

ANEXO N° 2 Contenidos Mínimos del Programa Presupuestal

PROGRAMA PRESUPUESTAL 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Ministerio de Salud

Directiva Nº 002-2016-EF/50.01 Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01

2021

| | INDICE | |
|--------|---|--------|
| | | Pág. |
| I. | Información General | 2 |
| II. | Diagnostico | |
| | 2.1 Identificación del problema específico | 5 |
| | 2.2 Identificación y Cuantificación de la Población. | 19 |
| | 2.3 Causas del problema identificado. | 20 |
| III. | Diseño del programa | 00 |
| | 3.1 Resultado especifico | 29 |
| | 3.2 Análisis de los medios | 29 |
| | 3.3 Análisis de alternativas | 39 |
| | 3.4 Transición de las alternativas al producto | 54 |
| | Tabla № 10 Modelo Operacional de los productos | 57 |
| | 3.5 Actividades, tareas e insumos | |
| | Tabla Nº 12 Modelo Operacional de las Actividades | 107 |
| | Tabla Actividad para Gobiernos Locales | 173 |
| | 3.6 Indicadores. | 470 |
| | Indicadores de Desempeño | 179 |
| | Indicadores de Producción Física Supuestos | 207 |
| | 3.7 Supuestos | 227 |
| | 3.8 Vinculación del programa Presupuestal con los objetivos de política nacional. | 228 |
| | 3.9 Matriz lógica del programa Presupuestal | 228 |
| | 3.10 Inclusión de proyectos de Inversión Pública en el PP | 231 |
| IV. | Evaluación | 232 |
| | Compromisos para mejorar el Desempeño del Servicio de Vacunación. | |
| | Atención de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Dia Agudas (EDA) | rreica |
| ٧. | Programación física y financiera | |
| | 5.1. Definiciones | 245 |
| | 5.2. Cálculos previos. | 246 |
| | 5.3. Programación del requerimiento de inversiones | 251 |
| | 5.4. Programación de producción anual | 251 |
| | 5.5 Programación multianual | 253 |
| | 5.6 Estructura programática Propuesta | 259 |
| NEXOS: | | |
| | Anexo Nº1 Presentación de Evidencias | |
| | Anexo Nº 2: Los Kit de cada Producto se según Modulo de Gestión de producto.: | |
| | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | |

| 1 | INFORMACION GENERAL |
|----------|--|
| 1.1 | Nombre del Programa Presupuestal |
| | Programa Articulado Nutricional- PAN |
| | |
| 1.2 | TIPO DE DISEÑO PROPUESTO • Nueva propuesta de PP |
| | Revisión del diseño del PP x |
| | Mejora del diseño del PP |
| | Rediseño del PP |
| | Señalar el año fiscal al que corresponde la propuesta: 2021 |
| 1.3 | ENTIDAD RECTORA DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL |
| | Ministerio de Salud-MINSA |
| <u> </u> | |
| 1.4 | RESPONSABLE TÉCNICO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL |
| | Director General de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica |
| | |
| 1.5 | COORDINADOR TERRITORIAL DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL |
| | Director General de la Oficina General de Gestión Descentralizada |
| | |
| 1.6 | COORDINADOR DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL |
| | Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización |
| | |
| | |

2 DIAGNOSTICO

2.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA ESPECÍFICO

La desnutrición infantil en el mundo en desarrollo:

La desnutrición continúa afectando a miles de millones de niños. Su presencia es visible en el retraso en el crecimiento de los niños que no reciben una nutrición adecuada durante los primeros 1.000 días y a menudo después. Estos niños puede que soporten la carga del retraso en el crecimiento durante el resto de sus vidas y es posible que nunca alcancen el desarrollo pleno de sus capacidades físicas e intelectuales. La desnutrición también es evidente en la emaciación de los niños en cualquier etapa de sus vidas, cuando circunstancias como la escasez de alimentos, las malas prácticas de alimentación y las infecciones, a menudo agravadas por la pobreza, las crisis humanitarias y los conflictos, los privan de una nutrición adecuada y, en demasiados casos, provocan su muerte. En 2018, 149 millones de niños menores de 5 años sufrían de retraso en el crecimiento y casi 50 millones tenían emaciación. En América Latina y el Caribe, 4,8 millones de niños menores de 5 años sufren de retraso en el crecimiento y 0,7 millones de emaciación.

En la actualidad, la desnutrición crónica es un problema en la mayoría de los países de la región, donde hay más de 7 millones de niños y niñas con desnutrición crónica. En el estudio elaborado a 25 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño ya se mostraban logros importantes en materia de nutrición. La información actualizada confirma esta tendencia, pues los niveles promedio de desnutrición de la región han disminuido de manera considerable entre la década de 1990 y la medición más reciente, de modo que se ha producido una reducción de la desnutrición crónica del 40% (CEPAL/UNICEF, 2018). En particular, en México, el Perú y la República Dominicana la prevalencia se ha reducido más del 60%. Por otro lado, el país que actualmente enfrenta mayores desafíos en esta materia es Guatemala, donde presentan desnutrición crónica más del 46,5% de los niños, es decir, alrededor de 900.000 niños y niñas (2)

El número de niños con obesidad de entre 5 y 19 años se ha multiplicado, aumentando entre 10 y 12 veces en todo el mundo. El sobrepeso y la obesidad, durante mucho tiempo considerados trastornos de los ricos, afectan ahora cada vez más a los pobres, lo cual refleja la mayor disponibilidad en todos los países del mundo de "calorías baratas" procedentes de alimentos grasos y azucarados. Estos trastornos incrementan el riesgo de contraer enfermedades no contagiosas, como la diabetes tipo 2. Los análisis realizados como parte del estudio sobre Carga Mundial de Enfermedades sugieren que las prácticas de alimentación que carecen de una nutrición adecuada son actualmente la principal causa de muerte en todo el mundo.

Para comprender la malnutrición actual, es necesario centrarse en los alimentos y la alimentación en todas las etapas de la vida del niño. El panorama que surge es preocupante: Demasiados niños y jóvenes comen muy pocos alimentos saludables y demasiados alimentos poco saludables. Estos problemas comienzan temprano en la vida: en todo el mundo y en la región de América Latina y el Caribe, solo dos de cada cinco niños reciben exclusivamente leche materna en sus primeros seis meses de vida, lo que les priva de la mejor comida que un bebé puede obtener. En cuanto a los "primeros alimentos" que los lactantes deben empezar a consumir alrededor de los 6 meses de edad, estos también son, en demasiados casos, inapropiados para satisfacer las necesidades de los niños. Menos de uno de cada tres niños entre los 6 y los 23 meses está consumiendo una alimentación lo suficientemente diversificada para sustentar sus cuerpos y cerebros en rápido crecimiento. En el caso de los niños más pobres, la proporción se reduce a sólo uno de cada cinco.

América Latina y el Caribe.

En la actualidad, la desnutrición crónica es un problema en la mayoría de los países de la región, donde hay más de 7 millones de niños y niñas con desnutrición crónica. En el estudio elaborado a 25 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño ya se mostraban logros importantes en materia de nutrición. La información actualizada confirma esta tendencia, pues los niveles promedio de desnutrición de la región han disminuido de manera considerable

¹ UNICEF.- Día Mundial de la Alimentación

² UNICEF- América Latina y el Caribe a 30 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño

entre la década de 1990 y la medición más reciente, de modo que se ha producido una reducción de la desnutrición crónica del 40% (CEPAL/UNICEF, 2018). En particular, en México, el Perú y la República Dominicana la prevalencia se ha reducido más del 60%. Por otro lado, el país que actualmente enfrenta mayores desafíos en esta materia es Guatemala, donde presentan desnutrición crónica más del 46,5% de los niños, es decir, alrededor de 900.000 niños y niñas ²

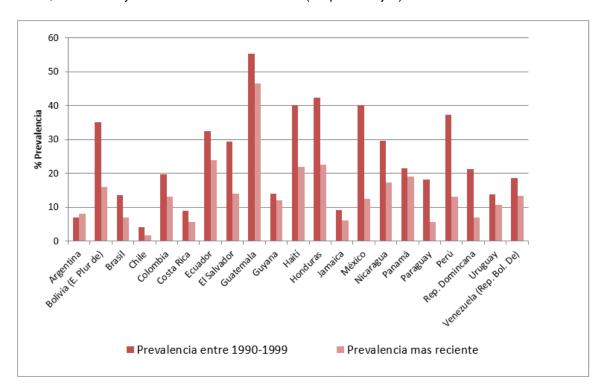


Gráfico 1. América Latina y el Caribe (21 países): prevalencia y variación de la desnutrición crónica, 1990-1999 y medición más reciente 2016 (En porcentajes)

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Seguridad alimentaria y nutricional: América Latina y el Caribe" [base de datos en línea] https://dds.cepal.org/san/estadisticas, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS) e informes oficiales de los respectivos países

La desnutrición crónica en la población infantil menor de 5 años está más concentrada entre los niños y niñas de menores ingresos, en todas las regiones del mundo. En América Latina y el Caribe, esta brecha es similar al promedio mundial, pero mayor que la existente en Europa Oriental y Asia Central, así como en Oriente Medio y África del Norte.

Otro aspecto asociado a la nutrición que ha ido cobrando relevancia es el sobrepeso y la obesidad (CEPAL/UNICEF, 2018; Fernández y otros, 2017). La obesidad y el sobrepeso en la población de niños y niñas es un tema alarmante, pues las consecuencias de este problema se expresan durante su crecimiento, pero también en la adultez. En la región, la prevalencia del sobrepeso en este tramo de edad es en promedio del 7%, lo que significa que cerca de 4 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren de sobrepeso u obesidad. ³

² CEPAL_America Latina y el caribe a30 años de la aprobación de la convención sobre los derechos del niño -2018

³ CEPAL_America Latina y el caribe a30 años de la aprobación de la convención sobre los derechos del niño -2018

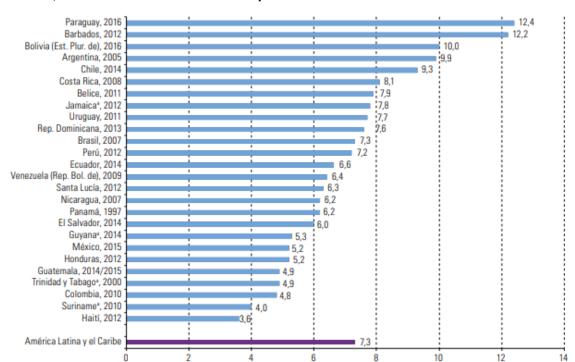


Grafico2.- América Latina y el Caribe (26 países): prevalencia del sobrepeso en menores de 5 años, último año con información disponible

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Seguridad alimentaria y nutricional: América Latina y el Caribe" [base de datos en línea] https://dds.cepal.org/san/estadisticas; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Organización Mundial de la Salud/Banco Mundial (UNICEF/OMS/Banco Mundial), "Joint child malnutrition estimates 2018" [base de datos en línea] http://datatopics.worldbank.org/child-malnutrition/. a Estimado a partir de cifras globales de población con desnutrición (norma del Centro Nacional de Estadística de la Salud de los Estados Unidos (NCHS))

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

- Subalimentación y desnutrición: ingesta de alimentos que es insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria.
- > Deficiencias de micronutrientes: son deficientes en una o más vitaminas y minerales esenciales.
- Sobre nutrición y obesidad: una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud.⁴

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

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

La desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo durante los 24 primeros meses de vida y no se revierte. Los niños que viven en zonas rurales tienen mayor prevalencia de desnutrición crónica que los niños que viven en zonas urbanas. Los niños de madres sin educación tienen mayor desnutrición que los niños de madres con educación superior. Dado que son los niños que nacieron con bajo peso o que no gozaron de lactancia materna exclusiva en

⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Italia, Noviembre 2014

sus primeros meses de vida los de caer en un cuadro de desnutrición crónica. Existen una serie de enfermedades, muy comunes en los niños, que facilitan tal condición.

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

En este contexto el Estado Peruano plantea la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable", que tiene como objetivo prioritario Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población, enmarcada al Plan Nacional para la reducción y control de la anemia y la desnutrición crónica infantil en el Perú del 2017 al 2021, cuya finalidad es: Contribuir a nivel nacional, con la reducción y control de la anemia infantil y desnutrición infantil DCI, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial.

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

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

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) persiguen la erradicación de la pobreza extrema, el hambre (ODM1), las enfermedades y la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4) y, a pesar de que, por primera en vez en la historia, existen los recursos y el conocimiento suficientes para acabar con el hambre y la pobreza, la desnutrición está asociada a un tercio de las muertes de menores de cinco años y la hambruna ha regresado al Cuerno de África. ⁵

2.1.1 Enunciado del Problema específico

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

2.1.2 Competencias de la Entidad para abordar el Problema

TABLA N° 01

| Competencia de la Entidad para abordar el problema | | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Competencias | Exclusivida d/Compartid as | Si es compartida, indique si tiene la rectoría | | | | | | | |
| Ley N° 26842, Ley General de Salud.: La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. | si | | | | | | | | |

⁵UNICEF.- Día Universal del Niño

_

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

| Competencia de la Entidad para abordar el | problema | |
|--|----------------------------------|--|
| Competencias | Exclusivida d/Compartid as | Si es compartida, indique si tiene la rectoría |
| c) Programas de protección que aseguren la atención oportuna cuando enfrentan situaciones de riesgo; d) Programas de asistencia para atender sus necesidades cuando se encuentren en circunstancias especialmente difíciles; e) Programas de rehabilitación que permitan su recuperación física y mental y que ofrezcan atención especializada | | |
| Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. DE LA UNIVERSALIDAD El Aseguramiento Universal en Salud es la garantía de la protección de la salud para todas las personas residentes en el Perú, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. | si | |
| Ley N° 28010, Ley General de Vacunas. Declararse las actividades de vacunación obligatoria para la Salud Publica Nacional por su elevado impacto en la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación. Las adquisiciones, materia de esta ley, que efectué el Ministerio de Salud se harán con fondos rotatorios financiados por organismos nacionales o internacionales o mediante cualquier otro mecanismo que aseguré dicho propósito. La provisión de fondos necesarios que asegure la adquisición de vacunas, jeringas, y equipos de cadena de frío, de acuerdo al cronograma y esquema de vacunación, se efectuarán con cargo a las asignaciones aprobadas al Ministerio de Salud, en las respectivas leyes anuales del presupuesto. | | |
| DECRETO SUPREMO Nº 068-2018-PCM, que aprueba el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia | si | |
| Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. De la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios (ANM): La Dirección general de medicamentos, insumos y Drogas (DIGEMID), órgano de línea del Ministerio de Salud, como autoridad nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y productos sanitarios (ANM), esa encargado, a nivel nacional, de inscribir, modificar, denegar, suspender o cancelar el registro sanitario o certificado de registro sanitario de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios conforme lo establecido en la Ley y el presente Reglamento, así como de realizar el control y vigilancia sanitaria de los mismos. Decreto Supremo N°. 031-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano | Si | |
| El presente Reglamento establece las disposiciones generales con relación a la gestión de la calidad del agua para consumo humano, | | |

| Competencia de la Entidad para abordar el problema | | | | | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Competencias | Exclusivida d/Compartid as | Si es compartida, indique si tiene la rectoría | | | | | | |
| con la finalidad de garantizar su inocuidad, prevenir los factores de riesgos sanitarios, así como proteger y promover la salud y bienestar de la población. | | | | | | | | |
| Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios | Si | | | | | | | |
| Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGIESP-V.01."Norma Técnica de Salud para la Atención de Salud de la Niña y Niño". | Si | | | | | | | |
| Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Alimentación Infantil". Tiene como objetivo lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. | Compartida | Tiene la rectoría | | | | | | |
| Resolución Ministerial Nº 579-2008/MINSA, que establece a las Inmunizaciones como servicios y actividades públicos esenciales en los Establecimientos de Salud en el Ámbito Nacional. | Si | | | | | | | |
| Resolución Ministerial N° 672-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 158-MINSA/DGIESP-V01 "Directiva Administrativa de Supervisión Integral a Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud". | Si | | | | | | | |
| Resolución Nº 556-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa Nº 193-MINSA/DGIESP-V.01. Directiva Administrativa "Criterio para la Mejora del Desempeño en base a Buenas Prácticas para la Atención de Salud en el Primer Nivel de Atención". | Si | | | | | | | |
| Resolución Ministerial 780-2015-MINSA, que aprueba el Documento Técnico denominado "Plan de Implementación del Sistema Informático HIS MINSA para el registro de atenciones en la red de establecimientos de salud a nivel nacional", así como la "Hoja de Registro Diario de Atención y otras actividades del aplicativo HIS MINSA". | Si | | | | | | | |
| Resolución Ministerial N° 388-2017/MINSA, que aprueba las Metas e Indicadores de Desempeño del Ministerio de Salud para el año 2017, los que están articulados a las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, establecidas en el Decreto Supremo N° 027-2007-PCM y sus modificatorias | Si | | | | | | | |
| Resolución Ministerial 389-2017/MINSA, que aprueba el "Padrón Nominal distrital de niños y niñas menores de seis (6) años de edad", que consta de treinta y seis (38) variables | Si | | | | | | | |
| Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materna Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021 | Si | | | | | | | |

2.1.3 Datos Estadísticos o cuantitativos sobre el problema identificado

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

TABLA N° 02

Datos Estadísticos o Cuantitativos sobre el problema identificado

Tendencia de la Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años 2010- 2019 - según Patrón de Referencia OMS

| Caracteristica Seleccionada | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------------------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|------|-------|
| Total | 23,2 | 19,5 | 18,1 | 17,5 | 14,6 | 14,4 | 13,1 | 12,9 | 12,2 | 12,2 |
| Area de Residencia | | | | | | | | | | |
| Urbana | 14,1 | 10,1 | 10,5 | 10,3 | 8,3 | 9,2 | 7,9 | 8,2 | 7,3 | 7,6 |
| Rural | 38,8 | 37,0 | 31,9 | 32,3 | 28,8 | 27,7 | 26,5 | 25,3 | 25,7 | 24,5 |
| Dominio de residencia | | | | | | | | | | |
| Costa | 11,8 | 8,1 | 8,1 | 8,4 | 6,5 | 8,1 | 6,6 | 7,0 | 6,0 | 6,2 |
| Lima Metaropolitana | 8,6 | 6,8 | (4,1) | (4,1) | (4,1) | 5,4 | 5,1 | 5,1 | 4,7 | 4,9 |
| Resto Costa | 14,9 | 9,5 | 11,9 | 12,5 | 9,0 | 10,8 | 8,2 | 9,0 | 7,3 | 7,5 |
| Sierra | 34,4 | 30,7 | 29,3 | 28,7 | 24,4 | 22,7 | 21,2 | 21,3 | 21,1 | 20,3 |
| Sierra Urbana | 19,7 | 15,4 | 17,1 | 16,7 | 14,4 | 14,3 | 12,5 | 13,1 | 11,9 | 12,4 |
| Sierra Rural | 43,4 | 41,0 | 36,4 | 36,8 | 32,8 | 30,3 | 28,7 | 28,9 | 29,8 | 27,6 |
| Selva | 28,5 | 28,2 | 21,6 | 24,1 | 20,7 | 20,3 | 19,8 | 18,0 | 17,2 | 17,7 |
| Selva Urbana | 24,9 | 17,2 | 16,5 | 19,2 | 13,9 | 13,8 | 12,4 | 12,3 | 10,9 | 11,3 |
| Selva Rural | 31,6 | 36,8 | 26,8 | 28,8 | 27,4 | 27,4 | 28,5 | 24,2 | 24,5 | 25,1 |
| Quintil de Bienestar | | | | | | | | | | |
| Quintil Inferior | 44,0 | 43,8 | 38,8 | 37,6 | 34,0 | 31,6 | 30,3 | 28,8 | 27,8 | 26,6 |
| Segundo Quintil | 28,6 | 22,3 | 20,1 | 21,2 | 14,1 | 15,7 | 13,2 | 12,0 | 11,6 | 11,3 |
| Quintil Intermedio | 15,4 | 9,6 | 11,5 | 8,7 | 8,3 | 9,2 | 7,7 | 7,3 | 6,5 | 7,2 |
| Cuarto Quintil | 7,2 | (6,5) | 5,4 | (4,1) | (4,0) | 5,5 | 4,9 | 4,3 | 3,9 | 4,6 |
| Quintil superior | 5,2 | (2,8) | (3,1) | (2,3) | (3,7) | 2,8 | 3,6 | (5,0) | 2,9 | (3,1) |

Fuente: INEI - ENDES 2019.

Si se analiza por dominio de residencia en el año 2010 la sierra presenta el mayor porcentaje de Desnutrición Crónica con un 34,4%, seguido de la selva con 28,5% y finalmente la costa con 11,8%; al año 2019 estos valores han disminuido, observándose en la sierra una disminución de 14 puntos porcentuales (pp), en la selva 10.8 pp y en la costa 4.6 pp.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2019, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país. Pasó de 23,2% en el año 2010 a 12.2% en el año 2019, según el Patrón de Referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

TABLA № 02

Datos Estadísticos de los productos del Programa Articulado Nutricional

| | DATOS ESTADISTICOS O CUANTITATIVOS SOBRE EL PROBLEMA IDENTIFICADO | | | | | | | | | | |
|-------------|---|------|------|------|------|------|------|--|--|--|--|
| | VARIABLE | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | | | | |
| | DESAGREGACIÓN PERTINENTE | 2014 | 2013 | 2010 | 2017 | 2018 | 2013 | | | | |
| | Niñas y niños menores de 5 años con desnutrición | | | | | | | | | | |
| | crónica (OMS) | 14,7 | 14,4 | 13,1 | 12,9 | 12,2 | 12,2 | | | | |
| | Niñas y niños de 6 a 35 meses con prevalencia de | | | | | | | | | | |
| | anemia | 46,8 | 43,5 | 43,6 | 43,6 | 43,5 | 40,1 | | | | |
| | Niñas y niños menores de 6 meses con lactancia | | | | | | | | | | |
| | materna | 68,4 | 65,2 | 69,8 | 64,2 | 66,4 | 65,7 | | | | |
| | Niñas y niños menores de 36 meses que en las dos | | | | | | | | | | |
| | semanas anteriores a la encuesta tuvieron infección | | | | | | | | | | |
| | respiratoria aguda (IRA) | 17,5 | 16,3 | 16,9 | 15,0 | 15,3 | 15,3 | | | | |
| | Niñas y Niños menores de 36 meses que en las dos | | | | | | | | | | |
| | semanas anteriores a la encuesta tuvieron | | | | | | | | | | |
| | enfermedad diarreica aguda (EDA) | 15,3 | 15,5 | 15,0 | 14,4 | 14,1 | 15,0 | | | | |
| 2222244 | Niñas y niños con bajo peso al nacer (menos de 2,5Kg) | | | | | | | | | | |
| PROGRAMA | | 6,4 | 7,5 | 7,0 | 7,3 | 7,3 | 6,5 | | | | |
| ARTICULADO | Menores de 36 meses con vacunas de acuerdo a su | | | | | | | | | | |
| NUTRICIONAL | edad | 25,8 | 31,9 | 41,3 | 54,2 | 55,8 | 60,7 | | | | |
| | Menores de 12 meses con vacunas de acuerdo a su | | | | | | | | | | |
| | edad | 50,5 | 63,8 | 67,7 | 74,4 | 73,3 | 76,7 | | | | |
| | Menores de 24 meses con vacuanas contra neumococo | | | | | | | | | | |
| | para su edad | 73,4 | 75,9 | 76,4 | 79,0 | 78,9 | 80,7 | | | | |
| | Menores de 24 meses con vacunas contra el rotavirus | | | | | | | | | | |
| | para su edad | 74,7 | 77,0 | 78,3 | 81,1 | 80,9 | 82,2 | | | | |
| | Menores de 36 meses con controles de Crecimiento y | | | | | | | | | | |
| | desarrollo (CRED) completo para su edad. | | | | 11,9 | 14,8 | 17,6 | | | | |
| | Niñas y niños de 6 a 35 meses que consumieron | | | | | | | | | | |
| | suplemento de hierro en los últimos 7 días | 24,5 | 30,3 | 29,2 | 30,7 | 31,3 | 34,5 | | | | |
| | Hogares con acceso a agua tratada | 95,6 | 95,7 | 96,1 | 96,8 | 97,1 | 97,4 | | | | |
| | Hogares con saneamiento básico | 91,4 | 91,9 | 92,2 | 93,3 | 94,2 | 94,2 | | | | |
| | Hogares rurales con saneamiento básico | 77,7 | 77,1 | 78,0 | 79,4 | 81,3 | 81,4 | | | | |

Fuente: INEI - ENDES 2019.

La anemia por déficit de hierro, es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (40,1%), fue mayor en el área rural (49,0%) que en el área urbana (36,7%), en el año 2019.

La lactancia materna es la práctica de alimentar a la niña o niño con leche materna, libre de contaminantes y gérmenes, previene las infecciones respiratorias agudas y refuerza su sistema inmunológico, razones por las cuales es considerada como el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales de la niña o niño durante los primeros seis meses de vida.

En el año 2019, el 65,7% de las madres alimentaron a los menores de seis meses de edad con leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (79,7%) en comparación con el área urbana (59,7%).

La práctica de la lactancia materna según región natural fue más frecuente en la Sierra y en la Selva (76,7% y 74,6%, respectivamente); estos porcentajes contrastan con la observada en la región de la Costa, donde el 56,8% de los menores de seis meses de edad son alimentados con la leche materna.

Según región natural, la práctica de la lactancia materna, entre los años 2018 y 2019, disminuyó principalmente en la Selva de 76,2% a 74,6% y en la región Costa de 58,3% a 56,8% (1,6 puntos porcentuales y 1,5 puntos porcentuales, respectivamente).

Las vacunas son sustancias médicas capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmuno-prevenibles. Las vacunas para niñas y niños menores de 36 meses de acuerdo a su edad comprenden: 1 dosis de BCG, 3 dosis de Pentavalente, 3 dosis de Polio, 2 dosis de Rotavirus, 3 dosis de Neumococo, 2 dosis de SPR, 1 dosis de refuerzo de DPT y 1 dosis de refuerzo de Polio; según el Esquema Nacional de Vacunación con Resolución Ministerial N°719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP; "Norma Técnica de Salud que establece es Esquema Nacional de Vacunación ".

En el año 2019, el 60,7% de menores de 36 meses recibieron vacunas de acuerdo a su edad; según área de residencia, el área urbana tuvo una cobertura de 59,6% y el área rural de 63,8%.

El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación. La vacuna contra el rotavirus es una vacuna oral; no se inyecta. La vacuna contra el rotavirus está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro meses de vida.

A nivel nacional, en el año 2019, el 82,2% de los menores de 24 meses fueron inmunizados contra el rotavirus. En el área urbana fue 81,3% y en el área rural 84,6%. Con respecto al año 2018, se observa un incremento en el área rural de 82,4% a 84,6%.

El porcentaje de menores de 24 meses que recibieron vacunas contra el rotavirus en el año 2019, fue mayor en la región de la Sierra (84,3%), en comparación a la Selva (82,2%) y la Costa (81,1%). Con respecto al año 2018, se observa incremento en la Sierra de 81,5% a 84,3%.

El neumococo es una bacteria que provoca enfermedades graves como la otitis media o la neumonía. También puede pasar a la circulación sanguínea causando meningitis e infecciones en la sangre que ponen en peligro la vida del menor. La vacuna contra el neumococo está incluida en el esquema nacional de vacunación y se aplica a los dos, cuatro y 12 meses de vida.

En el año 2019, el 80,7% de niñas y niños menores de 24 meses de edad recibieron inmunización contra el neumococo. En el área urbana fue 80,1% y en el área rural 82,3%.

En el año 2019, las inmunizaciones contra el neumococo fueron más altas en la Sierra (82,5%) que en las regiones de la Selva y la Costa (81,4% y 79,7%, respectivamente).

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

A nivel nacional, en el año 2019, el 15,3% de los menores de tres años de edad tuvieron Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; porcentaje que se mantiene igual respecto al año 2018. Según área de residencia, en el área rural fue 17,0% y en el área urbana 14,8%.

La Infección Respiratoria Aguda según región natural fue mayor en la región Selva (20,3%) que en la Costa (14,7%) y Sierra (13,6%). Con respecto al año 2018, se observa un aumento en la región Selva de1,3 puntos porcentuales.

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

En el año 2019, a nivel nacional el 15,0% de niñas y niños menores de tres años de edad tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista, en el área urbana fue 14,4% y en el área rural 16.5%

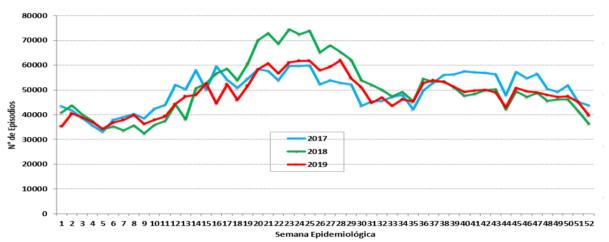
Asimismo, los resultados del año 2019 evidencian que, en la región Selva, el 19,3% de menores de tres años de edad tuvieron diarrea, proporción que fue mayor a la observada tanto en la región de la Costa (13,6%) como de la Sierra (15,0%). Comparando con los resultados del año 2018, en la región de la Selva dicho porcentaje disminuyó en 1,1 puntos porcentuales, de 20,4% a 19,3%; en tanto que, en la Costa y en la Sierra dicho porcentaje aumentó en 1,5 puntos porcentuales y 1,1 puntos porcentuales, respectivamente

Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el Perú

I. Situación de las Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años.

En el Perú, hasta la SE 52 - 2019 se han reportado en el país 39666 episodios, en el 2018 el pico máximo de episodios se reporto en la SE 23 (74412 episodios).

Numero de Episodios de IRA en menores de 5 años por SE, Peru 2017 . 2019 (semna epidemiologica 52)



Fuente : Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (*) Hasta la SE 52 - 2019

En relación a la Neumonia, el 2018 se notificó 28483 episodios,dando un TIA de 105.22 episodios por 100 mil hab con un total de 297 defunciones, para el 2019 se ha notificado 25539 episodios dando una TIA de 91.11 episodios por mil hab con un total de defunciones de 191.

Incidencia y defunciones por neumonia, Perú 2014 – 2019

| AÑOS | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| N° de casos | 25896 | 25158 | 26405 | 26111 | 28483 | 25539 |
| Incidencia por 10 mil hab. | 89.90 | 87.91 | 92.79 | 92.23 | 105.22 | 91.11 |
| Defunciones | 264 | 224 | 229 | 248 | 297 | 191 |

Fuente: Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (*) Hasta la SE 52 - 2019

Asi mismo las regiones que presentaron mayor número de episodios de neumonia en niños menores de 5 años, durante el 2019, fueron las regiones de Lima con 9249, Loreto con 2009, Arequipa con 1673, Ucayali 1176, Piura con 1135, Cusco con 1050 y Puno con 1020 casos; sin embrago las regiones que presentaron mayor número de defunciones fueron Ucayali con 21, Loreto con 19, Lima con 17, La libertad con 15, Amazonas con 12, Cusco con 12 y Piura con 11 casos.

Episodios de neumonías y defunciones acumuladas en menores de 5 años por departamentos, Perú 2014 – 2019

| Demontomontos | | Neun | nonias | | | | | | Defur | cione | s | | | | Letali | dad ** | | |
|---------------|------------|-------|--------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|------|------|--------|--------|------|-------|
| Departamentos | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019* |
| AMAZONAS | 526 | 518 | 453 | 427 | 563 | 518 | 8 | 9 | 6 | 13 | 5 | 12 | 1.5 | 1.7 | 1.3 | 3.0 | 0.9 | 2.3 |
| ANCASH | 538 | 517 | 553 | 748 | 819 | 697 | 3 | 7 | 4 | 0 | 8 | 8 | 0.6 | 1.4 | 0.7 | 0.0 | 1.0 | 1.1 |
| APURIMAC | 665 | 339 | 337 | 306 | 466 | 299 | 5 | 2 | 4 | 6 | 2 | 7 | 0.8 | 0.6 | 1.2 | 2.0 | 0.4 | 2.3 |
| AREQUIPA | 1389 | 1487 | 1819 | 1789 | 1996 | 1673 | 6 | 3 | 3 | 2 | 6 | 4 | 0.4 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.3 | 0.2 |
| AYACUCHO | 523 | 600 | 258 | 409 | 416 | 309 | 20 | 7 | 6 | 8 | 11 | 6 | 3.8 | 1.2 | 2.3 | 2.0 | 2.6 | 1.9 |
| CAJAMARCA | 950 | 812 | 670 | 643 | 662 | 807 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 3 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.9 | 0.9 | 0.4 |
| CALLAO | 693 | 958 | 896 | 829 | 853 | 875 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 0.7 | 0.2 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.3 |
| CUSCO | 1049 | 894 | 857 | 984 | 1260 | 1050 | 34 | 30 | 24 | 23 | 46 | 12 | 3.2 | 3.4 | 2.8 | 2.3 | 3.7 | 1.1 |
| HUANCAVELICA | 365 | 350 | 292 | 235 | 255 | 206 | 11 | 16 | 10 | 18 | 7 | 6 | 3.0 | 4.6 | 3.4 | 7.7 | 2.7 | 2.9 |
| HUANUCO | 1052 | 1055 | 1209 | 812 | 1172 | 857 | 16 | 3 | 10 | 15 | 18 | 9 | 1.5 | 0.3 | 0.8 | 1.8 | 1.5 | 1.1 |
| ICA | 520 | 395 | 351 | 328 | 354 | 294 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0.4 | 0.0 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.7 |
| JUNIN | 1351 | 664 | 385 | 495 | 681 | 527 | 23 | 15 | 11 | 18 | 23 | 16 | 1.7 | 2.3 | 2.9 | 3.6 | 3.4 | 3.0 |
| LA LIBERTAD | 790 | 516 | 585 | 638 | 868 | 729 | 8 | 18 | 17 | 15 | 10 | 15 | 1.0 | 3.5 | 2.9 | 2.4 | 1.2 | 2.1 |
| LAMBAYEQUE | 587 | 593 | 375 | 326 | 406 | 674 | 1 | 10 | 3 | 6 | 0 | 0 | 0.2 | 0.2 | 0.8 | 1.8 | 0.0 | 0.0 |
| LIMA | 7589 | 8099 | 10415 | 10813 | 9759 | 9249 | 18 | 14 | 38 | 21 | 30 | 17 | 0.2 | 0.2 | 0.4 | 0.2 | 0.3 | 0.2 |
| LORETO | 2208 | 2231 | 1789 | 1507 | 2270 | 2009 | 27 | 32 | 29 | 21 | 37 | 19 | 1.2 | 1.4 | 1.6 | 1.4 | 1.6 | 0.9 |
| MADRE DE DIOS | 123 | 136 | 240 | 271 | 285 | 265 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1.6 | 0.7 | 0.4 | 0.7 | 0.4 | 0.4 |
| MOQUEGUA | 104 | 85 | 89 | 106 | 122 | 146 | 0 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0.0 | 0.0 | 1.1 | 2.8 | 0.8 | 0.0 |
| PASCO | 344 | 369 | 297 | 341 | 355 | 321 | 7 | 12 | 4 | 4 | 8 | 6 | 2.0 | 3.3 | 1.3 | 1.2 | 2.3 | 1.9 |
| PIURA | 1695 | 1706 | 1514 | 1359 | 1272 | 1135 | 13 | 6 | 8 | 5 | 11 | 11 | 0.8 | 0.4 | 0.5 | 0.4 | 0.9 | 1.0 |
| PUNO | 729 | 820 | 952 | 872 | 1363 | 1020 | 35 | 29 | 21 | 35 | 29 | 9 | 4.8 | 3.5 | 2.2 | 4.0 | 2.1 | 0.9 |
| SAN MARTIN | 879 | 537 | 401 | 395 | 478 | 426 | 3 | 6 | 4 | 2 | 1 | 3 | 0.3 | 1.1 | 1.0 | 0.5 | 0.2 | 0.7 |
| TACNA | 87 | 70 | 55 | 47 | 78 | 51 | 3 | 0 | 1 | 4 | 3 | 1 | 3.4 | 0.0 | 1.8 | 8.5 | 3.8 | 2.0 |
| TUMBES | 110 | 136 | 145 | 276 | 175 | 226 | 0 | 0 | 5 1 | 0 | 0 | 0 | 0.0 | 0.0 | 0.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| UCAYALI | 1030 | 1271 | 1468 | 1155 | 1555 | 1176 | 10 | 7 | 11 | 14 | 27 | 21 | 1.0 | 0.6 | 0.7 | 1.2 | 1.7 | 1.8 |
| Perú | 25896 | 25158 | 26405 | 26111 | 28483 | 25539 | 264 | 224 | 229 | 248 | 297 | 191 | 1.0 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 1.0 | 0.7 |

^{**} letalidad por número de episodios.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (*) Hasta la SE 52 - 2019

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

Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) en el Perú

En la semana epidemiológica (SE) 52-2019, fueron notificados 1,204 136 episodios de enfermedad diarreica aguda (EDA)

La tasa de incidencia acumulada (TIA) en el Perú para la SE 52 fue de 370.21 casos por 10 mil hab. Del total de EDA el 97.82% de los casos fueron EDA acuosa (1177906 casos) y 2.18% son EDA disentérica (26230 casos). Se reportó 74 muertes por EDA, como se muestra en la siguiente tabla.

Episodios según formas clínicas, tasas y fallecidos por enfermedad diarreica, Perú 2019

| D | T-1-1 | % | Incidencia x | Acuc | osa | Disint | erica | E-Uid |
|---------------|---------|-------|--------------|---------|-------|--------|-------|--------------|
| Departamentos | Total | % | 10 000 Hab. | N° % | | N° | % | - Fallecidos |
| LIMA | 327605 | 27.21 | 313.25 | 320379 | 97.79 | 7226 | 2.21 | 14 |
| AREQUIPA | 94692 | 7.86 | 701.07 | 93130 | 98.35 | 1562 | 1.65 | 1 |
| PIURA | 68902 | 5.72 | 362.28 | 68502 | 99.42 | 400 | 0.58 | 1 |
| LA LIBERTAD | 65630 | 5.45 | 335.46 | 65152 | 99.27 | 478 | 0.73 | 0 |
| CALLAO | 62884 | 5.22 | 588.90 | 62737 | 99.77 | 147 | 0.23 | 0 |
| LORETO | 60937 | 5.06 | 565.37 | 55264 | 90.69 | 5673 | 9.31 | 19 |
| ANCASH | 53898 | 4.48 | 459.98 | 52859 | 98.07 | 1039 | 1.93 | 1 |
| UCAYALI | 43312 | 3.60 | 835.83 | 40814 | 94.23 | 2498 | 5.77 | 15 |
| cusco | 42355 | 3.52 | 314.59 | 42126 | 99.46 | 229 | 0.54 | 6 |
| LAMBAYEQUE | 40317 | 3.35 | 309.96 | 39919 | 99.01 | 398 | 0.99 | 0 |
| JUNIN | 38977 | 3.24 | 280.44 | 38795 | 99.53 | 182 | 0.47 | 1 |
| HUANUCO | 38509 | 3.20 | 433.11 | 37970 | 98.60 | 539 | 1.40 | 2 |
| CAJAMARCA | 34563 | 2.87 | 223.98 | 33786 | 97.75 | 777 | 2.25 | 1 |
| AMAZONAS | 27538 | 2.29 | 644.86 | 27204 | 98.79 | 334 | 1.21 | 1 |
| ICA | 26440 | 2.20 | 323.24 | 26131 | 98.83 | 309 | 1.17 | 0 |
| HUANCAVELICA | 24652 | 2.05 | 484.21 | 23716 | 96.20 | 936 | 3.80 | 4 |
| AYACUCHO | 21691 | 1.80 | 301.84 | 20529 | 94.64 | 1162 | 5.36 | 0 |
| PASCO | 21062 | 1.75 | 673.39 | 20748 | 98.51 | 314 | 1.49 | 0 |
| SAN MARTIN | 20990 | 1.74 | 237.23 | 20054 | 95.54 | 936 | 4.46 | 1 |
| TACNA | 19894 | 1.65 | 555.21 | 19837 | 99.71 | 57 | 0.29 | 0 |
| APURIMAC | 19423 | 1.61 | 415.97 | 19132 | 98.50 | 291 | 1.50 | 0 |
| PUNO | 17948 | 1.49 | 121.98 | 17684 | 98.53 | 264 | 1.47 | 7 |
| MOQUEGUA | 15839 | 1.32 | 842.76 | 15699 | 99.12 | 140 | 0.88 | 0 |
| MADRE DE DIOS | 8176 | 0.68 | 544.41 | 7843 | 95.93 | 333 | 4.07 | 0 |
| TUMBES | 7902 | 0.66 | 317.51 | 7896 | 99.92 | 6 | 0.08 | 0 |
| Perú | 1204136 | 100 | 370.21 | 1177906 | 97.82 | 26230 | 2.18 | 74 |

Fuente: Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (*) Hasta la SE 52 - 2019

El 60.0% de los casos se reportaron en el grupo mayor de 5 años a más y el 29.5% en el grupo de 1-4 años. Las tasas de incidencia acumulada fueron altas en los grupos de edad de menor de 1 año y en el de 1 a 4 años, como se muestra en la tabla 5.

Distribución de episodios de EDA por grupo de edad, Perú 2019

| Grupo de edad | N° casos | % | TIA por 10 mil Hab. |
|---------------|----------|-------|------------------------|
| < 1 AÑO | 126998 | 10.5 | 2267.6 |
| 1 - 4 AÑOS | 355113 | 29.5 | 1583.1 |
| > 5 AÑOS | 722025 | 60.0 | 242.9 |
| Total | 1204136 | 100.0 | 370.2 |

Fuente: Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. (*) Hasta la SE 52 - 2019

2.2 Identificación y cuantificación de la población

2.2.1 Población potencial

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

2.2.2 Cuantificación de la población potencial

TABLA N° 03

| Cuantificación de la Población Potencial | |
|--|-------------------------------|
| Valor | Unidad de medida |
| 2,767,645 | Niñas y niños menor de 5 años |

Fuente: OGETI-MINSA: Población Padrón Nominal 2019 a diciembre.

2.2.3 Criterios de focalización

| | Criterios de focalización |
|---|---|
| Criterio de focalización | Justificación |
| 100% de las niñas y niños menores de 5 años, según padrón nominal | Para el Programa Articulado Nutricional la población menor de 5 años es Universal: El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en estos primeros años de vida la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general. |

2.2.4 Población objetivo

TABLA N° 04

| Población Objetivo | |
|--------------------|-------------------------------|
| Valor | Unidad de medida |
| 2,767,645 | Niñas y niños menor de 5 años |

Fuente: OGEI-MINSA: Población Padrón Nominal 2019 a diciembre

2.2.5 Atributos de la población objetivo

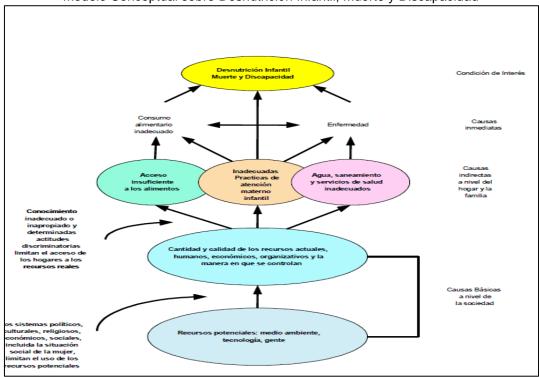
TABLA N° 05

| Atributos de la Población Objetivo | |
|------------------------------------|------------------|
| Valor | Unidad de medida |
| No Aplica | |

2.3 Causas del problema identificado

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

Figura N° 01
Modelo Conceptual sobre Desnutrición Infantil, Muerte y Discapacidad

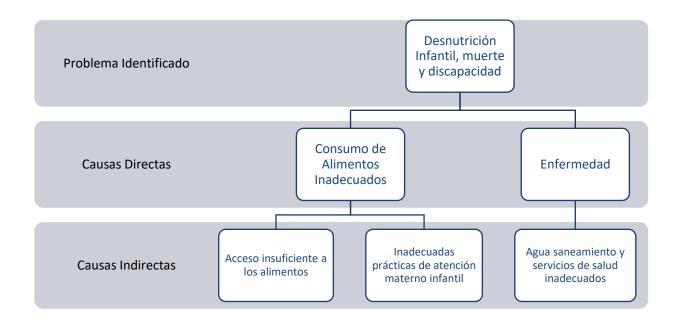


Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 1998-Causas de la desnutrición infantil-Referencia Estado Mundial de la Infancia- UNICEF, 1998 – Pág. 24

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

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

Árbol 1. Árbol de Problemas



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

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

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

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

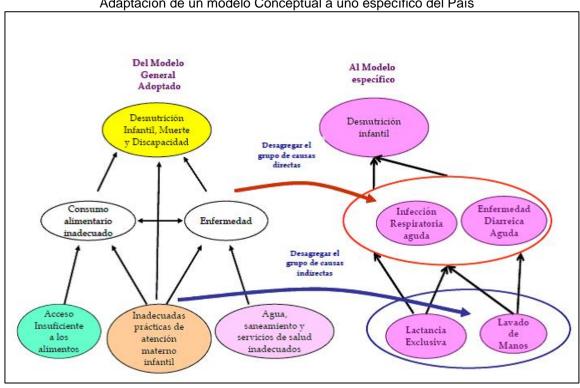


Figura N° 02
Adaptación de un modelo Conceptual a uno específico del País

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

TABLA Nº 06

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

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

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

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

| Causas del problema identificado | |
|---|---|
| Descripción de la causa | Niño que no recibe lactancia materna |
| Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico | La lactancia materna es un factor protector para mortalidad relacionada a infección. |
| Magnitud de la causa | 1,5 veces mayor riesgo de mortalidad en infantes amamantados predominantemente (RR 1.48, IC 95% 1.13-1.92), 2,9 veces mayor riesgo en infantes parcialmente amamantados (RR 2.84, IC 95% 1.63-4.97), y 14,4 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 14.4, IC 95% 6.13-33.9) comparados con los infantes amamantados exclusivamente de 0 a 5 meses de edad. El riesgo de mortalidad relacionada a infección en 0-5 meses fue 1,7 veces mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.7, IC 95% 1.18-2.45), 4,6 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 4.56, IC 95% 2.93-7.11) y 8,7 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 8.66, IC 95% 3.19-23.5) comparado con los infantes amamantados exclusivamente. |
| Atributos de la causa | Lactantes |
| Evidencia que justifique la relación de causalidad | A1, A2 |

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

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

| | Causas del problema identificado |
|---|---|
| Descripción de la causa | Neumonía y diarrea infantil |
| Describa la vinculación entra la causa directa y el problema específico | La neumonía y diarrea infantil está asociado a un incremento de riesgo de muerte infantil y un incremento en el riesgo de comorbilidad, anemia y desnutrición infantil. |

| Magnitud de la causa | Millones de niños aún mueren innecesariamente por neumonía y diarrea, principalmente en entornos de escasos recursos. Los cuellos de botella que obstaculizan el acceso a los productos incluyen sistemas anticuados de administración de suministros, fondos insuficientes para medicamentos, conocimiento inadecuado sobre intervenciones de clientes y proveedores, escasez de trabajadores de salud, apoyo deficiente para capacitación o retención de trabajadores de salud y la incapacidad de convertir las políticas nacionales en planes de acción. |
|-----------------------------|--|
| | Las principales barreras programáticas incluyen la ausencia de una coordinación efectiva del programa entre las organizaciones socias y dentro de ellas, los recursos financieros escasos, la disponibilidad esporádica de productos básicos clave y la gestión del programa por debajo de lo óptimo. Sin embargo, estos problemas son solucionables. |
| | La promoción podría ayudar a movilizar los recursos necesarios, generar conciencia y priorizar la neumonía infantil y las muertes por diarrea en la próxima década. |
| Atributos de la causa | Niños menores de 5 años |
| Evidencia que justifique la | A.2. |
| relación de causalidad | The Lancet, Vol. 381, No. 9876, p1487–1498 Published: April 12, 2013 |

| | Causas del problema identificado |
|---|--|
| Descripción de la causa | Anemia |
| Describa la vinculación entra la causa directa y el problema específico | En niños de 0 a 36 meses con anemia, ¿Qué tan eficaz es el hierro para tratar la anemia? |
| Magnitud de la causa | En niños de 0 a 36 meses con anemia el tratamiento con hierro es eficaz para curar la anemia. En un estudio llevado a cabo entre 239 infantes de Ghana, a los cuales se les suplementó con multimicronutrientes en dos grupos (80mg hierro y 10 mg zinc o 80 mg hierro y 50mg ácido ascórbico), se obtuvo efectos positivos en la concentración de hemoglobina, que aumentó (P<0.0001). El porcentaje de niños y niñas que superaron la anemia fue mayor en el grupo que solo recibió hierro (86/115; 74.8%) versus el grupo que recibió hierro y zinc (78/124; 62.9%). El riesgo de volver a tener anemia en el grupo que recibió solo hierro fue 33% menor que en el grupo de hierro + zinc (RR= 0.67, 95% IC 0.46-1.0 P= 0.048). La concentración de ferritina aumentó en los dos grupos durante la intervención. De acuerdo a un experimento llevado a cabo en el 2012 en 90 niños, aquellos que reciben hierro vía oral (4mg/kg/día) en combinación con multimicronutrientes muestran un mayor incremento de la hemoglobina que el grupo que solo recibe hierro vía oral (Zlotkin, S. et al., 2003). |
| Atributos de la causa | Niños menores de 36 meses |
| Evidencia que justifique la relación de causalidad | DOI: 10.1093/jn/133.4.1075 Fortification with Iron and Zinc Sprinkles or Iron Sprinkles Alone Successfully Treats Anemia in Infants and Young Children, Journal of Nutrition, April 2003. |

Causas Indirectas de la Desnutrición

I.- Inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene

| Causas del problema identificado | | |
|---|---|--|
| Descripción de la causa Describa la vinculación | Inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene Las inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene están | |
| entre la causa directa y el problema específico | relacionadas con incremento en el riesgo de infecciones diarreicas en niños | |
| Magnitud de la causa | Factores predictores de diarrea: Las madres que no saben leer ni escribir tuvieron 1,7 veces mayor riesgo (OR 1.74, IC 95% 1.03-2.91), las madres que no realizan la práctica de lavado de manos en momentos críticos presentaron 2,2 veces mayor riesgo (OR 2.21, IC 95% 1.41-3.46), las madres que no usan el jabón para el lavado de manos tuvieron 7,4 veces mayor riesgo (OR 7.40, IC 95% 2.61-20.96), quienes realizaban una disposición inadecuada de excretas presentaron 3,2 veces mayor riesgo (OR 3.19, IC 95% 1.89-5.38). | |
| Atributos de la causa | Infantes y niños menores de 5 años | |
| Evidencia que justifique la relación de causalidad | C2 | |

| Causas del problema identificado | | | |
|---|---|--|--|
| | Causas dei problema identificado | | |
| Descripción de la causa | La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida | | |
| Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico | Nuestros metanálisis indican que la lactancia materna protege contra las infecciones infantiles y la maloclusión, aumenta la inteligencia y probablemente reduce el sobrepeso y la diabetes. No encontramos relación con trastornos alérgicos como el asma o con la presión arterial o el colesterol, y hemos observado un aumento de la caries dental con períodos más largos de lactancia materna. A las mujeres lactantes, la lactancia materna las protege contra el cáncer de mama y mejora el espaciamiento entre los nacimientos, y también podría proteger contra el cáncer de ovario y la diabetes tipo 2. La ampliación de la lactancia materna a un nivel casi universal podría evitar 823,000 muertes anuales de niños menores de 5 años y 20,000 muertes anuales por cáncer de mama. Recientes hallazgos epidemiológicos y biológicos de la década pasada amplían los beneficios ya conocidos de la lactancia para las mujeres y los niños, ya sean ricos o pobres. | | |
| Magnitud de la causa | Los niños que son amamantados por períodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, un menor número de maloclusiones dentales, y una inteligencia más alta que aquellos que son amamantados por períodos más cortos o no son amamantados. • Fue evidente un fuerte efecto protector, ya que los infantes amamantados exclusivamente sólo tenían el 12% del riesgo de muerte que los que no estaban siendo amamantados.10 Otros tres estudios en los PMBI mostraron que la mortalidad entre los infantes menores de seis meses que no fueron amamantados aumenta de 3 a 5 veces (niños) y 4 a 1-veces (niñas) en comparación con los que recibieron leche materna. Esta desigualdad persiste a lo largo de la vida. Hay indicios crecientes que también sugieren que la lactancia materna podría proteger en el futuro contra el sobrepeso y la diabetes. • En cuanto a la morbilidad infantil, 66 análisis diferentes, la mayoría de ellos realizados en los PMBI y que incluyen tres ensayos | | |

| Causas del problema identificado | | |
|--|--|--|
| Descripción de la causa | La lactancia materna en el Siglo XXI: epidemiología, mecanismos y efectos a lo largo de la vida | |
| | controlados aleatorios, ofrecen pruebas contundentes de que la lactancia materna protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias. Alrededor de la mitad de todos los episodios de diarrea y un tercio de las infecciones respiratorias se pueden evitar mediante la lactancia materna. La protección contra los ingresos hospitalarios debidos a estos trastornos es aún mayor: la lactancia materna podría impedir el 72% de los ingresos hospitalarios por diarrea y el 57% por infecciones respiratorias. • Con base en 49 estudios realizados en su mayoría en los PMBI, nuestros análisis de los resultados de salud oral (cuadro) mostraron que la lactancia materna estaba asociada con una reducción del 68% (IC 95% 60-75) en las maloclusiones. • La lactancia beneficia a las madres que amamantan. Puede prevenir el cáncer de mama, mejorar el espaciamiento de los nacimientos, y podría reducir el riesgo de diabetes y cáncer de ovario. • Los países de altos ingresos tienen una duración más corta de la lactancia que los países de bajos ingresos y de ingresos medios. Sin embargo, incluso en los países de ingresos bajos y medios, sólo el 37% de los lactantes menores de seis meses son amamantados exclusivamente. • El aumento de la práctica de la lactancia materna puede impedir aproximadamente 823,000 muertes infantiles y 20,000 muertes por cáncer de mama cada año. • La promoción de la lactancia materna es importante tanto en los países ricos como en los pobres, y podría contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. | |
| Atributos de la causa | Madre y niño | |
| Evidencia que justifique la relación de causalidad | A2 The Lancet , Serie 2016 sobre Lactancia Materna | |

| Causas del problema identificado | | |
|---|--|--|
| Descripción de la causa | | |
| Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico | Intervenciones con base en la evidencia para abordar el problema de la desnutrición | |
| Magnitud de la causa | Las distintas intervenciones que han demostrado tener un impacto sobre la desnutrición materno-infantil. Lo más importante es que ya existen intervenciones sumamente efectivas disponibles para cada una de las afecciones que contribuyen a las muertes y discapacidades relacionadas con la nutrición. De las intervenciones analizadas, la promoción de la lactancia materna, la alimentación complementaria apropiada, la complementación con vitamina A y zinc y el tratamiento adecuado de la desnutrición grave resultaron ser las más prometedoras para la reducción de la mortalidad infantil y la futura carga de enfermedad relacionada con la desnutrición. • La desnutrición (restricción en el crecimiento fetal, lactancia materna subóptima, retraso en el crecimiento, emaciación y carencias de vitamina A y cinc) produce el 45 % de todas las muertes de niños menores de 5 años, representando más de 3 millones de muertes cada año (3,1 millones de los 6,9 millones de muertes de niños en 2011).6 La restricción en el crecimiento fetal y la lactancia materna subóptima causan más de 1,3 millones de | |

| | Causas del problema identificado |
|---|--|
| | muertes, o el 19,4 % de todas las muertes de niños menores de 5 años, representando el 43,5 % de todas las muertes relacionadas con la nutrición El tratamiento apropiado de la desnutrición grave podría reducir las muertes causadas por esta afección en un 55%, y evitar 3,6 millones de AVAD perdidos. Con 99% de cobertura, la promoción de la lactancia podría reducir las muertes a los 36 meses de vida en 9,1% y los AVAD a los 36 meses en 8,6%. Sin embargo, esta intervención no tiene un gran impacto en la reducción del retraso del crecimiento. El tratamiento apropiado de la desnutrición grave podría reducir las muertes causadas por esta afección en un 55%, y evitar 3,6 millones de AVAD perdidos. Las intervenciones con vitamina A y zinc podrían reducir el número de muertes y AVAD en niños en aproximadamente un 10%. El enriquecimiento de los alimentos con hierro podría prevenir 123.000 AVAD. la administración universal de suplementos conjuntos de calcio, hierro y ácido fólico durante el embarazo, podría prevenir 24% de todas las muertes maternas. El abordaje del continuo de la desnutrición materno-infantil es crucial para lograr muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y debe priorizarse en cada país y en el mundo. Los países con una alta prevalencia de desnutrición deben considerar qué intervenciones tienen la mayor prioridad y garantizar su implementación efectiva con gran cobertura de modo que se logre el mayor beneficio. |
| Atributos de la causa | niños menores de 36 meses |
| Evidencia que justifique la relación de causalidad | A2 The Lancet Serie 2013 sobre Nutrición materno-infantil |

3 DISEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL

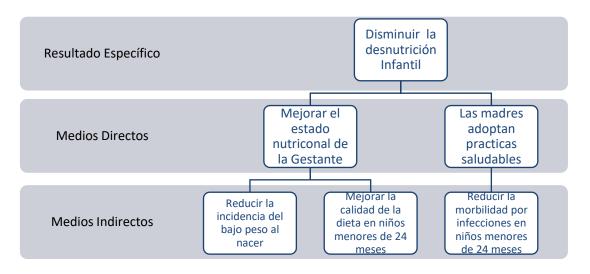
3.1 RESULTADO ESPECÍFICO

TABLA Nº 07

| Resultado específico | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|
| Problema identificado | Resultado especifico | | | |
| Alta prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años | Disminuir la desnutrición crónica | | | |
| ¿ A quiénes beneficiara? (población objetivo) | Niños menores de 5 años | | | |

3.2 ANÁLISIS DE LOS MEDIOS

Árbol 2. Árbol de Medios



Modelo explicativo

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

a) Factores Causales (causas)

<u>Factores causales directos</u>: Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso, especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

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

Las enfermedades infecciosas, especialmente diarreicas y respiratorias, durante la infancia representan condiciones importantes que afectan el crecimiento^{6,7}. Los mecanismos implicados tienden a generar un círculo vicioso, relacionándose principalmente con un aumento de los

⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 1998. Ginebra: UNICEF; 1998.

⁷ Assis AMO, Barreto ML, Santos LMP, Fiaccone R, da Silva Gomes GS. Growth faltering in childhood related to diarrhea: a longitudinal community based study. Eur J Clin Nutr. noviembre de 2005;59(11):1317-23.

requerimientos nutricionales no cubiertos durante los episodios de enfermedad y una mayor predisposición a eventos recurrentes y especialmente graves en los niños desnutridos⁸. En el caso específico de las enfermedades diarreicas, los trastornos en el crecimiento suelen deberse principalmente a la mala absorción de nutrientes durante y después del episodio de diarrea, mientras que en el caso de las enfermedades respiratorias y febriles se relacionan principalmente con un aumento de la demanda metabólica y la disminución de la ingesta de alimentos⁹. Un estudio reciente¹⁰ plantea mecanismos más complejos de interacción entre estas enfermedades y el retraso de crecimiento, estableciendo que los episodios frecuentes de diarrea pueden predisponer a neumonía en niños desnutridos y que la desnutrición puede originar una disminución de la eficacia de la vacunación contra rotavirus. La mejora del nivel educativo general de las mujeres y el empoderamiento social¹¹, la promoción de la alimentación responsiva y de la lactancia materna durante la enfermedad¹², y la vacunación contra rotavirus¹³ y *Streptococcus Pneumoniae*¹⁴ reúnen una amplia evidencia de impacto favorable sobre el crecimiento infantil.

El peso al nacer es el reflejo de la experiencia intrauterina del nuevo ser y viene a constituirse en un buen indicador del estado de salud y nutrición de la madre. Como resultado de esta experiencia que se inicia en la concepción y llega a su máxima expresión al tercer año de vida, se espera que los diferentes procesos de formación de los órganos y tejidos, la sangre, el cerebro y los huesos del niño así como su potencial intelectual y físico concluyan satisfactoriamente. ¹⁵

Estos recién nacidos con bajo peso al nacer tienen un riesgo alto de mortalidad, morbilidad, crecimiento deficiente, pobre desarrollo cognitivo y psicomotor como resultados inmediatos y al llegar a ser adultos tienen la mayor susceptibilidad a la diabetes tipo 2, la hipertensión y las enfermedades coronarias ¹⁶.

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

En un estudio realizado por Coronel y Rivera¹⁷ en México encontraron que las diarreas y las infecciones respiratorias fueron significativamente mayores en el grupo de bajo peso al nacer así como la desnutrición y la anemia al finalizar el primer año de vida.

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

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

⁸ Allen LH. Global dietary patterns and diets in childhood: implications for health outcomes. Ann Nutr Metab. 2012;61 Suppl 1:29-37

⁹ Weisz A, Meuli G, Thakwalakwa C, Trehan I, Maleta K, Manary M. The duration of diarrhea and fever is associated with growth faltering in rural Malawian children aged 6-18 months. Nutr J. 2011;10(1):25.

Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Moore SR. Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from developing countries. Curr Opin Infect Dis. octubre de 2011;24(5):496-502.
 Smith L, Haddad L. Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices. Washington, DC:

¹¹ Smith L, Haddad L. Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2000.

12 Bentley ME, Stallings RY, Fukumoto M, Elder JA. Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea,

convalescence, and health in the central Sierra of Peru. Am J Public Health. enero de 1991;81(1):43-7.

13 Jiang V, Jiang B, Tate J, Parashar UD, Patel MM. Performance of rotavirus vaccines in developed and developing countries. Hum Vaccin.

Ulang V, Jiang B, Tate J, Parasnar OD, Patel MM. Performance of rotavirus vaccines in developed and developing countries. Hum vaccin julio de 2010;6(7):532-42.

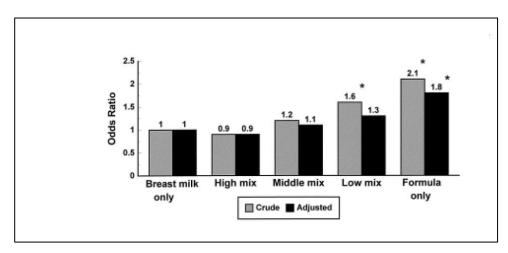
Lynch JP 3rd, Zhanel GG. Streptococcus pneumoniae: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. Curr Opin Pulm Med. mayo de 2010;16(3):217-25.
 Stimated Economic Benefifits of reducing Low Birth Weight in Low-income countries. The International Bank

for Reconstruciction and Development./ The WordlBanck Abril 2004

16Kalhan SC, Prentice AM, Yajnik CS, Prevención del Bajo Peso al nacer 63 NestleNutritionInstitute Workshop Programa pediátrico Nueva

Deli Vol 63 209-225.

¹⁷Coronel c, Rivera I. Peso bajo al nacer. Influencia en la salud durante el primer año de vida. Revista mexicana pediátrica 2003:70(6); 283-287.



Asociación entre lactancia exclusiva hasta los seis meses y diarrea

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

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

b) Identificación de Caminos Causales Críticos

En la figura N° 4, se presenta las principales trayectorias de causalidad que conducen a la desnutrición crónica. En el mismo esquema al costado izquierdo de cada recuadro, con números del 1 al 5, se propone una jerarquización de cada factor. La letra "e" sobre cada una de las flechas simboliza la existencia de numerosas evidencias que sustentan la relación de causalidad.

Cadena causal de resultados sanitarios claves entre los -9 meses y los 36 meses EDAD ⇒ -9m -6m Od 6m 18m 36m ↓ Prevalencia ⊥ Incidencia de anemia Bajo Peso al Nacer Incidencia de IRA/EDA ↓ Prevalencia de infecciones ↓ Incidencia de ↓ Severidad y por ETS e ITU Prematuridad Prevalencia de duración de Desnutrición IRA/EDA Crónica ↑ Practica LME ↑ Lavado manos e higiene ↑ Alimentación complementaria ↑ Dieta calidad y cantidad Micronutrientes

Principales trayectorias de causalidad asociados a la desnutrición crónica

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

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

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

- (1) La elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas (infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda principalmente) que los niños adquieren entre los 6 y 24 meses de edad. Cuando se trata de enfermedades infecciosas, el término "carga de morbilidad", no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también la severidad y duración cada episodio. Utilizando modelos estadísticos, se ha estimado que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales 18,19,20. En reiteradas investigaciones, se ha examinado la relación bidireccional que existe entre los indicadores antropométricos (z score peso/talla, z-score peso/edad) y la duración del episodio de diarrea, la severidad de la deshidratación y la tasa de letalidad. En cada caso, se ha demostrado que el estado previo de malnutrición (z-score peso/edad) se asocia con mayor severidad de la diarrea aguda^{21,22,23}. Asimismo, a partir de 10 estudios realizados en países en desarrollo, se estimó que un día de diarrea reduce la ganancia de peso en 10.9 gramos y que 30 días de diarrea, en el lapso de un año, se traduce en 327 gramos de déficit ponderal.
- (2) Prácticas inadecuadas en el cuidado de los niños, como la lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses, el lavado de manos y la higiene personal, así como la alimentación complementaria en niños de 6 y 24 meses, predisponen a su vez a un mayor riesgo de presentar enfermedades infecciosas gastrointestinales e infecciones respiratorias agudas.
- Las deficiencias en la calidad y cantidad de la dieta ocasionan el déficit de micronutrientes (hierro, zinc) en los niños de 6 a 24 meses de edad, es causa y efecto a la vez de la elevada "carga de morbilidad". Sucesivos episodios de diarrea o de infecciones respiratorias agudas ocasiona pérdidas de micronutrientes, las cuales no son compensadas por la alimentación habitual que recibe el niño, generando situaciones de déficit de dos minerales fundamentales que son el Hierro y el Zinc. A su vez, de episodio a episodio, se va instalando un ciclo pernicioso, en el cual la deficiencia de los micronutrientes incrementa la susceptibilidad para adquirir infecciones y ser más resistentes al tratamiento, y estas infecciones a su vez causa mayores pérdidas de estos micronutrientes. La deficiencia de ambos minerales, bien sea a través de las enfermedades infecciosas o de manera directa influyen en el crecimiento de los niños. En la actualidad está ampliamente documentado la relación de causalidad entre Zinc con la duración, severidad de la diarrea.

Por otro lado, son varios e importantes los eventos que ocurren en etapas previas a los 6 meses de vida que tienen repercusión directa en el crecimiento de los niños. De todos ellos, el principal es el bajo peso al nacer (BPN) (Ver figura 4), debido a su fuerte asociación con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades

¹⁸ Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in

rural Guatemala children. Am. J. Dis. Child. 129:1296-1301

19 Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in

Gambian village children. Br. J. Nutr. 37:441-450 ²⁰ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the **growth** of children in rural Bangladesh. Pediatrics 73:799-805

²¹ Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Malnutrition is a determining factor in diarrheal duration, but not incidence, among

young children in a longitudinal study in rural Bangladesh. Am. J. Clin. Nutr. 39:87-94

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

²³ Samadi, A., Chowdhury, A. I., Huq, M. I. & Shahid, N. S. (1985) Risk factors for death in complicated diarrhoea of children. Br. Med. J. 290:1615-1617.

infecciosas²⁴, con tendencia a mantener bajo peso y tener muy baja resistencia ante la presencia de enfermedades durante la niñez y la adultez. Asimismo, los hijos de las niñas que nacieron con bajo peso al nacer, cuando en la edad adulta resulten embarazadas, tendrán mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer, reproduciéndose de esta manera de generación a generación el retardo en el crecimiento. A la par del BPN, está presente otro factor que es la **prematuridad**. Estos dos factores son resultado de condiciones de salud que la madre experimenta durante el primer trimestre del embarazo. **El Bajo Peso al Nacer y la prematuridad** son condiciones que ocurren antes del nacimiento, fundamentalmente durante el primer trimestre (Ver figura 4).

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

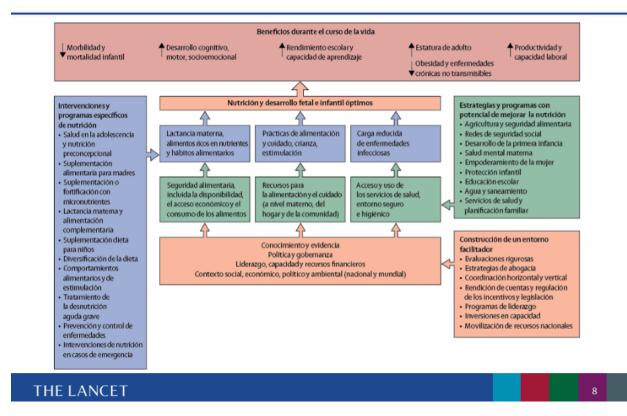
Infecciones por ETS e ITU: la adquisición de infecciones tanto del tracto urinario y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) también son causantes del bajo peso al nacer y de la prematuridad, que están íntimamente asociados y también son consecuencia de las infecciones que la gestante experimenta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

(5) Desnutrición materno-infantil y sobrepeso en países de bajos y medianos ingresos: prevalencias y consecuencias²⁵

²⁴ Grande C, Larguía A. Contribución de la prematurez extrema, moderada y leve a la mortalidad neonatal. Rev. Hosp. Materno-Infantil Ramón Sarda 2003;22(1):11-15

²⁵ The Lancet.- Robert E Black1, Cesar G Victora2, Susan P Walker3, Zulfiqar A Bhutta4, Parul Christian1, Mercedes de Onis5, Majid Ezzati6, Sally Grantham-McGregor3,7, Joanne Katz1, Reynaldo Martorell8, Ricardo Uauy9 y el grupo de estudio sobre la nutrición materno-infantil

Marco conceptual para la acción, para lograr una óptima nutrición y desarrollo fetal e infantil



Las deficiencias de hierro y calcio contribuyen a la mortalidad materna

- Anemia es factor de riesgo para defunciones maternas por hemorragia (23% de las muertes maternas en el mundo)
- Deficiencia de calcio aumenta el riesgo de pre-eclampsia (10% de las muertes maternas)

El corregir estas deficiencias podría reducir sustancialmente la mortalidad materna

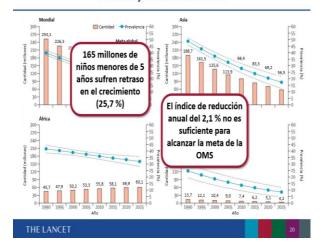
La importancia del estado nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo

- Baja talla materna puede causar obstrucción en el parto, y muerte de la madre o del feto
- Baja talla o emaciación de la madre aumenta el riesgo de desnutrición fetal
- Obesidad materna causa diabetes gestacional, preeclampsia, hemorragia y aumento en el riesgo de muerte del recién nacido.

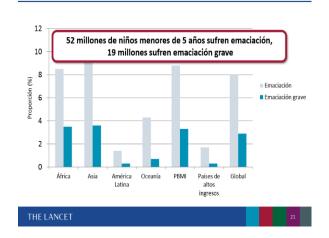
Nutrición del niño:

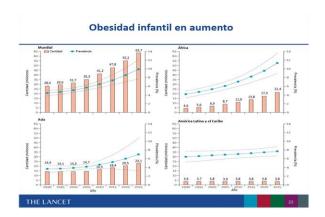
- Déficit de talla
- Emaciación
- Obesidad
- Deficiencias de micronutrientes
- Consecuencias para el desarrollo mental

El índice de retraso en el crecimiento está disminuyendo lentamente



Prevalencia de emaciación en niños es alta en algunas regiones, 2011

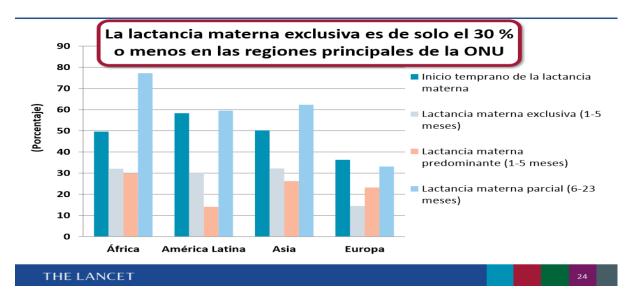




Los micronutrientes: la condición de hambre oculta

- La carencia de las vitaminas y minerales esenciales sigue siendo generalizada.
- La carencia de vitamina A y zinc afectan la supervivencia, y la carencia de hierro y yodo el desarrollo mental
- Importantes avances en la prevención de las deficiencias de vitamina A y yodo
- Necesidad de esfuerzos más intensos para prevenir carencia de hierro y zinc

Lactancia materna es inadecuada en muchos países



Muertes infantiles atribuidas a trastornos nutricionales

La desnutrición incluye la restricción en el crecimiento fetal, lactancia materna deficiente, retraso en el crecimiento, emaciación y carencia de vitamina A y zinc, Juntas, estas condiciones son responsables de:

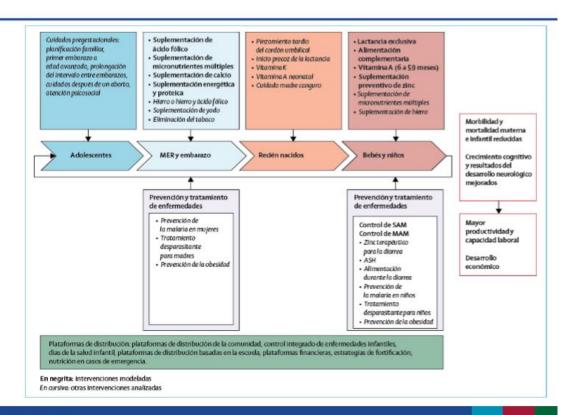
- 45% de todas las muertes de niños menores de cinco años
- 3,1 millones de muertes anuales en 2011.

