y niñas menores de 36 meses (1).

Es así que la suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia, es una intervención de comprobada eficacia en la reducción de la prevalencia de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses, y según recomienda la OMS deber ser implementada en aquellos países con niveles de prevalencia de anemia que superen el 20%, como es el caso de nuestro país, y la jurisdicción del Puesto de Salud San Nicolás.

En la actualidad vemos muy a menudo la existencia de suplementos alimenticios que es un complemento rico en proteínas, carbohidratos, grasas saludables, minerales, vitaminas, etc.; con los cuales las madres logran que sus niños puedan obtener los micronutrientes necesarios para garantizar una alimentación buena y de calidad; pero en combinación con su alimentación normal; ya que estos suplementos alimenticios, al fin y al cabo, son complementos nada más, que nos pueden servir para completar la cantidad necesaria de nutrientes, de acuerdo a ello las madres no deben de descuidar la alimentación diaria de los menores para que así puedan obtener los nutrientes necesarios y así no contraigan enfermedades (2).

En el contexto de esta problemática que se tiene en nuestra jurisdicción, es importante optimar las estrategias de prevención de la anemia a través del cumplimiento del esquema de suplementación en todos los niños(as) menores de 36 meses de edad, ya que muchos padres de familia y/o cuidadores desconocen o no consideran como prioridad la prevención de su salud.

Dentro de esta afirmación en el presenta trabajo académico titulado: **FORTALECIENDO LA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y/O MICRONUTRIENTES EN NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD SAN NICOLÁS – HUARAZ, 2018** se podrá encontrar la metodología de cómo abordaremos el problema, el planteamiento de objetivos y el plan de trabajo; haciendo uso del Modelo de Proyectos de Inversión del “Sistema Nacional de Inversión Pública” y del “autor Bobadilla”. Espero que este trabajo sea de gran ayuda para los gestores en salud y para todos los profesionales que quieren mejorar la problemática de sus centros laborales; y así poder disminuir el riesgo de enfermar de la población infantil.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

FORTALECIENDO LA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y/O MICRONUTRIENTES EN NIÑOS(AS) MENORES DE 2 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD SAN NICOLÁS – HUARAZ, 2018

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Huaraz
Provincia : Huaraz
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

-) **Beneficiarios Directos**: Niños(as) menores de 2 años pertenecientes a la jurisdicción del Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz.
-) **Beneficiarios Indirectos**: Madres y/o cuidadores de los niños(as) menores de 2 años y equipo de salud del Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Puesto de Salud San Nicolás, Micro Red de Salud San Nicolás, Red de Salud Huaylas Sur, Dirección Regional de Salud Ancash, MINSA.

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO: 1 año

Fecha Inicio : Enero 2019.
Fecha Término : Enero 2020.

2.6. COSTO TOTAL: S/. 13,598.00

2.7. RESUMEN:

El presente trabajo académico surge a raíz de la problemática del incumplimiento de la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en los niños(as) menores de 2 años dentro de la jurisdicción del Puesto de Salud San Nicolás; convirtiéndose en un factor de riesgo para la presencia de anemia en niños y niñas de este grupo poblacional.

Por ello, con este trabajo se busca optimizar el cumplimiento del esquema de suplementación de los niños(as) con participación activa de las madres y/o cuidadores y el personal de salud, ya que se constituye como fin fundamental en la prevención de la anemia; y garantizar la ingesta apropiada de los micronutrientes.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la unificación de estrategias que garanticen el cumplimiento de la suplementación en este grupo de riesgo, a fin de disminuir la morbimortalidad infantil en la jurisdicción del Puesto de Salud San Nicolás.

III. JUSTIFICACIÓN:

Una de las principales razones por las cuales se elabora este trabajo, es que aunque en el centro poblado menor de San Nicolás existe un gobierno local que conoce las políticas nacionales que protegen y promueven la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes, muestra una conducta un tanto indiferente y conformista por no tomar el liderazgo para promover, desde un punto de vista intersectorial, la suplementación como una de las primeras maneras de disminuir la anemia y por ende la desnutrición crónica infantil.

Así mismo, se ha podido observar que las madres y/o cuidadores de los niños(as) menores de 2 años de nuestra jurisdicción no ponen en práctica las orientaciones y/o consejerías recibidas cuando acuden con sus menores hijos a los controles de crecimiento y desarrollo, lo que se evidencia en la prevalencia de la anemia y la desnutrición crónica infantil; que es reportado a través del sistema de información del estado nutricional (SIEN). Tal es así que el porcentaje de cobertura de suplementación en el PS. San Nicolás en niños menores de 2 años es de 23,7% y en relación a la desnutrición crónica se tiene un 34,8%.

El Puesto de Salud de San Nicolás, es un establecimiento de primer nivel de atención, con categoría I-2, y cabecera de la Micro Red; cuenta con los servicios de medicina general, odontología, enfermería, obstetricia, psicología, laboratorio y farmacia. La labor asistencial que realiza el personal representa un 80%, quedando la población un tanto desatendida en aspectos relacionados con la promoción y prevención de la salud; actividades que promueven estilos de vida saludable, lo que contribuye con la disminución de las tasas de desnutrición crónica y anemia, a través del manejo de las determinantes sociales de la salud, en

especial el primero y básico que es la lactancia materna, que inicia con la preparación de las gestantes para amantar a sus hijos y luego con las familias para darle sostenibilidad por lo menos hasta que los niños ya tengan 2 años de vida.

Aproximadamente a partir del año 2016, ya se cuenta con el siguiente personal de salud: 2 médicos (plaza bloqueada y SERUMS), 2 odontólogos, 3 enfermeros, 2 obstetras, 1 psicóloga, 4 técnicos de enfermería, 1 técnico en laboratorio, 1 piloto de ambulancia, 1 digitador HIS y 2 digitadores SIS; que atiende a una población aproximada de 25,478 habitantes (INEI) y 3,455 habitantes (censo real), distribuidos en 13 sectores, existiendo en 8 de ellos los bolsones de mayor pobreza, por lo tanto es aquí en donde se debe orientar toda la atención primaria de salud; por lo que se debería abastecer con mayor recurso humano, y de esta manera obtener resultados positivos.

En el Puesto de Salud San Nicolás, específicamente en el consultorio de control del crecimiento y desarrollo del niño sano, se realiza el dicha actividad según la norma técnica sanitaria de control de crecimiento y desarrollo del niños menor de 5 años; el cual incluye evaluación del desarrollo mediante la aplicación de los test EEDP, TEPSI y TPED, evaluación nutricional, orientación y consejería nutricional, descarte de anemia, descarte de parasitosis, administración de suplementación con hierro polimaltosa en gotas, sulfato ferroso en jarabe, micronutrientes en polvo (chispitas o nutromix), vitamina A 100.00 y 200.00 UI; así mismo se administra profilaxis antiparasitaria, se realizan las sesiones educativas y demostrativas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo

que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones) (3).

En América Latina y el Caribe unos 22,5 millones de niños están anémicos. La máxima prevalencia de la malnutrición crónica se concentra en los pequeños de entre 6 y 24 meses, según datos del Banco Mundial (BM). El Banco Mundial calcula que en América Latina y el Caribe 7,2 millones de niños menores de 5 años tienen un retraso del crecimiento, y 22,5 millones están anémicos; donde la máxima prevalencia de malnutrición crónica y de anemia se presenta durante la edad crítica de entre 6 y 24 meses. En un estudio realizado por el Banco Mundial “Como proteger y promover la nutrición de las madres y los niños”, resalta que la intervención en la nutrición durante los 1.000 primeros días de vida tiene mucho sentido desde el punto de vista económico (4).

En nuestro país la deficiencia de hierro es la carencia específica de micronutrientes más extendida y constituye la principal causa de anemia en mujeres en edad fértil, embarazadas, y niños hasta cinco años, en especial los menores de 24 meses. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), el año 2015, la anemia en niños menores de cinco años aumentó, como promedio nacional; 0,7%, pasando de 32,6% en 2015 a 33,3% en 2016.⁵

La anemia infantil a nivel nacional, en 16 de las 25 regiones del país, se incrementó. Callao es la región con el mayor aumento, con un 7,3%, pasando de 27,3% en 2015 a 34,6% en 2016. Las otras regiones con mayor incremento de la anemia infantil son Loreto, con un aumento de 5,9%, de 44 a 49,9%; y Ayacucho, con un alza de 5,6 puntos, de 35,5 a 41,1%. Puno es la región con mayor índice de anemia entre los niños menores de cinco años, pasando de un 61,8% en el 2015 a un 62,3% en 2016; seguida por Loreto, con 49,9%; Pasco, con 49,4% (en 2015 fue de 45,9%); y Ucayali, con 47,2% (en 2015 fue 43,3%) (5).

Los menores índices de anemia infantil se exhiben en las regiones de Cajamarca, con 22,9% (en 2015 era 25,8%); La Libertad, con 23,8% (en 2015 fue 24,7%); y Tacna, con 25,5% (en 2015 fue 27,9%). Siendo la región Ancash la región que tuvo el mayor declive de la anemia infantil, bajando 8,3 puntos; de 37,1% en el año 2015 a 28,8% en el año 2016; esta disminución del índice de anemia se dio gracias a una mejor educación, sobre alimentación, a las madres de niños <3 años, haciendo uso de diferentes formas de intervención como los micronutrientes en polvo y/o los de origen animal; y el desarrollo de lactancia materna (6).

Datos estadísticos del año 2017 nos muestran el comportamiento de los problemas relacionados con la desnutrición crónica infantil (DCI) en la región Ancash en comparación con el promedio nacional; donde el porcentaje de niños <5 años DC en la región Ancash es de 16, 1% estando por encima del promedio nacional 12.8%. En relación a la anemia en niños <3 años según regiones, en la región Ancash de un total de 47,112 niños de 6 a 36 meses, hay

20,164 niños con anemia (42,8%). Así mismo la anemia en niños <3 años según prioridad urbano-rural a nivel de la región Ancash es de 10,191 en la zona urbana y de 10,097 en la zona rural. También este problema de salud pública se ve reflejada en la anemia en mujeres en edad fértil (MEF) con un 12,4% en comparación al promedio nacional que es de un 21,0% y en los adolescentes es de 21,3%; en relación a las gestantes se tiene un 25,1% en comparación al promedio nacional que es de 29,6% (7).

Para el año 2018 (enero – junio), según reportes de la dirección regional de salud Ancash la anemia en niños <3 años por redes de salud, nos muestra que en la Red de Salud Huaylas Sur se tiene un 51.7%, siendo la más elevada en comparación a otras redes de salud. Con respecto a la anemia en niños <3 años por provincias y distritos los reportes muestran que en la provincia de Huaraz la anemia es de 57.5% y como distrito 52.0%, y como región Ancash la anemia en niños menores de 3 años es de un 45,4%. Por lo tanto, la desnutrición crónica en nuestra región en niños menores de 5 años para el 2018, según reportes estadísticos de la dirección regional de salud Ancash muestra un 21,46%, y como provincia de Huaraz un 21.30% (7).

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Donde las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales (entre

ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos (8).

La concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (también llamada ferropenia). Sin embargo, debe medirse, aunque no todas las anemias estén causadas por ferropenia. La prevalencia de la anemia es un indicador sanitario importante y, cuando se utiliza con otras determinaciones de la situación nutricional con respecto al hierro, la concentración de hemoglobina puede proporcionar información sobre la intensidad de la ferropenia (8).

El diagnóstico clínico de la anemia se realiza a través de una anamnesis y el examen físico, donde se evalúa los síntomas y durante el examen físico se tiene en cuenta los siguientes aspectos: observar la coloración de la piel, la búsqueda de la palidez en mucosas oculares, sequedad de piel específicamente en dorso de la muñeca y parte del antebrazo, caída del cabello, coloración del lecho ungueal. También se puede realizar mediante exámenes de ayuda al diagnóstico en laboratorio, donde se mide la concentración de hemoglobina o hematocrito, por diferentes métodos; y en otros establecimientos de mayor complejidad puede pedirse la concentración de ferritina sérica (9).

El tratamiento en los niños con diagnóstico de anemia, deberán recibir sulfato ferroso o hierro; y además dependerá de la condición del niño, sea la edad y condición de nacimiento. Por ello en aquellos niños prematuros y/o con bajo peso al nacer, debe iniciarse a los 30 días de nacido; donde se administrará

en dosis de 4 mg/kg/día por seis meses continuos, y con control de hemoglobina a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento. En niños menores de 6 meses nacidos a término y/o con buen peso al nacimiento, se administrará tratamiento al primer diagnóstico de anemia, a una dosis de 3 mg/kg/día durante 6 meses. Y en aquellos niños comprendidos entre los 6 meses y 11 años de edad, con diagnóstico de anemia, se administrará la dosis de 3 mg/kg/día, durante seis meses continuos, y con dosajes de control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento (9).

El hierro es un metal con funciones de gran importancia debido a que participa en procesos vitales para el ser humano como la respiración celular y los sistemas enzimáticos responsables de la integridad celular. En la naturaleza se encuentra principalmente como óxido, hidróxido férrico o como polímeros; en el organismo el hierro puede actuar como: 1. funcional: formando numerosos compuestos, entre ellos 65% hemoglobina, 15% enzimas que lo utilizan como cofactor o grupo prostético (catalasas, peroxidases, oxigenasas y transportador de los citocromos) y mioglobina 2. como hierro de transporte en la transferrina (entre 0.1 y 0.2%) 3. como hierro de depósito formando la ferritina y la hemosiderina (20%) (10).

El ácido fólico es una vitamina del grupo B (vitamina B9). En el organismo se reduce a ácido tetrahidrofólico, coenzima fundamental en la biosíntesis de aminoácidos y ácidos nucleicos. La deficiencia de ácido fólico, produce una síntesis defectuosa de ADN en cualquier célula que intenta la replicación cromosómica y la división. En la médula ósea, tejido de mayor índice de crecimiento y división celular, la carencia de ácido fólico produce

anemia macrocítica y megaloblástica. Su participación en la biosíntesis de aminoácidos y ácidos nucleicos lo convierte en un factor crucial en la formación del sistema nervioso central, que se desarrolla en humanos entre los días 15 y 28 después de la concepción (11).

Las vitaminas son micronutrientes orgánicos, sin valor energético, necesarias para el hombre en muy pequeñas cantidades y que deben ser aportadas por la dieta, por la alimentación, para mantener la salud. Algunas pueden formarse en cantidades variables en el organismo (vitamina D y niacina se sintetizan endógenamente (la primera se forma en la piel por exposición al sol y la niacina puede obtenerse a partir del triptófano) y las vitaminas K2, B1, B2 y biotina son sintetizadas por bacterias intestinales). Sin embargo, generalmente esta síntesis no es suficiente para cubrir las necesidades, por lo que tienen que ser aportadas por la dieta (12).

La vitamina A, vitamina liposoluble esencial para prevenir la ceguera nocturna, para la visión, para un adecuado crecimiento y funcionamiento del sistema inmunitario y para mantener la piel y las mucosas sanas, pues participa en la síntesis proteica y en la diferenciación celular. Su falta en la dieta provoca una enfermedad denominada xeroftalmia, principal causa de ceguera en los niños; su falta también disminuye la resistencia a las infecciones y produce alteraciones digestivas, nerviosas, musculares y en la piel. En los alimentos se presenta en dos formas: como retinol (vitamina A, ya preformada) en los de origen animal (hígado, leche entera y mantequilla). Como carotenos (Provitamina A) que pueden ser convertidos en retinol en el organismo. Los

carotenos se encuentran en los vegetales, especialmente en verduras y hortalizas (zanahorias, grelos, espinacas, tomates, etc.) y en algunas frutas (12).

La vitamina D, antirraquítica, colecalciferol (D3), ergocalciferol (D2) tiene un papel destacado en la mineralización de los huesos, pues favorece la absorción intestinal de calcio y fósforo y aumenta su reabsorción renal. Recientemente se han descubierto otras muchas funciones relacionadas con el sistema nervioso, cerebro, páncreas, etc. y su papel en la prevención de diversas enfermedades crónicas (ECV, cáncer, etc.). Se obtiene de la dieta (pescados grasos, yema del huevo, hígado, lácteos, mantequilla) y, principalmente, de la síntesis cutánea mediada por la radiación ultravioleta del sol a partir de un precursor que se encuentra en la piel: el 7-dehidrocolesterol (sintetizado en el hígado a partir de colesterol) (12).

