

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



**IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN Y LIMITAN LA
PREVENCIÓN DE LA ANEMIA MEDIANTE LA SUPLEMENTACIÓN CON LOS
MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL
DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES PERIODO 2017-2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN
GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS
Y PROYECTOS DE DESARROLLO

AUTORA

MARITZA SALAS CCAPACCA

ASESOR

Mg. JAVIER ALEJANDRO PINEDA MEDINA

Diciembre, 2018

RESUMEN EJECUTIVO

Debido a que en el Perú la anemia es un problema de salud Pública severo que afecta al 43.6% de niñas y niños menores 36 meses de edad, es decir cuatro de cada diez niños menores de tres años de edad sufre de anemia (INEI:2017). Es importante mencionar que el mayor número de niñas y niños menores de 3 años, por el número de casos, Lima se sitúa en el primer lugar con 149.058 niños con anemia (35.3%). Siendo los distritos con mayor porcentaje de anemia: Primer lugar San Juan de Lurigancho con 23,432 niños (48.9%). Segundo lugar Ate Vitarte con 13.862 (48.2%). Tercer lugar San Martín de Porres con 11.523 niños (45.3%). (INEI: 2018).

El presente trabajo de investigación analiza y evalúa la situación de la implementación del programa de suplementación con los micronutrientes en el Centro de Salud Valdiviezo de la Diris Lima Norte del distrito de San Martín de Porres desde la mirada de todos los actores para identificar por qué el programa de suplementación con los micronutrientes no está contribuyendo a la reducción de la anemia infantil. El objetivo general es identificar los factores que estarían limitando o contribuyendo en la efectividad del “Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017- 2021”, dirigido a niñas y niños menores de tres años que acuden al Centro de Salud Valdiviezo del Distrito de San Martín de Porres durante los años 2017 al 2018, analizando la distribución, acceso y entrega de los micronutrientes; con la finalidad de establecer estrategias que permitan erradicar la anemia.

La presente investigación es de tipo cualitativa, mediante “Estudio de caso”, el universo lo conforman un total de 178 niños menores de 3 años que asisten al C.S. Valdiviezo para ser suplementados con micronutrientes. La muestra es significativa ha sido seleccionada por juicio y conveniencia, puesto que los sujetos que proporcionan la información son grupos homogéneos, se ha entrevistado a 24 madres de familia de los niños menores de 3 años, El universo también lo conforma el personal de salud, que labora en el C.S.

El interés es conocer los aspectos de la implementación del programa con los micronutrientes que no están siendo bien canalizados para erradicar de manera efectiva el problema de la anemia infantil en la jurisdicción del Distrito de San Martín de Porres.



EXECUTIVE SUMMARY

Because in Peru, anemia is a severe public health problem that affects 43.6% of girls and boys under 36 months of age, that is, four out of every ten children under three years of age suffer from anemia (INEI: 2017). It is important to mention that the largest number of girls and boys under 3 years old, due to the number of cases, Lima is in first place with 149,058 children with anemia (35.3%). The districts with the highest percentage of anemia: First place San Juan de Lurigancho with 23,432 children (48.9%). Second place Ate Vitarte with 13,862 (48.2%) Third place San Martin de Porres with 11,523 children (45.3%). (INEI: 2018).

This research paper analyzes and evaluates the situation of the implementation of the micronutrient supplementation program in the Valdiviezo Health Center of the Diris Lima North of the San Martin de Porres district from the perspective of all the actors to identify why the Micronutrient supplementation program is not contributing to the reduction of childhood anemia. The general objective is to identify the factors that would be limiting or contributing to the effectiveness of the “National Plan for the Reduction of Anemia 2017-2021”, aimed at children under three years of age who attend the Valdiviezo Health Center of the District of San Martin de Porres during the years 2017 to 2018, analyzing the distribution, access and delivery of micronutrients; with the purpose of establishing strategies to eradicate anemia.

This research is of a qualitative type, through "Case Study", the universe is made up of a total of 178 children under 3 who attend C.S. Valdiviezo to be supplemented with micronutrients. The sample is significant has been selected for judgment and convenience, since the subjects that provide the information are homogeneous groups, 24 mothers of children under 3 years of age have been interviewed, The universe is also made up of health personnel, who works at the CS.

The interest is to know the aspects of the implementation of the program with micronutrients that are not being well channeled to effectively eradicate the problem of childhood anemia in the jurisdiction of the District of San Martín de Porres.



ÍNDICE

Pág.