Mensajes clave:

- 1. La baja estatura, el bajo índice de masa corporal y la carencia de vitaminas y minerales durante el embarazo contribuyen a la morbilidad y mortalidad materna, la restricción en el crecimiento fetal, la mortalidad infantil y el retraso en el crecimiento y el desarrollo.
- 2. El retraso en el crecimiento durante los dos primeros años de vida afecta a 165 millones de niños que tienen un riesgo elevado de mortalidad, déficit cognitivo y mayor riesgo de padecer obesidad en la adultez, y enfermedades crónicas no transmisibles.
- 3. La carencia de vitamina A y zinc en niños aumenta el riesgo de muerte por infecciones y hay otros micronutrientes que tienen consecuencias importantes en el desarrollo.
- 4. Estas nuevas evidencias fortalecen la necesidad de enfocarse en la ventana crucial de los 1000 días que abarcan el embarazo y los dos primeros años de vida, poniendo de relieve la importancia de intervenir tempranamente durante el embarazo e incluso antes de la concepción.
- (6) Intervenciones basadas en evidencia para mejorar la nutrición materno infantil: ¿Qué se puede hacer y a qué costo?²⁶

²⁶ Zulfiqar A Bhutta1, Jai K Das1, Arjumand Rizvi1, Michelle Gaffey2, Neff Walker3, Sue Horton4, Patrick Webb5, Anna Lartey6, Robert E Black para los grupos de revisión de la nutrición materno-infantil e intervenciones de The Lancet

Intervenciones a lo largo del ciclo de vida



THE LANCET

10 intervenciones potencialmente más efectivas para reducir muertes de niños menores de 5 años.

Intervenciones sobre la nutrición:

- 1. Tratamiento de desnutrición aguda grave
- 2. Suplementación preventiva con zinc durante la infancia
- 3. Fomento de la lactancia materna
- 4. Educación sobre alimentación complementaria
- 5. Tratamiento de desnutrición aguda moderada
- 6. Suplementación periconcepcional con ácido fólico
- 7. Suplementación energética y proteica durante el embarazo
- 8. Suplementación de micronutrientes múltiples durante el embarazo
- 9. Suplementación de vitamina A durante la infancia
- 10. Suplementación o fortificación de calcio durante el embarazo

Efectos de alcanzar cobertura de 90% con las 10 intervenciones clave,

- ✓ La mortalidad en niños menores de 5 años podría reducirse en un 15 %
 - 35 % en mortalidad por diarrea
 - > 29 % en mortalidad por neumonía
 - > 39 % en mortalidad por sarampión
 - Menor cantidad de muertes a causa de asfixia y anomalías congénitas
- ✓ Reducción general del retraso en el crecimiento de al menos el 20%
- ✓ Reducción general de la emaciación grave del 61%

Mensajes clave

- Existen intervenciones prometedoras para mejorar la nutrición materna y reducir la restricción del crecimiento fetal, los nacimientos de bebés pequeños para la edad gestacional y los déficits de talla en niños menores de 5 años
- ❖ 10 intervenciones, si se implementan a escala, puede evitar al menos un 15 % de muertes de niños menores de 5 años (es decir, 1 millón de vidas salvadas) y prevenir un quinto de todo el retraso en el crecimiento.
- Las estrategias propuestas sirven para abordar particularmente la desnutrición y disminuir la mortalidad infantil entre los más pobres.
- El costo para fomentar estas intervenciones específicas sobre la nutrición a nivel mundial es de \$ 9,6 mil millones, que es razonable, dados los beneficios.

Desarrollo infantil temprano²⁷

- ✓ El retraso en el crecimiento y en el desarrollo cognitivo en niños comparten muchos de los mismos factores de riesgo, entre ellos las carencias nutricionales, restricción en el crecimiento intrauterino, y condiciones sociales y económicas como pobreza y depresión materna.
- ✓ El crecimiento lineal y el desarrollo cognitivo también comparten el mismo período de máxima vulnerabilidad: los primeros 1000 días de vida.
- ✓ La combinación de las intervenciones en nutrición y desarrollo infantil tienen una lógica a nivel biológico y programático.
- ✓ La evidencia que surge de programas a menor escala focalizados en niños en riesgo sugiere la presencia de efectos aditivos o sinérgicos sobre el desarrollo infantil, y en algunos casos, los resultados en nutrición.

²⁷ Miembros del grupo de estudio sobre nutrición infantil: Robert E Black1, Harold Alderman2, Zulfiqar A Bhutta3, Stuart Gillespie4, Lawrence Haddad5, Susan Horton6, Anna Lartey7, Venkatesh Mannar8, Marie Ruel9, Cesar G Victora10, Susan P Walker11 y Patrick Webb12

3.3 ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

TABLA N° 08.a

| Análisis de alternativas | |
|-------------------------------|--|
| Descripción del medio | Mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses |
| Alternativa de intervención 1 | Promoción de Lactancia materna |
| Alternativa de intervención 2 | Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad |
| Alternativa de intervención 3 | Consejería nutricional y educación nutricional en alimentación complementaria |
| Alternativa de intervención 4 | Provisión de alimentación complementaria a niños de 6 a 24 meses de edad |
| Alternativa de intervención 5 | Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses de edad |
| Alternativa de intervención 6 | Entrega de multi-micronutrientes en polvo para fortificación en casa |
| Alternativa de intervención 7 | Suplementos nutricionales de base lipídica (LNS) |

| Análisis de alternativas | |
|--------------------------|---|
| Descripción del medio | Reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 |
| | meses |
| Alternativa de | Intervenciones integrales para manejo de infecciones |
| intervención 1 | |
| Alternativa de | Intervenciones para mejorar las coberturas de Vacunación |
| intervención 2 | |
| Alternativa de | Suplementación preventiva con vitamina A |
| intervención 3 | |
| Alternativa de | Suplementación preventiva con zinc |
| intervención 4 | |
| Alternativa de | Suplementación oral con zinc para tratamiento de niños con |
| intervención 5 | diarrea aguda o crónica |
| Alternativa de | Promoción del lavado de manos |
| intervención 6 | |
| Alternativa de | Intervenciones de Agua, saneamiento y promoción del lavado de |
| intervención | manos |
| n 7 | |

ANEXO 2 PROGRAMA PRESUPUESTAL 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

| | Análisis de alternativas |
|-------------------------------|--|
| Descripción del medio | Reducir las causas subyacentes de la desnutrición |
| Alternativa de intervención 1 | Fortificación de alimentos de primera necesidad y alimentos específicos |
| Alternativa de intervención 2 | Programas de incentivos financieros |
| Alternativa de intervención 3 | Programa de transferencias condicionadas |
| Alternativa de intervención 4 | Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional |
| Alternativa de intervención 5 | Atención integral del niño brindada desde los servicios de salud |
| Alternativa de intervención 6 | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario |
| Alternativa de intervención 7 | Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil |

| Análisis de alternativas | |
|--------------------------|--|
| Descripción del medio | Intervenciones sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la Prevención de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil |
| Alternativa de | Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia |
| intervención 1 | materna |
| Alternativa de | Consejería Nutricional para promoción de prácticas adecuadas de |
| intervención 2 | nutrición infantil |
| Alternativa de | Educación para promoción de prácticas de higiene |
| intervención 3 | |
| Alternativa de | Consejería y Educación nutricional para Prevención de |
| intervención 4 | Desnutrición Crónica |

Modelo prescriptivo

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

a) Identificación de puntos vulnerables

En el caso de nuestra condición de interés "Desnutrición Infantil", en la primera cadena causal jerarquizada se identifica como un factor causal vulnerable (factible de ser intervenido mediante acciones), la "actitud de la madre", que afectará directamente el factor, "lavado de manos" y este a su vez, afectará directamente al factor "diarrea". Cabe señalar que la relación entre el factor causal vulnerable y el factor causal indirecto se denomina "relación de vulnerabilidad", la cual puede ser sujeta a intervenciones que afectan la incidencia de la relación entre ambos factores. El segundo factor causal vulnerable, de la actitud materna, que afectará en la vacunación y este afectará directamente en el factor de IRA y EDA. El tercer punto vulnerable a considerar es la suplementación con multimicronutrientes y este a su vez afectará en la calidad de la dieta.

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

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

continuación, se muestra las principales intervenciones en base a criterios de eficacia y costoefectividad²⁸

| Promoción de la lactancia materna exclusiva y lavado de manos Promoción sobre la consejería nutricional en niños de 6 a 24 meses | producto CRED completo y familias |
|--|---|
| Vacunas como intervención para prevenir enfermedades ²⁹ | Esta intervención enmarcada en el producto niños con vacuna completa en el que incluye la vacunación contra neumococo y rotavirus ³⁰ |

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

Suplementación de hierro en niños

Suplementación con multimicronutrientes

Suplementación con zinc en niños.

Intervenciones basadas en la comunidad permiten mejorar la salud del recién nacido, del lactante, niño, y de la madre. Estas intervenciones han demostrado para reducir las infecciones respiratorias complicadas y las muertes por diarrea. Estas intervenciones son entregadas por personal de salud, e implementadas a nivel local, en los hogares, familias, o cualquier otro grupo comunitario definido³¹.

c) Priorización de Intervenciones a ser realizadas

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

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

developing countries. Curr Opin Infect Dis. 2011 Oct;24(5):496-502. doi: 10.1097/QCO.0b013e328349287d

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE; Lancet Nutrition Interventions Review Group; Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-77.
 Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, Lee BW, Lolekha S, Peltola H, Ruff TA, Santosham M, Schmitt HJ.

²⁹ Andre FE, Booy R, Bock HL, Clemens J, Datta SK, John TJ, Lee BW, Lolekha S, Peltola H, Ruff TA, Santosham M, Schmitt HJ. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. Bull World Health Organ. 2008 Feb;86(2):140-6.
³⁰ Schlaudecker EP, Steinhoff MC, Moore SR. Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from

³¹ Haines A, Sanders D, Lehmann U, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. Lancet 2007: 369: 2121–

INTERVENCIONES CLAVES RESULTADOS Productos [Servicios] inmediatos intermedios finales ↑ Vacuna Anti Rotavirus Anti Neumococo De las 17 prácticas, tres son claves Lavado de manos ↓ Diarrea ↑ CRED **Higiene** Madres de niños enores de 24 mes [control de crecimiento y desarrollo] Infecciones spiratorias Agudas Niños menores ↓ Desnutrición Consejeria Crónica de 24 meses Niños menores de Sesión educativa 60 meses Sesión Calidad de Materna Exclusiva **la dieta** Niños de demostrativa 6 a 18 meses Adecuado eparación de alimentos Niños de de 6 a 18 meses La aplicación de vacunas contra la diarrea y la infección respiratoria aguda (neumonías) El control de crecimiento y desarrollo [CRED] de los niños para promover la adopción de las

Intervenciones claves y eficaces, PAN.

Estos Intervenciones que constituyen productos forman parte del Modelo Lógico del programa, que a su vez involucra otras intervenciones todas ellas costo efectivas ³² (ver tabla de evidencias) a continuación se presenta el listado de intervenciones.

tres prácticas claves: i) Higiene y lavado de manos, ii) lactancia materna exclusiva y iii)

3.3.1 Análisis de alternativas de intervención

adecuada preparación de los alimentos

TABLA N° 08.b

Intervenciones para causas directas

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

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

³² Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black RE; Lancet Nutrition Interventions Review Group; Maternal and Child Nutrition Study Group. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?. Lancet. 2013 Aug 3;382(9890):452-77. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60996-4. Epub 2013 Jun 6.

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

| | Análisis de alternativas de intervención |
|--|--|
| Alternativa de intervención | Consejería nutricional y educación nutricional en alimentación |
| identificada | complementaria. |
| Descripción breve de la | La educación en alimentación complementaria produce |
| alternativa | incrementos en peso y talla en niños menores de 2 años, sobre |
| | todo en zonas con seguridad alimentaria. |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | Si |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |
| | Análisis de alternativas de intervención |
| Alternativa de | Provisión de alimentación complementaria a niños de 6 a 24 |
| intervención identificada | meses de edad |
| Descripción breve de la alternativa | Las intervenciones de entrega de alimentación complementaria, tiene efectos significativos en ganancia de peso, incremento en talla, hemoglobina y desarrollo psicomotor, encontrándose evidencia de mayor ingesta de la energía de los alimentos complementarios en el niño cuando se entrega en centros de cuidado diurno en comparación con la entrega en casa. Existe un mayor impacto cuando la educación se brinda acompañada de la entrega de alimentos complementarios que estén disponibles en la zona, especialmente para niños que viven en zonas de inseguridad alimentaria. |
| Esta intervención ya está | No |
| siendo ejecutada | |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|--|
| Alternativa de | Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses de |
| intervención identificada | edad |
| Descripción breve de la alternativa | La suplementación diaria con hierro en niños de 4 a 23 meses de edad presentó efectos significativos en menor riesgo de anemia y deficiencia de hierro, sin embargo, también estuvo asociado a vómitos y fiebre en comparación con los niños que no lo recibieron. |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | Si |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |

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

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

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

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

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|--|
| Alternativa de | Características de las prácticas de alimentación y manejo de |
| intervención identificada | infecciones. |
| Descripción breve de la alternativa | Es necesario que los organismos del estado, mejoren las estrategias educativas y comunicacionales, y que den mayor énfasis en las acciones de promoción que conlleven a mejorar la calidad de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, como elementos fundamentales para mejorar la salud y nutrición de la población infantil peruana y consecuentemente para mejorar la capacidad de este recurso humano en la vida adulta. |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | Si |

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|--|
| | Características de las prácticas de alimentación y manejo de |
| intervención identificada | infecciones. |
| Evidencia que justifique la | A2 |
| | Carlos Rojas D1, Marlit Ysla M1, Vanesa Riega D1, Olga Ramos |
| alternativa | H1, Carmen Moreno P1, Ivonne Bernui L1 ENFERMEDADES |
| | DIARREICAS, INFECCIONES RESPIRATORIAS Y |
| | CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE |
| | 12 A 35 MESES DE EDAD EN EL PERÚ* Rev Peru Med Exp Salud |
| | Publica 21(3), 2004 |

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|--|
| Alternativa de | Intervenciones para mejorar las coberturas de Vacunación |
| intervención identificada | |
| Descripción breve de la alternativa | La evidencia de moderada calidad señala que los debates en comunidad basados en evidencia incrementan 2,2 veces las coberturas de DPT3, y las campañas de información pueden aumentar 1,4 veces la absorción de al menos una dosis de la vacuna. La evidencia de baja calidad indica que la educación de salud brindada en los establecimientos de salud puede mejorar 1,2 veces la cobertura de la vacuna combinada de DPT3 y que la combinación de educación brindad en el establecimiento de salud con tarjetas de inmunización rediseñadas pueden mejorar en 1,4 veces la cobertura de DP3. |
| Esta intervención ya está | Si |
| siendo ejecutada | |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |

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

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

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|--|
| Alternativa de | Suplementación oral con zinc para tratamiento de niños con |
| intervención identificada | diarrea aguda o crónica |
| Descripción breve de la | La suplementación oral con zinc para el tratamiento de niños con |
| alternativa | diarrea aguda o crónica, reduce la duración de los episodios de |
| | diarrea. |
| Esta intervención ya está | Si |
| siendo ejecutada | |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|--|
| Alternativa de | Promoción del lavado de manos |
| intervención identificada | |
| Descripción breve de la alternativa | La actual evidencia indica que la promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas previene un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos, y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos. |
| Esta intervención ya está | Si |
| siendo ejecutada | |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |

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

III. Intervenciones para causas subyacentes de la desnutrición:

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

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

| Análisis de alternativas de intervención | |
|--|---|
| Alternativa de intervención identificada | Programa de transferencias condicionadas |
| Descripción breve de la alternativa | En relación al impacto de los programas de transferencias condicionadas en el estado nutricional y seguridad alimentaria de las familias beneficiarias, la evidencia actual indica que el efecto es positivo, aunque pequeño, y que pueden incrementar la ingesta de alimentos y tener una influencia positiva en la seguridad alimentaria de las familias beneficiarias. |
| Esta intervención ya está | Si |
| siendo ejecutada | |
| Evidencia que justifique | A1 |
| la efectividad de la | |
| alternativa | |

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

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

| Análisis de alternativas de intervención | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Alternativa de intervención identificada | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario | | | | |
| Descripción breve de la alternativa | La evidencia actual indica que el AIEPI ha mostrado ser efectivo en mejorar la calidad de los servicios de salud pediátrica, incremento de ahorro de costos en atención de salud, y probablemente reducir la mortalidad pediátrica en países en desarrollo. Sin embargo, muchos países han tenido problemas en capacitación, sistemas de salud y limitaciones financieras para la aplicación a nivel nacional, por lo que no se ha podido observar beneficios sostenidos en el tiempo. | | | | |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | Si | | | | |
| Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa | A2 | | | | |

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

VI.- Intervenciones sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la Prevención de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil

| A | Análisis de alternativas de intervención | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| Alternativa de | Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia | | | | | | |
| intervención identificada | materna | | | | | | |
| Descripción breve de la alternativa | Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia continuada, se observaron cuando se brindó consejería o educación tanto en casa como en la comunidad (RR 1.85, IC 95% 1.08-3.17), servicios de de salud y comunidad (RR 2.52, IC 95% 1.39-4.59), en todos los escenarios (RR 1.97, IC 95% 1.74-2.24), respectivamente. La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño, fue la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia (RR 1.66, IC 95% 1.34-2.07). La consejería o educación brindad en establecimientos de salud (RR 1.47, IC 95% 1.29-1.68) o en el hogar (RR 1.17, IC 95% 1.08-1.27) o en establecimientos de salud y en el hogar (RR 1.23, IC 95% 1.08-1.40) tuvieron un efecto significativo en promover cualquier tipo de lactancia, pero este efecto fue mayor cuando se entregó a través de establecimientos de salud. | | | | | | |
| Esta intervención ya está | Si | | | | | | |
| siendo ejecutada | | | | | | | |
| Evidencia que justifique | A1 | | | | | | |
| la efectividad de la alternativa | | | | | | | |

| Análisis de alternativas de intervención | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| Alternativa de | Consejería Nutricional para promoción de prácticas adecuadas de | | | | |
| intervención identificada | nutrición infantil | | | | |
| Descripción breve de la alternativa | Las consejerías nutricionales producen mayores incrementos en los índices de Peso para edad y Peso para talla comparados con los niños de los grupos control. La ganancia en peso de acuerdo al Z score Peso para talla es de 0.3961 (IC 95%: 0.1301-06621) y la ganancia de peso de acuerdo al Z score de peso para la edad es de 0.4814 (IC 95%: 0.2143-0.7485). Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños. | | | | |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | Si | | | | |
| Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa | A2 | | | | |

| Α | Análisis de alternativas de intervención | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Alternativa de intervención identificada | Educación para promoción de prácticas de higiene | | | | | |
| Descripción breve de la alternativa | Promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas, previene aprox. un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos (RR 0.70, IC 95% 0.59-0.85), y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos (RR 0.66, IC 95% 0.43-0.99). Promoción de lavado de manos a nivel comunitario en países de medianos y pequeños ingresos probablemente previene un cuarto de los episodios de diarrea (RR 0.72, IC 95% 0.62-0.83). | | | | | |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | Si | | | | | |

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

| Análisis de alternativas de intervención | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Alternativa de | Consejería y Educación nutricional para Prevención de | | | | | |
| intervención identificada | Desnutrición Crónica | | | | | |
| Descripción breve de la alternativa | Ambas intervenciones: Incrementos significativos en peso (DMP 0.34 DS, IC 95% 0.11-0.56 y 0.30 DS, IC 95% 0.05-0.54, respectivamente), y crecimiento lineal (DMP 0.26 DS, IC 95% 0.08-0.43 y 0.21 DS, IC 95% 0.01-0.41, respectivamente). La entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) incrementó una ganancia extra de peso de 0.25 kg (+ - 0.18) y en talla 0.54 cm (+ - 0.38) en niños de 6 a 24 meses. La educación de la madre en temas de alimentación complementaria produjo una ganancia extra de peso de 0.30 kg (+ - 0.26) y de talla de 0.49 cm (+ - 0.50) en los grupos de | | | | | |
| Esta intervención va catá | intervención comparado con grupo control. Si | | | | | |
| Esta intervención ya está siendo ejecutada | 31 | | | | | |
| Evidencia que justifique | A1 | | | | | |
| la efectividad de la | A1 | | | | | |
| alternativa | | | | | | |

TABLA N° 08c

| | Análisis de Alternativas de Intervención | | | | | | | | |
|----|--|------------------------|------------|------------|-----------------|-------------------------------------|--|--|--|
| | Descripción del medio Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta menores de 24 meses | | | | | en niños | | | |
| ID | Alternativa | Complemen taria con | Viabilidad | Eficiencia | Efectivid ad | Alternati va seleccion ada | | | |
| 1 | Promoción de Lactancia materna | 2, 3 | х | 1 | A1 | х | | | |
| 2 | Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad | 1,3,4 | х | 1 | A2 | x | | | |
| 3 | Consejería nutricional y educación nutricional en alimentación complementaria | 1,2 | х | 1 | A1 | х | | | |
| 4 | Provisión de alimentación complementaria a niños de 6 a 24 meses de edad | 2,3 | no | n | A1 | No | | | |
| 5 | Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses de edad | 3 | х | 1 | A1 | х | | | |
| 6 | Entrega de multi- micronutrientes en polvo para fortificación en casa | 5 | Х | 1 | A1 | х | | | |
| 7 | Suplementos nutricionales de base lipídica (LNS) | 5,6 | no | n | А3 | No | | | |

| | Análisis de Alternativas de Intervención | | | | | | | |
|----|--|---------------------|------------|------------|-------------|--------------------------|--|--|
| | Descripción del medio Intervenciones para reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses | | | | | | | |
| ID | Alternativa | Complement aria con | Viabilidad | Eficiencia | Efectividad | Alternativa seleccionada | | |
| 1 | Intervenciones integrales para manejo de infecciones | 2, 3, 5,6,7 | x | 1 | A2 | х | | |
| 2 | Intervenciones para mejorar las coberturas de Vacunación | 1 | x | 1 | A1 | х | | |
| 3 | Suplementación preventiva con vitamina A | 3,4 | х | 1 | A1 | х | | |
| 4 | Suplementación preventiva con zinc | 3,5, | х | n | A1 | х | | |
| 5 | Suplementación oral con zinc para tratamiento de niños con 1,4 x 1 A1 no diarrea aguda o crónica | | | | | | | |
| 6 | Promoción del lavado de manos | 1,7 | x | 1 | A1 | x | | |
| 7 | Intervenciones de Agua, saneamiento y promoción del lavado de manos | 6 | х | 1 | A1 | х | | |

| | Análisis de Alternativas de Intervención | | | | | | |
|---|--|---------------------|------------|----------------|-----------------|---------------------------|--|
| Descripción del medio Intervenciones para causas subyacentes de la desnutrición | | | | nutrición | | | |
| ID | Alternativa | Complemen taria con | Viabilidad | Eficienci a | Efectivida d | Alternativa seleccionad a | |
| 1 | Fortificación de alimentos de primera necesidad y alimentos específicos | 2,3 | х | 1 | A2 | х | |
| 2 | Programas de incentivos financieros | 3,7 | х | 1 | A1 | х | |
| 3 | Programa de transferencias condicionadas | 2 | х | 1 | A1 | х | |
| 4 | Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional | 5,6,7 | х | 1 | A1 | х | |
| 5 | Atención integral del niño brindada desde los servicios de salud | 4,6,7 | х | 1 | А3 | х | |
| 6 | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario | 4,5,7 | х | 1 | A2 | х | |
| 7 | Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil | 4,6 | х | 1 | C3 | х | |

| Des | Anális scripción del medio | sis de Alternativ Intervencione para la Preve Infantil | s sobre el cu | idado infan | | |
|-----|--|---|---------------|----------------|-----------------|---------------------------|
| ID | Alternativa | Complemen taria con | Viabilidad | Eficienci a | Efectivida d | Alternativa seleccionad a |
| 1 | Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna | 2,4 | х | 1 | A1 | х |
| 2 | Consejería Nutricional para promoción de prácticas adecuadas de nutrición infantil | 1,3,4 | х | 1 | A2 | х |
| 3 | Educación para promoción de prácticas de higiene | 2 | х | 1 | A1 | х |
| 4 | Consejería y Educación nutricional para Prevención de Desnutrición Crónica | 1,2,3 | х | 1 | A1 | х |

3.4 TRANSICIÓN DE LAS ALTERNATIVAS AL PRODUCTO

TABLA Nº 09

| | Transición de las alternativas al producto | | | | | | | |
|-----|--|-----|--|---------|--|--|--|--|
| Med | Medios fundamentales | | Intervenciones seleccionadas | | Productos | | | |
| Nº | Denominación | N⁰ | Denominación | N° | Denominación | | | |
| | Mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses | 1.1 | Promoción de Lactancia materna | | Familias Saludables con | | | |
| 1 | | 1.2 | Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad | 3033251 | conocimientos para el Cuidado Infantil, Lactancia Maternas Exclusiva y Adecuada Alimentación y | | | |
| | | 1.3 | Consejería nutricional y educación nutricional en alimentación complementaria | | Protección del Menor de 36 Meses | | | |
| | | 2.1 | Intervenciones integrales para manejo de infecciones | 3033414 | Atención de niños y niñas con parasitosis intestinal. | | | |
| | Reducir la morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses | 2.2 | Intervenciones para mejorar las coberturas de Vacunación | 3033254 | Niños y Niñas con Vacuna Completa | | | |
| 2 | | 2.3 | Promoción del lavado de manos | 3033251 | Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia maternas exclusiva y adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses | | | |
| | | 2.4 | Intervenciones de Agua, saneamiento y promoción del lavado de manos | 3000609 | Comunidad Accede a Agua para Consumo Humano | | | |
| 3 | Reducir las causas subyacentes de la desnutrición | 3.1 | Programas de incentivos financieros | 3033251 | Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia maternas exclusiva y adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses | | | |

| | | | Fransición de las alternativas | al producto | |
|---|--|-----|---|----------------|---|
| Medios fundamentales | | | tervenciones seleccionadas | | Productos |
| No | Denominación | N⁰ | Denominación | N ^o | Denominación |
| | | 3.2 | Programa de transferencias condicionadas | 3000608 | Servicios de cuidado diurno acceden a control de calidad nutricional de los alimentos |
| | | 3.3 | Plataformas de base comunitaria para promoción y educación nutricional | 3033251 | Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia maternas exclusiva y adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses |
| | | 3.4 | Atención integral del niño brindada desde los servicios de salud | 3033255 | Niños y niñas con CRED Completo según edad |
| | | 3.5 | Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario | 3000876 | Atención enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas |
| | | | | 3000877 | Atención enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas con complicaciones. |
| | | | | 3000878 | Niños y niñas con atención de la anemia por deficiencia de hierro |
| | | | | 3033315 | Atención de otras Enfermedades Prevalentes |
| | | 3.6 | Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Infantil | 3033251 | Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia maternas exclusiva y adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses |
| | Cuidado infantil y | 4.1 | Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna | 3033251 | Familias Saludables con conocimientos para el Cuidado Infantil, Lactancia |
| prácticas saludable Prevenci Anemia y Desnutrio | prácticas saludables para la Prevención de la Anemia y la | 4.2 | Consejería Nutricional para promoción de prácticas adecuadas de nutrición infantil | | Maternas Exclusiva y Adecuada Alimentación y Protección del Menor de 36 Meses |
| | Desnutricion Crónica Infantil | | Educación para promoción de prácticas de higiene Consejería y Educación nutricional para Prevención | 3000733 | Población Informada sobre el Cuidado infantil y practicas saludables para la prevención de anemia y desnutrición |
| | | | de Desnutrición Crónica | | crónica infantil |

Modelo Operacional

TABLA N° 10

| | Modelo | operacion | al del produ | cto | | |
|---|--|--|---|---|--|--|
| Denominación del | | AC | CIONES COI | MUNES (30 | 00001) | |
| producto | Equippe de gestión de les niveles Degional y less | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Equipos de gestión de los niveles Regional y local. | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA-DO | GIESP | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | MINSA/IN | S/GERESA | /DIRESA/DII | RIS/UE | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | x | GR | х | GL | |
| Indicador de producción física de producto | N° de info | rmes de la | gestión del P | rograma. | | |
| Indicadores de | | | | | | |
| desempeño del producto Modelo operacional del pro- | ducto | | | | | |
| 1.Definición operacional | Conjunto o para el log Incluye: Los Se desarr 1. Vigila 2. Desar 3. Monit articu Es de res presupues conjunta, i competen Administra Los informejecución de deser | pro de los o proceso pervisión, e olla a trave ncia, investrollo de no oreo, supelado nutrio ponsabilidade ntegrada y cia (Equación, Plane nes que se de metas finpeño dei | es de planificavaluación y testigación y testigación y testigación, evicional: 50044 ad de los conivel (Nacion articulada conivel (Nacion articulada conivel y proposicional) e proposicional y proposicional y proposicional y proposicional y finariónidas en | icación, pro control del p tividades e ecnologías as Técnicas aluación y 426 ordinadores nal y Region on los actore o, Estad resupuesto, ntienen com ncieras y ev el modelo | ogramación, orograma presogramación, orograma presograma presograma presograma presograma presograma presogramación del control del contro | monitoreo, supuestal. : 5004424 n: 5004425 programa de manera la según su demiología, tre otros). sultados de indicadores programa |
| 2.Organización para la entrega del producto | productos y áreas correspondiente y alcanzados al responsable técnico de Programa Presupuestal. Estas actividades de Acciones Comunes pueden ser realizadas de forma presencial y no presencial utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que comprende el telemonitoreo, en el marco de la modernización de la gestión del Programa Presupuestal. Nivel Nacional: Equipos de Gestión del Ministerio de Salud/INS-CENAN: Planificar, programar y organizar actividades, para el logro de las metas del PAN Participar conjuntamente con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, en el diseño e implementación de las | | | | | |

| Denominación del | 100101170 001111170 (0000001) |
|------------------|---|
| producto | ACCIONES COMUNES (3000001) |
| producto | integral del Niño. Definición de criterios de programación anual y población objetivo Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). Actualiza el módulo de Gestión de productos. Identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento del Programa presupuestal. Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional. Evaluación trimestral, semestral y anual |
| | Nivel Regional: DIRESA/GERESA/U. E/DIRIS/DISA/Redes de Salud Realizan la programación, adquisición y distribución de los insumos y materiales médicos y recursos humanos. Consolida la programación de metas físicas de las Unidades Ejecutoras Oficializan al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud -CENARES la confirmación de requerimiento trimestral de insumos médicos estratégicos. Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención de acuerdo al kit establecido por cada sub producto. Socializa e Implementa los documentos normativos. Recepción de los insumos médicos estratégicos (verificación física y documentaria) Realizan la programación, adquisición y distribución de los insumos y materiales médicos, conjuntamente. Distribución de insumos a las Redes de salud Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud y micro redes para garantizar la continuidad de la atención. Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. Monitorear las actividades necesarias para garantizar la potencia inmunológica de las vacunas en los ALMACENES ESPECIALIZADOS – DE VACUNAS REGIONAL, para atender a la población. (mantenimiento de los equipos de cadena de fría y cámara frigorífica) y las actividades de gestión y operatividad para el cumplimiento de metas, siendo necesario garantizar el personal capacitado (mantenimiento, refrigeración y electricista) Evaluación de la calidad en la ejecución de los métodos de diagnóstico especializado en los laboratorios regionales. |

| Modelo operacional del producto | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Denominación del producto | | | | |
| | Fortalece capacidades a nivel de RED y EESS para la ejecución e implementación de actividades del PAN | | | |
| | Establecimientos de salud: Implementación de documentos normativos y tecnologías en salud Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA-SIAF. Organiza los servicios para brindar la atención. Realiza control de calidad de la información. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores de producción física. | | | |
| 3.Criterios de programación | 06 ii | informes (01 trimestral, 01 semestral y 01 anual). | | |
| 4.Método de agregación de actividades a producto | La meta física del producto es igual al sub producto 4427602"Monitoreo del Programa Articulado Nutricional" | | | |
| 4.Flujo de procesos | (SCHIC) SACCE | Programme of the control of the cont | | |
| | | | | |

| | Modelo operacional del producto | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Denominación del Producto | SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Programa Nacional Cuna Más (Nacional y Regional) y Municipalidades (Provinciales y/o distritales) | | | | |
| Responsable del diseño del producto | Instituto Nacional de Salud | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4) y establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada. | | | | |
| | II-1 : con población asignada | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN X GR X GL | | | | |
| (Marque con un aspa) | | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Numero de servicios controlados | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de servicios de cuidado diurno con control de calidad nutricional | | | | |
| Modelo operacional del pi | | | | | |
| | Es el conjunto de actividades desarrolladas en los servicios de cuidado diurno (Programa Cuna Más) y/o asistencia alimentaria (PVL) de los programas sociales en los que se prepara, almacena y/o distribuyen alimentos, dirigidos a niñas y niños menores de 60 meses, mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar, Incluye: Inspección y/o toma de muestra. Ensayos del laboratorio (análisis fisicoquímicos y microbiológicos). (*) Evaluación nutricional teórica | | | | |
| 1. Definición operacional | (*) Realizado por el nivel nacional (CENAN). Acciones de digitación, control, procesamiento, análisis de los datos. | | | | |
| | Se desarrolla a través de la Actividad de Control de Calidad Nutricional de los Alimentos: 5004427 | | | | |
| | En el nivel nacional (CENAN) es realizado por un profesional calificado y en el nivel regional por un personal profesional y/o técnico calificado por el INS a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición- CENAN. | | | | |
| | Para la adopción de acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional e inocuidad de las raciones de los alimentos que se preparan en los servicios de cuidado diurno o servicios de asistencia alimentaria, se considera lo siguiente: | | | | |

| | Modelo operacional del producto | | |
|--|---|--|--|
| Denominación del Producto | SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) | | |
| | Nivel Nacional (CENAN): Entrega el reporte técnico mediante documento al Programa Nacional Cuna Más del nivel nacional, Dirección Regional de Salud y Municipalidades provinciales y/o distritales según corresponda en un tiempo no mayor de 15 días, por cada control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales. | | |
| | Nivel Regional (Red de Salud, EESS): Entrega el reporte técnico mediante documento al Programa Nacional Cuna Más del nivel regional, Municipalidades provinciales y/o distritales y a su DISA, GERESA, DIRESA, según corresponda en un tiempo no mayor de 30 días, por cada control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales. | | |
| | El servicio se realiza: | | |
| 2. Organización para la entrega del producto | Nivel Nacional: CENAN Formula las Definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos). Monitorea, supervisa, evalúa y brinda asistencia técnica en el proceso al nivel regional. Formulación de herramientas: Manuales, directivas, guías técnicas, procedimientos y formularios Realiza el Control de Calidad de los alimentos con inspecciones, toma de muestra, evaluación nutricional teórica, y ensayos del laboratorio en los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o asistencia alimentaria de los programas sociales. Incluye también, digitación, control, procesamiento, análisis de los datos. Emite Reporte Técnico por cada Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales, que contiene los resultados de la Inspección y/o Muestreo, Evaluación Nutricional Teórica y/o Ensayos de Laboratorio, los cuales son enviados en un tiempo no mayor de 15 días a las clientes que son : Programa Nacional Cuna Más(nivel nacional y regional), Dirección Regional de Salud y Municipalidades provinciales y/o distritales según corresponda, para la adopción de acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional e inocuidad de las raciones de los alimentos. Emite un Informe Técnico consolidado Anual del Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado por el Nivel Nacional y Regional a los Servicios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales. | | |

| | Modelo operacional del producto |
|------------------------------|--|
| Denominación del Producto | SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) |
| | Ejecuta estrategias de control por la atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria de los servicios de cuidado diurno del Programa Nacional CUNA MAS. |
| | Nivel Regional: DIRESA, GERESA, DIRIS A través de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable, participa en la revisión de las definiciones operacionales, criterios de programación y listado de insumos, en coordinación con el nivel nacional: > Monitorea, evalúa, dirige, coordina y controla la entrega del producto en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional. > Organiza a las redes para garantizar la continuidad de la entrega del producto Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura del producto a nivel operativo. > Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para la entrega del producto. > Consolidad la programación de metas físicas y presupuesto de las unidades ejecutoras por puntos de atención para la entrega del producto. > Consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención bajo su responsabilidad. Así mismo, provee los insumos necesarios para la entrega del producto. > Emite al Programa Nacional Cuna Más (zonal) y a los Municipios provinciales y /o distritales el reporte técnico del control de calidad realizado a los servicios alimentarios de cuidado diurno y servicios de asistencia alimentaria. En un tiempo no mayor de 30 días. > Emiten al Nivel Nacional - CENAN/INS, Informe Técnico del Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizados a los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales con una periodicidad de 1 vez al año (febrero del año siguiente), el informe contiene los resultados de la inspección y Evaluación Nutricional Teórica. > Coordinan las estrategias de control por la atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria de los servicios de cuidado diurno del Programa Nacional CUNA MAS, según actividad indicada por el nivel nacional: CENAN |
| | Red de Salud/ Establecimientos de Salud: Programación de metas física y cuadro de necesidades para la ejecución de las actividades según definiciones operacionales y criterios de Programación y lineamientos establecidos por el nivel nacional. |
| | Participación en la capacitación organizada por el nivel nacional o regional. Inspecciones: a Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o de |
| | asistencia alimentaria que preparan, almacenan y/o distribuyen alimentos para Programas Sociales. Evaluación Nutricional Teórica: a las raciones que se preparan y/o distribuyen en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno |

| | Modelo operacional del producto |
|------------------------------|---|
| Denominación del Producto | SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) |
| | de Programas Sociales. Formulación de la ración del Programa de Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital. Realiza la digitación, control, procesamiento, análisis de los datos y elaboración de informes Emite un Reporte Técnico por cada control efectuado que incluye los resultados de la Inspección y Evaluación Nutricional Teórica realizadas en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y son enviadas en un tiempo no mayor de 30 días a la Dirección Regional de Salud y al Programa Cuna Más (zonal) para la adopción de las acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional de las raciones de los alimentos. |
| | En el Gobierno Nacional: CENAN 02 reportes técnicos por cada servicio inspeccionado / 80 servicios de cuidado diurno ✓ El reporte técnico contiene resultados de las inspecciones, evaluación nutricional teórica y ensayos de laboratorio. ✓ El intervalo para la realización del servicio de control de calidad en los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades. En el caso de atención temporal ante situaciones de emergencia |
| | sanitaria de los servicios de cuidado diurno del Programa Nacional CUNA MAS: 01 reporte técnico por cada servicio inspeccionado - Inspección durante la preparación de canastas de alimentos del Programa Nacional CUNA MAS/ 40 servicios de cuidado diurno. 01 reporte técnico por cada muestreo /20 servicios de asistencia alimentaria –PVL, a nivel de municipios provinciales y/o distritales |
| 3 Criterios de programación | ✓ El reporte técnico contiene los resultados de los ensayos de laboratorio. |
| programación | Para la determinación de los servicios de cuidado diurno se considerarán aquellos distritos con mayor número de niños menores de 5 años con DCI y anemia* y de ellos se seleccionará una muestra representativa. |
| | Para la determinación de los municipios provinciales y/o distritales, se considerarán aquellos distritos con mayor número de niños menores de 5 años con DCI y anemia*. |
| | En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, RED DE SALUD, DIRIS |
| | A nivel de GERESA, DIRESA, DIRIS ✓ 1 reporte técnico consolidado anual del control de calidad nutricional realizados a los servicios de cuidado diurno y asistencia alimentaria por la red, micro red de su ámbito. ✓ 1 informe de asistencia técnica que incluye la capacitación y seguimiento de la actividad; al 100% de las redes y/o micro redes de su ámbito |

| | Modelo operacional del producto | | |
|---|---|--|--|
| Denominación del Producto | SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) | | |
| | A nivel de Red de Salud /Establecimientos de Salud: ✓ 2 reportes técnicos por cada control de calidad nutricional de alimentos realizado al 100% de los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno (Programa Cuna Más), de los distritos con mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA. ○ El intervalo de un reporte técnico a otro, del control de calidad de alimentos a los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades. ✓ 1 reporte técnico por cada control de calidad nutricional realizado al 100% de Servicios de asistencia alimentaria que almacenan y/o distribuyen alimentos del Programa Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital. ✓ En el caso de atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria, 01 reporte técnico por cada Inspección durante la preparación de canastas de alimentos realizado al 100% de los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Mas. | | |
| 4Método de agregación de actividad a producto | Para la meta física el subproducto trazador es: (3325801) "Inspección a establecimientos que almacenan, preparan y/o distribuyen alimentos para programas sociales". | | |
| 5 Flujo de procesos | | | |

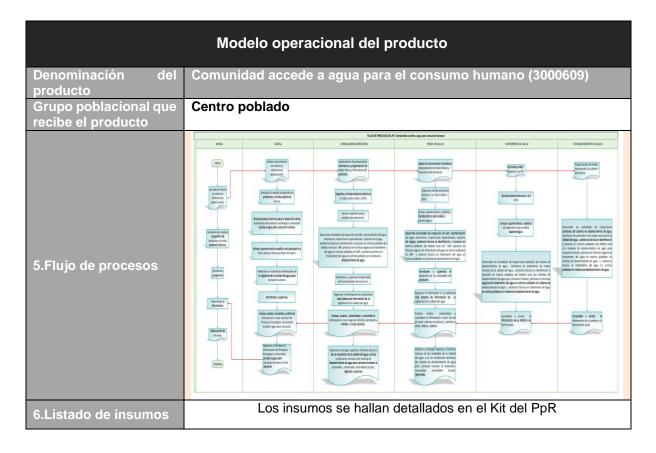
| Modelo operacional del producto | | | |
|--|--|--|--|
| Denominación del producto | Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609) | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Centro poblado | | |
| Responsable del diseño del producto | MINSA -DIGESA - DIRECCION DE CONTROL Y VIGILANCIA | | |

| | Modelo operacional del producto | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Denominación del producto | Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609) | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Centro poblado | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencia Regionales de Salud, Dirección de Redes Integradas de Salud, a través del personal de salud de los establecimientos de salud (Redes de Salud) | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN X GR X GL X | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Número de centros poblados vigilados con reportes de la calidad de agua y de las condiciones sanitarias de sus sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano. | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Porcentaje de hogares con acceso al abastecimiento de agua segura | | | | |
| | Indicador obtenido de la Encuesta Nacional de Hogares. Agua segura (cumple con los requisitos de calidad establecidos en el D.S.031-2010-SA Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano). | | | | |
| Modelo operacional del | | | | | |
| 1. Definición operacional | El servicio se entrega a la población del centro poblado del ámbito urbano y rural, a fin que consuma agua inocua, cumpliendo con los requisitos de calidad (microbiológicos, organolépticos, físicos y químicos) establecidos en el D.S.031-2010-SA Reglamento de la Calidad del Agua para Consumo Humano. Se desarrolla a través de las actividades de la: Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano Desinfección y/o tratamiento del agua para consumo humano. | | | | |
| | El servicio consiste en el desarrollo de Inspecciones sanitarias de los sistemas de abastecimientos de agua, monitoreo de parámetros de campo ámbito urbano, monitoreo de parámetros de campo ámbito rural, inspecciones especializadas de sistemas de abastecimientos de agua para consumo humano ámbito urbano, inspecciones especializadas de sistemas de abastecimientos de agua para consumo humano ámbito rural, análisis bacteriológicos, análisis parasitológicos, análisis fisicoquímico, análisis de metales pesados, análisis y reportes de riesgos sanitarios, asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, prácticas en técnicas seguras de tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua. | | | | |
| | El proceso analítico de las muestras de agua se desarrolla en los laboratorios de agua de las Redes de Salud y de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental (DESAS), Laboratorio de Control Ambiental de la DIGESA y Laboratorios Acreditados por el Instituto Nacional de Calidad- INACAL. | | | | |

| | Modelo operacional del producto |
|--|---|
| Denominación del producto | Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609) |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Centro poblado |
| | Las actividades son realizadas por personal profesional de salud (Ingeniero civil, sanitario, químico, biólogo, microbiólogo) y/o técnicos en saneamiento o inspectores sanitarios en las Redes de Salud, para identificar y evaluar los factores de riesgo que se presentan en los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, desde la fuente hasta el suministro en la vivienda con la finalidad de proteger la salud de los consumidores. El servicio se realiza en el centro poblado con y sin sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano. El proceso para la entrega del producto se organiza de la siguiente manera: Planificación, capacitación de equipos técnicos, organización para entrega del producto y visita al centro poblado. |
| 2. Organización para la entrega del producto | GOBIERNO NACIONAL: MINSA: Elabora y aprueba el marco normativo que estandariza la entrega del producto, aprueba las definiciones operacionales, administra el módulo de gestión de productos, monitorea los indicadores de resultados, de producción física y ejecución presupuestal, desarrolla supervisiones integradas y brinda asistencia técnica a las DIRIS, GERESAS, DIRESAS y Redes de Salud de nivel nacional. |
| | DIGESA: Formula los documentos normativos para el desarrollo de las actividades del producto, las definiciones operacionales, listado de insumos y actualiza el módulo de gestión de productos. Formula lineamientos para implementar acciones en situaciones de desastres para reforzar la vigilancia de la calidad del agua, que se suministra a la población afectada. Realiza el monitoreo de los indicadores del producto. Seguimiento, supervisión y asistencia técnica a las regiones para el cumplimiento de las metas físicas, financieras. Evalúa, analiza, consolida y pública la información a nivel nacional del Producto Estratégico Comunidad accede a agua para consumo humano. Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Control Ambiental de la DIGESA a las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) y Dirección de Redes Integrales de Salud (DIRIS), en la ejecución de las acciones de vigilancia, mediante el diagnóstico de la calidad sanitaria del agua, identificando y cuantificando los contaminantes químicos y biológicos, contribuyendo a la adecuada y oportuna toma de decisiones en casos de contingencia y alertas sanitarias. Administra el sistema de información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano del ámbito nacional. GOBIERNO REGIONAL: |
| | GERESA/DIRESA/DIRIS/DESA: A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental: Implementan las normas, coordinan y realizan la programación de metas físicas y financieras del producto, capacitan y brindan asistencia técnica al personal de las Redes de Salud y Establecimientos de Salud, monitorea y supervisa el desarrollo de las actividades y evalúan resultados. |

| | Modelo operacional del producto |
|---------------------------|--|
| Denominación del producto | Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609) |
| Grupo poblacional que | Centro poblado |
| recibe el producto | Desarrollan las actividades de inspecciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua, análisis bacteriológicos, parasitológicos, fisicoquímicos y de metales pesados de la fuente y del agua tratada, monitoreo mensual de la calidad del agua en el ámbito urbano y rural, inspecciones especializadas en el ámbito urbano y rural, reportes de riesgos sanitarios, asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, prácticas en técnicas seguras de tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua, en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua. Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Agua para la caracterización microbiológica y realizan los requerimientos para el servicio de atención de los análisis físicos químicos y de metales pesados de muestras de agua. Elaboran y entregan reportes e informes técnicos de los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano al proveedor, comunidad, autoridades locales y regionales. Evalúan, analiza y sistematizan la información a nivel regional referida al producto y remiten al nivel nacional. Registran la información de las actividades de la vigilancia y desinfección del agua en el Aplicativo web "Sistema de Información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" de la DIGESA. |
| | REDES DE SALUD/ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental: Realizan la programación de metas físicas y financieras del producto, brindan asistencia técnica al personal de los establecimientos de salud, monitorea y supervisa el desarrollo de las actividades y evalúan resultados. Proveen de insumos necesarios a los establecimientos de salud para el desarrollo de las actividades de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano y desinfección y/o tratamiento del agua. Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Agua para la caracterización microbiológica y realizan los requerimientos para el servicio de atención de los análisis físicos químicos y de metales pesados de muestras de agua. Desarrollan las actividades de inspecciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua, análisis bacteriológicos, parasitológicos, fisicoquímicos y de metales pesados de la fuente y del agua tratada, monitoreo mensual de la calidad del agua en el ámbito urbano y rural, reportes de riesgos sanitarios, inspecciones especializadas, asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, prácticas en técnicas seguras de tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua, el laboran y entregan reportes e informes técnicos de los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de |

| | Modelo operacional del producto |
|---|--|
| Denominación del producto | Comunidad accede a agua para el consumo humano (3000609) |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Centro poblado |
| | abastecimiento de agua para consumo humano al proveedor, comunidad, autoridades locales y regionales. Evalúan, analiza y sistematizan la información a nivel de unidad ejecutora referida al producto y remiten la información al nivel regional. Registran la información de las actividades de la vigilancia y desinfección del agua en el Aplicativo web "Sistema de Información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" de la DIGESA. |
| | Establecimiento de salud Programan metas físicas de acuerdo a la cartera de servicio. Desarrollan las actividades de inspecciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua, monitoreo de parámetros de campo mensual de la calidad del agua, asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano, prácticas en técnicas seguras de tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua. Consolidan la información de su ámbito referida al producto. |
| | Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano El subproducto trazador es la suma del monitoreo de parámetros de campo ámbito urbano más monitoreo de parámetros de campo ámbito rural. |
| 3.Criterios de programación | <u>Criterio de programación</u> : En el 100 % de centros poblados del ámbito urbano (incluir periurbanos) y rural que cuenten con sistemas de abastecimiento de agua. |
| | <u>La fuente de información</u>: Para desarrollar las acciones antes señaladas, se debe contar con: Registro de Centros poblados del Aplicativo informático Web "Sistema de información de la Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano". |
| 4. Método de agregación de actividades a producto | La suma de los centros poblados con monitoreo de parámetros de campo zona urbana más suma de centros poblados con monitoreo de parámetros de campo zona rural. |

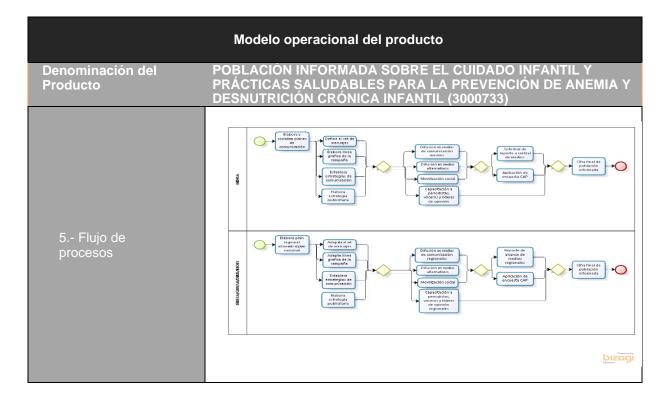


| | Modelo o | peracional | del produ | ıcto | | |
|--|---|---------------|------------|----------|------------|---------------|
| Denominación del Producto | POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733) | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Población d de 05 años | e 18 a 70 ar̂ | ios que se | encuentr | a al cuida | do de menores |
| Responsable del diseño del producto | Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | GERESA / [| DIRESA/ DIF | RIS | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo | GN | х | GR | х | GL | |
| (Marque con un aspa) | | | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Número de personas que reciben información sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de la anemia y la reducción de la desnutrición crónica infantil. | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Proporción de personas que se han informado sobre temas del cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de la anemia y la reducción de la desnutrición crónica infantil. | | | | | |
| Modelo operacional del pi | roducto | | | | | |

| | Modelo operacional del producto |
|------------------------------|---|
| Denominación del Producto | POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733) |
| | Intervenciones comunicacionales destinadas a informar, sensibilizar y orientar a la población objetivo sobre la atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. |
| | La población objetivo son las personas de 18 a 70 años que se encuentran al cuidado de menores de 05 años. |
| | Se desarrolla a través de: |
| | La Actividad de Intervenciones de Comunicación para el Cuidado Infantil y Prevención de Anemia y Desnutrición Crónica Infantil 5005326. |
| | Este producto incluye la difusión a través de: |
| | Producción de spots radiales y televisivos. |
| | Medios de comunicación masiva escrita, radial, televisiva. |
| 1. Definición | Medios alternativos: animación socio cultural, movilización social, sesiones demostrativas, BTL, redes sociales, web 2.0, entre otras. |
| operacional | Periodistas, líderes de opinión y voceros capacitados que brindarán información sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica Infantil. |
| | Las intervenciones comunicacionales las realizan los profesionales a cargo de las Oficinas de Comunicaciones de las DIRESA/GERESA/DIRIS y Redes de Salud, según corresponda, en coordinación con los responsables de los productos del programa presupuestal del nivel nacional y regional. Igualmente, cuenta con la participación del personal de salud en la implementación de las acciones, principalmente de movilización social. |
| | Esta información deberá ser adaptada al contexto regional y local por las oficinas de Comunicaciones de las DIRIS, DIRESA, GERESA y Redes de Salud de acuerdo a las zonas priorizadas por enfermedad prevalente, perfil de la población, adecuación cultural y comprenderá la siguiente temática: atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. |

| | Modelo operacional del producto |
|--|---|
| Denominación del Producto | POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733) |
| | Nivel Nacional |
| | MINISTERIO DE SALUD-Oficina de Comunicaciones: |
| | Elabora y socializa los planes de comunicaciones, planes de trabajo y documentos técnicos relacionados a la estrategia de comunicación para la atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. |
| | Planifica, programa y organiza actividades para el logro de las metas del producto Población informada sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil. |
| | Define los criterios de programación anual y población objetivo |
| 2. Organización para la entrega del producto | Formula las definiciones operacionales y estructura de costo (listado de insumos) respecto a las acciones para informar a la población sobre la atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. |
| | Actualiza el módulo de Sistema de Gestión de productos (Listado de Bienes y Servicios). |
| | Brinda asistencia técnica a nivel regional |
| | Participa en conjunto con las áreas correspondientes para la evaluación anual y semestral. |
| | Nivel Regional |
| | DIRIS/DIRESA/GERESA/Redes de Salud |
| | Adecúa e implementa los planes y contenidos para ejecutar la estrategia de comunicaciones de las campañas de atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. |
| | Capacita a comunicadores institucionales, periodistas, voceros y líderes de opinión Coordina programación y formulación de metas físicas y financieras del |

| | Modelo operacional del producto |
|---|---|
| Denominación del Producto | POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733) |
| | producto |
| | Realiza la programación, adquisición y distribución de los bienes y servicios |
| | Programa el presupuesto, cuadro de necesidades por zona priorizada. |
| | Realiza la programación, adquisición y distribución de los bienes y servicios comunicacionales. |
| | Participa en conjunto con las áreas correspondientes para la evaluación anual y semestral. |
| | 20% de la población de 18 a 70 años, que accede a medios de comunicación masivos (radio, televisión y prensa escrita) y recibe la información sobre atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. |
| 3 Criterios de programación | Fuente de información para el cálculo de la meta física. |
| | Población estimada (Censo de Población y vivienda INEI, Encuesta demográfica y de salud familiar). |
| | Estudios de rating (medios televisivos), audiencia (radios) y lectoría (prensa escrita) de los medios de comunicación donde se difunden los mensajes de prevención contra las enfermedades no trasmisibles |
| | La meta física del producto se obtiene del sub producto Población informada por medios de comunicación masiva (0073301) |
| 4Método de agregación de actividad a producto | Información a la población sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y desnutrición crónica infantil. |
| | Estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). |
| | Información estadística de beneficiados y/o participantes en ferias informativas, movilizaciones sociales y actividades en espacios públicos masivos. |
| | Directorio de medios de comunicación nacional, regional y local |



| | Modelo o | peracional | del produ | ıcto | | | |
|--|---|-----------------------|-------------------|------------|--------------------|-----------------|---|
| Denominación del Producto | ATENCION INFECCIONE | | EDADES ATORIAS | | REICAS (3000876 | AGUDAS 6) | E |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Niñas y niño | s menores | de 5 años | | | | |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Etapa de Vida Niño | | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4), asimismo establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención (Categoría II-1 al III-E*). Según criterios establecidos. | | | | | | |
| Identifiant Ide | *III-E: Solo 6 | establecimie | ntos que b | orindan at | encion ma | terna infantil. | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | Х | GR | х | GL | | |
| Indicador de producción física de producto | Casos de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años tratados. Casos de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años tratados. | | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Proporción o respiratorias Proporción o diarreicas a | agudas. de menores | | • | | | |

| | Modelo operacional del producto |
|------------------------------|--|
| Denominación del Producto | ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3000876) |
| 1. Definición operacional | Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de enfermedad diarreica aguda sin signos de deshidratación e infecciones respiratorías agudas en menores de 5 años, atendida de manera ambulatoria. Se Desarrolla a través de las actividades establecidas: Atender a niños con Infecciones Respiratorias Agudas: 5000027 Atender a niños con Enfermedades Diarreicas Agudas: 5000030 Incluye: Dos consultas ambulatorias. Exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Determinación del estado nutricional por antropometría. Prescripción, administración y entrega de medicamentos e insumos según corresponda, de acuerdo a las Guías de Prácticas Clínicas vigentes. Consejería y orientación presencial y/o a través de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC – teleorientación), en los siguientes puntos: Signos de alarma, cuidados generales (alimentación durante la enfermedad, administración de líquidos, uso de los medicamentos y otros). Prevención y tratamiento de la deshidratación. Prevención del daño nutricional mediante la alimentación de la niña o el niño durante y después de la diarrea. Administración del Sulfato de Zinc para la reducción de la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuro. Entrega de material educativo de apoyo a la madre o cuidador. Registro y notificación. Monitoreo al tratamiento hasta finalizar los esquemas correspondientes. En la comunidad: Se realizará como mínimo 1 visita domiciliaria dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento. |

| Denominación del Producto ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3000876) Nivel Nacional: MINSA • Elabora, aprueba y difunde los documentos técnica normativos. • Brinda asistencia técnica. • Monitorea y evalúa. | | Modelo operacional del producto |
|---|-------------------------------------|---|
| Elabora, aprueba y difunde los documentos técnico normativos. Brinda asistencia técnica. | | |
| Producto: Resolución Ministerial N° 1041-2019/ MINSA aprueba GF para el Diagnóstico y Tratamiento de Neumonía en la niña el niño. Resolución Ministerial N° 755-2017/MINSA, que aprueba Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña el Niño, y deroga el numeral 3 del artículo 1 de la Resolució Ministerial N° 291-2006/MINSA, que modifica Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, que modifica Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA y aprueba nueva versión de la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico Tratamiento de la Diarrea Persistente en la Niña y el Niño. Resolución Ministerial N° 291-2006/ MINSA- Aprueba la GPC para la atención de las patologías más frecuentes Cuidados Esenciales en la niña y el niño (10). Nivel Regional: GERESA/DIRESA/DIRIS Implementa los documentos normativos. Realiza y Consolida la programación de las Unidada Ejecutoras/Redes. Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la informacia al nivel operativo. Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar la competencias del recurso humano para el desarrollo de actividad. Consolida y evalúa stock de medicamentos e insumos pa brindar tratamiento. Evaluación trimestral, semestral y anual. Unidades Ejecutoras/Redes de Salud. Programación de metas físicas según los criterio establecidos. Programación de presupuesto, cuadro de necesidades p puntos de atención, según corresponda. | 2. Organización para la entrega del | Nivel Nacional: MINSA Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. |

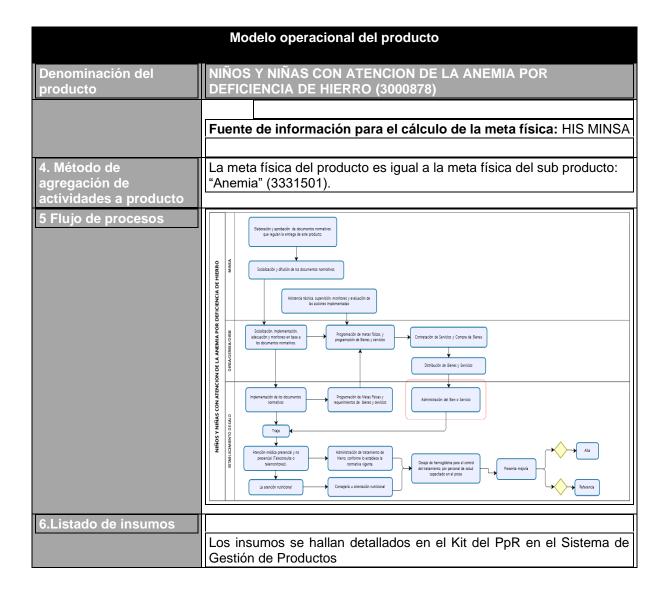
| | Modelo operacional del producto |
|------------------------------|--|
| Denominación del Producto | ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3000876) |
| | Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según corresponda. Organiza los servicios para brindar la atención. Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores. Establecimientos de Salud: Punto de atención Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural. Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención. |
| 3 Criterios de programación | Programar el promedio de casos de los últimos 3 años, de niños menores de 5 años con diagnóstico de EDA e IRA no complicada registrados con los diagnósticos: Infección respiratoria aguda no complicada: J00.X, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.8, J06.9, J20.9 Faringoamigdalitis aguda: J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9 Otitis media aguda (OMA): H65.0, H65.1, H66.0, H66.9 Sinusitis Aguda: J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.9 Neumonía no complicada y otros: J12.9, J15.9, J18.9 EDA no complicada: A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A04.0, A04.1, A04.9, A05.9, A06.2, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, A09.0, A09.9 EDA disentérica: A03.0, A03.9, A04.2, A04.3, A04.5, A06.0 EDA persistente: A09.X Laboratorios referenciales: Programar el promedio de los últimos 03 años, de niños con diagnósticos comprendidos en los sub productos, atendidos en el LR. INS: Programar el promedio de los últimos 03 años, de niños con diagnósticos comprendidos en los sub productos, atendidos en el INS Las metas de los laboratorios NO suman para la meta del subproducto, actividad y producto a nivel regional y nacional. Fuente de información para el cálculo de la meta física: HIS MINSA. Reporte anual de morbilidad de los últimos 3 años. NET-LAB: Reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según corresponda. |

| | Modelo operacional del producto |
|---|--|
| Denominación del Producto | ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3000876) |
| 4Método de agregación de actividad a producto | Sumatoria de las metas físicas de todos los Sub – Productos Fuente de información para el cálculo de la meta física: • HIS MINSA. Reporte anual de morbilidad de los últimos 3 años • NET-LAB: Reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según corresponda |
| 5 Flujo de procesos | TO STANDARDON TO PRODUCTION OF TRAINABLE PROJECT AND THE PROJE |

| Modelo operacional del producto | |
|--|--|
| Denominación del producto | NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (3000878) |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Niños menores de 36 meses para la atención de la anemia por deficiencia de hierro. |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Unidad Funcional de Alimentación y Nutrición Saludable. |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4) y establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada. |
| | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención (Categoría II-1 al III-E), según criterios establecidos. |
| | III-E: Solo establecimientos que brindan atención materna infantil. |

| Modelo operacional del producto | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Denominación del producto | NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (3000878) | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN X GR X GL | | | |
| Indicador de producción física de producto | Casos tratados de niños menores de 36 meses con anemia. | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses con prevalencia de anemia | | | |
| Modelo operacional del p | roducto | | | |
| 1. Definición operacional | Intervención orientada al tratamiento de los casos de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas menores de 36 meses, atendidos de manera ambulatoria. Es un conjunto de actividades desarrolladas por el personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño y niña. | | | |
| | Se desarrolla a través de la actividad de: Brindar Atención a niños con Diagnóstico de Anemia por | | | |
| | deficiencia de hierro: 50006270 | | | |
| | Incluye: | | | |
| | Administración de tratamiento de hierro, conforme lo establece la normativa vigente. | | | |
| | Dosaje de hemoglobina para el control del tratamiento, realizada por personal de salud capacitado | | | |
| | Atención médica presencial y no presencial (Teleconsulta o telemonitoreo). Consulta putricional a stanción putricional (Teleconsulta) | | | |
| | 4. Consulta nutricional o atención nutricional, (Teleconsulta)5. Consejería nutricional presencial y no presencial (Teleorientación | | | |
| | 6. Registro de la atención según corresponda (Historia Clínica, E-Qhali, Tarjeta de Atención Integral del niños y niñas, HIS, FUA). | | | |
| | 7. Entrega de material educativo y comunicacional escrito. | | | |
| 2. Organización para la entrega del producto | Nivel Nacional - MINSA: | | | |
| | Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. | | | |
| | Brinda asistencia técnica. | | | |
| | Monitorea y evalúa. | | | |
| | Consolida la programación a nivel nacional. Paglina el programación de descripción de bignes y distribución de bignes y | | | |
| | Realiza el proceso para la adquisición y distribución de bienes y servicios del producto | | | |

| | Modelo operacional del producto |
|---------------------------|--|
| Denominación del producto | NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (3000878) |
| | Monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel nacional y regional. |
| | |
| | Nivel Regional-GERESA/DIRESA//RED DE SALUD/DIRIS: |
| | Adecua, difunde e implementa el marco normativo. |
| | Brinda asistencia técnica. |
| | Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. |
| | Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido por el nivel nacional |
| | A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. |
| | A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. |
| | Gestiona y monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel regional y por establecimiento de salud. |
| | Establecimiento de Salud |
| | Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios |
| | establecidos por el nivel nacional. |
| | Realiza el requerimiento de los medicamentos e insumos, de manera periódica. |
| | Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. |
| | Realiza el correcto registro de las atenciones del niño en el HIS. |
| | Realiza el seguimiento de los niños con anemia. |
| | Realiza visita domiciliaria y consejería, a fin de garantizar la adherencia. |
| 3.Criterios de | Programan EESS del 1°, 2° y 3° nivel de atención |
| programación | EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada (II-1) |
| | Programar: |
| | * 100% de niños y niñas menores de 36 meses con anemia, estimados a partir de la Prevalencia de ANEMIA regional del año anterior |
| | Fuente de información para el cálculo de la meta física: Padrón Nominal |
| | al 31 de diciembre del año anterior. |
| | ENDES del año anterior |
| | EESS dol 2º pivol do atancián sin poblecián esignado (II 2 II 2) : |
| | EESS del 2° nivel de atención sin población asignada (II-2, II-3) y del 3° nivel. |
| | Programar: |
| | Promedio de los últimos 03 años de niños y niñas menores de |
| | 36 meses con diagnóstico definitivo de anemia |



| Definición operacional del producto | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Denominación del producto | FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Familias con niños(as) menores de 12 meses. | | | |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Promoción de la Salud. | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4) y establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada. | | | |
| | Gobiernos locales a través de los Municipios distritales y provinciales. | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que | GN X ³⁴ GR X GL X | | | |

³⁴ Incluye las acciones del MINSA como ente rector y acciones que son realizados por los establecimientos de salud de Lima metropolitana, administrado por DIRIS Órgano desconcentrado del MINSA.

| | Definición operacional del producto |
|--|---|
| Denominación del producto | FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) |
| entregan el producto completo ³³ | |
| Indicador de producción física de producto | Número de familias con niños (as) menores de 12 meses que reciben 06 consejerías integrales a través de visita domiciliaria. |
| | Número de familias con niños (as) menores de 06 a 08 meses que participan en 01 sesión demostrativa. |
| | Número de familias con niños (as) de 4 y 5 meses de edad que reciben 06 visitas domiciliarias de seguimiento a la adherencia realizadas por actor social. |
| Indicadores de desempeño del producto | Proporción de familias con niños (as) menores de 12 meses que reciben 06 consejerías integrales a través de visita domiciliaria. |
| | Proporción de familias con niños (as) menores de 06 a 08 meses que participan en 01 sesión demostrativa. |
| | Proporción de familias con niños (as) de 4 y 5 meses de edad que reciben 06 visitas domiciliarias de seguimiento a la adherencia realizadas por actor social. |
| Modelo operacional del p | roducto |
| 1. Definición operacional | Conjunto de acciones realizadas por el personal de salud, actor social y municipios, con el objetivo de mejorar las prácticas de cuidado, alimentación, protección y crianza del niño (a), que se entrega a las familias ³⁵ con niños (as) menores de 12 meses y se realizan en la vivienda u otros espacios de la comunidad adecuados para tal fin |
| | Incluye: |
| | Desarrollo de actividades educativo comunicacionales en familias con niños (as) menores de 12 meses, con el propósito de analizar la condición nutricional del niño (a), las prácticas de alimentación o el proceso se suplementación preventiva o terapéutica con hierro y ayudar a tomar decisiones a la familia sobre ella y favorecer la adopción de prácticas saludables para la alimentación, cuidado y crianza del niño (a) a través de: |
| | Consejería en domicilio/Teleorientación y sesiones demostrativas/Tele IEC realizadas por personal de salud. Visitas domiciliarias/llamadas telefónicas realizadas por actor |
| | social. |
| | Sesiones de grupos de apoyo/Tele IEC realizado por madres guía. El personal de salud que realizan las actividades requiere capacitación |
| | permanente, los actores sociales y madres guía que desarrollan las actividades requieren capacitación y acompañamiento de parte del personal de salud. |
| | La consejería se realiza en la vivienda o a través de Teleorientación, las sesiones demostrativas y las sesiones de grupos de apoyo pueden realizarse en las instalaciones de los establecimientos de salud u otros espacios de la comunidad adecuados para tal fin o a través de Tele IEC. |

³³ Para la entrega del producto al usuario final hay actividades y subproductos que se realiza en cada nivel de gobierno según su competencia.
35 Las familias están referidas a las madres, padres, o cualquier otro adulto responsable del cuidado del niño.

Definición operacional del producto FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) Denominación del Capacitación a actores sociales/Telecapacitación y fortalecimiento de competencias para promoción del cuidado infantil, la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses y para la realización de visitas domiciliarias/Teleorientación, lo realiza el personal de salud capacitado, se realiza en espacios habilitados para tal fin o utilizando Tecnologías de la información y la comunicación-TIC's; el personal de salud que realizan las actividades requiere capacitación permanente. Desarrollo de acciones de gestión/Telegestión, realizado por los municipios provinciales y distritales orientados a generar condiciones para la promoción del cuidado infantil y la adecuada alimentación del menor de 12 meses, realizado en el ámbito del municipio. 2. Organización para la **Nivel Nacional:** entrega del producto MINSA: A través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública-DGIESP Elabora, aprueba y difunde documentos normativos que regulan la entrega del producto, así como los materiales educativos y de capacitación. Brinda asistencia técnica y capacita. Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad a nivel nacional. Define los criterios para la formulación de metas físicas/financieras y evalúa la coherencia y consistencia de la programación a nivel regional. Consolida la programación a nivel nacional. Monitorea el avance de metas a nivel nacional y regional. Nivel Regional. DIRESA/GERESA/DIRIS y Unidades Ejecutoras, a través de la unidad orgánica correspondiente. Adecua, difunde e implementa los documentos normativos. Brinda asistencia técnica y capacita en el ámbito de su competencia. Coordina el proceso de programación, formulación metas físicas/financieras y evalúa la coherencia y consistencia de la programación a nivel de puntos de atención. Monitorea v supervisa la implementación v cumplimiento de normatividad en el nivel operativo. Programa, adquiere y distribuye los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto en cada punto de atención. Evalúa el cumplimiento de las metas físicas y financieras. Establecimientos de Salud Define las metas físicas y programa los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, con base en los criterios y normatividad definida por el nivel nacional.