Vitamina C o ácido ascórbico, es necesaria para la síntesis de colágeno, para la correcta cicatrización, el normal funcionamiento de las glándulas adrenales y para facilitar la absorción del hierro de los alimentos de origen vegetal. Su carencia, actualmente rara, produce escorbuto, caracterizado por la aparición de hemorragias especialmente en los vasos de pequeño calibre. Por sus propiedades antioxidantes juega un importante papel en la prevención de las cataratas, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades degenerativas. Se encuentra en frutas y hortalizas, especialmente en cítricos, fresas, tomates, pimientos y patatas. Es extraordinariamente termosensible y lábil a la acción del oxígeno y a las radiaciones ultravioletas, por lo que las pérdidas durante los procesos culinarios son importantes. Es la más lábil de todas las vitaminas hidrosolubles (12).

El zinc es un nutriente que las personas necesitan para estar sanas. El zinc se encuentra en las células de todo el cuerpo. Ayuda al sistema inmunitario a combatir bacterias y virus que invaden al cuerpo. El cuerpo también necesita zinc para fabricar proteínas y el ADN, el material genético presente en todas las células. Durante el embarazo, la infancia y la niñez, el organismo requiere zinc para crecer y desarrollarse bien. El zinc también favorece la cicatrización de las heridas y el funcionamiento normal del sentido del gusto y el olfato. Se encuentra presente en muchos alimentos, entre ellos: ostras, carnes rojas, carnes de ave, mariscos como cangrejo y langosta, y cereales para el desayuno fortificados y frijoles, frutos secos, cereales integrales y productos lácteos (13).

Existen diversos agregados alimenticios, en la que el hierro, ion metálico inorgánico, es un componente esencial del organismo, necesario para la formación de hemoglobina y para la realización de procesos oxidativos en los tejidos. El cuerpo humano contiene alrededor de 4.0 g de hierro; de ellos, 65 a 70% está en la hemoglobina. En general, el hierro de la dieta es suficiente para cubrir las necesidades cotidianas, que son alrededor de 1.0 mg en el adulto y en la mujer no menstruante; de 2.0 mg en la mujer menstruante, y de 3.0 mg o más durante el embarazo (5).

Los lactantes y los niños son los grupos más vulnerables a la carencia de micronutrientes, pues necesitan una gran ingesta de vitaminas y minerales para su rápido crecimiento y para un desarrollo adecuado. Las carencias de vitamina y minerales, especialmente de vitamina A, hierro y zinc, contribuyen de forma significativa con la morbimortalidad de los menores de 5 años. Existen intervenciones para prevenir y tratar las carencias de micronutrientes,

como la promoción de la lactancia materna, el enriquecimiento de los alimentos básicos y complementarios o la administración de suplementos. Sin embargo, los impedimentos y obstáculos, como la inobservancia de los tratamientos, la mala aceptación, las deficiencias de los canales de distribución o la escasez de profesionales de la salud capacitados pueden reducir la eficacia e impacto de estas y otras intervenciones para resolver las carencias de micronutrientes (14).

Las deficiencias de vitaminas y minerales repercuten significativamente en el bienestar humano y en el desarrollo económico de las comunidades y de los países. Estas deficiencias pueden dar lugar a serios problemas de salud, comprendida en una menor resistencia a las infecciones, ceguera, letargia, disminución de la capacidad de aprendizaje, retraso mental y, en algunos casos, la muerte. Entre las consecuencias debilitantes de estas deficiencias de la alimentación están la pérdida de capital humano y de productividad de los trabajadores (15).

La medición de hemoglobina en sangre, criterio fundamental que determina si el niño está bien nutrido o si tiene anemia, se efectúa con la finalidad de prevenir y disminuir la incidencia de la anemia nutricional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en niños de 6 meses a 5 años, cataloga la hemoglobina como normal si se encuentra entre 11,0-14,0 g/dl y como anemia si es <11,0 g/dl; así mismo, clasifica a la anemia como: leve 10-10,9 g/dl; moderada 7,0-9,9 g/dl; severa <7,0 g/dl. La concentración de hemoglobina en sangre <11,0 g/dl, implica una disminución en la resistencia contra infecciones, menor resistencia física; viéndose disminuida la formación de mielina, influyendo sobre la velocidad de transmisión neural, con deterioro

del crecimiento y la arborización dendrítica y formación de sinapsis, evidenciado en el déficit del desarrollo de la memoria, los procesos emocionales y funciones motoras (16).

Cuadro N° 01

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en niños (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia según niveles de Hemoglobina (g/dl)			Sin Anemia según niveles de hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1ra semana de vida	<= 13.0			>13.0
2da y 4ta semana de vida	<=10.0			>10.0
5ta y 8va semana de vida	<=8.0			>8.0
Niños nacidos a termino				
Menor de 2 meses	<13.5			13.5 – 18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	<9.5			9.5 – 13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	<7.0	7.0 – 9.9	10.0 – 10.9	>=11.0
Niños de 5 a 11 años	<8.0	8.0 – 10.9	11.0 – 11.4	>=11.5

Fuente: NTS N°134-2017/MINSA

La prevención primaria tiene un objetivo específico, que es el de identificar a los grupos poblacionales que están en peligro de padecer esta enfermedad tales como aquellas mujeres en edad fértil, madres gestantes y niños menores de 5 años, y así poder asegurar una ingesta adecuada de este micronutriente esencial para el crecimiento y desarrollo (9).

Los micronutrientes, son nutrientes requeridos por el organismo en muy pequeñas cantidades, pero que no por eso dejan de ser esenciales y de vital importancia para el buen funcionamiento del mismo. Según su naturaleza química se clasifican en minerales (sustancias inorgánicas) y vitaminas (sustancias orgánicas) y estas últimas a su vez se clasifican en base a su solubilidad en hidrosolubles y liposolubles (17).

Entre otros productos se cuentan con las chispitas o estrellitas que son de consumo instantáneo compuesto por hierro (como fumarato ferroso micro

encapsulado), cada gramo de multimicronutrientes contiene 12,5 mg de hierro elemental, además contiene Zinc (gluconato de zinc 5mg), ácido fólico (160ug), vitamina “A” (300ug), vitamina “C” (ácido ascórbico 30ug) (6).

La mezcla se presenta en sobres de uso único, cuyo contenido sencillamente se espolvorea sobre el alimento antes de su consumo. Con esta intervención, los alimentos pueden enriquecerse tanto en casa como en cualquier otro lugar donde se vayan a consumir; por ello, también se conoce como “fortificación en el lugar de consumo” (1).

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido; se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico, como se señala. Así mismo la entrega del suplemento de hierro y la receta, será realizado por el personal médico o personal de salud capacitado que realiza la atención integral del niño (9).

Cuadro N° 02

Contenido de hierro elemental de los productos existentes en el PNUME

Presentación	Producto	Contenido de hierro elemental
Gotas	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg hierro elemental
Jarabe	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml = 10 mg hierro elemental
Tabletas	Sulfato Ferroso	60 mg de hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de hierro elemental
Polvo	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Fuente: NTS N° 134-2017/MINSA (9).

Cuadro N° 03

Suplementación Preventiva con hierro y Micronutrientes para niños menores de 36 meses

Condición del Niño	Edad de Administración	Dosis (vía oral)	Producto a Utilizar	Duración
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros.	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes: sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Ferrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Micronutrientes*: sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

*Si el EE. SS no cuenta con Micronutrientes podrá seguir usando las gotas o jarabe según el peso corporal.

Fuente: NTS N° 134-2017/MINSA (9).

Para la administración de los suplementos, sean estos el sulfato ferroso, el complejo polimaltosado férrico y los micronutrientes; se deberán de tener en cuenta lo siguiente:

- J Que los micronutrientes en polvo son minerales y vitaminas que hacen más nutritiva la comida del niño y ayudan a evitar la anemia permitiendo que crezcan sanos y fuertes.
- J Contienen 5 micronutrientes: Hierro, Zinc, Vitamina A, Ácido Fólico y Vitamina C; reconocidos como fortificantes caseros pues se agregan a una ración de comida.
- J No necesitan cocinarse, solo deben ser añadidos en una ración de comida espesa de los bebés, ya sea en papillas, purés o segundos.

- J Se debe mezclar el contenido del sobre con 2 cucharadas de la comida, cuando se encuentre a temperatura que el niño ya pueda comerla.
- J Explicar a la madre o cuidador que los micronutrientes no le cambiarán el sabor ni el color a la comida, siempre y cuando no se utilice comida caliente para realizar la mezcla y se consuma antes de los 15 minutos.
- J Es preciso advertir, evitar agregar el polvo de micronutrientes en la comida caliente, pues le cambiará de color, olor y sabor a la comida y el niño no querrá consumirla.
- J Se recomienda no mezclar los micronutrientes con líquidos o semilíquidos como leche, jugos, agua o sopas, debido a que el polvo se quedará “suspendido” y no se mezclará adecuadamente.
- J La ración de comida a la cual se agregó los micronutrientes no se puede recalentar.
- J El consumo de micronutrientes no debe ser administrado junto con otros medicamentos, debe ser suspendido si el niño está tomando antibióticos y podrá reiniciarse al terminar el tratamiento de antibióticos.

Además, para realizar la preparación de los micronutrientes debemos cumplir con los siguientes pasos:

- J Lavarnos las manos con agua y jabón antes de preparar el alimento del bebe o niño.
- J Separar 2 cucharas de comida de consistencia espesa (puré, mazamorra o segundo) en el plato del niño servido y dejar que se entibie.

- J Abrir el sobre con los dedos o tijera (no con los dientes) por la esquina y con cuidado.
- J Cuando la comida esta tibia, echar todo el contenido del sobre en las 2 cucharas de comida espesa separada.
- J Mezclar bien las 2 cucharas de comida separada con los micronutrientes.
- J Finalmente, ofrecerle de comer primero las 2 cucharas mezcladas con los micronutrientes, en no más de 15 minutos, y luego continuar con el resto de la comida.

En relación a la prevención secundaria el objetivo primordial es el análisis oportuno mediante el cribado metódico (hemoglobina, hematocrito y ferritina) y el tratamiento adecuado de la insuficiencia de hierro. Además, se sugiere el descarte de anemia en la población infantil considerada de alto riesgo, de familias en situación de pobreza y pobreza extrema, debiendo realizar el descarte a los 6 meses, luego cada 6 meses hasta los 2 años, posteriormente cada año (9).

La consejería nutricional se realiza durante el control del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, con mayor énfasis entre los 0 a 6 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años y 2 a 4 años, según la metodología establecida en el documento técnico "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil" (19).

En relación a la consejería en suplementación con hierro y/o multimicronutrientes, toda entrega de suplementos de hierro en gotas, jarabe o micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la

importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos (9).

También es necesario advertir la presencia de posibles efectos colaterales o adversos que pueden presentarse post administración de los micronutrientes, para lo cual debemos tener en cuenta lo siguiente y poder hacer un manejo adecuado:

- J Tener en cuenta que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva y que empiezan a consumir micronutrientes, exactamente a los 6 meses, pueden presentar heces sueltas debido a: cambios en la flora intestinal (microorganismos) asociados con la introducción del hierro en la dieta, efectos del ácido ascórbico contenido en los micronutrientes, en el peristaltismo intestinal en los bebés, quienes previamente han recibido cantidades pequeñas de ácido ascórbico a través de la leche materna.
- J Generalmente la diarrea en niños más grandes estará relacionada a: prácticas inadecuadas de lavado de manos, inadecuada manipulación de alimentos, insalubridad dentro del hogar y consumo de agua insegura.
- J Indicar que el niño puede presentar algunos malestares que van a pasar y que no hay por qué alarmarse.
- J Estos malestares pueden ser: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- J También puede ocurrir el oscurecimiento de los dientes (o de la ropa si el suplemento cae en ella). Para evitar que los dientes se oscurezcan, recomendar que se tome el suplemento en gotas o jarabe inmediatamente, sin tenerlo por mucho tiempo en la boca (16).

- J Advertir que las deposiciones podrían oscurecerse, ya que normalmente alguna pequeña cantidad de hierro se excreta en las heces y provoca el oscurecimiento en el color de las heces. El color de las deposiciones desaparecerá cuando deje de tomar el suplemento.
- J Estas coloraciones de las deposiciones no son dañinas para el niño, reflejan más bien que el niño está tomando el suplemento de hierro y la suplementación debe continuar hasta cumplir con los meses establecidos para controlar la anemia.
- J Si se presentan estos efectos en el niño, tranquilizar a la madre y /cuidador, indagar sobre la dosis utilizada, verificar el volumen en el frasco o gotero y si es tomado con las comidas o lejos de ellas.
- J Indicar que las náuseas, vómitos y diarreas son temporales; si persisten hay que indicar que pruebe fraccionando la dosis del suplemento de hierro o cambiar el horario (si es tomado con las comidas, distanciarlo de ellas; si no es tomado con las comidas, probar tomar el suplemento con ellas).
- J Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el niño vaya consumiendo más alimentos, sobre todo frutas y verduras.
- J Si los malestares persistieran, consultar con el médico del establecimiento de salud más cercano (16).

Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá programar las actividades de sesión demostrativa, que se desarrollarán según documento técnico sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, así como las sesiones de atención temprana del desarrollo. En todo este proceso se debe promover la participación activa

de los actores sociales de la comunidad, definiendo los mecanismos de seguimiento más efectivos a las niñas, niños y gestantes de acuerdo a su realidad (20).

La relación entre alimentación y salud pública debe colocarse en el contexto de la promoción de salud, puesto que esta no debe dejarse solamente en manos de las autoridades sanitarias o de cada habitante en particular, ya que, para prevenir la falta de micronutrientes, la estrategia primordial consiste en acrecentar la disponibilidad y consumo de estos suministros ricos en multimicronutrientes (21).

Las principales intervenciones del personal de salud, específicamente el de enfermería está relacionado, con promover la alimentación complementaria con productos de origen animal ricos en hierro, incluyendo el consumo de verduras y frutas, a través de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos. Así mismo reforzar la alimentación, mediante la administración de suplemento de hierro (gotas, jarabes, en polvo); debido al bajo consumo de este micronutriente en la dieta. Fortalecer el consumo de agua segura, el saneamiento básico y los hábitos higiénicos, que van ayudar a reducir el riesgo a enfermar. El descarte de parásitos a partir del año (test de Graham) y a los 2 años (examen de heces seriado), la administración de antiparasitarios a niños a partir de los 2 años. Realizar la atención integral de la salud del niño a través del control de crecimiento y desarrollo de manera oportuna (9).

Es importante considerar las siguientes definiciones que van a orientar el desarrollo del trabajo académico:

La anemia, trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar (22).

La antropometría, técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. Como tal, es un instrumento valioso actualmente subutilizado en la orientación de las políticas de salud pública y las decisiones clínicas (22).

El crecimiento, definido como un proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia); regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos, entre otros (22).

El crecimiento adecuado, condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE alrededor de la mediana). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente (22).

El crecimiento inadecuado, condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE) (22).

La clasificación nutricional, los indicadores antropométricos consideran lo siguiente: el peso al nacer se clasifica en extremadamente bajo, muy bajo peso al nacer, bajo peso al nacer, normal y macrosómico. Asimismo bajo peso o desnutrición global: se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS; desnutrición aguda: se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS; talla baja o desnutrición crónica: se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS; sobrepeso: se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de $+2$ DS y obesidad: se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima $+3$ DS. Se deriva al especialista a partir de los 3 años (22).

El desarrollo, definido como un proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo,

nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (22).

El desarrollo infantil temprano (DIT), considerado como un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos (22).

Los factores determinantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño, son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, políticos y económicos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (22).

Los factores protectores, referidos a actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y comportamientos sanos y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño (22).