Resumen Ejecutivo	
Executive Summary	
Agradecimientos	
Dedicatoria	
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Justificación	16
1.3 Objetivos.....	18
Cuerpo de la Tesis.....	20
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	21
2.1 Enfoques de derechos.....	21
2.1.1 Enfoque de derechos de la infancia.....	21
2.1.2 Enfoque de desarrollo humano.....	23
2.1.3 Marco legal internacional de la salud como un derecho.....	24
2.1.4 Prevalencia mundial de la anemia.....	25
2.1.5 La norma técnica para la atención de la dci y anemia 2017 al 2021....	25
2.1.6 Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú 2017-2021.....	26
2.1.7 Responsabilidades de la directiva sanitaria para la prevención de anemia.	28
2.1.8 El problema de anemia en el Perú	30
2.1.9 Políticas y programas en el Perú para afrontar la anemia	31
2.1.10 Estrategias para la prevención y suplementación con micronutrientes...	33
2.1.11 Consumo de hierro en Perú en la población vulnerable... ..	36
2.2 Conceptos claves.....	46
2.3 Diagnóstico situacional de la zona.	50

2.4 Características socio económicas del distrito de San Martín de Porres	52
2.5 Características generales del centro de salud Valdiviezo de la DIRIS Lima Norte.....	57
CAPITULO III: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	62
3.1 Naturaleza de la investigación	62
3.2 Forma de investigación.....	62
3.3 Unidades de análisis.....	62
3.4 Universo.....	62
3.5 Muestra.....	63
3.6 Fuentes de información.....	63
3.7 Procedimiento (técnicas) para el recojo de información	64
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	66
CAPITULO V: CONCLUSIONES	95
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	99
CAPITULO VII: PROPUESTA DE MEJORA.....	103
Anexos.....	108
BIBLIOGRAFÍA.....	119

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Pachamama por todo lo recibido y lo que nos dará.

A la DIRIS Lima Norte y a los profesionales del CS Valdiviezo Lic. Miriam Diaz Paredes, Lic. María Belen Villareal Cruz y Técnico en farmacia Carmela Laredo Rivera, por su apoyo incondicional en la investigación.

Al **Mg. Javier Alejandro Pineda Medina**, por su profesionalismo y aliento constante, para la culminación de mi tesis.



DEDICATORIA

A la inmensa alegría y razón de ser mis hijas Andrea e Inti Zoe por su infinito amor su paciencia y comprensión permanente.

Con gran amor y gratitud a mi querida madre por ser mi guía y apoyo en el logro de mis metas.

Con cariño a mi hermana Cenobia.



SIGLAS Y ABREVIATURAS

FAO:	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
PNUD:	Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo.
MINSA:	Ministerio de Salud.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible.
PRONAA:	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria.
CSA:	Comité de Seguridad Alimentaria Mundial.
PISA:	Proyecto Integral de Seguridad Alimentaria.
DIRIS:	Direcciones de Redes Integradas de Salud.
HIS:	Sistema de Información Historia.
SIEN:	Sistema de Información del Estado Nutricional.
CSA:	Comité de Seguridad Alimentaria Mundial.

IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN Y LIMITAN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA MEDIANTE LA SUPLEMENTACIÓN CON LOS MICRONUTRIENTES EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES EN EL PERIODO 2017-2018

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Está probado que a nivel mundial la suplementación con multimicronutrientes en niños menores de 3 años es una intervención eficaz para la reducción de la prevalencia de anemia.

En el Perú, el 43.6% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad presentó anemia durante el año 2017, en el área rural este porcentaje fue mayor en comparación con el área urbana (53,3% y 40,0%, respectivamente). Es decir, cuatro de cada diez niños padece de anemia. (INEI 2017: 21). La estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la (OMS 2013:3), fomenta el uso de alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los niños según se requiera, y cuando la anemia por deficiencia de hierro se encuentra por encima de 40,0%, se debe incluir la suplementación universal de hierro y en forma diaria, por ser un problema severo en la salud pública de este grupo vulnerable (OMS 2013:3).

Debido a que la anemia es un problema que aqueja a la población infantil del área urbana y del área rural, sin discriminar el estatus socio económico, y en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población en mención, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, aprobó la Directiva sanitaria, cuyo fin es participar en la reducción de la anemia ferropénica como una de las líneas de acción prioritaria para prevenir la anemia en menores de 36 meses.

Así mismo se ha generado el: Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021, cuyo objetivo general es reducir el nivel de anemia y desnutrición infantil y gestantes (DCI 2017: 7).

Según la Contraloría General de la República (2017), durante los años 2015 y 2016, el MINSA ha comprado más de 380 millones de sobres de micronutrientes para prevenir la anemia, lo que ha representado una inversión superior a los S/ 34.6 millones. Sin embargo, la suplementación con nutrientes (de comprobada eficacia en otros países) no ha logrado reducir la anemia infantil, la cual continúa afectando al 43.5% de niños menores de tres años (Contraloría General de la República 2017: s/p).

La presente investigación permite distinguir los procesos desde la mirada de los principales actores que contribuyen o limitan el proceso de la suplementación con los micronutrientes en niños menores de tres años en el C.S. Valdiviezo, puesto que el Ministerio de Salud ha generado múltiples estrategias para la suplementación universal de hierro a nivel nacional. Sin embargo a la fecha actual no ha contribuido favorablemente en la reducción de la anemia en estos tres últimos años.