Definición operacional del producto FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO Denominación del INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUAI ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) Homologa el padrón nominal. Entregan el producto al usuario, registra y genera información, utilizando los instrumentos definidos por el nivel nacional. Entregan el producto al usuario, utilizando Tecnologías de la información y la comunicación-TIC's. Participa en la Instancia de Articulación Local-IAL Brinda asistencia técnica a la Instancia de Articulación Local-IAL para el cumplimiento de las tareas programadas en el plan de trabajo integral. Capacita al actor social. Brinda la información al municipio distrital para la actualización y revisión de consistencia del padrón nominal y el listado de gestantes del ámbito de su jurisdicción. **Gobierno Local** Conduce el proceso para la instalación y funcionamiento de una Instancia de Articulación Local-IAL en el ámbito distrital. Selecciona y acredita a los actores sociales, del ámbito de su jurisdicción que realizarán visitas domiciliarias. Financia las visitas domiciliarias para el seguimiento de la suplementación preventiva y terapéutica realizada por los actores sociales/actores locales. Actualiza el padrón nominal de su ámbito. Facilita la convocatoria y promueve la participación de las familias en las diferentes acciones para promover prácticas saludables. Realiza el seguimiento de los indicadores priorizados en el menor de 01 año. Adicionalmente, realiza las siguientes acciones: Gestiona la formulación e implementación de políticas públicas o planes de intervención para la promoción del cuidado infantil y la adecuada alimentación del menor de 36 meses, con especial énfasis en el menor de 12 meses. Organiza conjuntamente con el establecimiento de salud del distrito ejecución de las sesiones demostrativas, gestionando principalmente la dotación de insumos (alimentos nutritivos de la localidad) y equipos (Kit) necesarios para desarrollar las sesiones demostrativas de preparación de alimentos. Implementación y funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal, de acuerdos a los criterios técnicos establecidos por el Ministerio de Salud. A través de la IAL, gestionan la realización de ferias integrales de salud y nutrición (Jornadas contra la anemia, Desparasitación masiva, promoción de la salud y alimentación adecuada). 3. Criterios de Programan solo establecimientos de salud con población asignada. programación 100% de familias con niños menores de 12 meses que viven en el ámbito del establecimiento de salud y que se encuentran bajo su responsabilidad³⁶

³⁶ Niños menores de 12 meses que se encuentran registrados en el padrón nominal y de acuerdo al registro se encuentran afiliados al SIS, no tienen ningún seguro de salud y no registran datos.

| | Definición operacional del producto | | | |
|---|---|--|--|--|
| Denominación del producto | FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) | | | |
| | Los municipios programan 100% de familias con niños menores de 12 meses que viven en el ámbito de su jurisdicción. Fuente de información: Padrón nominal, corte al 31 de diciembre del año anterior. | | | |
| 4. Método de agregación de actividades a producto | La meta física del producto es igual a la meta física de la actividad "Familias con niño/as menores de 36 meses desarrollan prácticas Saludables (5000014)" | | | |
| 5. Flujo de procesos | DIRESA/GERESA/DIRIS y Unidades Ejecutoras INICIO Adecua, difunde e implementa los documentos normativos Elabora, aprueba y difunde documentos normativos que regulan la entrega del producto, así como los materiales educativos y de capacitación. Brinda Asistencia Técnica Técnica Instancia de Articulación Local-IA, y dirige social Monitorea y supervisa la implementación y compilmento de la normatividad a nivel nacional Define los metas físicas y programa los bienes y senvicios necesarios para la entrega del producto, así como los materiales educativos y de capacitación. Monitorea y supervisa la implementación y compilmento de la normatividad a nivel nacional Define los metas físicas y programa dos bienes y supervisa la implementación y compilmento de la normatividad a nivel normal. Homologa el padrón norminal. Pricipa en la instancia de Articulación Local-IA, y dirige su funcionamiento los actores sociales financia las visitas domiciliarias por actor social en coordinación con el Personal de salud Homologa el padrón norminal. Programa, adquier y distribuye los bienes y servicion necesarios para la entrega del producto no creato punto de sierrola de salud Financia las visitas domiciliarias por actor social en coordinación con el Personal de salud Financia las visitas domiciliarias por actor social normanción de vio en el IAL FIN | | | |
| 6.Listado de insumos | Los insumos se hallan detallados en el Kit del PpR | | | |

| | | Mode | lo operacional | del producto | | |
|--|---|------------------------------------|--|------------------|--------------|------------|
| Denominación del | NIÑOS Y NIÑA | AS CON VACU | NA COMPLETA | A (3033254) | | |
| producto | | | | | | |
| Grupo poblacional | Niños comprer | ndidos desde el | nacimiento has | sta los 4 años 1 | 1 meses y | 29 días. |
| que recibe el producto | | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | | eral de Interver nmunizaciones. | nciones Estratéç | gicas en Salud | Publica a tr | avés de la |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales y Direcciones de Redes Integradas en Salud; a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4), establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada. | | | | | |
| | los establecim | | cciones de Rede I del segundo y stablecidos. | | | |
| Identifique los | | | | | | |
| niveles de Gobierno | GN | X | GR | X | GL | Х |
| que entregan el producto completo | | | | | | |
| (Marque con un | | | | | | |
| aspa) | | | | | | |

| | Modelo operacional del producto |
|-----------------------------------|--|
| Denominación del | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) |
| producto | |
| Indicador de producción física de | · · · · · / · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| producto | ledau. |
| Indicadores de | Porcentaje de menores de 36 meses con vacunas de acuerdo con su edad. |
| desempeño del | Porcentaje de menores de 35 meses con vacunas de acuerdo con su edad. Porcentaje de menores de 15 meses con vacunas de acuerdo a su edad. |
| producto | Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas de acuerdo a su edad. |
| | Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su |
| | edad. |
| | Proporción de menores de 24 meses con vacunas contra el neumococo para |
| | su edad. |
| | (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP). |
| Modelo operacional o | |
| 1. Definición operacional | Es aquel niño o niña que de acuerdo a su edad ha recibido las vacunas, según el Esquema Nacional de Vacunación Vigente, a través del proceso de inmunización: |
| Орегасіонаі | Recién nacido. Recién proceso de inimunización. |
| | Niños menores de 1 año. |
| | ➤ Niños de 1 año. |
| | Niños de 2 años. |
| | ➤ Niños de 3 años. |
| | ➢ Niños de 4 años. |
| | Niños portadores de virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o nacidos |
| | de madres portadoras de VIH. |
| | > Reacciones adversas. |
| | Se desarrolla a través de la actividad de: |
| | Aplicación de Vacunas Completas: 5000017 |
| | 7 Apriladoren da Vacanda Gempiotae. Georgia |
| | El producto es entregado directamente al grupo poblacional, niños menores de 5 años a través del proceso de inmunización que implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación del niño según esquema establecido. |
| | |
| | Incluye: |
| | Orientación a la madre sobre: importancia de las vacunas, cumplimiento del esquema de vacunación y del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña, las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna administrada, reacciones adversas y manejo del carné de vacunación. |
| | Teleorientación; Para el caso de la vacunación a menores de edad en los que la coordinación y gestión de la cita para vacunación se realizar con la madre, padre o tutor debe consignarse los datos den vacunado para el registro HIS. |
| | Enfermera llama a la madre y/o persona a vacunar para concretar cita para vacunación |
| | Teleconsulta: La madre y/o persona a vacunar llama a la enfermera para Teleconsulta: La madre y/o persona a vacunar llama a la enfermera para |
| | consultas relacionadas a inmunizaciones |
| | Teleinterconsulta síncrona: Personal de enfermería consulta con otro profesional de la salud, en casos de presencia de reacciones adversas y ESAVIS. |

| | Modelo operacional del producto | |
|----------|---|--|
| | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | |
| producto | | |
| | Teleinterconsultora: Profesional de la salud atiende interconsulta de profesional de enfermería | |
| | Telemonitoreo: Enfermera llama a la madre y/o persona vacunada para | |
| | seguimiento post vacunación | |
| | Preparación del ambiente, materiales e insumos que se requieren para la administración de la vacuna a los niños y niñas. | |
| | Administración de la vacuna según la edad y esquema de vacunación, aplicando los principios de vacunación segura. | |
| | Registro adecuado y oportuno: | |
| | → Historia Clínica: N° dosis, Marca, Lote, Fecha Vencimiento y Vía de administración. | |
| | → Carné: N° dosis, Fecha de administración y N° de Lote de la vacuna administrada. | |
| | Sistema de información en HIS/MINSA: según variables del aplicativo; registro y procesamiento correctos y oportunos | |
| | Cumplimiento estrictito de la NTS para el manejo de la cadena de frio en las Inmunizaciones (RM N° 497-2017/MINSA; NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP), para garantizar la calidad y eficacia de las vacunas y de la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, aprobado con RM N° 719-2016/MINSA/DGIESP; para garantizar el cumplimiento del esquema nacional de vacunación, con la finalidad de proteger a la población peruana de contraer enfermedades prevenibles por vacunas. | |
| | Eliminación, almacenamiento intermedio y monitoreo de los residuos sólidos de vacunación según norma vigente (RM N° 554-2012/MINSA, NTS N° 096-MINSA/DIGESA V.01.), para la gestión y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. | |
| | El producto es entregado en todos los establecimientos de salud de todas las categorías, (puede ser ejecutado en otro escenario siempre que se cuente con las condiciones físicas y de equipamiento mínimo necesarias). | |
| | Registro de reacciones adversas leves - moderadas y notificación a DIGEMID; y Registro de reacciones adversas graves y notificación a Epidemiologia. | |
| | Contar con el Kits de Emergencia para caso de anafilaxia. | |
| | Registro de enfermedades inmunoprevenibles | |
| | El producto es entregado por el personal profesional de enfermería, con capacitación permanente (no menos de 80 horas por año), para lo cual se debe garantizar la capacitación, permanencia del personal y disponibilidad presupuestal para contar con el recurso humano y gastos operativos. La capacitación es responsabilidad del equipo de Gestión Regional, Redes de Salud y/o Unidades Ejecutoras. La Socialización será responsabilidad de los Establecimientos de Salud: | |
| | Contenidos Temáticos: | |
| | Definiciones operacionales. | |
| | Criterios de Programación y kit de insumos | |
| | Clasificación de las vacunas. | |
| | Esquema de vacunación. | |
| | Administración de vacunación Segura. | |
| | Manejo de Cadena de frío. | |

| | Modelo operacional del producto |
|------------------|--|
| Denominación del | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) |
| producto | |
| | Manejo tratamiento y Seguimiento de los Eventos Severos Atribuibles. (ESAVIS), según complejidad o severidad de los casos. |
| | Manejo de Residuos sólidos. |
| | Manejo de situaciones de crisis en vacunación. |
| | Registro, análisis de información y evaluación de indicadores. |
| | Gestión de la Estrategia por niveles. |
| | |
| | Lugar de entrega del producto |
| | El producto es entregado en todos los Establecimientos de Salud Públicos y Privados, según su categoría, puede ser ejecutado en otro escenario siempre que se cuente con las condiciones físicas y de equipamiento mínimo necesarios (comunidad, Instituciones Educativas, cunas, Cuna Mas, albergues) a través de: visitas de seguimiento, barridos, bloqueos, campañas de intervención e intensificación para actividades complementarias. |
| | Para la entrega del producto se debe considerar lo siguiente: |
| | Asegurar la Cadena de Frio operativa y suficiente: |
| | Inventario actualizado de los equipos y elementos de la cadena de frío por |
| | nivellar de actualizado de los equipos y elementos de la cadena de mo por niveles de atención. |
| | Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de cadena de Frío que garantice la conservación adecuada de las vacunas. |
| | Adecuación, Preparación, Control y Registro de la temperatura de los equipos de cadena de frío y termo porta vacuna. |
| | Uso, lectura y reporte obligatorio del Data Logger. |
| | Equipos y accesorios de cadena de frio operativos y suficientes |
| | |
| | Garantizar el Sistema de información y registros adecuados: |
| | Contar con equipos de cómputo, con capacidad suficiente para el ingreso de información en línea de los vacunados. |
| | Internet con banda que garantice la agilidad del aplicativo, en los puntos de vacunación. |
| | Registro adecuado y oportuno de la data de los vacunados en los formatos correspondientes o aplicativos implementados. |
| | Control de calidad de la información desde el punto de atención. |
| | Análisis de Indicadores para la toma de decisiones en el nivel operativo. |
| | Padrón nominal actualizado |
| | Registro de certificado de nacidos vivos |
| | Código Único de identificación (CUI) |
| | · · · |
| | Garantizar la oportunidad y calidad en la notificación e investigación de las enfermedades inmunoprevenibles y ESAVI. |
| | Notificación e investigación oportuna y completa de casos y brotes |
| | Contar con servicio para traslado inmediato de muestras de laboratorio de |
| | enfermedades inmunoprevenibles en proceso de eliminación |
| | |
| | Intervenciones en la Comunidad con participación del personal de salud y actores sociales, para la vacunación extramural a fin de completar esquemas de vacunación, a través de: |

vacunación, a través de:

| | Modelo operacional del producto | | |
|---------------------|---|--|--|
| | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | | |
| producto | | | |
| | Sectorización de la jurisdicción del establecimiento de salud para el seguimiento correspondiente. | | |
| | Trabajo Coordinado con promotoras de salud o agentes comunitarios u otro | | |
| | actor social de la comunidad. | | |
| | Actualización mensual del padrón nominal. | | |
| | Reporte nominal para acciones de seguimiento extramural. | | |
| | Micro planificación local. | | |
| | | | |
| | Intervenciones en otros espacios de población cautiva (Instituciones educativas, cunas, wawa wasi y albergues): Con participación del personal de salud de acuerdo a la micro planificación y registro de seguimiento para acciones de seguimiento o campañas complementarias | | |
| | | | |
| | El tiempo promedio utilizado para la administración de las vacunas es de 20 minutos. | | |
| 2. Organización | Nivel Nacional: | | |
| para la entrega del | Ministerio de Salud - Dirección de Inmunizaciones: | | |
| producto | Elaboración y Aprobación de documentos normativos: Esquema Nacional de | | |
| | vacunación y Cadena de frio. | | |
| | Elaboración de guías e instrumentos de monitoreo y supervisión. | | |
| | Definición de criterios de programación anual. | | |
| | Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). | | |
| | Estimación de la necesidad anual de vacunas. | | |
| | Coordinación con CENARES para la adquisición nacional de vacunas y jeringas según Meta programada anual. | | |
| | Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional y evalúa los avances de las coberturas. | | |
| | Evalúa los avances de los indicadores. | | |
| | Monitoreo del cumplimiento de la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP de la cadena de frio y de la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, del Esquema Nacional de Vacunación. | | |
| | Articulación permanente con los comités consultivos, de expertos y multisectorial | | |
| | CENARES: | | |
| | Determina la demanda anual de presupuesto para la adquisición de vacunas y jeringas. | | |
| | Consolida la programación anual de vacunas y jeringas, proveniente de las regiones y de las DIRIS de acuerdo a los criterios de programación establecido por la DMUNI. | | |
| | Comunicación a OPS de la Necesidad Anual de Vacunas y de la confirmación semestral de requerimiento de vacunas a ser adquiridas. | | |
| | Tramita Registro Sanitario o Certificado de RS de la Vacuna. | | |
| | Solicita a la OGA la nacionalización y desaduanaje de la vacuna. | | |
| | Ingreso de las vacunas al Almacén de CENARES (Acta de Apertura y Ficha de Evaluación y Nota de Entrada al Almacén (NEA). | | |
| | Distribución oportuna de vacunas y jeringas según normativa de cadena de frío en forma trimestral a la DIRIS/GERESA /DIRESA/DISA, previa coordinación con DMUNI y DIGEMID. | | |

| | Modelo operacional del producto | | |
|----------|---|--|--|
| | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | | |
| producto | | | |
| | DIGEMID: | | |
| | Otorga Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario de las vacunas, | | |
| | y jeringas. | | |
| | Efectúa verificación y/o pesquisa de las vacunas (Elabora acta de Verificación y/o Pesquisa) y autoriza su uso a nivel nacional, información que debe remitir oportunamente a la Dirección de Inmunizaciones. | | |
| | Remite al INS lotes pesquisados para control de calidad. | | |
| | Comunica a CENARES resultados de control de calidad. | | |
| | Consolida y evalúa los stocks de vacuna a través del ICI. | | |
| | Monitoreo consumo de insumos versus información de vacunados | | |
| | Consolida y comunica la vigilancia de los ESAVIS leves y moderados | | |
| | | | |
| | OGTI | | |
| | Envía la Población de Padrón Nominal por edades, distrito para la programación de metas y de vacunas e insumos, informando la fecha de corte. | | |
| | Soporte técnico para el registro de información de los vacunados en los aplicativos webs del HIS/MINSA (Modulo de inmunizaciones y SIHCE). | | |
| | Consolidado de la información por Regiones y distritos y mantiene actualizada la información de los vacunados. | | |
| | Mantiene actualizada la información de los vacunados en forma nominal | | |
| | Realiza control de calidad de la información emitidas por DIRIS/GERESA/DIRESA/ DISA. | | |
| | Retroalimentación de la información a la DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA. Dirección de inmunizaciones. | | |
| | Remitir mensualmente según necesidad de tablas e indicadores a la Dirección de Inmunizaciones. | | |
| | Asistencia técnica permanente a sus pares regionales para garantizar la información completa y oportuna en forma mensual | | |
| | | | |
| | VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES. | | |
| | Remitir a la Dirección Nacional de Inmunizaciones el Boletín Epidemiológico Semanal de la situación actualizada de enfermedades Inmunoprevenibles. | | |
| | Reporte inmediato de la Notificación de las Enfermedades Inmunoprevenibles y ESAVIs Graves. | | |
| | Socializar a la DMUNI el informe de investigación | | |
| | Nivel Regional: | | |
| | GERESA/DIRESA/DIRIS | | |
| | Socializar, Implementar y verificar el cumplimiento de los documentos normativos al 100% de los establecimientos de su salud públicos y privados de su territorio. | | |
| | Revisar y Consolidar la programación de las necesidades de vacunas, jeringas, materiales e insumos para operativizar la vacunación. (micro planificación local) | | |
| | Oficializa a CENARES el requerimiento anual de vacunas y jeringas. | | |

| | Modelo operacional del producto |
|----------|--|
| | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) |
| producto | |
| | Recepción de vacunas y jeringas del nivel nacional y garantizar la cadena de frío (verificación física y documentaria). |
| | Notifica la Recepción de las vacunas y lectura del data logger. |
| | Monitorear el movimiento del stock de vacunas y jeringas utilizando el ICI y el informe analítico en forma mensual. |
| | Distribuye las vacunas, materiales e insumos de acuerdo a la programación de metas físicas a los puntos de vacunación. |
| | Notifica y envía a la DMUNI el reporte de la lectura del data logger de los establecimientos de salud de las regiones del país. |
| | Monitorea y evalúa la calidad y oportunidad de la información al nivel operativo. |
| | Elabora y Ejecuta el Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos y complementos de cadena de frío. |
| | Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. |
| | Realiza actividades de monitoreo y evaluación trimestral, semestral y anual de los indicadores y de la calidad y oportunidad de la información al nivel operativo. |
| | Analizan información mensual por establecimiento de salud y propone acciones de mejora en base a los resultados que incluya MRC |
| | Realizan la VEA de Inmunoprevenibles y ESAVIS. |
| | Monitoriza la actualización del padrón nominal, CUI y SIGA patrimonial |
| | Monitoriza la ejecución presupuestal. |
| | |
| | UNIDADES EJECUTORAS: |
| | Programación de metas físicas según los criterios establecidos. |
| | Programación, ejecución del presupuesto y cuadro de necesidades por puntos de atención, que incluye los materiales, insumos; equipos y recursos humanos capacitados (Lic. Enfermería, técnicos de enfermería, técnicos en digitación, técnicos en refrigeración, técnicos en mantenimiento y técnicos electricistas) para garantizar operatividad de equipos y operatividad de las acciones de vacunación. |
| | Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA SIAF. |
| | Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad intra y extramural. |
| | Realiza control de calidad y consolida información de los establecimientos de salud. |
| | Organiza los establecimientos de salud a través de redes y micro redes para garantizar la continuidad de la vacunación. |
| | Realiza supervisión, monitoreo y seguimiento del avance de meta física y presupuestal. |
| | Monitorea la actualización del padrón nominal y del inventario de cadena de frio a través del Siga patrimonio. |
| | Elabora su plan de reposición de equipos de cadena de frio, de acuerdo a la actualización del siga patrimonio |
| | Análisis de indicadores e implementa acciones de mejora en base a los resultados que incluya MRC |
| | ESTABLECIMIENTOS DE SALUD |
| | Programación de metas físicas según padrón nominal actualizado. |
| | 1 Togramación de metas nsicas segun padron nominal actualizado. |

| | Modelo operacional del producto | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Denominación del | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | | | | | |
| producto | | | | | | |
| | Prever la ubicación estratégica del consultorio de vacunación y cadena de frío. | | | | | |
| | Verifica y registra la temperatura de los equipos de cadena de frío en forma diaria, al ingreso y salida del personal. | | | | | |
| | Adecuación de los paquetes fríos y preparación del termo porta vacunas, de acuerdo a la Norma técnica de cadena de frío (RM N° 497-2017/MINSA; NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP). | | | | | |
| | Preparación del consultorio de vacunación, para la atención del niño teniendo en cuenta las Normas de bioseguridad, los materiales y registros durante el servicio (libro seguimiento, HIS, FUA, carne de vacunación, historia clínica, etc.). | | | | | |
| | Implementación de estrategias locales, para asegurar cumplimiento de metas físicas teniendo en cuenta la micro planificación local. | | | | | |
| | Realiza seguimiento de los menores de 5 años que no cumplen con esquema de vacunación, por lo cual solicita a la unidad ejecutora garantizara gastos operativos. | | | | | |
| | Monitoreo permanente del movimiento de biológicos (Verificación y registro de Stock de vacunas y jeringas, consumo, y factor perdida). | | | | | |
| | Verificación y registro de Stock de vacunas y jeringas. | | | | | |
| | Revisión mensual del padrón nominal y registro de los niños que no asistieron al consultorio de vacunación, para programar y organizar según sectores el seguimiento extramural | | | | | |
| | Coordina con los responsables de los programas sociales Juntos, Cuna más y agentes comunitarios para que participen activamente en la captación y seguimiento de los niños. | | | | | |
| | Coordinación con los Directores de Instituciones Educativas Iniciales, PRONOEIS y otros para solicitar en la matrícula escolar, la copia del carnet de vacunación de los niños y establecer cronogramas de intervención. | | | | | |
| | Reuniones de trabajo mensual para análisis de indicadores (acceso, seguimiento, cobertura y deserción) y tomar medidas o estrategia de vacunación. | | | | | |
| | Notificación inmediata de Inmunoprevenibles y ESAVIs al nivel inmediato superior | | | | | |
| 2 Ouitaniaa da | Unided de medide. | | | | | |
| 3. Criterios de programación | Unidad de medida: | | | | | |
| programacion | Niño Protegido | | | | | |
| | Criterio de programación: | | | | | |
| | Para los establecimientos de salud con población asignada, programar: | | | | | |
| | 100% de niño menor de 1 año, 100% niño de 1 año, 100% de niño de 4 años, | | | | | |
| | 100% niños de 2 años, 12% niños de 3 años. | | | | | |
| | Fuente: Padrón nominal actualizado. ³⁷ | | | | | |
| | T defice. I defort frommer detections. | | | | | |
| | Notas: En las regiones que presentan una diferencia más de 10% entre los niños menores de un año y un año considerar la población de niños 1 año. | | | | | |
| | Ejemplo: | | | | | |
| | Menor de 1 año 15,785 | | | | | |

 $^{^{37}}$ Para la programación de la meta física se considera el padrón nominal al 31 de diciembre del año anterior.

| | Modelo operacional del producto | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Denominación del producto | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | | | | | |
| | Un año 21,136 | | | | | |
| | Se considera 21,136 (como niños menores de 1 año y la misma cantidad para el niño de 1 año) | | | | | |
| | Para establecimientos de 2° y 3° nivel, considerar los niños que completaron su esquema de vacunación según edad, el año anterior. | | | | | |
| 4. Método de agregación de actividades a producto | Es igual a la sumatoria de las metas físicas de los Sub productos: "Vacunación niño < 1 año + Vacunación niño 1 año + Vacunación niño 4 años + Vacunación niño 2 años + Vacunación niño 3 años" | | | | | |
| 5. Flujo de procesos | PRODUCTO: NIÑOS CON VACUNAS COMPLETAS | | | | | |
| | Titlibers Aprecia Figures Administry Integrals and Agency Management Finding Consisted Statistics Calculated and Programs, Administry Finding Consisted Statistics Calculated and Programs, Administry Finding Consisted Statistics, Strong, Strong Consisted Statistics, Calculated Statistics, Calcu | | | | | |
| 6.Listado de | Los insumos se hallan detallados en el Kit del PpR (Sistema de Gestión de | | | | | |
| insumos | Productos) | | | | | |

| | Modelo operacional del producto | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| Denominación del producto | NIÑOS Y NIÑAS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255) | | | | | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Niños menores de 36 meses del ámbito nacional (según criterio de programación). | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Etapa de Vida Niño | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4) y establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada. | | | | | |
| | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención (Categoría II-1 al III-E). Según criterios establecidos. | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN X GR X GL | | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Número de niñas y niños menores de 36 meses con controles de CRED completos para su edad. | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | Proporción de menores de 36 meses con controles de Crecimiento y desarrollo (CRED) completos para su edad ³⁸ | | | | | |
| Modelo operacion | al del producto | | | | | |
| 1.Definición operacional | Niños con CRED completo según edad; es aquel niño/niña que de acuerdo a su edad tiene controles de crecimiento y desarrollo completos: | | | | | |
| | Recien nacido de 0 a 29 días con 4 controles | | | | | |
| | Niños de 01 a 11 meses con un (01) control por mes. Niños de 12 a 23 meses con un (01) control cada 2 meses. | | | | | |
| | Niños de 12 a 23 meses con un (01) control cada 2 meses. Niños de 24 a 35 meses con un (01) control cada 3 meses. | | | | | |
| | El producto se desarrolla a través de 2 actividades: | | | | | |
| | Atención a Niños con Crecimiento y Desarrollo - CRED completo para su Edad: 5000018 | | | | | |

 $^{^{38}}$ Actualmente se mide con la norma anterior, se debe considerar los controles según la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP.

El Control de Crecimiento y desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por un profesional de enfermería o medicina, según la normatividad vigente.

Incluye:

- Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño.
- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación de la función visual y auditiva
- Evaluación de enfermedades prevalentes u otras alteraciones físicas.
- Dosaje de hemoglobina
- Descarte de parasitosis
- Tamizaje de salud mental como: violencia familiar, maltrato infantil, entre otros.
- Evaluación del crecimiento y estado nutricional; identificación, seguimiento y derivación de problemas del crecimiento y nutricionales, según corresponda.
- Evaluación del desarrollo tamizaje, seguimiento y derivación de los problemas de desarrollo, según corresponda.
- Verificación y seguimiento de la suplementación y otros micronutrientes de acuerdo a esquema vigente.
- Profilaxis antiparasitaria, de acuerdo a esquema vigente.
- Consejería de acuerdo a los hallazgos:
 - Identificación y análisis conjunto (madre, padre o cuidador y prestador) de factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, (Kit de buen crecimiento) desarrollo, cuidado y crianza de la niña y el niño.
 - Identificación y elección conjunta (madre, padre o cuidador y prestador) de alternativas de solución, toma de acuerdos y compromisos para mejorar el cuidado integral del niño en el hogar (alimentación, crianza y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad, entre otros).
 - Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de acuerdos y compromisos.
- Entrega de material de información y educativo de apoyo a la madre, padre o cuidador del niño o niña.
- Registro según corresponda, en historia clínica, carne de atención integral de salud de la niña o niño, formato único de atención, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento, entre otros.
- Seguimiento al Plan de Atención Integral de la Niña y el Niño.
- Visita domiciliaria para realizar el seguimiento39 integral del niño.
- Sesiones de Atención Temprana del Desarrollo.

La modalidad de entrega es a través de oferta fija y móvil, en establecimientos de salud u otro espacio adecuado para tal efecto. El tiempo requerido por cada control es de 45 minutos aprox.

Para la consejería y seguimiento, adicionalmente a las modalidades antes mencionadas se puede hacer uso de la modalidad de telemedicina a través de los servicios de teleorientación y telemonitoreo.

El personal que entrega el producto requiere capacitación permanente (no menos de 90 horas por año).

2. Administrar suplemento de hierro y vitamina "A": 5000019

³⁹ El número de visitas para cálculo de insumos se programa en el sub producto Visita Domiciliaria de Seguimiento a la Suplementación, en el producto "Niños con Suplemento de Hierro y Vitamina A"

La administración de suplemento de hierro y vitamina A, es un conjunto de intervenciones realizada por médico, enfermera, nutricionista según normativa vigente e incluye:

- Entrega el suplemento de hierro y otros micronutrientes de acuerdo al esquema vigente, en niños menores de 36 meses, con el objetivo de mantener niveles adecuados de hierro y prevenir anemia, mejorando su inmunidad y favoreciendo su crecimiento.
- Administración de Vitamina "A" a niños menores de 5 años, según esquema vigente, con el objetivo de corregir y prevenir la deficiencia de vitamina "A" en un corto plazo, dentro de los distritos de mayor pobreza.
- Dosaje
- Visita integral actividades de seguimiento

Estos 2 últimos procesos implican un conjunto de actividades periódicas realizadas por el profesional de salud capacitado, con el objetivo de asegurar la reserva de hierro en el niño y evitar la anemia.

2. Organización para la entrega del producto

En el Nivel nacional: MINSA

- Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos.
- Brinda asistencia técnica.
- Realiza el proceso para la adquisición y distribución de bienes y servicios del producto.
- Monitorea y evalúa.

En el Nivel regional: DIRESA/GERESA/DIRIS/RED DE SALUD

- Adecua, difunde e implementa los documentos técnicos normativos.
- Brinda asistencia técnica.
- Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras.
- Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto.
- A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención.
- A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios necesarios a los puntos de atención de su ámbito y monitora su disponibilidad.
- Gestiona y monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel regional y por establecimiento de salud.

Establecimiento de salud:

- Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional.
- Realiza el requerimiento de los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, de manera periódica.
- Realiza el correcto registro de las atenciones del niño en el HIS.
- Administra el registro de seguimiento de los niños suplementados con hierro y vitamina "A".
- Realiza visita domiciliaria y sesiones de atención temprana del desarrollo.

Para los establecimientos de salud con población asignada, programar 100% de la población de Niño < 1 año, Niño de 1 año y Niño de 2 años, que se encuentra bajo programación responsabilidad (Niños afiliados al SIS más los niños sin ningún tipo de seguro del ámbito); excepcionalmente se incluirá a niños afiliados a EsSalud u otros seguros que no tengan acceso regular a su proveedor de servicios. Fuente: Padrón Nominal actualizado40 4. Método agregación actividades de Sumatoria de niños menores de 36 meses con controles CRED completo para su edad: Niños menores de 1año, más niños de 1 año, más niños de 2 años; de los producto establecimientos de salud con población asignada Fuente: Padrón Nominal 4. Flujo de procesos thesi to second p substitution numbers Montoni, signment 6.Listado de Los insumos se hallan detallados en el Kit del PpR insumos

| Modelo operacional del producto | | |
|--|--|--|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (3033315) | |
| Grupo poblacional que recibe el producto | Niños menores de 5 años | |

 $^{^{40}}$ Para la programación de la meta física se considera el padrón nominal al 31 de diciembre del año anterior.

| Modelo operacional del producto | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (3033315) | | | | |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Etapa de Vida Niño | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4), asimismo establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención (Categoría II-1 al III-E*). Según criterios establecidos. | | | | |
| | *III-E: Solo establecimientos que brindan atención materna infantil. | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN X GR X GL | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Casos de SOB/ASMA en menores de 5 años tratados | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | | | | | |
| Modelo operacional del | producto | | | | |
| 1. Definición operacional | Son las intervenciones orientadas al diagnóstico, tratamiento de los casos de SOB/ASMA en niños menores de 5 años, que realiza el profesional de salud especializado en los servicios de salud, | | | | |
| | Se Desarrolla a través de la actividad de: | | | | |
| | Brindar Atención a otras Enfermedades Prevalentes: 5000031 | | | | |
| | Incluye: | | | | |
| | Atención ambulatoria | | | | |
| | Atención por emergencia Atención por hospitalización/internamiento | | | | |
| | Aterición por nospitalización/internamiento | | | | |
| 2. Organización para la | Nivel Nacional - MINSA: | | | | |
| entrega del producto | Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. | | | | |
| | Brinda asistencia técnica. | | | | |
| | Monitorea y evalúa. | | | | |
| | | | | | |
| | Nivel Regional-GERESA/DIRESA/DISA/DIRIS/RED DE SALUD: | | | | |
| | Adoug a implementa al Marca Tácnica Narractiva | | | | |
| | Adecua e implementa el Marco Técnico Normativo Coordina el proceso de programación, formulación de metas | | | | |

| | Modelo operacional del producto |
|-----------------------------|---|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (3033315) |
| | Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido en los documentos normativos. |
| | Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad |
| | Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. |
| | Consolida y evalúa stock de medicamentos e insumos para brindar tratamiento. |
| | Evaluación trimestral, semestral y anual |
| | UNIDADES EJECUTORAS/REDES DE SALUD. |
| | Programación de metas físicas según los criterios establecidos. |
| | Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención, según corresponda. |
| | Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. |
| | Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según corresponda. |
| | Organiza los servicios para brindar la atención. |
| | Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. |
| | Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud. |
| | Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores. |
| | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |
| | Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. |
| | Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. |
| | Realiza el requerimiento de los medicamentos e insumos, de manera periódica. |
| | Administra el registro de seguimiento de los niños con anemia prioritariamente |
| | Realiza visita domiciliaria y consejería, a fin de garantizar la adherencia. |
| | |
| 3.Criterios de programación | Programar el promedio de los últimos 3 años, de casos de SOB/ASMA en niñas y niños menores de 5 años, registrados con códigos CIE 10: J21.0, J21.1, J21.8, J21.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J45.0, J45.1, J45.9, J46.X, atendidos en consultorio externo, emergencia y hospitalización / internamiento. |
| 4. Método de | La meta física del producto es igual a la meta física del sub producto |
| agregación de | SOB/ Asma (3331502). |
| actividades a producto | Sumatoria de casos de SOB/ASMA en niñas y niños menores de 5 años registradas con los códigos CIE 10 listados a continuación, con tipo de diagnóstico definitivo (D); atendidos en consultorio externo, emergencia y hospitalización/internamiento: |
| | J21.0 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio. |

| Modelo operacional del producto | | | |
|---------------------------------|--|--|--|
| Denominación del | ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | | |
| producto | (3033315) J21.1 Bronquiolitis aguda debida a metaneumovirus humano | | |
| | J21.8 Bronquiolitis aguda debida a otros microorganismos | | |
| | especificados | | |
| | J21.9 Bronquiolitis aguda, no especificada | | |
| | J44.0 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda de las vías respiratorias inferiores | | |
| | J44.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación aguda, no especificada | | |
| | J44.8 Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas especificadas | | |
| | J44.9 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada | | |
| | J45.0 Asma predominantemente alérgica | | |
| | J45.1 Asma no alérgica | | |
| | J45.9 Asma, no especificada | | |
| | J46.X Estado asmático (Asma aguda severa) | | |
| | Fuente: | | |
| | HIS MINSA: reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. | | |
| | Sistema de Información de Egresos y Emergencias. Reporte | | |
| | mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en | | |
| E. Elvio do masoco | curso | | |
| 5. Flujo de procesos | | | |
| | Producto Acciones Comunes | | |
| | ADMISIÓN TRIAJE CONSULTA LABORATORIO IMAGENES FARMACIA HOSPITALIZACIÓN | | |
| | W S S S S S S S S S S S S S S S S S S S | | |
| | WBO O O O O O O O O O O O O O O O O O O | | |
| | Consejeria sobre cuidados y alimentación durante la enfermedad SOB/ASMA | | |
| | | | |
| | | | |
| 6.Listado de insumos | Los insumos se hallan detallados en el Modulo de gestión de productos | | |
| | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | | |
| | <u> </u> | | |
| | | | |
| | | | |

| Modelo operacional del producto | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DE NIÑOS y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL (3033414) | | | | | |
| Grupo poblacional | Niños de 1 año a 4 años 11 meses 29 días. | | | | | |
| que recibe el producto | | | | | | |
| Responsable del diseño del producto | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral – Etapa de Vida Niño | | | | | |
| Responsable de la entrega del producto | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del primer nivel de atención (Categoría I-1 al I-4) y establecimientos de salud del segundo nivel de atención con población asignada. | | | | | |
| | Gobiernos Regionales a través de los establecimientos de Salud del segundo y tercer nivel de atención (Categoría II-1 al III-E). según criterios establecidos. | | | | | |
| | III-E: Solo establecimientos que brindan atención materna infantil. | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN X GR X GL | | | | | |
| Indicador de producción física de producto | Casos tratados de parasitosis intestinal en niños y niñas de 1 año a 4años ,11 meses,29 días. | | | | | |
| Indicadores de desempeño del producto | | | | | | |
| Modelo operacional d | del producto | | | | | |
| 1.Definición operacional | Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de parasito intestinal en niños y niñas de 1 año hasta los 4 años 11 meses y 29 d atendidos de manera ambulatoria. | | | | | |
| | Se Desarrolla a través de la actividad de: | | | | | |
| | Atender a Niños con Diagnostico de Parasitosis Intestinal: 5000035 | | | | | |
| | Indiana | | | | | |
| | Incluye: ✓ Dos consultas ambulatorias por episodio como mínimo. | | | | | |
| | ✓ Un examen seriado de Heces (tomar tres muestras y analizarlas por | | | | | |
| | método directo y por técnica de sedimentación espontanea en tubo) y Test de Graham de diagnóstico y 01 de control. <u>41</u> | | | | | |

<u>41</u> La programación de insumos para los exámenes de Test de Graham y examen seriado de heces, en niños de 1 y 2 años, se realizará en el producto de niño con CRED completo según la edad.

| Modelo operacional del producto | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|--|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DE NIÑOS y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL (3033414) | | | |
| | ✓ La confirmación del diagnóstico mediante los métodos de Concentración, Kato Katz, coloración y cultivo es realizada en los laboratorios de referencia regional capacitado por el INS. 42 ✓ Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. ✓ Orientación presencial y/o a través las TIC- telorientación, a la madre, padre o cuidador del niño y la niña, a través de entrega de material educativo de apoyo. ✓ Registro según corresponda; en historia clínica, carné de AIS de la niña y el niño, formato de atención del SIS, registro de seguimiento y citas, etc. | | | |
| | La actividad es realizada por el profesional médico, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta, además se requiere de personal profesional o técnico para la realización de los exámenes de laboratorio, quienes utilizan 30 minutos en promedio por muestra procesada. La atención se brinda en establecimientos de salud con la capacidad | | | |
| 2. Organización | resolutiva correspondiente, a través de la oferta fija o móvil. | | | |
| para la entrega del | Nivel Nacional - MINSA: | | | |
| producto | Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. Drinda a sistemaia técnica. | | | |
| | Brinda asistencia técnica. Maritaga y avalúa | | | |
| | Monitorea y evalúa. | | | |
| | Nivel Regional: DIRESA/GERESA/DIRIS/ Redes de Salud | | | |
| | Adecua, difunde e implementa los documentos técnicos normativos. | | | |
| | Brinda asistencia técnica. | | | |
| | Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. | | | |
| | Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto. | | | |
| | A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas | | | |
| | físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. | | | |
| | A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios necesarios a los puntos de atención de su ámbito y monitora su disponibilidad. | | | |
| | Establecimiento de salud: | | | |
| | Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. | | | |
| | Determina (programa) la Meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. | | | |

<u>42</u> La programación de insumos para los laboratorios referenciales e INS, se realizarán dentro del subproductos de Evaluación del diagnóstico especializado del producto de Acciones Comunes.

| | | | Modelo operacional del producto | | |
|--|---|--|--|--|--|
| Denominación del producto | ATENCIÓN DE NIÑOS y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL (3033414) | | | | |
| | | Realiza el requerimiento de los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, de manera periódica. | | | |
| | | | | | |
| 3. Criterios de programación | 11 n | nes | lio de los últimos 3 años de niñas y niños de 1 año hasta los 4 años es 29 días, con diagnóstico de parasitosis intestinal. | | |
| | (Códigos CIE 10: A06; A07.1; A07.0; B66.3; B66.4; B68.0; B68.1; B68.9; B70; B71; B76.0; B76.1; B76.9; B77.9; B78.0; B79; B80; B82.0; B82.9) que han recibido tratamiento. | | | | |
| | | | | | |
| 4.Método de agregación de actividades a producto | Es igual a la meta del subproducto parasitosis intestinal (3341401), Promedio de los últimos 3 años de los niños y niñas de 1 año hasta los 4 años 11 meses 29 días, con parasitosis intestinal. Fuente: | | | | |
| | HIS/MINSA: Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. | | | | |
| 5.Flujo de procesos | | MPSS | Elabora,aprivaba y difunde el marco normativo. Monitecires, supervisión y enalucion del proceso de implementación del marco normativo. | | |
| | 060 1 | DRESA/GERSSA/DR.S | Socialización, implementación y adequación del documento normativo de las estinidades a mine local. Programación y planificación de metas fisicas y presupuestarias. Adquisición y distribución de los bienes y servicios programados. | | |
| | £ | ESTABLEC MIENTOS DE SALUD | Implementación de documento normativo GPC de diagnostico y tramiento de Parasitosio TRIAJE Captación de niñas y rinhos de 1 a 3 años Consultorio de Criccimiento y Desarrollo Desarrollo Resultado Negativo Resultado Negativo | | |
| | | 159 | Resultado Postro Consulta medica Tratamiento | | |
| 6.Listado de | Loc | ina | umos co anguentran detallados en al Madulo de gostión de productos | | |
| insumos | _ | | umos se encuentran detallados en el Modulo de gestión de productos apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | | |

3.5 ACTIVIDADES, TAREAS E INSUMOS

Tabla Nº 11 Actividades de los Productos

| Denominación del Producto | Código | ACCIONES COMUNES (3000001) |
|---------------------------|---------|---|
| Actividad 1 | 5004424 | Vigilancia, Investigación y Tecnologías en Nutrición |
| Actividad 2 | 5004425 | Desarrollo de Normas y Guías Técnicas en Nutrición |
| Actividad 3 | 5004426 | Monitoreo, Supervisión, Evaluación y Control del Programa Articulado Nutricional |

| Denominación del Producto | Couldo | SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) |
|---------------------------|---------|---|
| Actividad 1 | 5004427 | Control de Calidad Nutricional de los Alimentos |

| Denominación del Producto | Oodigo | COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO (3000609) | | | | | | |
|---------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Actividad 1 | 5004428 | Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano | | | | | | |
| Actividad 2 | 5004429 | Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano | | | | | | |

| Denominación del Producto | 3333 | POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733) |
|---------------------------|---------|---|
| Actividad 1 | 5005326 | Intervenciones de Comunicación para el Cuidado Infantil y Prevención de Anemia y Desnutrición Crónica infantil |

| Denominación del Producto | Código | ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3000876) |
|---------------------------|---------|---|
| Actividad 1 | 5000027 | Atender a niños con Infecciones Respiratorias Agudas |
| Actividad 2 | 5000028 | Atender a niños con Enfermedades Diarreicas Agudas |

| Denominación del Producto | Código | ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES (3000877) | | | | | | |
|---------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| Actividad 1 | 5000029 | Atender a niños con diagnóstico de Infecciones Respiratorias Agudas con complicaciones. | | | | | | |
| Actividad 2 | 5000030 | Atender a niños con diagnóstico de Enfermedades Diarreicas Agudas complicada. | | | | | | |

| Denominación del Producto | Código | NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCIÓN DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (3000878) |
|---------------------------|---------|--|
| Actividad 1 | 5006270 | Brindar atención a niños con diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro. |

| Denominación del Producto | Código | FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Actividad 1 | 5000014 | Familias con niño/as menores de 36 meses Desarrollan Practicas Saludables | | | | | | | | |
| Actividad 2 | 5005982 | Capacitación a actores sociales que promueven el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Denominación del Producto | Código | NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | | | | | | | | |
| Actividad 1 | 5000017 | Aplicación de vacunas completas | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Denominación del Producto | Código | NIÑOS Y NIÑAS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255) | | | | | | | | |
| Actividad 1 | 5000018 | Atención a niños con Crecimiento y Desarrollo - CRED completo para su edad. | | | | | | | | |
| Actividad 2 | 5000019 | Administrar suplemento de hierro y vitamina A | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Denominación | Código | ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | | | | | | | | |
| del Producto | | (0033315) | | | | | | | | |
| del Producto Actividad 1 | 5000031 | (0033315) Brindar Atención a otras Enfermedades Prevalentes | | | | | | | | |
| | 5000031 | | | | | | | | | |
| | 5000031 Código | | | | | | | | | |

Tabla 12. Modelo Operacional de la Actividad

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | |
|---|---|---|----|---|----|--|--|--|
| DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD | VIGILANCIA, INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍAS EN NUTRICIÓN (5004424) | | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | Х | GR | Х | GL | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 060. Informe | | | | | | | |
| Modelo operacional de l | a actividad | | | | | | | |

1. Definición operacional

1. Actividad: Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición: 5004424

Esta actividad contiene los siguientes subproductos:

- 1.1 Vigilancia del estado nutricional del niño (3324401): Es un proceso continuo y sistemático que permite contar con información de indicadores del estado nutricional del niño (desnutrición crónica, desnutrición aguda, desnutrición global, sobre peso, obesidad y anemia) y la gestante (delgadez, sobre peso, obesidad y anemia), así como indicadores alimentarios y determinantes de riesgo asociadas los problemas nutricionales. Se realiza, a través del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) y de la Vigilancia Alimentaria y Nutricional a través de las encuestas poblacionales.
 - La actividad es desarrollada a nivel de: INS, GERESA/DIRESA//Red de Salud y Direcciones de Redes integradas de salud
- 1.2 Ejecución de investigaciones transversales (3324403): Investigaciones científicas basadas en el análisis de corte transversal. Son observacionales y descriptivos, que buscan medir el estado de nutrición y sus determinantes en grupos poblacionales en un momento determinado del tiempo.
 - La actividad es desarrollada a nivel del INS.
- 1.3 Ejecución de investigaciones prospectivas (3324404): Son investigaciones científicas que contribuyen a la caracterización de los problemas alimentarios nutricionales y evaluación de tecnológicas y de la efectividad de las intervenciones a partir del seguimiento al comportamiento de una serie de variables determinantes durante un periodo de tiempo.

La ejecución de las investigaciones prospectivas generalmente excede de un ejercicio presupuestal (más de un año).

Debe ser ejecutado o conducido por un equipo de profesionales con experiencia en investigación.

- La actividad es desarrollada a nivel del INS.
- 1.4 Ejecución de revisiones sistemáticas de evidencias (3324405): Proceso que comprende la búsqueda, clasificación, síntesis de resultados de investigaciones desarrolladas a nivel nacional e internacional con rigurosidad científica, las cuales aportan evidencia sobre la efectividad y seguridad de las intervenciones, así como la causalidad y factores asociados a los diversos problemas alimentario nutricionales.
 - La actividad es desarrollada a nivel del INS.
- 1.5 Desarrollo de tecnologías para mejorar las intervenciones en alimentación y nutrición (3324406): Consiste en el proceso a seguir para la producción de tecnologías, definidas como el conjunto de herramientas, conocimientos y procedimientos, dirigidos a mejorar la oferta de las intervenciones en alimentación y nutrición del Programa Articulado Nutricional.

| | Modelo operacional de la actividad |
|---------------------------------|---|
| DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD | VIGILANCIA, INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍAS EN NUTRICIÓN (5004424) |
| | Consta de tres etapas: Elaboración y diseño, validación y sistematización de la tecnología, cuya duración en general puede exceder un ejercicio presupuestal (más de un año). Es efectuado por un equipo de profesionales de la salud con experiencia en el desarrollo de tecnologías e intervenciones en salud, así como en la elaboración, validación y revisión de documentos técnicos. Se obtiene como producto un documento técnico que contiene el detalle de una tecnología validada, sistematizada, el mismo que es entregado a los establecimientos de salud. • La actividad es desarrollada a nivel del INS. 1.6 Transferencia de tecnologías (3324407): Proceso que consiste en transferir tecnologías oficializadas a personal de salud para su aplicación, con el objetivo de establecer en ellos un conjunto de capacidades que fortalezcan las intervenciones del Programa. |
| | Consta de dos etapas: la planificación y ejecución (fortalecimiento de capacidades, supervisión monitoreo y evaluación) de la transferencia de la tecnología, cuya ejecución puede exceder un ejercicio presupuestal. Debe ser efectuado por un equipo de profesionales especializado en intervenciones en salud, nutrición, con experiencia y competencias en el manejo de la tecnología a transferir. • La actividad es desarrollada a nivel del INS. 1.7 Implementación de tecnologías (3324408): Comprende la puesta en operación de la tecnología trasferida, para ser utilizada en los diferentes ámbitos de aplicación por los operadores, contribuyendo efectivamente a la mejora del componente alimentario nutricional en la población priorizada. La actividad es desarrollada a nivel de la DIRESA/DISA por el área o estrategia sanitaria correspondiente. |
| | Consta de tres etapas: fortalecimiento de capacidades, a nivel regional, control de calidad de la ejecución de la tecnología y evaluación de la tecnología implementada, la ejecución en promedio dura un ejercicio presupuestal (01 año) debe ser efectuada mediante la coordinación con la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable de la Región que han participado en el proceso de la transferencia de la tecnología y han sido identificados como referentes regionales (facilitadores). • La actividad es desarrollada a nivel del GERESA/DIRESA/DIRIS/Red de Salud, por el área o estrategia sanitaria correspondiente. |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| DENOMINACIÓN DE LA ACTIVIDAD | VIGILANCIA, INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍAS EN NUTRICIÓN (5004424) | | | | | | |
| 2. Organización para la ejecución de la actividad | Equipos de Gestión del Ministerio de Salud/INS-CENAN: Planificar, programar y organizar actividades, para el logro de las metas del PAN Participar conjuntamente con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, en el diseño e implementación de las herramientas relacionadas con la gestión económica financiera del Programa Presupuestal Definición de criterios de programación anual y población objetivo Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). Actualiza el módulo de Gestión de productos. Identificar y priorizar las investigaciones operativas que permitan el mejoramiento del Programa presupuestal. Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional. Evaluación trimestral, semestral y anual. | | | | | | |
| 3. Criterios de programación | DIRESA/GERESA/U.E/DIRIS/DISA/Redes de Salud Realizan la programación, adquisición y distribución de los insumos y materiales médicos. Realiza y Consolida la programación de las Unidades Ejecutoras Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención Socializa e Implementa los documentos normativos. Organiza los establecimientos de salud en Redes de Salud para garantizar la continuidad de la atención. Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. Evaluación trimestral, semestral y anual 06 informes (01 trimestral, 01 semestral y 01 anual). | | | | | | |
| 4. Flujo de procesos | Ver anexo | | | | | | |
| 5. Diagrama de Gantt | | | | | | | |
| 6. Listado de insumos | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | | | | | | |

| | Mode | lo operaciona | al de la activ | idad | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|-----------------------------|---|--------------|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | DESARROLI (5004425) | O DE NORM | AS Y GUÍAS | TÉCNICAS | EN NUTRICIÓ | N | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | Х | GR | Х | GL | | | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 080. Norma | | | | | | | | | |
| Modelo operacional de l | a actividad | | | | | | | | | |
| Definición operacional | documentos considerando | técnicos norm la pertinencia | ativos relacio cultural. | nados en la a | ión e impleme atención integr | al del Niño, | | | | |
| | En atención a la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba documento "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos Ministerio de Salud" | | | | | | | | | |
| | Esta actividad | d contiene los | siguientes su | ubproductos | | | | | | |
| | Consiste documen Niño, cor 2.2 Impleme Consiste técnicos | 2.1 Desarrollo de Documentos Técnicos Normativos (3324701) Consiste en el proceso a seguir para la formulación e implementación de documentos técnicos normativos relacionados en la atención integral del Niño, considerando la pertinencia cultural. 2.2 Implementación de Documentos Técnicos Normativos (3324702) Consiste en el proceso de implementación y aplicación de documentos técnicos normativos relacionados en la atención integral del Niño, considerando la pertinencia cultural. | | | | | | | | |
| | La implementación debe ser realizada por personal asistencial con experiencial en promoción, prevención y la atención de la niña y el niño (DTN), considerancia pertinencia cultural. | | | | | | | | | |
| Organización para la ejecución de la actividad | utilizando la: comprende e | s Tecnologías | s de la Info o, telecapacit | ormación y ación en el m | esencial y no Comunicación narco de la mo | (TIC) que | | | | |
| | Nivel nacion | al: | | | | | | | | |
| | MINSA | | | | | | | | | |
| | Elaboración del documento técnico normativo. Aprobación y publicación (es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA). | | | | | | | | | |
| | | ión, socializad | • | | | | | | | |
| | de los de | | cnicos norm | ativos relaci | es para la impl onados a la | | | | | |
| | Seguimier | nto, evaluació | | | ción de los d | documentos | | | | |
| | | ormativos. | | | | | | | | |
| | Impresión Nivel region | y distribución al: | | | | | | | | |
| | GERESA/DIF | RESA/DIRIS | | | | | | | | |
| | promociór | | | | ativos relacion niño (DTN), co | | | | | |
| | Implemen | tación de los d | locumentos r | normativos | | | | | | |

| | Modelo | opera | cional | de | a a | acti | vid | ad | | | | | | | | |
|---|--|------------------------|-----------|-------------|------|------|-------|------|-----------|-------|------|-------|-------|-------|------|--|
| Denominación de la actividad | DESARROLLO DE NORMAS Y GUÍAS TÉCNICAS EN NUTRICIÓN (5004425) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Socialización y Difusión regional por diferentes medios. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capacitación a personal de salud para la implementación de los documentos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | técnicos normativos. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Seguimiento técnicos nor | | | | | | | | | olica | ació | n (| de | los | do | cumentos |
| | Impresión y | distrib | ución. | | | | | | | | | | | | | |
| | Redes de Salu | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Implementa | ción | de l | os | do | cun | nen | tos | te | écni | cos | r | norr | nati | vos | (DTN). |
| | relacionado | s a la | promo | ción, | pr | eve | nci | ón y | / la | ate | ncio | ón c | de la | a nir | ña y | y el niño. |
| | Capacitació | | | | | | | | | | | | | de s | salu | ıd para la |
| | implementa | | | | | | | | | | | | | | | |
| Criterios de programación | Nivel Nacional Nivel Regional | | e docui | men | tos | noı | rma | tivo | s a | ser | ар | rob | ado | s ei | n el | periodo. |
| | • GERESA/I | DIRES | SA/DIR | IS: N | l° d | le d | ocu | ıme | nto | s no | rm | ativ | os a | apro | ba | dos por el |
| | nivel nacio | | | | | | | | | | | | | | | - |
| | cultural e i | mplen | nentado | os er | n el | ám | nbite | o re | gio | nal | en (| el p | res | ente | e ej | ercicio. |
| | Red de S | alud/L | JE: 01 | info | rme | e tr | ime | stra | al d | e la | aa | ctivi | idad | d re | aliz | ada para |
| | implement | ar el | docum | ento |) té | écni | ico | noı | ma | tivo | s (| DTI | N), | ade | ecu | ados con |
| | pertinencia | a cultu | ral (tall | eres | , ca | apa | cita | ciór | n er | se | rvic | io, | y ot | ra n | net | odología). |
| 4. Flujo de procesos | Ver anexo | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Diagrama de Gantt | TAREA | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | | | | | | | GRAMA | | | | | | |
| | Elaboraciónde proyecto de Documento normativo | | 1 | E | F | М | Α | М | J | J | Α | S | 0 | N | D | RESPONSABLE equipo tecnico de DGIESP |
| | Reuniones de trabajo con experto | Proyecto Actas | 2 | | | | | | | | | | | | | equipo tecnico de DGIESP |
| | Tramite administrativo para solicitar aprobación de DN | Proyecto de Norma | 1 | | | | | | | | | | | | | DGIESP/OGAJ/SG |
| | Aprobación de Documento Normativo | Norma Aprobada. | 1 | | | | | | | | | | | | | Secretaria General |
| | Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | técnicos normativos. Impresión y distribución de DN | Informe Impresiones | 1 | | | | | | | | | | | | | DGIESP/DEV DGIESP/DEV |
| | Adecuación e Implementación de Documento Normativo a EE.SS | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | DIRIS/GERESA/DIRESA/Re des de Salud |
| | Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimientos de salud. | Informe | | | | | | | | | | | | | | DIRIS/GERESA/DIRESA/Re des de Salud |
| | Difusión regional por diferentes medios. | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | DIRIS/GERESA/DIRESA/Re des de Salud |
| | Capacitación a personal de salud para la implementación de los DTN. Seguimiento, evaluación y control de | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | DIRIS/GERESA/DIRESA/Re des de Salud |
| | la aplicación de los Documentos Técnicos Normativos a nivel regional | | | | | | | | | | | | | | | |
| | y local Nota: El tiempo va depender del Tipo o | Informe | 12 | iva ati ··· | ifa | | | | | | | | | | | DGIESP/GERESA/DIRESA |
| 6. Listado de insumos | | | | | | 1_nn | .O.d. | ıcto | <u>c/</u> | | | | | | | |
| o. Listado de iristimos | https://apps4.m | ii ieco. | gov.pe | /yes | uUl | ı-pi | out | ıClO | <u>3/</u> | | | | | | | |
| | Módulo de Ges | tión de | Produ | icto | | | | | | | | | | | | |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | |
|---|----|---|----|---|----|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (5004426) | | | | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad | GN | Х | GR | Х | GL | | | | |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Denominación de la | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA | | | | | | | | |
| actividad Unidad de medida | ARTICULADO NUTRICIONAL (5004426) 060. Informe | | | | | | | | |
| del indicador de | | | | | | | | | |
| producción física Modelo operacional de | e la actividad | | | | | | | | |
| 1. Definición | Ta donnada | | | | | | | | |
| operacional | Es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento al progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados para guiar las decisiones de gestión. Las acciones están dirigidas a monitorear especialmente los indicadores de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecución presupuestal. Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros). Esta actividad contiene los siguientes subproductos: | | | | | | | | |
| | · | | | | | | | | |
| | 3.1 Monitoreo del programa articulado nutricional (4427602) Es una actividad de control gerencial, que implica un proceso sistemático recolección, análisis y utilización de información para hacer seguimiento progreso del programa presupuestal en la consecución de sus resultados puiar las decisiones de gestión. Las acciones están dirigidas a monitorear especialmente los indicado de resultados inmediatos, intermedios, de producción física y ejecu presupuestal. Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal. | | | | | | | | |
| | en cada nivel (Nacional y Regional), se realiza de manera conjunta, integrada y articulada con los actores e instancias según su competencia (Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros). > En el Kit del MGP, se debe considerar en Tipo de cálculo 1, los siguientes RRHH: | | | | | | | | |
| | Profesional en Gestión de Salud | | | | | | | | |
| | Profesional en Salud Pública. Ingeniero de Sistema | | | | | | | | |
| | Profesional Estadístico | | | | | | | | |
| | Tecnicos Administrativo Choferes si corresponde según la actividad | | | | | | | | |
| | 3.2 Evaluación del programa articulado nutricional (4427603) | | | | | | | | |
| | Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia, efectividad y eficiencia, del Programa Presupuestal en relación con sus objetivos y los recursos destinados para alcanzarlos; mediante el análisis de su ejecución, resultados e impacto con Criterios rigurosas, que permitan determinar las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento de las metas programadas y alcanzar los cambios en la población objetivo. | | | | | | | | |
| | Es de responsabilidad de los coordinadores técnicos del programa presupuestal en cada nivel (Nacional, Regional y local), que la evaluación se realice de manera conjunta, integrada y articulada con los componentes (Niño, Nutrición, Promoción de la Salud, Inmunizaciones) y los actores e instancias según su competencia (Estadística, epidemiología, Administración y presupuesto y otros que se considere necesario). De acuerdo a sus competencias, el INS, Epidemiologia, Institutos especializados, comunicaciones, Administración, participan en el proceso | | | | | | | | |

Modelo operacional de la actividad MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA Denominación de la ARTICULADO NUTRICIONAL (5004426) actividad de evaluación brindando información, evidencia científica, opiniones técnicas especializada en coordinación con el responsable del Programa. Los informes que se generan de las acciones de evaluación son alcanzados a los directivos y tomadores de decisión en cada nivel, así como al responsable técnico del programa, coordinador de seguimiento y evaluación y coordinador regional. Estos informes deben ser publicados y difundidos según corresponda. 3.3 Supervisión del programa articulado nutricional (4427604) Es un proceso de interacción personal individual o grupal, basado en la enseñanza y aprendizaje entre supervisor(es) y supervisado(s) con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades mutuas, orientadas a mejorar el desempeño del personal, verificar la calidad de los procesos de gestión, organización y prestación a nivel regional y local. Esta actividad es realizada por el equipo técnico del Nivel Nacional (Ministerio de Salud (DGIESP, CDC, OGPPM, OGTI, etc.), INS, entre otros) y del Nivel Regional (DIRESA, DIRIS, GERESA o Red de Salud), según su competencia, utilizando herramientas o instrumentos estandarizados. Los informes que se generan de las acciones de supervisión son alcanzados al responsable técnico del programa, coordinador de seguimiento y evaluación y coordinador regional. El informe de supervisión debe contener como mínimo, principales hallazgos, análisis, conclusiones y recomendaciones. 3.4 Evaluación de Diagnostico Especializados (4427605) Procesos mediante los cuales se realiza la evaluación de la calidad en la ejecución de los métodos* y los resultados obtenidos en términos de concordancia y reproducibilidad por los laboratorios de referencia nacional, regional y local, que permitan validar o desestimar los diagnósticos establecidos en los productos, sub productos o actividades de investigación, vigilancia y transferencia tecnológica del programa presupuestal; comprende: Diagnóstico especializado y vigilancia: Conjunto de procedimientos técnicos relacionados al diagnóstico especializado y vigilancia laboratorial o vectorial mediante un proceso continuo y sistemático que hace posible obtener, procesar, analizar, reportar y difundir información asociada a indicadores del estado de salud y determinantes de riesgo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles a nivel nacional, regional y local. La Evaluación del Diagnostico Especializado que se hace a través del PEED/PEEC en los diferentes laboratorios del Instituto Nacional de Salud incluye la toma de muestras de las diferentes etiologías y patologías que afectan a los menores de 5 años: Laboratorio de Enteroparásitos; Laboratorio Virus respiratorio; Laboratorio Sarampión y rubeola; Laboratorio Hepatitis y Enterovirus; Laboratorio de IRAS. 3.5 Evaluación de los Equipos de Cadena de Frío para vacuna. (4427606) Conjunto de procedimientos y actividades necesarias para garantizar la potencia inmunológica de las vacunas desde su fabricación hasta su aplicación; el almacenamiento desde el sector nacional, donde ingresan y se almacenan todas las vacunas adquiridas para atender a la población se realizan a través del ALMACEN ESPECIALIZADO - DE VACUNAS REGIONAL. Son almacenes que se encuentran ubicados en cada región; por razones de accesibilidad geográfica hay regiones que cuentan con 2 y hasta 3 almacenes especializados, con equipos frigoríficos especiales pre calificados para conservar vacunas; cámaras frigoríficas de refrigeración, refrigeradores ice line eléctrico, sistema de alarma electrónicos, grupo electrógeno, necesarios para la

conservación segura de las vacunas que son necesarios para garantizar su

operatividad.

| | Modelo operacional de la actividad |
|---|--|
| Denominación de la actividad | MONITOREO, SUPERVISIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (5004426) |
| | Para lo cual se debe considerar personal profesional y técnico debidamente capacitado, calificado, asignado y a dedicación exclusiva, con las competencias necesarias para asegurar la operativización del sistema de cadena de frio en todos los niveles de almacenamiento, manipulación y conservación de las vacunas. personal capacitado (mantenimiento, refrigeración y electricista) |
| 2. Organización para la ejecución de la actividad | Esta actividad puede ser realizada de forma presencial y no presencial utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que comprende el telemonitoreo, en el marco de la modernización de la gestión del Programa Presupuestal. |
| | Nivel Nacional: MINSA-OGTI- INS. Generación y difusión de reportes e informes estadísticos Investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de informes epidemiológicos Análisis de Situación de Salud Monitoreo de la calidad de información Estadística. Monitoreo de los Indicadores de producción Física y de Resultados. Monitoreo de ejecución presupuestal Nivel Regional: DIRIS/DIRESA/GERESA/Red de Salud: Generación y difusión de reportes e informes estadísticos: Consulta ambulatoria (HIS), egresos y emergencias (SEM), hechos vitales (Defunciones) entre otros, es responsabilidad del personal que realiza la atención o actividad, de acuerdo a lo establecido por la Oficina General de Estadística para cada subsistema. Estas actividades se realizan diariamente. Investigación epidemiológica de casos. Reporte y difusión de informes epidemiológicos: Identificación y notificación epidemiológica de casos y sus determinantes de riesgo, es realizado por el epidemiólogo u otro personal de salud responsable de vigilancia epidemiológica de las unidades notificantes. Estas actividades se realizan diariamente. Investigación basada en laboratorio, el Instituto Nacional de Salud realiza la recolección y procesamiento de muestras según corresponda para confirmar o descartar casos de enfermedades Inmunoprevenibles y vigilancia centinela de IRAS y EDAS. Análisis de Situación de Salud: análisis de los indicadores de determinantes de la salud, morbilidad, mortalidad y respuesta social del programa presupuestal, con la finalidad de identificar los problemas más importantes, proponer correcciones o mejoras a las intervenciones de control y evaluar dichas intervenciones. Se elabora un documento anual el cual es realizado por personal de las oficinas de epidemiología de las IGSS/DIRESA/GERESA y CDC Monitoreo de la calidad de información: es responsabilidad de estadística, epidemiología según corresponda o quienes hagan sus veces en cada nivel evaluación de los equipos de cadena de Frio para vacuna en las Regiones |
| 3. Criterios de | Un informe trimestral en cada nivel. |
| programación | |
| 4. Flujo de proceso | Ver anexo |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|-------------------|----------|---|------|------|-----|------|------------------------|----|-----|-----|------|------|-----|---|--|
| Denominación de la actividad | MONITOREO, S ARTICULADO | | | | | | | IÓN | ΙΥ | CO | NTF | ROL | . DE | EL F | PRO | OGRAMA | |
| 5. Diagrama de | TAREA | UNIDAD DE | CANTIDAD | | | | | | CRONOGRAMA RESPONSABLE | | | | | | | | |
| Gantt | Elaboración Plan Integral de Monitoreo de intervenciones del PAN | MEDIDA Documento | 1 | E | F | М | A | М | J | J | А | S | 0 | N | D | Equipo Tecnico PAN- MINSA | |
| | Aprobación y ejecución del Plan Integral de Monitoreo de intervenciones del PAN | Plan aprobado | 1 | | | | | | | | | | | | | DGIESP/DIRESA/GE RESA/DIRIS | |
| | Priorización de Regiones a Supervisar | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN- MINSA | |
| | Ejecución del plan Integral de Monitoreo | Informe | 10 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN- MINSA, GERESA,DIRESA,DI RIS, Redes de Salud. | |
| | Informe de las Monitoreos rrealizadas (asistencias tecnicas) | Informe | 10 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN- MINSA, GERESA,DIRESA,DI RIS, Redes de Salud. | |
| | Plan de supervisón integral PAN a nivel Regional, priorizando las GERESA/DIRESA/DIRIS | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN Regional | |
| | Ejecución del plan de Supervisión | Informe | 4 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN Regional, GERESA, DIRESA | |
| | Informe de las supervisiones realizadas a las GERESA/DIRESA/DIRIS priorizadas. | Informe | 4 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN Regional, GERESA, DIRESA | |
| | Evaluación de metas físicas y presupuestales | Informe | 6 | | | | | | | | | | | | | Equipo Tecnico PAN Regional, GERESA, DIRESA, Redes de Salud | |
| 6. Listado de insumos | https://apps4.mi Módulo de Gest | | | | tior | n-pr | odu | ctos | <u>s/</u> | | | | | | | | |

| | Mode | lo operacion | al de la acti | vidad | | | |
|---|---|--|--|---|--|---|--|
| Denominación de la Actividad | CONTROL DE | CALIDAD NU | TRICIONAL | DE LOS A | LIMENTOS | 5 (5004427) | |
| Identifique los niveles de Gobierno que realiza la actividad (Marque con un aspa) | GN | Х | GR | х | GL | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | SERVICIO CON | ITROLADO | | | | | |
| Modelo operacional de | la actividad | | | | | | |
| 1. Definición operacional | (Programa Cu sociales en los | ina Más) y/o s que se prepa | asistencia ara, almacen | alimentaria a y/o distrib | (PVL) de ouyen alime | e cuidado diurno los programas entos, dirigidos a eres que dan de | |
| | Esta actividad | contiene los s | iguientes su | bproductos | : | | |
| | | 1 Inspección a establecimientos que almacenan, preparan y/o distribuyen alimentos para programas sociales. (3325801) | | | | | |
| | Es el proceso mediante el cual se realiza la verificación de las instalaciones, de las buenas prácticas de manipulación de alimentos, las buenas prácticas de almacenamiento de alimentos; así como el muestreo de alimentos y traslado de muestras para el control de calidad nutricional. | | | | | | |
| | 2 Evaluación alimentos para | | | • | e preparan | y/o distribuyen | |
| | establecidos en La activida La aplicac las prepar aproximac Calculo N cálculo pr Elaboracio reportand La activida nivel de m La evalua técnico ca regional. | r/o raciones a ación para lue e CENAN 238 e sultados obte la normativida ad incluye: ción de la técnicaciones utilizada es de 4 horutricional de la oporcionada pón del Reporte o energía prot | través del per go estimar la y las Tablas enidos se con ad y/o lineam ica de pesaja ndo balanza as (no incluy a ración, para or el CENAN e Técnico de eína, grasas en los servici ealiza la forn al teórica es INS a través | esaje de los a composicione Peruanas o mparan con nientos técne de ingredias dietéticas ve traslado o a cuyo efecto. e valuación de cuida nulación teó desarrollado s del CENA | s ingrediente ón nutricion de Composi los requisi licos. dentes crudo s y formular del persona to se usa un nutricional atos, hierro do diurno (lo frica de la ri a por un pro N del nivel i | es de la al, para ello se ción de tos nutricionales os y/o cocidos, de ios. La duración al). na hoja de de la ración etc. Cuna Más) y a ación. ofesional y/o nacional y/o | |
| | Evaluació | n nutricional te | eórica | | | | |
| | 3 Ensayos de | laboratorio d | le muestras | de alimen | tos de los | programas | |

sociales (3325803)

Consiste en la evaluación de la calidad nutricional e inocuidad de las muestras de alimentos (crudos y/o cocidos) obtenidos en los Servicios de Cuidado Diurno y Asistencia Alimentaria que preparan, almacenan y/o distribuyen alimentos de los Programas Sociales. Se realizan ensayos fisicoquímicos y microbiológicos en laboratorios especializados del Cenan. Incluye actividades de capacitación y Desarrollo de competencias orientado al recurso humano (analista, técnicos y auxiliares).

2. Organización para la ejecución de la actividad

Nivel Nacional: CENAN

- Formula las Definiciones operacionales, criterios de programación, estructura de costos (listado de insumos).
- Monitorea, supervisa, evalúa y brinda asistencia técnica en el proceso a nivel regional.
- Formulación de herramientas: Manuales, directivas, guías técnicas, procedimientos y formularios.

Ejecución de las siguientes actividades:

 Realiza el Control de Calidad nutricional de los alimentos a través de inspecciones, toma de muestra, evaluación nutricional teórica, y ensayos del laboratorio en los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o asistencia alimentaria de los programas sociales. Incluye también, digitación, control, procesamiento, análisis de los datos.

Actividades complementarias:

- Emite Reporte Técnico por cada Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales, que contiene los resultados de la Inspección y/o Muestreo, Evaluación Nutricional Teórica y/o Ensayos de Laboratorio, los cuales son enviados en un tiempo no mayor de 15 días a las clientes que son : Programa Nacional Cuna Más(nivel nacional y regional), Dirección Regional de Salud y Municipalidades provinciales y/o distritales según corresponda, para la adopción de acciones preventivas y/o correctivas, a fin de velar por la calidad nutricional e inocuidad de las raciones de los alimentos.
- Emite un Informe Técnico consolidado Anual del Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado por el Nivel Nacional y Regional a los Servicios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales.
- Ejecuta estrategias de control por la atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria de los servicios de cuidado diurno del Programa Nacional CUNA MAS.

Nivel Regional: DIRESA. GERESA. DIRIS:

A través de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable: Participa en la elaboración, revisión de las definiciones operacionales, criterios de programación y listado de insumos, en coordinación con el nivel nacional. Ejecución de las siguientes actividades:

- Monitorea, evalúa, dirige, coordina y controla la entrega del producto en la región en concordancia con lo establecido por el nivel nacional.
- Organiza a las redes para garantizar la continuidad de la entrega del producto.-Monitorea y evalúa la calidad, oportunidad y cobertura del producto a nivel operativo.
- Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para la entrega del producto.

- Consolida la programación de metas físicas y presupuesto de las unidades ejecutoras por puntos de atención para la entrega del producto.
- Consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención bajo su responsabilidad. Así mismo, provee los insumos necesarios para la entrega del producto.
- Emiten al Nivel Nacional CENAN/INS, Informe Técnico del Control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizados a los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales con una periodicidad de 1 vez al año (febrero del año siguiente), el informe contiene los resultados de la inspección y Evaluación Nutricional Teórica.
- Coordinan las estrategias de control por atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria de los servicios de cuidado diurno del Programa Nacional CUNA MAS, según actividad indicada por el nivel nacional: CENAN.

Red de Salud v/o Establecimientos de Salud:

Planificación y programación de las actividades según las definiciones operacionales y criterios de programación establecidos por el nivel nacional. Ejecución de las siguientes actividades:

- ✓ Inspecciones: a Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria que preparan, almacenan y/o distribuyen alimentos para Programas Sociales.
- ✓ Evaluación Nutricional Teórica: a las raciones que se preparan y/o distribuyen en los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno de Programas Sociales.
- ✓ Emite un reporte técnico mediante documento al Programa Nacional Cuna Más del nivel regional, Municipalidades provinciales y/o distritales y a su DISA, GERESA, DIRESA, según corresponda en un tiempo no mayor de 30 días, por cada control de Calidad Nutricional de los Alimentos realizado a los Servicios alimentarios de Cuidado Diurno y/o de asistencia alimentaria de Programas Sociales.

Actividades complementarias:

- Programación de metas física y cuadro de necesidades para la ejecución de las actividades de acuerdo a los lineamientos establecidos por el nivel nacional.
- ✓ Participación en la capacitación organizada por el nivel nacional o regional.
- ✓ Realiza la digitación, control, procesamiento, análisis de los datos y elaboración de informes

Adicionalmente podrán realizar la Formulación de la ración del Programa de Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital.

Estas actividades son realizadas por personal capacitado para la entrega del producto

Unidad de medida del producto: Servicio controlado.

3. Criterios de programación

En el Gobierno Nacional: CENAN

- 02 reportes técnicos por cada servicio inspeccionado / 80 servicios de cuidado diurno
- El reporte técnico contiene resultados de las inspecciones, evaluación nutricional teórica y ensayos de laboratorio.
- El intervalo para la realización del servicio de control de calidad en los

servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades.