Los factores de riesgo, entendida como característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. Entre ellos podemos mencionar a los factores de riesgo biológico (endógeno), que constituyen el periodo prenatal, perinatal y post natal (bajo peso, prematuros o malformaciones congénitas, entre otros) y los factores de

riesgo social - ambiental (exógeno) condiciones sociales negativas como la ausencia de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que alteran su proceso madurativo (22).

El control del crecimiento y desarrollo, conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (22).

La consejería, proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos (22).

La familia, entendida como la unidad básica de la sociedad conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, convive bajo un mismo lugar, vinculado por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad y debe fomentar prácticas de crianza y comportamientos saludables para el desarrollo integral de la niña y el niño (22).

Las sesiones demostrativas, definidas como actividades educativas que hacen uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y están dirigidas a

madres, padres y o cuidadores de las niñas y niños, cuya participación es interactiva. Deben ser conducidas por personal de la salud capacitado. (20)

La suplementación con hierro y micronutrientes, estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro (en forma de sulfato ferroso o hierro polimaltosa y complejo férrico) con la finalidad de prevenir la anemia por deficiencia de hierro; lo prescribe el profesional de la salud capacitado que realiza el control de la niña o niño menor de 5 años (22).

La visita domiciliaria, actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas claves. Asimismo, identificar signos de peligro y las acciones que se deben tomar (22).

La adherencia, que es el grado en que el paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada (9).

La fortificación casera, intervención que consiste en adicionar los micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo (9).

El sulfato ferroso, es un compuesto químico de fórmula FeSO_4 . Se encuentra casi siempre en forma de sal hepta-hidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica (9).

El hierro polimaltosado, es un complejo de hierro de liberación lenta, que actúa como una envoltura alrededor del hierro trivalente, asegurando una liberación más lenta del complejo de hierro y produce menores efectos secundarios, en comparación con otras sales de hierro (sulfato, fumarato, etc.), permitiendo mayor tolerancia y el cumplimiento del tratamiento (9).

Los requerimientos o necesidades nutricionales, que son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades (9).

El enfoque de buen trato, abordado como una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro u otra. Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los o las demás, y de la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones (22).

El enfoque intercultural, implica la valoración e incorporación de las diferentes visiones, culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, promoviendo el reconocimiento de una ciudadanía

intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada, de manera especial a los pueblos indígenas y la población afroperuana (22).

La salud intercultural, proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico y social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud (22).

El modelo de teoría de enfermería tomado y que va con los objetivos de la promoción de la salud es el de Nola J. Pender quien en su modelo nos ilustra la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El Modelo de Promoción de la Salud tiene una competencia o un centro orientado al enfoque; donde la promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables (23).

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están

divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud (24).

En el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, está la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), y por ende la anemia; es así que también podemos mencionar el Plan Bicentenario – CEPLAN 2011, aprobado en el acuerdo nacional; así mismo tenemos el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, según DS. N° 001-2012-MINP., también se tiene la Estrategia “Incluir para Crecer según DS. N° 008-2013-MIDIS., igualmente tenemos los Lineamientos “Primero la Infancia” aprobado según DS. N° 010-2016-MIDIS. De igual forma podemos mencionar el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017 – 2021, y la Norma Técnica de Salud para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas aprobada según RM. N° 250-2017/MINSA y sus modificatorias; plantean políticas, lineamientos, estrategias, compromisos y responsabilidades funcionales encaminadas a la reducción de la DCI y la anemia en todos los sectores públicos y privados de nuestro territorio nacional.

El marco legal que da sostenibilidad a las acciones a desarrollar esta dado por:

- J Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- J Ley N° 29669, Ley de Trabajo de la Enfermera (o).
- J Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- J Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- J Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- J Resolución Ministerial N° 720-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú.
- J Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- J Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.
- J Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA, que aprobó el Documento Técnico de Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para población Materno Infantil.
- J Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021.

- J Decreto Supremo N° 003-2015-MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- J Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó los lineamientos Primero la Infancia, en el marco de la Política de Desarrollo e Inclusión Social.
- J Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- J Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la directiva sanitaria para la prevención de la anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- J Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- J Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprobó el Documento Técnico “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y La Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.
- J Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- J Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprobó la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Menores de 5 años”.

- J Resolución Ministerial N° 410-2018/MINSA, que aprobó modificar el apartado 5.3.1 del sub numeral 5.3 del numeral V de la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP.
- J Resolución Ministerial N° 643-2018/MINSA, que Modifica la NTS 134-MINSA/2017/DGIESP. Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- J Resolución Ministerial N° 644-2018/MINSA, que Modifica la NTS 137-MINSA/2017/DGIESP. Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de 5 años.

Estudios y trabajos de investigación realizados por distintos autores, en diferentes escenarios, contextos y poblaciones; hacen mención a temas relacionados con el manejo preventivo de la anemia, como es el caso de la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes, que es administrado a la población infantil, específicamente a todo niño menor de 5 años, y con mayor énfasis a menores de 2 años.

Farfán A. (24), en Guatemala 2013, realizo la investigación “Adherencia de las madres a la suplementación de niños de 6 a 59 meses de edad, con micronutrientes espolvoreados, en las comunidades Suchiquer y Colmenas del municipio de Jocotan, Chimula”, estudio transversal, descriptivo y comparativo, planteándose como objetivo evaluar la adherencia de las madres a la suplementación de niños de 6 a 59 meses con micronutrientes espolvoreados, en dos comunidades del municipio de Jocotán – Chimula; llegando a la conclusión que en relación a la adherencia terapéutica, halló que solo el 40% de las madres de Colmenas y el 43% de Suchiquer se consideran

adherentes según los resultados obtenidos de la aplicación del test de Morinsky-Green-Levine. Así mismo encontró que los factores que determinan la adherencia al uso de micronutrientes espolvoreados varían de comunidad a comunidad.

Ocaña D. (26), en Ambato - Ecuador 2014, realizó la investigación titulado “Impacto del Programa de suplementación con multimicronutrientes para evitar la anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el sub Centro de Salud Picaihua, periodo Enero – Junio 2013”, teniendo como objetivo evaluar el impacto del programa de suplementación con hierro Chis Paz, en los niveles de hemoglobina en niños de 6 meses a 2 años de edad para evitar la anemia, en el Subcentro de Picaihua, concluyendo en que los factores que pueden influir para poder asociarse con la aparición de la anemia en los niños es la edad de las madres, ya que el 50% se encontraban entre los 23 – 29 años, seguido de un 28.8% de madres cuyas edades fluctuaban entre los 16 – 22 año, mismo menciona la situación económica y la ocupación de las madres; lo que representa un factor de riesgo, ya que en algunos casos no el tiempo de las madres es limitado por el trabajo o estudio, lo que interfiere en la adecuada administración de las Chis Paz, en el seguimiento de la eficacia del suplemento y de la capacidad de poder dotar de una dieta balanceada a sus hijos.

Mendoza C, Vélez G. (27), en Manabí-Portoviejo Ecuador 2014, realizó la investigación “Consumo de Micronutrientes (chis paz) y sus efectos en el estado nutricional, en los niños de 6 meses a 5 años, sub Centro de Salud San Cristóbal, parroquia 18 de octubre, Portoviejo septiembre 2013 – febrero

2014”, haciendo uso de la metodología de investigación de tipo diagnóstico-propositivo-prospectivo, con el objetivo de determinar el consumo de micronutrientes (Chis Paz) y sus efectos en el estado nutricional, en los niños de 6 meses a 5 años; llegando a concluir en que al realizar la evaluación del estado nutricional de los niños menores de 5 años, que consumen este suplemento nutricional el peso emaciado fue más severo en las niñas con el 13,96%, mientras que en los niños reportaron sobrepeso en el 1,67%. Y al hablar de talla para la edad el 76% de los niños se encontraron con talla normal; ya que la talla para la edad determina un problema crónico del estado nutricional del niño. Otra conclusión que mencionan es que los resultados de las encuestas indicaron que los padres siempre llevan a sus hijos al Sub Centro de Salud o cuando se les indica. Es así que los registros muestran un 76,69% de los niños consumen chis paz y el 77,21% de los padres de familia tiene pleno conocimiento sobre el uso y preparación de este micronutriente, que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro.

Chuquimarca R. (28), en Ecuador 2017, realizó la investigación “Efectos del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia de niños/as de 6 a 59 meses de edad. Babahoyo-Ecuador. 2014-2105, el enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo, cuyo objetivo fue evaluar el efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia de niños/as de 6 a 59 meses de edad, concluyendo en que el efecto de la suplementación con micronutrientes mejoro significativamente la talla (12% a 6%) de los niños después de un año de suplementación. También concluyen en que la suplementación con micronutrientes tuvo su efecto sobre niveles de

anemia (anemia leve de 57% al 21%, anemia moderada del 42% al 8%) de niños de 6 a 59 meses de edad.

Paredes J, Peña A. (29), en Huancavelica – Perú 2014, realizo la investigación “Practica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del Centro de Salud San Cristóbal – Huancavelica – 2013”, estudio de tipo descriptivo-correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la práctica de administración de multimicronutrientes y anemia en niños/as de 06 a 11 meses de edad que asistente al área niño del centro de salud San Cristóbal Huancavelica 2013; llegando a concluir que la práctica de administración de multimicronutrientes en madres 6 a 11 meses de edad es inadecuado, ya que la gran mayoría no cumple con los requerimientos que exige la práctica optima de la administración de multimicronutrientes. También consideran que la práctica de a la administración de multimicronutrientes tiene relación con la presencia de anemia en niños entre 6 y 11 meses de edad que asisten al área niños del Centro de Salud de San Cristóbal.

Carrión D. (30), en Puno – Perú 2015, en su trabajo de investigación titulado “Factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños(as) de 6 a 35 meses, establecimiento de salud Acora I – 4, Puno 2014”, uso el tipo de investigación descriptivo-transversal, teniendo como objetivo el determinar los factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños (as) de 6 a 35 meses del establecimiento de salud Acora I-4; llegando a la conclusión que el consumo de los multimicronutrientes es incorrecto en la

mayoría de los niños y más de la mitad de sus madres los preparan y administran de forma incorrecta. También hace énfasis que los factores familiares como la edad de la madre, ocupación y grado de instrucción no influye significativamente en el consumo de multimicronutrientes. En otra de sus conclusiones nos menciona que los factores institucionales, en relación a la frecuencia de consejería sobre los multimicronutrientes, influye en su consumo; ya que la mayoría de las madres que acuden con sus niños a los controles CRED reciben consejería nutricional y realizan una correcta preparación, pero la administración es incorrecta. A diferencia de madres que reciben consejería nutricional en algunos controles CRED realizan la preparación y administración de manera incorrecta, y es más ninguna madre recibió visitas domiciliarias.

Paranco C. (31), en Puno – Perú 2015, realizo un estudio de investigación titulado “Efecto de las prácticas de suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en los niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de Salud Villa Socca – Acora, diciembre 2014 – mayo 2015. Puno – Perú”, haciendo uso de la investigación de tipo descriptivo y corte longitudinal, cuyo objetivo fue determinar el efecto de las prácticas de suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia en niños de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca-Acora, concluyendo en que las prácticas de suplementación con sulfato ferroso de madres de niños con anemia de 6 a 36 meses del Puesto de Salud Villa Socca, en relación al horario de suplementación media hora antes de las comidas incremento de 10% a 63%,

con el tipo de preparación y de cómo lo acepta el suplemento de 20% a 37% y con el sulfato ferroso de 10% a 37% respectivamente. Así mismo el 100% de los niños no comparten con otros miembros la suplementación, ya que lo reciben en el establecimiento de salud. Otra de las conclusiones refiere que la presencia de algún malestar, no muestra aumento 20% a 60% y la continuidad de la suplementación a pesar del malestar es de 20% a 80%, la frecuencia de suplementación, a diario incremento de 20% a 57%, la cantidad de sulfato que se administra una cuchara mejoro de 40% a 63% y en relación a la conservación del suplemento (en caja y bien cerrado) aumento de 20% a 100%.

Delgado M, Madrid D. (32), en Tumbes – Perú 2016, realizaron en estudio de investigación “Factores de adherencia a la suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Corrales – Tumbes, 2016”, este estudio correspondió a una investigación con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo-simple, para poder determinar los factores de adherencia a la suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud Corrales en Tumbes; donde concluyeron en que el nivel de adherencia global sobre suplementación con nutromix en niños y niñas de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Corrales Tumbes presento una adherencia regular de 48%. En relación al factor social según su influencia en la adherencia de la suplementación con nutromix presento una adherencia regular de 47%. El factor referido al personal de salud y su influencia en la adherencia de suplementación con nutromix nos muestra una regular adherencia 75%. En otras de sus conclusiones hacen referencia al factor relacionado con el tratamiento y su influencia en la adherencia de

suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses donde nos presentan que se tuvo una adherencia regular de 54%. Pero el factor que más influencia tuvo con la adherencia a la suplementación con nutromix fue el relacionado a la persona que suministra el tratamiento, existiendo una relación altamente significativa, así mismo mencionan que el factor con adherencia regular recayó en el personal de salud, existiendo una relación significativa y el factor con adherencia baja estuvo relacionado con el tratamiento, no existiendo una relación significativa.

Quispe C, Mendoza S. (33), en Arequipa – Perú (2016), en la investigación realizada “Micronutrientes y su relación con la anemia en niños menores de 36 meses de edad del Centro de Salud Ciudad Blanca 2016, Arequipa – Perú”, hicieron uso del método descriptivo, con el objetivo de determinar la relación del consumo de micronutrientes y la anemia en niños menores de 36 meses de edad del Centro de Salud Ciudad Blanca; llegando a la conclusión de que existe relación estadística directa entre el consumo de micronutrientes y la anemia, deduciendo de ello que, si el consumo de micronutrientes es adecuado, la presencia de anemia será menor. Además, encontraron una relación directa entre el consumo de micronutrientes y la sintomatología de anemia, desprendiendo de ello que, si el consumo de micronutrientes es adecuado, entonces la probabilidad de presencia de la sintomatología de anemia será menor. También concluyen que el consumo de micronutrientes guarda relación significativa con el nivel de hemoglobina, por lo que se puede afirmar que a un adecuado consumo de micronutrientes el valor de la hemoglobina será alto.

Cutipa B, Salome N. (34), en Huancayo-Perú 2016, en el trabajo de investigación titulado “Factores de adherencia a la suplementación con nutromix asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses, en el Centro de Salud Chupaca – 2015”, hicieron uso de la metodología de investigación de tipo descriptivo y correlacional, con el objetivo de determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses en el Centro de Salud Chupaca; entre sus conclusiones mencionan que el factor más influyente en la adherencia relacionado al incremento de hemoglobina, fue el factor persona que suministra la suplementación con un 80%, seguido del social con 71,16%, el factor personal de salud 66,67%, los factores relacionados con la enfermedad con 64,28%, y factores relacionados con el suplemento. Por otra parte, en relación a la sub dimensión disponibilidad de tiempo para el monitoreo del proceso de suplementación de parte del personal de salud, refieren que la monitorización era muy baja, es decir entre 1 a 2 visitas como máximo por periodo de suplementación, debido a que el personal de salud no abastece su tiempo en el control de una determinada población.