Teniendo en cuenta esta situación que vulnera la salud infantil, con los hallazgos y las propuestas en la presente tesis se pretende coadyuvar en la intervención del programa de suplementación con los micronutrientes en el C.S. Valdiviezo. Por ende fomentar el fortalecimiento de las políticas públicas pertinentes que contribuyan a la mejoría de la salud infantil en el ámbito urbano marginal y el derecho de los niños a contar con una vida y desarrollo humano libre de anemia.

La presente investigación es de tipo cualitativa, mediante “Estudio de caso”, el universo lo conforman un total de 178 niños menores de 3 años acuden al C.S. Valdiviezo para ser suplementados con micronutrientes. La muestra es significativa ha sido seleccionada por juicio y conveniencia, puesto que quienes proporcionan la información son grupos homogéneos, se ha entrevistado a 24 madres de familia de los niños menores de 3 años, El universo también está conformado por el personal de salud.

Los cuales permitirán recoger datos con la finalidad de conocer los factores que limitan o contribuyen en la prevención de la anemia infantil en el Centro de Salud Valdiviezo de la DIRIS Lima Norte.

La presente tesis está estructurada en 6 capítulos:

- El primer capítulo contiene la delimitación del problema, justificación y objetivos.
- El segundo capítulo contiene el marco teórico referencial.
- El tercer capítulo contiene los lineamientos referidos al diseño de la investigación.
- El cuarto capítulo contiene los datos obtenidos en la aplicación de las entrevistas, y revisión documental efectuando un análisis e interpretación de los resultados.
- El quinto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones.
- El sexto capítulo contiene la propuesta de un programa de intervención responsable para disminuir los índices de anemia, en niños menores de 36 meses.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS (2016), estima que aproximadamente 800 millones de niñas y niños menores de 5 años y mujeres son anémicas por deficiencia de hierro, que es el trastorno nutricional de mayor prevalencia y la causa más frecuente de anemia en el mundo cuya prevalencia se ha mantenido entre el 41,9% (2011) y el 41,7% (2016). Latinoamérica muestra un promedio de 22%, y el Perú se encuentra muy por encima de esta cifra, con 32% (OMS 2016: s/p).

La autora Nelly Zavaleta explica que la carencia de hierro, o ferropenia, es el trastorno nutricional más común y extendido en todo el planeta y afecta el desarrollo cognoscitivo por ende vulnera la salud, los efectos de la anemia durante los tres primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Al cumplir su primer año de vida, 10% de los infantes en los países desarrollados, y alrededor de 50% en los países en desarrollo, están anémicos, por ende niños padecerán de retardo en el desarrollo psicomotor-cognoscitivo, y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente (Zavaleta 2017: s/p).

Según la OMS (2003), la alimentación complementaria debe introducirse a partir de los 6 meses, por ende todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, en cantidad, calidad, consistencia, variedad y frecuencia acorde a su edad de tal manera cubra sus requerimientos nutricionales incluyendo alimentos de origen animal ricos en hierro, como: sangrecita, bofe, bazo, hígado y carnes rojas en general para lograr mantener el nivel de hemoglobina adecuado (OMS 2013: s/p).

En el Perú, según el INEI (2017), se estima que hay 620 mil niños con anemia y su incidencia, durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior. Tal es así que las niñas y niños menores de cinco años de edad el 43,6% padecieron de anemia. En el área rural este porcentaje fue mayor en comparación con el área urbana 53,3% y 40,0% respectivamente (INEI 2017: 19).

Según el INEI (2018), en el primer semestre 2018, la prevalencia de la anemia es mayor en las regiones de la Sierra (54,2%), la Selva (48,8%), y Costa afecta al 42,0% de menores de tres años de edad. Es importante señalar que la mayor concentración de niños menores de 3 años por el número de casos se sitúa en Lima ocupando el primer lugar con 149.058 niños con anemia (35.3%). Siendo los distritos con mayor porcentaje de anemia: Primer lugar San Juan de Lurigancho con

23,432 niños (48.9%). Segundo lugar Ate Vitarte con 13.862 (48.2%) y tercer lugar San Martín de Porres con 11.523 niños (45.3%), (INEI 2018:19).

La Contraloría General de la República del Perú CGRP (2017), ha formulado recomendaciones al Ministerio de Salud para mejorar el servicio de suplementación con micronutrientes, para la prevención de la anemia infantil, las cuales permitieron incorporar acciones de mejora en el “Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017- 2021”, con el objetivo de reducir la anemia infantil al 19% (CGRP 2017: s/p).

Frente a esta problemática se tiene como antecedente que el Estado peruano viene abordando mediante el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021 para disminuir la anemia en niños menores de tres años a un 19.0% como meta en el 2021.

A nivel nacional según el INEI (2018), en el primer semestre 2018 el 29,5% de niñas y niños de 3 años, consumieron suplemento de hierro. En el área urbana fue 27,8% y en el área rural 34,6%.