- En el caso de atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria de los servicios de cuidado diurno del programa nacional CUNA MAS: 01 reporte técnico por cada servicio de Inspección durante la preparación de canastas de alimentos del Programa Nacional CUNA MAS/ 40 servicios de cuidado diurno.
- 01 reporte técnico por cada muestreo /20 servicios de asistencia alimentaria –PVL, a nivel de municipios provinciales y/o distritales
- El reporte técnico contiene los resultados de los ensayos de laboratorio.

Para la determinación de los servicios de cuidado diurno se considerarán aquellos distritos con mayor número de niños menores de 5 años con anemia* y de ellos se seleccionará una muestra representativa.

Para la determinación de los municipios provinciales y/o distritales, se considerarán aquellos distritos con mayor número de niños menores de 5 años con anemia*.

*Sistema de Información HIS y Sistema de Información del Estado Nutricional-SIEN.

Fuente de información:

- Directorio Nacional de municipalidades distritales
 - http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/
- Relación de servicios alimentarios del Comité de Gestión proporcionado por el Programa Nacional Cuna Más.

En el Gobierno Regional: DIRESA, GERESA, RED DE SALUD, DIRIS A nivel de GERESA, DIRESA, DIRIS

- 01 reporte técnico consolidado anual del control de calidad nutricional realizado a los servicios de cuidado diurno y asistencia alimentaria por la red. micro red de su ámbito.
- 01 informe de asistencia técnica que incluye la capacitación y seguimiento de la actividad; al 100% de las redes y/o micro redes de su ámbito

A nivel de Red de Salud/Establecimientos de Salud:

- 02 reportes técnicos por cada control de calidad nutricional de alimentos realizado al 100% de los Servicios Alimentarios de Cuidado Diurno (Programa Cuna Más), de los distritos con mayor riesgo sanitario de acuerdo a la información epidemiológica de la DIRESA.
- El intervalo de un reporte técnico a otro, del control de calidad de alimentos a los servicios de cuidado diurno no debe ser menor de 3 meses a fin de garantizar el levantamiento de las no conformidades.
- 01 reporte técnico por cada control de calidad nutricional realizado al 100% de Servicios de asistencia alimentaria que almacenan y/o distribuyen alimentos del Programa Vaso de Leche a nivel provincial y/o distrital.
- En el caso de atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria, 01 reporte técnico por cada Inspección durante la preparación de canastas de alimentos realizado al 100% de los

| | Servicios Alimentari Cuna Mas. | os de | Cu | idad | 1 c | Diu | ırn | 0 | de | el . | Pr | og | ra | ma | a N | ۱a | cional |
|----------------------|--|---------|-------|--------|-----|-----|-----|----|-----|------|----|----|----|----|-----|----|--------------------------|
| 4. Flujo de procesos | Se adjunta anexo n° 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Diagrama de Gantt | _ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TAREA | U.M | CANT. | | | | | CR | ONO | GRA | MA | | | | | | RESPONSA |
| | | | | PREVIO | E | F | М | Α | М | J | J | Α | S | 0 | N | D | |
| | Planificacion y programacion de actividades | Informe | 1 | х | х | х | | | | | | | | | | | DECYTA |
| | Coordinacion con DIRESA,GERESA, DISA, DIRIS, MIDIS o Municipalidades, para la ejecucion de la actividades | Informe | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | | | Equipo Tecnio DECYTA |
| | Desarrollo de las actividades de capacitacion | Informe | | | | | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | | DIRESA /DEG |
| | Realizacion de las inspecciones a los servicios de cuidado diurno del PNCM | Informe | | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | | INSPECCION Y MUESTREO |
| | Muestreo de las preparaciones del Programa Cuna Mas /Programa vaso de leche | Informe | | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | | INSPECCION Y MUESTREO |
| | Entrega de muestras de raciones y/o alimentos para los ensayos de laboratorio y evaluacion nutricional teorica | | | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | | INSPECCION Y MUESTREO |
| | Ejecucion de actividades de seguimiento | Informe | | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | | EQUIPO TECNI DECYTA |
| | Realizacion de los ensayos de laboratorio fisicoquimicos, microbiologicos y evaluacion nutricional teorica. | Informe | | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | | LABORATORIC CENAN |
| | Elaboracion de Reporte Tecnico | Informe | | | | | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | Х | | | DECYTA |
| | Remitir Reporte Tecnico a MIDIS Nacional, Regional o Municipalidades | Informe | | | | | | х | х | х | х | х | х | х | х | | DECYTA |
| | Presentacion de resultados | Informe | | | | | | | | | | | | | | Х | DECYTA |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Listado de | https://apps4.mineco.gob.pe/g | estion- | -proc | ducto | s/ | | | | | | | | | | | | |
| Insumos | Módulo de Gestión de Product | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | Modelo op | eracional de | la actividad | | |
|--|---|--|---|--|--|--|
| | VIGILANCIA | | | | | IUMANO (5004428) |
| Denominación de la actividad | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | х | GR | x | GL | x |
| Unidad de medida del indicador de producción física Modelo operacion | Centro pobla | | | | | |
| 1. Definición operacional | realiza en le agua e iden abastecimie Se desarroll 1. Inspecci 2. Monitore 3. Monitore 4. Inspecci consum 6. Análisis 7. Análisis 8. Análisis 9. Análisis 10. Análisis 11. Asistend con siste A través de Establecimie la vigilancia La actividad químico, bió de los Estabagua para con El proceso Planificación | os centros potificar y evalunto de agua. a a través de ones sanitaries de paráme o de paráme o de paráme o nes especio humano, án bacteriológic parasitológic de metales por y reportes de las Directe entos de abacteriológic de metales por y reportes de las Directe entos de salude la calidad de se realizada logo, microbolecimientos onsumo humans de desarrol sistemas de para la enti | oblados del ár uar factores de los siguientes as de los siste etros de camp etros de salus etros de la ar etros de camp etros de | nbito urbano e riesgo que s subproducte emas de abas o, ámbito urb o, ámbito rura sistemas de sistemas de sistemas de tarios. y cloración en e agua para ce tivas de Sal nivel de catego a consumo ho l profesional en competencia ntros poblado nto de agua po ctividad se ce | y rural, para de se presentar de se presentar de se presentar de se cimientos de ano. al. de abastecimientos de abastecimiento de abastecimiento de salud (Inguieramiento o industria de la Vigilar de del ámbito de ara consumo organiza de la consumo org | entos de agua para entos de agua para entos de agua para lados del ámbito rural ano. I (DESA), Redes y rollan la actividad de eniero civil, sanitario, espectores sanitarios encia de la calidad del o urbano y rural que |
| 2. Organización para la entrega del producto | GERESA/DI A través de ➤ Impleme | entan las nori | 5/DESA: Ejecutiva/Unic mas, coordina | ın y realizan l | a programaci | ón de metas físicas y ca al personal de las |

- redes y establecimientos de salud, monitorea y supervisa el desarrollo de la actividad y evalúan resultados.
- ➤ Desarrollan los subproductos de inspecciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua, análisis bacteriológicos, parasitológicos, fisicoquímicos y de metales pesados de la fuente y del agua tratada, monitoreo mensual de la calidad del agua, inspecciones especializadas, reportes de riesgos sanitarios en el ámbito urbano y rural, y asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano.
- ➢ Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Agua para la caracterización microbiológica y realizan los requerimientos para el servicio de atención de los análisis físicos químicos y de metales pesados de muestras de agua.
- Elaboran y entregan reportes e informes técnicos de los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano al proveedor, comunidad, autoridades locales y regionales.
- Evalúan, analiza y sistematizan la información a nivel regional referida a la actividad y remiten al nivel nacional.
- Registran la información de la actividad de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en el Aplicativo web "Sistema de Información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" de la DIGESA.

REDES DE SALUD/ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:

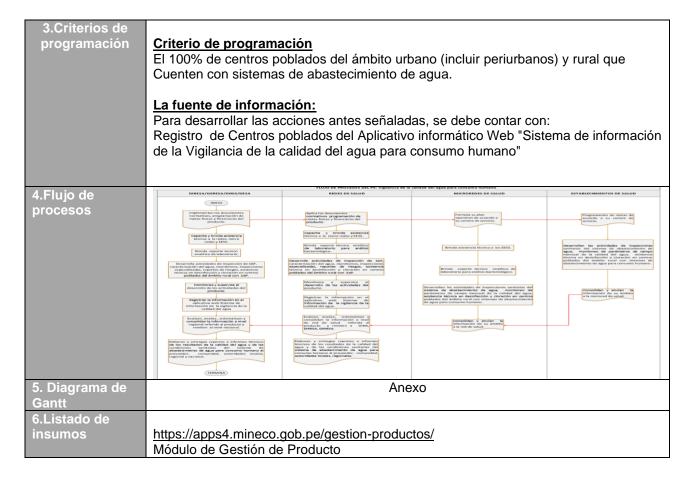
A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental:

- Realizan la programación de metas físicas y financieras del producto, brindan asistencia técnica al personal de los Establecimientos de salud, monitorea y supervisa el desarrollo de la actividad y evalúan resultados.
- Proveen de insumos necesarios a los establecimientos de salud para el desarrollo de la actividad de vigilancia de la calidad del agua.
- Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Agua para la caracterización microbiológica y realizan los requerimientos para el servicio de atención de los análisis físicos químicos y de metales pesados de muestras de aqua.
- Desarrollan los subproductos: Inspecciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua, análisis bacteriológicos, parasitológicos, fisicoquímicos y de metales pesados de la fuente y del agua tratada, monitoreo mensual de la calidad del agua, inspecciones sanitarias especializadas, reportes de riesgos sanitarios en el ámbito urbano y rural, y asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano.
- ➤ Elaboran y entregan reportes e informes técnicos de los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano al proveedor, comunidad, autoridades locales y regionales.
- Evalúan, analiza y sistematizan la información a nivel de unidad ejecutora referida a la actividad y remiten la información al nivel regional.
- Registran la información de la actividad de la vigilancia en el Aplicativo web "Sistema de Información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" de la DIGESA.

Establecimiento de Salud

A través de la Unidad/Área de Salud Ambiental realizan las actividades de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano:

- > Programan metas físicas de acuerdo a la cartera de servicio.
- Desarrollan las tareas de inspecciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua, monitoreo de parámetros de campo de la calidad del agua en el ámbito urbano y rural, y asistencia técnica en desinfección y cloración en centros poblados del ámbito rural con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano.
- Consolidan la información de su ámbito referida a la actividad



| | | Modelo op | eracional d | e la activida | ad | |
|--|---|--|---|--|---|--|
| Denominación de la actividad | DESINFEC (5004429) | CIÓN Y/O | ΓRATAMIEN | ITO DEL AC | GUA PARA (| CONSUMO HUMANO |
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) | GN | Х | GR | х | GL | х |
| Unidad de medida del indicador de producción física | Centro poblado | | | | | |
| Modelo operacion | al del produ | ıcto | | | | |
| 1. Definición operacional | humano o microbiológ Se desarro • Práctic sin sist • Asister | comprende gica del agua lla a través as en técnic ema de aba ncia técnica | acciones q a. de las siguie cas seguras stecimiento | ntes subpro de tratamie de agua (33 to del agua e | yen a la r ductos: nto del agua 30801) | agua para consumo mejora de la calidad a en centros poblados oblados sin sistema de |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | DESINFECCIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO (5004429) | | | | |
| | A través de las Direcciones Ejecutivas de Salud Ambiental (DESAS), Redes y Establecimientos de salud según su nivel de categorización se desarrolla la actividad de desinfección y/o tratamiento del agua. | | | | |
| | La actividad son realizadas por personal profesional de salud (Ingeniero civil, sanitario, químico, biólogo, microbiólogo) y/o técnicos en saneamiento o inspectores sanitarios de los Establecimientos de Salud, con competencia en la Desinfección y/o tratamiento del agua para consumo humano. La actividad se desarrolla en el ámbito rural en centros poblados de extrema pobreza que no cuentan con sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano. El proceso para la entrega de la actividad se organiza de la siguiente manera: | | | | |
| | Planificación, capacitación de equipos técnicos, organización para entrega del producto y visita al centro poblado. En los laboratorios de las Redes de Salud y DESAS se desarrolla el proceso analítico de las muestras de agua. | | | | |
| 2. Organización para la entrega del producto | GOBIERNO REGIONAL: | | | | |
| dei producto | GERESA/DIRESA/DIRIS/DESA: A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental: Implementan las normas, coordinan y realizan la programación de metas físicas y financieras del producto, capacita y brinda asistencia técnica al personal de las redes, micro redes y establecimientos de salud, monitorea y supervisa el desarrollo de las actividades y evalúan resultados. Desarrollan las tareas, prácticas en técnicas seguras de desinfección de agua y almacenamiento domiciliario y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua. Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Agua para la caracterización microbiológica y realizan los requerimientos para el servicio de atención de los análisis físicos químicos y de metales pesados de muestras de agua. Elaboran informes técnicos de los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano, al proveedor, comunidad y autoridades locales y regionales. Evalúan, analiza y sistematizan la información a nivel regional referida al producto y remiten al nivel nacional. Registran la información de la actividad de desinfección del agua en el Aplicativo web "Sistema de Información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" de la DIGESA. | | | | |
| | REDES DE SALUD/ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: | | | | |
| | A través de la Dirección Ejecutiva/Unidad de Salud Ambiental: Realizan la programación de metas físicas y financieras del producto, brindan asistencia técnica al personal de la micro rede y establecimientos de salud, monitorea y supervisa el desarrollo de la actividad y evalúan resultados. Proveen de insumos necesarios a la micro rede y establecimientos de salud para el desarrollo de la actividad de desinfección y/o tratamiento del agua. Brinda el soporte técnico-analítico a través del Laboratorio de Agua para la caracterización microbiológica y realizan los requerimientos para el servicio de atención de los análisis físicos químicos y de metales pesados de muestras de agua. | | | | |

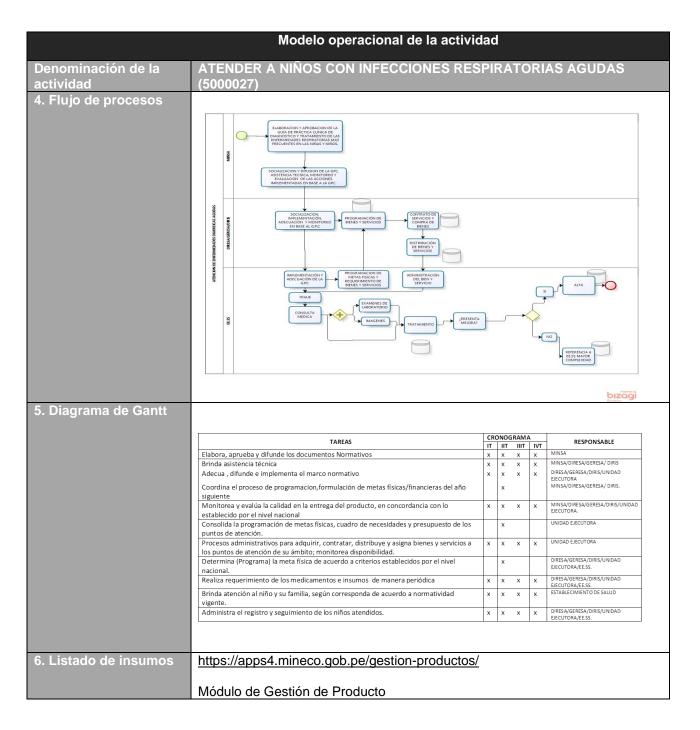
| | Modelo operacional de la actividad | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | DESINFECCIÓN Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO (5004429) | | | | |
| | Desarrollan las tareas de prácticas en técnicas seguras de desinfección de agua y almacenamiento domiciliario y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua. Elaboran reportes e informes técnicos de los resultados de la calidad del agua y de las condiciones sanitarias del sistema de abastecimiento de agua para consumo humano a la comunidad, proveedor y autoridades regionales. Evalúan, analiza y sistematizan la información a nivel de unidad ejecutora referida al producto y remiten la información al nivel regional. Registran la información de la actividad de desinfección del agua en el Aplicativo web "Sistema de Información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" de la DIGESA. | | | | |
| 3.Criterios de programación | Programan metas físicas de acuerdo a la cartera de servicio. Desarrollan las tareas de prácticas en técnicas seguras de desinfección de agua y almacenamiento domiciliario y asistencia técnica en tratamiento del agua en centros poblados sin sistema de abastecimiento de agua. Consolidan la información de su ámbito referida al producto. Criterio de programación: El 100 % de centros poblados en el ámbito rural de extrema pobreza que no cuenten con sistema de abastecimiento de agua. Fuente de información Registro de Centros poblados del Aplicativo informático Web "Sistema de | | | | |
| C Electronic | información de la Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano" | | | | |
| 5.Flujo de procesos | MECHANICA DE SALUD MECHAN | | | | |
| 6.Diagrama de Gantt | Anexo | | | | |
| 7.Listado de insumos | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | | | | |
| msumos | Módulo de Gestión de Producto | | | | |

| | N | Modelo ope | eracional de la ac | tividad | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|--|
| Denominación de la Actividad | | ENCIÓN D | ES DE COMUNIC E ANEMIA Y DES | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad | GN | GN X GR X GL | | | | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | | ersona Info | ormada | | | | | |
| Modelo operacional del pr | roducto | | | | | | | |
| Definición operacional | poblac de la a de cre alimen | sión en gen anemia, ap ecimiento y tación, lac que afecta | omunicacionales eral sobre la atend licación del esque desarrollo de la tancia materna, la n a los menores e | ción integral de ma de vacuna a niña y el ni avado de mano | el niño y la ni ción, promod ño, hábitos os, desparas | ña: prevención ción del control saludables de sitación y otros | | |
| | - Pri - Dit tel - Dit | Difusión de mensajes en medios de comunicación masiva escrita, radial, televisiva. Difusión de mensajes en medios alternativos: animación socio cultural, movilización social, sesiones demostrativas, BTL, redes sociales, web 2.0, | | | | | | |
| | - Ca int es de lac | apacitación egral del quema de sarrollo de stancia mat | a periodistas, líde niño y la niña: p vacunación, pr la niña y el ni erna, lavado de n menores en sus pr | orevención de omoción del ño, hábitos sa nanos, despara | la anemia, control de aludables de asitación y o | aplicación del crecimiento y alimentación, tros males que | | |
| | Comur corres progra la part princip Esta in oficina de acu y com cuidad | nicaciones ponda, en ma presup icipación d almente de nformación s de Comu ierdo al eso prenderá l | realizan los prof de las DIRESA/G coordinación cor uestal del nivel na el personal de sal e movilización soci deberá ser adap nicaciones de las cenario de riesgo, a siguiente temát y prácticas saludica infantil | EERESA/DIRIS I los responsa Icional y regior Ind en la implei Itada al contex DIRIS, DIRESA Perfil de la pot Icica: informació | y Redes de los d | e Salud, según productos del nte, cuenta con e las acciones, y local por las y Red de Salud cuación cultural ación sobre el | | |
| 2. Organización para la entrega del producto | Comur corres y local Ejecut La eje | nicaciones pondiente. por las ofic ora, de acu cución de e | icial será elaborad del MINSA en coo Esta información d cinas de Comunica erdo al escenario estas intervencione terio de Salud. | rdinación con I deberá ser ade aciones de la D de riesgo, pobl | a Dirección cuada al cor IRESA/GER lación/adecu | ntexto regional ESA/Unidad ación cultural. | | |

Modelo operacional de la actividad INTERVENCIONES DE COMUNICACIÓN PARA EL CUIDADO INFANTIL Y PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Denominación de Actividad (5005326)Criterios programación 20% de la población que accede a medios de comunicación masivos (radio, televisión y prensa escrita) y recibe la información sobre sobre la atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. Fuente de información para el cálculo de la meta física: Población estimada (Censo de Población y vivienda INEI, Encuesta demográfica y de salud familiar). Estudios de rating (medios televisivos), audiencia (radios) y lectoría (prensa escrita) de los medios de comunicación donde se difunden los mensajes sobre la atención integral del niño y la niña: prevención de la anemia, aplicación del esquema de vacunación, promoción del control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hábitos saludables de alimentación, lactancia materna, lavado de manos, desparasitación y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida, y a la mujer gestante. Información estadística de beneficiados y/o participantes en ferias informativas, movilizaciones sociales y actividades en espacios públicos masivos. Directorio de medios de comunicación nacional, regional y local. 5. Flujo de procesos 22 75 TE 6.Diagrama de Gantt 7.Listado de insumos https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ Módulo de Gestión de Producto

| | | Modelo opera | icional de la a | ctividad | | |
|---|---|--|---|--|--|---|
| Denominación de la actividad | ATENDER A (5000027) | NIÑOS CON I | NFECCIONES | RESPIRATOR | IAS AGUD | AS |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | Х | GR | х | GL | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 016. Caso trat | ado | | | | |
| Modelo operacional del p | oroducto | | | | | |
| 1.Definición operacional | respiratoria ag Incluye: Dos cons ayuda dia Determina Prescripc correspor Consejerí sobre sig enfermed y entrega Registro y Formato L Sistema d en el Siste | guda en meno sultas ambula gnóstica segúación del estadón, administrada, de acuero a y/o orientacionos de alarmad, administrade material exprotificación: Unico del Segue consumo interna de vigilan | res de 5 años, torias por epis in corresponda do nutricional pación y entregado a Guía de Pión, presencial na, cuidados que ión de líquido ducativo de aproposado ICI- SI icia epidemioló | atamiento de los atendida de mai sodio como mír (laboratorio, impor antropometría de medicament ráctica Clínica vio utilizando los Tegenerales (alimes, uso de los meoyo a la madre da, Registro diario Salud (FUA-SIS) SMED, según co gica (VEA - NOT r los esquemas estatendidades esquemas | nimo, exám ágenes). a. tos e insumo igente. FICs- teleori entación du dicamentos o cuidador. o de atenció según corre prresponda, FI). | enes de los según lientación urante la sy otros), lon – HIS, esponda, Reporte |
| | capacidad res | solutiva segúr e en el prime | n su categoría, r nivel, realiza | imientos de salo , a través de la ida por los prof tos por consulta. | oferta fija esionales e | o móvil, |
| 2. Organización para la entrega del producto | Brinda asi Monitorea Nivel Region Adecua e Realiza y Monitorea operativo. Supervisa recurso ho Consolida tratamient Evaluació Unidades Eje Programa atención, | prueba y difurstencia técnico y evalúa. al-GERESA/Dimplementa lo Consolida la porto y evalúa la porto y evalúa la porto y evalúa si porto en trimestral, so cutoras/Redeción de metas ción de pressegún corresp | pires/DISA/DI ps documentos programación o calidad, y opo stencia técnica desarrollo de cock de medio semestral y anu es de salud s físicas según upuesto, cuad ponda. | RIS normativos. de las Unidades ortunidad de la para mejorar la la actividad. camentos e ins | información as competer sumos para ablecidos. ades por pu | al nivel |
| | correspon | da. | cesarios para para brindar la a | el desarrollo de atención. | la activida | d, según |

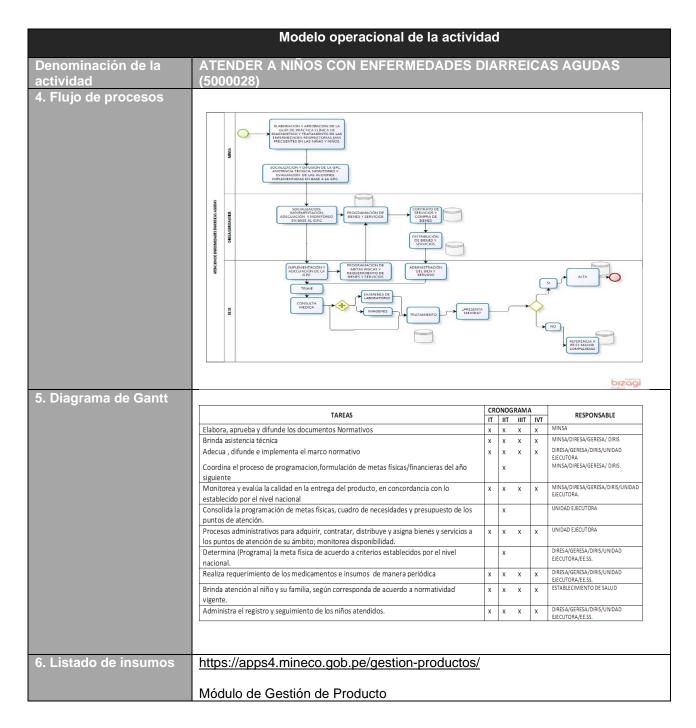
| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | ATENDER A NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (5000027) |
| | Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores. |
| | Establecimientos de Salud: Punto de atención Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural. Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención. |
| 3. Criterios de programación | Programar el promedio de casos de los últimos 3 años, de niños menores de 5 años con diagnóstico de IRA no complicada registrados con los diagnósticos: |
| | Infección respiratoria aguda no complicada: J00.X, J04.0, J04.1, J04.2, J06.0, J06.8, J06.9, J20.9 Faringoamigdalitis aguda: J02.0, J02.9, J03.0, J03.8, J03.9 Otitis media aguda (OMA): H65.0, H65.1, H66.0, H66.9 Sinusitis Aguda: J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.9 Neumonía no complicada y otros: J12.9, J15.9, J18.9 |
| | Laboratorios referenciales: Programar el promedio de los últimos 03 años, de niños con diagnósticos comprendidos en los sub productos, atendidos en el LR. |
| | INS: Programar el promedio de los últimos 03 años, de niños con diagnósticos comprendidos en los sub productos, atendidos en el INS |
| | Las metas de los laboratorios NO suman para la meta del subproducto, actividad y producto a nivel regional y nacional. |
| | Fuente de información para el cálculo de la meta física: |
| | HIS MINSA. Reporte anual de morbilidad de los últimos 3 años. NET-LAB: Reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según corresponda. |



| | | Modelo opera | cional de la a | ctividad | | | |
|---|---------------------------------|-----------------|----------------|--|-----------|--|--|
| Denominación de la actividad | ATENDER A (5000028) | NIÑOS CON E | ENFERMEDAD | DES DIARREICA | AS AGUDAS | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | х | GR | х | GL | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 016. Caso tra | tado | | | | | |
| Modelo operacional del p | Modelo operacional del producto | | | | | | |
| 1.Definición operacional | diarreica agud | da sin signos d | | amiento de los ca ón en menores d abproductos: | | | |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | ATENDER A NIÑOS CON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (5000028) |
| actividad | EDA Acuosa No complicada (3331201) EDA DISENTERICA (3331203) EDA PERSISTENTE (3331204) Incluye: |
| | Dos consultas ambulatorias por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. Determinación del estado nutricional por antropometría. Verificar el cumplimiento de Inmunizaciones y CRED correspondiente. |
| | Prescripción, administración y entrega de medicamentos e insumos según corresponda, de acuerdo a Guía de Práctica Clínica vigente. Consejería y orientación sobre: Prevención y tratamiento de la deshidratación. Prevención del daño nutricional mediante la alimentación de la niña o el niño durante y después de la diarrea. |
| | Reducción de la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuros con la administración del Sulfato de Zinc. |
| | Entrega de material educativo de apoyo. Registro y notificación: Historia clínica. Registro diario de atención – HIS. Formato Único del Seguro Integral de Salud (FUA-SIS) según corresponda. Sistema de consumo integrado ICI-SISMED, según corresponda. Reporte en el Sistema de vigilancia epidemiológica (VEA - NOTI). Monitoreo al tratamiento hasta finalizar los esquemas correspondientes. En la comunidad: Se realizará como mínimo 1 visita domiciliaria dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento, donde se debe desarrollar las actividades según la guía de práctica clínica vigente. En el EE.SS: Se evaluará la evolución del tratamiento por el médico tratante con apoyo del personal de salud capacitado, de acuerdo a la valoración individual de cada paciente. |
| | No se recomienda realizar exámenes auxiliares en casos de EDA, salvo situaciones especiales, por ser causa viral más frecuente, se solicitaran de acuerdo a valoración individual de cada paciente y capacidad resolutiva del EE.SS. |
| 2. Organización para la | El producto es entregado en los establecimientos de salud de acuerdo a su capacidad resolutiva según su categoría, a través de la oferta fija o móvil, principalmente en el primer nivel, realizada por los profesionales en salud, utilizando un tiempo promedio de 20 minutos por consulta. Nivel Nacional: MINSA |
| entrega del producto | Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. Brinda asistencia técnica Monitorea y evalúa. |
| | GERESA/DIRESA/DIRIS/DISA Implementa los documentos normativos. Realiza y Consolida la programación de las Unidades Ejecutoras/redes. Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad. |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | ATENDER A NIÑOS CON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (5000028) |
| | Consolida y evalúa stock de medicamentos e insumos para brindar tratamiento. |
| | Evaluación trimestral, semestral y anual. |
| | Unidades Ejecutoras/Redes de salud: Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención, según corresponda. Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA,SIAF Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según corresponda. Organiza los servicios para brindar la atención. Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores. |
| | Establecimientos de Salud: Punto de atención Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural. |
| 3. Criterios de programación | Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención. Programar el promedio de casos de los últimos 3 años, de niños menores de 5 años con diagnóstico de EDA sin deshidratación registrados con los diagnósticos: EDA no complicada, códigos CIE 10: A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A04.0, A04.1, A05.9, A06.2, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, A09.0, A09.9 EDA disentérica, códigos CIE 10: A03.0, A03.9, A04.2, A04.3, A04.5, A04.9, A06.0 EDA persistente: A09.X Laboratorios referenciales: Programar el promedio de los últimos 03 años, de niños con diagnósticos comprendidos en los sub productos, atendidos en el LR. INS: Programar el promedio de los últimos 03 años, de niños con diagnósticos comprendidos en los sub productos, atendidos en el INS Las metas de los laboratorios NO suman para la meta del subproducto, actividad y producto a nivel regional y nacional. Fuente de información para el cálculo de la meta física |
| | Reporte HIS MINSA y emergencias. NET-LAB: Reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según corresponda. |

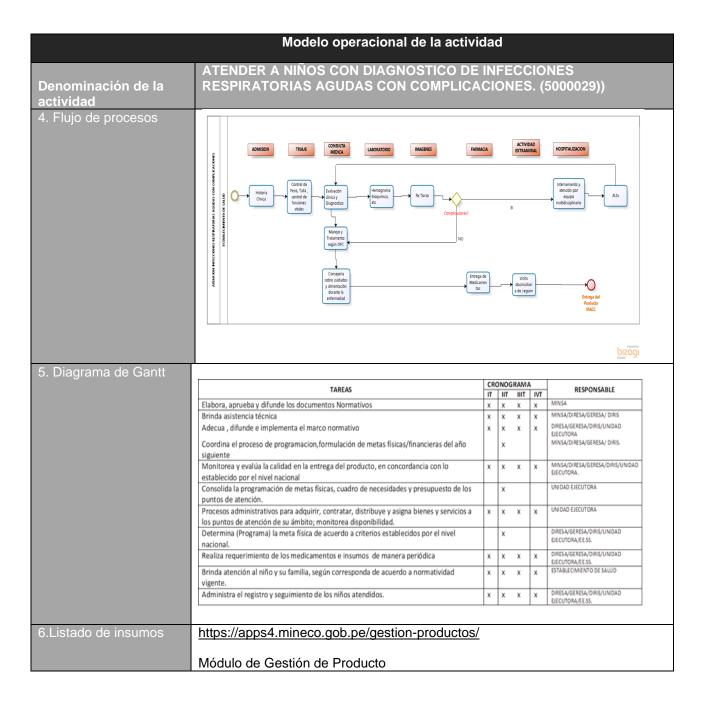


| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | |
|---|---|------|--|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES. (5000029)) | | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | | | | | | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 016. Caso trat | tado | | | | | | |
| Modelo operacional de la / | Actividad | | | | | | | |

vigente.

Modelo operacional de la actividad ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCIONES Denominación de la RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES. (5000029)) actividad 1.Definición operacional Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de Infección Respiratoria Aguda complicada en niños menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento/hospitalización. Atención ambulatoria: Dos consultas por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente Determinación del estado nutricional por antropometría. Verificar el cumplimiento de Inmunizaciones y CRED correspondiente. Prescripción, administración y entrega de medicamentos e insumos según corresponda, de acuerdo a Guía de Práctica Clínica, de corresponder, referencia de acuerdo a severidad. Consejería y/o orientación, presencial y/o a través de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC - teleorientación) en : Signos de alarma, cuidados generales (alimentación durante la enfermedad, administración de líquidos, uso de los medicamentos y otros) Prevención del daño nutricional mediante la alimentación de la niña o el niño durante y después de la diarrea Prevención y tratamiento de la deshidratación. Administración del Sulfato de Zinc para la reducción de la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuro Entrega de material educativo de apoyo. Registro y notificación: Historia clínica, Registro diario de atención - HIS, Formato Único del Seguro Integral de Salud (FUA-SIS) según corresponda, Sistema de consumo integrado ICI-SISMED, según corresponda, Reporte en el Sistema de vigilancia epidemiológica (VEA-NOTI). Monitoreo al tratamiento hasta finalizar los esquemas correspondientes. la actividad se puede realizar a través del uso de las TIC- telemonitoreo El tiempo promedio por consulta ambulatoria 20 minutos Atención con internamiento/hospitalización: Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de 5 años con IRA complicada en establecimientos de salud con capacidad resolutiva, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. Incluye: Atención por consulta externa, emergencia y hospitalización hasta el alta, así como la contra referencia para seguimiento y control después del alta. El tiempo de internamiento/ hospitalizacion es variable y depende la patología, considerándose como promedio 7 días. La atención por consulta externa, emergencia, internamiento/hospitalización según corresponda incluye: identificación confirmatoria de los agentes etiológicos bacterianos y virales: serotipificación y determinación del perfil de resistencia, pruebas de inmunofluorescencia directa, pruebas moleculares como PCR en tiempo real, los que son realizados en Establecimientos de Salud, laboratorios referenciales y el INS según corresponda de acuerdo a GPC

| | Modelo operacional de la actividad |
|---|--|
| | ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCIONES |
| Denominación de la actividad | RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES. (5000029)) |
| Organización para la entrega del producto | Nivel Nacional - MINSA Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. Brinda asistencia técnica. Monitorea y evalúa. |
| | Nivel Regional-GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD Adecua e implementa el Marco Técnico Normativo Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido en los documentos normativos. Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. Consolida y evalúa stock de medicamentos e insumos para brindar tratamiento. Evaluación trimestral, semestral y anual. |
| | Unidades Ejecutoras/Redes de Salud Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención, según corresponda. Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según corresponda. Organiza los servicios para brindar la atención. Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores. |
| 3. Criterios de programación | Establecimiento de salud Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural. Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención. Programar el promedio de casos de los últimos 3 años, de niños menores de 5 años con diagnóstico de Infecciones respiratorias agudas con complicaciones, registrados con códigos de CIE 10: |
| | Infecciones respiratorias agudas con complicaciones: A36.9, A37.0, A37.1, A37.8, A37.9, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J13.X, J14.X, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.7, J15.8, J16.0, J16.8 en niños menores de 5 años. Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave en niños menores de 2 meses: J05.0, J05.1, J85.1, J86.0, J86.9, J90.X, J93.9, J10.0, J11.0, J15.5, J15.6, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8 en niños menores de 2 meses. |
| | • Neumonía y Enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años: J05.0, J05.1, J85.1, J86.0, J86.9, J90.X, J93.9, J10.0, J11.0, J15.5, J15.6, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8 en niños de 2 meses a 4 años. |



| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | |
|---|----------------|------|-----------------------------|---------------------|-------------|-----|--|--|
| Denominación de la actividad | | | DIAGNOSTICO ONES. (50000 | DE ENFERME (30)) | DAD DIARREI | ICA | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | х | GR | х | GL | Х | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 016. Caso trat | tado | | | | | | |
| Modelo operacional de la | Actividad | | | | | | | |

1.Definición operacional

Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de enfermedad diarreica aguda con deshidratación, en menores de 5 años, atendidos de manera ambulatoria o con internamiento/hospitalización, a traves de los sub productos:

Atención eda con algun grado de deshidratación (3331401)

Atencion eda con deshidratacion grave sin y con shock (3331402)

La atención ambulatoria Incluye:

- Dos consultas por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.
- Determinación de estado nutricional por antropometría.
- Verificar el cumplimiento de Inmunizaciones y CRED correspondiente.
- Prescripción, administración y entrega de medicamentos e insumos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica, de corresponder, referencia de acuerdo a severidad.
- Consejería y/o orientación, presencial y/o a través de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC – teleorientación) en:
 - Signos de alarma, cuidados generales
 - administración de líquidos
 - uso de los medicamentos
 - Prevención y tratamiento de la deshidratación.
 - Prevención del daño nutricional mediante la alimentación de la niña o el niño durante y después de la diarrea.
 - Reducción de la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuros con la Administración del Sulfato de Zinc.
- Entrega de material educativo de apoyo.
- Registro y notificación:
 - Historia clínica.
 - Registro diario de atención HIS.
 - Formato Único del Seguro Integral de Salud (FUA-SIS) según corresponda.
 - Sistema de consumo integrado ICI- SISMED, según corresponda.
 - Reporte en el Sistema de vigilancia epidemiológica (VEA NOTI).
- Monitoreo al tratamiento hasta finalizar los esquemas correspondientes.
- El tiempo promedio por consulta ambulatoria 20 minutos.

La atención con internamiento/hospitalización:

Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niña o niño menor de 5 años con EDA complicada. Se realiza en establecimientos de salud con capacidad resolutiva, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo.

Incluye:

- Atención por consulta externa, emergencia y hospitalización hasta el alta, así como la contra referencia para seguimiento y control después del alta.
- El tiempo de internamiento/hospitalización es variable y depende de la patología, considerándose como promedio 7 días.

Tanto la consulta externa, emergencia o por internamiento/hospitalización según corresponda incluye: realizar pruebas confirmatorias: identificación microbiológica, serotipificación, y pruebas moleculares, se realiza en el INS y los laboratorios de referencia regional, la confirmación diagnóstica se realizará en los mismos según corresponda.

Organización para la entrega del producto

Nivel Nacional - MINSA:

- Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos.
- Brinda asistencia técnica.
- Monitorea y evalúa.

Nivel Regional-GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD:

- Adecua e implementa el Marco Técnico Normativo
- Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras con las Unidades Ejecutoras/Redes.
- Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido en los documentos normativos.
- Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad
- Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo.
- Consolida y evalúa stock de medicamentos e insumos para brindar tratamiento.
- Evaluación trimestral, semestral y anual.

Unidades Ejecutoras/Redes de Salud.

- Programación de metas físicas según los criterios establecidos.
- Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención, según corresponda.
- Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF.
- Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según corresponda.
- Organiza los servicios para brindar la atención.
- Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud.
- Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud.
- Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

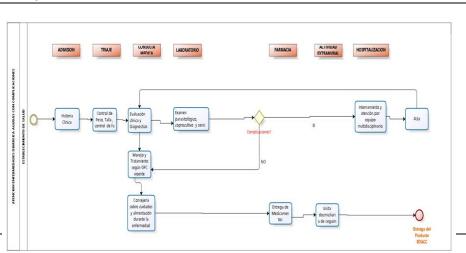
- Programación de metas físicas según los criterios establecidos.
- Organiza el servicio para dar la atención intra y extramural.
- Desarrolla la actividad garantizando la calidad y oportunidad de la atención.

3. Criterios de programación

Programar el promedio de casos de los últimos 3 años, de niños menores de 5 años con diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda con complicaciones, registrados con códigos de CIE 10:

- EDA con algún grado de Deshidratación: A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A03.0, A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.5, A04.9, A05.9, A06.0, A06.2, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, A09.0, A09.9, A09.X, asociado a: E86X.
- Atención EDA con deshidratación grave sin y con shock: A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A03.0, A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.5, A04.9, A05.9, A06.0, A06.2, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, A09.0, A09.9, A09.X, asociado a E86.X, R57.1, K56.0 o E87.2.

4. Flujo de procesos





| | Citt | JIVOG | RAM A | 1 | RESPONSABLE | |
|---|------|-------|-------|-----|--|--|
| TAREAS | IT | IIT | IIIT | IVT | | |
| Elabora, aprueba y difunde los documentos Normativos | Х | Х | Χ | Χ | MINSA | |
| Brinda asistencia técnica | Х | Х | Χ | Х | MINSA/DIRESA/GERESA/ DIRIS | |
| Adecua , difunde e implementa el marco normativo | Х | Х | Х | Х | DIRESA/GERESA/DIRIS/UNIDAD EJECUTORA | |
| Coordina el proceso de programacion, formulación de metas físicas/financieras del año siguiente | | Х | | | MINSA/DIRESA/GERESA/ DIRIS. | |
| Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo | х | х | Х | Х | MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/UNIDAD EJECUTORA. | |
| establecido por el nivel nacional Consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los | | l | | | UNIDAD EJECUTORA | |
| puntos de atención. | | Х | | | ONDAD ELECTIONA | |
| Procesos administrativos para adquirir, contratar, distribuye y asigna bienes y servicios a | х | х | Х | Х | UNIDAD EJECUTORA | |
| los puntos de atención de su ámbito; monitorea disponibilidad. | | | | | DIRES A/GERESA/DIRIS/UNIDAD | |
| Determina (Programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. | | Х | | | EJECUTORA/EE.SS. | |
| Realiza requerimiento de los medicamentos e insumos de manera periódica | х | х | Х | Х | DIRESA/GERESA/DIRIS/UNIDAD EJECUTORA/EE.SS. | |
| Brinda atención al niño y su familia, según corresponda de acuerdo a normatividad vigente. | х | х | х | х | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | |
| Administra el registro y seguimiento de los niños atendidos. | х | х | Х | Х | DIRESA/GERESA/DIRIS/UNIDAD EJECUTORA/EE.SS. | |

| | Modelo operacional de la actividad | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | BRINDAR ATENCION A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN X GR X GL | | | | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 016. Caso Tratado | | | | | | |
| Modelo operacional de la | a actividad | | | | | | |
| 1.Definición operacional | Intervención orientada al tratamiento de los casos de anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 36meses, atendidos de manera ambulatoria, Es un conjunto de actividades desarrolladas por el personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño y niña, y comprende: 1. Administración de tratamiento de hierro, conforme lo establece la normativa vigente. | | | | | | |
| | Niños y niñas prematuros y/o con Bajo peso al nacer, 4 mg/kg/día, a partir de los 30 días de nacido hasta los 5 meses de edad | | | | | | |
| | Niños y niñas a término y con peso adecuado para su edad, 3 mg/kg/día, a partir de los 6 meses de edad | | | | | | |
| | Dosaje de hemoglobina para el control del tratamiento. Atención médica presencial y no presencial (Teleconsulta y/o telemonitoreo). | | | | | | |
| | 4. Consulta nutricional o atención nutricional presencial y no presencial (Teleconsulta). | | | | | | |
| | 5. Consejería nutricional presencial y no presencial (Teleorientación) | | | | | | |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | BRINDAR ATENCION A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO |
| | Registro de la atención según corresponda: Historia Clínica, E-Qhali, Tarjeta de Atención Integral del niño y niña, FUA y HIS con código CPMS 99199.11 Administración de Tratamiento. |
| | 7. Entrega de material educativo y comunicacional escrito. |
| | |
| 2. Organización para la | En el Nivel nacional: MINSA |
| entrega del producto | Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. |
| | Brinda asistencia técnica. |
| | o Monitorea y evalúa. |
| | Consolida la programación a nivel nacional. |
| | Realiza el proceso para la adquisición y distribución bienes y servicios del producto. |
| | Monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel nacional y regional. |
| | Nivel Regional: |
| | GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD |
| | Adecua, difunde e implementa el marco normativo, brinda asistencia técnica, coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras, monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido por el nivel |
| | A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. |
| | A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitora su disponibilidad. |
| | Establecimiento de Salud: |
| | Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. |
| | Realiza el requerimiento de los medicamentos e insumos, de manera periódica. |
| | Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. |
| | Realiza el correcto registro de las atenciones del niño en el HIS. |
| | Realiza el seguimiento de los niños con anemia. |
| | Realiza visita domiciliaria y consejería, a fin de garantizar la adherencia. |
| 3. Criterios de programación | Programan EESS del 1°, 2° y 3° nivel de atención: |
| | |
| | EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel con población asignada. |
| | Programar: |
| | 100% de niños menores 36 meses con anemia, estimados a partir de la Prevalencia de ANEMIA regional del año anterior: |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | BRINDAR ATENCION A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO |
| | |
| | Ejemplo: |
| | 1. N° de niños y niñas menores de 3 años registrados en padrón nominal (SIS+ Sin Dato+ Ninguno): 66,699 |
| | 2. Prevalencia de ANEMIA según dato de ENDES del año anterior a nivel regional: 42.8 % (66,699 x 42.8%= 28,579) |
| | 3. N° de niños menores de 3 años con ANEMIA = 28,579 niños y niñas |
| | Fuente: Padrón Nominal al 31 de diciembre del año anterior a la programación. |
| | ENDES del año anterior. |
| | |
| | EESS del 2° nivel de atención sin población asignada y del 3° nivel* |
| | Programar |
| | |
| | Promedio de los últimos 03 años de niños menores de 36 meses con anemia atendidos (incluye los registrados con código CIE 10: D50.0, D50.8, D50.9, D64.9 y D53.9) con tipo de diagnóstico definitivo. |
| | |
| | Fuente: HIS MINSA |
| | Reporte: mensual, trimestral, semestral y anual del año en curso. |
| | |
| | * No suma para la meta del subproducto. |
| 4. Flujo de procesos | Elaboración y aprobación de documentos normativos que regulan la entrega de estre producto. |
| | Socialización y difusión de los documentos normativos. |
| | Socialización y difusión de los documentos nomanhos. Asistencia sácrica, supervisión, montoreo y evaluación de las acciones implementadas |
| | ν |
| | Socialization implementation a Banes y Servicios Programación de Metas Riscas y programación de Servicios y Compra de Blenes Distribución de Servicios y Compra de Blenes Administración de Servicios y Compra de Blenes Distribución de Blenes y Servicios Administración del Blen o Servicios Administración del Blen o Servicios |
| | Minglementación de los documentos Programación del Metas Risca y Ambigrande del Risca Parlación Ambigrande del Risca Parlación Programación del Metas Risca y |
| | Programación de Meda rocas y rendición del Blan o Sendio (Peda rocas y r |
| | Administración de tratamiento de |
| | Administrational processing your processing your processing processing processing processing your processing p |
| | |
| | |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|---------|----------|----|----|----|----|----|----|-----------|-------|---|---|---|--|
| Denominación de la actividad | BRINDAR ATENCION A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Diagrama de Gantt | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TAREA | U.M. | CANTIDAD | F | F | М | Δ | | | IGRA J | 5 | ٥ | N | n | RESPONSABLE |
| | Planificación y Programación de Hierro para el Tratamiento de la anemia a nivel nacional. | Informe | 1 | | | | ^ | | | Ĺ | , | Ū | | | MINSA-DIRESA-GERESA-DISA-DIRIS- RED-MICRORRED-RIS |
| | Adquisición del suplemento de hierro | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | MINSA-DIRESA-GERESA-DIRIS- |
| | Verificación de la calidad del producto | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | MINSA-DIRESA-GERESA-DIRIS- |
| | Distribución del suplemento de hierro | Informe | 1 | | | | | | | | | | | | MINSA-DIRESA-GERESA-DIRIS- |
| | Monitoreo de la distribución, abastecimiento y consumo del suplemento de hierro | Informe | 2 | | | | | | | | | | | | MINSA-DIRESA-GERESA-DISA-DIRIS- RED-RIS |
| Listado de insumos | https://apps4.mineco.go | b.pe | /gestic | on | -p | ro | du | ct | os | / | | | | | |
| | Módulo de Gestión de P | rodu | cto | | | | | | | | | | | | |

| | Modelo op | eracional | de la activio | lad | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|
| | | o. ao.oa. | uo 14 4011710 | | | | |
| Denominación de la actividad | FAMILIAS CO PRACTICAS | | | | MESES DES | ARROLLAN | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad | GN | X ⁴³ | GR | х | GL | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | Familia con niños menores de 12 meses. | | | | | | |
| Modelo operacional de la ac | tividad | | | | | | |
| 1. Definición operacional | alimentación, Incluye: Consejería a "Familias cotravés de vis Proceso educy una madre, menor de 12 Teleorientacióniño, las prápreventiva o tesobre ella y familia y familia y familia de la consequencia de la complexión de la co | protección ejería a tra nes demos nes de gru n través con niños (a ita domici eativo como padre o pe meses, rei on, con el octicas de erapéutica avorecer la | y crianza de vés de visita strativas. pos de apoy le visita do s) menores liaria"). unicacional e rsonas responsito de alimentación con hierro y adopción de | domiciliaria de 24 me entre el per consables de domicilio e analizar en o el pr ayudar a te prácticas | las prácticas e 12 meses. ia por personal (Sub produceses reciben of the control de salude de la familia of la condición nuroceso se supomar decisione saludables par tección del niño | de salud eto 3325107 consejería a I capacitado, a niña o niño a través de utricional del elementación es a la familia ra el cuidado | |

⁴³ Establecimientos de salud de Lima metropolitana, administrado por DIRIS Órgano desconcentrado del MINSA)

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES. (5000014) |
| | Las actividades se realizan de acuerdo a la necesidad de las familias, las que pueden incluir las siguientes: Consejería en domicilio/Teleorientación, orientada a mejorar las prácticas de lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del recién nacido y su familia, es realizado por un personal de salud capacitado, se realiza 01 visita a los 7 días de nacido, el tiempo promedio requerido es de 60 minutos. Consejería en domicilio/Teleorientación orientada a mejorar las prácticas de alimentación y a promover la adherencia a la suplementación preventiva con hierro, a familias con niños de 6 a 12 meses y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia, las visitas son realizados por personal de salud, a los 30, 90 y 180 días de iniciada la suplementación, se realizan 03 visitas, el tiempo promedio requerido por cada una es de 60 minutos. Consejería en domicilio/Teleorientación orientado a mejorar las prácticas de alimentación y a promover la adherencia al tratamiento de anemia, a familias con niños de menores de 12 meses con diagnóstico de anemia y reforzando aquellas prácticas saludables según necesidad del niño (a) y su familia, las visitas son realizados por personal de salud, a los 30, 60 y 90 días de iniciado el tratamiento, se realizan 03 visitas, el tiempo promedio requerido por cada una es de 60 minutos. |
| | La metodología a utilizar y los contenidos a desarrollar de acuerdo a las necesidades de la familia, se encuentra regulada por R.M. N° 834-2019-MINSA. Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP-V.01. Directiva Sanitaria para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y DCI. |
| | El personal de salud que realizan la consejería integral a través de la visita domiciliaria/Teleorientación, requiere de un conjunto de herramientas para el desarrollo de las actividades y material educativo impreso que debe ser entregado en cada intervención. |
| | Sesiones demostrativas (Sub producto 3325104 "Familias con niño(as) < de 36 meses y gestantes reciben sesiones demostrativas en preparación de alimentos"). |
| | Actividad educativa que hace uso de la metodología denominada "aprender haciendo", dirigida prioritariamente a madres, padres o personas responsables del cuidado de la niña o niño menor de 12 meses y gestantes utilizando Tecnologías de la información y la comunicación-TIC´s. |
| | Las familias con niños (as) de 6 a 11 meses con prioridad aquellas que tienen niños de 6 a 8 meses y gestantes, deben participar en al menos 01 sesión demostrativa, la misma que es realizado por personal de salud capacitado, se realizan de manera grupal con la participación de un mínimo de seis (06) y un máximo de quince (15) participantes, se emplea en promedio 02 horas, la metodología a utilizar se encuentra regulado por la R.M. N° 958-2012/MINSA "Documento Técnico Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil". |

| | Modelo operacional de la actividad |
|--|--|
| Denominación de la actividad | FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES. (5000014) |
| | Para el desarrollo de las sesiones demostrativas/Tele IEC, el personal de salud requiere de un kit (menaje, utensilios de cocina, de aseo y otros), alimentos y material educativo impreso (recetarios); los mismos que deben son provisto por el establecimiento de salud y excepcionalmente por el municipio. |
| | Sesiones de grupos de apoyo (Sub producto 3325109 "Familias con niños (as) menores de 36 meses y gestantes que participan en grupos de apoyo"). |
| | Actividad que se desarrolla bajo la conducción de una madre guía y con la participación de un grupo de mujeres gestantes, mujeres que están dando de lactar o que han dado de lactar, madres y cuidadores de niños menores de 12 meses, prioritariamente, con el objetivo de recibir e intercambiar información, proporcionar apoyo emocional e intercambiar experiencias, orientadas a promover una lactancia materna exitosa, mejorar la alimentación y el cuidado infantil. |
| | Las sesiones se realizan de manera grupal, con la participación de un mínimo de cuatro (04) y un máximo de diez (10), se emplea en promedio una (01) hora, y puede ser realizado en los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal, espacios comunitarios, municipales o en las instalaciones de los establecimientos de salud ó a través de la Tele IEC. |
| | El personal de salud capacitado tiene la responsabilidad de identificar y capacitar a las madres guía, facilitar las sesiones, brindar asesoría y acompañar a las madres guía, realizar la convocatoria y monitorear las actividades. |
| | La metodología a utilizar se encuentra regulado R.M. N° 260-2014/MINSA. Guía técnica de Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna y la R.M. N° 348-2017/MINSA. Directiva Sanitaria: Grupos de apoyo a madres de niños menores de 36 meses en alimentación, nutrición y cuidado infantil. |
| Organización para la ejecución de la actividad | Nivel Nacional: MINSA: A través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública-DGIESP |
| | Elabora, aprueba y difunde documentos normativos que regulan la entrega del producto, así como los materiales educativos y de capacitación. Brinda asistencia técnica y capacita. Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad a nivel nacional. |
| | Define los criterios para la formulación de metas físicas/financieras y evalúa la coherencia y consistencia de la programación a nivel regional. Consolida la programación a nivel nacional. Monitorea el avance de metas a nivel nacional y regional. |
| | Nivel Regional. DIRESA/GERESA/DIRIS y Unidades Ejecutoras, a través de la unidad orgánica correspondiente. |
| | Adecua, difunde e implementa los documentos normativos. |

| | Modelo operacional de la actividad | | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES. (5000014) | | | | | |
| | Brinda asistencia técnica y capacita en el ámbito de su competencia. Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras y evalúa la coherencia y consistencia de la programación a nivel de puntos de atención. Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad en el nivel operativo. Programa, adquiere y distribuye los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto en cada punto de atención. Evalúa el cumplimiento de las metas físicas y financieras. | | | | | |
| | Establecimientos de Salud: Define las metas físicas y programa los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, con base en los criterios y normatividad definida por el nivel nacional. Homologa el padrón nominal. Entregan el producto al usuario, registra y genera información, utilizando los instrumentos definidos por el nivel nacional. Participa en la Instancia de Articulación Local-IAL Brinda asistencia técnica a la Instancia de Articulación Local-IAL para el cumplimiento de las tareas programadas en el plan de trabajo integral. Capacita al actor social. Brinda la información al municipio distrital para la actualización y revisión de consistencia del padrón nominal y el listado de gestantes del ámbito de su jurisdicción. | | | | | |
| 3. Criterios de programación | 100% de familias con niños menores de 12 meses que viven en el ámbito del establecimiento de salud que se encuentran bajo su responsabilidad. Fuente de información: Padrón nominal actualizado | | | | | |
| 4. Flujo de procesos | MINSA DIRESA/GERESA/DIRIS y Unidades Ejecutoras Define las metas fisicas y programa los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, así como los materiales educativos y de capacitación. Brinda Asistencia Técnica Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad a nivel nacional Define los criterios para la formulación de metas fisicas financieras Define los criterios para la formulación de metas fisicas financieras Direca Adecua, difunde e implementa los documentos normativos Programa los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto Realiza la actividad, registra y genera información FIN Programa, adquiere y distribuye los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto Programa, adquiere y distribuye los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto Realiza la actividad, registra y genera información | | | | | |

| | Modelo oper | acio | nal d | le la activi | da | d | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|--------------------|---------------------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| Denominación de la actividad | FAMILIAS CON PRACTICAS SA | | | | | | E | 36 | ME | ESE | ES | DE | ES# | ARI | RO | LL/ | AN |
| 5. Diagrama de Gantt | ACCIONES DE MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFAITIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN AÑO DE EJECUCION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TAREAS | Fecha de Inicio | Fecha de Termino | Responsable | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SET | ОСТ | NOV | DIC | |
| | Consejería en domicilio | 15/02/2019 | 31/03/2019 | DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| | Visitas domiciliarias orientadas a promover la adherencia a la suplementación preventiva con hierro, a familias con niños de 4 y 5 meses, realizadas por actor social | 01/03/2019 | 31/12/2019 | DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| | Consejeria en domicilio orientada a mejorar las prácticas de alimentación y a promover la adherencia a la suplamentación preventiva con hierro, a familias con niños de 6 a 18 meses, las visitas son realizados por personal de salud | 15/02/2019 | 31/03/2019 | DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| | Visitas domiciliarias orientadas a promover la adherencia al tratamiento para la anemia a familias con niños menores de 12 meses, realizadas por actor social | 01/03/2019 | 31/12/2019 | DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| | Sesiones de grupos de ayuda mutua, que se desarrolla bajo la conducción de una madre guía y con la participación de un grupo de mujeres gestantes, mujeres que están dando de lactar o que han dado de lactar | 01/03/2019 | 31/12/2019 | DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| | Monitoreo y supervision de las VD y R.C. | 05/03/2019 | 30/03/2019 | DIRESA, GERESA, DISA a través de los establecimientos de salud. | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Listado de insumos | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Módulo de Gest | ión d | e Pro | oducto | | | | | | | | | | | | | |

| | | Modelo ope | eracional de la ac | ctividad | | |
|---|---|---|---|--|---|--|
| Denominación de la actividad | INFANTI | | ACTORES SOCIA ECUADA ALIME 182) | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad | GN | X ⁴⁴ | GR | Х | GL | Х |
| Unidad de medida del indicador de producción física Modelo operacional de | | capacitada. | | | | |
| 1. Definición operacional | Conjunto GERESA fortalece promotor | de accione VDIRESA/DIR r las compete es educativos uidado infantil Capac Capac | es realizadas po IS, Redes y esta ncias de los fund orientadas a favo 46, LME y la adecu itación a los Comi itación a los actor itación a los prom | blecimientos o cionarios muni precer la adop lada alimentad ités Multisecto es sociales | de salud, con o cicipales, actore ción de práctica ción y protección riales | el objetivo de es sociales ⁴⁵ y as saludables |

 $^{^{44}\,}Establecimientos\,de\,salud\,de\,Lima\,metropolitana,\,administrado\,por\,DIRIS\,\acute{O}rgano\,desconcentrado\,del\,MINSA)$

⁴⁵ Actor social, voluntarios, autoridades y líderes comunales (directiva comunal, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros)

indígenas o campesinas, entre otros)
46 Practicas saludables priorizadas, tales como: Cuidados adecuados al recién nacido, control CRED, vacunación, lactancia materna exclusiva, Suplementación y tratamiento con hierro, alimentación complementaria, estimulación temprana, lavado de manos, consumo de agua segura, cuidados adecuados del niño enfermo, entre otros.

Modelo operacional de la actividad CAPACITACIÓN DE ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO Denominación de INFANTIL. LME Y ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR la actividad DE 36 MESES. (5005982) Capacitación a los Comités Multisectoriales (Subproducto 3325101 "Comités multisectoriales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en su distrito"). Proceso de capacitación dirigido al Alcalde, gerentes, regidores, servidores públicos de la municipalidad e integrantes del comité multisectorial (o quien haga sus veces) están informados, motivados y capacitados para implementar políticas públicas y planes de intervención en promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 12 meses, a realizarse en los espacios municipales, espacios de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal, espacios comunitarios o ambientes del establecimiento de salud, según corresponda. Se realiza las siguientes tareas: Coordinación con la municipalidad/Telegestión para la identificación y convocatoria a capacitaciones a actores sociales de su jurisdicción. Reunión técnica/Telegestión con la municipalidad para la conformación y/o reactivación del Comité Multisectorial (o quien haga sus veces). Socialización de la información para el análisis de la situación de la anemia y desnutrición crónica infantil en su jurisdicción, con participación activa de los actores sociales involucrados. Taller de planificación para la elaboración del plan de trabajo juntamente con los integrantes del comité multisectorial para contribuir en la reducción de la anemia y DCI en el distrito. Asistencia técnica en los siguientes temas: Tema 1: Implementación de la sala situacional municipal. Tema 2: Implementación de políticas públicas o planes de intervención para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses; entre ellos, la implementación y funcionamiento de centros de promoción y vigilancia comunal conforme a los criterios técnicos del sector salud. Tema 3: Implementación de visitas domiciliarias por actores sociales para la prevención, reducción y control de la anemia y desnutrición infantil Tema 4: Programación multianual y formulación anual del presupuesto en el programa presupuestal articulado nutricional. Monitoreo y evaluación de las intervenciones programadas en el plan. Para ello, el Gerente de la Red/Microred, jefe y personal del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva cercano a la Municipalidad previamente capacitado entrega el subproducto de manera grupal en la jurisdicción territorial v en coordinación con la municipalidad identifican y convocan la participación de los funcionarios municipales e integrantes del comité multisectorial o quien haga sus veces. Para la descripción más detallada de este subproducto en términos de metodología, consultar las referencias técnicas R.M. Nº 457-2005/MINSA. Programa de Municipios y Comunidades Saludables y R.M. Nº 366-2017/MINSA Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú. Capacitación a actores sociales (Sub producto 3325102 Actores sociales capacitados para la promoción del cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses en sus comunidades). Conjunto de acciones realizadas por el personal de salud del MINSA, GERESA/DIRESA/DIRIS, Redes y establecimientos de salud, con el objetivo de

| | Modelo operacional de la actividad |
|---------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | CAPACITACIÓN DE ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LME Y ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES. (5005982) |
| | fortalecer las competencias de los actores sociales ⁴⁷ para el desarrollo de la consejería a través de la visita domiciliaria/llamadas telefónicas, a familias de niños menores de 12 meses, y mejorar la adherencia a la suplementación con hierro tanto la preventiva y terapéutica y reforzar prácticas claves en la primera infancia. |
| | Incluye: Formación de facilitadores regionales, a través de sesiones de 08 horas de duración, realizadas por el MINSA. Diseño de un "Aplicativo Informático de Registro de visitas domiciliarias por Actores Sociales" y capacitación para su uso, realizadas por el MINSA. Diseño de la metodología de capacitación e instrumentos para la ejecución de las visitas domiciliarias, realizadas por el MINSA. Capacitación a los responsables de promoción de la salud de las Redes y micro red para la implementación de las Visitas Domiciliarias, referencias comunales a través de sesiones educativas de 08 horas de duración, realizadas con un máximo de 30 participantes por sesión, la capacitación es programada y realizado por los facilitadores regionales (DIRESA/GERESA/DIRIS). Designación/Conformación y capacitación de una persona o un equipo responsable de la implementación de las visitas domiciliarias y referencias comunales en cada EESS según corresponda, proceso a cargo de la jefatura del EESS. Coordinación e intercambio de información relacionada a la las familias, potenciales objetivo de las visitas domiciliarias y referencias comunales con el municipio distrital. Convocatoría, selección y registro de actores sociales realizado por el Municipio a través de la Instancia de Articulación Local (IAL).⁴⁸, con la participación del responsable de la implementación de las visitas domiciliarias y referencias comunales del EESS.49 Capacitación a Actores Sociales, requiere contar con un plan anual de capacitación, para instruírlos en el uso de los instrumentos de visita domiciliaria y los pasos operativos para realizarla. Estas actividades de capacitación son programadas y financiadas a través del Programa presupuestal Articulado Nutricional a través de la cadena presupuestal Capacitación son programadas y financiadas a través del Programa presupuestal Actores Sociales que promueven el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adeccuda alimentarió |

⁴⁷ Agente Comunitario de Salud, Promotor de Salud, Actor social, voluntarios, autoridades y líderes comunales (directiva comunal, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros)

⁴⁸ Instancia de articulación local que tienen la responsabilidad de coordinar y monitorear la implementación de las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales, destinadas a prevenir y disminuir la anemia en el territorio local, bajo el liderazgo del Alcalde, con la asistencia técnica, y la participación de otros actores con responsabilidad en la problemática. Plan Multisectorial contra la Anemia DS 068-2018-PCM.

Anemia DS 068-2018-PCM.