Erazo A, Gómez L. (35), en Iquitos-Perú 2016, en el trabajo de investigación titulado “Valoración de las intervenciones con multimicronutrientes en cuatro Centros de Salud representativos de la ciudad de Iquitos, 2015”, hacen uso de la metodología de estudio de enfoque cuantitativo, tipo no experimental descriptivo, transversal y analítico, teniendo como objetivo valorar el conocimiento sobre las intervenciones con multimicronutrientes en cuatro centros de salud representativos de la ciudad de

Iquitos; dándonos a conocer las siguientes conclusiones, donde la relación nivel de conocimientos sobre multimicronutrientes que tienen los padres, madres y/o cuidadores del menor que recibe multimicronutrientes en los cuatro centros de salud de la ciudad de Iquitos, 2015, tiene un 64,7% es decir conocimiento bueno, el 32,1% conocimiento regular y un 2,8% conocimiento deficiente. Así mismo sobre el nivel de valoración de la intervención con multimicronutrientes, un 52,8% obtuvo un nivel de valoración alto, el 44,4% presenta un nivel medio y 2,8% nivel de valoración bajo; señalando que las estrategias para la ejecución de la intervención con multimicronutrientes es adecuada. Al realizar la verificación de la existencia de diferencias entre los cuatro establecimientos de salud, pudieron determinar que esta existe; donde el Centro de Salud de Bellavista Nanay valora las intervenciones de suplementación con multimicronutrientes en comparación con los otros tres centros de salud; esto nos dice que el centro de salud mencionado conoce la importancia y beneficios tanto de los multimicronutrientes como del programa de suplementación con multimicronutrientes en favor del estado de salud del menor que los consume.

Sencia E, Vargas D. (36), en Lima-Perú 2016, realizaron la investigación “Prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses” Centro de Salud Infantas”, a través del estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, teniendo como objetivo determinar las prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de las madres con niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Infantas del distrito de San Martín de Porras,

a donde concluyen que las prácticas de alimentación complementaria durante el seguimiento a las madres de los niños 5 a 36 meses revelaron que la mayoría no administra alimentos correspondientes para cubrir la necesidad nutricional, ni en la frecuencia de veces al día, pero si cumplen con la forma de preparación, lo que podría incrementar el riesgo de desnutrición en los niños. También manifiestan que las dos terceras partes de las madres entrevistadas utilizan en forma adecuada los multimicronutrientes en la preparación de la dieta diaria del niño, favoreciendo la disminución de la anemia.

Rodríguez J, (37), en Nuevo Chimbote – Ancash 2016, en la investigación titulada “Factores asociados con la adherencia en 3 meses a la suplementación con multimicronutrientes en niños entre 6 y 24 meses de edad, Chimbote, 2016”, hizo uso del método de investigación de tipo cuantitativo; con el objetivo de conocer los factores asociados con la adherencia en 3 meses a la suplementación con multimicronutrientes en niños entre 6 y 24 meses de edad del Puesto de Salud La Unión, Chimbote, 2016; concluyendo en que la mayoría de los niños/as tienen adherencia a la suplementación (63,7%) y, más de la tercera parte de la población (36,3%) tienen no adherencia. Así mismo menciona que existe relación significativa entre la adherencia y el número de hijos, nivel de educación, estado civil y ocupación.

Con el presente trabajo académico titulado “Fortaleciendo la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz, 2018; se contribuirá a disminuir los índices de anemia, considerado una enfermedad que afecta a

todos los países en vías de desarrollo y especialmente a aquellas poblaciones pobres y en extrema pobreza como es nuestra región Ancash, y la jurisdicción del establecimiento de salud.

Asimismo, se optimizará las estrategias de suplementación con el único objetivo de lograr niños con esquema de suplementación completa y por ende suplementados, y sin anemia; en nuestras madres y/o cuidadores de aquellos niños que inician o reciben suplementación lograr la adopción de estilos de vida saludables a través del cambio de sus conductas y hábitos, sean estos en el lavado de manos, consumos de agua segura, alimentación complementaria, consumo de micronutrientes, eliminación adecuada de desechos y residuos; y en el personal de salud, el manejo integral de todo niño que acude al establecimiento de salud o visitado en su domicilio, especialmente a aquellos niños que están iniciando o reciben suplementación.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás. – Huaraz, 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- J Personal de salud sensibilizado sobre el impacto de la suplementación en niños(as) en niños(as) menores de 2 años.
- J Cumplimiento de las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con el esquema de suplementación.
- J Adecuada programación y requerimiento de insumos para suplementación.

V. METAS:

- J 04 capacitaciones de sensibilización al personal de salud en atención integral de la salud del niño menor de 5 años.
- J 04 capacitaciones al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.
- J 47 madres y/o cuidadores con niños menores de 2 años que reciben suplementación con seguimiento.
- J 47 madres y/o cuidadores de niños menores de 2 años con suplementación sensibilizados.
- J 12 programaciones al año de los insumos para suplementación según Padrón Nominal RENIEC.
- J 12 requerimientos anuales de insumos para suplementación.
- J 564 entregas de insumos para suplementación a las madres y/o cuidadores

VI. METODOLOGÍA

6.1. LÍNEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Las estrategias de intervención propuesta para el presente trabajo académico, es el resultado del plan y fines, todo esto me permitirá desarrollar acciones en sus diferentes etapas; a través de la sensibilización, participación, capacitación y abastecimiento; en donde intervendrán las madres de niños menores de tres años y el personal de salud que labora en el Puesto de Salud San Nicolás. Para una comprensión de las líneas y estrategias propuestas, se realizará una breve descripción:

A. GESTIÓN:

Proviene del latín *gestio-gestionis*, que significa ejecutar, lograr un éxito con medios adecuados. Es definida también como la acción y efecto de realizar tareas con cuidado, esfuerzo y eficacia, que conduzcan a una finalidad. Entendida como la actividad profesional tendiente a establecer los objetivos y medios de su realización, a precisar la organización de sistemas, a elaborar la estrategia del desarrollo y a ejecutar la gestión del personal) (38).

A esto, es preciso mencionar la debilitada organización de las entidades encargadas del suministro oportuno y adecuado de los productos para la suplementación; ya que existen constantes demoras en el abastecimiento y la entrega oportuna de los insumos por parte de la unidad ejecutora; viéndose reflejado en el incumplimiento en la administración de estos productos a la población infantil en riesgo,

situación que debiera revertirse si se disminuyeran los trámites burocráticos.

ACCIONES:

C.1. Programación mensual de insumos para suplementación.

- J Verificación de los niños en el Padrón Nominal RENIEC.
- J Actualización de la matriz de seguimiento.
- J Relación de niños con suplementación afiliados al SIS.

C.2. Requerimiento mensual de insumos para suplementación.

- J Elaborar un cronograma mensual de requerimiento de insumos para suplementación.
- J Verificación en el ICI del stock real de insumos para suplementación.
- J Envío del oficio de requerimiento a la oficina del SISMED de la RSHS.
- J Garantizar el cumplimiento estricto del requerimiento de insumos para suplementación.
- J Monitoreo continuo del requerimiento de insumos para suplementación realizado.

C.3. Entrega oportuna de insumos a las madres y/o cuidadores de niños que inician o reciben suplementación.

- J Entrega de la receta única estandarizada a las madres y/o cuidadores en consultorios.
- J Establecer medios de verificación del insumo a entregar.
- J Monitoreo permanente de la dispensación en farmacia de los insumos para suplementación.
- J Archivamiento de las recetas para su digitación por el responsable de farmacia.

B. CAPACITACIÓN:

Para Byar y Rue la capacitación, es un proceso que se relaciona con el mejoramiento y crecimiento de las aptitudes de los individuos y de los grupos dentro de la organización. Según A.F. Sikila, la define como el proceso educativo a corto plazo en que se utiliza un procedimiento sistemático por medio del cual el personal obtiene aptitudes y conocimientos técnicos para un propósito particular (39).

En la actualidad el personal de salud del Puesto de Salud San Nicolás, aun no le dan la debida importancia al tema, puesto que la carga laboral y la priorización de otras actividades dificultan el involucramiento de los mismos en acciones destinadas a mejorar las coberturas de suplementación de nuestros niños beneficiarios que acuden al establecimiento de salud o que son visitados en sus domicilios; motivo por el cual la cobertura de niños suplementados es baja.

ACCIONES:

A.1. Talleres de capacitación al personal de salud sobre atención integral de la salud del niño menor de 5 años.

-) Elaboración de un plan de capacitación.
-) Reunión de coordinación con la jefatura.
-) Emisión de memorándums para capacitación.
-) Ejecución de los talleres de capacitación.
-) Entrega en medio magnético al personal de salud la NTS del Modelo de Atención Integral de Salud.

A.2. Talleres de capacitación al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños menores de 2 años.

-) Elaboración de un plan de capacitación.
-) Reunión de coordinación con la responsable del AIS Niño de la RSHS.
-) Emisión de memorándum para la capacitación.
-) Ejecución de los talleres de capacitación.
-) Entrega en medio magnético al personal de salud la NTS de suplementación.

C. SENSIBILIZACIÓN:

La sensibilización definida como la capacidad de sentir o experimentar sensaciones; concienciación e influencia sobre una persona para que recapacite y perciba el valor o la importancia de algo (40).

Es por ello que, en el presente trabajo, se brindara información, dando a conocer a las madres y/o cuidadores de los niños(as) que reciben suplementación cuáles serán los objetivos, que líneas de acción y los resultados que se buscan; además se promoverá la participación activa de las mismas junto al personal de salud, actores sociales y la comunidad en el proceso de sensibilización.

ACCIONES:

B.1. Visita sensibilización para el seguimiento a las madres y/o cuidadores con niños menores de 2 años con suplementación.

-) Verificación de la matriz de niños con suplementación.

- J Entregar al personal de salud la relación de madres con niños por sectores que están recibiendo suplementación.
- J Aplicación de la ficha de visita domiciliaria.
- J Entrega de material de difusión.
- J Registro de las visitas realizadas en el HIS y FUAs.

B.2. Taller de sensibilización a las madres y /o cuidadores de niños menores de 2 años que reciben suplementación.

- J Elaboración de un plan de sensibilización.
- J Convocatoria por sectores a las madres y/o cuidadores de niños <2 años con suplementación.
- J Ejecución de los talleres según cronograma.
- J Distribución de materiales de difusión.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO:

Estará a cargo del equipo de salud del Puesto de Salud San Nicolás, específicamente el servicio de enfermería a través de la coordinación del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PPAN) de la MR. San Nicolás. Así mismo serán parte de ello las autoridades del lugar, responsables de los programas sociales, actores sociales de las diferentes localidades, con la finalidad de impulsar y mantener este trabajo a través del tiempo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de Objetivos	Metas por cada Nivel de Jerarquía	Indicadores de Impacto y Efecto	Definición del Indicador	Fuente de Verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la Información
<p>Propósito: Fortalecer la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz, 2018.</p>						
<p>A. Personal de salud sensibilizado sobre el impacto de la suplementación.</p>	<p>El 100% del personal de salud sensibilizado.</p>	<p>Porcentaje del personal de salud sensibilizado.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de salud asistente a las capacitaciones}}{\text{N}^\circ \text{ total de personal de salud del EE.SS.}} \times 100$	<p>Cambio de actitud del personal de salud para lograr niños(as) suplementados.</p>	<p>) Memorándum de capacitación.) Actas de capacitación.) Registro de asistencia. </p>	<p>Trimestral</p>	<p>) Acta de capacitaciones.) Informe de capacitaciones realizadas. </p>
<p>B. Cumplimiento de las madres y/o cuidadores de niños(as) <</p>	<p>Seguimiento al 50% de las madres y/o cuidadores de niños(as) < 2 años</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de las madres y/o cuidadores.</p>	<p>Las madres y/o cuidadores de los niños(as) < 2 años cumplen con el</p>	<p>) Ficha de visita domiciliaria.</p>	<p>Semanal</p>	<p>) Ficha de monitoreo de adherencia a la suplementación.</p>

2 años con el esquema de suplementación.	para verificación del cumplimiento del esquema de suplementación.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres y / o cuidadores con niños(as) < 2 años que iniciaron esquema de suplementación}}{\text{N}^\circ \text{ Total de madres y/o cuidadores con niños(as) < 2 años que terminaron esquema de suplementación}} \times 100$	esquema de suplementación.			
C. Adecuada programación y abastecimiento de insumos para suplementación.	100% de programación y abastecimiento de insumos para suplementación.	Porcentaje de abastecimiento de insumos en el EE.SS. $\frac{\text{N}^\circ \text{ Insumos existentes en el EE. SS}}{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos requeridos}} \times 100$	El EE.SS. cuenta con programación y abastecimiento adecuado de insumos para suplementación.	J Matriz de programación. J Guías de remisión	Mensual	J Cuadro de distribución de insumos. J Reporte ICI

MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento que se utilizara para el recojo de la información
A. Personal de salud sensibilizado sobre el impacto de la suplementación.	A.1. Talleres de capacitación al personal de salud en atención integral de la salud del niño menor de 5 años.	A.1. 04 capacitaciones de sensibilización al personal de salud en atención integral de la salud del niño menor de 5 años.	A.1. Porcentaje de personal de salud del EE. SS sensibilizado $\frac{\text{N}^\circ \text{ Taller de capacitación realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Taller Programados}}$	El personal de salud identifica la importancia del manejo integral en la atención del niño menor de 5 años.	) Memorándum de capacitación) Actas de capacitación) Registro de asistencia.	Trimestral	) Memorándums emitidos.) Registro de asistencia del personal de salud.
	A.2. Talleres de capacitación al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	A.2. 04 capacitaciones al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	A.2. Porcentaje de participación en las capacitaciones del personal de salud. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal de salud asistente a las capacitaciones} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de personal de salud del PS. San Nicolás}}$	El personal de salud percibe las consecuencias del incumplimiento de la suplementación.	) Actas de capacitación) Registro de asistencia.	Trimestral	) Registro de asistencia del personal de salud.
B. Cumplimiento de las madres y/o cuidadores de	B.1. Visita de sensibilización para el seguimiento a las	B.1. Seguimiento al 50% de las madres y/o cuidadores con	B.1. Porcentaje del personal de salud realiza	El personal de salud realiza seguimiento oportuno a las madres y/o	) Fichas de monitoreo de adherencia a la suplementación.	Semanal	) Fichas de monitoreo.) Reporte HIS.

niños(as) menores de 2 años con el esquema de suplementación.	madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con suplementación.	niños menores de 2 años que reciben suplementación.	visitas de seguimiento. Nº Madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación x 100 <hr/> Nº 3 ras. Visitas de verificación y/o monitoreo realizadas por el personal de salud	cuidadores de niños que reciben suplementación.			
	B.2. Talleres de sensibilización a las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	B.2. Sensibilización al 70% de las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con suplementación.	B.2. Porcentaje de participación de las madres en los talleres de capacitación. Nº Madres y/o cuidadores de niños(as) < 2 años asisten a talleres de capacitación x 100 <hr/> Nº Total de Madres con niños(as) < 2 años con suplementación	Las madres y/o cuidadores participan y muestran interés por los talleres de sensibilización.	) Actas de capacitación.) Registro de asistencia.	Trimestral	) Actas.) Informe de capacitación.
C. Programación y abastecimiento oportuno de los	C.1. Programación y abastecimiento	C.1. Programación al 100% de insumos	C.1. Porcentaje de insumos programados	El EE.SS. cuenta con la programación real	) Cuadro de programación.	Mensual	) Formato de programación visado por la

insumos para suplementación.	de insumos para suplementación.	para suplementación según Padrón Nominal RENIEC.	para realizar la suplementación. $\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos recibidos por el EE. SS}}{100}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos programados por el EE. SS}}$	para el abastecimiento de insumos para suplementación.			coordinación AIS Niño.
	C.2. Requerimiento mensual de insumos para suplementación.	C.2. Requerimiento al 100% de insumos para suplementación.	C.2. Porcentaje de insumos necesarios requeridos por el EE. SS. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de insumos existentes en el EE. SS}}{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos requeridos por el EE. SS.}} \times 100$	El EE.SS. cuenta con el stock necesario de insumos para suplementación.	) Oficio de requerimiento.	Mensual	) Formato de requerimiento visado por Farmacia.) Guías de remisión con cargo de recepción.
	C.3. Entrega oportuna de insumos para suplementación a las madres y/o cuidadores de niños menores de 2 años con suplementación.	C.3. Entrega al 100% de insumos para suplementación a las madres y/o cuidadores.	C.3. Porcentaje de insumos entregados a las madres y/o cuidadores. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres y/o cuidadores que recogen los insumos}}{\text{N}^\circ \text{ Total de recetas despachadas}} \times 100$	El EE.SS. entrega oportunamente los insumos para suplementación a las madres y/o cuidadores.	) Recetas emitidas.	Diario	) Recetas despachadas.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Presupuesto de Talleres de Capacitación:

N°	Materiales	Cantidad	Unidad de medida	Costo Unitario (s/.)	Costo Total (s/.)
1	Ponentes	8	Unid.	100.00	800.00
2	Auditorio	4	Unid.	30.00	120.00
3	Equipo multimedia	4	Unid.	50.00	200.00
4	Folder manila A4	2	Ciento	15.00	30.00
5	Papel bon A4	4	Millar	22.50	90.00
6	Cuadernos A4	50	Unid.	5.50	275.00
7	Lapiceros color azul	1	Ciento	28.50	28.50
8	Plumón (pizarra acrílica)	20	Unid.	2.50	50.00
9	Plumón (papel)	10	Docena	1.50	30.00
10	Papelotes	1	Ciento	20.50	20.50
11	Cinta masking tape	1	Docena	17.00	17.00
12	Cinta de embalaje	1	Docena	14.00	14.00
13	Cartulina colores	1	Ciento	25.50	25.50
14	Fotocopias	3	Ciento	0.10	30.00
15	Chinches de colores	5	Unid.	2.50	12.50
16	Impresión	2	Ciento	0.15	30.00
17	Refrigerio	200	Unid.	12.00	2,440.00
Total					4,213.00

8.2. Presupuesto para Sensibilización:

Recurso	Cantidad	Unidad de Medida	Costo Unitario (s/.)	Costo Total (s/.)
Afiches	1/2	Millar	115.00	115.00
Rota folios	5	Unid.	17.50	87.50
Dípticos	1	Millar	45.00	45.00
Trípticos	1	Millar	55.00	55.00
Banners	5	Unid.	45.00	225.00
Total				527.50

8.3. Presupuesto para Seguimiento:

Recurso	Cantidad	Unidad de Medida	Costo Unitario (s/.)	Costo Total (s/.)
Fichas de visita domiciliaria	1/2	Millar	65.00	65.00
Tablero de acrílico	25	Unid.	8.50	212.50
Viáticos	380	Unid.	7.50	2,880.00
Movilidad	192	Unid.	25.00	4,800.00
Total				7,957.50

8.4. Presupuesto para Sustento del Trabajo Académico:

Descripción	Cantidad	Unidad de Medida	Costo Unitario (s/.)	Costo Total (s/.)
Elaboración del trabajo	1	Unid.	350.00	350.00
Presentación del trabajo	1	Unid.	50.00	50.00
Reuniones de coordinación	2	Unid.	50.00	100.00
Supervisión	2	Unid.	100.00	200.00
Evaluación	1	Unid.	50.00	50.00
Informe Final	1		150.00	150.00
Total				900.00

8.5. Resumen del Presupuesto:

Descripción	Monto Requerido (s/.)	Costo Total (s/.)
Presupuesto para Capacitación	4,213.00	4,213.00
Presupuesto para sensibilización	527.50	527.50
Presupuesto para Seguimiento	7,957.50	7,957.50
Presupuesto del Trabajo Académico	900.00	900.00
Total		13,598.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Fortalecer la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás.

N°	Actividad	Meta	Recursos		Cronograma							Indicador	
			Descripción	Costos (s/.)	2019						2020		
					E	F	M	J	S	N	E		
1	Elaboración del trabajo académico “Fortaleciendo la suplementación con sulfato ferro y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz, 2018”	1	Informe	350.00	X								Trabajo académico elaborado
2	Presentación y socialización del trabajo a la jefatura de la MR. San Nicolás	1	Informe	50.00		X							Trabajo académico presentado y socializado
3	Reunión de coordinación con la jefatura, coordinación PPAN, PROMSA y jefatura del personal de salud de la MR. San Nicolás	2	Informe	100.00		X			X				Reunión técnica realizada
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	12,698.00			X	X	X	X	X		Trabajo académico ejecutado
5	Supervisión del trabajo académico	2	Informe	200.00				X		X			Supervisiones realizadas
6	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	50.00							X		Trabajo académico evaluado
7	Presentación de resultados e informe final	1	Informe	150.00							X		Informe final presentado

OBJETIVO ESPECIFICO N° 1: Personal de salud sensibilizado sobre el impacto de la suplementación en niños(as) menores de 2 años.

N°	Actividad	Sub actividades	Recursos		Cronograma							
			Descripción	Costos (s/.)	2019							
					F	M	M	J	S	N	D	
1	Talleres de capacitación al personal de en el atención integral de la salud del niño menor de 5 años.	<ul style="list-style-type: none">) Elaboración de un plan de capacitación.) Reunión de coordinación con la jefatura.) Emisión de memorándums para capacitación.) Ejecución de los talleres de capacitación.) Entrega en medio magnético la NTS del Modelo de Atención Integral de Salud. 	<ul style="list-style-type: none">) Acta de reunión.) Cargo de memorándum.) Acta de capacitación. 	2,106.50	X		X		X			X
2	Talleres de capacitación al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	<ul style="list-style-type: none">) Elaboración de un plan de capacitación.) Reunión de coordinación con la responsable del AIS Niño de la RSHS.) Emisión de memorándum para la capacitación.) Ejecución de los talleres de capacitación.) Entrega en medio magnético de la NTS de suplementación. 	<ul style="list-style-type: none">) Oficio para reunión.) Cargo de memorándum.) Acta de capacitación. 	2,106.50	X		X		X			X

OBJETICO ESPECIFICO N° 2: Cumplimiento de las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con el esquema de suplementación.

N°	Actividad	Sub actividades	Recursos		Cronograma												
			Descripción	Costos (s/.)	2019												
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1	Visita de seguimiento por sectores del personal de salud a las madres con niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación.	<ul style="list-style-type: none">)] Verificación de la matriz de niños con suplementación.)] Entregar al personal de salud la relación de madres con niños(as) por sectores que están recibiendo suplementación.)] Aplicación de la ficha de visita domiciliaria.)] Entrega de material de difusión.)] Registro de las visitas realizadas en el HIS y FUAs. 	<ul style="list-style-type: none">)] Matriz de seguimiento.)] Relación de madres y/o cuidadores.)] Fichas de visita domiciliaria)] Formatos HIS y FUAs. 	7,957.50	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Talleres de sensibilización a las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	<ul style="list-style-type: none">)] Elaboración de un plan de sensibilización.)] Convocatoria por sectores a las madres y/o cuidadores de niños(as) < 2 años con suplementación.)] Ejecución de los talleres según cronograma.)] Distribución de materiales de difusión. 	<ul style="list-style-type: none">)] Entrega de invitaciones a las madres.)] Afiches, dípticos, trípticos.)] Actas de capacitación. 	527.50		X			X			X				X	

OBJETIVO ESPECIFICO N° 3: Adecuada programación y requerimiento de insumos para la suplementación.

N°	Actividad	Sub actividades	Recursos		Cronograma											
			Descripción	Costos (s/.)	2019											
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Programación oportuna de los insumos para suplementación.	<ul style="list-style-type: none">) Verificación de los niños en el Padrón Nominal RENIEC.) Actualización de la matriz de seguimiento.) Relación de niños(as) con suplementación afiliados al SIS. 	<ul style="list-style-type: none">) Padrón Nominal RENIEC.) Meta de programación.) Padrón del ARFSIS. 	0.00	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Requerimiento mensual de insumos para suplementación.	<ul style="list-style-type: none">) Elaborar un cronograma mensual de requerimiento de insumos para suplementación.) Verificación en el ICI el stock real de insumos para suplementación.) Envío del oficio de requerimiento a la oficina del SISMED de la RSHS.) Garantizar el cumplimiento estricto del requerimiento de insumos para suplementación.) Monitoreo continuo del requerimiento de insumos para suplementación realizado. 	<ul style="list-style-type: none">) Reporte inventario mensual ICI.) Oficio de requerimiento.) Guía de remisión de insumos. 	0.00	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3	Entrega oportuna a las madres y/o cuidadores de niños menores de 2 años de los insumos para suplementación.	<ul style="list-style-type: none">) Entrega de la receta única estandarizada a las madres y/o cuidadores en consultorios.) Establecer medios de verificación del insumo a entregar.) Monitoreo permanente de la dispensación en farmacia de los insumos para suplementación) Archivamiento de las recetas para su digitación por el responsable de farmacia. 	<ul style="list-style-type: none">) Recetas emitidas.) Recetas despachadas.) Insumos descargados en el sistema. 	0.00	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	--	---	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El presente trabajo académico titulado “Fortalecimiento de la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz, 2018 estará a cargo de mi persona como autor y coordinador del PPAN; con el apoyo de la jefatura y el equipo de gestión de la Micro Red San Nicolás; ya que por ser cabecera de micro red tenemos el compromiso y la capacidad de organizar, planificar, ejecutar, monitorizar y evaluar el trabajo a desarrollar en nuestra población objetivo, como son las madres y/o cuidadores de niños que reciben las medidas profilácticas.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Las coordinaciones resultan una herramienta muy importante en la obtención metas y logro de objetivos; tal es así que de la que para la ejecución del presente trabajo académico se involucraran a los actores sociales y autoridades del lugar; así como representantes de la unidad ejecutora de la Red de Salud Huaylas Sur, la Dirección de Regional de Salud Ancash, la Gerencia de Desarrollo Social de la Región Ancash; también se buscara el apoyo de la ONG “Cuerpo de Paz” – EE.UU; quienes a su vez evidenciaran el trabajo a realizar en favor de esta parte del distrito de Huaraz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Directriz: Uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños de 6 a 23 meses de edad 2012. [fecha de acceso 10 de octubre de 2018]. URL disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/101016/9789243502045_spa.pdf?sequence=1
2. Ranieri F, et al. Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el periodo del embarazo hasta los 5 años, ed. UNICEF. Argentina 2015.
3. Sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales (VMNIS). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. [fecha de acceso 29 de diciembre de 2018]. URL disponible en: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/
4. EFE: SALUD. [fecha de acceso 29 de diciembre de 2018]. URL disponible en: <https://www.efesalud.com/unos-225-millones-de-ninos-sufren-anemia-en-latinoamerica/>
5. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar [en línea] Perú; 2015. (fecha de acceso 9 de noviembre de 2018). URL disponible en: <http://www.app.minsa.gob.pe/>
6. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar [en línea] Perú; 2016. [fecha de acceso 9 de noviembre de 2018]. URL disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endeslendes20161resultados/>

7. DIRES. Dirección Regional de Salud Ancash. Situación de la anemia y la desnutrición crónica infantil en la región Ancash. [diapositiva] Huaraz; 2018. 20 diapositivas.
8. OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra 2011. [fecha de acceso 10 de enero de 2019]. URL disponible en: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobines.pdf>
9. MINSA. Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA: que aprueba la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP: Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Lima 2017.
10. Tostado T, et al. Actualidades de las características del hierro y su uso en pediatría. México; 2015. [fecha de acceso 8 de enero de 2019]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm153h.pdf>
11. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Ácido fólico. España 2015. [fecha de acceso 8 de enero de 2019]. URL disponible en: <http://pediamecum.es/wp-content/farmacos/Acidofolico.pdf>
12. Carbajal A, Manual de nutrición y dietética. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid; 2013. [fecha de acceso 8 de enero de 2019]. URL disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-07-24-cap-11-vitaminas.pdf>
13. NIH. National Institutes of Health. Office of dietary supplements. Datos sobre zinc. 2016. [fecha de acceso 8 de enero de 2019]. URL disponible en: <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Zinc-datosenespanol.pdf>

14. OMS. Micronutrientes múltiples en polvo para el enriquecimiento domestico de los alimentos consumidos por niños de 6 a 23 meses. Ginebra; 2016. [fecha de acceso 29 de diciembre de 2018]. URL disponible en: https://www.who.int/elena/titles/micronutrient_powderinfants/es/
15. FAO. Seguridad alimentaria de los hogares y nutrición de la comunidad. 2010. [fecha de acceso 29 de diciembre de 2018]. URL disponible en: http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/household_micronutrients_es.stm
16. MINSA. Resolución Ministerial N° 643-2017/MINSA que establece la modificatoria de la NTS N°134-2017/MINSA. Manejo preventivo y tratamiento de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas. Lima 2017.
17. Páez María. Los micronutrientes. Salus [en línea] 2012. [fecha de acceso 29 de diciembre de 2018]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939019003>>
18. MINSA. Resolución ministerial 062-2016/MINSA que aprueba el documento técnico: orientaciones para la atención integral de salud de las y los adolescentes en el nivel de atención. Lima 2016.
19. MINSA. Resolución Ministerial N° 280-2009/MINSA que aprueba la directiva de “Consejería nutricional en el marco de la atención de Salud materno Infantil” – Lima, Perú 2009.
20. MINSA. Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA que aprueba el documento técnico de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población Materno Infantil. Perú 2012.

21. Sierra L. Promoción del crecimiento y desarrollo en la primera infancia. Buenas prácticas y lecciones aprendidas del programa buen inicio, ed. UNICEF. Lima – Perú 2011.
22. MINSA. Resolución Ministerial N°537-2017/MINSA que aprueba la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP V.02: Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años” – Lima, Perú 2017.
23. Teoría de la enfermería modelo de promoción de la salud. [fecha de acceso 16 de diciembre de 2018]. URL disponible en: <http://eticamirtha.galeon.com/mirtha5.htm>
24. El Cuidado. 2012.[fecha de acceso 17 de diciembre de 2018]. URL disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
25. Farfán A. Estudio adherencia de las madres a la suplementación de niños de 6 a 59 meses de edad, con micronutrientes espolvoreados, en las comunidades de Suchiquer y Colmenas del municipio de Jocotan, Chiquimula. [tesis de grado]. Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala 2013.
26. Paredes J, Peña A. Estudio de la práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del centro de salud San Cristóbal – Huancavelica- 2013. [tesis de grado] Universidad Nacional de Huancavelica – Perú 2014.
27. Ocaña D. Estudio impacto del programa de suplementación con multimicronutrientes para evitar anemia en niños de 6 a 2 años de edad en el subcentro de salud Picaihua, periodo enero – junio, 2013. [tesis de grado]. Universidad Técnica de Ambato – Ecuador; 2014.

28. Chuquimarca, R. Estudio Efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia de niños/as de 6 a 59 meses de edad. Babahoyo-Ecuador. 2014-2015. [tesis de doctorado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú 2017.
29. Paredes J, Peña A. Estudio de la práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del centro de salud San Cristóbal – Huancavelica- 2013 [tesis de grado]. Universidad Nacional de Huancavelica – Perú 2014.
30. Carrión D. Estudio factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños (as) de 6 a 35 meses, establecimiento de salud Acora I-4, Puno 2014. [tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano – Perú 2105.
31. Paranco C. Estudio efectos de las prácticas de la suplementación del sulfato ferroso y consumo de hierro dietético en los niveles de hemoglobina en niños con anemia de 6 a 36 meses del puesto de salud Villa Socca – Acora, diciembre 2014 – mayo 2015. [tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano – Perú 2015.
32. Delgado M. Estudio factores de adherencia a la suplementación con nutromix en niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Corrales – Tumbes. [tesis de grado]. Perú 2016.
33. Quispe C, Mendoza S. Estudio micronutrientes y su relación con la anemia en niños menores de 36 meses de edad del centro de salud Ciudad Blanca 2016 - Arequipa. [tesis de grado]. Universidad Ciencias de la Salud de Arequipa – Perú 2016.