Es por ello que se ha seleccionado como lugar de estudio a la ciudad de Lima metropolitana específicamente al Centro de Salud Valdiviezo del distrito de San Martín de Porres.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La pregunta principal de la investigación es:

¿Cuáles son los factores que contribuyen o limitan la implementación del Programa de Micronutrientes para la reducción de la anemia nutricional en niños menores de tres años, del C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte, en el año 2017 al 2018?

Las preguntas específicas son:

¿En qué medida el abastecimiento de los micronutrientes en el C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte, garantiza la recuperación de la salud de los niños menores de tres años que acuden a dicho centro?

¿Cómo contribuye el monitoreo de la distribución de los micronutrientes en el C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los objetivos del Programa?

¿En qué medida el proceso de distribución de los micronutrientes en el C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los beneficiarios, garantiza los objetivos del Programa?

¿Cuál es la percepción de los actores involucrados acerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el Perú se ha avanzado en la disminución de la desnutrición infantil, pero esto no ocurre con el problema de la anemia que incluso se evidencia que se ha elevado el porcentaje de prevalencia de la anemia perjudicando la capacidad cognitiva y productiva de las personas puesto que es un indicador que daña el potencial humano y cada vez afecta a mayor cantidad de niños. Por ello es necesario aunar esfuerzos en pro de la disminución de la anemia infantil en nuestro País.

Es importante mencionar que la mayor concentración de niñas y niños menores de 3 años, por el número de casos se sitúa en Lima. Siendo los distritos con mayor porcentaje de anemia infantil: Primer lugar San Juan de Lurigancho (48.9%), segundo lugar Ate Vitarte (48.2%), y tercer lugar San Martín de Porres (45.3%). (INEI 2018: 19).

El Estado peruano viene abordando mediante el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021, la suplementación universal con hierro y micronutrientes.

Si bien es cierto que la anemia es un problema multicausal, es importante mirar la problemática de los factores que limitan o contribuyen para la reducción de la anemia desde el punto de vista de todos los actores involucrados considerando la pertinencia socio cultural de las familias con niños menores de tres años.

Es preciso analizar los procesos de la implementación de una política social considerando la ejecución de los proyectos en permanente relación entre sí: Aquello que ha sido planificado para la implementación y lo prescriptivo, aquello que realmente ocurre: lo efectivo. (Junco 2015:16).

Así mismo, es fundamental conocer la participación y compromiso de los actores involucrados para tratar de determinar su injerencia y si el rol que cada uno cumplía ayudó o limitó la implementación del programa. En averiguaciones previas a la presente investigación se ha evidenciado que no todo el personal de salud inicia la suplementación con el micronutriente a los niños menores de 3 años, ni informa adecuadamente a cerca de la importancia de brindar la alimentación con la suplementación, ni los efectos colaterales que pudieran generar al inicio o durante el consumo de los micronutrientes, en algunas ocasiones los niños que inician su alimentación complementaria y por ende inician también la suplementación con micronutrientes, no son derivados al consultorio nutricional, pese a contar con dicho consultorio y profesional experto en el tema para reforzar de manera óptima los mensajes claves para una oportuna adherencia en el consumo del micronutriente.

Durante las visitas domiciliarias para la suplementación algunos padres y madres de familia demuestran poco interés en continuar con la suplementación porque consideran que la anemia no es una enfermedad trascendental ni perjudicial para la salud de sus niños, por ende no se logra la adherencia al consumo de micronutrientes.

En el primer trimestre del 2018 se ha evidenciado la falta de dotación de insumos de laboratorio como lancetas y reactivos para el análisis de hemoglobina, desde enero a julio 2018 no se realizan las sesiones demostrativas por falta de presupuesto para esta actividad.

En consecuencia, el propósito de la investigación es llegar a un planteamiento que conduzca a la solución del problema y la profundización de estos conocimientos será útil para la planificación de la Gerencia Social involucrando a los actores pertinentes para determinar los factores que contribuyen o limitan con el fin de fortalecer los procesos y buscar los mecanismos que permitan disminuir la prevalencia de anemia infantil en favor del desarrollo humano y mejorar su calidad de vida, con responsabilidad, dignidad y libertad.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar los factores que contribuyen o limitan la implementación del Programa de Micronutrientes para la reducción de la anemia nutricional en niños menores de tres años, del C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, en el año 2017 al 2018, analizando el abastecimiento de los micronutrientes, el proceso de distribución, el aporte del monitoreo y la percepción de los actores involucrados, para proponer medidas de mejora que fortalezcan la implementación del programa.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar y analizar si el abastecimiento de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, garantiza la recuperación de la salud de los niños menores de tres años que acuden a dicho centro.

2. Conocer y analizar el aporte de la contribución del monitoreo de la distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, al logro de los objetivos del programa.
3. Identificar y analizar si el proceso de distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los beneficiarios, garantiza los objetivos del programa.
4. Conocer y analizar la percepción de los actores involucrados acerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte.