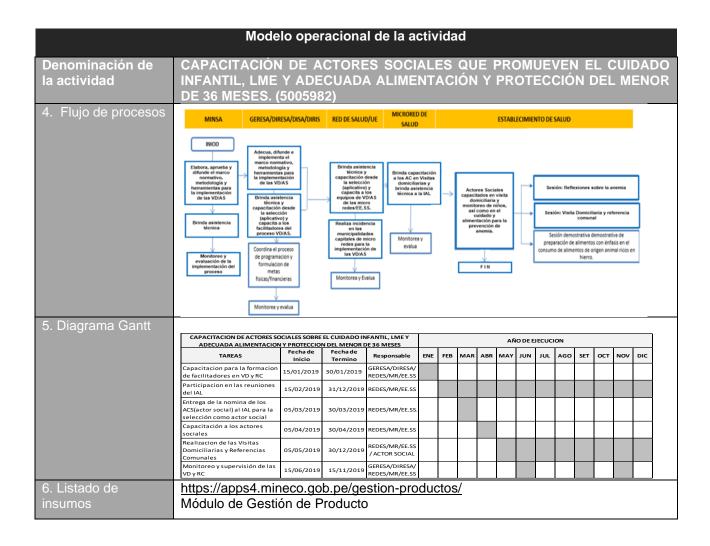
49 Norma Técnica para la Asistencia técnica a Municipalidades en la implementación de Visitas Domiciliarias realizadas por Actores Sociales, en el marco de la ejecución del Programa Articulado Nutricional y el Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal

| | Martin and the language of the |
|------------------------------|--|
| | Modelo operacional de la actividad |
| Denominación de la actividad | CAPACITACIÓN DE ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LME Y ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES. (5005982) |
| | Parar ello, el personal de salud local en coordinación con la ST-IAL participa en esta capacitación. La ST-IAL programa, convoca, implementa y evalúa con el acompañamiento del personal de salud y el coordinador de actores sociales (de corresponder), la capacitación de todos los actores sociales registrados en el aplicativo respectivo. El Ministerio de Salud brinda el contenido y la metodología de capacitación (según guía de capacitación en visita domiciliaria para actores sociales"). La ST-IAL de la Municipalidad emite la constancia de capacitación a los actores sociales que cumplieron satisfactoriamente con la misma. Los actores sociales que no culminaron satisfactoriamente con la capacitación, serán dados de baja en el registro de actores sociales del "Aplicativo Informático de Registro de visitas domiciliarias por actores sociales". El responsable del establecimiento de salud a cargo de la capacitación otorgará el visto bueno electrónico para la baja de ese registro, a través del campo correspondiente en el mismo aplicativo. A nivel local, la actividad de capacitación al actor social es responsabilidad de la ST-IAL contando con el personal de salud del establecimiento de salud de la jurisdicción como facilitadores. En el sector salud, las Unidades Ejecutoras correspondientes deberán programar los recursos necesarios para que éstas se lleven a cabo. A nivel local, el personal de salud responsable de las visitas domiciliarias por actor social de la DIRIS o Red de Salud es responsable de la capacitación a los actores sociales de su jurisdicción en coordinación con la ST-IAL de la Municipalidad. A nivel regional, el personal de promoción de la salud de la DIRIS, DIRESA o GERESA responsable de visitas domiciliarias por actor social y el de estadística acompaña a sus Redes de Salud en este proceso de capacitación y les brindan asistencia técnica permanente. Monitoreo y acompañamiento post capacitación, realizado por el personal de salud del EESS. |
| | El personal de salud capacitado tiene la responsabilidad de identificar y capacitar a los actores sociales, facilitar los talleres, brindar asesoría y acompañar a los actores sociales y monitorear las actividades. |
| | Temas a desarrollar en el taller: Taller 1: Protocolo de visitas domiciliarias para la prevención y control de la anemia infantil. Taller 2: Vigilancia comunitaria Taller 3: Sesión demostrativa de preparación de alimentos. |
| | Para ello, el personal del establecimiento de salud del establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva cercano a la Municipalidad previamente capacitado entrega el subproducto de manera grupal en la jurisdicción territorial y en coordinación con la municipalidad identifican y convocan la participación de los actores sociales. Para la descripción más detallada de este subproducto en términos de metodología, consultar las referencias técnicas R.M. N° 078-2019/MINSA Documento Técnico: "Lineamientos para la Implementación de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil" y Guía de capacitación dirigida a actores sociales. |
| | |

Capacitación a los promotores educativos (Sub producto 3325108 Promotores educativos capacitados para la promoción del cuidado infantil,

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | CAPACITACIÓN DE ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LME Y ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES. (5005982) |
| | lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses a familias del PRONOEI). |
| | Proceso de capacitación dirigido a Docentes coordinadores, docentes de aula, promotores educativos y padres de familia del Ciclo I de los Servicios Educativos Escolarizados (Cunas) y no escolarizados (PRONOEI de Ciclo I de entorno comunitario y entorno familiar) reciben capacitaciones para la promoción del cuidado infantil, a realizarse en los Servicios Educativos y/o UGELs, según corresponda. El personal de salud capacitado tiene la responsabilidad de identificar y capacitar a |
| | los promotores educativos, facilitar las sesiones, brindar asesoría y acompañar a los promotores educativos y monitorear las actividades. |
| | Temas a desarrollar en la sesión: Sesión 1: Importancia de los servicios básicos de salud Sesión 2: Alimentación complementaria con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro Sesión 3: Alimentación responsiva. |
| | Para ello, el personal del establecimiento de salud capacitado entrega el servicio de manera grupal con la participación de un mínimo de seis (6) y un máximo de veinte (20) participantes. Para la descripción más detallada de este servicio en términos metodológicos, consultar la referencia técnica: Guía de capacitación a docentes y promotores educativos de Servicios Educativos. Para su desarrollo se identificado el número de Servicios Educativos Escolarizados y no escolarizados en la jurisdicción territorial del/los establecimientos(s) de salud, se ha coordinar con los Directores y/o Especialistas de Educación Inicial para la elaboración de un plan de capacitación. |
| 2. Organización para | MINSA a través de la DGIESP. |
| la entrega del servicio | Forma facilitadores regionales para la implementación de las Visitas Domiciliarias y referencias comunales, en un número de 4 a 5 facilitadores a ser formados por región. Diseña la metodología de capacitación e instrumentos para la ejecución de las visitas domiciliarias y referencias comunales Diseña el "Aplicativo Informático de Registro de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales" y capacita al responsable de estadística de cada DIRESA/GERESA/DIRIS o las que haga sus veces en el ámbito regional. |
| | Elabora, aprueba y difunde documentos normativos y materiales educativos que estandarizan el proceso de capacitación a actores sociales y promotores educativos en temas sobre el cuidado, LME, alimentación saludable y protección del menor de 12 meses. Monitorea, brinda asistencia técnica y evalúa la intervención. |
| | Wormorea, Simua asistembla teorinea y evalda la intervencioni. |
| | GERESA/DIRESA/DIRIS Capacita a los equipos de las Redes / Micro redes, sobre el uso del "Aplicativo Informático de Registro de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales". Capacita a los responsables de promoción de la salud de las redes para la implementación de las Visitas Domiciliarias y referencias comunales, en un número de 3 a 4 por red, a través de sesiones de 08 horas de capacitación con un máximo de 30 participantes. Adecua, difunde e implementa los documentos normativos y materiales |
| | educativos que estandarizan el proceso de capacitación a actores sociales y promotores educativos en temas sobre el cuidado, LME, alimentación saludable y protección del menor de 12 meses. • Acompaña y brinda asistencia técnica a las redes de su jurisdicción. |

| | Modelo operacional de la actividad |
|---------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | CAPACITACIÓN DE ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LME Y ADECUADA ALIMENTACIÓN Y PROTECCIÓN DEL MENOR DE 36 MESES. (5005982) |
| | UNIDADES EJECUTORAS. • Programa, adquiere y distribuye los bienes y servicios necesarios para el desarrollo de la actividad en cada nivel según corresponda. |
| | RED Y MICRO RED DE SALUD Realiza incidencia a nivel de gobierno local (municipalidades distritales ubicados en el ámbito de su jurisdicción), para la implementación de la estrategia de visitas domiciliarias y referencias comunales Socializa el uso del "Aplicativo Informático de Registro de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales" al gobierno local de su jurisdicción. Acompaña y brinda asistencia técnica a los EESS de su jurisdicción y gobiernos locales correspondiente de acuerdo a su nivel de responsabilidad. |
| | ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Conforma un equipo responsable de la implementación de las Visitas Domiciliarias y referencias comunales en el EESS. Proporciona a la Municipalidad distrital, información relacionada a la las familias potenciales objetivo de las visitas domiciliarias. Participa en el proceso de convocatoria, selección y registro de actores sociales y promotores educativos. Define la meta física del subproducto y programa los bienes y servicios necesarios para la entrega del subproducto Facilita la actividad (Capacita a los actores sociales y promotores educativos, proporciona la nómina de niños a ser visitados y referidos, brinda la conformidad de los niños visitados, genera información, utilizando los instrumentos definidos por el nivel nacional) |
| 3. Criterios de programación | Programar: • 100% de actores sociales seleccionados según distrito de la jurisdicción del establecimiento de salud. La programación se realizará de acuerdo al siguiente detalle: • EESS I-1 = 8 personas (8 personas x 03 talleres por año) • EESS I-2 y I-3 = 20 personas (20 personas x 03 talleres por año) • EESS I-4 y II-1 = 40 personas (40 personas x 03 talleres por año) |
| | Fuente de información: Base de datos nacional de los Agentes Comunitarios de Salud. Base de datos de voluntarios, autoridades y líderes comunales (directiva |
| | comunal, madres líderes de comedores populares, vaso de leche, presidentes de juntas vecinales o tenientes gobernadores, miembros del club de madres, líderes y/o miembros de comunidades indígenas o campesinas, entre otros). |



| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|---|----|---|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | APLIC | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) | | | | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que contribuyen a la entrega del sub producto completo | GN | Х | GR | Х | GL | Х | | | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | Niño protegido | | | | | | | | | | |
| Modelo operacional de | la activ | idad. | | | | | | | | | |
| 1. Definición operacional | Es la niña y niño que de acuerdo a su edad ha recibido las vacunas según el esquema de vacunación vigente a través del proceso de inmunización: | | | | | | | | | | |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) |
| | El proceso de inmunización implica un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacunación de la niña y el niño según el esquema establecido. Y considerando las siguientes tareas: |
| | Orientación a la madre, padre o cuidadores sobre: importancia de las vacunas, manejo del carnet de vacunación y del cumplimiento del esquema de vacunación, el control del crecimiento y desarrollo de la niña y del niño, las indicaciones y contraindicaciones de la vacuna administradas y reacciones adversas. |
| | Preparación de ambiente, materiales e insumos que se requieren para la administración de la vacuna. |
| | Preparación del niño o niña a vacunar. |
| | Administración de la vacuna según la edad y esquema de vacunación correspondiente, considerando las pautas de inyección segura, que garantice el personal capacitado (Licenciada en enfermería y técnica de enfermería) Aplicación de los principios de Vacunación Segura (Seguridad del |
| | Aplicación de los principios de Vacunación Segura (Seguridad del usuario, del personal y de la comunidad). |
| | • Eliminación y disposición final de los residuos sólidos de la vacunación |
| | evitando el riesgo en el paciente, trabajador y la comunidad Registro adecuado y oportuno de la administración de la vacuna en el sistema de información de inmunizaciones incluir el número de lote, fecha de vencimiento, vía de administración, dosis, código CIE 10 y carne de vacunas del niño, que incluye número de lote, así como: Hoja HIS, FUA, e historia clínica, registro diario de vacunación o los aplicativos webs correspondientes a su realidad local (módulo de inmunizaciones o en SIHCE). |
| | Almacenamiento, conservación, manejo de la cadena de frío y uso de las vacunas, garantizando su calidad y eficacia. Inventario y mantenimiento de equipos de cadena de frio (SIGA) |
| | Inventario y mantenimiento de equipos de cadena de frio (SIGA patrimonio) |
| | Movimiento de vacunas, contar con información diaria de la cantidad de vacunas que se requiere, de las que se están usando y el stock, tomando en cuenta las fechas de vencimiento y factor pérdida. |
| | Registro de reacciones adversas, cuando se presenta el caso: notificaciones a Centro Nacional de Epidemiología y de Control de Enfermedades Transmisibles o DIGEMID. |
| | Contar con el Kits de Emergencia para casos de anafilaxia |
| | Registro de enfermedades inmunoprevenibles |
| | Se debe considerar para la entrega del producto lo siguiente: |
| | Asegurar la Cadena de Frio operativa y suficiente: |
| | Inventario actualizado de los equipos y elementos de la cadena de frío por niveles de atención. (SIGA patrimonio) |
| | Plan de Mantenimiento preventivo y recuperativo de cadena de frio que garantice la conservación adecuada de las vacunas. |
| | Adecuación, Preparación, Control y Registro de la temperatura de los equipos |
| | de cadena de frío y termo porta vacuna.Uso, lectura y reporte obligatorio del data logger. |
| | Equipos y accesorios de cadena de frio operativos y suficientes. Asegurar un personal capacitado en cadena de frio para soporte de las unidades ejecutoras e IPRESS, |
| | / |

| | Modelo operacional de la actividad |
|---|--|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) |
| | Asistencia técnica sobre aspectos técnicos en cadena de frio. |
| | Personal capacitado (técnicos en refrigeración, técnicos electricista o técnico en mantenimientos) |
| | Garantizar el Sistemas de información y registros adecuados: Contar con equipos de cómputo, para el ingreso de información en línea Internet con banda que garantice la agilidad del aplicativo, Control de calidad de la información desde el punto de atención Análisis de Indicadores para la toma de decisiones en el nivel operativo. Registro adecuado y oportuno de la data de los vacunados. Padrón nominal CNV y CUI actualizado. Asistencia técnica permanente sobre el registro y reporte del HIS/MINSA (módulo de inmunizaciones y SIHCE) Retroalimentación de los reportes de información a las unidades ejecutoras e IPRESS, para garantizar información real. |
| | Personal técnico en digitación |
| | El tiempo promedio para la administración de cada vacuna es de 20 minutos por niño. |
| | El producto es entregado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, según su categoría, pudiendo ser ejecutado en otro escenario siempre que se cuente con las condiciones físicas y de equipamiento mínimo necesarias (comunidad, instituciones educativas, etc.) para asegurar la vacunación. |
| | El personal profesional que desarrolla las actividades, requiere capacitación permanente (no menos de 80 horas por año). Se debe garantizar capacitación, permanencia del personal y disponibilidad presupuestal para trabajo de campo. La capacitación es responsabilidad del Equipo de Gestión Regional, Redes y Unidades Ejecutoras. La socialización será responsabilidad de Micro red y Establecimiento de Salud. Contenidos Temáticos: Clasificación de las Vacunas |
| | Esquema de vacunación |
| | Criterios de Programación y kit de insumos.Definiciones Operacionales |
| | Administración de vacuna Segura. |
| | Manejo de Cadena de frío Manejo y Seguimiento de los Eventos Severos Atribuibles (ESAVIS) Manejo de Residuos solidos Manejo de situaciones de crisis en vacunación. |
| | Análisis de información y evaluación de indicadores Gestión de la Estrategia por niveles |
| 2. Organización para la ejecución de la actividad | Ministerio de Salud: Dirección de Inmunizaciones: Elaboración y Aprobación del Esquema Nacional de vacunación y Cadena de |
| | frio, Elaborar guías e instrumentos de monitoreo y supervisión |
| | Definición de criterios de programación anual Formula las Definiciones Operacionales y estructura de costo (listado de insumos). |
| | Estimación de la necesidad anual de vacunas |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) |
| | Coordinación con CENARES para la adquisición nacional de vacunas y jeringas según la meta programada anual. Monitorea, supervisa y brinda asistencia técnica a nivel regional y evalúa los avances de los indicadores. Evalúa los indicadores de Inmunizaciones Monitorea el cumplimiento de la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP de la cadena de frio. Articulación permanente con los comités consultivos, de expertos y multisectorial. |
| | CENARES: Determina la demanda anual de presupuesto para la adquisición de vacunas y jeringas. Consolida la programación anual de vacunas y jeringas proveniente de las regiones y de las DIRIS de acuerdo a los criterios de programación establecido por la DMUNI y envía a la Dirección Nacional de Inmunizaciones para su aprobación. Comunicación a OPS de la Necesidad Anual de Vacunas y de la confirmación semestral de requerimiento de vacunas a ser adquiridas Tramita Registro Sanitario o Certificado de RS de la Vacuna Solicita a la OGA la nacionalización y desaduanaje de la vacuna Ingreso de las vacunas al Almacén de CENARES (Acta de Apertura y Ficha de Evaluación y Nota de Entrada al Almacén (NEA) Distribución trimestral de las vacunas a: DIRIS/ GERESA / DIRESA/DISA, previa coordinación con DMUNI, DIGEMID, SIS, según cronograma, la misma que se remite oportunamente a los entes mencionados. DIGEMID: Otorga Registro Sanitario o Certificado de Registro Sanitario para las vacunas y jeringas. Efectúa verificación y/o pesquisa de las vacunas (Elabora Acta de Verificación y/o Pesquisa) y autoriza su uso a nivel nacional, información que debe remitir oportunamente a la Dirección de Inmunizaciones. Remite al INS lotes pesquisados para control de calidad Comunica a CENARES resultados de control de calidad Comunica a CENARES resultados de control de calidad |
| | Consolida y evalúa los stocks de vacuna a través del ICI Monitoreo consumo de insumos versus información de vacunados Consolida y comunica la vigilancia de los ESAVIS leves y moderados |
| | Envía la Población de Padrón Nominal por edades por distrito, para la programación de metas y de vacunas e insumos, informando la fecha de corte. Soporte técnico para registro de información de vacunados. en los aplicativos para del HIS (MINISA (Madula de inmunicaciones y SILICE)) |
| | webs del HIS/MINSA (Modulo de inmunizaciones y SIHCE). Consolidado de la información por Regiones y distritos, y mantiene actualizada la información de los vacunados. Mantiene actualizada la información de los vacunados en forma nominal Realiza control de calidad de la información emitidas por DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA Retroalimentación oportuna de la información a la |
| | DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA y Dirección de Inmunizaciones. Remitir mensualmente según necesidad de tablas e indicadores a la Dirección de Inmunizaciones. |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) |
| | Asistencia técnica permanente a sus pares regionales para garantizar la información |
| | VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES. |
| | Remitir a la Dirección Nacional de Inmunizaciones el Boletín Epidemiológico Semanal de la situación actualizada de enfermedades de Inmunoprevenibles. Reporte inmediato de la Notificación de las Enfermedades Inmunoprevenibles y ESAVI Socializar a la DMUNI el informe de investigación |
| | |
| | DIRIS/GERESA/DIRESA/DISA Socializar, Implementar y verificar el cumplimiento de los documentos normativos, al 100% de los establecimientos de su salud públicos y privados de su territorio. |
| | Revisar y consolidar la programación de las necesidades de vacunas, jeringas, materiales e insumos para operativizar las actividades de vacunación. (micro planificación local) |
| | Oficializa a CENARES el requerimiento anual de vacunas Recepciona las vacunas y jeringas del nivel nacional y garantiza la cadena |
| | de frío. (verificación física y documentaria) |
| | Monitorear el movimiento del stock de vacunas y jeringas utilizando el ICI y el informe analítico en forma mensual. |
| | Distribuye las vacunas, materiales e insumos de acuerdo a la programación |
| | de metas físicas a los puntos de vacunación. Notifica a Dirección de Inmunizaciones registros de temperatura (data logger) Monitorea y evalúa la calidad y oportunidad de la información al nivel operativo. |
| | Elabora y ejecuta el Plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de los equipos y complementos de cadena de frío. |
| | Supervisar y brindar asistencia técnica al personal operativo para garantizar vacunación segura. |
| | Realiza actividades de monitoreo y evaluación trimestral, semestral y anual de los indicadores y de la calidad y oportunidad de la información al nivel operativo. |
| | Analizan información mensual por establecimiento de salud y propone acciones de mejora en base a los resultados que incluya MRC |
| | VEA Inmunoprevenibles remitir oportunamente a Inmunizaciones el reporte de Notificación Semanal de Inmunoprevenibles y ESAVIS. |
| | Monitoriza la actualización del padrón nominal, CUI y siga patrimonial |
| | Monitoriza la ejecución presupuestal |
| | Unidades Ejecutoras: Realiza la programación de metas físicas según los criterios establecidos. |
| | Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de |
| | atención de acuerdo al kit de cada sub producto. Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA.SIAF |
| | Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad. intra y extramural. |
| | Realiza control de calidad y consolidad la información de los establecimientos de salud. (micro planificación local) |
| | Brinda asistencia Técnica a los establecimientos de salud. |
| | Realiza Monitoreo, Evaluación trimestral, semestral y anual. |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) |
| | Realiza supervisión, monitoreo y seguimiento del avance de meta física y presupuestal. (considera el kit de acuerdo al producto) Monitorea la actualización del padrón nominal y del inventario de cadena de frio a través del Siga patrimonio. Elabora su plan de reposición de equipos de cadena de frio, de acuerdo a la actualización del siga patrimonio Análisis de indicadores e implementa acciones de mejora en base a los resultados que incluya MRC Establecimientos de Salud: Programación de metas físicas según padrón nominal actualizado y homologado Prever la ubicación estratégica del consultorio de vacunación y cadena de frío. Verifica y registra la temperatura de los equipos de cadena de frío en forma diaria, al ingreso y salida del personal. Adecuación de los paquetes fríos y preparación del termo porta vacunas, de acuerdo a la norma técnica de cadena de frío. (NTS Nº 136-MINSA 2017. DIGIESP. Preparación del consultorio de vacunación, para la atención del niño y/o niña, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad y los materiales y registros a utilizar durante el servicio (libro seguimiento, HIS, FUA, carne de vacunación, historia clínica, etc.). Implementación de estrategias locales, para asegurar cumplimiento de metas físicas teniendo en cuenta la micro planificación local. Monitoreo permanente del movimiento de biológicos (Verificación y registro de Stock de vacunas y jeringas, consumo, y factor perdida). Realiza seguimiento de los menores de 5 años que no cumplen con esquema de vacunación, por lo cual solicita a la unidad ejecutora garantizara gastos operativos Verificación y registro de Stock de vacunas y jeringas. Revisión mensual del padrón nominal y registro de los niños que no asistieron al consultorio de vacunación, para programar y organizar según sectores el seguimiento extramural Coordinar con los responsables de los programas sociales Juntos, Cuna más y agentes comu |
| | superior |

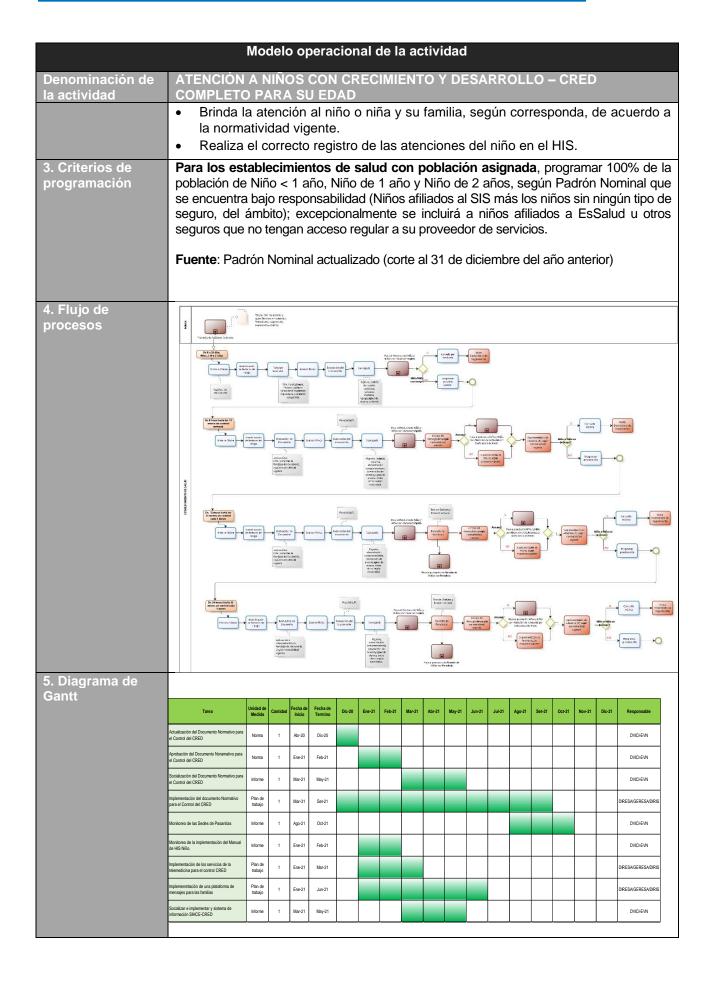
| | Mode | elo op | eraci | onal | de l | la a | ctiv | ida | ad | | | | | | | | |
|------------------------------|---|-------------|-------------|----------|---------|-----------|---------|-------|--------|--------|-------|-------------|---------|---------|---------|-------------|--|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN | DE V | ACUI | VAS (| COI | MPL | ET. | AS | 5 (5 | 00 | 00 | 17) | | | | | |
| 3. Criterios de programación | Unidad de medida: Niño Protegido | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Criterio de programación: 100% de niño menor de 1 año: Incluye 3 dosis de pentavalente, 2 dosis de IPV, 1 dosis de APO, 2 dosis de rotavirus y 2 dosis de vacuna contra el neumococo. 50% vacuna influenza 2 dosis 100% de niño de 1 año: Se considera 2 dosis de vacuna SPR, 1 dosis de vacuna contra el neumococo, 1 dosis de antiamarilica, 1 dosis de refuerzo de APO y de DPT. 100% de niño de 2 años: Se estima al 100% de niños de 2 años para vacuna contra influenza 1 dosis. 12% de niño de 3 años Se estima 12% de niños de 2 años para vacuna contra influenza 1 dosis. 100% de niño de 4 años: Para el segundo refuerzo de vacuna de DPT, APO Meta Física del Producto: Es igual a la sumatoria de las metas físicas de las Sub producto: "Vacunación niño < 1 año (100%) + Vacunación niño 1 año (100%) + Vacunación niño 2 años (100%) + Vacunación niño 3 años (12%)" Fuente de información para el cálculo de la meta física: Padrón nominal homologado y actualizado.5ºasí como el CUI | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Flujo de procesos | Ver anexo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Diagrama de Gantt | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Diagram | a de Gant | t de UE | | | | | | | | | | |
| | Actividad | Fechalnicio | Fecha Termi | Duracion | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo . | lunio. | Julio | Agosti | Setiemb | Octubre | Noviemb | r Diciembre | |
| | Programación de metas fisicas | Enero | Enero | 1 mes | | | | | | | | | | | | | |
| | Elaboración cuadro de necesidades | Abril | Junio | 3 meses | | | | | | | | | | | | | |
| | Ingresa la programación al SIGA.SIAF | Marzo | Dcbre | 8 meses | | | | | | | | | | | | | |
| | Provee los insumos necesarios | Marzo | Julio | 5 meses | | | | | | | | | | | | | |
| | control de calidad y consolidado | Marzo | Abril | 2 meses | | | | | | | | | | | | | |
| | Asidencia Técnica a puntos atención | Marzo | Abril | 2 meses | | | | | | | | | | | | | |
| | Nontreo Marzo Dcbre 10 meses | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Evaluación | Marzo | Dcbre | 1 mes | | | | | | | | | | | | | |
| | | Muleo | Desire | 111C3 | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Listado de | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| insumos | Ver Estructura | de C | ostos | en Si | ste | ma (| de (| Ge | stić | 'n | de | Pr | odu | ctos | 5. | | |

 $^{^{50}}$ Para la programación de la meta física se considera el padrón nominal al 31 de diciembre del año anterior.

| | Modelo operacional de la actividad | | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | APLICACIÓN DE VACUNAS COMPLETAS (5000017) | | | | | | |
| 7.Listado de insumos | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ | | | | | | |
| | Módulo de Gestión de Producto | | | | | | |

| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|------------------|-------------------|----------------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
| Denominación de | ATENCIÓN A NIÑO COMPLETO PARA | | | ESARROLLO - | - CRED | | | | | | |
| la actividad Identifique los | COMPLETO PARA | SU EDAD | | T T | | | | | | | |
| niveles de | GN X GR X GL | | | | | | | | | | |
| Gobierno que | A GL | | | | | | | | | | |
| ejecutan la | | | | | | | | | | | |
| actividad (Marque | | | | | | | | | | | |
| con un aspa) | | | | | | | | | | | |
| Unidad de medida | 040 Ni ~ 0 | 1. | | | | | | | | | |
| del indicador de producción física | 219. Niño Controlad | 10 | | | | | | | | | |
| Modelo operacional | de la actividad | | | | | | | | | | |
| 1.Definición | | | | | | | | | | | |
| operacional | Niños con CRED co controles de crecimie | | | niño que de acu | erdo a su edad tiene | | | | | | |
| | Recien nacido d | e 0 a 29 días c | on 4 controles | | | | | | | | |
| | Niños de 01 a 11 | | | | | | | | | | |
| | Niños de 12 a 23 | | ` ' | | | | | | | | |
| | Niños de 24 a 35 meses con un (01) control cada 3 meses. | | | | | | | | | | |
| | El Control de Crecimiento y Desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por un profesional de enfermería o medicina. | | | | | | | | | | |
| | Incluye: | | | | | | | | | | |
| | Identificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno para el crecimiento y desarrollo del niño. | | | | | | | | | | |
| | Evaluación Físic | | | | | | | | | | |
| | Evaluación de la | | | | | | | | | | |
| | Evaluación ortop | | y additiva | | | | | | | | |
| | • | | revalentes u otra | as alteraciones fí | sicas. | | | | | | |
| | Dosaje de hemo | | | | | | | | | | |
| | Descarte de para | | | | | | | | | | |
| | Tamizaje de salud mental como: violencia familiar, maltrato infantil, entre otros. | | | | | | | | | | |
| | | | | ; identificación, se | | | | | | | |
| | | | | cionales, según d | | | | | | | |
| | Evaluación del d desarrollo, segúr | | ızaje, seguimler | no y derivacion d | e los problemas de | | | | | | |
| | | • | suplementació | n v otros micronu | itrientes de acuerdo a | | | | | | |
| | esquema vigente | | Capioi nontació | , 50.55 1111010110 | | | | | | | |
| | Profilaxis antipar | | erdo a esquem | a vigente. | | | | | | | |
| | Consejería de ad | cuerdo a los ha | llazgos: | _ | | | | | | | |
| | | • | , , , , , , | adre o cuidador y | . , | | | | | | |
| | | | | ón, crecimiento, (| | | | | | | |
| | crecimiento |) desarrollo, cu | iidado y crianza | ı de la niña y el ni | no. | | | | | | |

| | Modelo operacional de la actividad |
|---|---|
| Denominación de la actividad | ATENCIÓN A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO – CRED COMPLETO PARA SU EDAD |
| | Identificación y elección conjunta (madre, padre o cuidador y prestador) de alternativas de solución, toma de acuerdos y compromisos para mejorar el cuidado integral del niño en el hogar (alimentación, crianza y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad, entre otros). Seguimiento y monitoreo del cumplimiento de acuerdos y compromisos. Entrega de material de información y educativo de apoyo a la madre, padre o cuidador del niño o niña. Registro según corresponda, en historia clínica, carne de atención integral de salud de la niña o niño, formato único de atención, sistema de monitoreo y vigilancia, registro de seguimiento, entre otros. Seguimiento al Plan de Atención Integral de la Niña y el Niño. Visita domiciliaria para realizar el seguimiento integral del niño. Sesiones de Atención Temprana del Desarrollo. |
| | Tiempo promedio es de 45 minutos. El profesional de la salud deberá tener encuentra este tiempo para la programación de N° de niños o niñas para atención en un turno. |
| | El producto es entregado en todos los establecimientos de salud principalmente en el primer nivel de atención. |
| | Capacitación: el personal que entrega la actividad requiere capacitación permanente (no menos de 90 horas por año), la capacitación de personal de salud es de responsabilidad del equipo de gestión de las DIRESAS/GERESAS/DIRIS; el criterio, duración y frecuencia depende de los contenidos temáticos, el mismo que debe ser coherente con la normatividad vigente. |
| | Nota: en los establecimientos de salud en los cuales no se cuenta con profesional de enfermería/médico; el personal técnico debidamente capacitado realizará solamente la actividad de Antropometría. |
| 2. Organización para la entrega de la actividad | En el Nivel nacional: MINSA Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. Brinda asistencia técnica. Realiza el proceso para la adquisición y distribución de bienes y servicios del producto. Monitorea y evalúa. |
| | En el Nivel regional: DIRESA/GERESA/DIRIS/RED DE SALUD Adecua, difunde e implementa los documentos técnicos normativos. Brinda asistencia técnica. Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto. A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios necesarios a los puntos de atención de su ámbito y monitora su disponibilidad. Gestiona y monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel regional y por establecimiento de salud. Establecimiento de salud: Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. |
| | Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. Realiza el requerimiento de los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, de manera periódica. |



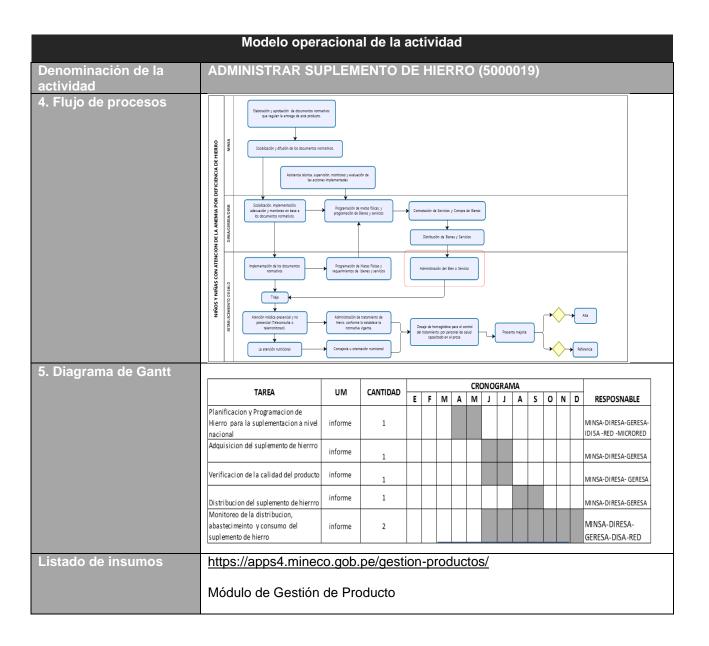
| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|---|
| Denominación de la actividad | ATENCIÓN A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO – CRED COMPLETO PARA SU EDAD |
| Listado de insumos | https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ |
| | Módulo de Gestión de Producto |

| | Mode | elo opera | cional de la | actividad | | |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|--|---|
| | | | | | | |
| Denominación de la | ADMINIST | RAR SUF | PLEMENTO | DE HIERR | O (5000019) | |
| actividad Identifique los niveles | GN | Х | GR | Х | GL | |
| de Gobierno que | OI (| ^ | O i c | | 02 | |
| ejecutan la actividad | | | | | | |
| (Marque con un aspa) | | | | | | |
| Unidad de medida del | 000 1117 | | | | | |
| indicador de | 220. Niño : | suplement | ado | | | |
| producción física | | | | | | |
| Modelo operacional de la | actividad | | | | | |
| 1.Definición operacional | | | | | | |
| | | | | | | hierro y otros |
| | | | | | | la suplementación |
| | | | | | | eses, atendidas de |
| | | | • | | | adas por el personal al del niño y niña; y |
| | comprer | | Сараспасо | que realiza i | a attribion integri | ar der mile y mila, y |
| | | | | | | |
| | 1. Adı | ministració | n del suplem | ento de hier | ro y otros micronu | ıtrientes de acuerdo |
| | al e | esquema v | igente. | | | |
| | > | Niños y | niñas prema | turos y/o co | on Bajo peso al r | nacer, 2 mg/kg/día, |
| | | a partir | de los 30 d | ías de nac | ido hasta cumpl | ir los 5 meses 29 |
| | | días de | edad y cont | inua en forr | ma diaria durant | e 6 meses. |
| | > | - | | | • | o para su edad, 2 |
| | | mg/kg/d | ía, a partir | desde los | 4 hasta los 6 i | meses de edad y |
| | | continua | a en forma d | iaria duran | te 6 meses. | |
| | > | · Niños y | niñas de 6 | a 23 mes | es de edad rec | ibe 10-12.5mg de |
| | | hierro el | emental /día | a durante 6 | meses continuo | os. |
| | > | Niños y | niñas de 24 | 1 -35 mese | s de edad, recib | oe 30mg de hierro |
| | | element | al o un sobr | e de micror | nutriente en form | na diaria durante 6 |
| | | meses. | | | | |
| | 2. Co | nsulta nut | ricional o at | ención nuti | ricional presenci | al y no presencial |
| | ` | eleconsulta | , | | | |
| | | • | • | • | no presencial (T | , |
| | | - | | • | • | a Clínica, E-Qhali, |
| | | - | | • | | en el HIS con el |
| | | _ | | - | | ierro ó 99199.19 |
| | | | ción con mul | | | |
| | 5. En | trega de n | naterial educ | cativo y con | nunicacional esc | crito. |
| | | | _ | _ | | |
| | | | | | | (3325513), Es un |
| | | | | | or el personal n del niño y niña; y (| nédico o de salud |
| | Capacila | ao que rec | ııı∠a ıa al⊍ı IUI | on intogral (| aci i ii io y i ii ia, y i | comprende. |
| | l | | | | | |

| | Modelo operacional de la actividad |
|---|--|
| Denominación de la actividad | ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO (5000019) |
| detividud | Administración de suplemento de vitamina "A" de acuerdo a esquema vigente: 100,000 UI a los 6 meses. 200,000 UI a los 12 meses y luego cada 6 meses hasta los 59 meses. Consulta nutricional o atención nutricional presencial y no presencial (Teleconsulta Consejería nutricional presencial y no presencial (Teleorientación) Registro de la atención según corresponda: Historia Clínica, E-Qhali, Tarjeta de Atención Integral del niño y niña, FUA y en el HIS con el código CPMS 99199.27 Suplementación de vitamina "A". Entrega de material educativo y comunicacional escrito |
| | Dosaje de Hemoglobina (3325607), Procedimiento de apoyo al diagnóstico, para determinar la concentración de hemoglobina en sangre y controlar la eficacia de la suplementación con hierro, la metodología que se utiliza es la detección fotométrica a través del hemoglobinómetro que permite realizar lecturas directas de la cantidad total de la hemoglobina en sangre total. Es realizado por personal de salud (profesional o técnico) capacitado y comprende: Un dosaje de hemoglobina, a los 6 meses de edad y cada 6 meses hasta cumplir los 2 años de edad. A partir de los 2 años de edad, un dosaje de hemoglobina una vez al año. Registro de la atención según corresponda (Historia Clínica, E-Qhali, Tarjeta de Atención Integral del niños y niñas, HIS, FUA). |
| | Seguimiento del cumplimiento de las atenciones preventivas del niño, (3325514), El seguimiento de las atenciones preventivas del niño y niña, es la atención presencial (visita domiciliaria) y no presencial (seguimiento telefónico, telemonitoreo y teleorientación), con el propósito de verificar el cumplimiento de los compromisos asumidos por la madre, padre, cuidador del niño y niña al momento de la atención, además de evaluar la adherencia a la suplementación con hierro y brindar orientación nutricional pertinente de acuerdo a la situación encontrada, comprende: |
| | 02 actividades de seguimiento entre los 4 y 5 meses. 03 actividades de seguimiento entre 6 y 11 meses (a los 30, 90 y 180 días de iniciada la suplementación). Registro de la atención según corresponda (Historia Clínica, Tarjeta de Atención Integral de niño y niña, HIS, FUA). Entrega de material educativo y comunicacional escrito, en las actividades de seguimiento presencial (visita domiciliaria). La estimación de la proporción de actividades de seguimiento presencial y no presencial debe considerar el análisis de la oferta disponible y la situación epidemiológica de su jurisdicción. |
| 2. Organización para la entrega de la actividad | En el Nivel nacional: MINSA |
| entrega de la actividad | Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. Brinda asistencia técnica. Monitorea y evalúa. Consolida la programación a nivel nacional. Realiza el proceso para la adquisición y distribución de bienes y servicios del producto. Monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel nacional y regional. Nivel Regional: GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD |

| | Modelo operacional de la actividad |
|------------------------------|--|
| Denominación de la actividad | ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO (5000019) |
| | Adecua, difunde e implementa el marco normativo. Brinda asistencia técnica. Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras. Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido por el nivel nacional A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención. A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios complementarios a los puntos de atención de su ámbito y monitorea su disponibilidad. Gestiona y monitorea mensualmente el abastecimiento de los medicamentos e insumos a nivel regional y por establecimiento de salud. |
| | Establecimiento de Salud: Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. Realiza el requerimiento de los medicamentos e insumos, de manera periódica. Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. Realiza el correcto registro de las atenciones del niño en Historia Clínica, E-Qhali, Tarjeta de Atención Integral del niño y niña, HIS, FUA. Realiza el seguimiento de los niños y niñas con anemia, según categoría del establecimiento de salud a fin de garantizar la adherencia. Realiza visita domiciliaria y consejería, según categoría del establecimiento de salud a fin de garantizar la adherencia. |
| 3. Criterios de programación | A. SUB PRODUCTO 3325512: NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y OTROS MICRONUTRIENTES. Criterios de programación: Programan EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel de atención con población asignada (II-1). |
| | Programar: * 100% de niños y niñas menores de 1 año, (con SIS + Sin seguro +Sin Dato) registrados en el padrón nominal (Incluye los niños y niñas con BPN, prematuros y nacidos a término con adecuado peso al nacer). Mas |
| | * 100% de niños y niñas de 12 a 23 meses, sin anemia, (con SIS + Sin seguro +Sin Dato) registrados en el padrón nominal. |
| | Para la estimación del número de niños y niñas sin anemia se realizará a partir de la prevalencia de anemia según ENDES del año anterior. |
| | Ejemplo: A. Total de niños y niñas de 12 a 23 meses (01 año) = 20,548 B. Prevalencia de anemia en niños y niñas de 12 a 23 meses, según dato de ENDES del año anterior a nivel regional: 51.2% |

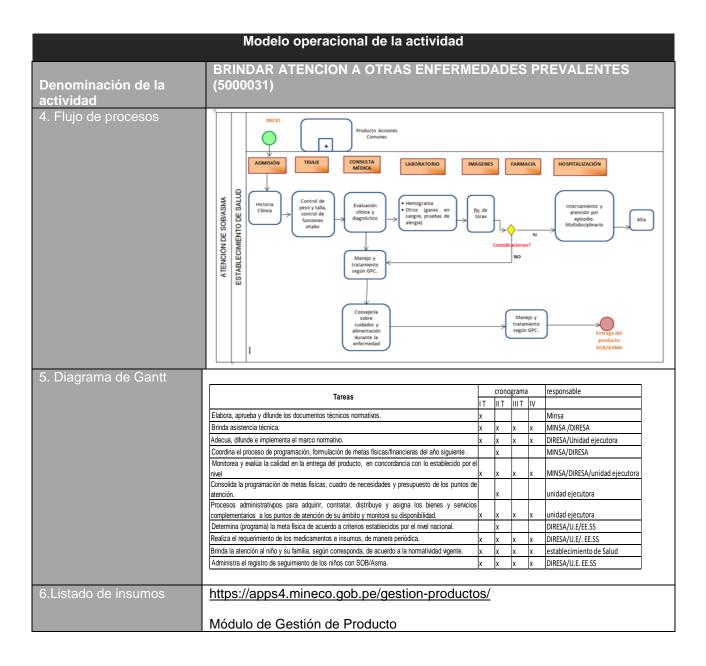
| Modelo operacional de la actividad | | | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO (5000019) | | | | | |
| | (20,548 x 51.2%= 10,521) C. Número de niños y niñas de 12 a 23 meses a suplementar: (20,548 – 10,521) = 10, 027 | | | | | |
| | B. SUB PRODUCTO 3325513: NIÑO MENOR DE 5 AÑOS CON SUPLEMENTO DE VITAMINA A. | | | | | |
| | Criterios de programación: Programan EESS del 1º nivel de atención y del 2º nivel de atención con población asignada (II-1), ubicados en distrito de pobreza y extrema pobreza según Mapa de Pobreza Monetaria Provincial y Distrital INEI. Programar: | | | | | |
| | * 100% de niños y niñas menores de 1 año, con SIS, sin seguro y sin dato registrados en el padrón nominal, de los distritos con pobreza y extrema pobreza según el Mapa de Pobreza Monetaria Provincial y Distrital de INEI. | | | | | |
| | Mas | | | | | |
| | * 100% de niños y niñas de 12 a 59 meses, con SIS, sin seguro y sin dato registrados en el padrón nominal, de los distritos con pobreza y extrema pobreza según el Mapa de Pobreza Monetaria Provincial y Distrital de INEI. | | | | | |
| | Fuente: Mapa de pobreza monetaria provincial y Distrital de INEI. Padrón Nominal con corte al 31 de diciembre del año anterior a la programación. | | | | | |
| | C. SUBPRODUCTO 3325607: DOSAJE DE HEMOGLOBINA Criterios de programación: Programan EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel de atención con población asignada (II-1). | | | | | |
| | Programar: * 100% de niños y niñas de 6-35 meses de edad, con SIS, sin seguro y sin dato, registrados en el padrón nominal. | | | | | |
| | Fuente: Padrón Nominal con corte al 31 de diciembre del año anterior a la programación. | | | | | |
| | D. SUBPRODUCTO 3325514: SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ATENCIONES PREVENTIVAS DEL NIÑO. Criterios de programación: | | | | | |
| | Programan EESS del 1° nivel de atención y del 2° nivel de atención con población asignada. Programar: | | | | | |
| | 100% de niños y niñas menores de 01 año, con SIS, sin seguro y sin dato registrados en el padrón nominal | | | | | |
| | <u>Fuente</u> : Padrón Nominal con corte al 31 de diciembre del año anterior a la programación. | | | | | |



| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------|-------------------------------------|---------|-----------|----|--|--|
| Denominación de la actividad | BRINDAR AT (5000031) | ENCION A O | TRAS ENFERI | MEDADES | PREVALENT | ES | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | X | GR | х | GL | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física | 016. Caso tratado | | | | | | | |
| Modelo operacional de la Actividad | | | | | | | | |
| 1.Definición operacional | | en menores o | diagnóstico y de 5 años, a n. | | | | | |
| | Incluye: | | | | | | | |

| | Modelo operacional de la actividad |
|--------------------|---|
| | BRINDAR ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES |
| Denominación de la | (5000031) |
| actividad | Atención ambulatoria: |
| | Dos consultas ambulatorias por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda. Determinación del estado nutricional por antropometría. Verificar el cumplimiento de Inmunizaciones y CRED correspondiente. Prescripción, administración y entrega de medicamentos e insumos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente, de corresponder referencia de acuerdo a la severidad. Consejería sobre cuidados y alimentación durante la enfermedad, así como reconocimiento de los signos de alarma y prevención de futuros episodios. Entrega de material educativo de apoyo. Registro y notificación: Historia clínica, Registro diario de atención – HIS, Formato Único del Seguro Integral de Salud (FUA-SIS) según corresponda, Sistema de consumo integrado ICI- SISMED según corresponda, reporte en el sistema de vigilancia epidemiológica (VEA – |
| | MINSA). Control al tratamiento de la exacerbación y control periódico de la enfermedad de base. |
| | La actividad es realizada por los profesionales de la salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutiva del establecimiento de salud, a través de la oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 20 minutos por consulta. |
| | Atención por emergencia: Una consulta por emergencia por episodio como mínimo, exámenes de ayuda diagnóstica según corresponda. Prescripción, administración y entrega de medicamentos e insumos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente. |
| | Registro y notificación: Historia clínica, Registro diario de atención – HIS, Registro diario de ingresos y egresos, Formato Único del Seguro Integral de Salud (FUA-SIS) según corresponda; Sistema de consumo integrado ICI- SISMED, según corresponda; reporte en el Sistema de vigilancia epidemiológica (VEA - MINSA). Control al tratamiento hasta estabilizar al paciente y alta con seguimientos portegiores por consulta outerne. |
| | posteriores por consulta externa. La actividad es realizada por los profesionales de la salud de acuerdo a su competencia y capacidad resolutiva del establecimiento de salud, utilizando un tiempo promedio de 120 minutos por caso. |
| | Atención por hospitalización/internamiento: Conjunto de cuidados, procedimientos y atención médica especializada que se brinda a todo niño o niña menor de 5 años con SOB/ASMA, que se brinda en establecimientos de salud con capacidad resolutiva, bajo responsabilidad de un equipo de profesionales (Pediatra o médico general con entrenamiento; enfermera general o con especialización en pediatría), además se requiere contar con un equipo de profesionales y técnicos para realizar los procedimientos de apoyo. Incluye: |
| | Hospitalización/internamiento hasta el alta, así como la contrareferencia para control después del alta. |

| | Modelo operacional de la actividad |
|---|--|
| | BRINDAR ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES |
| Denominación de la | (5000031) |
| actividad | |
| | El tiempo de internamiento es variable y depende la patología, considerándose como promedio 5 días. |
| 0.0 | Nicol Nacional MINOA |
| Organización para la entrega del producto | Nivel Nacional - MINSA: Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos. Brinda asistencia técnica. Monitorea y evalúa. |
| | Nivel Regional-GERESA/DIRES/DISA/DIRIS/RED DE SALUD: |
| | Adecua e implementa el Marco Técnico Normativo |
| | Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras |
| | Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto, en concordancia con lo establecido en los documentos normativos. |
| | Supervisa y brinda asistencia técnica para mejorar las competencias del recurso humano para el desarrollo de la actividad |
| | Monitorea y evalúa la calidad, y oportunidad de la información al nivel operativo. |
| | Consolida y evalúa stock de medicamentos e insumos para brindar tratamiento. |
| | Evaluación trimestral, semestral y anual. |
| | Unidades Ejecutoras/Redes de Salud. Programación de metas físicas según los criterios establecidos. Programación de presupuesto, cuadro de necesidades por puntos de atención, según corresponda. Ingresa la programación de los puntos de atención al SIGA, SIAF. Provee los insumos necesarios para el desarrollo de la actividad, según corresponda. Organiza los servicios para brindar la atención. Realiza control de calidad y consolida la información de los establecimientos de salud. Brinda asistencia técnica a los establecimientos de salud. Evaluación mensual, trimestral y anual de los indicadores. |
| 3. Criterios de programación | ESTABLECIMIENTO DE SALUD Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente. Determina (programa) la meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional. Realiza el requerimiento de los medicamentos e insumos, de manera periódica. Administra el registro de seguimiento de los niños con SOB/Asma. SUB PRODUCTO SOB/ASMA (3331502) Programar el promedio de los últimos 3 años, de casos de SOB/ASMA en niñas y niños menores de 5 años, registrados con códigos CIE 10: J21.0, J21.1, J21.8, J21.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J45.0, J45.1, J45.9, J46.X, atendidos en consultorio externo, emergencia y |



| Modelo operacional de la actividad | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----|---|----|--|--|--|--|--|
| Denominación de la actividad | | ATENDER A NIÑOS Y NIÑAS CON DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS NTESTINAL (5000035) | | | | | | | | |
| Identifique los niveles de Gobierno que ejecutan la actividad (Marque con un aspa) | GN | X | GR | х | GL | | | | | |
| Unidad de medida del indicador de producción física Modelo operacional del p | 016. Caso tratado | | | | | | | | | |
| 1.Definición operacional | Intervención orientada al diagnóstico y tratamiento de los casos de parasitosis intestinal en niñas y niñas de 1 año hasta los 4 años 11 meses 29 días, atendidos de manera ambulatoria. Se desarrolla a través de la actividad de: | | | | | | | | | |

Atender a Niños con Diagnostico de Parasitosis Intestinal: 5000035

Incluye:

- Dos consultas ambulatorias por episodio como mínimo.
- Un examen seriado de Heces (tomar tres muestras y analizarlas por método directo y por técnica de sedimentación espontanea en tubo) y Test de Graham de diagnóstico y 01 de control.
- La confirmación del diagnóstico mediante los métodos de Concentración, Kato Katz, coloración y cultivo es realizada en los laboratorios de referencia regional capacitado por el INS.
- Prescripción, administración y entrega de medicamentos según corresponda, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.
- Orientación a la madre, padre o cuidador del niño y la niña, a través de entrega de material educativo de apoyo.
- Registro según corresponda; en historia clínica, carné de AIS de la niña y el niño, formato de atención del SIS, registro de seguimiento y citas, etc.

La actividad es realizada por el profesional médico, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por consulta, además se requiere de personal profesional o técnico para la realización de los exámenes de laboratorio, quienes utilizan 30 minutos en promedio por muestra procesada.

La atención se brinda en establecimientos de salud con la capacidad resolutiva correspondiente, a través de la oferta fija o móvil, utilizando un tiempo promedio de 15 minutos por atención o consulta.

Organización para la entrega del producto

Nivel Nacional - MINSA:

- Elabora, aprueba y difunde los documentos técnicos normativos.
- Brinda asistencia técnica.
- Monitorea y evalúa.

Nivel Regional: DIRESA/GERESA/DIRIS/ Redes de Salud

- Adecua, difunde e implementa los documentos técnicos normativos.
- Brinda asistencia técnica.
- Coordina el proceso de programación, formulación de metas físicas/financieras.
- Monitorea y evalúa la calidad en la entrega del producto.
- A través de las unidades ejecutoras consolida la programación de metas físicas, cuadro de necesidades y presupuesto de los puntos de atención.
- A través de las unidades ejecutoras, adquiere, contrata, distribuye y asigna los bienes y servicios necesarios a los puntos de atención de su ámbito y monitora su disponibilidad.

Establecimiento de salud:

- Brinda la atención al niño y su familia, según corresponda, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Determina (programa) la Meta física de acuerdo a criterios establecidos por el nivel nacional.

Realiza el requerimiento de los bienes y servicios necesarios para la entrega del producto, de manera periódica.

3. Criterios de programación

Promedio de los últimos 3 años de niñas y niños de 1 año hasta los 4 años 11 meses 29 días, con diagnóstico de parasitosis intestinal.

(Códigos CIE 10: A06; A07.1; A07.0; B66.3; B66.4; B68.0; B68.1; B68.9; B70; B71; B76.0; B76.1; B76.9; B77.9; B78.0; B79; B80; B82.0; B82.9) que han recibido tratamiento. Fuente: HIS MINSA

| 4. Flujo de procesos | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|-----------|-----------|----|---|---|-----|---|----|---|---|----|-----------------------------|
| 5. Diagrama de Gantt | | | | | | | | | | | | | |
| | TAREA | UM | CANTIDAD | L | | | RON | | | | | 1- | RESPONSAB |
| | | | | E | F | M | M | J | JA | S | О | NL | D LE MINSA |
| | Planificación y programación de actividades | Informe | 1 | | | | | | | | | | /DIRESA/ |
| | | | | | + | _ | + | H | - | + | - | - | GERESA |
| | Elaboracion de cuadro de | Informe | 1 | | | | | | | | | | /DIRESA/ |
| | Necesidades | | | | | | | | | | | | GERESA |
| | Plan de Revisión de la GPC de Parasitosis Intestinal en niñas y niños. | Informe | 1 | | | | | | | | | | MINSA |
| | Revisión de la GPC de Parasitosis Intestinal en niñas y niños. | Informe | 1 | | | | | | | | | | MINSA |
| | Opinión favorable de expertos para aprobación de la GPC. | Informe | 1 | | | | | | | | | | MINSA /DIRESA/ GERESA |
| | Socialización de la GPC de | | | Ħ | | | | Ħ | | | | | MINSA |
| | Parasitosis Intestinal en la niña y el niño. | Informe | 1 | | | | | | | | | | /DIRESA/ GERESA |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 4 Listado de insumos | https://apps4.mineco.gob.p | e/gestion | -producto | s/ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | Módulo de Gestión de Prod | ducto | | | | | | | | | | | |

A NIVEL DE GOBIERNO LOCAL:

Tabla 11. Actividades de los Productos

| | Actividades de los productos |
|---------------------------|--|
| Denominación del producto | FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES. (3033251) |
| Actividad 3 | Acciones de los municipios que promueven el cuidado infantil y la adecuada alimentación. (5005983) |

Tabla 12. Modelo Operacional de la Actividad

| Denominación de | | ACCIONES DE MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y | | | | | | |
|-------------------|---|--|---------------|---------------|-----|---|--|--|
| la actividad | LA AI | A ADECUADA ALIMENTACIÓN (5005983) | | | | | | |
| Identifique los | GN | | GR | | | | | |
| niveles de | | | | | | | | |
| Gobierno que | | | | | GL | X | | |
| ejecutan la | | | | | | | | |
| actividad | | | | | | | | |
| Unidad de medida | Famili | Familias con niños menores de 12 meses | | | | | | |
| del indicador de | | | | | | | | |
| producción física | | | | | | | | |
| Modelo Operaciona | lodelo Operacional de la Actividad | | | | | | | |
| 1. Definición | Conjunto de acciones realizadas por el Municipio provincial o distrital, con la | | | | | | | |
| operacional | finalidad de contribuir con la mejora del cuidado y alimentación infantil, así como | | | | | | | |
| | en la reducción de la anemia, con prioridad del menor de 12 meses. | | | | | | | |
| | Incluye: | | | | | | | |
| | Conformación/Formalización y conducción de una Instancia de Articulación | | | | | | | |
| | L | ∟ocal (IAL) ⁵¹ , | incluye entre | otras accione | es: | | | |

⁵¹ Si no existe una instancia de articulación local que incluya la vigilancia del desarrollo infantil temprano como parte de sus objetivos o tareas, se deberá conformar un equipo impulsor para realizar este proceso.

Mapeo/actualización de integrantes de la IAL52. Selección de autoridades, organización de la IAL, asignación de funciones a sus miembros y formulación de reglamento interno que regule su funcionamiento. Coordinar con el EESS para definir acciones relacionadas con la salud local e incorporarlas en el Plan de Desarrollo Municipal Concertado y sus respectivos Planes de Desarrollo Municipal. Organizar y monitorear, en coordinación con el EESS el desarrollo de Visitas a domicilio, por parte de los actores sociales, el mismo que incluye entre otras acciones: Sectorización del territorio sobre la base de los resultados de la implementación del Sistema Integrado para la Gestión de Información Territorial (SIGIT) por parte del INEI (sectoriza el territorio de la Municipalidad según la división cartográfica que brinde el sistema) Convocatoria, selección y registro de actores sociales que realizarán visitas domiciliarias Identificación de niños a ser priorizados para recibir visitas domiciliarias Realiza el ingreso y procesamiento de la información en el "Aplicativo Informático de Registro de Visitas Domiciliarias por Actores Sociales". Analiza información de las visitas domiciliarias y referencias de los actores sociales, conjuntamente con el EE.SS. y las presenta al IAL. Conformidad técnica de las visitas y pago de una retribución económica, cuando corresponda o Adquisición y dotación de dispositivos móviles (teléfono celular) a actores sociales53. o Realizar los procesos para otorgar las retribuciones económicas a los actores sociales que realicen las visitas domiciliarias. Acompañamiento a los actores sociales. Actualizar permanentemente el padrón nominal del ámbito de su jurisdicción, en coordinación con el EESS Organizar y monitorear, en coordinación con el EESS: o Ejecución de Sesiones demostrativas. Adquisición y dotación de insumos alimenticios frescos para las sesiones demostrativas⁵⁴. Organiza en coordinación con el EESS la realización de "campañas de medicina preventiva y educación sanitaria". (Art. 80 - LOM). Promueve y organiza la realización de ferias de productos alimenticios, agropecuarios y artesanales" (Ar.83 - LOM) Promover la realización de ferias y espacios de venta de alimentos ricos en hierro, pescado, vísceras, bazo, sangrecita, crear "tiendas de hierro" (venta de sangrecita de manera periódica).55

2. Organización para la entrega del producto

MINSA: A través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública-DGIESP

intercambiar experiencias exitosas. (Art. 80 - LOM).

 Elabora, aprueba y difunde documentos normativos para la implementación del proceso.

Organiza Concurso de comunidades/sectores, para mostrar logros o

Asistencia técnica

⁵² Plan Multisectorial contra la Anemia DS N° 068-2018-PCM. La instancia de articulación local (IAL), conformado por alcalde que lidera todas las actividades, Gestores territoriales del MIDIS, operadores de servicios (salud, educación, MIDIS, etc.), Promotores de desarrollo social de la Comunidad, Sociedad Civil Organizada, Sector Privado y Cooperación (que trabajen el tema de infancia), Academia.

⁵³ Sólo, si no fuera posible contar con el suficiente número de actores sociales que cumplan este requisito para realizar las tareas asignadas por la IAL, el Municipio deberá adquirir el mencionado equipo con cargo a sus propios recursos y organizar su uso de la manera más eficiente posible.

⁵⁴ En el caso de imposibilidad de su dotación por el servicio de salud y por requerimiento expreso del servicio de salud debidamente sustentado

⁵⁵ Experiencias exitosas de municipalidades en el País, brindaron buenos resultados en la lucha contra la anemia y DCI.

Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad a nivel nacional. Nivel Regional. DIRESA/GERESA/DIRIS y Unidades Ejecutoras, a través de la unidad orgánica correspondiente. Adecua, difunde e implementa los documentos normativos. Brinda asistencia técnica en el ámbito de su competencia. Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad en el nivel operativo. Establecimientos de Salud: Participa en la Instancia de Articulación Local-IAL Brinda asistencia técnica a la Instancia de Articulación Local-IAL. para el cumplimiento de las tareas programadas en el plan de trabajo integral. Brinda la información al municipio distrital para la actualización y revisión de consistencia del padrón nominal. Realiza el visto bueno a las visitas domiciliarias realizadas por AS **Gobierno Local** Conduce el proceso para la instalación y funcionamiento de una Instancia de Articulación Local-IAL en el ámbito distrital. Financia las visitas domiciliarias para el seguimiento de la suplementación preventiva y terapéutica realizada por los actor social/actores locales. Actualiza el padrón nominal de su ámbito 3. Criterios de 100% de niños menores de 12 meses del ámbito de su jurisdicción. programación Fuente de información: Padrón nominal, corte al 31 de diciembre del año anterior. 4. Flujo de DIRESA/GERESA/DIRIS y Gobierno Local procesos Unidades Ejecutoras INICIO Conduce el proceso para la instalación y funcionamiento de una Instancia de Articulación Elabora, aprueba y difunde documentos normativos para la implementación del proceso. Participa en la Instancia Adecua y difunde los de Articulación Local-IAL Local-IAL en el ámbito distrital. Brinda asistencia técnica a la Instancia de Articulación Local-IAL, para el cumplimiento de las tareas programadas en el plan de trabajo integral Realiza el ingreso y procesamiento de la información en el Brinda asistencia técnica. "Aplicativo Informático de Registro de Visitas Domiciliarias por Actores Monitorea y supervisa la implementación y cumplimiento de la normatividad en el nivel operativo. Brinda la información al municipio distrital Financia las visitas para la actualización y revisión de consistencia del padrón nominal. domiciliarias Analiza información y toma de decisión desde el IAL Realiza el visto bueno a las Visitas Domicili FIN 5. Diagrama Gantt ACCIONES DE MUNICIPIOS QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL Y LA ADECUADA ALIMENTACIÓN AÑO DE EJECUCION Fecha de Fecha de MAY SET TAREAS Responsable ENE FEB MAR ABR JUN JUL AGO OCT NOV DIC Inicio Termino GOB.LOCAL/INST.DE LA LOCALIDAD/EE.SS. 02/02/2019 30/02/2019 Conformacion del IAL Definicion del Plan con prioridades de salud local 15/02/2019 31/03/2019 ΙΔΙ Organización en la implementacion de las VD. y RC. GOB.LOCAL/INST.DE LA 01/03/2019 31/05/2019 LOCALIDAD/EE.SS 31/03/2019 Actualizacion del padron nominal 15/02/2019 GOB.LOCAL / EE.SS GOB.LOCAL/INST.DE LA Monitoreo y supervision de las VD y R.C. 05/03/2019 30/03/2019 LOCALIDAD/EE.SS. 6. Listado de https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/ insumos: Módulo de Gestión de Producto

| Denominación del producto | Desinfecció | n y/o tratamiento | del agua para cons | umo humano | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|--|
| Identifique los niveles de Gobierno que entregan el producto completo (Marque con un aspa) Unidad de medida del | GN Centro pobla | GR do | GL | X | | | |
| indicador de producción física | | | | | | | |
| Modelo operacional del | producto | | | | | | |
| 1. Definición operacional | consumo hu de la calidad Se desarrolla pobreza a tra Prácticas almacena Desinfect poblados | Imano comprende microbiológica de a en el ámbito ruavés de las siguiers en técnicas se amiento domiciliarición de sistemas o a de extrema pobre | ral en centros pobla ntes subproductos: eguras de desinfecc o. de abastecimiento de eza y rurales. | ados de extrema ción de agua y agua en centros | | | |
| | desinfect A través de l | ción y cloración. os Gobiernos loca | les se implementan s de la actividad de | acciones para el | | | |
| | tratamiento del agua para consumo humano Los subproductos son realizados por personal profesional de las Áreas Técnicas Municipales de los Gobiernos locales ATM (Ingenieros, químico, biólogos entre otros) con competencia en la Desinfección y/o tratamiento del agua para consumo humano. En el centro poblado se desarrollan las Prácticas en técnicas seguras de desinfección de agua y almacenamiento domiciliario, Desinfección de sistemas de abastecimiento de agua en centros poblados de extrema pobreza rurales y Taller dirigido a proveedores y personal de salud en limpieza, desinfección y cloración. El proceso para la entrega de la actividad se organiza de la siguiente manera: Planificación, capacitación de equipos técnicos, organización para entrega del producto y visita al centro poblado. | | | | | | |
| 2. Organización para la entrega de la actividad | GOBIERNO L Para cumpl seguras de o debe realizar Adquirir e consumo alumbre e Contar co servicio d Priorizar pobreza (y anemia. Caracteriz Coordinal Salud, Re | ir con el subpridesinfección de a lo siguiente: el sistema de trata humano (Kit Mi A entre otros. en un registro de la intervención en Quintil I y II), registro de con GERESA/ D | roducto de Práctica gua y almacenamiento intradomicilia Agua), los insumos de centros poblados sin e agua para consumo ha función a registro de de EDAS, casos de de agua para consumo de Salud la asisten | nto domiciliario, rio de agua para de cloro solución, infraestructura de numano. e CP de extrema esnutrición crónica o humano. sub Regionales de | | | |

| | > Para cumplir con el subproducto de Desinfección de los |
|----------------------|---|
| | sistemas de abastecimiento de agua en centros poblados de |
| | extrema pobreza y rurales, debe realizar lo siguiente: |
| | Caracterización de la fuente de agua |
| | Implementación de un modelo tecnológico para la dosificación |
| | de cloro en los sistemas de abastecimiento de agua para |
| | consumo humano. |
| | Seguimiento y control de una adecuada dosificación de cloro. |
| | Asistencia técnica a las JASS en limpieza, operación y |
| | mantenimiento del sistema de abastecimiento de agua para |
| | consumo humano. |
| | Implementar un fondo rotatorio para el suministro del cloro a las |
| | JASS. |
| | Priorizar la implementación del modelo tecnológico para la |
| | dosificación de cloro en los sistemas de abastecimiento de agua |
| | para consumo humano en centros poblados de extrema pobreza |
| | (Quintil I y II). |
| | Supervisar a las JASS. |
| | > Para cumplir con el subproducto de Taller dirigido a |
| | proveedores en limpieza, desinfección y cloración, debe |
| | realizar lo siguiente: |
| | > Talleres de capacitación a las JASS en limpieza, operación y |
| | mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua, en |
| | gestión de los servicios de agua y saneamiento, en desinfección |
| | y cloración en los sistemas de abastecimiento de agua, |
| | conformación de JASS, Estatutos, usos del agua, entre otros. |
| | Contar con un registro de organizaciones comunales prestadoras |
| | de servicios de saneamiento. |
| | > Talleres de sensibilización y educación sanitaria a nivel de la |
| | comunidad |
| 3.Criterios de | Desinfección de los sistemas de abastecimiento de agua y |
| programación | cloración del agua en centro poblado de extrema pobreza del |
| | ámbito rural |
| | Criterio de programación: El 100 % de centros poblados en el ámbito rural de extrema pobreza |
| | que cuenten con sistema de abastecimiento de agua. |
| | Fuente de información |
| | |
| | Registro de Centros Poblados del ámbito rural de la jurisdicción (utilizar base de datos del INEI). |
| | Registro de Centros Poblados con sistema de abastecimiento de |
| | agua, ámbito rural del Establecimiento de Salud. |
| | agua, ambito Turai dei Establecimiento de Salud. |
| 4.Flujo de procesos | Anexo |
| | |
| 5.Diagrama de Gantt | Anexo |
| | |
| 6.Listado de insumos | |

3.6 <u>INDICADORES</u>3.6.1 <u>Indicadores de Desempeño</u>

Tabla N° 13: Indicadores de Desempeño

| Nivel de objetivo | Nombre del indicador |
|--|---|
| Resultado final Reducir la desnutrición crónica de niños menores de cinco años | Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS). |
| Resultado Intermedios (especifico) Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses Reducción de la Morbilidad en IRA, EDA y otras Enfermedades Prevalentes | Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva. Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA. Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA. |
| Resultado Inmediato Incrementar el acceso y uso de agua segura Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses. | Proporción de hogares con acceso a agua tratada Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad. Porcentaje de menores de 36 meses con vacunas de acuerdo su edad Porcentaje de menores de 15 meses con vacunas de acuerdo su edad Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas de acuerdo a su edad Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad Porcentaje de menores de 24 meses con vacunas contra el neumococo para su edad Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro. |
| Productos: | |
| Comunidad Accede a Agua para el Consumo humano | Porcentaje de hogares con acceso al abastecimiento de agua segura |
| Atención de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas. | Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA. Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA |
| Niños y niñas con atención de la anemia por deficiencia de hierro | Proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia |
| Niños y niñas con vacuna completa | Porcentaje de menores de 36 meses con vacunas de acuerdo su edad (Según Esquema de vacunación NTS N°141 MINSA/2018/DGIESP) Porcentaje de menores de 15 meses con vacunas de acuerdo su edad (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP) Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas de acuerdo a su edad (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP) Porcentaje de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad Porcentaje de menores de 24 meses con vacunas contra el neumococo para su edad (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP) |
| Niños y niñas con CRED completo según edad | Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad. Corregida según actual norma. Proporción de niños menores de 12 meses con controles de crecimiento y desarrollo completo para su edad. |

 Proporción de niños de 6 a menos de 35 meses que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE DESEMPEÑO

Tabla 14. Ficha técnica del indicador de desempeño

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA (PATRÓN DE REFERENCIA OMS.

Ámbito de control: Resultado Final

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud, Gobierno Regional Del Departamento De Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, Pasco, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima, Callao.

Definición

Es el porcentaje de niños menores de 5 años cuya Talla para la Edad está dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del Patrón de Crecimiento Internacional tomado como Población de Referencia (patrón OMS).

Dimensión de desempeño:

Eficacia

Valor del indicador

| | Valores históricos | | | | | | | s proyect | adas |
|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|-----------|------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 17.5 | 14.6 | 14.4 | 13.1 | 12.9 | 12.2 | 12.2 | 11.3 | 10.8 | 10.3 |

Justificación

Determinar la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según el patrón OMS.

Limitaciones y supuestos empleados

El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado:

- Errores de medición en la talla del niño por la calibración de los equipos antropométricos.
- Dificultades en el recojo del dato antropométrico.
- Sub registro e inadecuado reporte del dato.

Precisiones técnicas

DOMS = Niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS

TN = Total de niños en el hogar menores de 5 años con medida de talla

Unidad de medida: Porcentaje (%)

Método de cálculo

DESNUT = DOMS * 100

TN

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Base de datos

INEI

Instrumento de recolección de información

Sintaxis

do if hv103=1.

if (hc70<-200) desn=1.

if (hc70>=-200 & hc70<601) desn=0.

end if.

var label desn 'desnutrición OMS'.

^{*}Tabla N° 14 de la Directiva N° 002-2016-EF/50.01

PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD CON PREVALENCIA DE ANEMIA

Ámbito de control: Resultado Especifico

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del Departamento de Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima, Callao.

Definición

Es el porcentaje de niñas y niños con edad entre 6 y 35 meses que tienen menos de 11 gramos de hemoglobina por decilitro de sangre.

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficiente glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. La hemoglobina es un congregado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su carencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro.

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valores históricos | | | | | | | Meta | as proy | ectadas |
|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|---------|---------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| 46.4 | 46.8 | 43.5 | 43.6 | 43.6 | 43.5 | 40.1 | 40.0 | 37.0 | 34.0 | 31.0 |

Justificación

Este indicador permite medir la prevalencia de anemia en los niños entre 6 y 35 meses.

Limitaciones y supuestos empleados

- El resultado encontrado durante el proceso de encuesta es determinado a la calibración de los equipos para Dosaje de hemoglobina.
- Dificultades en el recojo de la muestra a analizar.
- Sub registro e inadecuado reporte del dato.

Precisiones técnicas

Numerador: Niños de 6 a 35 meses con anemia, hijos de las mujeres entrevistadas.

Denominador: Total de Niños de 6 a 35 meses, hijos de las mujeres entrevistadas.

Método de cálculo

Anemia= (Niños de 6 a 35 meses con anemia / Total de niños de 6 a 35 meses evaluados) x 100

Periodicidad de las mediciones

Semestral - Anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES

Base de Datos

INE

Instrumento de recolección de información

Encuesta

Sintaxis

compute alt=(hv040/1000)*3.3.

compute HAj= hc53/10 +0.032*alt+0.022*alralt) .

compute edadm=V008-B3.

do if hv103=1 & edam<36.

IF (HAJ>1 & HAJ<11) ANEMIA=1.

IF (HAJ>=11 & HAJ<30) ANEMIA=0.

end if.

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE SEIS MESES CON LACTANCIA EXCLUSIVA.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud, Gobierno Regional Del Departamento De Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima, Callao.

Definición

Es el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimentos fue la leche materna el día anterior al día de la entrevista.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para el desarrollo saludable.

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valores históricos | | | | | | | as proyect | adas |
|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------------|------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 72.3 | 68.4 | 65.2 | 69.8 | 64.2 | 66.4 | 65.7 | 66.5 | 67.5 | 68.5 |

Justificación

Determinar el porcentaje de niños menores de seis meses cuya única fuente de alimento fue la leche materna.

Limitaciones y supuestos empleados

Promoción indiscriminada, por las compañías fabricantes y comercializadoras, de las fórmulas lácteas en los Establecimientos de Salud, tanto públicos como privados.

No se ha logrado el funcionamiento de los comités de lactancia materna en todo los EESS que atienden partos.

Dificultades para la implementación de medidas correctivas y de sanción a EESS y personal de salud que infringe la normatividad (debido a que los artículos del RAI son declarativos y no punitivos)

Precisiones técnicas

LACT = Niños menores de 6 meses cuya única fuente de alimentación es la leche materna TN = Total de niños menores de 6 meses

Método de cálculo

$$LACTEXC = \frac{LACT}{TN6} * 100$$

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Base de Datos

INEI

Instrumento de recolección de información

Durante cuántos meses le dio Ud. pecho (leche materna) a (NOMBRE)?

Aún le está dando pecho (leche materna) a (NOMBRE)?

¿Recibió alguna capacitación (charla, enseñanza) sobre lactancia materna antes del nacimiento de (NOMBRE)?

Sintaxis

RECODE M4 (0 THRU 94=1)(95=2) INTO LACTA.

VECTOR V=V409 TO V414U.

LOOP #I=1 TO 35.

IF (V(#I)=1) LACTA =1.

END LOOP.

COMPUTE EDADM=V008-B3.

if (edadm<6 & lacta<3) lact xcl=0.

if (edadm<6 & lacta=2) lact_xcl=1.

var label lact_xcl ' lactancia exlcusiva menores de 6 meses' .

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON EDA.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud, Gobierno Regional Del Departamento De Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, Pasco, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima, Callao.

Definición

Es el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que tuvieron Enfermedad Diarreica Aguda – EDA. Se define como diarrea a la presencia de tres o más deposiciones sueltas o líquidas en un periodo de 24 horas. Si un episodio de diarrea dura menos de 14 días, se trata de diarrea aguda. Si dura 14 días o más, se la denomina persistente, que es la que suele causar problemas nutricionales y puede producir la muerte de los niños y niñas con diarrea.

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valores históricos | | | | | | Ме | tas proy | /ectadas | |
|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|----------|----------|------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| 13.7 | 15.3 | 15.5 | 15.0 | 14.4 | 14.1 | 15.0 | 13.4 | 13.0 | 12.7 | 12.9 |

Justificación

Determinar el porcentaje de niños menores de 36 meses que tuvieron enfermedad diarreica aguda (EDA) en las dos semanas anteriores a la encuesta.

Limitaciones y supuestos empleados

Insuficientes acciones de comunicación masiva orientada al cambio de conducta para mejorar las prácticas de cuidado y alimentación de las niñas y niños.

Persiste alto porcentaje de hogares con pobre saneamiento básico.

Precisiones técnicas

E = Niños menores de 36 meses con enfermedad diarreica aguda- EDA

TN36 = Total de niños menores de 36 meses

Método de cálculo

$$EDA = \frac{E}{TN_{36}} * 100$$

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Base de Datos

INFI

Instrumento de recolección de información

En los últimos 14 días, es decir, entre él ____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido diarrea? ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?

Sintaxis

compute edadm=V008-B3.

Do if edadm<36.

Recode h11 (0,8=0)(2=1) into EDA.

End if.

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES QUE EN LAS DOS SEMANAS ANTERIORES A LA ENCUESTA TUVIERON IRA.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud, Gobierno Regional Del Departamento De Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Pasco, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima, Callao.

Definición

Es el porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses que tuvieron alguna Infección Respiratoria Aguda – IRA. Las Infecciones Respiratorias Agudas son un complejo y heterogéneo grupo de infecciones causadas por distintos gérmenes, que afectan cualquier parte del aparato respiratorio y que por su ubicación en dicho aparato respiratorio se denominan:

- a) IRA no complicada (resfrío común, sinusitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis, otitis media),
- b) IRA complicada (neumonía respiración rápida, neumonía grave tiraje subcostal, neumonía muy grave estridor en estado de reposo).

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valores históricos | | | | | | | | tadas |
|------|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 14.8 | 17.5 | 16.3 | 16.9 | 15.0 | 15.3 | 15.3 | 14.4 | 14 | 13.5 |

Justificación

Determinar la proporción de menores de 36 meses que tuvieron alguna infección respiratoria aguda (IRA) en las dos semanas anteriores a la encuesta.

Limitaciones y supuestos empleados

Insuficientes acciones de comunicación masiva orientada al cambio de conducta para mejorar las prácticas de cuidado y alimentación de las niñas y niños.

Cambios climáticos afectan especialmente a las niñas y niños, que proceden de familias en situación de pobreza y extrema pobreza.

Precisiones técnicas

I = Niños menores de 36 meses con síntomas de infecciones respiratorias agudas – IRA TN36 = Total de niños menores de 36 meses, hijos de las mujeres entrevistadas

Método de cálculo

$$IRA = \frac{I}{TN \cdot 36} * 100$$

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Base de Datos

INEI

Instrumento de recolección de información

En los últimos 14 días, es decir, entre el ____ y el día de ayer, ¿(NOMBRE) ha tenido tos? Cuando (NOMBRE) estuvo enfermo con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, con respiraciones cortas y agitadas?

Sintaxis

compute edadm=V008-B3.

Do if edadm<36.

Recode H31B (1=1) (ELSE=0) INTO IRA.

If (sysmis(h31)) IRA=h31.

End if.

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO PARA SU EDAD.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región, Lima Metropolitana, Callao.

Definición

Número de niñas y niños menores de 36 meses que han recibido sus controles de crecimiento y desarrollo completos de acuerdo a la periodicidad establecida en la NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.

Dimensión de desempeño

Eficacia.

Valor del indicador

| | Valo | Metas p | royectadas | | | |
|------|------|---------|------------|------|------|------|
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 54.9 | 58.3 | 60.1 | 61 | 62.1 | 63.1 | 64.1 |

Justificación

El indicador permite medir la cobertura y la oportunidad en la entrega del producto.

El control de CRED es una intervención en salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y la niña, hacer un acompañamiento a la familia detectar precoz y oportunamente los riesgos alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades; así como los factores protectores del desarrollo integral del niños y la niña, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

Contribuir a la mejora de la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano en niños y niñas menores de 5 años, con énfasis en los menores de 36 meses de edad.

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos provienen del registro de la tarjeta de control del niño y por información verbal de la madre cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista; cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud no es cuidadoso o cuando es un duplicado, y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria o conocimiento.

Precisiones técnicas

El dato para el cálculo del indicador se obtiene del "Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"-ENDES, preguntas 466C validado con el registro de datos de la Tarjeta de AIS del niño pregunta 466E.

De acuerdo NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, el niño de 01 mes hasta 11 meses 29 días deben tener 11 controles, el niño desde los 12 meses hasta 23 meses 29 días (01 año) deben tener 6 controles y los niños desde los 24 meses hasta los 35 meses 29 días (02 años) deben tener 4 controles los controles de crecimiento y desarrollo, el control incluye la realización de una serie de actividades orientadas a la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento del niño, la intervención priorizada es la consejería como producto de la situación encontrada, y se espera

lograr como resultado en las madres o adultos responsables del cuidado del niño, la mejora de las prácticas de cuidado, alimentación y crianza del niño. Método de cálculo PN < 36CRED = TN < 36CRED *100 TN < 36 TN<36CRED: Total de niñas y niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad. TN<36: Total de niñas y niños menores de 36 meses de edad que viven con mujeres encuestadas. Periodicidad de las mediciones Semestral y anual Fuente de datos Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Instrumento de recolección de información Cuestionario individual - Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C ¿Cuántos controles de Crecimiento y Nº DE VECES... Nº DE VECES. Nº DE VECES. Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento? NO SABE NO SABE. NO SABE SI NINGUNO, ANOTE "00" 1) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA TARJETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA 488E ATENCIONES A PARTIR DEL MES CONTROL 1 PESO 1 Κg P1 Kα TALLA 1 T2 T2 CONTROL 2 C2 C2 C2 P2 P2 P2 PESO 2 Κg TALLA 2 T2 T2 **Sintaxis** La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: Niños >= 1m y < 2m >= 1 atenciones en CRED Niños >= 2m y < 3m >= 2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >= 3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >= 4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >= 5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >= 7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED Niños >= 9m y < 10m >=9 atenciones de CRED Niños >= 10m y < 11m >=10 atenciones de CRED Niños >= 11m y < 12m >=11 atenciones de CRED Niños >= 12m y < 14m >=12 atenciones de CRED

Niños >= 14m y < 16m >=13 atenciones de CRED

Niños >= 16m y < 18m >=14 atenciones de CRED

Niños >= 18m y < 20m >=15 atenciones de CRED

Niños >= 20m y < 22m >=16 atenciones de CRED

Niños >= 22m y < 24m >=17 atenciones de CRED

Niños >= 24m y < 27m >=18 atenciones de CRED

Niños >= 27m v < 30m >=19 atenciones de CRED

Niños >= 30m y < 33m >= 20 atenciones de CRED

Niños >= 33m y < 36m >=21 atenciones de CRED

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE 36 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO PARA SU EDAD.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región, Lima Metropolitana, Callao.