34. Cutipa B, Salomé N. Estudio factores de adherencia a la suplementación con nutromix asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses, en el centro de salud Chupaca – 2015. [tesis de grado]. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt – Perú 2016.
35. Erazo A, Gómez L. Estudio valoración de las intervenciones con multimicronutrientes en cuatro centros de salud representativos de la ciudad de Iquitos, 2015. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana – Perú; 2016.
36. Sensia E, Vargas D. Estudio prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses. [tesis de grado]. Universidad Privada Norbert Wiener – Lima. Perú 2016.
37. Rodríguez J. Estudio factores asociados con la adherencia en 3 meses a la suplementación con multimicronutrientes en niños entre 6 y 24 meses de edad [Tesis de Maestría] Chimbote. Universidad Nacional Del Santa – Ancash 2016.
38. Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales. La gestión de las organizaciones.2010. [en línea]. [fecha de acceso 10 de enero de2019]. URL disponible en:
<http://www.eumed.net/librosgratis/2010c/758/la%20gestion%20en%20las%20organizaciones.htm>
39. Loz M. Capacitación y relaciones laborales. México 2013. [fecha de acceso 10 de enero de 2019]. URL disponible en:
<http://capacitacionyrelacioneslabo.blogspot.com/2013/06/51-concepto-y-evolucion.html>
40. Diccionario de la lengua española. Sensibilización. [en línea] España, 2015. [fecha de acceso 20 de enero de 2019]. URL disponible en:
<http://www.wordreference.com/definicion/sensibilizaci%C3%B3n>

ANEXO N° 01

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH

RED DE SALUD HUAYLAS SUR

MICRO RED SAN NICOLÁS

PUESTO DE SALUD SAN NICOLÁS

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO : I-2

NOMBRE : PS. SAN NICOLÁS

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE : MINSA

DIRECCIÓN COMPLETA : CPM. San Nicolás - Km 7.5 - Huaraz

DEPARTAMENTO : Ancash

PROVINCIA : Huaraz

DISTRITO : Huaraz

SERVICIOS QUE BRINDA:

1. Medicina general
2. Odontología
3. Obstetricia
4. Enfermería
5. Psicología
6. Laboratorio Clínico
7. Farmacia
8. Tópico
9. SIS

HORARIO DE ATENCIÓN: : Lunes a Sábado: de 7.30am – 1:30pm.

JEFE DEL PUESTO DE SALUD : MC. José Paúl Sánchez Carrión.

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y JURISDICCIÓN

ESTADO	: Activo
SITUACIÓN	: Registrado
CONDICIÓN	: En funcionamiento
INSPECCIÓN	: Inspeccionado
UBICACIÓN GEOGRÁFICA	:

El centro poblado de San Nicolás se encuentra ubicado a 7.5 km de la ciudad de Huaraz por vía terrestre, además cuenta con 3 barrios: San Nicolás Central, Chihuipampa y Llacma.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

EXTENSIÓN: El centro poblado de San Nicolás cuenta con una superficie territorial de 108.24 km².

LÍMITES:

- J Por el Norte: Centro Poblado de Toclla – Distrito de Huaraz.
- J Por el Sur: Distrito de Recuay – Provincia de Recuay.
- J Por el Este: Centro Poblado de Yanacoshca – Cordillera Blanca.
- J Por el Oeste: El río Santa y la Cordillera Negra.

ALTITUD: El centro poblado de San Nicolás se encuentra a una altitud de 3,287 m.s.n.m.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Población total por sexo y etapas de vida: La población del distrito de Huaraz en la actualidad es 31,916 del sexo masculino y de 32,193 del femenino. En CPM de San Nicolás se tiene una población femenina de 4,204 y la masculina de 4,535. Asimismo, la población de niños y niñas entre 0 a 11 años es de 2,016; la población de

adolescentes es de 1,096; adultos de 4,793 y de adulto mayor es de 834. La población según Padrón Nominal RENIEC es de 108 niños y niñas menores de 3 años, de 3 años es de 44, de 4 años 45; haciendo un total de 197 niños y niñas menores de 5 años.

SUPERFICIE TERRITORIAL

Área Territorial: 432.99 km² (Distrito de Huaraz)

$$\frac{\text{DP}}{\text{Huaraz}} = \frac{\text{Población Total}}{\text{Superficie (km}^2\text{)}} = \frac{167.494}{432.99 \text{ km}^2}$$

Densidad Poblacional: 387 hab/km²

Área Territorial: 108.24 km² (CP San Nicolás)

$$\frac{\text{DP}}{\text{San Nicolás}} = \frac{\text{Población Total}}{\text{Superficie (km}^2\text{)}} = \frac{8091}{108.24 \text{ km}^2}$$

Densidad Poblacional: 74.75 hab/km²

CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL

- J **Socio Económicas, Productivas y Comerciales:** La población se dedica en su gran mayoría a la agricultura y ganadería, también existen fábricas de ladrillos artesanales, canteras de extracción de materiales de construcción (arena, hormigón, etc.), estación de grifos y algunas empresas envasadoras de alimentos. A ello podemos mencionar que se tiene un crecimiento demográfico acelerado, ya que la migración es el 55% aproximadamente, específicamente a la ciudad de Huaraz, y a otros lugares como Chimbote, Casma, Huarmey, y otros departamentos.
- J La migración es de un 38% ya que se tiene en la actualidad poblaciones de diferentes provincias, quienes se encuentran en las nuevas invasiones (AA. HH. 07

de marzo y Los Reservistas EP). El 38% tiene ocupación independiente y el 42% son estudiantes, el 25% son profesionales. El ingreso promedio mensual es por debajo del sueldo mínimo, a razón que la mayoría cuenta con trabajo independiente como son negociantes, jubilados, empresarios, comerciantes, ambulantes, obreros.

- J **Las Viviendas:** En relación a las características de las viviendas se tiene que un 82% de la población tienen casa propia y el 18% es alquilado, donde el material que predomina es el de adobe con un 73% y de un 23% de material noble. Con respecto al servicio de agua, el abastecimiento es de un 60%, que proviene de los reservorios de la zona, en relación al sistema de electrificación y alumbrado la población cuenta con un 75%, que es generado por una planta eléctrica privada de la zona de Pariac.
- J **Educativas:** Se cuenta con instituciones educativas públicas de educación básica regular; como es el nivel inicial, primaria y secundaria. La deserción escolar en general se encuentra en un 23%; específicamente en el sexo femenino; ya que la gran mayoría de las familias aun prefieren la educación de los hijos varones.
- J **Idioma:** La población en su gran mayoría habla el castellano y en algunos sectores hay pobladores que se comunican a través del quechua de la zona.
- J **Transporte:** La población del Centro Poblado Menor de San Nicolás se transporta en autos particulares, combis y moto taxis; ya que al encontrarse a 7 km de la ciudad de Huaraz la movilidad es fluida. La vía central de la panamericana favorece la migración de la población hacia otras provincias y departamentos de nuestro territorio nacional. Se cuenta con carreteras asfaltadas y afirmadas, también existen trochas carrozables hacia los sectores rurales; que en temporadas de lluvias se ven interrumpidas por lo que la población debe trasladarse a pie o en acémilas.
- J **Medios de Comunicación:** Se cuenta con señales de telefonía móvil de operadoras nuevas por momentos, ya que el cortarse el fluido eléctrico la cobertura desaparece; además se captan algunas emisoras con baja frecuencia que son de la ciudad de Huaraz. No se cuenta con el servicio de internet.

INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES REPRESENTATIVAS:

- J **Política:** Alcalde, Teniente Alcalde, Regidores y Juez de Paz, presidente de la comunidad campesina, JASS, directores de instituciones educativas, representante de ONG Cuerpo de Paz, entre otros.
- J **Educación:** I.E. Ricardo Palma, I.E. Toclla, I.E. Quechcap.
- J **Religión:** Iglesia y Congregación de Los Israelitas.
- J **Actores Sociales:** Juez de Paz, Presidente JASS, agentes comunitarios, voluntario ONG Cuerpo de Paz, presidenta de club de madres.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRESENCIA DE RIESGOS

A). NATURALES:

- J **Clima:** El clima está en función a la altitud ya que el CPM de San Nicolás se encuentra ubicado 3,287 m.s.n.m., sin embargo, con los efectos del cambio climático actualmente se ha acentuado el frío durante el día y aún más frío en la noche. Las precipitaciones pluviales se presentan, de forma continua y con grandes descargas eléctricas ocasionando que muchos riachuelos y acequias se desborden, causando daños a sembríos y vías de acceso. La temperatura promedio bordea los: 10° y 17°C.
- J **Suelo:** Corresponde a una zona sísmica y de suelos consolidados y compactos, que se han visto alterados por las lluvias intensas. Así mismo se tiene la presencia de algunas zonas con fallas geológicas lo que en temporada de lluvias se activan ocasionando interrupciones de las vías de acceso.

B). DE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL:

- J **Agua no segura:** En la actualidad el agua de consumo diario de las familias es agua entubada y de acequias, que con las lluvias se presenta cargada de residuos y de gran turbiedad, por tanto, el riesgo de parasitosis es alto en el CPM de San Nicolás y sus barrios.

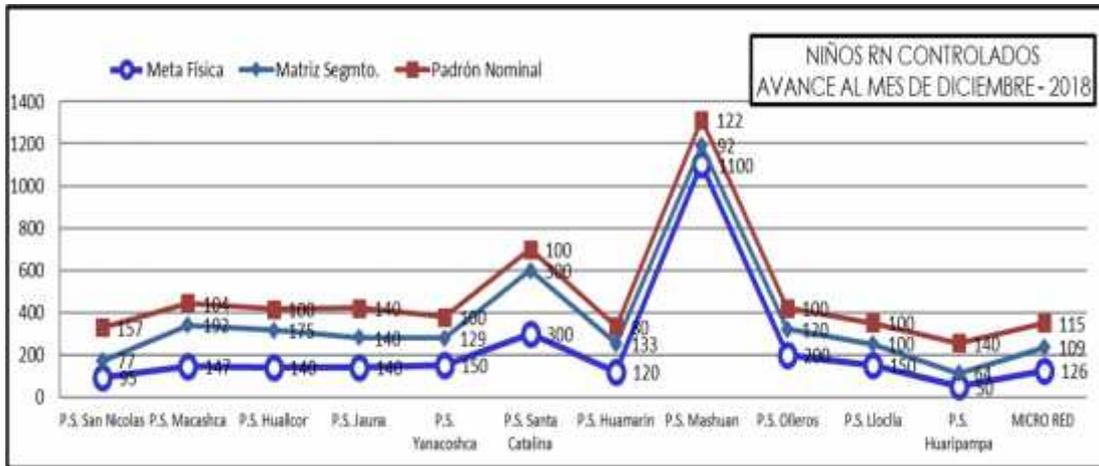
C). NECESIDADES SENTIDAS DE LA PERSONA, FAMILIA Y COMUNIDAD:

La demanda poblacional de las personas a las intervenciones sanitarias está determinada en su gran mayoría por el SIS, ya que el 93% de la población se encuentra asegurada al Seguro Integral de Salud, el 5,4% tiene EsSALUD y el 1,6% aún no cuenta con seguro alguno por tener dificultades con su residencia. Las enfermedades que mayor afección causan a la población infantil, específicamente a los niños menores de 5 años tenemos la caries dental, la desnutrición calórica proteica, infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, la anemia, la parasitosis. En las otras etapas de vida encontramos la caries dental, osteoartritis, artritis reumatoide, infecciones respiratorias, gastritis, infecciones, urinarias, hipertensión arterial, diabetes mellitus.

RESEÑA HISTÓRICA

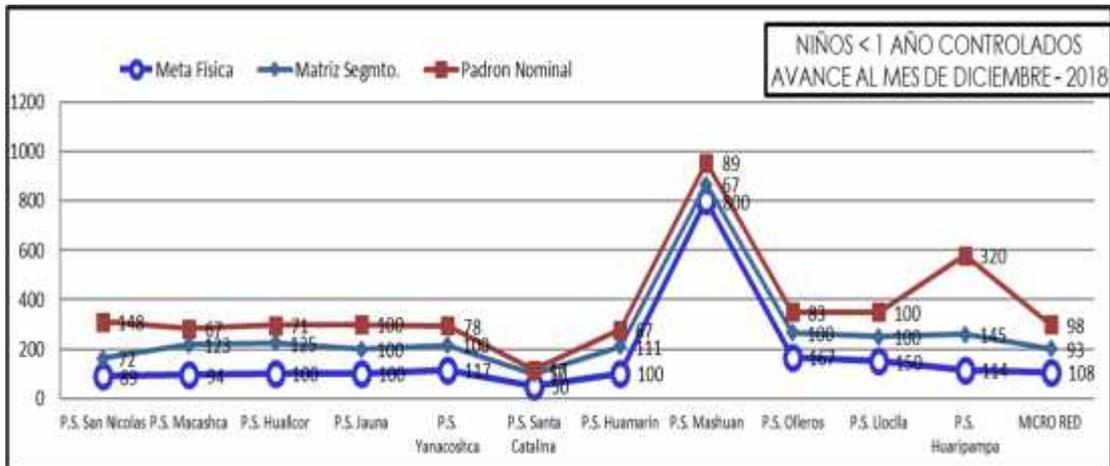
La comunidad Franciscana de Santa Rosa de Viterbo, cedió el terreno para el Centro Educativo y la señora Elena Avendaño hizo lo propio para el campo deportivo. El 04 de diciembre de 1969, la localidad de San Nicolás es reconocido como caserío, teniendo como su primer teniente gobernador al Sr. Luis Chávez Molina, sin embargo, la resolución municipal es aprobada el 15 de marzo del 2000. El 16 de diciembre del 2002 se obtiene la Resolución Municipal N° 502 que da lugar a la creación del Centro Poblado Menor de San Nicolás, es así que en el año 2003 se da lugar a la elección del primer alcalde, recayendo en el Sr. Juan Villanueva F. Con el crecimiento poblacional de esta parte del distrito de Huaraz y la demanda de servicios de salud; en el mes de setiembre del año 2013 el gobierno regional de Ancash hace entrega al CMP de San Nicolás una nueva infraestructura del establecimiento de salud de material noble de aproximadamente 900m²; de fácil acceso a la población; lo que ha incrementado la demanda de atención; y la dotación de más personal profesional de la salud. La participación de la población dentro de su comunidad se ve reflejada en las diferentes actividades socio culturales y de salud; donde a través de sus actores sociales, autoridades y ONGs; se pueden realizar coordinaciones y reuniones; en acciones vinculadas con la mejora de la calidad de vida, así como su desarrollo local.