CUERPO DE LA TESIS



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2. ENFOQUES Y ANTECEDENTES RELACIONADOS AL PROGRAMA DE SUPLEMENTACIÓN

2.1 ENFOQUES DE DERECHOS

2.1.1 ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA

Los Derechos del Niño se reconocieron formalmente luego de la Primera Guerra Mundial con la adopción de la Declaración de Ginebra en 1924. El proceso de reconocimiento de estos derechos continuó luego gracias al trabajo de las Naciones Unidas y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 (UNICEF 2014: 3).

La admisión de los Derechos del Niño se concretó el 20 de noviembre de 1989 con la aceptación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que representa el primer texto de compromiso internacional que reconoce legalmente todos los derechos fundamentales de los niños (HUMANIUM 2017: s/p).

La convención de los Derechos del Niño ampara su desarrollo óptimo y por ende salvaguarda su potencial humano, considerando la fragilidad, las especificidades y las necesidades acordes a la edad de los niños, establece lo siguiente:

- Derecho a la Vida y a un desarrollo físico e intelectual apropiado (HUMANIUM 2017: s/p).
- Acceso a una alimentación apropiada, el cuidado y la atención necesaria, la educación, etc (HUMANIUM 2017: s/p).
- Ofrecerles protección acorde a la edad y madurez de los niños (HUMANIUM 2017: s/p).

- Protección contra la explotación laboral, secuestro, asistencia para un tratamiento en caso de enfermedades, etc (HUMANIUM 2017: s/p).

En el Perú en el año 2016:

La pobreza afectó al 29,2% de niñas y niños menores de cinco años de edad, al 30,8% de los que tienen de 5 a 9 años de edad, al 29,6% de los de 10 a 14 años de edad, al 22,4% de los adolescentes de 15 a 19 años de edad. La pobreza afecta en mayor proporción a niñas, niños y adolescentes, principalmente a los residentes del área rural, donde más del 50% de niñas y niños menores de 15 años son pobres. En los otros grupos de edad, la incidencia de la pobreza fluctúa entre 32,2% y 46,2% aproximadamente (INEI-ENAH0 2016:58).

Aunado al desempleo que afecta a numerosas familias no pueden cubrir las necesidades fundamentales, como los niños que sufren en su totalidad esas consecuencias puesto que viven en condiciones precarias que debilitan su salud y provoca múltiples consecuencias negativas para su futuro y ven sus derechos y libertades gravemente limitados.

Según los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS (2015), promueven los derechos de la infancia para salvaguardar a todos los niños y niñas bajo la consigna de no dejar a nadie atrás, en especial a los más vulnerables (ODS 2015: s/p).

"Tal vez seamos la primera generación que consiga poner fin a la pobreza, pero quizás también seamos la última que todavía tenga posibilidades de salvar el planeta. Si logramos nuestros objetivos, el mundo será un lugar mejor en 2030" (Agenda 2030: s/p).

2.1.2 ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO

Uno de los conceptos importantes que está apareciendo en el desarrollo humano es la propuesta de Bantaba, (Bantaba 2000: 2):

Un nuevo concepto de desarrollo humano se ha hallado en los Informes del PNUD, lo cual se ha convertido en la referencia general. Siguiendo el pensamiento de Sen,1998 la nueva perspectiva que se consigna en el desarrollo humano deja de poner el énfasis en el aumento de la producción de bienes y servicios como un fin en sí mismo, ya que eso no nos dice automáticamente si se consigue mejorar las capacidades de las personas para alcanzar una mejor vida. No obstante ciertos bienes y servicios pueden considerarse, incluso, perjudiciales. Además, el grado de bienestar que producen los mismos bienes varía enormemente de unas personas a otras (Bantaba 2000: 2)

Además: Bantaba refiere que el desarrollo y la producción se valoran como cuestión central del impacto que generan los bienes y servicios en las personas y la producción del bienestar se torna en el criterio decisivo para evaluar la actividad económica:

El punto de arranque del concepto se encuentra en el cambio de la pregunta central sobre el desarrollo. Durante mucho tiempo la pregunta central en torno al desarrollo había sido: ¿cuánto produce una nación?; ahora la pregunta central pasa a ser: ¿cómo está la gente? Una muestra de la nueva formulación del desarrollo: El desarrollo humano es el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y las capacidades humanas. Representa un proceso a la vez que un fin (Bantaba 2000: 2)

2.1.3 MARCO LEGAL

INTERNACIONAL DE LA SALUD COMO UN DERECHO

6.3.3 MARCO LEGAL INTERNACIONAL DE LA SALUD COMO UN DERECHO

A nivel mundial la Organización de Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Artículo 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (ONU 1948: s/p).

Por otro lado, el Director General de la OMS 2017 Tedros Adhanom explica como derecho a la salud “El goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”. También indica que los Estados están en la obligación de dar cumplimiento a este derecho, generando la disponibilidad de los servicios de salud, viviendas adecuadas, entre otros” (Adhanom 2017: s/p).