Definición

Número de niñas y niños menores de 36 meses que han recibido sus controles de crecimiento y desarrollo completos de acuerdo a la periodicidad establecida en la NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.

Dimensión de desempeño

Eficacia.

Valor del indicador

| Valo | res histó | óricos | Metas pro | yectadas |
|------|-----------|--------|-----------|----------|
| 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 11.9 | 14.8 | 17.6 | 20.5 | 23.3 |

Justificación

El indicador permite medir la cobertura y la oportunidad en la entrega del producto.

El control de CRED es una intervención en salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y la niña, hacer un acompañamiento a la familia detectar precoz y oportunamente los riesgos alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades; así como los factores protectores del desarrollo integral del niños y la niña, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

Contribuir a la mejora de la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano en niños y niñas menores de 5 años, con énfasis en los menores de 36 meses de edad.

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos provienen del registro de la tarjeta de control del niño y por información verbal de la madre cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista; cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud no es cuidadoso o cuando es un duplicado, y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria o conocimiento.

Precisiones técnicas

El dato para el cálculo del indicador se obtiene del "Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"-ENDES, preguntas 466C validado con el registro de datos de la Tarjeta de AIS del niño pregunta 466E.

De acuerdo NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, el niño de 01 mes hasta 11 meses 29 días deben tener 11 controles, el niño desde los 12 meses hasta 23 meses 29 días (01 año) deben tener 6 controles y los niños desde los 24 meses hasta los 35 meses 29 días (02 años) deben tener 4 controles los controles de crecimiento y desarrollo, el control incluye la realización de una serie de actividades orientadas a la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento del niño, la intervención priorizada es la consejería como producto de la situación encontrada, y se espera lograr como resultado en las madres o adultos responsables del cuidado del niño, la mejora de las prácticas de cuidado, alimentación y crianza del niño.

Método de cálculo

 $PN < 36CRED = \frac{TN < 36CRED}{TN < 36}$ *100

TN<36CRED: Total de niñas y niños menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad.

| (CRE | CRED) completos de acuerdo a su edad. | | | | | | | | |
|---------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| TN<36 | TN<36: Total de niñas y niños menores de 36 meses de edad que viven con mujeres encuestadas. | | | | | | | | |
| Period | Periodicidad de las mediciones | | | | | | | | |
| | emestral y anual | | | | | | | | |
| | e de datos | | | | | | | | |
| | sta Demográfica y de Sa | | | | | | | | |
| Instru | mento de recolección o | e información | | | | | | | |
| | Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. | | | | | | | | |
| 466C | ¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento? SI NINGUNO, ANOTE "00" | Nº DE VECES | | | | | | | |
| 466E | 1) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA 1 | ARUETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA | | | | | | | |
| | ATENCIONES A PARTIR DEL MES CONTROL 1 | C1 | | | | | | | |
| | PESO 1 | P1 . Kg P1 . Kg P1 . Kg | | | | | | | |
| | TALLA 1 | T2 cm _ T2 cm _ T2 cm | | | | | | | |
| | CONTROL 2 | C2 | | | | | | | |
| | PESO 2 | P2 . Kg P2 . Kg P2 . Kg | | | | | | | |
| | TALLA 2 | T2 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Sintax | (is | | | | | | | | |
| | La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: | | | | | | | | |
| INITIOS | ños >= 0 y < 1m >=4 atenciones en CRED | | | | | | | | |

```
Niños >= 1m y < 2m >=5 atenciones en CRED
Niños >= 2m y < 3m >=6 atenciones de CRED
Niños >= 3m y < 4m >= 7 atenciones de CRED
Niños >= 4m y < 5m >= 8 atenciones de CRED
Niños >= 5m y < 6m >= 9 atenciones de CRED
Niños >= 6m y < 7m >=10 atenciones de CRED
Niños >= 7m y < 8m >=11 atenciones de CRED
Niños >=8m y < 9m
                   >=12 atenciones de CRED
Niños >= 9m y < 10m >=13 atenciones de CRED
Niños >= 10m y < 11m >=14 atenciones de CRED
Niños >= 11m y < 12m >=15 atenciones de CRED
Niños >= 12m y < 14m >=16 atenciones de CRED
Niños >= 14m y < 16m >=17 atenciones de CRED
Niños >= 16m y < 18m >=18 atenciones de CRED
Niños >= 18m y < 20m >=19 atenciones de CRED
Niños >= 20m y < 22m >= 20 atenciones de CRED
Niños >= 22m y < 24m >=21 atenciones de CRED
Niños >= 24m y < 27m >=22 atenciones de CRED
Niños >= 27m y < 30m >= 23 atenciones de CRED
Niños >= 30m y < 33m >=24 atenciones de CRED
Niños >= 33m y < 36m >= 25 atenciones de CRED
```

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PROPORCIÓN DE MENORES DE 12 MESES CON CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED) COMPLETO PARA SU EDAD.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región, Lima Metropolitana, Callao.

Definición

Número de niñas y niños menores de 36 meses que han recibido sus controles de crecimiento y desarrollo completos de acuerdo a la periodicidad establecida en la NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.

Dimensión de desempeño

Eficacia.

Valor del indicador

| Valores históricos | Metas proyectadas | |
|--------------------|-------------------|------|
| 2019 | 2020 | 2021 |
| | | |

Justificación

El indicador permite medir la cobertura y la oportunidad en la entrega del producto.

El control de CRED es una intervención en salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y la niña, hacer un acompañamiento a la familia detectar precoz y oportunamente los riesgos alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades; así como los factores protectores del desarrollo integral del niños y la niña, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

Contribuir a la mejora de la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano en niños y niñas menores de 5 años, con énfasis en los menores de 36 meses de edad.

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos provienen del registro de la tarjeta de control del niño y por información verbal de la madre cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista; cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud no es cuidadoso o cuando es un duplicado, y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria o conocimiento.

Precisiones técnicas

El dato para el cálculo del indicador se obtiene del "Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"-ENDES, preguntas 466C validado con el registro de datos de la Tarjeta de AIS del niño pregunta 466E.

De acuerdo NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, aprobado por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, el niño de 01 mes hasta 11 meses 29 días deben tener 11 controles, el niño desde los 12 meses hasta 23 meses 29 días (01 año) deben tener 6 controles y los niños desde los 24 meses hasta los 35 meses 29 días (02 años) deben tener 4 controles los controles de crecimiento y desarrollo, el control incluye la realización de una serie de actividades orientadas a la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento del niño, la intervención priorizada es la consejería como producto de la situación encontrada, y se espera lograr como resultado en las madres o adultos responsables del cuidado del niño, la mejora de las prácticas de cuidado, alimentación y crianza del niño.

Método de cálculo

PN < 12CRED = TN < 12CRED *100

| TN<12CRED: Total de niñas y niños menores de 12 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completos de acuerdo a su edad. TN<12: Total de niñas y niños menores de 36 meses de edad que viven con mujeres encuestadas. Periodicidad de las mediciones Semestral y anual Fuente de datos Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Instrumento de recolección de información Cuestionario individual — Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C ¿Quántos cortroles de Crecimiento y No SABE. 98 NO SABE. 99 SO SABE. 90 SABE. | | TN < 12 | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Periodicidad de las mediciones Semestral y anual Fuente de datos Instrumento de recolección de información Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años" - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C | | | | | | | | |
| Semestral y anual | TN<12 | 2: Total de niñas y niños | menores de 36 meses de edad que viven con mujeres encuestadas. | | | | | |
| Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Instrumento de recolección de información Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C ¿Cuántos controles de Crecimiento y MYDE VECES. | Period | dicidad de las medicior | nes | | | | | |
| Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Instrumento de recolección de información Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C ¿Cuántos controles de Crecimiento y Modeveces. | Seme | stral y anual | | | | | | |
| Cuestionario individual - Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C | | | | | | | | |
| Cuestionario individual – Mujeres de 12 a 49 años"- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C ¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha terido (NOMBRE) desde su nacimiento? SI NNOUNO, ANOTE '00" NO SABE 98 NO S | | | | | | | | |
| ENDES, preguntas 466C y 466E. 466C ¿Cuántos controles de Crecimiento y Desarrollo ha tendo (NOMBRE) desde su nacimiento? NO SABE 98 NO SABE 9 | instru | mento de recolección (| de Información | | | | | |
| Desarrollo ha tenido (NOMBRE) desde su nacimiento? NO SABE. 98 NO SABE. 99 98 NO SABE. 99 99 NO SABE. 99 99 NO SABE. 99 NO SABE. 99 99 NO SABE. 99 99 NO SABE. 99 NO SABE. 99 99 NO SABE. 99 NO | | | • | | | | | |
| Sintaxis Sintaxis Sintaxis See S | 466C | - | N° DE VECES | | | | | |
| ATENCIONES A PARTIR DEL MES CONTROL 1 PESO 1 TALLA 1 TONTROL 2 PESO 2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 3 T2 TALLA 1 T2 T2 TALLA 1 T2 T2 TALLA 1 T2 T2 TALLA 2 T2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 2 TALLA 2 T2 | | | NO SABE | | | | | |
| ATENCIONES A PARTIR DEL MES CONTROL 1 PESO 1 TALLA 1 T2 T2 TALLA 2 T2 TALLA 2 T3 TALLA 2 T3 TALLA 2 T4 T5 T5 TALLA 2 T5 T5 TALLA 2 T5 T5 T5 T6 | | SI NINGUNO, ANOTE "00" | | | | | | |
| CONTROL 1 PESD 1 TALLA 1 CONTROL 2 PESD 2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 2 T2 TALLA 2 T2 T2 TALLA 3 T2 TALLA 1 TALLA 1 TALLA 1 T2 TALLA 1 TALLA 1 TALLA 1 TALLA 1 TALLA 1 TALLA 1 T2 TALLA 1 | 466E | 1) ESCRIBA "44" EN LA COLUMNA DÍA SI LA | TARJETA MUESTRA QUE SE REALIZÓ UN CONTROL, PERO NO SE ANOTÓ LA FECHA | | | | | |
| TALLA1 CONTROL 2 PESO2 TALLA2 T2 C2 P2 TALLA2 T3 C3 F2 T4 T4 T5 C4 F5 F5 F5 F5 F5 F5 F5 F5 F5 F | | | | | | | | |
| CONTROL 2 PESO 2 TALLA 2 Sintaxis La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: Niños >= 1m y < 2m >=1 atenciones en CRED Niños >= 2m y < 3m >=2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >= 8m y < 9m >=8 atenciones de CRED >=8 atenciones de CRED | | PESO 1 | P1 . Kg P1 . Kg P1 . Kg | | | | | |
| Sintaxis La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: Niños >= 1m y < 2m | | TALLA 1 | T2 cm T2 cm T2 cm | | | | | |
| Sintaxis La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: Niños >= 1m y < 2m >=1 atenciones en CRED Niños >= 2m y < 3m >=2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | | CONTROL 2 | C2 | | | | | |
| Sintaxis La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: Niños >= 1m y < 2m >=1 atenciones en CRED Niños >= 2m y < 3m >=2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | | PESO 2 | P2 . Kg P2 . Kg P2 . Kg | | | | | |
| La sintaxis debe responder a la siguiente lógica: Niños >= 1m y < 2m >=1 atenciones en CRED Niños >= 2m y < 3m >=2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | | TALLA 2 | T2 | | | | | |
| Niños >= 1m y < 2m >=1 atenciones en CRED Niños >= 2m y < 3m >=2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | Sintax | ris | | | | | | |
| Niños >= 2m y < 3m >=2 atenciones de CRED Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | La sin | taxis debe responder a | ı la siguiente lógica: | | | | | |
| Niños >= 3m y < 4m >=3 atenciones de CRED Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | Niños | >= 1m y < 2m >=1 at | enciones en CRED | | | | | |
| Niños >= 4m y < 5m >=4 atenciones de CRED Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | Niños | >= 2m y < 3m >= 2 at | enciones de CRED | | | | | |
| Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | Niños | >= 3m y < 4m >= 3 at | enciones de CRED | | | | | |
| Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED Niños >= 7m y < 8m >=7 atenciones de CRED Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | Niños | >= 4m y < 5m >=4 at | enciones de CRED | | | | | |
| Niños >= 7m y < 8m >= 7 atenciones de CRED Niños >= 8m y < 9m >= 8 atenciones de CRED | Niños >= 5m y < 6m >=5 atenciones de CRED | | | | | | | |
| Niños >=8m y < 9m >=8 atenciones de CRED | Niños >= 6m y < 7m >=6 atenciones de CRED | | | | | | | |
| • | Niños | · | | | | | | |
| | Niños | | | | | | | |
| Niños >= 9m y < 10m >=9 atenciones de CRED | | | | | | | | |
| Niños >= 10m y < 11m >=10 atenciones de CRED | Niños | | | | | | | |
| Niños >= 11m y < 12m >=11 atenciones de CRED | Niños | >= 11m y < 12m >=11 a | tenciones de CRED | | | | | |
| Niños >= 33m y < 36m >=21 atenciones de CRED | Niños | >= 33m y < 36m >=21 a | tenciones de CRED | | | | | |

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PORCENTAJE DE MENORES DE 36 MESES CON VACUNAS DE ACUERDO SU EDAD (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP)

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región y DIRIS de Lima Metropolitana.

Definición

Porcentaje de Niño /niña menor de 36 meses que ha recibido vacunas de acuerdo a su edad, según el Esquema Nacional de Vacunación vigente (Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación)

- 1 dosis de BCG
- 3 dosis de vacuna Anti polio
- 3 dosis de vacuna Pentavalente
- 2 dosis de vacuna Rotavirus
- 3 dosis de Vacuna Antineumococcica
- 2 dosis de vacuna a SPR
- 1 dosis de vacuna de Refuerzo DPT
- 1 dosis de vacuna de Refuerzo de Anti polio

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valo | Metas p | royectadas | | | |
|------|------|---------|------------|------|------|-------|
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 31.9 | 41.3 | 54.2 | 55.8 | 60.7 | 60.7 | 61.71 |

Justificación

Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas, y es gracias a estas intervenciones que se ha evitado muerte y discapacidad en niños producidas por enfermedades inmunoprevenibles, actualmente el Perú se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.

Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los niños y niñas, a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Actualmente, en nuestro país existe un Esquema Nacional de Vacunación con 17 vacunas que protegen contra 26 enfermedades graves que pueden afectar la salud o incluso poner en riesgo la vida de los niños y niñas

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos de vacunas provienen del registro de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la informante (madre, padre o cuidadora) cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista. Como se sabe, cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud es rotado o cuando se trata de un duplicado y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria y conocimiento

Precisiones técnicas

Este indicador se obtiene de la Historia y/o antecedente de Vacunación de los menores de 36 meses. Se pregunta por las usuales vacunas para las enfermedades de mayor prevalencia en el país, como son la tuberculosis, difteria, tos ferina, tétano, Hib, hepatitis B, poliomielitis, neumonía, diarrea por rotavirus y sarampión.

Se verifican las siguientes vacunas:1 dosis de BCG, 3 dosis de vacuna Anti polio, 3 dosis de vacuna Pentavalente, 2 dosis de vacuna Rotavirus, 3 dosis de Vacuna Antineumococcica, 2 dosis de vacuna a SPR, 1 dosis de vacuna de Refuerzo DPT, 1 dosis de vacuna de Refuerzo de Anti polio

Método de cálculo

PN < 36VPE = PN < 36VPE *100 PN < 36

PN<36 VPE: Niñas y niños menores de 36 meses con vacunas para su edad

PN<36: Total de niñas y niños menores de 36 meses de edad.

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Instrumento de recolección de información

Cuestionario individual – Sección 4B Inmunizaciones y salud - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 454Cy 456X.

Sintaxis

La sintaxis debe responder a la siguiente lógica:

Niños/Niñas >= 0 días - < 1m = 1 vacuna BCG

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 4m - < 7m = 2 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 6m - < 12m = 3 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 6m - < 12m = 3 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 12m - < 24m = 3 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 12m - < 18m = 1 dosis vacuna SPR

Niños/Niñas >= 18m - < 36m = 2 dosis vacuna SPR

Niños/Niñas >= 48m - < 60m = 1 dosis refuerzo vacuna DPT

Niños/Niñas >= 12m - < 18m = 1 dosis refuerzo vacuna Anti polio

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PORCENTAJE DE MENORES DE 15 MESES CON VACUNAS DE ACUERDO SU EDAD (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP)

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región y DIRIS de Lima Metropolitana.

Definición

Porcentaje de Niño /niña menor de 15 meses que ha recibido las vacunas de acuerdo a su edad, según el Esquema Nacional de Vacunación vigente (Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación)

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valo | Metas p | royectadas | | | |
|------|------|---------|------------|------|------|------|
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 60.9 | 65.1 | 71.4 | 71.5 | 74.3 | 74.3 | 75.3 |

Justificación

Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas, y es gracias a estas intervenciones que se ha evitado muerte y discapacidad en niños producidas por enfermedades inmunoprevenibles, actualmente el Perú se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.

Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los niños y niñas, a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Actualmente, en nuestro país existe un Esquema Nacional de Vacunación con 17 vacunas que protegen contra 26 enfermedades graves que pueden afectar la salud o incluso poner en riesgo la vida de los niños y niñas

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos de vacunas provienen del registro de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la informante (madre, padre o cuidadora) cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista. Como se sabe, cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud es rotado o cuando se trata de un duplicado y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria y conocimiento

Precisiones técnicas

Este indicador se obtiene de la Historia y/o antecedente de Vacunación de los menores de 15 meses. Se pregunta por las usuales vacunas para las enfermedades de mayor prevalencia en el país, como son la tuberculosis, difteria, tos ferina, tétano, Hib, hepatitis B, poliomielitis, neumonía, diarrea por rotavirus y sarampión.

Se verifican las siguientes vacunas: 1dosis de BCG, 3 dosis de vacuna Anti polio, 3 dosis de vacuna Pentavalente, 2 dosis de vacuna Rotavirus, 3 dosis de Vacuna Antineumococcica, 1 dosis de vacuna SPR.

Método de cálculo

PN<15VPE= P<u>N<15VPE *100</u>

PN<15

PN<15VPE: Niñas y niños menores de 15 meses con vacunas para su edad.

PN<15: Total de niñas y niños menores de 15 meses de edad.

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Instrumento de recolección de información

Cuestionario individual – Sección 4B Inmunizaciones y salud - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 454Cy 456X.

Sintaxis

La sintaxis debe responder a la siguiente lógica:

Niños/Niñas >= 0 días - < 1m = 1 vacuna BCG

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 4m - < 7m = 2 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 6m - < 12m = 3 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 6m - < 12m = 3 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 12m - < 24m = 3 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 12m - < 15m = 1 dosis vacuna SPR

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PORCENTAJE DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS DE ACUERDO A SU EDAD (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP)

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región y DIRIS de Lima Metropolitana.

Definición

Porcentaje de Niño /niña menor de 12 meses que ha recibido las vacunas de acuerdo a su edad, según el Esquema Nacional de Vacunación vigente (Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación)

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valo | Metas p | royectadas | | | |
|------|------|---------|------------|------|------|------|
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 63.8 | 67.7 | 74.4 | 73.3 | 76.7 | 76.7 | 77.7 |

Justificación

Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas, y es gracias a estas intervenciones que se ha evitado muerte y discapacidad en niños producidas por enfermedades inmunoprevenibles, actualmente el Perú se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.

Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los niños y niñas, a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Actualmente, en nuestro país existe un Esquema Nacional de Vacunación con 17 vacunas que protegen contra 26 enfermedades graves que pueden afectar la salud o incluso poner en riesgo la vida de los niños y niñas

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos de vacunas provienen del registro de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la informante (madre, padre o cuidadora) cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista. Como se sabe, cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud es rotado o cuando se trata de un duplicado y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria y conocimiento

Precisiones técnicas

Este indicador se obtiene de la Historia y/o antecedente de Vacunación de los menores de 12 meses. Se pregunta por las usuales vacunas para las enfermedades de mayor prevalencia en el país, como son la tuberculosis, difteria, tos ferina, tétano, Hib, hepatitis B, poliomielitis, neumonía, diarrea por rotavirus.

Se verifican las siguientes vacunas: 1dosis de BCG, 3 dosis de vacuna Anti polio, 3 dosis de vacuna Pentavalente, 2 dosis de vacuna Rotavirus, 2 dosis de Vacuna Antineumococcica.

Método de cálculo

PN<12VPE= PN<12VPE *100

PN<12

PN<12VPE: Niñas y niños menores de 12 meses con vacunas para su edad.

PN<12: Total de niñas y niños menores de 12 meses de edad.

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Instrumento de recolección de información

Cuestionario individual – Sección 4B Inmunizaciones y salud - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 454Cy 456X.

Sintaxis

La sintaxis debe responder a la siguiente lógica:

Niños/Niñas >= 0 días - < 1m = 1 vacuna BCG

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti polio

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 4m - < 7m = 2 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 6m - < 12m = 3 dosis vacuna pentavalente

Niños/Niñas >= 6m - < 12m = 3 dosis vacuna anti polio

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PORCENTAJE DE MENORES DE 12 MESES CON VACUNAS CONTRA EL ROTAVIRUS PARA SU EDAD

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región y DIRIS de Lima Metropolitana.

Definición

Porcentaje de Niño /niña menor de 12 meses que ha recibido vacunas contra el rotavirus

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valo | Metas p | royectadas | | | |
|------|------|---------|------------|------|------|------|
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 80.9 | 81.3 | 84.7 | 84.0 | 84.8 | 84.8 | 85.8 |

Justificación

Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas, y es gracias a estas intervenciones que se ha evitado muerte y discapacidad en niños producidas por enfermedades inmunoprevenibles, actualmente el Perú se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.

Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los niños y niñas, a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos de vacunas provienen del registro de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la informante (madre, padre o cuidadora) cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista. Como se sabe, cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud es rotado o cuando se trata de un duplicado y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria y conocimiento

Precisiones técnicas

Este indicador se obtiene de la Historia y/o antecedente de Vacunación de los menores de 12 meses. Se pregunta por la vacuna para la enfermedad diarrea por rotavirus.

Método de cálculo

PN<12VR= PN<12VR *100

PN<12

PN<12: Niñas y niños menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus

PN<12: Total de niñas y niños menores de12 meses de edad

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Instrumento de recolección de información

Cuestionario individual – Sección 4B Inmunizaciones y salud - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 454Cy 456X.

Sintaxis

La sintaxis debe responder a la siguiente lógica:

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna contra rotavirus

Niños/Niñas >= 4m - < 7m = 2 dosis vacuna contra rotavirus

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL

Nombre del Indicador

PORCENTAJE DE MENORES DE 24 MESES CON VACUNAS CONTRA EL NEUMOCOCO PARA SU EDAD (Según Esquema de vacunación NTS N°141-MINSA/2018/DGIESP)

Ámbito de control: Producto

Pliegos que ejecutan acciones en el marco del Programa Presupuestal:

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del departamento de: Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Pasco, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima Región y DIRIS de Lima Metropolitana.

Definición

Porcentaje de Niño /niña menor de 24 meses que ha recibido las vacunas contra el neumococo, según el Esquema Nacional de Vacunación vigente (Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP, "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación)

Dimensión de desempeño

Eficacia

Valor del indicador

| | Valo | Metas p | royectadas | | | |
|------|------|---------|------------|------|------|------|
| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 75.9 | 76.4 | 79.0 | 78.9 | 80.7 | 80.7 | 81.7 |

Justificación

Las vacunas han demostrado ser altamente eficaces y costo efectivas, y es gracias a estas intervenciones que se ha evitado muerte y discapacidad en niños producidas por enfermedades inmunoprevenibles, actualmente el Perú se encuentra en fase de eliminación y erradicación de la polio y el sarampión.

Las personas beneficiadas con la vacunación tienen la oportunidad de crecer sanos y desarrollarse plenamente. Este beneficio debe ser alcanzado por todos los niños y niñas, a fin de que puedan disfrutar de una vida libre de enfermedades prevenibles por vacunación.

Limitaciones y supuestos empleados

Los datos de vacunas provienen del registro de la tarjeta de vacunación y aquella proporcionada por la informante (madre, padre o cuidadora) cuando no dispone de la tarjeta al momento de la entrevista. Como se sabe, cada fuente de recolección tiene problemas de exactitud: con la tarjeta, cuando el personal de salud es rotado o cuando se trata de un duplicado y con el informe de la madre, cuando hay problemas de memoria y conocimiento

Precisiones técnicas

Este indicador se obtiene de la Historia y/o antecedente de Vacunación de los menores de 24 meses. Se pregunta por la vacuna para la enfermedad contra la neumonía.

Método de cálculo

PN<24VCN= <u>PN<24VCN</u> *100 PN<24

PN<24VCN: Niñas y niños menores de 24 meses con vacunas contra el neumococo

PN<24: Total de niñas y niños menores de 24 meses de edad.

Periodicidad de las mediciones

Semestral y anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES

Instrumento de recolección de información

Cuestionario individual – Sección 4B Inmunizaciones y salud - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, preguntas 454Cy 456X.

Sintaxis

La sintaxis debe responder a la siguiente lógica:

Niños/Niñas >= 2m - < 4m = 1 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 4m - < 6m = 2 dosis vacuna anti neumococcica

Niños/Niñas >= 12m - < 24m = 3 dosis vacuna anti neumococcica

PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES QUE CONSUMIERÓN SUPLEMENTO DE HIERRO EN LOS ULTIMOS SIETE DÍAS.

Ámbito de control: Producto

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal

Ministerio de Salud, Gobierno Regional del Departamento de Amazonas, Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre De Dios, Moquegua, Piura, Puno, San Martin, Tacna, Tumbes, Ucayali, Lima, Callao.

Definición

Es el porcentaje de niños de 6 a 35 meses que han recibido suplemento de hierro con el objetivo de asegurar el suministro adecuado de este nutriente en la dieta de estos niños con el propósito de prevenir o disminuir la prevalencia de anemia.

Dimensión de desempeño

Indicador de Eficacia

Valor del indicador

| Valores históricos | | | | | | Metas | s proye | ctadas | | |
|--------------------|------|------|------|------|------|-------|---------|--------|------|-------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| 23.6 | 24.5 | 30.3 | 29.2 | 30.7 | 31.3 | 34.1 | 44.9 | 51.7 | 58.5 | 58.50 |

Justificación

Este Indicador ayuda a determinar la eficacia de la intervención destinada a la reducción de la anemia en niños de 6 a 35 meses.

Limitaciones y supuestos empleados

- -El resultado encontrado durante el proceso de encuesta se ve influenciado por la valoración y reconocimiento por parte de la madre sobre los suplementos de hierro.
- -Deserción en el proceso de suplementación condicionado a la eficiencia de la consejería brindada.
- -Prejuicios, idiosincrasias y supersticiones por parte de las madres o cuidadoras de niños 6 a 35 meses.

Precisiones técnicas

Numerador: Niños de 6 a 35 meses que han recibido suplemento de hierro, hijos de las mujeres entrevistadas.

Denominador: Total de niños de 6 a 35 meses, hijos de las mujeres entrevistadas

Método de cálculo

Suplementados / Desnutridos (OMS) = (Niños de 6 a 35 meses que han recibido suplemento de hierro/ Total de niños de 6 a 35 meses evaluados) x 100

Periodicidad de las mediciones

Semestral - Anual

Fuente de datos

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES

Base de Datos

INEI

Instrumento de recolección de información

Encuesta

Sintaxis

compute edad = v008-b3.

RECODE edad (6 THRU 35=1) INTO EDAD_6a35.

do if edad 6a35=1.

recode h42 (0,1,8=0) into Hierro6a35.

if (h42=1) Hierro6a35=1.

end if.

VAR LABEL Hierro6a35 'Niños de 6 a 35 tomaron suplemento de hierro'.

Nombre del Indicador

Porcentaje de hogares con acceso al abastecimiento de agua segura

Ámbito de control: Reducir la desnutrición crónica de niños menores de cinco años.

Indicador de resultado inmediato

Pliegos que Ejecutan Acciones en el marco del Programa Presupuestal (con recursos asignados en el presupuesto 2020)

Gobierno Nacional y Regional

DEFINICIÓN

Es el porcentaje de hogares con acceso al abastecimiento de agua para consumo humano con dosificación adecuada de cloro residual libre (≥ 0.5 mg/l).

Tipo de indicador (por dimensión de desempeño): eficacia, eficiencia, calidad o economía.

Eficacia

Tipo de indicador (por cadena de resultados): estructura, proceso, resultado, impacto o calidad.

Resultado

Valor del indicador:

| Valores históricos | | | | | Meta | as proyect | adas |
|--------------------|------|------|-------|-------|-------|------------|-------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 27.97 | 28.4 | 28.2 | 31.30 | 32.23 | 35.12 | 37.03 | 38.94 |

Justificación

Permite asegurar el porcentaje de hogares que cuentan con abastecimiento de agua con la dosificación adecuada de cloro residual, cuyo valor cumplen con los límites máximos permisibles señalados en el D.S. 031-2010-SA.

Es un indicador que protege la salud publica previniendo las enfermedades que se originan por la ingesta de agua que no cumple con los requisitos para ser considerada agua para consumo humano; y contribuye en la gestión con los sectores involucrados para revertir las condiciones sanitarias inadecuadas de los sistemas de abastecimiento de agua a fin de ser sostenibles.

El Indicador propuesto tiene como objetivos específicos:

- 1. Calificar la calidad bacteriológica del agua destinada al consumo humano.
- 2. Identificar los factores de riesgos de los sistemas de abastecimiento de agua y sus potenciales efectos en la salud.
- 3. Cuantificar la cobertura de la población con servicios de abastecimiento de agua.
- 4. Cuantificar el acceso de la población a agua con la dosificación adecuada de cloro residual.
- 5. Supervisar la aplicación de medidas correctivas.
- 6. Identificar zonas de abastecimiento de alto riesgo.
- 7. Fiscalizar las normas sanitarias inherentes a la calidad del agua para consumo humano.
- 8. Conocer el porcentaje de hogares con abastecimiento de agua vigilada.

Limitaciones y supuestos empleados

- Errores de medición de parámetros de campo
- Dificultades en el recojo de muestras
- Inadecuado reporte de dato

Precisiones técnicas, sobre el valor del indicador

HCAAS = Número de hogares con acceso a abastecimiento de agua segura

TNH = Total de números de hogares del departamento

Unidad de medida: Porcentaje (%)

Método de cálculo

% = HCAAS * 100

TNH

Nivel de desagregación:

Nivel geográfico: Nacional y Regional

Administrativo: Nacional, DIRESA, GERESA, Redes, Microredes

Periodicidad de las mediciones

| Trimestral y anual |
|---|
| Fuente de datos |
| Encuesta Nacional de Hogares ENAHO |
| Base de datos |
| En la base de datos de Perú: Principales Indicadores Departamentales 2009-2016-INEI |
| Instrumento de recolección de información |
| Encuesta |
| Responsable de recopilación de datos: |
| INEI- ENAHO |
| Responsables de procesamiento de datos |
| Estadística- INEI-ENAHO |
| |
| Sintaxis |
| |
| |

3.6.2 Indicadores de producción física

Tabla 15. Ficha técnica del indicador de producción física

| Denominación de producto / | Producto N° 01: ACCIONES COMUNES |
|----------------------------|--|
| actividad | |
| Código de | 3000001 |
| producto / | |
| actividad | |
| Unidad de | Informe |
| medida Cádigo do lo | 060 |
| Código de la unidad de | 000 |
| medida | |
| Método de | Vigilancia del estado nutricional del niño (3324401) |
| medición | Nivel Nacional: (INS-CENAN): Entrega 03 Informes, (02 corresponde a la Vigilancia del Estado Nutricional (SIEN) y 01 a la Vigilancia de los Indicadores alimentarios y nutricionales provenientes de las encuestas poblacionales), los cuales son remitidos al responsable técnico del Programa Articulado Nutricional. |
| | El Informe de vigilancia está constituido por información analizada de la situación de los principales indicadores nutricionales: Para el informe de la vigilancia del Estado Nutricional (SIEN), se contempla 14 indicadores de reporte anual. El informe de la Vigilancia de los Indicadores alimentarios y nutricionales provenientes de las encuestas poblacionales contempla 14 indicadores de reporte bianuales. |
| | Nivel Regional: La DIRESA/GERESA/IGSS: Entrega 02 informes del SIEN al año (uno por semestre), los cuales se ponen a disposición de los decisores regionales; asimismo se envían al INS-CENAN. |
| | La Red de Salud entrega 12 reportes mensuales del SIEN al año que deben ser retroalimentados con los operadores de las micro redes de salud y estos a los establecimientos de salud. Ejecución de investigaciones transversales (3324403) Se emite un informe por cada investigación concluida en el ejercicio presupuestal y del estado de las que se encuentren en proceso. El informe final es remitido por el Instituto Nacional de Salud al responsable técnico del programa y puesto a disposición a los diferentes |
| | Ejecución de investigaciones transversales (3324403) Se emite un informe por cada investigación concluida en el ejercicio presupuestal y del estado de las que se encuentren en proceso. |

• Ejecución de investigaciones prospectivas (3324404)

La ejecución de las investigaciones prospectivas generalmente excede de un ejercicio presupuestal (más de un año).

Debe ser ejecutado o conducido por un equipo de profesionales con experiencia en investigación.

Se emite un informe, por cada investigación prospectiva, especificando la etapa de desarrollo de la misma.

El informe final de cada investigación es remitido por el Instituto Nacional de Salud al Responsable Técnico del Programa y puesto a disposición a los diferentes actores interesados.

• Ejecución de revisiones sistemáticas de evidencias (3324405)

Definición Operacional: Proceso que comprende la búsqueda, clasificación, síntesis de resultados de investigaciones desarrolladas a nivel nacional e internacional con rigurosidad científica, las cuales aportan evidencia sobre la efectividad y seguridad de las intervenciones, así como la causalidad y factores asociados a los diversos problemas alimentario nutricionales.

Se emite un informe, por cada revisión sistemática; el cual es remitido por el Instituto Nacional de Salud al Responsable Técnico del Programa y puesto a disposición a los diferentes actores interesados.

Desarrollo de tecnologías para mejorar las intervenciones en alimentación y nutrición (3324406)

Se obtiene como producto un documento técnico que contiene el detalle de una tecnología validada, sistematizada, el mismo que es entregado a los establecimientos de salud.

Se emite un informe por cada tecnología concluida en el ejercicio presupuestal y del estado de las que se encuentren en proceso.

Transferencia de tecnologías (3324407)

Se emite un informe por cada tecnología transferida, el cual es remitida por el Instituto Nacional de Salud a través del CENAN al Responsable Técnico del Programa, DIRESA/GERESA.

Implementación de tecnologías (3324408)

Se emite un informe por cada tecnología implementada; el cual es remitido por la DIRESA/GERESA/IGSS al Instituto Nacional de Salud-CENA

Desarrollo de normas y guías técnicas en nutrición (3324701) Nivel nacional:

- Elaboración, aprobación y publicación (la aprobación es competencia exclusiva de la Alta Dirección del MINSA).
- Impresión y distribución.
- Presentación y difusión.
- Capacitación a facilitadores nacionales y regionales para la implementación de los documentos técnicos normativos.
- Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los documentos técnicos normativos.

Nivel regional: GERESA/DIRESA/DIRIS/DISA/ Redes de Salud:

- Adecuación y aprobación si corresponde.
- Reproducción y distribución hasta el nivel de establecimientos de salud.
- Difusión regional por diferentes medios.
- Capacitación a personal de salud para la implementación de los DTN.
- Seguimiento, evaluación y control de la aplicación de los Documentos Técnicos Normativos a nivel regional y local.

3. Monitoreo del programa articulado nutricional (4427601)

El informe debe contener como mínimo, los resultados del proceso de monitoreo, expresado en indicadores con el correspondiente análisis y las acciones implementadas.

4. Evaluación del programa articulado nutricional (4427603)

El informe de evaluación debe contener como mínimo, los resultados de la evaluación de indicadores de desempeño (finales, intermedios, inmediatos

| | y de producción física) así como el correspondiente análisis, conclusiones y recomendaciones. 5. Supervisión del programa articulado nutricional (4427604) El informe de supervisión debe contener como mínimo, principales hallazgos, análisis, conclusiones y recomendaciones. |
|--|---|
| Fuente de información de la programación | Informes de Gestión Anual del Responsable Técnico del Programa. |
| Fuente de información para la ejecución | 06 informes (01 trimestral, 01 semestral y 01 anual). Recolección de Meta física: - HIS - Reporte Anual (HIS) |
| Forma de recolección de información para la ejecución | Informes de Gestión |
| Responsable de medición | Coordinadores del programa presupuestal del MINSA, DIRESA/GERESA, INS |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO Nº 2: SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS |
|--|--|
| Código de producto / actividad | 3000608 |
| Unidad de medida | Servicio Controlado |
| Código de la unidad de medida | 107 |
| Método de medición | La meta física del producto es igual a la meta de la sub finalidad Inspección y/o muestreo a servicio de cuidado diurno y/o asistencia alimentaria que almacenan, preparan y/o distribuyen alimentos para programas sociales. |
| Fuente de información de la programación | Fuente de información para el cálculo de la meta física: Directorio Nacional de municipalidades distritales: http:// www.inei.gob.pe/biblioineipub/ |
| | Relación de servicios alimentarios del Comité de Gestión proporcionado por el Programa Nacional Cuna Más. |
| | Sistema de Información HIS y Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN. |
| Fuente de información para la ejecución | Informes de gestión mensual. Sistema de Administración de Gestión - SAG Informes Técnicos de la Dirección Ejecutiva de Ciencia y Tecnología de Alimentos en el Nivel Nacional. Informes Técnicos de la Coordinación de la Estrategia de Alimentación Saludable en el Nivel Regional. |

| Forma de | Los datos se recogen en forma manual a través de formatos diseñados por el |
|---------------------|---|
| recolección de | área técnica y se procesa en un aplicativo Excel, siendo los formularios los |
| información para la | siguientes: |
| ejecución | Para el sub producto: |
| ejecución | · |
| | |
| | PROGRAMAS SOCIALES: Se registra en el FOR- CENAN-DECYTA 214 |
| | Inspección en establecimientos de preparación de alimentos y en la base de |
| | datos en Excel. |
| | b) EVALUACION NUTRICIONAL TEORICA DE ALIMENTOS Y/O |
| | PREPARACIONES PARA PROGRAMAS SOCIALES Se registra en FOR - |
| | CENAN 238 Evaluación de la Composición Nutricional de las Preparaciones |
| | distribuidas en el Programa Nacional Cuna Más y el aplicativo para el cálculo |
| | nutricional teórico. |
| | c) INSPECCION A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA ALIMENTARIA: se |
| | registra en el FOR- CENAN -DECYTA - 266 Inspección a establecimientos |
| | que almacenan alimentos para programas sociales. |
| | d) ENSAYOS DE LABORATORIO DE MUESTRAS DE ALIMENTOS PARA |
| | LOS PROGRAMAS SOCIALES: El informe de ensayo se registra en el FOR- |
| | CENAN-DECYTA -026. |
| | |
| | e) En el caso de atención temporal ante situaciones de emergencia sanitaria: |
| | se registra en el FOR- CENAN-DECYTA- 269 INSPECCIÓN DURANTE LA |
| | PREPARACION DE CANASTAS DE ALIMENTOS DEL PROGRAMA |
| | NACIONAL CUNA MAS |
| Responsable de | Director Ejecutivo de Ciencia y Tecnología de Alimentos- DECYTA en el Nivel |
| medición | Nacional |
| | Responsable del PAN a Nivel del Gobierno Regional |
| | |

| Denominación de producto/actividad | PRODUCTO 3COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO |
|------------------------------------|---|
| Código del | 3000609 |
| producto/actividad | |
| Unidad de medida | Centro poblado |
| Código de la unidad | 223 |
| de medida | |
| Método de | Para determinar el Número de centros poblados vigilados con reportes de la |
| medición | calidad de agua y de las condiciones sanitarias de sus sistemas de |
| | abastecimiento de agua para consumo humano. |
| | Se considera en el conteo a los centros poblados vigilados con reportes de la |
| | calidad de agua y de las condiciones sanitarias de sus sistemas de |
| | abastecimiento de agua para consumo humano. |
| Fuente de | Registro de centros poblados del Aplicativo informático Web "Sistema de |
| información de la | información de la Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano". |
| programación | |
| Fuente de | Fichas de inspecciones sanitarias |
| información para la | Reportes de medición de parámetros de campo |
| ejecución | Reportes de informes de ensayos de laboratorio |
| | Informes técnicos de reportes de riesgos sanitarios |
| | SIGA PpR |
| | Planes operativos institucionales |
| Forma de | La recolección de la información, una parte es a través del Aplicativo web |
| recolección de | "Sistema de información de la vigilancia de la calidad del agua para consumo |
| información para la | humano" mediante el cual se registra información de la calidad del agua para |
| ejecución | consumo humano y la otra parte referida a las inspecciones sanitarias es en |
| | físico mediante informes técnicos. |
| Responsable de | Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria |
| medición | Dirección Ejecutiva de Control y Vigilancia |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 4: POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL |
|---|---|
| Código de producto / actividad | 5005326 |
| Unidad de medida | Persona informada |
| Código de la unidad de medida | 259 |
| Método de medición | Unidad de medida: Persona informada Método de medición: Se considera el número de personas de 18 a 70 años que accede a algún medio de comunicación masivo. La meta física del producto es igual a la meta física de la Sub producto población informada por medios de comunicación masiva |
| Fuente de información de la programación | Población estimada por INEI. Reportes de sintonía de empresas que miden el alcance de la publicidad (Ibope, Kantar Media y CPI) |
| Fuente de información para la ejecución | Nivel de audiencia de radio y televisión, nivel de lectoría de publicaciones escritas |
| Forma de recolección de información para la ejecución | A nivel nacional: Reporte de central de medios, Estudio de impacto de campaña A nivel regional: Reporte del alcance emitido por los medios regionales, Estudio de impacto de campaña. |
| Responsable de medición | Oficina General de Comunicaciones – MINSA/DIRESA |

| Denominació n de producto / actividad | PRODUCTO № 5 ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. |
|---|---|
| Código de producto / actividad | (5000029) Atender niños con infecciones respiratorias agudas. |
| Unidad de medida | Caso tratado |
| Código de la unidad de medida | 016 |

| Método de medición | Método de n de 05 años re Infección res J04.2, J06.0, Faringoamig consultorio e Otitis media externo Sinusitis ag consultorio e | aguda (OMA): H65.0, H65.1, H66.0, H66.9, atendidos en consultorio guda: J01.0, J01.1, J01.2, J01.3, J01.4, J01.9, atendidos en |
|---|--|---|
| Fuente de información de la programació | ReporteNET-LAE | N° de casos de IRA en niñas y niños menores de 5 años atendidos |
| n Fuente de información para la | correspo Reporte HIS. Reporte de e | OGETI MINSA |
| ejecución Forma de recolección de información para la ejecución | procesados en puntos de los hospitales pa MINSA (MR, Red, D Para obtener aplicativo info | s son generados en los puntos de atención y posteriormente digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos ara luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del PIRESA/ GERESA /DIRIS). Le l reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el primático HIS, para obtener el reporte de emergencias se usa s informáticos propios. |
| Responsable de medición | | eral Oficina General de Estadística e informática neral de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 5 ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. |
|--------------------------------------|---|
| Código de | (5000028) Atender a niños con enfermedades diarreicas agudas |
| producto / | |
| actividad | |
| Unidad de | Caso tratado |
| medida | |
| Código de la | 016 |
| unidad de | |
| medida | |

| Método de medición | Sumatoria de todos los casos tratados por sub producto de las actividades: |
|------------------------|--|
| medicion | Método de medición: Sumatoria del número de casos de IRA en niños menores de 05 años registrados con los códigos CIE 10: |
| | EDA acuosa no complicada: A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A04.0, A04.1, A05.9, A06.2, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, A09.0, A09.9 atendidos en consultorios externos y emergencia |
| | EDA disentérica: A03.0, A03.9, A04.2, A04.3, A04.5, A04.9, A06.0, atendidos en consultorios externos y emergencia |
| | EDA persistente: A09.X, atendidos en consultorios externos y emergencia. |
| | Fórmula: |
| | N° de casos de EDA en niñas y niños menores de 5 años atendidos |
| | N° total de casos de EDA programados en niños menores de 5 años (meta) |
| Fuente de | Troporto de menamento estante (m. 1811) |
| información de la | Reporte de emergencias NET-LAB: reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según |
| programación | corresponda |
| Fuente de información | Reporte HIS MINSA Reporte de emergencias |
| para la | Treporte de emergencias |
| ejecución Forma de | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados |
| recolección | en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los |
| de | hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA |
| información para la | (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DIRIS). Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el |
| ejecución | aplicativo informático HIS, para obtener el reporte de emergencias se usa |
| Responsable | los aplicativos informáticos propios. Director General Oficina General de Estadística e informática |
| de medición | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - MINSA |
| | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| | |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO N.º 06: ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES |
|--------------------------------------|---|
| Código de | (5000029) Atender a niños con diagnóstico de infecciones respiratorias agudas |
| producto / | con complicaciones |
| actividad | |
| Unidad de medida | Caso tratado |
| Código de la unidad de medida | 016 |

| Método de | Sumatoria de todos los casos tratados por sub producto de las actividades: | |
|----------------------------|---|--|
| medición | Método de medición: | |
| | Sumatoria del número de casos de IRA con complicaciones en niños menores de 05 años registrados con los códigos CIE 10: | |
| | Infecciones respiratorias agudas con complicaciones: A36.9, A37.0, | |
| | A37.1, A37.8, A37.9, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J13.X, J14.X, J15.0, | |
| | J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.7, J15.8, J16.0, J16.8 en niños menores de 5 | |
| | años. | |
| | Neumonía Grave o Enfermedad Muy Grave en niños menores de 2 | |
| | meses: J05.0, J05.1, J85.1, J86.0, J86.9, J90.X, J93.9, J10.0, J11.0, J15.5, J15.6, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8 en niños menores de 2 meses. | |
| | Neumonía y Enfermedad muy grave en niños de 2 meses a 4 años: J05.0, | |
| | J05.1, J85.1, J86.0, J86.9, J90.X, J93.9, J10.0, J11.0, J15.5, J15.6, J18.0, | |
| | J18.1, J18.2, J18.8 en niños de 2 meses a 4 años. | |
| | Fórmula: | |
| | NO de coco de IDA con consiliencianos en siños uniños | |
| | N° de casos de IRA con complicaciones en niñas y niños menores de 5 años atendidos | |
| | X 100 | |
| | N° total de casos de IRA con complicaciones programados | |
| | en menores de 5 años (meta) | |
| F | | |
| Fuente de información de | HIS MINSA. Reporte anual de morbilidad de los últimos 3 años. Citatore de la formación de Farcaca de Farcaca de la formación de la forma | |
| la | Sistema de Información de Egresos y Emergencias, reporte anual de los últimos 3 años. | |
| programación | NET-LAB: reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según | |
| | corresponda | |
| Fuente de | HIS MINSA. Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según | |
| información | corresponda, del año en curso. | |
| para la | Sistema de Información de Egresos y Emergencias. Reporte mensual, | |
| ejecución | trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. | |
| | NET-LAB: Reporte mensual, trimestral, semestral y anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según corresponda | |
| Forma de | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente | |
| recolección de | procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes | |
| información | y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura | |
| para j | administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DIRIS). | |
| ejecución | Deve abtener al remarte de la marbilidad de la consulta externa co uso al culicativa | |
| | Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS, para obtener el reporte de los egresos hospitalarios y el reporte | |
| | de emergencias de los aplicativos informáticos propios. | |
| Desponsable | Director General Oficina General de Estadística e informática – MINSA | |
| Responsable de medición | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - | |
| | MINSA | |
| | | |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO Nº 06: ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES (3000877) |
|--------------------------------------|--|
| Código de producto / actividad | (5000030) Atender a niños con diagnóstico de enfermedades diarreicas agudas complicada |
| Unidad de medida | Caso tratado |
| Código de la unidad de medida | 016 |

| Método de medición | Unidad de medida: Caso tratado. |
|--------------------------------------|--|
| motodo do modición | Método de medición: |
| | Sumatoria del número de casos de EDA con complicaciones en niños menores de 05 años registrados con los códigos CIE 10: EDA con algún grado de Deshidratación: A00.9, A01.0, A01.1, |
| | A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A03.0 A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, |
| | A04.5, A04.9, A05.9, A06.0, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, |
| | A09, A09.0, A09.9, A09.X, asociado a: E86X. |
| | Atención EDA con deshidratación grave sin y con shock: A00.9, A01.0, A01.1, A01.2, A01.3, A01.4, A02.0, A03.0, A03.9, A04.0, A04.1, A04.2, A04.3, A04.5, A04.9, A05.9, A06.0, A07.1, A07.2, A08.0, A08.2, A08.3, A08.4, A09, A09.0, A09.9, A09.X, asociado a E86.X, R57.1, K56.0 o E87.2. Fórmula: |
| | N° de casos de EDA con complicaciones niñas y niños menores de 5 años atendidos |
| | N° total de casos de EDA con complicaciones programados |
| | en menores de 5 años (meta) |
| Fuente de | HIS MINSA. Reporte anual de morbilidad de los últimos 3 años. |
| información de la programación | Sistema de Información de Egresos y Emergencias, reporte anual de los últimos 3 años. |
| programación | NET-LAB: reporte anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS |
| | según corresponda |
| Fuente de | HIS MINSA. Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según |
| información para la ejecución | corresponda, del año en curso. Sistema de Información de Egresos y Emergencias. Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. NET-LAB: Reporte mensual, trimestral, semestral y anual, a nivel de laboratorios referenciales e INS según corresponda |
| Forma de recolección | laboratorio rotoronolato e inte dogan comospenda |
| de información para la ejecución | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DIRIS). |
| | Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS, para obtener el reporte de los egresos hospitalarios y el reporte de emergencias de los aplicativos informáticos propios. |
| Responsable de | Oficina General de Estadística e informática – MINSA. |
| medición | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Salud – MINSA. |
| | |
| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 7: NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO |
| Código de producto / actividad | 3000878/ 50006270 |
| Unidad da madida | Constrated |
| Unidad de medida | Caso tratado |
| İ | |

| Código de la unidad de medida | 016 |
|--|---|
| Método de medición | Unidad de medida: Caso tratado |
| | Método de medición: Se considera en el conteo total de niños diagnosticados con anemia en el mes anterior cuando tenían de 180 a 364 días, que inician tratamiento oportuno (reciben tratamiento con gotas o jarabe con hierro como máximo 30 días después del diagnóstico de anemia). |
| | Formula: |
| | N° de niños del denominador que inician algún tratamiento con gotas o jarabe con hierro (como máximo 30 días posteriores al diagnóstico con anemia), registrados en el HIS. |
| | N° de niños que, en el mes anterior de evaluación, tuvieron de 180 a 364 días de edad y fueron diagnosticados con anemia, registrados en Padrón Nominal y HIS. |
| Fuente de información de la programación | Padrón Nominal Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) |
| Fuente de información para la ejecución | Reporte HIS. OGTI MINSA |
| Forma de recolección de información para la ejecución | a) Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos. b) Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. c) Control de calidad en los puntos de digitación. d) Los puntos de digitación remiten la información a las Redes de Salud, RIS, de acuerdo a la estructura establecida, y de manera consolidada es remitida a la DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS, y una vez consolidada la información se remite la base de datos al MINSA. Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS-MINSA. |
| Responsable de medición | Oficina General de Tecnología e Información – MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - MINSA |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 8: FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) |
|--------------------------------------|---|
| Código de | 5000014 |
| producto / | |
| actividad | |
| Unidad de medida | Familia |
| Código de la unidad de medida | 056 |
| Método de medición | El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud con las Familias, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Familia |
| | Se considera para la formulación del indicador, la actividad trazadora: |

| | Numerador: Número de Familias con niños (as) menores de 12 meses que reciben 06 consejerías integrales a través de visita domiciliaria, registrados en HIS. Denominador; Número de niños (as) programados para Control CRED en niños (as) menores de 12 meses, registrados en el padrón nominal y HIS. | |
|---|--|--|
| Fuente de información de la programación | Fuente de información para la programación: Padrón nominal actualizado y homologado Población estimada (INEI-Dirección técnica de demografía/ MINSA-OGEI) Mapa de pobreza-FONCODES (http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/institucional/institucional-documentos/institucional-documentos-mapapobreza) | |
| Fuente de información para la ejecución | Registro HIS MINSA Padrón nominal actualizado y homologado y registros administrativos. | |
| Forma de recolección de información para la ejecución | a) Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en sistema HIS en puntos de digitación establecidos. b) Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. c) Control de calidad en los puntos de digitación. d) Los Puntos de Digitación remiten la información consolidada a las Redes de salud. e) Las redes de salud remiten la información consolidada a la DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS. f) La DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS, una vez consolidad la información remiten la base de datos al MINSA. | |
| Responsable de medición | Oficina General de Tecnologías de Información. Dirección de Promoción de la Salud/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública | |

| Denominación de producto actividad Código de producto actividad | CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) 3033251 |
|--|--|
| Unidad de medida | Familia |
| Código de la unidad de medida | 056 |
| Método de medición | El personal de salud, quien realiza las actividades de promoción de la salud con las Familias, registra y codifica dichas actividades en el HIS según manual de registro y código de promoción de la salud. Unidad de medida: Familia Se considera para la formulación del indicador: Numerador: Número de Familias con niños (as) de 6 a 11 meses de edad con Anemia que reciben consejerías a través de visita domiciliaria, registrados en el HIS. Denominador; Número de niños (as) que tiene de 6 a 11 meses de edad en el periodo de evaluación con diagnóstico de anemia en los últimos 60 días, registrados en el Padrón Nominal y HIS. |
| Fuente de información de la programación | |

| Fuente de | Registro HIS | |
|---------------------|--|--|
| información para la | Padrón nominal actualizado y homologado y registros administrativos. | |
| ejecución | | |
| Forma de | g) Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente | |
| recolección de | procesados en sistema HIS en puntos de digitación establecidos. | |
| información para | h) Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. | |
| la ejecución | i) Control de calidad en los puntos de digitación. | |
| | j) Los Puntos de Digitación remiten la información consolidada a las Redes de salud. | |
| | k) Las redes de salud remiten la información consolidada a la | |
| | DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS. | |
| | I) La DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS, una vez consolidad la información remiten la | |
| | base de datos al MINSA. | |
| Responsable de | Oficina General de Tecnologías de Información. | |
| medición | Dirección de Promoción de la Salud/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas | |
| | en Salud Pública | |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 9: NIÑOS CON VACUNA COMPLETA |
|--|--|
| Código de producto / actividad | 3033254 |
| Unidad de medida | Niño Protegido |
| Código de la unidad de medida | 218 |
| Método de medición | Indicador de producción física de producto Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad. Criterio para determinar el avance de la Meta Física del Producto: Es igual a la sumatoria de las metas físicas de los Subproductos: "Vacunación niño < 1 año + Vacunación niño 1 año + Vacunación niño 4 años + Vacunación niño 2 años + Vacunación niño 3 años" considerando lo siguiente: Niños menores de 1 año y 1 año se considera la cobertura más baja por grupo de edad, excluyendo la vacuna Influenza y Fiebre amarilla. Niño menor de 2 y 3 se considera la vacuna Influenza Niños de 4 años se considera la vacuna Refuerzo de DPT |
| Fuente de información de la programación | Fuente de información para el cálculo de la meta física: • Padrón nominal actualizado. |
| Fuente de información para la ejecución | Reporte HIS. OGETI MINSA |

| Forma de recolección de información para la ejecución | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en sistema HIS en puntos de digitación establecidos. Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. Control de calidad en los puntos de digitación. Los Puntos de Digitación remiten la información consolidada a las Redes de salud. Las redes de salud remiten la información consolidada a la DISA/DIRESA/GERESA/IGSS. La DISA/DIRESA/GERESA/IGSS, una vez consolidad la información remiten la base de datos al MINSA. |
|---|--|
| Responsable de medición | Dirección General Oficina General de Estadística e informática - MINSA |
| | Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - MINSA |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO 10: NIÑOS MENOR DE 36 MESES CON CRED COMPLETO SEGÚN SU EDAD |
|--|---|
| Código de producto / actividad | 5000018 |
| Unidad de medida | Niño Controlado |
| Código de la unidad de medida | 219 |
| Método de medición | La meta física del producto es igual a la sumatoria de: "Niños < 1 año", "Niños de 1 año" y "Niños 2 años". |
| | Criterio para determinar el avance de la meta física a) Sumatoria del número de niños menores de 01 años que han recibido 11 controles; considerar lo registrado en HIS con código 99381 Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año 11en LAB. |
| | b) Sumatoria del número de niños de 01 año que han recibido 06 controles; considerar lo registrado en HIS con código 99382 Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 año con LAB 6. |
| | c) Sumatoria del número de niños de 02 años que han recibido 04 controles, considerar lo registrado en HIS con código 99382 Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 02 años con LAB 4. Fuente: HIS |
| | Formula: |
| | Sumatoria de niño menor de 36 meses con CRED completo para su edad x 100 |
| | Niños menores de 36 meses programados |
| Fuente de información de la programación | La fuente de información recomendada para establecer la meta física es el padrón nominal actualizado. |

| Fuente de información para la ejecución | Reporte HIS-OGTI MINSA |
|---|---|
| Forma de recolección de información para la ejecución | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente Procesados en puntos de digitación principalmente en las microredes y En los hospitales para luego ser remitidos a través de: microredes, redes, DIRESA/GERESA/DIRIS y finalmente MINSA. |
| Responsable de medición | Director General Oficina General de Tecnologías de la Información- MINSA Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - MINSA |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO Nº 10- NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD / ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A |
|---|--|
| Código de producto / actividad | 3033255 / 5000019 |
| Unidad de medida | Persona tamizada |
| Código de la unidad de medida | 456 |
| Método de medición | Método de medición: Se considera en el conteo a aquellos niños registrados en el Padrón Nominal de 170 a 269 días de edad en el mes de evaluación, que han tenido tamizaje de anemia. Formula: N° de niños del denominador con tamizaje de anemia entre los 170 dias y 269 dias de edad, registrados en HIS |
| Fuente de información de la programación | Padrón Nominal Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS) |
| Fuente de información para la ejecución | Reporte HIS. OGTI MINSA |
| Forma de recolección de información para la ejecución | a) Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos. b) Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. c) Control de calidad en los puntos de digitación. d) Los puntos de digitación remiten la información a las Redes de Salud, RIS, de acuerdo a la estructura establecida, y de manera consolidada es remitida a la DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS, y una vez consolidada la información se remite la base de datos al MINSA. |

| | Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS-MINSA. |
|-------------------------|--|
| Responsable de medición | Oficina General de Tecnología e Información – MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - MINSA |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 10: NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD / ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A |
|---|---|
| Código de producto / actividad | 3033255 / 5000019 |
| Unidad de medida | Niño suplementado |
| Código de la unidad de medida | 220 |
| Método de medición | Método de medición: Se considera en el conteo a aquellos niños registrados en el Padrón Nominal que cumplen 130 días de edad en el periodo de evaluación que han recibido gotas con hierro entre los 110 y 130 días de edad. Formula: N° de niños del denominador que han recibido gotas con Hierro entre 110 y 130 días de edad, registrados en HIS. |
| Fuente de información de la programación | Padrón Nominal Reporte de morbilidad de consultorio externo (HIS- MINSA) |
| Fuente de información para la ejecución | Reporte HIS-MINSA. OGTI MINSA |
| Forma de recolección de información para la ejecución | a) Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos. b) Control de calidad en el punto de atención donde se genera el dato. c) Control de calidad en los puntos de digitación. d) Los puntos de digitación remiten la información a las Redes de Salud, RIS, de acuerdo a la estructura establecida, y de manera consolidada es remitida a la DISA/DIRESA/GERESA/DIRIS, y una vez consolidada la información se remite la base de datos al MINSA. Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS-MINSA. |
| Responsable de medición | Oficina General de Tecnologia e Información – MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Publica Salud - MINSA |

| Denominación de producto / actividad | PRODUCTO № 11: ATENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES SUB PRODUCTO: SOB/ASMA |
|---|---|
| | 5000035 |
| Código de producto / | 3000033 |
| actividad | |
| Unidad de medida | Caso tratado |
| Código de la unidad de medida | 016 |
| Método de | Unidad de medida: Caso tratado. |
| medición | Método de medición: Se considera en el conteo a aquellos casos de SOB/Asma en niños menores de 5 años atendidos. |
| | Criterio y fuente para determinar avance de la meta física: Por lo tanto, considerar la sumatoria del reporte de casos de SOB/ASMA en menores de 05 años, registrados con los siguientes diagnósticos: J21.0, J21.1, J21.8, J21.9, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9, J45.0, J45.1, J45.9, J46.X, atendidos en consultorio externo, emergencia y hospitalización/internamiento; realizar la siguiente fórmula: |
| | N° de casos de SOB/Asma en niñas y niños menores de 5 años atendidos |
| | N° total de casos de SOB/Asma programados en menores de 5 años (meta) |
| Fuente de información de la programación | HIS MINSA: reporte anual de los últimos 3 años. Sistema de Información de Egresos y Emergencias: reporte anual de los últimos 3 años |
| Fuente de información para la ejecución | HIS MINSA: reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. |
| ia ejecución | Sistema de Información de Egresos y Emergencias. Reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. |
| Forma de recolección de información para la ejecución | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DIRIS). |
| | Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS, para obtener el reporte de los egresos hospitalarios y el reporte de emergencias de los aplicativos informáticos propios. |
| Responsable de medición | Oficina General de Estadística e informática – MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Salud – MINSA. |

| Denominación producto actividad | de / | PRODUCTO № 12: ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL |
|---------------------------------|---------|--|
| Código producto actividad | de / | 5000035 |
| Unidad de medi | ida | Caso tratado |

| Código de la unidad de medida | 016 | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Método de | Unidad de medida: Caso tratado. | | | | |
| medición | Método de medición: Se considera la sumatoria de casos de parasitosis intestinal en niños de 1 año a 4 años, 11 meses y 29 días. | | | | |
| | Criterio y fuente para determinar avance de la meta física: Total, de niñas y niños de 1 a 4 años 11 meses 29 días, con diagnóstico de parasitosis intestinal, registrados con los siguientes Códigos CIE 10: A06; A07.1; A07.0; B66.3; B66.4; B68.0; B68.1; B68.9; B70; B71; B76.0; B76.1; B76.9; B77.9; B78.0; B79; B80; B82.0; B82.9) que reciben tratamiento en consulta externa | | | | |
| | realizar la siguiente fórmula: | | | | |
| | N° de casos de Parasitosis Intestinal en niñas y niños De 1 año a 4 años 11 meses 29 días. | | | | |
| | N° total de casos de parasitosis intestinal programados En niños de 1 año a 4 años, 11 meses 29 días (meta) | | | | |
| Fuente de información de la programación | HIS MINSA: reporte anual de los últimos 3 años. Sistema de Información de Egresos y Emergencias: reporte anual de los últimos 3 años | | | | |
| Fuente de información para la ejecución | HIS MINSA: reporte mensual, trimestral, semestral y anual según corresponda, del año en curso. | | | | |
| Forma de recolección de información para la ejecución | Los registros son generados en los puntos de atención y posteriormente procesados en puntos de digitación establecidos principalmente en las Microredes y en todos los hospitales para luego ser remitidos a través de la estructura administrativa del MINSA (MR, Red, DIRESA/ GERESA /DIRIS). | | | | |
| | Para obtener el reporte de la morbilidad de la consulta externa se usa el aplicativo informático HIS | | | | |
| Responsable de medición | Oficina General de Estadística e informática – MINSA. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Salud – MINSA. | | | | |

3.7 SUPUESTOS

Tabla 16. Supuestos: se detalla en la matriz Lógica del Programa Presupuestal

3.8 VINCULACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL CON LOS OBJETIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL: CEPLAN

Tabla 17. Vinculación del Resultado Específico del PP con los Resultado Finales

| Resultado Final | EJE ESTRATÉGICO 2: OPORTUNIDADES Y |
|-----------------|------------------------------------|
| | ACCESO A LOS SERVICIOS |

| Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años. | Objetivo específico 3: Seguridad alimentaria, con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes |
|--|---|
| Resultado Especifico | Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses |
| Sustento de la relación RFRE | Se adjunta información con evidencia en anexo Nº 1 |

| Resultado Final | OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) | | |
|--|--|--|--|
| Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años: | OBJETIVO 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. | | |
| Resultado Especifico | Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | | |
| Sustento de la relación RFRE | Se adjunta información con evidencia en anexo Nº 1 | | |

3.9 MATRIZ LÓGICA DEL PROGRAMA PRESUPUESTAL

Tabla 18. Matriz Lógica del Programa Presupuestal

| Objetivo | Indicadores | Medios de Verificación | Supuestos importantes | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Resultado final | | | | | | | | |
| REDUCIR LA DESNUTRICIÓN CRONICA DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS | Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS). | Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. | Errores de medición en la talla del niño por la calibración de los equipos antropométricos. Dificultades en el recojo del dato antropométrico. Sub registro e inadecuado reporte del dato. | | | | | |
| Resultado especifico | | 1 | | | | | | |
| Mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses | Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia Proporción de menores de seis meses con Lactancia | Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. | Equipos de toma de muestra descalibrado. | | | | | |
| Reducción de la Morbilidad en IRA, EDA y otras Enfermedades Prevalentes | Exclusiva. Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron | | Sub registro e inadecuado reporte del dato. | | | | | |
| | EDA.Proporción de menores de 36 meses que en las | | Condiciones de saneamiento ambiental no cambian. | | | | | |

| Resultado Inmediato | dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA. | | |
|--|---|---|---|
| Resultado Inmediato Incrementar el acceso y uso de agua segura Madres que adoptan prácticas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 36 meses. | Proporción de hogares con acceso a agua tratada. Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad. Proporción de menores de 36 meses con vacunas completas para su edad. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo. Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo. | ENDES/ENAHO Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI | El seamiento ambiental inadecuado, los gobiernos locales no priorizan mejorar las condiciones básicas en sus comunidades. Población anti vacunas, que no permiten vacunar a los niños. |
| Productos 2021 | Proporción de menores de 15 meses con vacunas completas para su edad. Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro. | | La No adherencia del suplemento del hierro. |
| Servicios de Cuidado | Reportes técnicos de | Registro de remisión | El no registro de le |
| Diurno Acceden al control de Calidad Nutricional de Alimentos | control de calidad nutricional de alimentos remitidos a clientes | de reportes técnicos a clientes | El no registro de la información en el sistema. |
| Población Informada sobre el Cuidado Infantil y prácticas saludables para la Prevención de Anemia y | Personas informadas sobre el cuidado infantil y prácticas saludables para la prevención de anemia y | Medición de rating (televisión), sintonía (radio) y lectoría (prensa escrita) de los medios de comunicación masivos | En Zonas muy alejadas no tienen energía eléctrica. |

| Desnutrición crónica infantil | desnutrición crónica infantil | donde se publiciten los anuncios. Estudio de impacto de campaña. | |
|--|---|---|---|
| Atención de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones respiratorias Agudas | Casos de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años tratados. Casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años tratados. | Reporte HIS Reporte de etapa de vida niño; Opcional: reporte del sistema de vigilancia (VEA) | El sub registro de la información |
| Atención de Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones respiratorias Agudas con complicaciones | Casos tratados de Infecciones respiratorias agudas con complicaciones en niños menores de 5 años. Casos tratados de Enfermedades Diarreicas Agudas complicaciones en niños menores de 5 años. | Reporte HIS-morbilidad. Reporte de emergencias y egresos hospitalarios, Opcional: sistema de vigilancia (VEA) | El sub registro de la información |
| Niños y Niñas con atención de la Anemia por deficiencia de hierro. | Casos tratados de niños menores de 3 años con anemia. | Reporte HIS MINSA | El sub registro de la información |
| Familias saludables con conocimientos para el Cuidado Infantil, Lactancia Materna Exclusiva y la adecuada Alimentación y Protección del menor de 36 meses. | Familias con niños menores de 12 meses que reciben 06 consejerías integrales a través de visita domiciliaria. Número de familias con niños (as) menores de 06 a 08 meses que participan en 01 sesión demostrativa. Número de familias con niños (as) de 4 y 5 meses de edad que reciben 06 visitas domiciliarias de seguimiento a la adherencia realizadas por actor social | Reporte HIS MINSA | Familias sin cambio de hábitos y costumbres en el cuidado del niño. |

| Niños con vacuna completa | Niños y niñas menores de 5 años con vacunas completas de acuerdo a su edad | Reporte estadístico Consolidado. Incluye: HIS + Reporte de vacunados por Es Salud, FFAA, FFPP y privados. | El sub registro de la información |
|--|--|---|-----------------------------------|
| Niños con CRED completo según edad | Niñas y niños menores de 36 meses con CRED completo para su edad. Niñas y niños suplementados | Reporte HIS MINSA | El sub registro de la información |
| Atención de otras enfermedades prevalentes | Casos de SOB/asma en niños menores de 5 años | Reporte HIS MINSA - morbilidad. Reporte de emergencias y egresos hospitalarios. | El sub registro de la información |
| Atención de Niños y Niñas con parasitosis intestinal | Casos tratados de parasitosis intestinal en niños de 1 año a 4 años, 11 meses, 29 días. | Reporte HIS MINSA - morbilidad. | El sub registro de la información |
| Actividades | | | |
| Acciones comunes | N° de informes de la gestión del Programa | Informes de Gestión Anual del Responsable Técnico del Programa. | |
| Comunidad accede a agua para el consumo humano | Centros poblados vigilados. | Informe técnico por centro poblado vigilado. | |

3.9 INCLUSIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA EN EL PP

Para el caso del sector salud, la OGPPM del MINSA presenta una sola propuesta. Según la Directiva N° 002-2016-EF/50.01, Resolución Directoral N° 024-2016-EF/50.01.