Grafica N° 03
Niños Recién Nacidos Controlados – 2018



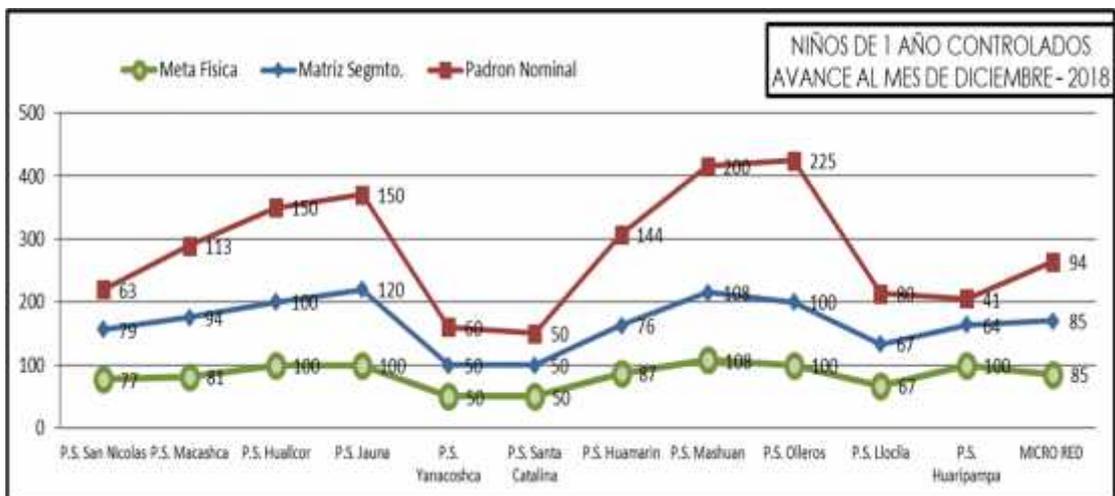
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 04
Niños < 1 año Controlados en CRED - 2018



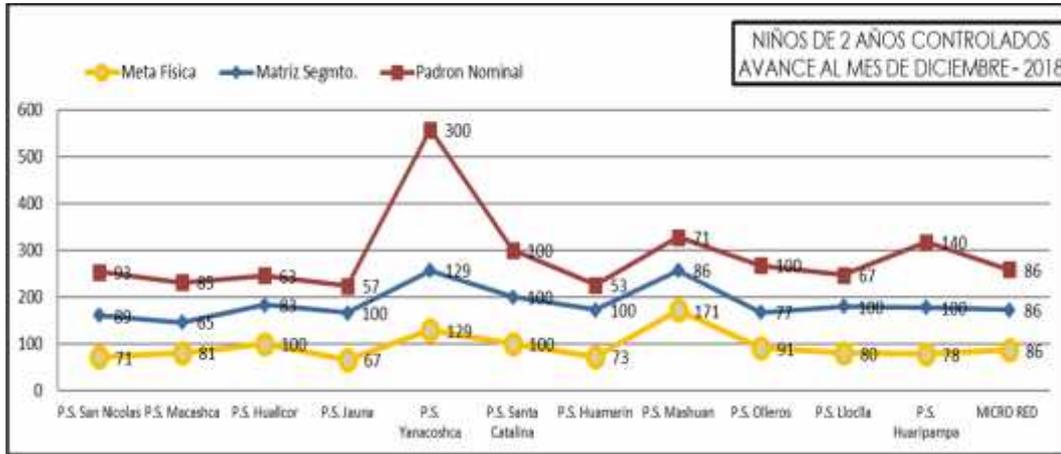
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 05
Niños de 1 año Controlados en CRED - 2018



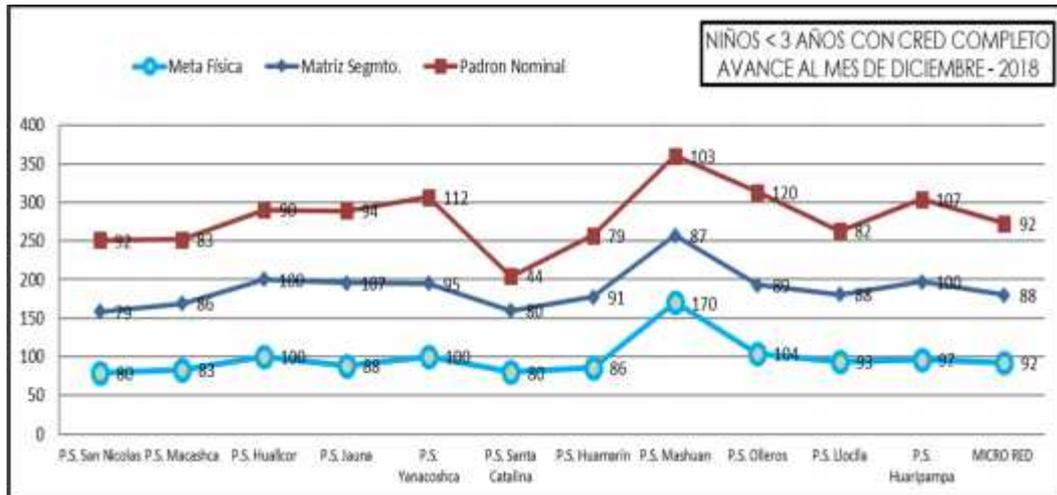
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 06
Niños 2 años Controlados en CRED - 2018



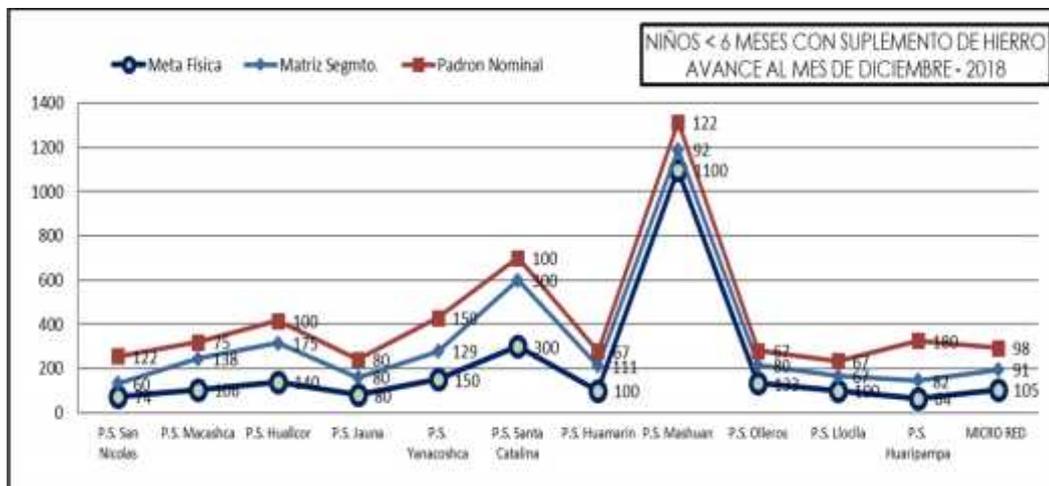
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 07
Niños < 3 años Controlados en CRED - 2018



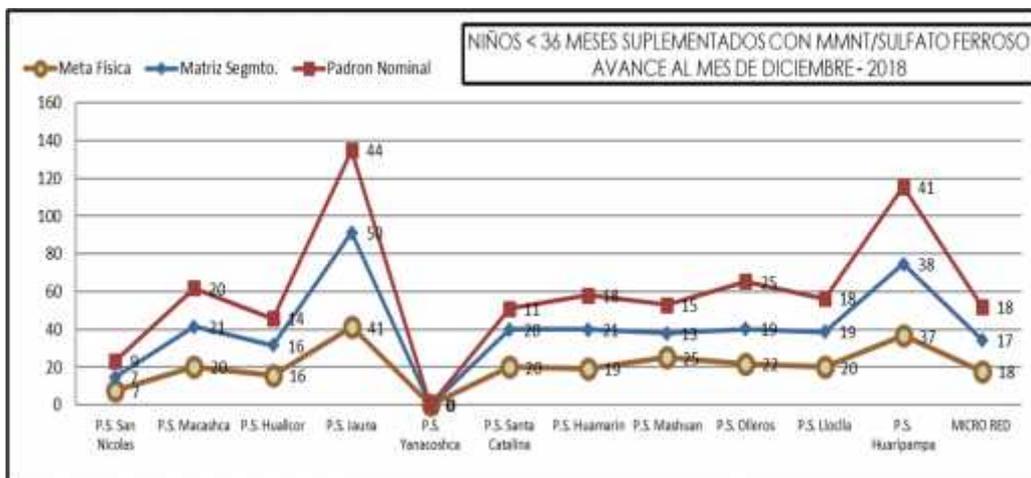
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 08
Niños < 6 meses con Suplemento de Hierro - 2018



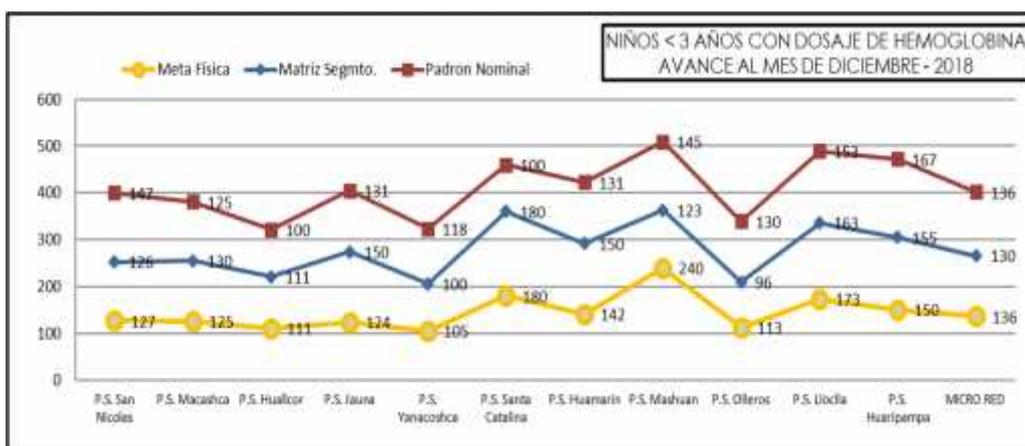
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 09
Niños < 36 meses Suplementados con MMNT/Sulfato Ferroso - 2018



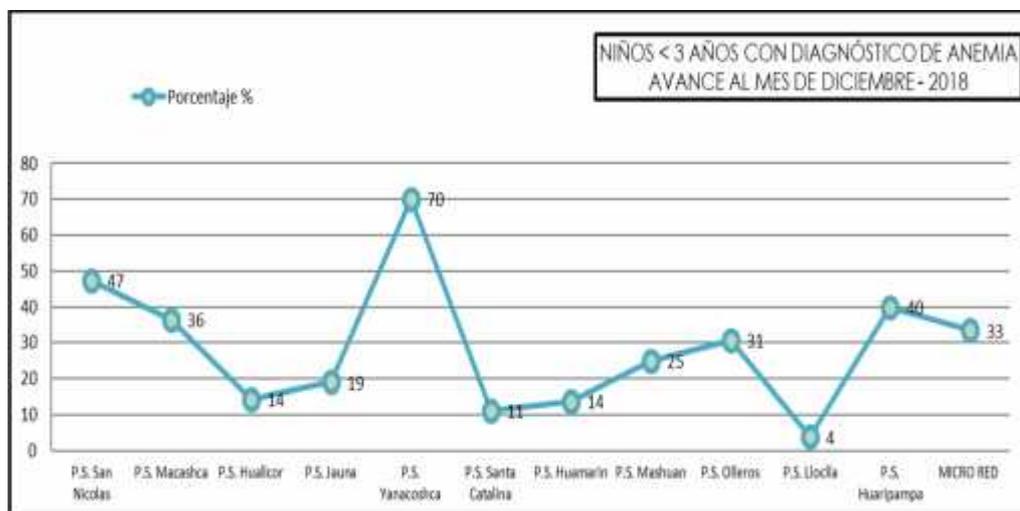
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 10
Niños < 3 años con Dosaje de Hemoglobina - 2018



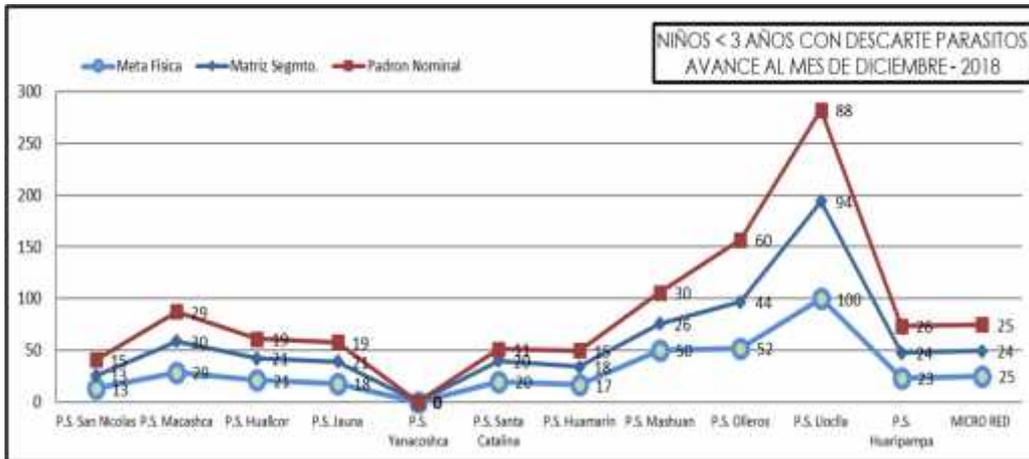
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafica N° 11
Niños < 3 años con Diagnóstico de Anemia - 2018



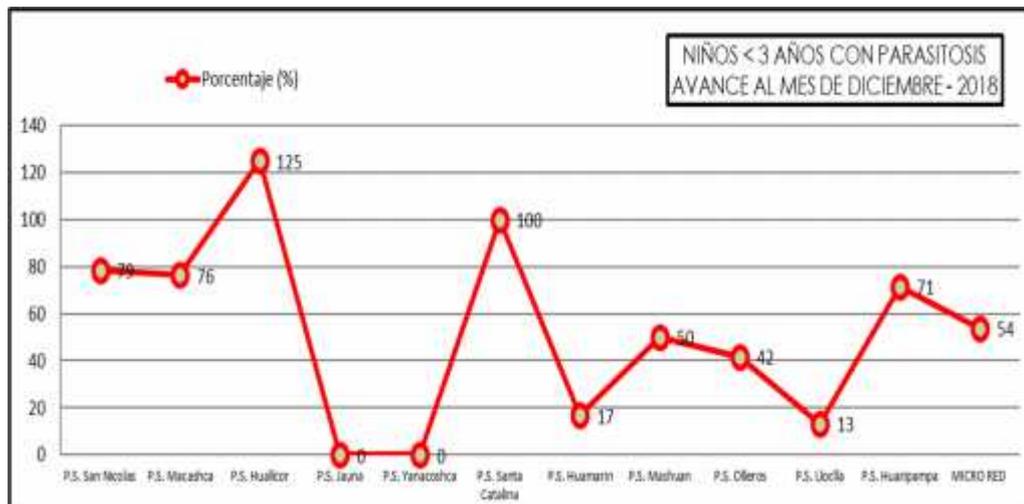
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafico N° 12
Niños < 3 años con Descarte de Parasitosis - 2018



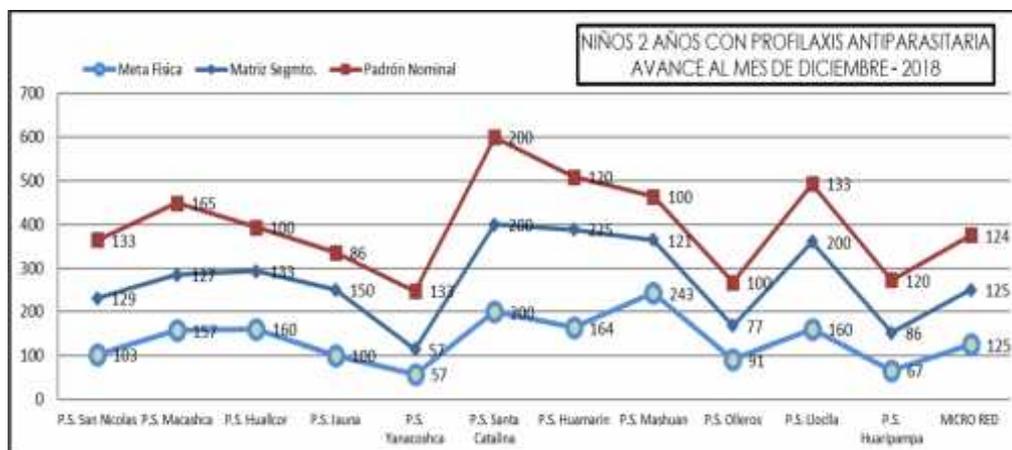
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafico N° 13
Niños < 3 años con Parasitosis - 2018