Al respecto, Adhanom menciona que:

La Organización Mundial de la Salud, considera que la discriminación comienza cuando se pasa por alto los principios fundamentales de los derechos humanos, propiciando el deterioro en la salud de las minorías y de otros grupos humanos marginados de la sociedad, es un factor causal y potenciador de la pobreza, y la mala salud lo cual es inaceptable y constituye un obstáculo importante para el desarrollo (Adhanom 2017: s/p).

2.1.4 PREVALENCIA MUNDIAL DE LA ANEMIA

La anemia más frecuente que se presenta en la etapa infantil es la ferropénica, por el déficit paulatino de hierro, a partir de los 4 y los 6 meses de edad, así como por necesidades insatisfechas (embarazo, crecimiento, dieta inadecuada), inflamación crónica, infecciones parasitarias (Kristensen 2011: 4). Hace referencia que existen diversas estrategias para prevenirla como el consumo de alimentos ricos en hierro hemínico, suplementos de hierro no hemínico, fortificación con hierro universal, pinzamiento de cordón umbilical tardío, lo cual incrementa los depósitos iniciales de hierro (Kristensen 2011: 4).

Según datos de la OMS (2016), la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niñas y niños menores de 5 años y mujeres, y que su prevalencia se ha mantenido entre el 41,9% (2011) y el 41,7% (2016). Latinoamérica muestra un promedio de 22%, y el Perú se encuentra muy por encima de esta cifra, con 32% (MIDIS 2018:17).

Por su parte, Kristensen- Alexandria menciona que “La anemia ferropénica genera un aproximado de 115,000 muertes maternas / año en todo el mundo. Los infantes con anemia por deficiencia de hierro son más propensos a presentar déficit de atención, la coordinación motora reducida, y dificultades de lenguaje y en niños en edad escolar, este tipo de anemia también disminuye la participación escolar [...]. Existe evidencia en que el tratamiento con hierro para niños en edad escolar pueden mejorar resultados de las pruebas de la capacidad cognitiva y logro educativo (Kristensen 2011: 4).

2.1.5 LA NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE LA DCI Y ANEMIA 2017 AL 2021

En el Perú: “El Gobierno se ha comprometido a proteger la nutrición infantil, reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil, mediante políticas nacionales en materia

de nutrición y alimentación son abordadas en el Acuerdo Nacional – 2002, en el Plan Bicentenario – CEPLAN – Feb 2011 (aprobado en el Acuerdo Nacional) y en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia DS N° 001-2012-MIMP”. (DCI Anemia 2017: 7)

Por su parte, el Ministerio de Salud plantea estrategias, centradas en las personas y en las familias para erradicar la anemia y la desnutrición crónica. Se busca la concurrencia de las prestaciones del sector salud en los mismos hogares, así como las intervenciones con otros sectores como MIDIS, Educación, Agricultura, Pesquería (Produce), Agua y Saneamiento (Vivienda), sector privado y la sociedad civil, a nivel nacional (DCI Anemia 2017:7).

El documento menciona además que debe lograr las metas en Desnutrición Crónica Infantil y Anemia al 2021, los cuales se detalla en el (cuadro 1).

Cuadro 1. Metas de Reducción y Desnutrición Crónica Infantil al 2021

Indicador	2016	2017 *	2018 *	2019 *	2020 *	2021 *
Tasa de desnutrición crónica (menores de 5 años, OMS).	13,1%	13,0%	11,4%	9,7%	8,1%	6,4%
Tasa de Anemia en niñas y niños de 6 a 36 meses de edad.	43,6%	37,9%	33,2%	28,5%	23,8%	19%

Fuente: INEI/ENDES 2017 (DCI Anemia 2017:9).

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

A nivel mundial, el déficit de hierro es la causa más común de anemia. Otras causas de anemia puede deberse al déficit de folato, vitamina B12, vitamina A, así como las infecciones agudas o crónicas, parasitosis, intoxicación por metales pesados, enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan la síntesis de hemoglobina y

producción de los glóbulos rojos, complicaciones obstétricas (hemorragia), mortalidad materna, reducción de la transferencia de hierro al feto, el aumento del bajo peso al nacimiento, mortalidad neonatal, la afección al desarrollo psicomotor, físico del niño y a su rendimiento escolar (OMS 2015: 5).

En este panorama surge: "El Plan Nacional adopta el modelo del Programa Articulado Nutricional, en la búsqueda de mejorar la nutrición infantil, en los menores de 3 años con énfasis en los primeros 2 años de vida, debido a la velocidad de crecimiento, incrementa las necesidades de hierro y otros nutrientes para prevenir la anemia" [...] este Plan cuenta con dos programas presupuestales, el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno para reducir y controlar los problemas de anemia y desnutrición crónica infantil para ello prioriza quince intervenciones (DCI Anemia 2017: 7). (Cuadro 2).