Tabla 1: Tipología de Proyectos

NO APLICA

Tabla 2: Clasificación de Proyectos

NO APLICA

4 EVALUACIÓN

Tabla Nº 20: Evaluación del Programa Presupuestal Articulado Nutricional

A: SERVICIO DE VACUNACIÓN

| Tuvo una evaluación independiente Evaluación de diseño Indique la metodología de dicha evaluación (diseño): SERVICIO DE VACUNACIÓN El objetivo del estudio fue determinar el sustento, características y desempeño del servicio de vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA. Evaluación de procesos Evaluación de impacto Otro tipo de evaluación Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los | Criterio | | Sí | No |
|---|---|---|------------------|-------|
| Indique la metodología de dicha evaluación (diseño): SERVICIO DE VACUNACIÓN El objetivo del estudio fue determinar el sustento, características y desempeño del servicio de vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA. Evaluación de procesos Evaluación de impacto Otro tipo de evaluación V Indique: Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño | Tuvo una evaluación independiente | | X | |
| SERVICIO DE VACUNACIÓN El objetivo del estudio fue determinar el sustento, características y desempeño del servicio de vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA. Evaluación de procesos Evaluación de impacto Otro tipo de evaluación Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño | Evaluación de diseño | | Х | |
| El objetivo del estudio fue determinar el sustento, características y desempeño del servicio de vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA. Evaluación de procesos Evaluación de impacto Otro tipo de evaluación Indique: Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | Indique la metodología de dicha evaluacion | ón (diseño): | | |
| vacunación, tanto como parte del Programa Articulado Nutricional (PAN), en los moldes del Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA. Evaluación de procesos X Evaluación de impacto X Otro tipo de evaluación X Indique: Año de término 2011 Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) | SERVICIO DE VACUNACIÓN | | | |
| Presupuesto por Resultados (PpR), como estrategia sanitaria nacional del MINSA. Evaluación de procesos X Evaluación de impacto X Otro tipo de evaluación X Indique: Año de término 2011 Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | | |
| Evaluación de procesos X Evaluación de impacto X Otro tipo de evaluación X Indique: Año de término 2011 Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | | |
| Evaluación de impacto Otro tipo de evaluación Indique: Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | Presupuesto por Resultados (PpR), como es | strategia sanitaria nac | ional del MINS | ۹. |
| Evaluación de impacto Otro tipo de evaluación Indique: Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | Evaluación de presente | | V | |
| Otro tipo de evaluación X Indique: Año de término 2011 Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | | |
| Indique: Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR K Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | X | |
| Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | Otro tipo de evaluación | | | X |
| Año de término Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | L. P. | | | |
| Persona y/o institución que realizó la evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | 0044 | |
| evaluación. Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR K Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | | |
| Oscar Castillo Velásquez (Coordinador) Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | Ministerio de Econor | mia y Finanzas | |
| Juan José Díaz Nosiglia (Especialista en Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | Cvaladololi. | Oscar Castillo Velás | quez (Coordina | ador) |
| Evaluación) María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | | |
| María Reyes Flores (Especialista en Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | .g.ia (Especiali | 0.0.1 |
| Vacunación) Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | , | | | n |
| Evaluaciones PpR Sí No Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | | | |
| Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR X Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | Evaluaciones PpR | Sí | No | |
| Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño X | | Х | | |
| En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los | | Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño | | |
| | En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los | | | |
| compromisos a diciembre de 2011). | compromisos a diciembre de 2011). | <u> </u> | ` | |

B: ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA) Y LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

| Criterio | Criterio Sí No | | | | |
|--|--|---------------|--------------|--|--|
| Tuvo una evaluación independiente | | Х | | | |
| Evaluación de diseño | | Х | | | |
| Indique la metodología de dicha evaluacion | ón (diseño): | | | | |
| Atención de enfermedades diarreicas a | gudas (EDA) y las | infecciones r | espiratorias | | |
| agudas (IRA) | | | - | | |
| Evaluar y determinar si el diseño de las acciones es el más apropiado para la obtención de los resultados, a partir de la identificación de los productos que se financian con la intervención y su relación con los resultados finales esperados. Evaluar y determinar si las unidades responsables de las acciones son eficaces (alcanzan las metas previstas), eficientes (con el menor gasto) y entregan productos que cumplen con requerimientos de calidad. | | | | | |
| Evaluación de procesos X | | | | | |
| Evaluación de impacto X | | | | | |
| Otro tipo de evaluación X | | | X | | |
| | | | | | |
| Indique: | | | | | |
| Año de término | 2013 | | | | |
| Persona y/o institución que realizó la evaluación. | BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO Consultor: Oscar Alfredo Castillo Velásquez | | | | |

| Evaluaciones PpR | | Sí | No |
|---|--------------|----|----|
| Tuvo una evaluación independiente en el n | narco de PpR | Χ | |
| Firmó Matriz de Compromisos de Mejora d | el Desempeño | Χ | |
| En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los compromisos a diciembre de 2011). | | | |

| C: CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES | | | |
|---|---------------------------------------|----|----|
| Criterio | | Sí | No |
| Tuvo una evaluación independiente | | Х | |
| Evaluación de diseño | | X | |
| Indique la metodología de dicha evaluación (diseño): | | | |
| CRED Y MUNICIPIOS SALUDABLES | | | |
| El objetivo de la evaluación definido en los Términos de Referencia de la EDEP fue | | | |
| consolidar los avances y complementar los contenidos de los informes de los productos | | | |
| CRED y Municipios Saludables de dos evaluaciones previas. | | | |
| La primera realizada por el Dr. Oscar Liendo Seminario en el año 2012 | | | |
| o y posteriormente la evaluación realizada por el Dr. Ricardo Zúñiga en el año 2014 | | | |
| Evaluación de procesos | | X | |
| Evaluación de impacto | | X | |
| Otro tipo de evaluación | | | X |
| | | | |
| Indique: | | | |
| Año de término | 2014 | | |
| Persona y/o institución que realizó la | Programa "Buen Gobierno y Reforma del | | |
| evaluación. | Estado" de la agencia de Cooperación | | |
| | Alemana al Desarrollo-GIZ Perú | | |
| | OSCAR CASTILLO VELÁSQUEZ | | |
| | RICARDO ZÚÑIGA CÁRDENAS | | |
| Evaluaciones PpR | | Sí | No |
| Tuvo una evaluación independiente en el marco de PpR | | X | |
| Firmó Matriz de Compromisos de Mejora del Desempeño | | X | |
| En caso respondió sí en el último contenido, completa la tabla # 25 (mencione los compromisos a diciembre de 2011). | | | |

Tabla Nº 21: Compromisos de mejora del Desempeño del programa Presupuestal A. Servicio de vacunación CONCLUIDA



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

_

| 4 | Ejecución | Definir una estrategia de urgencia para vacunación en los distritos con indice de riesgo mediano y alto por cada | Identificar la acumulación de susceptibles por distrito. | 4.1 Base de datos con distritos en situación epidemiológica de riesgo de brotes y epidernias (DGE y OGEI, Setiembre 2013). | DGE/ OGEI | Dado que a partir del mes de setiembre se va a implementar a nivel nacional el nuevo calendario de vacunación, es necesario realizar una revisión y consistencia de la información estadística para las nuevas cohortes. |
|---|-----------|---|--|--|-------------------|--|
| | | tipo de vacuna | | 4.2 Informes epidemiológicos semestrales según los niveles de riesgo en distritos, provincias y regiones (DGE y OGEI, setiembre 2013). | DGE/ OGEI | OGEI proporciona la información de coberturas para el desarrollo del mapa de riesgo de acuerdo a lo mencionado en el punto anterior. |
| 5 | ecución | Oportunidades perdidas de vacunación por el manejo de | Minimizar las oportunidades perdidas de vacunación, para ello, i) realizar una evaluación de costo-beneficio para la adquisición de vacunas en frascos monodosis cuando corresponda, y ii) | 5.1) Informe final del estudio de costo-beneficio de adquisición de vacunas en frascos monodosis (DARES, e INS, diciembre 2013). | | DARES realiza la adquisicion de vacunas a OPS |
| 5 | 7 | frascos de vacuna multidosis | evaluar el cambio en la normatividad para el manejo de vacunas multidosis. | 5.2) Actualización de la normatividad para el manejo de vacunas en frasco multidosis (ESNI/DGSP, Il diciembre 2013) | ESNI/DGSP | RIEU |
| 5 | Ejecución | 6. Expandir cobertura a poblaciones excluidas | Para aquellas zonas con baja tasa de cobertura, radefinir el ámbito de acción incrementando la frecuencia de visita de las AISPED | Ptan de implementacion vacunacion movilizando los AISPED priorizando los distritos de baja cobertura (junio 2014). | ESNI/ DSS | DIRESAS priorizadas (responsabilidad del Presidente Regional) |
| | \ | | medical de visita de las Alor EU | 6.2 Informe con resultados de la ejecución del plan junio 2014). | ESNI-DSS | DIRESAS/DISAS/GERESAS |
| 0 | Ejecución | Reforzar los recursos y estrategias para la capacitación continua del | 7. Personal capacitado en normas de vacunación. | Plan de Desarrollo de las Personas incluyendo regiones (DGGDRH y ESNI, junio 2013). | DGGDRH, ESNI-DGSP | Se coordinara con recursos humanos |
| 3 | / | personal | | 7.2 Informe de implementación de normas (ESNI, I semestre 2014). | ESNI-DGSP | |
| | | | | 8.1 Elaborar norma técnica de la cadena de frío (ESNI, I semestre 2013). | ESNI/DGSP | |
| | | | | 8.2 Difusión de normas en las DIRESA y Redes (ESNI, II semestre 2013). | ESNI/DGSP | |
| 3 | Ejecución | Asegurar los estándares adecuados en la cadena de frío | Elaborar lineamientos de mantenimiento preventivo y recuperativo de la cadena de frío y supervisar su cumplimiento en el nivel regional. | 8.3 Asistencia tecnica para priorizar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de cadena de frio I semestre 2014. | OGPP | |
| | | | | 8.4 Solicitar a las DIRESAS/GERESAS/DISAS un plan de mantenimiento preventivo y recuperativo de Equipos de cadena de frio (Diciembre 2013) | ESNI-DGSP/DGIEM | |
| | | | | 5.5 Informes de monitoreo la termoestabilidad de las vacunas hasta los establecimientos, con los Data logger (Il semestre 2013) | ESNI-DGSP/DIRESAS | |



















| GUTERA | Ejecución | 9.Instalación de las cámaras frias | Asegurar la instalación y operatividad de las cámaras frias, compradas el año 2008, en las regiones. | Informe técnico donde se constate la instalación operatividad de todas la cámaras frias (ESNI II semestre 2013) . Ecepto regiones sin local (Ayacucho, Andahuaylas, Lima Provincias) | ESNI-DGSP | |
|--------|-----------|---|--|---|----------------|--|
| 10 | E)ecución | Dotar de materiales para el funcionamiento óptimo de la red de laboratorios de vigilancia | Supervisar la disponibilidad de materiales para la evaluación de casos de Enfermedades inmunoprevenibles (EIP) | Informe de monitoreo semestral sobre la disponibilidad de materiales en la red de laboratorios de vigilancia (INS, diciembre 2013, julio 2014, enero 2015). | INS | |
| S AN | оу | vacunación del MINSA y la | Actualizar los indicadores de la ENDES según el calendario vigente y definición de coberturas de | 11.1 Cuestionario de la ENDES actualizado (OGEI, ESNI, I semestre 2013). | OGEI/ESNI/DGSP | Se coordinó con la Dirección Técnica de Demografía en el INEI, responsable técnico de la ENDES y e equipo técnico de la ENN Inmunizaciones del MINSA para la revisión de la encuesta, realizandose la actualización de la misma, la cual aerà aplicada con los nuevos cambios a partir del 3° trimestre 2013. |
| 100 | Monitoreo | ENDES-INEL | vacunación relevantes para la ESNI. | 11.2 Encuestadores capacitados en preguntas relacionados a inmunizaciones (OGEI, Marzo 2013). | OGEI | |
| BE | Sonda | | | Sichas tecnicas de indicadores de vacunas de cobertura y oportunidad en el marco del PAN (OGEI III Trimestre 2013). | OGEI | Se replantes reprogramar para el III trimestre 2013 dado el cambio de esquema de vacunación aprobado según RM 510-2013. |
| N2 | оу | 12. Dar prioridad a la implementación de un padrón nominado. | 12. Generar propuesta de padrón nominado que registre el historial de vacunas aplicadas por niño (hasta nivel de distrito) en el marco de sistemas de información vigentes. | 12. Padrôn nominado con los datos actualizados hasta el 2013 (OGEI, diciembre 2013). | OGEI | En el mes de agosto 2013 se ha iniciado el proceso para la generación del "Padrón Nominal de Niños y Niñas Homologado y Actualizado", desarrollando 16 talleres nacionales logrando la participación de 2486 personas entre personal de sallud de redes y DIRESA y responsables de los municipios categoría C y D de todo el país. |





















| | | | _ | 13.1 Informe del Piloto de la implementacion del Sistema Integrado de Informacion de Inmunizaciones-Sill (SIS - OGEI I semestre 2014) | SIS/OGEI | |
|----|---------------------------------|--|--|---|----------|--|
| 13 | Seguirnient o y Monitoreo | implementación del sistema de Información nominal para la | 13. Propuesta técnica de sistema de información nominal con cobertura a nivel distrital con reportes de forma completa, oportuna y amigable al proveedor del servicio y al usuario. | 13.2 Sistema informático de información de inmunizaciones nominal (SIS, OGEI I semestre 2014) | SIS/OGE/ | |
| | | | processing of the second of th | 13.3 Reportes mensuales disponibles para los usuarios (II Semestre 2014). | OGEI | Este item depende del 12 y 13.2, el item 12 ya está em proceso para evaluación a diciembre 2013 de acuerdo a lo establecido. |



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





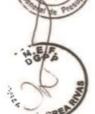


















B: ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA) Y LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA) CONCLUIDA

MATRIZ DE COMPROMISOS DE MEJORA DEL DESEMPEÑO

Intervención Pública Evaluada: ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS).

Fecha de evaluación: Noviembre 2013

Sector (es) que involucra: Ministerio de Salud (MINSA)

Fecha de firma de Matriz: Agosto 2016

Responsable de cumplimiento de compromisos: PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)

| Nro. | AREA DE MEJORA | COMPROMISO | MEDIO DE VERIFICACION | FECHA DE ENTREGA | AREA RESPONSABLE | OBSERVACION |
|------|----------------|---|--|---------------------|-----------------------------------|---|
| , | DISEÑO | Fortalecer la socialización de la lógica causal del Programa Articulado Nutricional en los profesionales de salud de los Establecimentos de Salud (EE.SS.) a través de mailing, | Información disponible en la página web del MINSA sobre el modelo lógico del PAN en forma amigable. | Noviembre del 2015 | DGIESP OGC | |
| | DISENO | infografia, página web, video conferencias, sesiones educativas y notas de prensa. | Plan de capacitación en Gobiernos regionales en relación al Programa Articulado Nutricional | Marzo del 2017 | DGGDRH/DGIESP | |
| 2 | DISEÑO | Fortalecer el seguimiento de los paquetes de atención individualizada e integral por etapas de vida y continuar promoviendo consejerías de higiene, ambiente y alimentación | 2.1, informe de implementación de la ficha familiar en la identificación de riesgos según R.M.N° 204-2015/MINSA. | Diciembre del 2016 | ESNSF/DGIESP | En Regiones priorizadas: Huánuco, Cajamaro San Martin, Amazonas, Junin, Loréto, Lambayeque, Pasco y Puno. |
| 2 | DISENO | saludables con la participación de los equipos básicos de salud de los establecimientos del primer nivel de atención. | 2.2. Incorporar en los modelos operacionales de los productos de IRA y EDA la ficha familiar | Enero del 2017 | ESNSF/DGIESP | |
| 3 | DISEÑO | Actualizar el Anexo 2 del PAN: El subproducto 3331306 SOB/ASMA. Será retirado de las definiciones operacionales del producto 3033313 Atención de IRAS con complicaciones y pasara al producto 3033315 Atención de otras enfermedades prevalentes; así mismo se incorporarán los insumos en el producto correspondiente. | 3.1. Definiciones operacionales y criterios de programación del anexo 02 y estructuras de costos en el producto 3033315 Atención de otras enfermedades prevalentes que incorpora al sub producto ASMA. | Enero del 2017 | DGIESP OGPPM | |
| 4 | DISEÑO | Establecer el rol de los Gobiernos Locales en los productos/actividades del Programa Articulado Nutricional. | Adecuar el modelo operacional del anexo de municipio saludable en relación a las actividades de los gobiernos locales. | Enero del 2017 | DGPGT (Participación comunitaria) | William II |

















MATRIZ DE COMPROMISOS DE MEJORA DEL DESEMPEÑO

Intervención Pública Evaluada: ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS).

Fecha de evaluación:

Noviembre 2013

Sector (es) que involucra:

Ministerio de Salud (MINSA)

Fecha de firma de Matriz: Agosto 2016

Responsable de cumplimiento de compromisos: PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)

| Nro. | AREA DE MEJORA | COMPROMISO | MEDIO DE VERIFICACION | FECHA DE ENTREGA | AREA RESPONSABLE | OBSERVACION |
|------|----------------|---|---|---------------------|---------------------|---|
| 5 | DISEÑO | Estandarizar criterios de programación en los productos de IRA y EDA y considerarios en el Anexo 2, | 5.1. Metas físicas programadas en la formulación multianual ajustadas de acuerdo a los criterios de programación de los productos de IRA y EDA (Tabla N° 29 del anexo 2 del PAN). | Marzo del 2017 | DGJESP OGPPM | |
| 6 | DISEÑO | Incluir al zinc como parte de las actividades de atención de EDAS en la Guías de Prácticas Clínicas (GPC). | G.: Gula de Práctica Clínica (GPC) u otro documentos normativos aprobada por RM y/o RVM, que incluye al Zinc en la atención de EDAS. | Enero del 2017 | DGIESP DIGEMID | |
| | | | 6.2. Informe en el que se haga referencia a la implementación del Zinc en la atención de EDAs. | Diciembre del 2016 | DGIESP OGPPM | |
| | | Las DGIESP debe definir al listado de recursos estratégicos que se evaluarán y coordinar con CENARES la implementación de indicadores de monitoreo de abastecimiento de los recursos | 7.1. Reporte del listado de recursos estratégicos en la atención de IRAs y EDAs. | Enero del 2017 | CENARES DGIESP | |
| 7 | IMPLEMENTACIÓN | estratégicos utilizados en IRAS y EDAS. | 7.2. Ficha técnica del indicador de monitoreo de abastecimiento de los recursos estratégicos utilizados en IRAS y EDAS | Enero del 2017 | CENARES | |
| | | | 7.3. Informe de resultados del indicador de monitoreo de abastecimientos de los recursos estratégicos utilizados en IRAS y EDAS a nivel nacional, regional y local. | Enero del 2017 | DGIESP CENARES | |
| 8 | IMPLEMENTACIÓN | | 8.1. Informe del estado de los equipos de balanzas y tallimetros a nivel de EE.SS con reportes de Modulo Patrimonio del Sistema Integrado de Gestión Administrativa-SIGA, | Enero del 2017 | DGIESP DGIEM | () () () () () () () () () () |
| D G | AEF. | 8.2. Identificar la necesidad real y la existencia de brechas de equipamiento (falimetros y balanzas) para la priorización de su incorporación ap.al. Para la Equipamiento 2016-2018. | 8.2. Base de datos que reporte necesidades de equipos críticos (tallimetros y balanzas) en EESS del I-1 al I-4. | Marzo del 2017 | DGIESP DGIEM | |
| le | ALE AGE AGE | | DGPGT | | | Con Tana |

MATRIZ DE COMPROMISOS DE MEJORA DEL DESEMPEÑO

Intervención Pública Evaluada: ATENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAS) Y ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS).

Fecha de evaluación:

Noviembre 2013

Sector (es) que involucra:

Ministerio de Salud (MINSA)

Fecha de firma de Matriz: Agosto 2016

Responsable de cumplimiento de compromisos: PROGRAMA PRESUPUESTAL ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)

| Nro. | AREA DE MEJORA | COMPROMISO | MEDIO DE VERIFICACION | FECHA DE ENTREGA | AREA RESPONSABLE | OBSERVACION |
|------|-----------------------------|--|---|--|---------------------|--|
| 9 | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | Integrar los sistemas de información de las acciones de monitoreo y evaluación de las intervenciones correspondientes a los indicadores desempeño de la IPE evaluada. | 9.1. Informe de monitoreo de los indicadores de desempeño de IRA y EDA que considera todas las fuentes de información, previa coordinación con el coordinador de monitoreo y seguimiento de los Programas Presupuestales. | Febrero del 2017 | DGIESP | En el informe se debe precisar el análisis. |
| 10 | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | 10. El reporte de la información se realizará hasta los días 25 de cada mes de acuerdo al flujo de información en los niveles correspondientes. El reporte incluirá los tipos de diagnósticos. | 10.1. Generar la publicación a través de boletines electrónicos mensuales de información referida a IRA Y EDA considerando el tipo de diagnóstico. | Enero 2017 | OGTI | |
| 11 | SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | 11. Considerar el libro de registro de seguimiento y el CUI para fortalecer el seguimiento del paquete de atención individualizada e integral del niño/ha menor de 5 años en los establecimientos del primer nivel de atención. | 11.1. Informe de implementación de la ficha familiar en la identificación de riesgos según R.M. 204-2015, que considera el libro de registro de seguimiento extramural y el CUI para el seguimiento de las IRAs y EDAs. | Marzo del 2017 (Informe de Implementación) | ESNSF/DG/ESP | En Regiones priorizadas: Huánuco, Cajam San Martin, Amazonas, Junin, Loreto, Lambayeque, Pasco y Puno. |



















Tabla 22. Acciones para la generación de evidencias de productos NO APLICA

| Program a Presupu estal | Product o/ Proyecto / Interven ción | Pregunt a de Evalua ción | Justifica ción de la necesid ad de la evaluaci | Indicad ores de resultad o | Estado Impleme ón de progra produc proyec intervenc evalu | entaci el ma/ cto/ to o ción a | asis a téc par desa o d eva | quier e tenci cnica ra el arroll le la luaci n? | Fuentes de informa ción (opcion |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|--|---|---|
| | CIOII | | ón | | En curso/ conclu ida | No inic ia aún | Sí | No | al) |

5 PROGRAMACIÓN FÍSICA Y FINANCIERA

5.1 **DEFINICIONES**

- **a) Programación Física. -** Consiste en proyectar las metas de los indicadores de producción física tanto a nivel de producto como a nivel de actividades.
- **b) Programación Financiera.-** Es la expresión en unidades monetarias de las metas de los indicadores de producción física.
- **c) Programación multianual.** es la proyección multianual de las metas de los indicadores de producción física

5.2 CÁLCULOS PREVIOS

5.2.1 Cuantificación de los grupos poblacionales que reciben los productos

Tabla 23. Cuantificación de la población priorizada

| | CUANTIFICACIÓN DE LOS G | ANEXO N° 6/GN | | IDEN LOS DDA | DUCTOS | |
|-------------------|---|-------------------------------------|-------------|--------------|-------------------|------------------|
| | SALUD | RUPUS PUBLACIONA | LES QUE REC | IDEN LOS PRO | DUCTUS | |
| SECTOR: | SALUD | | | | | |
| PLIEGO: | | | A ~ - + 4 | A = + 2 | 0~-+2 | A 22 - 1 - A |
| PROGRAMA | PRODUCTO | REGIONES - | Año t-1 | Año t-2 | Año t-3 | Año t-4 |
| PRESUPUESTAL | | DIDECCION DE DEDEC | 2018 | 2019* | 2020 | 2021 |
| | | DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE | 173,953 | 173,953 | | |
| | | SALUD LIMA CENTRO | 173,333 | 173,333 | 179,172 | 184,54 |
| | | DIRECCION DE REDES | | | | |
| | | INTEGRADAS DE | 121,071 | 121,071 | | |
| | | SALUD LIMA NORTE | | | 124,703 | 128,44 |
| | | DIRECCION DE REDES | | | | |
| | | INTEGRADAS DE | 92,330 | 92,330 | 05.400 | 07.05 |
| | | SALUD LIMA SUR | | | 95,100 | 97,95 |
| | | DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE | 69,122 | 69,122 | | |
| | | SALUD LIMA ESTE | 09,122 | 09,122 | 71,196 | 73,332 |
| | | AMAZONAS | 28,945 | 28,436 | 29,289 | 30,168 |
| | | ÁNCASH | 61,499 | 58,407 | 60,159 | 61,964 |
| | | APURÍMAC | 43,810 | 22,004 | 22,664 | 23,344 |
| | | AREQUIPA | 72,853 | 72,999 | 75,189 | 77,445 |
| | | AYACUCHO | 38,772 | 37,557 | 38,684 | 39,844 |
| | | CAJAMARCA | 87,505 | 83,239 | 85,736 | 88,308 |
| | ~ | CALLAO | 58,464 | 51,384 | 52,926 | 54,513 |
| ARTICULADO | NINOS CON VACUNA CUSCO 73 843 72 878 75 06/ | | | 77,316 | | |
| NUTRICIONAL | COMPLETA | HUANCAVELICA | 23,211 | 21,635 | 22,284 | 22,953 |
| | | HUÁNUCO | 47,756 | 45,886 | 47,263 | 48,680 |
| | | ICA | 51,618 | 51,435 | 52,978 | |
| | | JUNÍN | 70,873 | 70,392 | 72,504 | 54,567 74,679 |
| | | LA LIBERTAD | | 101,442 | <i>'</i> | |
| | | LAMBAYEQUE | 101,130 | 73,487 | 104,485 75,692 | 107,620 |
| | | LIMA REGION | 75,346 | 48,659 | | 77,962 |
| | | | 48,659 | | 50,119 | 51,622 |
| | | LORETO MADRE DE DIOS | 73,085 | 73,841 | 76,056 | 78,338 |
| | | | 10,488 | 10,946 | 11,274 | 11,613 |
| | | MOQUEGUA | 8,289 | 7,993 | 8,233 | 8,480 |
| | | PASCO | 15,581 | 15,196 | 15,652 | 16,121 |
| | | PIURA | 113,320 | 113,949 | 117,367 | 120,888 |
| | | PUNO | 60,508 | 58,336 | 60,086 | 61,889 |
| | | SAN MARTIN | 55,804 | 56,387 | 58,079 | 59,821 |
| | | TACNA | 15,686 | 15,743 | 16,215 | 16,702 |
| | | TUMBES | 14,226 | 13,685 | 14,096 | 14,518 |
| | | UCAYALI | 41,533 | 42,707 | 43,988 | 45,308 |
| | | NACIONAL | 1,749,283 | 1,705,099 | 1,756,252 | 1,808,940 |
| Fuente: OGETI - F | Padron Nominal al 31 -12-20 | 016 | | | | |
| | Padron Nominal a Setieml | ore 2018 | | | | |

| | CUANTIFICACIÓN DE LOS GRU | ANEXO N° 6/GN JPOS POBLACIONA | | IBEN LOS PRO | ODUCTOS | | |
|-------------------|--------------------------------------|--|---|--------------|-----------|-----------|--|
| SECTOR: | SALUD | | 1223 QOZ 1120 | | | | |
| PLIEGO: | 371200 | | | | | | |
| PROGRAMA | | | Año t-1 | Año t-2 | Año t-3 | Año t-4 | |
| PRESUPUESTAL | PRODUCTO | REGIONES - | | | | 2021 | |
| TRESOT GESTAL | | DIRECCION DE REDES | 2010 | 2015 | 2020 | | |
| | | INTEGRADAS DE | 76.473 | 56.005 | | | |
| | | SALUD LIMA CENTRO | , | , | 57,685 | 59,416 | |
| | | DIRECCION DE REDES | | | | | |
| | | INTEGRADAS DE | 92,954 | 68,075 | | | |
| | | DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE AMAZONAS 19,923 25,807 26,581 22 ANCASH 41,874 44,701 46,042 4 APURIMAC 30,913 18,382 18,933 19 AREQUIPA 51,260 46,326 47,716 44 AYACUCHO 27,247 30,041 30,942 3 CALLAO 40,720 26,974 27,783 26 CALLAO CUSCO 51,086 58,826 60,591 60 HUANCAVELICA HUÁNUCO 34,096 38,199 39,345 44 LALIBERTAD 68,996 70,736 72,858 75 LAMBAYEQUE 51,357 52,387 53,959 55 | 72,22 | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | 68,242 | 49,977 | F1 47C | F2 02 | |
| | | | | | 51,476 | 53,022 | |
| | | | 53 511 | 30 180 | | | |
| | | | 33,311 | 39,109 | 40.365 | 41,576 | |
| | | | 19.923 | 25.807 | | 27,379 | |
| | | | | | | 47,423 | |
| | | | | | | 19,50 | |
| | | | , | | | 49,147 | |
| | | | | | | • | |
| | | | , | , | | 31,870 | |
| | | | | | | 73,063 | |
| ARTICULADO | NIÑO CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD | | | <u>-</u> | | 28,617 | |
| NUTRICIONAL | | | , | | | 62,409 | |
| | | | - | | | 18,907 | |
| | | | | | 39,345 | 40,525 | |
| | | ICA | 36,291 | 32,916 | 33,903 | 34,92 | |
| | | JUNÍN | 49,602 | 57,126 | 58,840 | 60,605 | |
| | | LA LIBERTAD | 51,086 58,826 60,591 6 16,189 17,822 18,357 1 34,096 38,199 39,345 4 36,291 32,916 33,903 3 49,602 57,126 58,840 6 68,996 70,736 72,858 7 | 75,044 | | | |
| | | LAMBAYEQUE | 51,357 | 52,387 | 53,959 | 55,577 | |
| | | LIMA REGION | 47,940 | 35,109 | 36,162 | 37,24 | |
| | | LORETO | 49,047 | 60,751 | 62,574 | 64,453 | |
| | | MADRE DE DIOS | 7,179 | 8,774 | 9,037 | 9,308 | |
| | | MOQUEGUA | 5,794 | 4,487 | 4,622 | 4,760 | |
| | | PASCO | 10,731 | 10,909 | 11,236 | 11,57 | |
| | | PIURA | 77,352 | 88,994 | 91,664 | 94,414 | |
| | | PUNO | 40,727 | 48,155 | 49,600 | 51,088 | |
| | | SAN MARTIN | 37,864 | 44,251 | 45,579 | 46,946 | |
| | | TACNA | 10,492 | 11,559 | 11,906 | 12,263 | |
| | | TUMBES | | 10,223 | | | |
| | | UCAYALI | 9,925 | | 10,530 | 10,846 | |
| | | | 28,299 | 36,203 | 37,289 | 38,408 | |
| | <u> </u> | NACIONAL | 1,196,893 | 1,161,773 | 1,196,626 | 1,232,525 | |
| Fuente: OGETI - I | Padron Nominal al 31 -12-201 | | | | | | |
| | Padron Nominal a Setiembr | e 2018 | | | | | |

| | CUANTIFICACIÓN DE LOS GR | ANEXO N° 6/GN | | IDENLLOS DDA | DUCTOS | |
|-------------------|--|---------------------------------|-------------|--------------|---------|---------|
| SECTOR: | SALUD | UPUS PUBLACIONA | LES QUE REC | IDEN LOS PRO | DUCTUS | |
| | SALOD | | | | | |
| PLIEGO: PROGRAMA | | | Año t-1 | Año t-2 | Año t-3 | Año t-4 |
| PRESUPUESTAL | PRODUCTO | REGIONES | 2018 | 2019* | 2020 | 2021 |
| PRESUPUESTAL | | DIRECCION DE REDES | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | INTEGRADAS DE | 76,473 | 35,315 | | |
| | | SALUD LIMA CENTRO | 7 0, 17 0 | 00,010 | 36,374 | 37,46 |
| | | DIRECCION DE REDES | | | | |
| | | INTEGRADAS DE | 92,954 | 43,032 | | |
| | | SALUD LIMA NORTE | | | 44,323 | 45,65 |
| | | DIRECCION DE REDES | 60.242 | 04.000 | | |
| | | INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR | 68,242 | 31,692 | 32,643 | 33,62 |
| | | DIRECCION DE REDES | | | 32,043 | 33,02 |
| | | INTEGRADAS DE | 53,511 | 24,545 | | |
| | | SALUD LIMA ESTE | ,- | , | 25,281 | 26,04 |
| | | AMAZONAS | 19,923 | 8,753 | 9,016 | 9,28 |
| | | ÁNCASH | 41,874 | 18,555 | 19,112 | 19,68 |
| | | APURÍMAC | 30,913 | 5,649 | 5,819 | 5,99 |
| | | AREQUIPA | 51,260 | 21,886 | 22,542 | 23,21 |
| | | AYACUCHO | 27,247 | 10,996 | 11,326 | 11,66 |
| | | CAJAMARCA | 60,809 | 29,122 | 29,996 | 30,89 |
| ARTICULADO | NIÑOS CON SUDIEMENTO | CALLAO | 40,720 | 14,760 | 15,203 | 15,65 |
| NUTRICIONAL | NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | CUSCO | 51,086 | 18,485 | 19,039 | 19,61 |
| NUTRICIONAL | DE MIERRO Y VITAIVIINA A | HUANCAVELICA | 16,189 | 5,530 | 5,696 | 5,86 |
| | | HUÁNUCO | 34,096 | 14,350 | 14,780 | 15,22 |
| | | ICA | 36,291 | 13,430 | 13,833 | 14,24 |
| | | JUNÍN | 49,602 | 18,861 | 19,427 | 20,01 |
| | | LA LIBERTAD | 68,996 | 29,433 | 30,316 | 31,22 |
| | | LAMBAYEQUE | 51,357 | 23,645 | 24,354 | 25,08 |
| | | LIMA REGION | 47,940 | 16,106 | 16,589 | 17,08 |
| | | LORETO | 49,047 | 17,510 | 18,036 | 18,57 |
| | | MADRE DE DIOS | 7,179 | 2,751 | 2,834 | 2,91 |
| | | MOQUEGUA | 5,794 | 1,999 | 2,059 | 2,12 |
| | | PASCO | 10,731 | 3,331 | 3,431 | 3,53 |
| | | PIURA | 77,352 | 35,940 | 37,018 | 38,12 |
| | | PUNO | 40,727 | 8,554 | 8,811 | 9,07 |
| | | SAN MARTIN | 37,864 | 15,075 | 15,527 | 15,99 |
| | | TACNA | 10,492 | 5,273 | 5,431 | 5,59 |
| | | TUMBES | 9,925 | 3,902 | 4,019 | 4,13 |
| | | UCAYALI | 28,299 | 10,706 | 11,027 | |
| | | NACIONAL | 1,196,893 | 1,705,099 | 503,863 | 11,35 |
| Fuente: OCETI I | <u>l</u> Padron Nominal al 31 -12-201 | | 1,130,033 | 1,100,000 | 505,603 | 518,979 |
| ruente. OGETI - I | Padron Nominal al 31-12-201 Padron Nominal a Setiembi | | | | | |

5.2.2 Estimación de la meta proyectada para los indicadores de desempeño del PP *Tabla 24. Seguimiento del desempeño*

| | | | | | | Valor | es histórico | s | | | Metas pr | oyectadas | |
|--|---|--|---|----------|------------------|-----------|--------------|---------|---------------------------|---------|----------|-----------|---------|
| | | | | | | Año t-1 | Año t-2 | Año t-3 | Año t-4 | Año t-1 | Año t-1 | Año t+2 | Año t+3 |
| Nivel de | objetivo | | Nombre del indicador | Ámbito | Línea de base | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 I Semestr e | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | | | | | Resultado | específico | ı | | | | | |
| Crónica d | Reducir la Desnutrición Crónica de niños menores de cinco años | | Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS). | nacional | 17.5 | 14.4 | 13.1 | 12.9 | 12.2 | 11.4 | 9.7 | 8.1 | 6.4 |
| | | | | | | Pro | ducto | | | | | | |
| menores | Proporción de Niño menores de 6 a menos de 36 meses de edad con | | Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses de edad con anemia | nacional | 46.4 | 43.5 | 43.6 | 43.6 | 46.6 | 37.9 | 33.2 | 28.5 | 23.8 |
| conocimie cuidado ir materna e adecuada | Familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de | | Proporción de menores de seis meses con Lactancia Exclusiva | nacional | 72.3 | 65.2 | 69.8 | 64.2 | 67.9 | 68.0 | 71.8 | 75.5 | 79.3 |
| | Atención de enfermedades diarreicas | | Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA. | nacional | 13.7 | 15.5 | 15.0 | 14.4 | 14.6 | 14.0 | 13.6 | 13.3 | 12.9 |
| | | | Proporción de hogares con acceso a agua tratada. (ENDES) | nacional | 66.1 | 69.4 | 96.1 | 96.4 | 97.0 | 96.7 | 97.0 | 97.3 | 97.6 |
| | | | Comunidad accede a agua para el consumo humano (ENAHO) | nacional | 31.3 | 32.4 | 34.2 | 36.0 | | 37.8 | 39.6 | 31.3 | 32.4 |

| | | | | Valores históricos | | | | | Metas proyectadas | | | |
|---|---|----------------------|------|--------------------|---------|---------------------------|---------|---------|-------------------|---------|---------|--|
| | | | | Año t-1 | Año t-2 | Año t-3 | Año t-4 | Año t-1 | Año t-1 | Año t+2 | Año t+3 | |
| Nivel de objetivo | Nombre del indicador | Ámbito Línea de base | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 I Semestr e | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | | |
| Atención de Infecciones Respiratorias Agudas con Complicaciones | Proporción de menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA. | nacional | 14.8 | 16.3 | 16.9 | 15.0 | 14.7 | 13.9 | 12.8 | 11.7 | 10.6 | |

| | | | | Valor | es histórico | S | | | Metas pr | oyectadas | |
|--|---|----------|------------------|---------|--------------|---------|---------------------------|---------|----------|-----------|---------|
| | | | | Año t-1 | Año t-2 | Año t-3 | Año t-4 | Año t-1 | Año t-1 | Año t+2 | Año t+3 |
| Nivel de objetivo | Nombre del indicador | Ámbito | Línea de base | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 I Semestr e | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Gestante con suplemento de hierro y ácido fólico | Proporción de gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta. | nacional | 89.9 | 91.1 | 93.1 | 93.9 | 94.1 | 94.5 | 95.0 | 95.5 | 96.0 |
| | Proporción de nacidos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta con bajo peso al nacer (<2.5kg.). | nacional | 7.8 | 7.5 | 7.0 | 7.3 | 7.2 | 7.2 | 7.1 | 7.0 | 6.9 |
| Niños con CRED completo según edad | Proporción de menores de 36 meses con controles de crecimiento y desarrollo (CRED) completo para su edad. | nacional | 50.5 | 54.9 | 58.2 | 60.1 | 60.8 | 64.9 | 69.9 | 74.7 | 79.6 |
| Niños con vacuna completa | Proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad | nacional | 66.1 | 69.4 | 71.4 | 74.5 | 76.2 | 80.8 | 80.6 | 83.6 | 86.6 |

| | Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus para su edad. | nacional | 78.1 | 80.9 | 81.3 | 84.7 | 83.3 | 87.0 | 90.0 | 93.0 | 96.0 |
|---|--|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el neumococo. | nacional | 79.2 | 82.2 | 82.9 | 86.2 | 85.0 | 89.2 | 92.2 | 95.2 | 98.2 |
| | Proporción de menores de 12 meses con vacunas contra el rotavirus y el neumococo para su edad. | nacional | 75.1 | 77.9 | 79.2 | 84.0 | 81.8 | 87.8 | 90.7 | 93.7 | 96.7 |
| | Proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad. | nacional | 63.2 | 69.4 | 74.0 | 78.9 | 81.4 | 82.5 | 85.5 | 88.5 | 91.5 |
| Niños con suplemento de hierro y vitamina A | Proporción de niños de 6 a menos de 36 meses que recibieron suplemento de hierro. | nacional | 23.6 | 30.3 | 29.2 | 30.7 | 29.5 | 33.7 | 36.8 | 39.8 | 42.9 |

5.3 PROGRAMACIÓN DEL REQUERIMIENTO DE INVERSIONES

5.3.1 Brecha de inversiones

5.3.2 PROGRAMACIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN

NO APLICA

5.4 PROGRAMACIÓN DE PRODUCCIÓN ANUAL

Tabla 27. Programación anual – meta física y financiera de productos

| Producto/Proyecto/Actividad | Unidad de producción física (unidad de medida | Meta de producción física (meta física) | Recursos financieros (S/.) |
|---|--|--|-------------------------------|
| ACCIONES COMUNES (3000001) | Informe | 6 | 179,412,350 |
| Vigilancia, investigación y tecnologías en nutrición (5004424) | Informe | 138 | 21,439,330 |
| Desarrollo de normas y guías Técnicas en nutrición (5004425) | Norma | 4 | 9,681,305 |
| Monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa articulado nutricional (5004426) | Informe | 4 | 148,291,715 |
| SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN AL CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE ALIMENTOS (3000608) | Servicio Controlado | 3,305 | 18,787,911 |
| COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO (3000609) | Centro poblado | 14,313 | 72,114,978 |
| POBLACIÓN INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL (3000733) | Persona Informada | 2,176,151 | 15,964,274 |
| FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES (3033251) | Familia | 19,885 | 89,870,753 |

| NIÑOS CON VACUNA COMPLETA (3033254) | Niño Protegido | 1,705,099 | 623,451,782 |
|---|----------------------|-----------|-------------|
| NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGÚN EDAD (3033255) | Niño controlado | 1,161,773 | 342,520,593 |
| NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A (3033256) | Niño suplementado | 489,188 | 121,412,576 |
| ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (3033311) | Caso tratado | 2,549,840 | 164,954,238 |
| ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | Caso tratado | 544,425 | 82,336,531 |
| ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES (3033313) | Caso tratado | 8,399 | 81,386,774 |
| ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES (0033314) | Caso tratado | 9,299 | 57,530,973 |
| ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES (0033315) | Caso tratado | 800,585 | 49,857,074 |
| ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL (3033414) | Caso tratado | 102,688 | 34,716,410 |

5.5 PROGRAMACIÓN MULTIANUAL

- 5.5.1 Concepto
- 5.5.2 Proceso de programación multianual del PP
- 5.5.3 Cálculo de metas de programación multianual de productos

Tabla 28. Programación Multianual de metas físicas de productos

| | | | | Programa | ción Multiar | nual (<i>de la m</i> | neta física) | |
|--|---|------------------------|---------|----------|--------------|-----------------------|--------------|---------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | U.M. | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004424 VIGILANCIA, INVESTIGACION Y TECNOLOGIAS EN NUTRICION | Informe | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004425 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN NUTRICION | Norma | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004426 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | Informe | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 3000608 SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 5004427 CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | Servicio controlado | 140 | 176 | 171 | 3,035 | 3,050 | 3,065 |
| 3000609 COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 5004428 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | Centro poblado | 19,286 | 6,196 | 3,454 | 13,491 | 13,558 | 13,626 |
| 3000609 COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA | 5004429 DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | Centro Poblado | 200 | 5,826 | 1,222 | 3,381 | 3,398 | 3,415 |

| EL CONSUMO HUMANO | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|
| | | | | |

| | | | | Programa | ción Multian | ual (de la m | neta física) | |
|---|--|-----------------------|------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | U.M. | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3000733 POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL | 5005326 INTERVENCIONES DE COMUNICACION PARA EL CUIDADO INFANTIL Y PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL | Persona informada | 6'044,323 | 6'167,937 | 6'271,678 | 2,176,151 | 2,187,032 | 2,197,967 |
| 3033251 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS | 5000014 FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES | Familias | 38,011,686 | 34,062 | 19,885 | 17,608 | 17,696 | 17,785 |
| PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 5005982 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | Persona capacitada | | | | 606 | 609 | 612 |
| 3033254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA | 5000017 APLICACION DE VACUNAS COMPLETAS | Niño protegido | 2,165,592 | 4,076,289 | 3,340,906 | 1,705,099 | 1,713,624 | 1,722,193 |
| 3033255 NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD | 5000018 ATENCION A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED COMPLETO PARA SU EDAD | Niño controlado | 212,641 | 5,969,412 | 7,364,256 | 1,161,773 | 1,167,582 | 1,173,420 |

| | | | | Programa | ción Multiar | nual (<i>de la m</i> | neta física) | |
|---|--|----------------------|-----------|-----------|--------------|-----------------------|--------------|-----------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | U.M. | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3033256 NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | 5000019 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | Niño suplementado | 5,605,227 | 5,665,533 | 4,331,314 | 489,188 | 491,634 | |
| 3033311 ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 5000027 ATENDER A NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | caso tratado | 1,789,212 | 2,897,588 | 1,797,899 | 2,549,840 | 2,562,589 | 2,575,402 |
| 3033312 ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | 5000028 ATENDER A NIÑOS CON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | caso tratado | 458,584 | 602,896 | 500,919 | 544,425 | 547,147 | 549,883 |
| | | | | Programa | ción Multian | ual (de la m | eta física) | |
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | U.M. | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3033313 ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 5000029 ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | caso tratado | 184,262 | 353,372 | 239,810 | 8,399 | 8,441 | 8,483 |
| 3033314 ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 5000030 ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA COMPLICADA | caso tratado | 41,985 | 53,970 | 62,587 | 9,299 | 9,345 | 9,392 |
| 3033315 ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 5000031 BRINDAR ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | caso tratado | 38,529 | 73,015 | 49,772 | 800,585 | 804,588 | 808,611 |

| | | | | Programa | ción Multian | ual (de la m | eta física) | |
|---|---|-----------------------|-----------|-----------|--------------|--------------|-------------|---------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | U.M. | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3033317 GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO | 5000032 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO A GESTANTES | Gestante suplementada | 1,678,919 | 2,003,385 | 2,984,636 | 407,500 | 409,538 | |
| 3033414 ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL | 5000035 ATENDER A NIÑOS Y NIÑAS CON DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS INTESTINAL | caso tratado | 687,480 | 1,072,560 | 722,341 | 102,688 | 103,201 | 103,717 |

Tabla 29. Programación Multianual de metas físicas de productos

| | | | Programa | ción Multianu | al (nuevos so | oles) | |
|--|---|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| 111020010 | NOTIVIBAB | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004424 VIGILANCIA, INVESTIGACION Y TECNOLOGIAS EN NUTRICION | 10,370,889 | 12,927,668 | 13,708,024 | 13,809,449 | 13,974,408 | 15,371,849 |
| 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004425 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN NUTRICION | 5,352,646 | 6,406,727 | 4,475,198 | , , | 5,999,455 | 6,599,400 |
| 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004426 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 139,638,900 | 103,777,817 | 105,121,617 | 93,440,156 | 121,544,085 | 133,698,493 |
| 3000608 SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 5004427 CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 9,032,948 | 10,440,660 | 13,167,544 | 15,101,842 | 13,129,323 | 14,442,256 |
| 3000609 COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 5004428 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 42,969,838 | 66,287,208 | 82,585,889 | 47,555,566 | 65,834,588 | 72,418,047 |
| 3000609 COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 5004429 DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 11,758,867 | 10,721,723 | 11,131,292 | 10,411,439 | 12,106,413 | 13,317,055 |
| 3000733 POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS | 5005326 INTERVENCIONES DE COMUNICACION PARA EL CUIDADO INFANTIL Y | 4,052,616 | 9'544,102.00 | 6,728,207 | | | 5,909,054 |

| | | | Programa | ación Multian | ual (nuevos so | oles) | |
|--------------------|----------------------|---------|----------|---------------|----------------|-----------|---------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| TROBOOTO | AOTIVIDAD | | | | | | |
| | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| SALUDABLES PARA LA | PREVENCION DE ANEMIA | | | | 8,753,240 | 5,371,867 | |
| PREVENCION DE | Y DESNUTRICION | | | | | | |
| ANEMIA Y | CRONICA INFANTIL | | | | | | |
| DESNUTRICION | | | | | | | |
| CRONICA INFANTIL | | | | | | | |

| | | | Programa | ación Multianua | al (nuevos so | les) | |
|---|---|-------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 3033251 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 5000014 FAMILIAS CON NIÑO/AS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES | 37,054,003 | 47,844,715 | 78,071,791 | 69,045,013 | 63,804,269 | 70,184,695 |
| 3033254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA | 5000017 APLICACION DE VACUNAS COMPLETAS | 243,287,245 | 267,343,513 | 300,593,803 | 255,598,77 0 | 293,376,41 6 | 322,714,05 8 |
| 3033255 NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD | 5000018 ATENCION A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED COMPLETO PARA SU EDAD | 268,262,305 | 295,203,782 | 319,923,323 | 256,185,47 9 | 313,383,09 4 | 344,721,40 4 |
| 3033256 NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | 5000019 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | | | | | | 91,420,993 |

| | | | Programa | ación Multianua | al (nuevos so | les) | |
|--|--|-------------|-------------|-----------------|-----------------|------------|------------|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 |
| | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| | | 55,037,653 | 61,842,681 | 105,848,508 | 79,489,318 | 83,109,994 | |
| 3033311 ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 5000027 ATENDER A NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 112,759,954 | 125,491,640 | 140,367,212 | 119,774,05 4 | 137,058,03 | 150,763,84 |
| 3033312 ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | 5000028 ATENDER A NIÑOS CON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | 66,025,867 | 76,428,472 | 74,516,957 | 57,341,001 | 75,435,882 | 82,979,470 |
| 3033313 ATENCION DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 5000029 ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 86,580,189 | 75,194,622 | 84,418,622 | 62,084,598 | 84,776,459 | 93,254,104 |
| 3033314 ATENCION DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 5000030 ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA COMPLICADA | 64,220,378 | 48,867,396 | 13,691,431 | 56,985,441 | 50,535,278 | 55,588,805 |

| | | Programación Multianual (nuevos soles) | | | | | | | |
|--|--|--|------------|------------|------------|------------|------------|--|--|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 | | |
| | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | | |
| 3033315 ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 5000031 BRINDAR ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 31,556,829 | 42,880,086 | 52,204,846 | 41,671,011 | 46,286,012 | 50,914,614 | | |

| | | Programación Multianual (nuevos soles) | | | | | | | | |
|--|---|--|------------|------------|------------|------------|------------|--|--|--|
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | Año t-3 | Año t-2 | Año t-1 | Año t | Año t+1 | Año t+2 | | | |
| PRODUCTO | ACTIVIDAD | | | | | | | | | |
| | | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | | | |
| 3033317 GESTANTE CON | 5000032 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO | | | | | 20 400 002 | 22 207 564 | | | |
| SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO | Y ACIDO FOLICO A GESTANTES | 27,979,369 | 26,946,777 | 28,892,721 | 25,958,193 | 30,188,692 | 33,207,561 | | | |
| 3033414 ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON | 5000035 ATENDER A NIÑOS Y NIÑAS CON | 05 007 504 | 00 000 700 | 00.050.450 | | 29,402,246 | 32,342,470 | | | |
| PARASITOSIS INTESTINAL | DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS INTESTINAL | 25,227,594 | 26,089,796 | 29,059,158 | 26,540,709 | | | | | |

Fuente: consulta amigable MEF Pto 2016, 2017, 2018, 2019 a nivel de Gobierno Regional

5.6 ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA PROPUESTA

| PROGRAMA PRESUPUESTAL PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA |
|---|--|--|-------------|-----------------------------------|--|---|-----------------------|
| PROGRAMA PRESUPUESTA | RIO | | | | | | |
| 0001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 3000001 ACCIONES COMUNES | 5004424 VIGILANCIA, INVESTIGACION Y TECNOLOGIAS EN NUTRICION | 20 SALUD | 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | 0005 PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | 0033244 VIGILANCIA, INVESTIGACION Y TECNOLOGIAS EN NUTRICION | 060 INFORME |
| | | 5004425 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS E NUTRICION | N 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0093 REGULACION Y CONTROL SANITARIO | 0033247 DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN NUTRICION | 080 NORMA |
| | | 5004426 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 20 SALUD | 004 PLANEAMIENTO GUBERNAMENTAL | 0005 PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL | 0044276 MONITOREO, SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL DEL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 060 INFORME |
| | 3000608 SERVICIOS DE CUIDADO DIURNO ACCEDEN A CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 5004427 CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0033258 CONTROL DE CALIDAD NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS | 107 SERVICIO |
| | 107 SERVICIO | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 3000609 COMUNIDAD ACCEDE A AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 5004428 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0033260 VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 223 CENTRO POBLADO |
| | 223 CENTRO POBLADO | | | | | | |
| | | 5004429 DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PA EL CONSUMO HUMANO | RA 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0033308 DESINFECCION Y/O TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO | 223 CENTRO POBLADO |
| | 3000733 POBLACION INFORMADA SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRACTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL | CUIDADO INFANTIL Y PREVENCION DE ANEMIA Y | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0138950 INTERVENCIONES DE COMUNICACION PARA EL CUIDADO INFANTIL Y PREVENCION DE ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL | 259 PERSONA INFORMADA |
| | 259 PERSONA INFORMADA | | | | | | |
| | 3000876 ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 5000027 ATENDER A NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033311 ATENCION IRA | 016 CASO TRATADO |
| | 016 CASO TRATADO | 5000028 ATENDER A NIÑOS CON ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033312 ATENCION EDA | 016 CASO TRATADO |

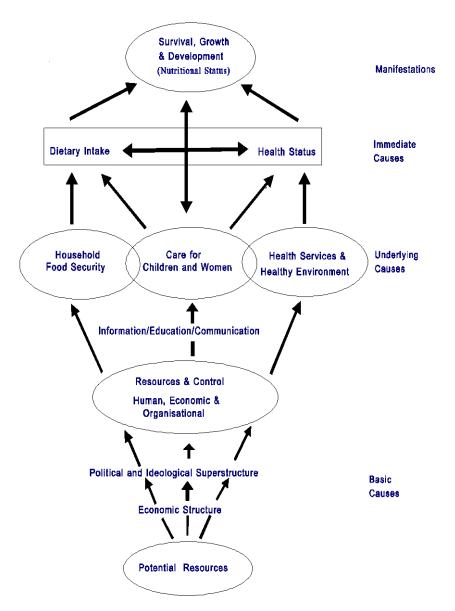
| CATEGORIA PRESUPUESTAL | | | | | | | |
|---|--|--|------------|----------------------|--|--|------------------------|
| PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA |
| PROGRAMA PRESUPUESTA | RIO | | | | | | |
| 1001 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL | 3000877 ATENCION ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 5000029 ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON COMPLICACIONES | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033313 ATENCION IRA CON COMPLICACIONES | 016 CASO TRATADO |
| | 016 CASO TRATADO | 5000030 ATENDER A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA COMPLICADA | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0097 ATENCION MEDICA ESPECIALIZADA | 0033314 ATENCION EDA CON COMPLICACIONES | 016 CASO TRATADO |
| | 3000878 NIÑOS Y NIÑAS CON ATENCION DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO 016 CASO TRATADO | 5006270 BRINDAR ATENCION A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO | E 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0289981 BRINDAR ATENCION A NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO | 086 PERSONA |
| | 3033251 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 5000014 FAMILIAS CON NIÑOIAS MENORES DE 36 MESES DESARROLLAN PRACTICAS SALUDABLES | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0033251 FAMILIAS SALUDABLES CON CONOCIMIENTOS PARA EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERINA EXCLUSINA Y LA ADECULADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 056 FAMILIA |
| | 058 FAMILIA | 5005982 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 20 SALUD | 043 SALUD COLECTIVA | 0095 CONTROL DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD | 0215058 CAPACITACION A ACTORES SOCIALES QUE PROMUEVEN EL CUIDADO INFANTIL, LACTANCIA MATERNA EXCLUSINA Y LA ADECUADA ALIMENTACION Y PROTECCION DEL MENOR DE 36 MESES | 088 PERSONA CAPACITADA |
| | 3833254 NIÑOS Y NIÑAS CON VACUNA COMPLETA 218 NIÑO PROTEGIDO | 5000017 APLICACION DE VACUNAS COMPLETAS | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033254 NIÑOS CON VACUNA COMPLETA | 218 NIÑO PROTEGIDO |
| | 3833255 NIÑOS Y NIÑAS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD 219 NIÑO CONTROLADO | 5000018 ATENCION A NIÑOS CON CRECIMIENTO Y DESARROLLO - CRED COMPLETO PARA SU EDAD | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033255 NIÑOS CON CRED COMPLETO SEGUN EDAD | 219 NIÑO CONTROLADO |
| | | 5000019 ADMINISTRAR SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033256 NIÑOS CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y VITAMINA A | 220 NIÑO SUPLEMENTADO |

| CATEGORIA PRESUPUESTAL PROGRAMA PRESUPUESTAL | PRODUCTO / PROYECTO | ACTIVIDAD / OBRA | FUNCION | DIVISION FUNCIONAL | GRUPO FUNCIONAL | FINALIDAD | UNIDAD MEDIDA |
|--|---|--|----------|----------------------|--------------------------------|---|------------------|
| PROGRAMA PRESUPUESTAI | RIO | | | | | | |
| 0001 PROGRAMA ARTICULADO Nutricional | 3033315 ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 5000031 BRINDAR ATENCION A OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033315 ATENCION DE OTRAS ENFERMEDADES PREVALENTES | 016 CASO TRATADO |
| | 016 CASO TRATADO | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | AMALIA ATTUOLOU DE MIÑAS VANGAS | FARMAN ATTURER LUIGOS VAUGAS COM RACACOTAS DE | | | AAAA ATTIONAMAATINEDIAA BAANAA | AND ALL ATTICION DE MIÑOS VINÑAS ASSAUL | |
| | 3033414 ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL | 5000035 ATENDER A NIÑOS Y NIÑAS CON DIAGNOSTICO DE PARASITOSIS INTESTINAL | 20 SALUD | 044 SALUD INDIVIDUAL | 0096 ATENCION MEDICA BASICA | 0033414 ATENCION DE NIÑOS Y NIÑAS CON PARASITOSIS INTESTINAL | U16 CASO IRATADO |
| | 016 CASO TRATADO | | | | | | |

ANEXO Nº 1 Presentación de Evidencias.

a) Intervenciones y Programas de Nutrición de ac

Figure II: Causes of Malnutrition and Death



CAUSAS DIRECTAS DE DESNUTRICIÓN

| | | Inge | esta inadecu | ada e insu | fiente de nutrientes en niños menc | ores de 24 meses | |
|----|--|---|----------------------------------|--|---|---|---------------------------|
| | | lactancia mate | | ardío, lacta | ncia no exclusiva, término tempra | | _ |
| Ν | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Associations between Infant Feeding Practices and Length, Weight, and Disease in Developing Countries. | Yarnoff BO, Allaire BT, Detzel P. | Front Pediatr. 2013 | Análisis multivari ado con regresió n logística | El objetivo del estudio fue examinar la asociación independiente de seis diferentes tipos de alimentación infantil (lactancia materna exclusiva, lactancia materna no exclusiva, fórmula infantil, líquidos lácteos, líquidos no lácteos y alimentos sólidos) con cinco medidas de salud infantil (talla, peso, diarrea, fiebre y tos). | Los infantes menores de 6 meses, que siguen las recomendaciones de lactancia exclusiva pueden incrementar su talla en 0.75 cm y peso en 0.25 kg y disminuir la prevalencia de diarrea, fiebre y tos en 8, 12 y 11%, respectivamente. | C2 |
| lı | adecuadas prácticas de | alimentación | complement | aria | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries. | Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. | Matern Child Nutr. 2012 | Estudios de factores asociad os | El objetivo del estudio fue evaluar la relación entre la alimentación infantil y el retraso de crecimiento y bajo peso en niños menores de 24 meses de edad de 14 países pobres. | Se encontró una asociación significativa entre el inicio temprano de la lactancia materna y una reducción del riesgo de desnutrición (p < 0.05), pero un mayor riesgo de bajo peso en aquellos con lactancia continuada a las 12 y 15 meses de edad (p < 0.001). Para los infantes de 6-8 meses de edad, el consumo de alimentos sólidos estuvo asociado con un riesgo significativamente más bajo de retraso del crecimiento y bajo peso (p < 0.001). Frecuencia de alimentación adecuada estuvo asociada solo con menor riesgo de bajo peso (p < 0.05). Introducción de alimentos sólidos a tiempo y diversidad dietaria estuvieron asociados con una | C1 |

| | | | | | | probabilidad reducida de bajo peso y retraso del crecimiento, la cual estuvo asociada fuertemente con la educación materna (p < 0.001). | |
|---|--|--------------------------------|-----------------|---|---|--|---------------------------|
| D | eficiencia de hierro | | | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Determinants of anemia among 6–59 months aged children in Bangladesh: evidence from nationally representative data | Khan JR, Awan N, Misu F. | BMC 2016 | Estudios de factores asociad os | El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de anemia infantil en Bangladesh y explorar los factores asociados con anemia como base de programas de control y prevención. | Presentaron mayor riesgo de anemia los niños menores de 24 meses de edad (OR 3.01, IC 95% 2.38-3.81) y aquellos cuyas madres eran anemicas (OR 1.80, IC 95% 1.49-2.18). La anemia infantil estuvo asociada significativamente con desnutrición crónica infantil, fuente de agua para beber, riqueza del hogar y localización geográfica. | C1 |

| | | | Morbi | lidad por in | fecciones en niños menores de 24 | meses | | | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|--|---|---|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| N | Niño que no recibe lactancia materna | | | | | | | | | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a | | | | | | |
| 1 | Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. | Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, Bahl R. | Acta Paediatr Suppl. 2015 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo del estudio fue sintetizar la evidencia de los efectos de la lactancia óptima en tasas de mortalidad por infección y por todas las causas en infantes y niños de 0 a 23 meses | El riesgo de mortalidad por todas las causas fue 1,5 mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.48 IC 95% 1.13-1.92), 2,9 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 2.84, IC 95% 1.63-4.97) y 14,4 veces mayor riesgo en infantes no amamantados (RR 14.4, IC 95% 6.13-33.9) comparado con los infantes exclusivamente amamantados de 0 a 5 meses de edad. Los niños de 6-11 y 12-23 meses de edad que no fueron amamantados, tuvieron 1.8 y 2.0 veces mayor riesgo de mortalidad, respectivamente, comparado con los niños | A1 | | | | | | |

| 2 | Breastfeeding protects against infectious diseases during | Duijts L, Ramadhani MK, Moll HA. | Matern Child Nutr. | Revisión sistemát ica | La revisión buscó evaluar el efecto de la lactancia materna en las infecciones durante la infancia | amamantados. El riesgo de mortalidad relacionada a infección en 0-5 meses fue 1,7 veces mayor en infantes amamantados predominantemente (RR 1.7, IC 95% 1.18-2.45), 4,5 veces mayor en infantes parcialmente amamantados (RR 4.56, IC 95% 2.93-7.11) y 8,7 veces mayor en infantes no amamantados (RR 8.66, IC 95% 3.19-23.5) comparado con los infantes amamantados exclusivamente. 4 de los 5 estudios presentaron efectos disminuidos en todas las infecciones entre los lactantes amamantados. Exceptuando | A2 |
|---|--|--|---|-----------------------------|--|---|---------------------------|
| | infancy in industrialized countries. A systematic review. | | 2009 | | ne países desarrollados. | las infecciones gastrointestinales, seis de ocho estudios sugieren que la lactancia materna tiene un efecto protector. Trece de dieciséis estudios concluyen que la lactancia materna protege contra las infecciones del tracto respiratorio. | |
| 3 | Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. | Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. | Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 | Revisión sistemát ica | El objetivo de la revisión fue evaluar la evidencia de los efectos de la lactancia materna en resultados de salud materno-infantil en corto y largo plazo en países en desarrollo. | La historia de lactancia materna estuvo asociada con una reducción en el riesgo de otitis media aguda, gastroenteritis no específicas, infecciones del tracto respiratorio bajo severa, dermatitis atópica, asma, obesidad, diabetes 1 y 2, leucemia infantil, síndrome de muerte súbita infantil, y enterocolitis necrotizante. | A2 |
| Ν | ño no vacunado | | | | | | |
| N | | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Systematic review of the effect of pneumococcal conjugate vaccine dosing schedules on vaccine-type invasive | Conklin L, Loo JD, Kirk J, Fleming- Dutra KE, Deloria Knoll M, Park DE, Goldblatt D, | Pediatr Infect Dis J. 2014 | Revisión sistemát ica | El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de la vacuna combinada neumocócica contra enfermedad neumocócica invasiva (VT-IPD) en niños seleccionados para recibir la vacuna | En los ensayos clínicos, la eficacia de la vacuna varió de 65% a 71% (esquema 3+0), y de 83% a 94% (esquema 3+1). Los datos de vigilancia y los reportes de caso demuestran reducciones en VT-IPD de hasta el 100% con esquema 2+1 ó 3+1, y hasta un 90% con esquema 3+2. | A2 |

| | pneumococcal disease among young children. | O'Brien KL, Whitney CG. | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|--|---------------------------|
| 2 | Vaccines for the prevention of diarrhea due to cholera, shigella, ETEC and rotavirus | Das JK, Tripathi A, Ali A, Hassan A, Dojosoeandy C, Bhutta ZA. | Public Health 2013 | Revisión sistemát ica | La revisión buscó evaluar la eficacia y efectividad de vacunas para cólera, shigella, Escherichia coli enterotoxigénicas, y rotavirus en niños menores de 5 años. | La vacuna para rotavirus puede prevenir 74% (35-90%) de muertes por rotavirus y 47% a 57% de hospitalizaciones por rotavirus, asimismo, tiene el potencial de reducir el porcentaje de muertes por diarreas debidas a rotavirus. La vacuna para cólera puede reducir la incidencia en 52%. Efectos no significativos: vacuna para shigella, Escherichia coli enterotoxigenica. | A2 |
| 3 | Vaccines for preventing rotavirus diarrhoea: vaccines in use (Review) | Soares- Weiser K, MacLehose H, Bergman H, Ben- Aharon I, Nagpal S, Goldberg E, Pitan F, Cunliffe N | Cochrane Database Syst Rev. 2012 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de la vacuna para rotavirus para prevención de diarrea por rotavirus. | Niños menores de 12 meses: Efectos significativos: RV1 previene diarrea por rotavirus (RR 0,30; IC 95% 0.18-0.50), diarrea severa por rotavirus (RR 0,20; IC 95% 0,11-0.35). RV5 previene todos tipo de diarrea por rotavirus (RR 0,27; IC 95% 0,22-0.33) y diarrea severa por rotavirus (RR 0,23, IC 95% 0.08-0.71). Niños de 12 a 24 meses de edad: Efectos significativos: RV1 previene todos los casos de diarrea por rotavirus (RR 0.30, IC 95% 0.21-0.43), diarrea severa por rotavirus (RR 0.16, IC 95% 0,12-0,21). RV5 previene todos los casos de diarrea por rotavirus (RR 0,51, IC 95% 0.36-0,72), y diarrea severa por rotavirus (RR 0,51, IC 95% 0.44, IC 95% 0,22-0.88). | A1 |
| N | iño con infección clínica | y sub-clínica | • | • | | | |
| | Título | Autores | Revista. año | Tipo de Estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |

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

CAUSAS SUBYACENTES DE DESNUTRICION

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

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

INTERVENCIONES PARA CAUSAS DIRECTAS DE DESNUTRICIÓN

| S | uplementación con multir | micronutrientes | S | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|---------------------------|
| N | Título | Autores | Revista, año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. | Haider BA, Bhutta ZA. | Cochrane Database Syst Rev. 2015 | Revisión sistemátic a y meta- análisis | El estudio buscó evaluar los beneficios de la suplementación oral de multimicronutrientes durante gestación en resultados de salud materna, fetal e infantil | Efectos significativos: bajo peso al nacer (RR: 0.88, IC 95% 0.85-0.91), pequeño para edad gestacional (RR 0.90, IC 95% 0.83-0.97), tasa reducida de muerte fetal (RR 0.91, IC 95% 0.85-0.98). Efectos no significativos: nacimientos pretérmino, anemia materna al tercer trimestre, aborto espontáneo, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, riesgo de parto por cesárea. | A1 |
| 2 | Multiple micronutrient powders for home (point-of-use) fortification of foods in pregnant women. | Suchdev PS, Peña-Rosas JP, De-Regil LM. | Cochrane Database Syst Rev. 2015 | Revisión sistemátic a y meta- análisis | La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de la fortificación de alimentos en casa prenatal con multimicronutrientes en polvo en la salud materna y neonatal. | MMP vs suplemento de hierro y ácido fólico: La adherencia a MMP fue menor que la adherencia a suplementos de hierro y ácido fólico (RR 0.76, IC 95% 0.66-0.87). MMP vs suplementos de múltiples micronutrientes: Efectos no significativos: anemia materna Los autores indican que es necesaria mayor evidencia para poder brindar conclusiones. | A1 |
| 3 | Effect of multiple micronutrient supplementation on pregnancy and infant outcomes: a systematic review. | Ramakrishna n U1 Grant FK, Goldenberg T, Bui V, Imdad A, Bhutta ZA. | Paediatr Perinat Epidemiol. 2012 | Revisión sistemátic a y meta- análisis | La revisión buscó evaluar los efectos de la suplementación prenatal con MMN en resultados neonatales. | La suplementación con MMN resultó en una reducción significativa en la incidencia de bajo peso al nacer (RR 0.86, IC 95% 0.81-0.91) y de recién nacido pequeño para la edad gestacional (RR 0.83, IC 95% 0.73-0.95) y un incremento en el peso de nacimiento (diferencia media ponderada 52.6 g, IC 95% 1.05-1.81). | A2 |

| Υ | Yodo a través de yodación de la sal | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|---|-----------------------------|---|--|---------------------------|--|--|--|
| N | Título | Autores | Revista, año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a | | | |
| 1 | The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy. | Zimmermann MB. | Paediatr Perinat Epidemiol. 2012 | Revisión sistemátic a | El estudio analizó los efectos de la deficiencia de yodo en gestantes e infantes, así como las intervenciones más costo- efectivas para la entrega de yodo a gestantes y niños | Efectos significativos: reducción en prevalencia de cretinismo a los 4 años de edad (RR 0.27, IC 95% 0.12-0.60), puntajes de desarrollo 10-20% mayor en niños pequeños, peso de nacimiento 3.82-6.30% mayor. Los autores refieren que en las regiones afectadas por deficiencia de yodo, la iodización de la sal es la intervención más costo-efectiva de distribución de yodo. | A2 | | | |

| | Intervenciones para mejorar la calidad de la dieta en niños menores de 24 meses | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|--|---|---|---------------------------|--|--|--|--|
| Р | Promoción de lactancia materna | | | | | | | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a | | | | |
| 1 | Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. | Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, Rollins N, Bahl R, Bhandari N. | Acta Paediatr Suppl. 2015 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue brindar evidencia integral de los efectos de intervenciones en tasas de inicio temprano de lactancia, lactancia exclusiva, lactancia continuada, cuando se entrega en cinco escenarios: servicios y sistemas de salud, entorno familiar y del hogar, ambiente comunitario, entorno laboral, entorno político, o una combinación de cualquiera de las anteriores. | Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia continuada, se observaron cuando se brindó consejería o educación tanto en casa como en la comunidad (RR 1.85, IC 95% 1.08-3.17), sistemas de salud y comunidad (RR 2.52, IC 95% 1.39-4.59), en todos los escenarios (RR 1.97, IC 95% 1.74-2.24), respectivamente. La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño, fue la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia (RR 1.66, IC 95% 1.34-2.07). | A1 | | | | |
| 2 | Breastfeeding promotion | Haroon S, Das JK, | BMC Public | Revisión sistemát | El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de la | Efectos significativos: intervenciones de educación y consejería incrementan la LME | A1 | | | | |
| | interventions and breastfeeding | Salam RA, | Health 2013 | ica y | educación sobre lactancia materna exclusiva (LME) e | en 43% (IC 95% 9-87) en el día 1, en 30% (19-42) hasta 1 mes, y en 90% (54-134) | | | | | |

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

| | | | | | | cuidado diurno (85%) en comparación con la entrega en casa (36%). | |
|---|---|--|----------------------------------|--|---|--|---------------------------|
| C | onsejería Nutricional y E | ducación nutr | ricional | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. | Lassi ZS, Das JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA. | BMC Public Health. 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | La revisión buscó evaluar el impacto de la educación en alimentación complementaria (AC) y en la entrega de AC con o sin educación sobre el crecimiento y morbilidad en niños menores de 2 años de edad en países de medianos y bajos ingresos. | Educación nutricional en comunidad con seguridad alimentaria: Efectos significativos: ganancia de talla (DMS 0.35, 95% IC 0.08-0.62), Z TE (DMS 0.22, 95% IC 0.01-0.43), ganancia de peso (DMS 0.40, 95% IC 0.02-0.78). Efectos no significativos: retardo en el crecimiento, Z PE. Educación nutricional en comunidades con inseguridad alimentaria: Efectos significativos: Z TE (DMS 0.25, 95% IC 0.09-0.42), retardo en el crecimiento (RR 0.68, 95% IC 0.60-0.76), Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.12-0.41). Entrega de complementación alimentaria con o sin educación en comunidades con inseguridad alimentaria: Efectos significativos: Z TE (DMS 0.39, 95% IC 0.05-0.73), Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.04-0.48). Efectos no significativos: retardo en el crecimiento. | A1 |
| 2 | Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. | Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. | BMC Public Health. 2011 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | La revisión buscó evaluar la efectividad de las dos estrategias más comunmente aplicadas de alimentación complementaria: entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) y educación a las madres sobre prácticas de alimentación | Ambas intervenciones: Incrementos significativos en peso (DMP 0.34 DS, IC 95% 0.11-0.56 y 0.30 DS, IC 95% 0.05-0.54, respectivamente), y crecimiento lineal (DMP 0.26 DS, IC 95% 0.08-0.43 y 0.21 DS, IC 95% 0.01-0.41, respectivamente). La entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) incrementó una ganancia extra de peso de | A1 |

| | | | | | complementaria para el crecimiento infantil. | 0.25 kg (+ - 0.18) y en talla 0.54 cm (+ - 0.38) en niños de 6 a 24 meses. La educación de la madre en alimentación complementaria produjo una ganancia extra de peso de 0.30 kg (+ - 0.26) y de talla de 0.49 cm (+ - 0.50) en los grupos de intervención comparado con grupo control. | |
|---|---|---|------------------------------------|--|--|--|---------------------------|
| | uplementación con hierr | 1 | 1 = | _ | | | 1 |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Effect of daily iron supplementation on health in children aged 4-23 months: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. | Pasricha SR, Hayes E, Kalumba K, Biggs BA. | Lancet Global Health 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | La revisión busco revisar sistemáticamente la evidencia de los beneficios y seguridad de la suplementación diaria de hierro en niños de 4 a 23 meses | Efectos significativos: Menor riesgo de anemia (RR 0.61, IC 95% 0.50-0.74); deficiencia de hierro (0.30, IC 95% 0.15-0.60); anemia por deficiencia de hierro (0.14 IC 95% 0.10-0.22). Efectos no significativos: Desarrollo mental, desarrollo psicomotor. Se observó mayor prevalencia de vómitos (RR 1.38, IC 95% 1.10-1.73) y fiebre (RR 1.16, IC 95% 1.02-1.31) en los niños que recibieron hierro. | A1 |
| S | uplementación con mult | imicronutriente | es en polvo i | para fortific | cación en casa | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Effectiveness of Micronutrient Powders (MNP) in women and children. | Salam RA, MacPhail C, Das JK, Bhutta ZA. | BMC Public Health. 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue estimar el efecto de los micronutrientes en polvo en resultados de salud materno-infantiles | En niños Efectos significativos: Reducción prevalencia de anemia en 34% (RR 0.66, IC 95% 0.57-0.77), anemia por deficiencia de hierro en 57% (RR 0.43, IC 95% 0.35- 0.52), deficiencia de retinol en 21% (RR 0.79, IC 95% 0.64-0.98). Efectos no significativos: Retardo del crecimiento, Delgadez, ZTE, ZPE, ZPT. Se encontró asociación significativa entre los MNP con incremento en diarrea (RR 1.04, IC 95% 1.01-1.06). | A1 |

| 2 | Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age (Review) | De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleser S, Peña-Rosas JP. | Cochrane Database Syst Rev. 2011 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad y seguridad de fortificación en casa de alimentos con multimicronutrientes en polvo, en resultados nutricionales, de salud y desarrollo en niños menores de 2 años de edad. | Efectos significativos: reducción de anemia en 31% (RR 0.69, IC 95% 0.60-0,78), deficiencia de hierro en 51% (RR 0.49, IC 95% 0.35-0.67). Efectos no significativos: crecimiento lineal | A1 |
|---|--|---|---|--|--|---|---------------------------|
| | uplementación con nutri | | | | Delegiés abandada | Comparison ask as less associated as de la | Nii sal ala |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Small-quantity lipid- based nutrient supplements, regardless of their zinc content, increase growth and reduce the prevalence of stunting and wasting in young burkinabe children: a cluster-randomized trial. | Hess SY, Abbeddou S, Jimenez EY, Somé JW, Vosti SA, Ouédraogo ZP, Guissou RM, Ouédraogo JB, Brown KH. | PLoS One. 2015 | Ensayo clínico aleatoriz ado | El objetivo del estudio fue comparar las respuestas funcionales relacionadas al zinc entre niños de Burkina Faso que recibieron SQ-LNS que contienen 0, 5 ó 10 mg de zinc y tabletas de placebo o SQ-LNS sin zinc añadido, además de tabletas de 5 mg de zinc junto con el tratamiento para diarrea y malaria. | Efectos significativos entre grupos de intervención vs grupos no intervenidos: Mayor cambio en niveles de hemoglobina (+8 vs -1 g/L, p<0.0001). Mayor talla luego de 18 meses (77.7 +-3.0 vs 76.9 +- 3.4 cm, p<0.001). Menor prevalencia de retardo del crecimiento (29.3% vs 39.3%, p<0.0001). Menor prevalencia de adelgazamiento (8.7% vs 13.5%, p=0.0003). Efectos no significativos: Concentración de zinc plasmático final, incidencia de diarrea o malaria. | A3 |
| 2 | Linear growth increased in young children in an urban slum of Haiti: a randomized controlled trial of a lipid-based nutrient supplement. | Iannotti LL, Dulience SJ, Green J, Joseph S, François J, Anténor ML, Lesorogol C, Mounce J, Nickerson NM. | Am J Clin Nutr. 2014 | Ensayo clínico aleatoriz ado | El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de brindar suplemento nutricional de base lipídica (SQ-LNS) durante 3 ó 6 meses para el crecimiento lineal en niños pequeños. | Efectos significativos: La suplementación por 6 meses incrementó significativamente el puntaje Z talla para edad (0.13 +- 0.059 y el puntaje Z peso para edad (0.12 +- 0.02) comparado con el grupo control. Los efectos se mantuvieron 6 meses post-intervención. Efectos no significativos: Morbilidad y efectos del desarrollo. | A3 |