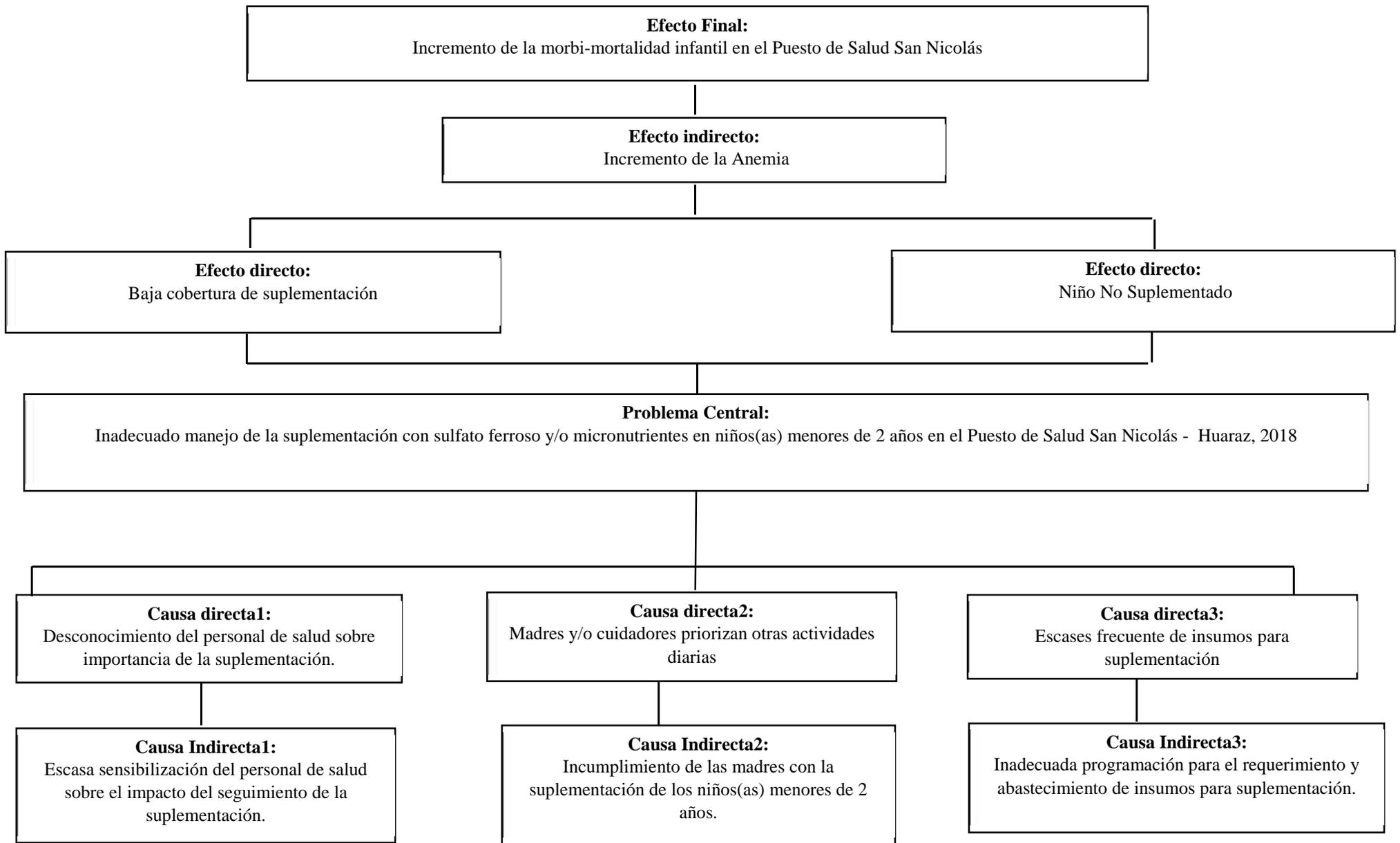
Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

Grafico N° 14
Niños de 2 años con Profilaxis Antiparasitaria - 2018

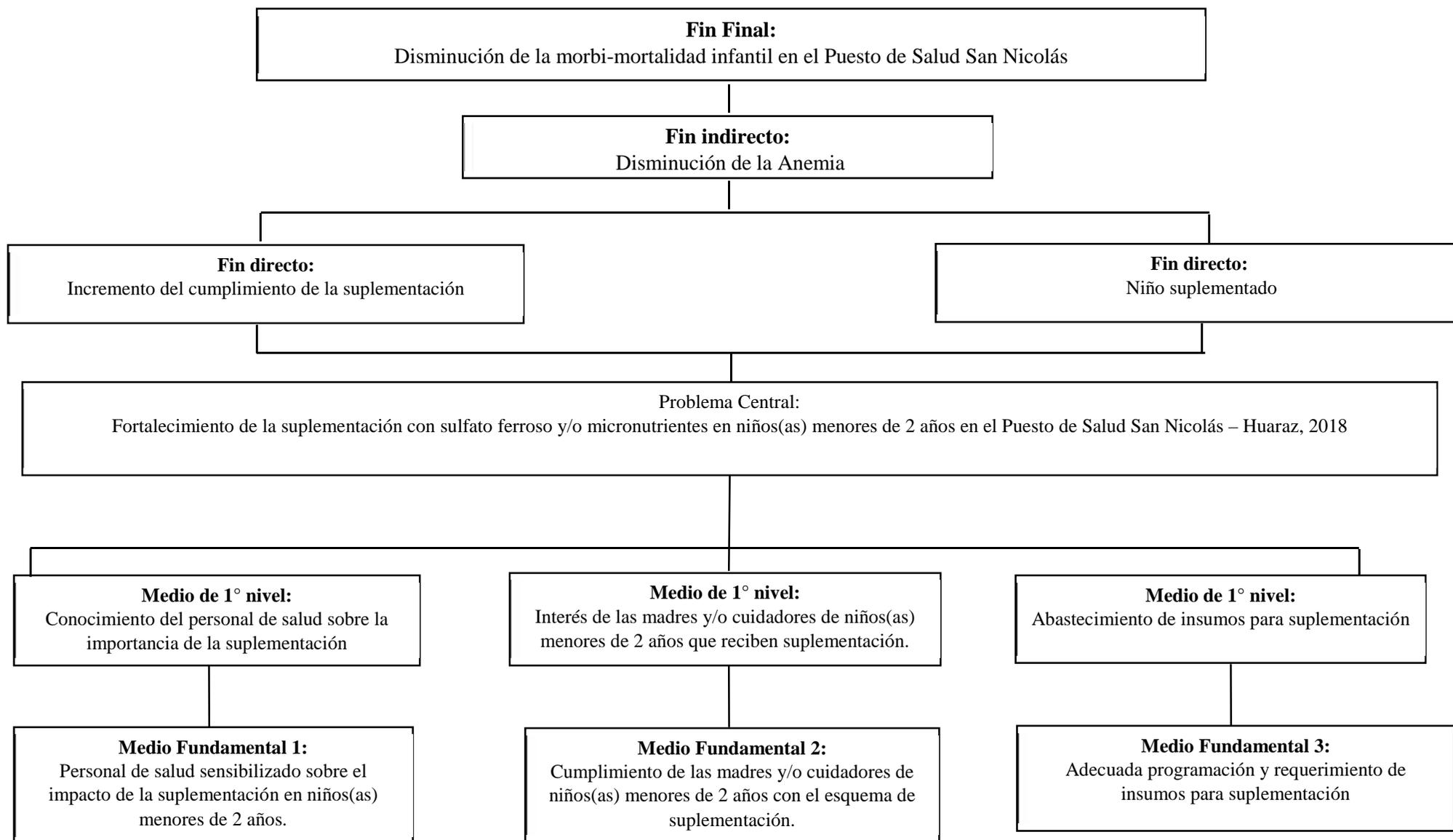


Fuente: Basé de Datos AIS Niño 2018 - MRSN

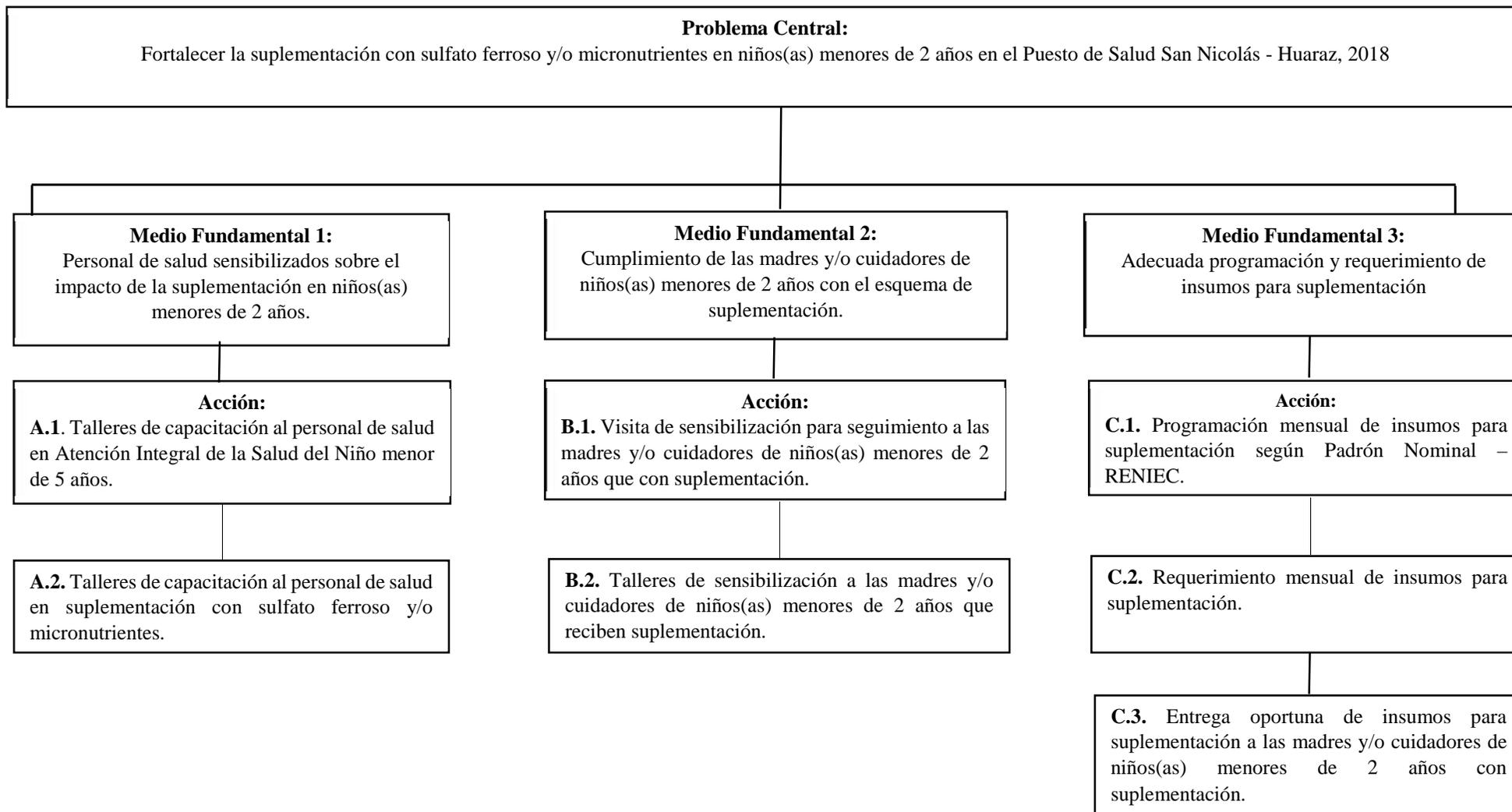
ANEXO N° 02 ÁRBOL DE CAUSA Y EFECTO



ANEXO N° 03 ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO N° 04 ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



ANEXO N° 05
MATRÍZ DEL MARCO LÓGICO

Jerarquía de Objetivos		Meta	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
FIN	Disminución de la morbi-mortalidad infantil en el Puesto de Salud San Nicolás				
PROPÓSITO	Fortalecer la suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes en niños(as) menores de 2 años en el Puesto de Salud San Nicolás – Huaraz, 2018	47 niños(as) menores de 2 años suplementados.	N° de Niños < 2 años que inician suplementación con sulfato ferroso y/o MNT x 100 <hr/> N° Total de Niños < 2 años suplementados con sulfato ferroso y/o micronutrientes	✓ Hojas HIS ✓ Reporte HIS ✓ Reporte SIEN ✓ FUAS	✓ Niños menores de 2 años suplementados con sulfato ferroso y/o micronutrientes.
COMPONENTES	Resultados (Objetivos Específicos) A. Personal de salud sensibilizado sobre el impacto de la suplementación.	04 talleres de capacitación al personal de salud sensibilizado.	N° de Personal de salud sensibilizado x 100 <hr/> N° Total de personal de salud del PS. San Nicolás	✓ Acta de reuniones. ✓ Registro de asistencia. ✓ Rol de turnos.	✓ Personal de salud sensibilizado con las actividades de suplementación.

	B. Cumplimiento de las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con el esquema de suplementación.	47 madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años cumplen esquema de suplementación.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ madres y/o cuidadores de niños(as) < 2 años iniciaron esquema de suplementación}}{\text{N}^\circ \text{ Total de madres y/o cuidadores con niños(as) < 2 años que terminaron esquema de suplementación.}}$	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cronogramas de visitas de seguimiento. ✓ Fichas de Visita Domiciliaria. ✓ Reporte HIS. 	✓ Madres y/o cuidadores de los niños con seguimiento a través de las APS y guardias comunitarias.
	C. Adecuada programación y abastecimiento de insumos para suplementación.	12 programaciones y requerimientos de insumos para suplementación.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos requeridos por el EE.SS. x 100}}{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos en stock en el EE.SS.}}$	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formatos de requerimiento. ✓ Guías de remisión. ✓ ICI 	✓ EE.SS. abastecido con insumos para suplementación.
ACCIONES	A.1. Talleres de capacitación al personal de salud en atención integral de la salud del niño menor de 5 años.	04 capacitaciones al personal de salud en atención integral de la salud del niño menor de 5 años.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Taller de capacitación realizadas x 100}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Taller programados.}}$	✓ Actas de talleres de capacitación.	✓ Personal de salud capacitado en atención integral de la salud del niño menor de 5 años.
	A.2. Talleres de capacitación al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	04 capacitaciones al personal de salud en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Personal de salud asistente a las capacitaciones x 100}}{\text{N}^\circ \text{ Total de personal de salud del PS. San Nicolás}}$	✓ Actas de Talleres de Capacitación.	✓ Personal de salud capacitado en suplementación con sulfato ferroso y/o micronutrientes.

	<p>B.1. Visita de sensibilización para seguimiento a las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años que con suplementación.</p>	<p>47 madres y/o cuidadores con niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación con visita de seguimiento.</p>	<p>N° Madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación x 100</p> <hr/> <p>N° 3 ras. Visitas de verificación y/o monitoreo realizadas por el personal de salud</p>	<p>✓ Cronograma de visitas de seguimiento. ✓ Padrón de niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación. ✓ Fichas de visita de domiciliaria. ✓ Registros HIS-FUAS.</p>	<p>✓ Madres asequibles a la verificación en domicilio y al cumplimiento con la suplementación.</p>
	<p>B.2. Talleres de sensibilización a las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación.</p>	<p>47 madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con suplementación sensibilizados.</p>	<p>N° Madres y/o cuidadores de niños(as) < 2 años asistentes al taller x 100</p> <hr/> <p>N° Total de madres y/o cuidadores de niños(as) < 2 años que reciben suplementación.</p>	<p>✓ Actas de capacitación.</p>	<p>✓ Madres y/o cuidadores sensibilizados en importancia de la suplementación.</p>
	<p>C.1. Programación de insumos para suplementación según Padrón Nominal RENIEC.</p>	<p>12 programaciones anuales de insumos para suplementación según Padrón Nominal RENIEC.</p>	<p>N° Total de insumos para suplementación recibidos por el EE. SS x 100</p> <hr/> <p>N° Total de insumos para suplementación programados por el EE. SS</p>	<p>✓ Formatos de programación. ✓ Padrón Nominal RENIEC</p>	<p>✓ Accesibilidad al Padrón Nominal RENIEC.</p>

	C.2. Requerimiento mensual de insumos para suplementación.	12 requerimientos de insumos para suplementación.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de insumos para suplementación existentes en el EE. SS} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de insumos para suplementación requeridos por el EE. SS}}$	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oficio de requerimiento. ✓ Guías de remisión. ✓ Inventario SISMED 	✓ Accesibilidad a la oficina del SISMED – RSHS para el abastecimiento oportuno.
	C.3. Entrega oportuna de insumos para suplementación a las madres y/o cuidadores de niños(as) menores de 2 años con suplementación.	564 entregas de insumos para suplementación a las madres y/o cuidadores con niños(as) menores de 2 años que reciben suplementación.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas emitidas a madres y/o cuidadores para recojo de insumos para suplementación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de recetas despachadas.}}$	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recetas despachadas. ✓ Reporte ICI 	✓ Accesibilidad de las madres y/o cuidadores a los insumos para suplementación.