Cuadro 2. Intervenciones priorizadas del Plan Nacional MINSa en el marco del Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal

Actividades Estratégicas desde el Ministerio Salud	
1	Sesión Educativa-Demostrativa de Preparación de Alimentos (niños y gestantes)
2	Tratamiento y Prevención de Anemia con Suplementos de Hierro de buen sabor a niños y Consejería
3	Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil y Consejería desde el nacimiento
4	Visita Domiciliaria y Consejería
5	Suplementos de Vitamina "A" a niños de 6m a 5 años (Rural)
6	Vacunas y atención a enfermedades prevalentes de la infancia
7	Suplementos de Hierro y Ácido Fólico a gestantes en Control Prenatal y Consejería
8	Suplemento de Hierro y Ácido Fólico a mujeres adolescentes de 12 a 17 años
9	Desparasitación a escolares y familias (2 a 17 años)
10	Capacitación y concurrencia del MIDIS, MINAGRI, PESQUERIA a nivel de los MUNICIPIOS
11	Capacitación a INSTITUCIONES EDUCATIVAS y Comités de padres de Familia de Aula
12	Capacitación a Organizaciones Sociales a nivel de COMUNIDADES
13	Promoción del consumo de agua segura y lavado de manos
14	Control de Yodo en sal (Rural)
15	Promoción de alimentación saludable y concursos de comidas sabrosas y nutritivas

Fuente: Plan Nacional DCI ANEMIA 2017

2.1.7 RESPONSABILIDADES DE LA DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA MEDIANTE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES

La presente Directiva Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP.V.01 con R.M. 055/2017 MINSA, es de uso obligatorio en los establecimientos que ofrecen atención en salud a nivel nacional bajo la dirección del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud, Seguro Social de Salud - ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (Directiva Sanitaria 068-2017: 15).

A NIVEL NACIONAL

El Ministerio de Salud mediante la Dirección General de Salud de las Personas, por intermedio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable; la Dirección General de Promoción de la Salud a través de sus tres Direcciones Ejecutivas y el Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, son responsables de la difusión y cumplimiento de la presente Directiva para su respectiva aplicación, monitoreo y supervisión mediante sus Oficinas de Comunicación, elaboran y validan los contenidos de los materiales comunicacionales en relación al tema (Directiva Sanitaria 068-2017: 15).

El Ministerio de Salud mediante de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, es responsable de vigilar la composición, calidad e inocuidad de los micronutrientes (Directiva Sanitaria 068-2017: 15).

El Ministerio de Salud a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), realiza la adquisición y distribución de los productos de suministro centralizado, hasta el nivel de almacenes del nivel regional, para lo cual efectúa las acciones pertinentes con el fin de propiciar la disponibilidad presupuestal oportunamente (Directiva Sanitaria 068-2017: 15).

A NIVEL REGIONAL

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Redes y establecimientos de salud son los responsables de garantizar de manera suficiente oportuna y permanente los recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, material médico, material educativo comunicacional, así como de la organización, supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios, (Directiva Sanitaria 068-2017: 15).

A NIVEL LOCAL

La Dirección o Jefatura de cada Red, Micro red o establecimiento de salud público, en todos los niveles de atención, es responsable de la implementación y cumplimiento de la normativa vigente (Directiva Sanitaria 068-2017: 15).

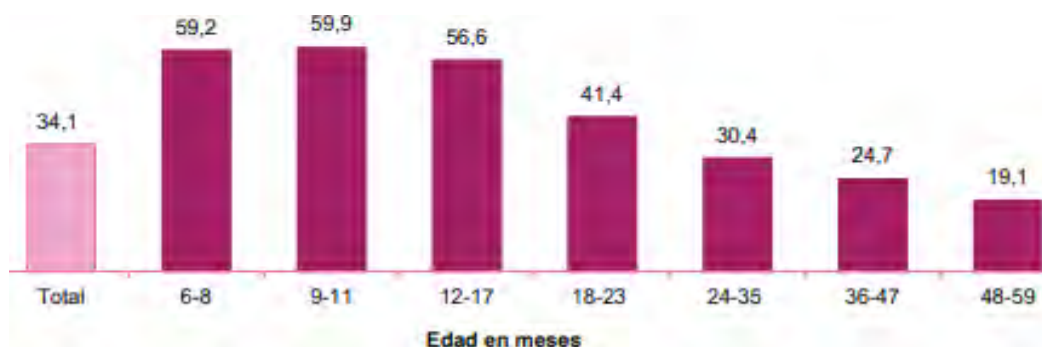
Tabla 1. Evolución de la anemia en niños de 0 a 59 meses de edad con anemia, según característica seleccionada, 1996-2017



Fuente: ENDES 2017

Según el INEI-ENDES (2017), en el año 1996 el porcentaje de menores de 5 años con anemia fue 56,8% disminuyendo a través de los años, alcanzando 30,7% en el año 2011, este porcentaje aumentó 4,9 puntos porcentuales en el año 2014 (35,6%) e incrementándose a un 43% en el 2017 (INEI 2017: 239).