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

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

| Su | uplementación preventiv | va de vitamina v | A en niños | | | Evidencia de baja calidad: Educación de salud brindada en establecimientos de salud puede mejorar la cobertura de vacuna combinada de DPT3 (RR 1.18, IC 95% 1.05-1.33) y que la combinación de educación de salud brindad en ES y tarjetas de inmunización rediseñadas puede mejorar la cobertura de DP3 (RR 1.36, IC 95% 1.22-1.51). | |
|----|---|--|---|--|--|--|---------------------------|
| | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Vitamin A supplements for preventing mortality, illness, and blindness in children aged under 5: systematic review and meta-analysis. | Mayo-Wilson E, Imdad A, Herzer K, Yakoob MY, Bhutta ZA. | BMJ. 2011 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue determinar si la suplementación con vitamina A está asociada con reducciones de mortalidad y morbilidad en niños de 6 meses a 5 años | 24% de reducción de todas las causas de mortalidad (RR 0.76, IC 95% 0.69-0.83); Menor incidencia de diarrea (0.85, 0.82-0.87) y sarampión (0.50, 0.37-0.67). | A1 |
| Sı | uplementación con zinc | en niños | | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Zinc supplementation for preventing mortality, morbidity, and growth failure in children aged 6 months to 12 years of age. | Mayo-Wilson E, Junior JA, Imdad A, Dean S, Chan XH, Chan ES, Jaswal A, Bhutta ZA. | Cochrane Database Syst Rev. 2014 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | La revisión buscó evaluar los efectos de la suplementación con zinc para la prevención de mortalidad y morbilidad, y para la promoción del crecimiento, en niños de 6 meses a 12 años de edad. | Efectos significativos: reducción de morbilidad por diarrea (RR 0.87, IC 95% 0.85-0.89); incremento pequeño en talla (dif. promedio estandarizada -0.09, IC 95% -0.13 a -0.06). Efectos no significativos: mortalidad, diarrea, infecciones del tracto respiratorio bajo, malaria. Suplementación se asoció con incremento en episodios de vomito (RR 1.29, IC 95% 1.14-1.46). | A1 |
| 2 | Effect of preventive zinc supplementation on linear growth in | Imdad A, Bhutta ZA. | BMC Public | Revisión sistemát ica y | El objetivo de la revisión fue evaluar el efecto de la suplementación con zinc en el | Efectos significativos: | A1 |

| | children under 5 years of age in developing countries: a meta-analysis of studies for input to the lives saved tool. | | Health. 2011 | meta- análisis | crecimiento lineal de niños menores de 5 años de edad de países en desarrollo. | Suplementación con zinc tuvo efecto positivo en crecimiento lineal (tamaño del efecto: 0.13, IC 95% 0.04-0.21). Suplementación de zinc en combinación con hierro tuvo mayor efecto en crecimiento lineal (diferencia de medias ponderadas: 0.19, IC 95% 0.08-0.30). Una dosis de 10 mg de zinc al día durante 24 semanas tuvo una ganancia neta de 0.37 cm (+-0.25). | |
|---|--|-----------------------------------|---|--|---|---|---------------------------|
| | atamiento con zinc para | _ | Γ | T | T = | | T |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Oral zinc for treating diarrhoea in children (Review) | Lazzerini M, Ronfani L This | Cochrane Database Syst Rev. 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue evaluar la suplementación oral con zinc para el tratamiento de niños con diarrea aguda o crónica | En niños con diarrea aguda, la suplementación con zinc puede reducir el número de niños cuya diarrea persiste hasta el día siete (RR 0.73, IC 95% 0.61-0.88). En niños con signos de desnutrición moderada, se observa una reducción de la duración de la diarrea en 27 horas (dif. promedio -26.98 horas, IC 95% -14.62 a -39.34). No se ha observado efectos significativos en niños menores de 6 meses. En niños con diarrea crónica, la suplementación con zinc podría disminuir la duración de la diarrea en 16 horas (dif. promedio -15.84 horas, IC 95% -25.43 a -6.24). | A1 |
| | tervenciones de Agua, S | | | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |

| 1 | Hand washing | Ejemot- | Cochrane | Revisión | El objetivo de la revisión fue | Promoción de lavado de manos en centros | A1 |
|---|--------------------------|--------------|-----------|----------|-----------------------------------|--|----|
| | promotion for | Nwadiaro RI, | Database | sistemát | evaluar los efectos de las | de cuidado diario o escuelas, previene | |
| | preventing diarrhoea | Ehiri JE, | Syst Rev. | ica y | intervenciones para promover el | aprox. un tercio de episodios de diarrea en | |
| | | Arikpo D, | 2015 | meta- | lavado de manos en los episodios | países de altos ingresos (RR 0.70, IC 95% | |
| | | Meremikwu | | análisis | de diarrea en niños y adultos. | 0.59-0.85), y puede prevenir una | |
| | | MM, | | | | proporción similar en países de medianos y | |
| | | Critchley JA | | | | bajos ingresos (RR 0.66, IC 95% 0.43- | |
| | | | | | | 0.99). | |
| | | | | | | Promoción de lavado de manos a nivel | |
| | | | | | | comunitario en países de medianos y | |
| | | | | | | pequeños ingresos probablemente | |
| | | | | | | previene un cuarto de los episodios de | |
| _ | | | | 5 | | diarrea (RR 0.72, IC 95% 0.62-0.83). | |
| 2 | Interventions to | Dangour AD, | Cochrane | Revisión | La revisión tuvo como objetivo | Efectos significativos al límite: | A1 |
| | improve water quality | Watson L, | Database | sistemát | evaluar el efecto de las | Puntaje Z talla para edad (diferencia media: | |
| | and supply, sanitation | Cumming O, | Syst Rev. | ica y | intervenciones para mejora de la | 0.08, IC 95% 0.00-0.16) | |
| | and hygiene practices, | Boisson S, | 2013 | meta- | calidad y abastecimiento de agua, | Efectos no significativos: | |
| | and their effects on the | Che Y, | | análisis | entrega de saneamiento | Puntaje Z peso para edad, Puntaje Z peso | |
| | nutritional status of | Velleman Y, | | | adecuado y promoción de lavado | para talla | |
| | children. | Cavill S, | | | de manos con jabón, en el estado | | |
| | | Allen E, | | | nutricional de niños menores de | | |
| | | Uauy R. | | | 18 años e identificar brechas | | |
| | | | | | actuales de investigación. | | |

INTERVENCIONES PARA CAUSAS SUBYACENTES DE DESNUTRICION

| | | Plataforma | as de entrega | a y estrateg | gias de implementación para interv | venciones nutricionales | |
|---|---|---|----------------------------------|--|--|---|---------------------------|
| F | ortificación de alimentos | s de primera ne | cesidad y al | limentos es | specíficos | | |
| Ν | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Micronutrient fortification of food and its impact on woman and child health: a systematic review. | Das JK, Salam RA, Kumar R, Bhutta ZA. | Syst Rev. 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue identificar toda la evidencia disponible sobre el impacto de las intervenciones de fortificación de alimentos en indicadores de salud en mujeres y niños. | Efectos en Niños: Efectos significativos: mayor concentración sérica de retinol (DME 0.61, IC 95% 0.39-0.83), hemoglobina (DME: 0.55, IC 95% 0.34-0.76). Efectos no significativos: talla para edad, peso para edad, y peso para talla. | A2 |
| | rogramas de incentivos | financieros | _ | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. | Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA. | BMC Public Health. 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue brindar estimados de los efectos de seis tipos de programas de incentivos financieros (transferencias de efectivo no condicionadas, transferencias de efectivo condicionadas, microcrédito, microcrédito condicionado, sistema de cupones, eliminación de cuota de usuario) en la aceptación y la cobertura de las intervenciones de salud dirigidas a los niños menores de cinco años. | Los incentivos financieros tuvieron poco impacto para mejorar las prácticas de lactancia materna pero pueden tener impacto en brindar el calostro, inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y duración media de la lactania materna exclusiva. No se observan efectos de incentivos financieros en coberturas de inmunización. El mayor efecto parece alcanzarse con los programas que directamente retirar la cuota de usuario para acceso a servicios de salud. | A1 |
| 2 | How Effective are Cash Transfers at Improving Nutritional Status? | Manley J, Gitter S, Slavchevska V. | World Developm ent 2013 | Revisión sistemát ica | El objetivo de la revisión fue evaluar la relación entre los programas de transferencias en efectivo y el estado nutricional. | El efecto promedio general de la transferencias condicionadas es positivo pero con una pequeña magnitud que no es estadísticamente significativa. Se observa efectos del programa de mayor tamaño en las niñas. Se encuentra poca diferencia | A1 |

| 3 | Cash transfer in Brazil and nutritional outcomes: a systematic review | Martins AP, Canella DS, Baraldi LG, Monteiro CA. | Rev Saude Publica. 2013 | Revisión sistemát ica | La revisión tuvo como objetivo analizar la influencia de los programas de transferencias condicionadas en resultados de dieta y nutrición entre familias beneficiarias en Brasil. | entre las transferencias incondicionales y condicionales, y es probable que otros factores además de la condicionalidad tengan más importancia que si una transferencia es condicional o no. Los programas de transferencia condicionada de efectivo incrementaron la ingesta de alimentos en los beneficiarios. Se sugiere que estos programas tienen una influencia positiva en la seguridad alimentaria de los beneficiarios. | A1 |
|---|---|---|---|--|--|---|---------------------------|
| Р | lataformas de base com | unitaria para pr | omoción de | la salud y | educación nutricional | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. | Lassi ZS, Bhutta ZA. | Cochrane Database Syst Rev. 2015 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue evaluar la efectividad de paquetes de intervenciones de base comunitaria en reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y en mejorar los resultados en neonatos. | Efectos significativos: Reducción de mortalidad materna (RR 0,80; IC 95% 0.64-1,00), morbilidad materna (RR 0.75, IC 95% 0.61-0.92), mortalidad neonatal (RR 0,75, IC 95% 0.67- 0.83), muerte fetal (RR 0.81, IC 95% 0.73- 0.91), mortalidad perinatal (RR 0,78, IC 95% 0,70-0,86). Los paquetes de intervenciones basadas en comunidad también incrementaron el uso de kits de parto esterilizado, las tasas de lactancia materna temprana y la búsqueda de atención en salud para morbilidad neonatal. Efectos no significativos: Referencias por morbilidad materna, búsqueda de atención en salud por morbilidad materna, suplementaciñon de hierro/ácido fólico, asistencia de personal especializado en el parto. | A1 |
| 2 | , | Lewin S, Munabi- | Cochrane | Revisión | La revisión tuvo como objetivo evaluar los efectos de las | Efectos significativos: | A1 |
| | primary and | Babigumira | Database | sistemát ica y | intervenciones con personal de | Incremento en promover la captación de vacunación infantil RR 1,22; IC del 95%: | |

| | community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases | S, Glenton C, Daniels K, Bosch- Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard- Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB | Syst Rev. 2010 | meta- análisis | salud comunitario en la atención primaria y comunitaria de salud en salud materna e infantil y el manejo de las enfermedades infecciosas. | 1,10 a 1,37; P = 0,0004), promover la iniciación de la lactancia materna (RR = 1,36; IC del 95%: 1,14 a 1,61; p <0,00001), cualquier tipo de lactancia (RR 1,24; IC del 95%: 1,10 a 1,39; P = 0,0004), lactancia exclusiva (RR 2,78; IC del 95%: 1,74 a 4,44; P <0,0001), mejorar las tasas de curación de tuberculosis pulmonar (RR 1,22 (IC del 95%: 1,13 a 1,31) P <0,0001), en comparación con la atención habitual. Efectos no significativos: Completar el tratamiento preventivo de tuberculosis, morbilidad infantil y neonatal, búsqeuda de atención para enfermedades de la infancia. | |
|---|---|--|-------------------|---------------------------------------|--|---|---------------------------|
| | tención integral del niño | | | | | | |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. | Penny ME, Creed- Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. | Lancet. 2005 | Ensayo clínico aleatoriz ado | El objetivo del estudio fue evaluar una intervención nutricional en una zona pobre periurbana, para mejorar la calidad y cobertura de la educación nutricional existente e introducir un sistema de acreditación en seis establecimientos de salud públicos, comparados con seis establecimientos control. | Los cuidadores de las zonas de intervención tuvieron más probabilidad de reportar haber recibido consejería nutricional desde el servicios de salud comparados con los grupos control (16 [52%] of 31 vs 9 [24%] of 37, p=0.02). A los 6 meses más bebés de las zonas de intervención fueron alimentados con alimentos densos en nutrientes en el almuerzo que los controles (48 [31%] of 157 vs 29 [20%] of 147; diferencie entre grupos 19 [11%], p=0.03). Los niños de las zonas de control tuvieron más probabilidad de presentar retraso en el crecimiento a los 18 meses comparados con los niños de intervención (26 [16%] of 165 vs 8 [5%] of 171; adjusted odds ratio 3.04 [95% CI 1.21-7.64]) | A3 |

| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------|--|--|--|---------------------------|
| 1 | National implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): policy constraints and strategies. | Ahmed HM, Mitchell M, Hedt B. | Health Policy. 2010 | Revisión sistemát ica | El artículo revisa la literatura para evidencia de los impactos en la salud de AIEPI, las limitaciones de implementación y las estrategias de política para el fortalecimiento del sistema de salud y su implementación exitosa. | AIEPI ha mostrado ser efectivo en mejorar la calidad de los servicios de salud pediatrica, incremento de ahorro de costos en atención de salud, y probablemente reducir la mortalidad pediatrica en países en desarrollo. Sin embargo, muchos países han tenido problemas en capacitación, sistemas de salud y limitaciones financieras para la aplicación a nivel nacional, por lo que no se ha podido observar beneficios sostenidos en el tiempo. | A2 |
| | entro de Promoción y Vi | r . | | 1 | | | 1 |
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Programa Buen Inicio: Evaluación Externa. | Lechtig, Aarón. UNICEF. | 2007 | Evaluaci ón de impacto con diseño de diferenci a simple | La evaluación de impacto buscó medir la efectividad del programa Buen Inicio | Se redujo 4.3 puntos porcentuales por año en la prevalencia de desnutrición crónica en niños de las áreas más pobres de la sierra y de la selva, en un período de cuatro años de implementación. Además, una reducción de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro del orden de 5.9 puntos porcentuales por año y una reducción de 6.2 puntos porcentuales por año de la prevalencia de hipovitaminosis A. | C3 |

c) INTERVENCIONES SOBRE EL CUIDADO INFANTIL Y PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA PREVENCION DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL

| C | Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|----------|---------|-------------------|--|----------|--|--|--|--|--|
| Ν | N Título | Autores | Revista. | Tipo de | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la | Nivel de | | | | | |
| | | | año | estudio | | evidencia | evidenci | | | | | |
| | | | | | | | а | | | | | |

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

| | | | | | intra-hospitalaria, consejeria dirigida al padre. | de lactancia materna, excepto en LME de 1 a 5 meses, donde el mayor incremento resultó de intervenciones basadas en comunidad. | |
|---|---|---|---|--|---|---|---------------------------|
| С | onsejería Nutricional pa | ra promoción d | le prácticas | adecuadas | de nutrición infantil | | |
| | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| | Revisión Sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años | Velasquez A., Zavala R. | MIDIS 2010 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue actualizar la situación actual de la evidencia sobre el impacto de las consejerías en la reducción de la desnutrición de niños menores de dos años en países en desarrollo y en poblaciones de escasos recursos. | Las consejerías nutricionales producen mayores incrementos en los indices de Peso para edad y Peso para talla comparados con los niños de los grupos control. La ganancia en peso de acuerdo al Z score Peso para talla es de 0.3961 (IC 95%: 0.1301-06621) y la ganancia de peso de acuerdo al Z score de peso para la edad es de 0.4814 (IC 95%: 0.2143-0.7485). Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños. | |
| | | | da biniana | | | | |
| | ducación para promoció Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| | Hand washing promotion for preventing diarrhoea | Ejemot- Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA | Cochrane Database Syst Rev. 2015 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | El objetivo de la revisión fue evaluar los efectos de las intervenciones para promover el lavado de manos en los episodios de diarrea en niños y adultos. | Promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas, previene aprox. un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos (RR 0.70, IC 95% 0.59-0.85), y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos (RR 0.66, IC 95% 0.43-0.99). Promoción de lavado de manos a nivel comunitario en países de medianos y pequeños ingresos probablemente | A1 |

| | onsejería y Educación n | utricional para | Prevención | de Desnut | rición Crónica | previene un cuarto de los episodios de diarrea (RR 0.72, IC 95% 0.62-0.83). | |
|---|---|--|----------------------------------|--|---|---|---------------------------|
| N | Título | Autores | Revista. año | Tipo de estudio | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidenci a |
| 1 | Impact of education and provision of complementary feeding on growth and morbidity in children less than 2 years of age in developing countries: a systematic review. | Lassi ZS, Das JK, Zahid G, Imdad A, Bhutta ZA. | BMC Public Health. 2013 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | La revisión buscó evaluar el impacto de la educación en alimentación complementaria (AC) y en la entrega de AC con o sin educación sobre el crecimiento y morbilidad en niños menores de 2 años de edad en países de medianos y bajos ingresos. | Las intervenciones de educación nutricional en comunidades con seguridad alimentaria estuvieron asociadas con mayor ganancia de talla (DMS 0.35, 95% IC 0.08-0.62), Z TE (DMS 0.22, 95% IC 0.01-0.43) y ganancia de peso (DMS 0.40, 95% IC 0.02-0.78). No se observaron efectos significativos con retardo en el crecimiento o Z PE. Las intervenciones de educación nutricional en comunidades con inseguridad alimentaria, estuvieron asociadas significativamente con mayores indicadores Z TE (DMS 0.25, 95% IC 0.09-0.42), Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.12-0.41), y menor prevalencia de retardo en el crecimiento (RR 0.68, 95% IC 0.60-0.76) La entrega de complementación alimentaria con o sin educación nutricionales en comunidades con inseguridad alimentaria, estuvo asociada con mayores indicadores Z TE (DMS 0.39, 95% IC 0.05-0.73) y Z PE (DMS 0.26, 95% IC 0.04-0.48), pero no se observó efectos significativos con la prevalencia de retardo en el crecimiento. | A1 |

| Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. | Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. | BMC Public Health. 2011 | Revisión sistemát ica y meta- análisis | La revisión buscó evaluar la efectividad de las dos estrategias más comunmente aplicadas de alimentación complementaria: entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) y educación a las madres sobre prácticas de alimentación complementaria para el crecimiento infantil. | Ambas intervenciones: Incrementos significativos en peso (DMP 0.34 DS, IC 95% 0.11-0.56 y 0.30 DS, IC 95% 0.05-0.54, respectivamente), y crecimiento lineal (DMP 0.26 DS, IC 95% 0.08-0.43 y 0.21 DS, IC 95% 0.01-0.41, respectivamente). La entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) incrementó una ganancia extra de peso de 0.25 kg (+ - 0.18) y en talla 0.54 cm (+ - 0.38) en niños de 6 a 24 meses. La educación de la madre en temas de | A1 |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|---|----|
| | | | | educación a las madres sobre prácticas de alimentación complementaria para el | La entrega de alimentos complementarios (con o sin consejería nutricional) incrementó una ganancia extra de peso de 0.25 kg (+ - 0.18) y en talla 0.54 cm (+ - | |
| | | | | | 0.26) y de talla de 0.49 cm (+ - 0.50) en los grupos de intervención comparado con grupo control. | |

| Effectiveness of an | Penny ME, | Lancet. | Ensayo | El objetivo del estudio fue evaluar | Los cuidadores de las zonas de | A3 |
|------------------------|---------------|---------|-----------|-------------------------------------|--|----|
| educational | Creed- | 2005 | clínico | una intervención nutricional en | intervención tuvieron más probabilidad de | |
| intervention delivered | Kanashiro | | aleatoriz | una zona pobre periurbana, para | reportar haber recibido consejería | |
| through the health | HM, Robert | | ado | mejorar la calidad y cobertura de | nutricional desde el servicios de salud | |
| services to improve | RC, Narro | | | la educación nutricional existente | comparados con los grupos control (16 | |
| nutrition in young | MR, Caulfield | | | e introducir un sistema de | [52%] of 31 vs 9 [24%] of 37, p=0.02). A los | |
| children: a cluster- | LE, Black | | | acreditación en seis | 6 meses se observaron mejoras en las | |
| randomised controlled | RE. | | | establecimientos de salud | prácticas de alimentación infantil: más | |
| trial. | | | | públicos, comparados con seis | bebés de las zonas de intervención fueron | |
| | | | | establecimientos control. | alimentados con alimentos densos en | |
| | | | | | nutrientes en el almuerzo que los controles | |
| | | | | | (48 [31%] of 157 vs 29 [20%] of 147; | |
| | | | | | diferencie entre grupos 19 [11%], p=0.03). | |
| | | | | | Los niños de las zonas de control tuvieron | |
| | | | | | más probabilidad de presentar desnutrición | |
| | | | | | crónica a los 18 meses comparados con los | |
| | | | | | niños de intervención (26 [16%] of 165 vs 8 | |
| | | | | | [5%] of 171; ORa 3.04 [95% CI 1.21-7.64]) | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Fa | ctor abordado | FAMILIAS | FAMILIAS SALUDABLES | | | | | | | | |
|----|---|----------------|---------------------|----------------------------------|---|--|-----------------------|--|--|--|--|
| N° | Título | Autor | Año | Fuentes de informa ción | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evidencia | | | | |
| 1 | Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: a systematic review. | Curtis, et al. | 200 | Secunda ria | Diseño de estudio: Revisión sistemática. Objetivo: Determinar el impacto que genera el lavado de manos con jabón en el riesgo de enfermedades diarreicas en la comunidad. Estudios: Siete estudios de intervención (seis casos y controles, dos estudios transversales y dos estudios de cohortes) fueron localizados en bases de datos electrónicas, búsqueda manual y las colecciones de los autores. | Resultado: El riesgo relativo combinado de enfermedad diarreica asociada a no lavarse las manos a partir de los ensayos de intervención fue de 1. 88 (IC del 95%: 1.31-2.68), lo que implica que el lavado de manos puede reducir el riesgo de diarrea en un 47%. Cuando se combinaron todos los estudios, sólo los de alta calidad y sólo aquellos estudios que citan específicamente lavado de manos con jabón, la reducción del riesgo varió desde 42 hasta 44%. Los riesgos de infecciones intestinales graves y de shigelosis se asociaron con reducciones de 48% y 59%, respectivamente. En ausencia de estudios de mortalidad adecuados, se extrapolo el número potencial de muertes por diarrea que se podrían evitar con el lavado de manos en alrededor de un millón (1.1 millón, estimación inferior 0.5 millones, estimación superior 1.4 millones). Los resultados pudieron verse afectados por la mala calidad de muchos de los estudios y pudieron ser magnificados por el sesgo de publicación. En las pruebas actuales, lavarse las manos con jabón puede reducir el riesgo de enfermedades diarreicas entre 42-47% y las intervenciones para promover el lavado de manos podrían salvar un millón de vidas. Se necesitan más | A2 | | | | |

| 2 | The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic Evidence Review and Meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. | Guise JM, et al. | 200 | Secunda ria | Diseño de estudio: Revisión sistemática y meta-análisis Selección del estudio: Se seleccionó estudios randomizados controlados y estudios de cohortes llevadas a cabo en países desarrollados. Se buscó estudios concernientes a consejería o intervenciones en el comportamiento brindadas en la práctica clínica, la cual se implementó para mejorar la iniciación de la lactancia materna y duración de la misma. Las intervenciones fueron llevadas a cabo por médicos, enfermeras o por pares; las intervenciones fueron realizadas en hospitales, clínicas, hogares o en cualquier otro lugar. | ensayos y mejor diseñados para medir el impacto de lavarse las manos sobre la diarrea y las infecciones respiratorias agudas en los países en desarrollo. Resultados: Se incluyeron treinta estudios controlados aleatorizados y no aleatorizados, y 5 revisiones sistemáticas sobre consejería en lactancia materna. Los programas educativos tuvieron el mayor efecto en cada intervención tanto en la iniciación (diferencia de 0,23, 95% intervalo de confianza [IC], 0,12-0,34) y la duración a corto plazo (diferencia de 0,39, IC 95%, 0,27-0,50). Los programas de apoyo llevadas a cabo por teléfono, en persona o en ambos casos aumentaron la lactancia materna a corto plazo (diferencia de 0,11, IC 95%, 0,03-0,19) y la duración a largo plazo (diferencia de 0,08, IC 95%, 0,02 hasta 0,16). En contraste, los materiales escritos tales como folletos no aumentaron significativamente la lactancia materna. Los datos fueron insuficientes para determinar si la combinación de la educación con el apoyo fue más eficaz que la educación por sí sola. | A2 |
|---|---|---------------------|-----|----------------|---|--|----|
|---|---|---------------------|-----|----------------|---|--|----|

| 3 | Extending Breastfeeding Duration Through Primary Care: A Systematic Review of Prenatal and Postnatal Interventions | Couto de Oliveira MI | 200 | Secunda ria | Diseño de estudio: Revisión sistemática. Objetivo: Revisar la evidencia disponible sobre intervenciones de atención primaria para prolongar la duración de la lactancia materna que se pueda definir en un programa efectivo de promoción, protección y apoyo a la lactancia. Selección de los estudios: Se revisó información disponible de 1980 a 1999. Se incluyeron los estudios con diseños experimentales o cuasi-experimentales. Aquellos con diseños observacionales fueron excluidos. Los estudios con problemas metodológicos fueron incluidos en el texto de la revisión con comentarios sobre su validez. Intervenciones específicas incluidas: Los criterios de inclusión fueron las intervenciones de atención primaria diseñadas para extender la duración de la lactancia materna (exclusiva completa o cualquier tipo de lactancia materna, durante el periodo prenatal y/o puerperio). Las intervenciones aplicables al ámbito de la atención primaria se definieron como de baja complejidad, que no exigen hospitalización y estaban relacionadas con el cuidado de la salud general de la población. Las intervenciones incluidas se llevaron a cabo en los hogares de las | Resultados: El resultado evaluado fue la duración de la lactancia materna. Los resultados de la mayoría de los estudios incluidos fueron la extensión de exclusiva, plena o cualquier tipo de lactancia materna en momentos diferentes de 4 semanas a 6 meses. La proporción de madres en periodo de lactancia o hasta en un punto específico en el tiempo fue la principal medida de resultado utilizada. Los estudios que sólo informaron el efecto de una intervención en el conocimiento de la madre de la lactancia materna, la decisión sobre la alimentación infantil o iniciación de la lactancia, en lugar de duración del amamantamiento, fueron excluidos. Las intervenciones se analizaron por separado para lo siguiente: la fase prenatal; la fase postnatal; las fases pre y postnatal; las fases de hospital y postnatales; y el prenatal, hospital y fases postnatales. Internamente se discutieron estudios válidos y metodológicamente defectuosos por separado dentro de cada sección. Se incluyeron estudios de 33 experimentales y 31 cuasi-experimentales. 27 de ellos tenían problemas metodológicos. Los restantes 37 (20 253 participantes) se consideraron estudios internos válidos. De éstos, 27 eran ensayos controlados | A2 |
|---|--|----------------------------|-----|----------------|--|--|----|
|---|--|----------------------------|-----|----------------|--|--|----|

| | mujeres (34%), las unidades de atención primaria de salud (29%), las clínicas de los hospitales (29%) y la comunidad (8%). Participantes incluidos: Madres embarazadas o en periodo de lactancia. Se excluyeron las intervenciones dirigidas a grupos de alto riesgo (no definido). | aleatorios (ECA) con 7.892 participantes y 10 eran estudios cuasi-experimentales con 12.361 participantes (un ensayo proporcionó 10.128 participantes). Las intervenciones se centraron en gran medida en las visitas domiciliarias y/o soporte telefónico. Tres intervenciones no mostraron ningún efecto sobre la duración de la lactancia materna, dos indicaron un efecto marginal y cuatro fueron eficaces, pero tenían una amplia gama de resultados que hacen difícil la interpretación. Se consideraron 3 estudios adicionales a tener problemas metodológicos que impedían un análisis fiable de los resultados. | |
|--|--|--|--|
| | | Las intervenciones más eficaces combinan generalmente la información personal, orientación y apoyo, y eran a largo plazo e intensivo. Con la excepción de un estudio, las intervenciones que abarcan el período prenatal o ambos períodos fueron en general más eficaz que los llevados a cabo sólo durante la fase postnatal. Las estrategias más efectivas fueron las sesiones de grupo durante la fase prenatal, visitas domiciliarias durante la fase post-natal o en ambos períodos, y la combinación de sesiones de grupo, visitas a domicilio y sesiones individuales en las intervenciones que | |

| | | | | | | abarcan ambos períodos. Sesiones individuales llevadas a cabo durante la fase de post-natal o en ambos períodos fueron también eficaces. | |
|---|--|--------------------|-------|----------|--|--|----|
| 1 | Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster randomised controlled trial | Penny M, et al. | 200 5 | Primaria | Diseño del estudio: Estudio experimental controlado y aleatorizado. Objetivo: Mejorar las prácticas de alimentación complementaria y nutrición infantil en base a una intervención educativa. Población objetivo: Recién nacidos a término, lactantes. Metodología: Ocho municipios de Laishui, una zona rural de China, fueron asignados al azar al grupo de intervención o de control. Se seleccionaron recién nacidos a término (hijo único y sin grandes defectos al nacimiento) y lactantes 2-4 meses de edad. Un total de 599 niños sanos de se inscribieron y fueron seguidos hasta el 1º año de edad. Se desarrolló un plan de intervención que comprendió cuatro grandes componentes: (i) sesión de entrenamiento grupal sobre selección de | Resultados: Se encontró que se mejoró las prácticas de diversidad de alimentos, frecuencia de las comidas y de higiene en el grupo de intervención. Los recién nacidos en el grupo de intervención ganaron 0,22 kg más de peso (95% CI 0,003, 0,45 kg, p = 0,047) y ganaron 0,66 cm más largo (IC del 95%: 0,03, 1,29 cm, p = 0,04) que los controles durante el período de estudio. | A3 |

| alimentos, preparación e higiene, | |
|---|--|
| nutrición infantil y crecimiento, y | |
| percepción del estilo de la alimentación; | |
| (ii) sesiones demostrativas para la | |
| preparación de alimentos disponibles, | |
| asequibles, aceptables y ricos en | |
| nutrientes tales como huevo, tomate, | |
| frijol, la carne, el pollo y el hígado; (iii) | |
| folletos que contenían orientación sobre | |
| la alimentación infantil y métodos de | |
| preparación de recetas recomendadas; y | |
| (iv) visitas a domicilio cada tres meses | |
| para identificar los posibles problemas | |
| de alimentación y proporcionar | |
| consejería individual. Miembros | |
| importantes de la familia, principalmente | |
| padres, y miembros de la comunidad | |
| como los médicos de las aldeas y los | |
| líderes de los comités fueron implicados | |
| en la intervención para que pudieran | |
| proporcionar una ambiente de apoyo | |
| para el cambio de las prácticas de | |
| alimentación. El grupo de control recibió | |
| un paquete estándar de atención de | |
| salud del niño en los hospitales | |
| municipales que incluían consejería | |
| sobre lactancia, pero no contenían | |
| información sobre la alimentación | |
| complementaria | |
| · · | |
| En el grupo de intervención se | |
| difundieron mensajes educativos y | |
| recetas mejoradas preparadas en casa a | |
| los cuidadores a través de | |
| capacitaciones grupales y visitas | |
| domiciliarias. Cuestionarios y | |

| | | | | mediciones antropométricas fueron tomadas al inicio del estudio y las edades de 6, 9 y 12 meses. El análisis fue por intención de tratar. | | |
|--|---------------------|-------|----------|---|--|----|
| Effect of intervention on promotion of exclusive breast feeding. | Akram DS, et al. | 199 7 | Primaria | Diseño del estudio: Estudio experimental controlado. Objetivo: Mejorar las prácticas de lactancia materna, incluyendo la promoción de la lactancia materna exclusiva y la entrega del calostro a los recién nacidos. Grupo de estudio: Sesenta y siete madres se registraron en el grupo de intervención y 53 en el grupo control. Intervención: La intervención consistió en mensajes de salud "predefinidos" que habían sido sometidos a pruebas previas en un grupo de mujeres del mismo estatus socioeconómico y alfabetización como los del grupo de estudio. Los mensajes fueron probados previamente con los individuos y con grupos: se observó las votaciones de estas mujeres y se hicieron los cambios adecuados en los mensajes de salud. Se realizó visitas domiciliarias por el personal de salud y promotores de salud, quienes fueron capacitados previamente. Los mensajes de salud explicaron el significado de la lactancia materna exclusiva, de sus ventajas y subrayaron el papel protector de calostro y la pronta iniciación de la lactancia materna después del | Resultados: 66% de las madres del grupo control dieron pre-lácteos en comparación con 31% del grupo de intervención (p <0,0001). El calostro fue dado por el 97% de las madres del grupo de intervención y el 3% del grupo control. La mayoría (94%) de las madres del grupo de intervención continuó la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses de edad frente a un 7% en el grupo control. Se concluyó que los programas de educación para la salud en el período prenatal, así como después del nacimiento pueden promover prácticas de lactancia materna exclusiva. | A3 |

nacimiento. Las madres fueron informadas sobre las desventajas de los alimentos pre-lácteos. También se les aconsejó sobre la nutrición y los hábitos alimenticios y de cuidado de la mama durante el embarazo y la lactancia. Estos mensajes de salud predefinidos se presentaron en forma de rotafolios pictóricas, fotografías que representan posiciones diferentes amamantamiento y por medio de la comunicación verbal de los trabajadores de la salud capacitados. Los mensajes de salud fueron proporcionados generalmente a las madres en - el grupo de intervención una semanalmente, empezando un mes antes de la fecha prevista de entrega. Desde un mes después de la entrega hasta seis meses después del parto, los mensajes se dieron a intervalos quincenales. Los mensajes fueron se dieron uno a uno a través de visitas domiciliarias y discusiones de grupo. A las mujeres del grupo control (no intervención) no se les dio mensajes de salud. Sus prácticas fueron controladas de la misma manera que para el grupo de intervención. La información relativa a la utilización de los alimentos previos a la lactancia y el calostro se recogió dentro de una semana de la entrega. Información posterior respecto a la duración de la lactancia materna y la alimentación complementaria se recogió

| | | | | cada semana. Los trabajadores de salud y promotores de salud dieron inicialmente mensajes saludables en visitas semanales a todas las madres incluidas en el estudio durante 6 meses. Las variables de resultado medidas fueron el cambio en el conocimiento de las madres sobre las prácticas de "alimentación óptima de mama" y el número de madres que practicaron esto en cada grupo. Se definió la lactancia materna exclusiva como el recuento total de calorías que suministra la leche materna. La lactancia materna óptima significó el inicio de la lactancia materna dentro de 1 hora después del nacimiento del bebé, además de alimentación pre-láctea ocasional las primeras 24 horas. Alimentos pre-lácteos eran suplementos orales dadas al bebé antes de la iniciación de la lactancia materna. Lactancia materna parcial fue la alimentación oral distinta a la leche materna que complementa la ingesta total de calorías. | | |
|--|-----------------------|-----|----------|--|--|----|
| Effects on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. | Cattaneo A, et al. | 200 | Primaria | Problemas: Tasas de lactancia materna prácticas hospitalarias relacionadas necesitan mejorar en Italia y en otros lugares. La capacitación del personal es necesaria, pero su eficacia evaluación de las necesidades. | Efectos del cambio: Después que los hospitales de formación mejoraron su cumplimiento con los "diez pasos para una lactancia exitosa", el conocimiento de profesionales de la salud aumentó de 0,41 a 0,72 en el grupo 1 (de entrenamiento después de la primera fase) y 0,53 a 0,75 en el | А3 |

| | | | | Población: Ocho hospitales de diferentes regiones de Italia. Diseño: Estudio controlado, no aleatorizado. Los datos recogidos en tres fases. Capacitación después de la primera fase en el grupo 1 y después de la segunda fase en el grupo 2. Estrategias para el cambio: Formación de formadores y la posterior formación de los trabajadores de la salud con una versión ligeramente adaptada del curso Unicef sobre la gestión y la promoción de la lactancia materna. Las medidas clave: mejora de las prácticas hospitalarias. | grupo 2 (después de la segunda fase). La tasa de lactancia materna exclusiva al alta aumentó significativamente después: de 41% a 77% en el grupo 1 y 23% a 73% en el grupo 2, al igual que las tasas de lactancia materna completa (exclusivo más predominante) a los tres meses (37% a 50% en el grupo 1 vs 40% a 59% en el grupo 2) y cualquier lactancia materna a los seis meses (43% a 62% en el grupo 1 vs 41% a 64% en el grupo 2). Conclusiones: Con lecciones aprendidas durante al menos tres días, incluyendo sesiones prácticas y habilidades de consejería resultan eficaces para cambiar las prácticas hospitalarias, el conocimiento de los trabajadores de salud, y las tasas de lactancia materna. | |
|--|----------------------|-----|----------|---|---|----|
| Evaluation of a community – based intervention to increase breastfeeding prevalence. | McInnes RJ, et al | 200 | Primaria | Diseño del estudio: Estudio cuasi experimental. Población objetivo: Gestantes de bajos ingresos. Objetivo: Determinar si la consejería de pares en el período prenatal y postnatal aumentaría la prevalencia y duración de la lactancia materna entre las mujeres de bajos ingresos en Glasgow. Métodos: El estudio fue diseñado como una evaluación cuasi-experimental de un | Resultados: De las 995 mujeres que participaron en el estudio, se recolectó información de 919 (92 %) para el análisis a las 6 semanas posteriores al nacimiento. Al ingreso, el 18 % del grupo de intervención y el 21 % del grupo de control manifestaron su intención de amamantar. En el parto, el porcentaje que inició la lactancia materna fue el 23 % de las personas intervenidas y el 20% del grupo control, y a las 6 semanas posteriores al nacimiento, el porcentaje que | А3 |

| | | | | | programa de promoción de la lactancia materna en la comunidad. La intervención comprendido consejería de pares de las mujeres embarazadas, el apoyo de las madres que amamantan y actividades locales de sensibilización. Los sujetos de estudio fueron todas las mujeres que asistieron a la clínica prenatal, ya sea en el área de intervención o control. Los datos fueron recolectados por medio de cuatro cuestionarios de auto-realización, dos administrados antes del parto y dos después del nacimiento. Las proporciones de madres que decidieron amamantar en los grupos de intervención y control se compararon en cada evaluación y en el tiempo. | proporcionó cualquier leche disminuyó al 10% del grupo de intervención y al 8% del grupo control. Utilizando el análisis multivariado para factores (como el estatus socio-económico) la cual se conoce que influyen en la lactancia materna, la prevalencia de la lactancia fue significativamente mayor en el grupo de intervención en relación con los controles al momento del parto [odds ratio (OR) 2,0; Intervalo de confianza al 95 % (CI) por 1,2-3,1, p = 0,006]. A las 6 semanas después del nacimiento la diferencia entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa (OR 1,8; 95% IC 1,0-3,4, p = 0,07). | |
|---|--|-----------------------|-------|----------|--|---|----|
| 2 | A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion. | Pisacane A, et al. | 200 5 | Primaria | Diseño: Ensayo controlado. Objetivo: Investigar si el apoyo a las parejas (que reconozcan la importancia de su papel en el éxito de la lactancia materna) se traduce en que más mujeres den de lactar. Grupo de estudio: Padres participantes quienes fueron asignados en bloques y recibieron en 2 meses entrenamiento para el cuidado de los niños. Se llevó a cabo en 280 madres que daban de lactar y sus 280 parejas. El estudio se llevó acabo en Nápoles, Italia. Se prestó apoyo y asesoramiento sobre la lactancia materna a todas las madres. | Resultados: La prevalencia de la lactancia materna completa a los 6 meses fue del 25% (35 de 140) en el grupo de intervención y el 15% (21 de 140) en el grupo control y el de cualquier tipo de lactancia a los 12 meses fue del 19% (27) y 11% (16), respectivamente. La percepción de la insuficiencia de leche fue significativamente más frecuente entre las madres del grupo de control (38 [27%] de 140 frente a 12 [8,6%] de 140), así como la interrupción de la lactancia materna debido a problemas con la lactancia (25 [18%] de 140 vs 6 | А3 |

| | | | | Entre los padres del grupo de intervención, la sesión de entrenamiento incluyó el manejo de la lactancia, la cual tuvo una duración de aproximadamente 40 minutos; entre los del grupo de control se desarrolló una sesión de entrenamiento pero sin incluir los beneficios de la lactancia materna y tuvo una duración aproximada de 40 minutos por sesión. El resultado primario fue la prevalencia de la lactancia materna completa a los 6 meses. Los resultados secundarios fueron la proporción de mujeres que consideraban que su leche es insuficiente, que dejaron de amamantar debido a los problemas, y que informaron haber recibido ayuda en el manejo de la lactancia materna por parte de sus socios. | [4%] de 140). Por otra parte, un número significativamente mayor de mujeres en el grupo de intervención informaron haber recibido el apoyo y la ayuda correspondiente a la alimentación infantil de sus parejas (128 [91%] de 140 frente a 48 [34%] de 140). Entre las mujeres que habían reportado dificultades con la lactancia en los grupos de intervención y control (96 [69%] y 89 [64%], respectivamente), la prevalencia de la lactancia materna completa a los 6 meses fue del 24% y 4,5%, respectivamente. | |
|---|--------------------|-------|----------|--|--|----|
| Effect of handwashing on child heatlh: a ramdomised controlled trial. | Luby SP, et al. | 200 5 | Primaria | Diseño: Estudio controlado aleatorizado. Población objetivo: familias con niños menores de 5 años. Intervención: En los asentamientos ilegales en Karachi, Pakistán, se seleccionó aleatoriamente a 25 barrios para la promoción del lavado de manos; 11 barrios (306 hogares) fueron asignados al azar como controles. En los barrios en donde se promocionó el lavado de manos, se asignó a cada uno de los 300 hogares un jabón antibacterial que contenía 1,2% triclocarbán y jabón común. Los trabajadores de campo | Resultados: Los niños menores de 5 años en los hogares que recibieron jabón común y promoción del lavado de manos tuvieron una incidencia menor de 50% de neumonía que los controles [IC del 95% (-65% a -34%)]. También se comparó con los controles, los niños menores de 15 años en los hogares con jabón común tuvieron una incidencia menor de 53% de diarrea (-65% a -41%) y una incidencia menor de 34% de impétigo (-52% a -16%). La incidencia de la enfermedad no difirió significativamente entre los hogares que recibieron jabón común en | A3 |

| | | | | | visitaron los hogares de manera semanal durante 1 año para fomentar el lavado de manos en los residentes de los hogares y para registrar la información. Los resultados primarios del estudio fueron la diarrea, el impétigo y las infecciones del tracto respiratorio agudo (es decir, el número de nuevos episodios de enfermedad por semanas-persona en riesgo). La neumonía se definió de acuerdo con la definición de caso clínico de la OMS. El análisis fue por intención de tratar. | comparación con los que recibieron el jabón antibacteriano. | |
|---|--|---------------------|-----|----------|--|--|----|
| 3 | Observations on handwashing and defecation practices in a shanty town of Lima, Peru. | Hutly SR, et al. | 199 | Primaria | Diseño: Estudio de cohortes de dos años de las enfermedades diarreicas en niños de 0-35 meses de zonas de poco desarrollo de Lima. Muestra poblacional: 62 familias fueron escogidos para la observación detallada de las prácticas de higiene. Método: Se registraron todos los episodios de lavado de manos y defecación que ocurrieron durante un período de observación de 10 horas (8 am-6 pm). El hijo más joven de cada familia fue seleccionado como el niño índice para la observación. | Resultado: El lavado de manos fue visto en 483 ocasiones en 71% de niños índice y en 80% de las madres observadas al menos una vez. El uso de agua limpia, jabón y la minuciosidad del lavado de manos varío según el propósito, con un "mejor" comportamiento, se observó con mayor frecuencia cuando la persona se disponía a salir. Se observaron a 45 niños índice (72%) defecar al menos una vez. Los bebés defecaban en sus pañales o ropa; los niños defecaban más indiscriminadamente alrededor del hogar. El lavado de manos después de la defecación fue rara (11% de las ocasiones) y por lo general sin jabón. Las heces se solían quedarse al alcance de los niños y los animales (42% de las ocasiones), sobre todo cuando la defecación ocurría alrededor de la casa/patio, los datos mostraron | В3 |

| | | | | | que esto ocurría con más frecuencia en los hogares con mayores casos de diarrea. Las heces depositadas en el suelo fueron por lo general dejadas de lado, cubierto con tierra o comido por los perros. Las heces depositadas fuera del hogar se quedaron sin tocar con frecuencia durante el período de observación. La ropa sucia se solía dejarse o lavarse por separado, y las heces en bacinicas fueron arrojadas en las letrinas. | |
|--|---------------------|-------|----------|--|--|----|
| The cost effectiveness of a child nutrition education programme in Peru. | Waters H, et al. | 200 6 | Primaria | Tipo de estudio: Estudio costo- efectividad. Muestra: Se seleccionaron 187 neonatos para ser intervenidos y 190 para el grupo control, de los cuales se realizó seguimiento a 171 neonatos para el primer grupo y 167 neonatos para el grupo control a los 18 meses. Intervención: La intervención promovió mensajes claves para la nutrición infantil, consejería y sesiones demostrativas de preparación de alimentos. Para el apoyo de las actividades se desarrolló material educativo, que incluyeron cartillas y recetas, y la promoción del uso de cartillas de crecimiento. Un equipo externo de profesionales de la salud capacitó a los trabajadores de salud de los establecimientos de salud para desarrollar la intervención basado en entrevista al cuidador del menor y | Resultado: La intervención tuvo un claro impacto positivo tanto en el uso de los servicios relacionados con la nutrición y crecimiento de los niños. Los niños en las zonas de intervención hicieron 17,6 visitas a los centros de salud en los primeros 18 meses de vida, en comparación con 14,1 visitas para los niños de las áreas de control (P <0,001). Este patrón fue válido para todos los grupos socioeconómicos. La intervención impidió 11,1 casos de retraso en el crecimiento por cada 100 niños. En el análisis de regresión logística multivariante, los niños intervenidos fueron 0,33 veces más propensos a tener retraso en el desarrollo como los controles (p = 0,002). El costo marginal de la intervención - incluyendo los costes externos, capacitación, materiales de educación | C1 |

| | | | | | motivándolos al cambio de comportamiento. | de salud y de viaje extra y el equipo - alcanzó los US \$ 6.12 por niño y US \$ 55,16 por caso de retraso del crecimiento impedido. El costo marginal estimado de la intervención por muerte evitada fue de US \$ 1 952. | |
|---|--|--------------------------|-------|----------|---|---|----|
| 4 | An intervention for the promotion of hygienic feces disposal behaviors in a shanty town of Lima, Peru. | Yeager BAC, et al. | 200 2 | Primaria | Tipo de estudio: Estudio observacional con control de sesgos. Lugar de estudio: Áreas de poco desarrollo del distrito de San Juan de Lurigancho con deficiencia en servicios básicos. Diseño de la intervención: Sobre la base de investigaciones en las zonas urbanas de Burkina Faso, Curtis et al. (Curtis et al, 1997) identificaron cinco preguntas que abordaron en el diseño de una intervención de la higiene: • ¿Qué prácticas ponen a los niños en riesgo de infección? • ¿Qué prácticas son una prioridad para la intervención? • ¿Qué miembros de la comunidad deben ser abordados? • ¿Cómo podemos construir sobre la percepción de higiene y diarrea para motivar cambios de comportamiento? • ¿Qué medios de comunicación y qué materiales probablemente que sean más eficaces? Se analizó aproximadamente 50 comportamientos de higiene en la | Resultados: Los indicadores de proceso y de impacto se midieron a través de cuestionarios y observaciones de 4 h estructuradas realizadas en más de 600 hogares tanto de aplicación antes y después de la intervención, y a través de las actividades de monitoreo de intervención. Los materiales de intervención y enfoque fueron bien recibidos por la comunidad de estudio; sin embargo, en el marco de tiempo del proyecto se logró una cobertura limitada de la audiencia objetivo, que era insuficiente para producir un impacto en los comportamientos. | C1 |

| investigación, en términos de su impacto | |
|--|--|
| en la salud y la viabilidad de la adopción | |
| (Academia para el Desarrollo Educativo, | |
| 1995). La viabilidad de la adopción se | |
| dividió en ocho criterios: consecuencias | |
| positivas de la conducta, compatibilidad | |
| con el conocimiento existente, similitud | |
| con las conductas existentes, costo en | |
| | |
| dinero o recursos, coste en tiempo y | |
| esfuerzo, complejidad, frecuencia y | |
| duración. Se dio puntaje para cada | |
| criterio por cada miembro del equipo del | |
| proyecto. Al final del ejercicio, los | |
| resultados se promediaron y una | |
| puntuación combinada (+ impacto de | |
| viabilidad) se calculó para cada | |
| comportamiento. La intervención se | |
| centró en los comportamientos que | |
| habían recibido las mejores | |
| puntuaciones combinadas, que fueron | |
| los relacionados con el uso higiénico de | |
| urinarios por los niños en el grupo de | |
| edad de 15 a 47 meses y mantener el | |
| ambiente del hogar libre de heces y fuera | |
| del alcance de los niños pequeños. | |
| Basándose en los ensayos de Mejora del | |
| enfoque de Prácticas (Dickin et al., | |
| 1997), la viabilidad de la adopción de | |
| estas conductas se ensayó | |
| adicionalmente en un micro-ensayo con | |
| un pequeño grupo de madres. | |
| | |
| Las actividades de intervención tuvieron | |
| lugar durante un período de 6 meses en | |
| centros y puestos de salud de 04 | |
| comunidades de intervención; otras 04 | |

| | | | | | comunidades actuaron como grupo de comparación. | | |
|------------------------|--|-----------------|-----|----------|---|--|----|
| fee of ed pro | uccesful breast eding as a result a health ducation rogramme for others | Hoyer S, et al. | 200 | Primaria | Diseño del estudio: Estudio observacional. Población objetivo: madres que dan de lactar. Objetivo: Mejorar las prácticas de lactancia materna en madres que recibieron instrucciones escritas para una lactancia exitosa. Metodología: Las instrucciones se basan en los resultados de un estudio llevado a cabo en Eslovenia en 1993 y publicado en el Journal of Advanced Nursing (1998), 27, 1250-1256 (Hoyer y Pokorn 1998). Las variables que fueron luego encontrados estadísticamente significativas en el periodo de lactancia inicial y continua se convirtieron en la base de instrucciones escritas para la lactancia. Los resultados obtenidos en el estudio actual se compararon con el estudio base que incluía 881 madres. Esto fue posible debido a que las condiciones de la lactancia materna entre 1993 y 1995 (cuando se lanzó el nuevo estudio) no habían cambiado. La idea de la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) aún no había entrado en vigor en Eslovenia. El estudio comprendía 203 mujeres embarazadas que fueron visitadas por primera vez durante su octavo mes de embarazo. | Resultados: Todas las madres del estudio comenzaron en el periodo de lactancia. Al final del primer mes 84,7% de ellas estaban todavía en periodo de lactancia, mientras que para el final del tercer mes se redujo a 74,9%, y para el final del sexto mes a 45,8%. Entre estos, se practicaba la lactancia materna por sí sola en la primera semana en un 25,7%, para el final del primer mes en un 16,4%, y para el final del primer mes en un 9,5%. Todos los parámetros observados fueron mejores que en el estudio básico. La duración media de la lactancia materna fue de 217 días, mientras que la duración más larga fue de 852 días. El análisis de supervivencia mostró una diferencia estadísticamente significativa en la duración de la lactancia materna. | C1 |

| | | | | Con el fin de recoger datos sobre la lactancia materna y entregar instrucciones, una enfermera de campo visitó cada madre ocho veces hasta la finalización del primer año y continuó la visita cada tres meses y para todos los que estaban todavía en periodo de lactancia después de ese tiempo, hasta que el final del periodo de lactancia. | | |
|--|--|----------------|----------|--|---|----|
| Revisión Sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años. | Aníbal Velásque z, Renzo Zavala | AI 201 0 | Primaria | Objetivo: Actualizar la situación actual de la evidencia sobre el impacto de las consejerías en la reducción de la desnutrición de niños menores de dos años en países en desarrollo y en poblaciones de escasos recursos. Métodos: Bases de datos Medline y Cochrane Library que fueron indizados al 05 de noviembre del 2010. Se utilizaron criterios de elegibilidad (madres y/o cuidadoras de niños de 0 a 24 meses expuestas a consejerías y que midieron su efecto en el estado nutricional. Luego se evaluó la calidad de los artículos que cumplían con estos criterios y finalmente se realizó un meta-análisis de los resultados de aquellos estudios seleccionados que tuvieron la información disponible. | Resultados: En Medline se encontró 544 referencias de los cuales se seleccionaron 31 artículos para su revisión del texto completo. Se evaluó la calidad de la investigación de estos artículos de los cuales quedaron 6 artículos que sirvieron para el metanálisis y conclusiones de esta revisión. Estas investigaciones fueron publicadas entre 1992 y el 2008, cuatro de los estudios son experimentos con grupo control y asignación aleatoria, y dos de ellos, además fueron simple ciego. El meta-análisis de la eficacia de las consejerías en los puntajes Z de peso para la edad y puntajes Z de peso para la talla muestra que las consejerías nutricionales incrementan el peso correspondiente a cada edad y a cada talla más que en los niños de los grupos control. La ganancia de peso en los puntajes Z de peso para la talla es de 0.3961 (IC 95%: 0.1301; 0.6621) y la ganancia de peso en los puntajes de | A2 |

| | Z de peso para la edad es de 0.4814 (IC 95%: 0.2143; 0.7485). Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños. |
|--|--|
| | Conclusiones: Las consejerías tienen un impacto positivo en el crecimiento de los niños. Las estrategias de consejería a través de los servicios de salud o por acción de personas de la comunidad o pares de madres con hijos son igualmente efectivas. Los mensajes de las consejerías basados en guías de la OMS y UNICEF son útiles para estos programas adaptándolas a los patrones culturales y nivel educativo de las madres. |

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

| | actor ordado | CENTR | ENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO | | | | | | | | | |
|----|-----------------|-------|--|-----|----------------------------------|-------------------|--|------------------------------|--|--|--|--|
| N° | Títu | lo | Autor | Año | Fuentes de informac ión | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evide ncia | | | | |

| 1 | Programa Buen Inicio: Evaluación Externa. | Lechtig, Aarón. UNICEF. | 200 7 | Estudio experime ntal prospecti vo. | Título: Programa Buen Inicio: Evaluación Externa Efecto de la participación comunitaria en la reducción de la desnutrición infantil. Objetivo: Combatir la desnutrición crónica en poblaciones rurales y urbanas pobres de cuatro departamentos de la sierra y selva del Perú. Tipo de estudio: Experimental prospectivo. Metodología: La evaluación del programa incluyó la búsqueda de respuestas a determinados interrogantes (problemas), la intervención ¿Cómo avanzó?, la inversión, el impacto y grado de causalidad, el beneficio de la inversión, los efectos colaterales, las lecciones aprendidas, las sugerencias para mejorarlo, la utilidad de la experiencia para la lucha contra la desnutrición crónica en el Perú. | Se redujo 4.3 puntos porcentuales por año en la prevalencia de desnutrición crónica en niños de las áreas más pobres de la sierra y de la selva, en un período de cuatro años de implementación (2000-2004). Además, una reducción de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro del orden de 5.9 puntos porcentuales por año y una reducción de 6.2 puntos porcentuales por año de la prevalencia de hipovitaminosis A. En todos los casos, se analizaron las variables tanto en forma discreta (presencia o ausencia de desnutrición) como continua (Z scores en antropometría). La correlación entre la variable discreta y la variable continua (Z scores en antropometría). La correlación entre la variable discreta y la variable continua en la muestra total fue de 0.748 (n=692; p menor de 0.01). La correlación en la muestra de 19 comunidades fue de 0.751 (n=318; p menor de 0.01). | A1 |
|---|---|-------------------------------|----------|---|---|---|----|
| 2 | Improving breastfeeding practices on a broad scale at the community level: Success stories from | Quinn V, et al. | 200 5 | Observa cional | Título: La movilización comunitaria/coalición multisectorial local contribuyen al incremento de LME. Objetivos: Dar a conocer los programas de cambio de comportamiento a nivel comunitario a gran escala destinados a | Resultados: Más de 3 a 4 años, el inicio oportuno de la lactancia materna (en 1 hora de nacimiento) se incrementó de 56% a 74% (P menor de 001) en Bolivia, 32% a 40% (p menor de 0,5) en Ghana, y el 34% al 78% (p menor de 001) en Madagascar. Aumentos marcados en la | C1 |

| | Africa and Latin America. | | | | mejorar prácticas de lactancia que fueron implementadas en 3 países. Tipo de estudio: Metodología: Estos programas llegaron a poblaciones considerables: Bolivia, 1.000.000; Ghana, 3,5 millones; y Madagascar, 6 millones. Se realizó una serie de componentes como: intervención: Un coordinador nacional fue contratado en cada país para supervisar el diseño. Asociaciones, creación de capacidades, cambio de comportamiento, actividades comunitarias, posteriormente se hizo el enfoque de evaluación del programa. | lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses de edad también fueron documentados: de 54% a 65% (P menor de 001) en Bolivia, el 68% a 79% (P menor 001) en Ghana, y 46% a 68 % (P menor de 001) en Madagascar. En Ghana y Madagascar, los resultados significativos fueron vistos dentro de 1 año de intervenciones comunitarias. Conclusiones: Los autores concluyen que los programas a gran escala diseñados para mejorar las prácticas de lactancia materna son viables y deben ser un componente central de cualquier estrategia de supervivencia de los niños. | |
|---|--|-----------|-----------|-----------------------------|---|---|----|
| 3 | Improving breastfeeding behaviors: Evidence from two decades of intervention research. | Green CP. | 199 9. | Revisión sistemáti ca | Título: Revisión de diversas evidencias sobre el efecto de programas IEC en la adopción de la práctica LME. Tipo de Estudio: Revisión sistemática (sin uso de meta-análisis) Objetivos: este documento resume la investigación disponible sobre las intervenciones específicas destinadas a mejorar la lactancia materna. Metodología: intervenciones destinadas a mejorar cuatro comportamientos clave de lactancia materna: el inicio temprano de la lactancia materna a través del segundo año y más allá. Aclara lo que se conoce acerca de la mejora de estas | Resultados: Los resultados indicaron que sólo 1 de los 51 estudios examinaron el impacto de cambios en las políticas nacionales, y pocos examinaron el impacto de la educación prenatal en forma aislada de otras intervenciones. Algunos resultados sugieren que la educación prenatal, cuando se combina con otras intervenciones (por ejemplo, la capacitación de los proveedores de salud y el acceso a las clínicas de apoyo a la lactancia ambulatoria) relacionados con la mejora de las prácticas de lactancia. Muchos estudios documentan el impacto de las prácticas hospitalarias cambiantes, y señaló que el asesoramiento y descarga de paquetes | A2 |

| | | | | prácticas con el fin de orientar a los planificadores y gerente del programa. Más de 50 estudios en todo el mundo se han identificado que tuvo una intervención dirigida a influir en una de las cuatro conductas e informó los datos en uno o más de esos comportamientos. | de apoyo a la lactancia materna, y la formación del personal del hospital en el manejo de la lactancia, impactados drásticamente las tasas de lactancia materna exclusiva. La mayoría de los estudios sugieren que la consejería de padres y el apoyo social impactan positivamente el inicio de la lactancia materna, dando asesoramiento y orientación del calostro, por los trabajadores de salud fue mixta. | |
|---|---------------------|-----|--|--|---|----|
| Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. | Froozani MD, et al. | 199 | Ensayo clínico ramdomi zado, cuasi experime ntal | Título: Efecto de las sesiones educativas en la adopción de la LME. Tipo de estudio: Estudio cuasi-experimental. Objetivos: para investigar el efecto de la educación sobre lactancia materna, en shiraz capital de la provincia de Fars, República de Islamic de Irán. Metodología: se realizó en Shiraz, la República Islámica de Irán, en 120 pares de madres y recién nacidos en un hospital materno que tenía un programa de alojamiento conjunto. Las 59 madres en el grupo de estudio reciben breasrtfeeding educación, cara a cara, después del parto y durante el seguimiento durante 4 meses en la salud materno-infantil (SMI) centro o en sus hogares; los 61 madres restantes comprenden el grupo de control | Resultados: Las tasas de lactancia materna exclusiva fue significativamente mayor en el grupo de estudio (54%) que en el grupo control (6,5%), pero el 5% y el 18% de los niños, respectivamente, en los grupos de estudio y control habían dejado de amamantar a la edad de 4 meses. El número medio de días de diarrea experimentada por los niños del grupo de estudio fue significativamente menor (P menor de 0,004) que en el grupo control. Al final de 4 meses, la duración media de peso de los recién nacidos fueron significativamente mayores (ambos p menor de 0,05) en el grupo de estudio que en el grupo control. Conclusiones: Los hallazgos indican que el alojamiento conjunto es muy importante para promover la lactancia materna exclusiva y que hay una | B1 |

| | | | | | | necesidad de educación sobre lactancia materna continua de las madres. | |
|---|---|------------------------|----------|--|---|--|----|
| 5 | Breastfeeding in a low income population program to increase incident and duration. | Brent N, et al. | 199 5 | Ensayo clínico ramdomi zado, sin ciego | Título: Instrucciones sobre lactancia a mujeres desde la etapa prenatal hasta el año de nacimiento vs cuidados estándares de la institución. Objetivos: Para evaluar la eficacia de un programa de intervención para aumentar la lactancia materna en una población de bajos ingresos del centro de la ciudad. Tipo de estudio: Un ensayo clínico no ciego, controlado y aleatorizado. Metodología: Los pacientes fueron seguidos durante el embarazo, el parto y el primer año de vida del bebé o hasta el momento del destete del pecho, lo que ocurriera primero. Este programa consistió en consultas individuales prenatal lactancia, rondas diarias por la consultora de lactancia en la unidad de posparto, y seguimiento ambulatorio a las 48 horas después de la aprobación de la gestión, en el momento en que el bebé era de 1 semana de edad, y en todas las futuras visitas de supervisión de la salud para los bebés de hasta 1 año de edad. | Resultados: Hubo una incidencia marcadamente superior de la lactancia materna en el grupo de intervención, en comparación con la del grupo control (61% vs 32%, respectivamente; P = 0,002). La duración de la lactancia materna también fue significativamente mayor en el grupo de intervención (p = 0,005). Conclusiones: Este programa de la lactancia aumenta la incidencia y la duración de la lactancia materna en nuestra cohorte de bajos ingresos. Sugerimos que los esfuerzos similares que se aplican a poblaciones análogas pueden aumentar la incidencia y la duración de la lactancia materna en poblaciones de bajos ingresos en los Estados Unidos | A3 |
| 6 | Breast feeding training for health professional and resultant | Westphal MF, et al. | 199 5 | Ensayo clínico randomiz ado, | Título: Cursos de entrenamiento a profesionales de salud para mejora de sus conocimientos. Objetivos: Para cuantificar el cambio en la duración de la lactancia entre las | Resultados: Los aumentos en los estimados, las tasas ajustadas para los niños nacidos en hospitales con personal capacitado fueron del 29% (HR = 0,71) y el 20% (HR = 0,80) exclusivamente para la lactancia | A3 |

| | institutional changes. | | | antes y después | madres atendidas por el hospital expuestas al curso Wellstart-SLC, comparándolas con el cambio entre las madres de instituciones que no asisten al curso. | · | |
|---|---|--------------------|-----|---|---|--|---|
| | | | | | Tipo de estudio: Ensayo aleatorizado institucional. Metodología: Para cada uno de los ocho hospitales del estudio, dos grupos de unos 50 niños fueron visitados en el país al mes ya los seis meses siguientes después del nacimiento. La primera cohorte (n = 494) se compone de los bebés nacidos en el mes antes de la exposición al curso Wellstart-SLC, y la segunda cohorte (n = 476) se compone de los bebés nació seis meses siguientes a esta exposición. | Conclusiones: Este ensayo aleatorio soporta un creciente cuerpo de evidencia de que los profesionales de la salud del hospital de formación en promoción de la lactancia materna y la protección tienen por resultado un aumento de la duración de la lactancia materna. | |
| 7 | Effects on rates of breastfeeding of training for the Baby Friendly | Cattaneo A, et al. | 200 | Ensayo clínico no randomiz ado | Título: Cursos de entrenamiento a profesionales de salud para mejora de sus conocimientos ('10 pasos para una LM exitosa'). Objetivos: formación de formadores y la posterior formación de los trabajadores de la salud con una versión ligeramente adaptada del curso Unicef 18 horas sobre la gestión de la lactancia materna y la promoción. Tipo de estudio: Estudio controlado no randomizado. | Resultados: Después de los entrenamientos en los hospitales, mejoraron su cumplimiento con los "diez pasos para una lactancia exitosa" de un promedio de 2,4 pasos en la fase uno a 7,7 en la fase tres. Como resultado los conocimientos de los profesionales de la salud aumentaron 0,41 a 0,72 en el grupo 1 (de entrenamiento después de la primera fase) y 0,53 a 0,75 en el grupo 2 (después de la segunda fase). La tasa de lactancia materna exclusiva al alta aumentó significativamente después del entrenamiento: 41% a 77% en el grupo 1 un 23% al 73% en el grupo | 3 |

| | | | | | Metodología: Los datos recogidos en tres fases de entrenamiento después de la primera fase en el grupo 1 de los centros y después de la segunda fase en el grupo 2. | (exclusivo más predominante) lactancia materna a los tres meses (37% al 50% en el grupo 1 y el 41% al 64% en el grupo 2. Recomendaciones: Capacitación para al menos tres días con un curso que incluye sesiones prácticas, habilidades y asesoramiento efectivo en las prácticas hospitalarias. Cambian el conocimiento de los trabajadores de | |
|---|---|-----------------|-------|----------|--|--|----|
| 9 | The effects on professionals practices of a three-day course on breast feeding. | Valdes V, et al | 199 5 | Transver | Título: Sesiones educativas grupales brindando información y técnicas sobre Lactancia Materna. Objetivos: el principal objetivo era ofrecer a los profesionales de la salud los conocimientos actualizados sobre la lactancia materna enfoques de gestión y de programas. Metodología: estudio evaluó informó cambios en las prácticas de apoyo a la lactancia materna clínicos tras un período de tres días (24 horas aproximadamente) curso. El curso presentado en la Universidad Católica en Santiago de Chile, incluida la fisiología de la lactancia y la infertilidad de la lactancia, la política relacionada, habilidades clínicas, el método de amenorrea de la lactancia, y los hallazgos relacionados con el programa. | Resultados: Sesenta y nueve por ciento de los encuestados reportó cambios en las prácticas clínicas resultantes de la asistencia al curso. Los resultados apoyan el concepto, que está siendo adelantada por la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, que un curso de 18 a 24 horas, puede cambiar las prácticas clínicas. Bajo el uso de suplementos alimentarios post natales de 53% A 19% (P<0.01) | C1 |

| | actor MUNICIPIO | OS SALUDA | ABLES | | | | |
|----|--|-----------|----------|----------------------------------|---|---|------------------------------|
| N° | Título | Autor | Año | Fuentes de informa ción | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de eviden cia |
| 1 | Limitantes de la estrategia de Municipios saludables como política pública en Antioquía. | | 200 5 | Primaria | Tipo de estudio: Estudio cualitativo. Población objetivo: Miembros de 20 comunidades. Metodología: Como parte de una evaluación del programa de California Ciudades y Comunidades Saludables (CHCC), se evaluó la participación vecinal, una amplia representación y participación ciudadana más allá de la iniciativa local CHCC. El diseño de la evaluación era un caso de estudio de 20 comunidades participantes con análisis de casos cruzados. Métodos de recolección de datos incluyen: encuestas a los miembros de la coalición en dos puntos en el tiempo, entrevistas semi-estructuradas con informantes clave, grupos focales con miembros de la coalición y revisión de documentos. Las comunidades participantes fueron diversas en términos de densidad de población, la geografía y las características socio-demográficas. Durante un período de 3 años, los | Resultado: El noventa por ciento de las coaliciones tuvieron seis o más sectores de la comunidad representadas (por ejemplo, educación, fe). La mayoría de las coaliciones describieron al menos un ejemplo de un mayor acercamiento al gobierno en la toma de decisiones a nivel local y por lo menos un residente se involucró más activamente en la vida de su comunidad. Los resultados sugieren que el modelo de Ciudades y Comunidades Saludables puede tener éxito en la facilitación de la participación comunitaria. | D1 |

| | beneficiarios desarrollaron una coalición de amplia base de los residentes y de los sectores de la comunidad, produjeron una visión compartida, llevaron a cabo una evaluación de la comunidad basado en los activos, identificaron una comunidad prioritaria, enfocaron su mejora, desarrollaron un plan de acción, implementaron el plan y evaluaron sus esfuerzos. Los residentes locales se dedicaban a través de miembros de la coalición, a las actividades de evaluación y actividades de aplicación. | | |
|--|--|--|--|
|--|--|--|--|

| Factor abordado COMUNIDADES SALUDABLES | | | | | | | | |
|--|---|-------------------------------|--------------|----------|----------------------------------|--|---|------------------------------|
| N° | Tít | ulo | Autor | Año | Fuentes de informa ción | Relación abordada | Comentarios sobre los resultados de la evidencia | Nivel de evide ncia |
| 1 | Evaluatior on commu participation California Cities and Communit program) | unity on in the Healthy | Kegler MC | 200 9 | Primaria | Tipo de estudio: Estudio cualitativo. Población objetivo: Miembros de 20 comunidades. Metodología: Como parte de una evaluación del programa de California Ciudades y Comunidades Saludables (CHCC), se evaluó la participación vecinal, una amplia representación y participación ciudadana más allá de la iniciativa local CHCC. El diseño de la evaluación era un caso de estudio de 20 | Resultado: El noventa por ciento de las coaliciones tuvieron seis o más sectores de la comunidad representadas (por ejemplo, educación, fe). La mayoría de las coaliciones describieron al menos un ejemplo de un mayor acercamiento al gobierno en la toma de decisiones a nivel local y por lo menos un residente se involucró más activamente en la vida de su comunidad. Los resultados sugieren que el modelo de Ciudades y Comunidades Saludables puede tener | D2 |

| | comunidades porticipantes con análicia | ávita an la facilitación de la norticipación | |
|--|--|--|---|
| | comunidades participantes con análisis | 1 | |
| | de casos cruzados. Métodos de | comunitaria. | |
| | recolección de datos incluyen: encuestas | | |
| | a los miembros de la coalición en dos | | |
| | puntos en el tiempo, entrevistas semi- | | |
| | estructuradas con informantes clave, | | |
| | grupos focales con miembros de la | | |
| | coalición y revisión de documentos. Las | | |
| | comunidades participantes fueron | | |
| | diversas en términos de densidad de | | |
| | población, la geografía y las | | |
| | características socio-demográficas. | | |
| | Durante un período de 3 años, los | | |
| | beneficiarios desarrollaron una coalición | | |
| | de amplia base de los residentes y de los | | |
| | sectores de la comunidad, produjeron una | | |
| | visión compartida, llevaron a cabo una | | |
| | evaluación de la comunidad basado en | | |
| | los activos, identificaron una comunidad | | |
| | prioritaria, enfocaron su mejora, | | |
| | desarrollaron un plan de acción, | | |
| | implementaron el plan y evaluaron sus | | |
| | esfuerzos. Los residentes locales se | | |
| | dedicaban a través de miembros de la | | |
| | coalición, a las actividades de evaluación | | |
| | y actividades de aplicación. | | |
| | y actividades de aplicación. | | |
| | 1 | I | L |

ANEXO № 2: FLUJOGRAMAS DE LOS PRODUCTOS

ANEXO Nº 3: Los Kit de cada Producto se según Modulo de Gestión de producto.: https://apps4.mineco.gob.pe/gestion-productos/