Gráfico 1. Niñas y niños de 6 a 59 meses de edad con prevalencia de anemia, según grupos de edad en meses, 2017



Fuente: INEI 2017

Según INEI-ENDES (2017), la anemia afectó en mayor grado a las niñas y niños menores de 18 meses 59,2% en los de 6 a 8 meses de edad, 59,9% de 9 a 11 y 56,6% de 12 a 17 meses, y en los niños de 18 a 23 meses fue 41,4%. En los grupos de mayor edad, los porcentajes fueron menores (30,4% entre 24 y 35 meses; 24,7% de 36 a 47 meses y 19,1% de 48 a 59 meses respectivamente (INEI 2017: 240).

2.1.8 EL PROBLEMA DE ANEMIA EN EL PERÚ

Respecto a esta problemática que vulnera la salud de la población infantil peruana:

El Perú es el país más afectado por la anemia de toda Sudamérica (solo igual que Guyana) de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Afecta a más del 50% de los niños en edad preescolar, al 42% de madres gestantes y al 40% de las mujeres en edad fértil que no están gestando [...]. La anemia es un grave problema de salud pública que afecta

negativamente en el desarrollo cognitivo y en la productividad de las personas [...]. Ello obliga a la sociedad a enfocar esfuerzos para afrontarla de manera efectiva y urgente (Alcázar 2012: 16).

Uno de los primeros pasos que puede contribuir a tomar decisiones efectivas es comprender la magnitud de la anemia, para afrontarla mediante acciones de salud pública, por ende generar intervenciones, programas o políticas para contrarrestar la enfermedad, con el fin de establecer investigaciones para cubrir las brechas de conocimiento en la búsqueda de nuevas alternativas acordes a los contextos locales (Alcázar 2012:16).

2.1.9 POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN EL PERÚ PARA AFRONTAR LA ANEMIA

En el Perú se ha establecido: “La suscripción de 15 ministerios en la lucha contra la anemia para cumplir la meta de reducir la anemia en niños menores de 3 años de 43% a 19% al 2021. Garantizando así, los derechos fundamentales de los niños para el desarrollo pleno de sus capacidades (MIDIS 2018:14).

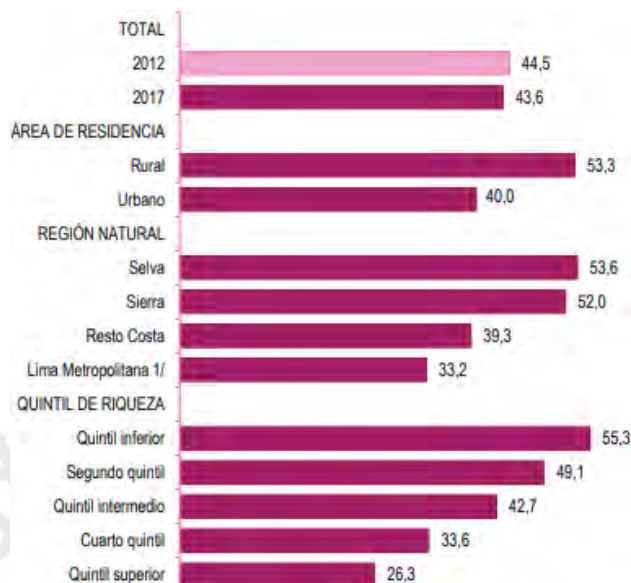
Las autoridades locales y regionales presentes en el Tercer GORE Ejecutivo (febrero de 2017), firmaron el Pacto Nacional para la Reducción de la Anemia y Desnutrición Crónica Infantil, comprometiéndose a reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil, con el fin de dar cumplimiento a las metas establecidas al 2021, en menores de 5 años se haya reducido a 6,0% la desnutrición crónica, y la anemia infantil, a 19,0%. No obstante según el reporte de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017, solo dos regiones (Callao y Arequipa) han cumplido con la meta propuesta (MIDIS 2018:35).

Cuadro 3. Distribución de los niños con anemia según distritos de Lima Metropolitana en el 2018

DISTRITO	Niños de 6 - 35 meses*	% de Niños con Anemia **	N° Aproximado de niños de 6 a 35 meses con anemia
SAN JUAN DE LURIGANCHO	47,907	48.9%	23,432
ATE	28,788	48.2%	13,862
SAN MARTIN DE PORRES	25,449	45.3%	11,523
COMAS	22,573	42.1%	9,513
PUENTE PIEDRA	16,576	48.2%	7,987
LIMA	14,657	48.9%	7,165
LOS OLIVOS	14,347	46.5%	6,668
VILLA EL SALVADOR	18,404	35.5%	6,536
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	18,204	34.3%	6,250
CHORRILLOS	12,484	48.5%	6,055
SAN JUAN DE MIRAFLORES	16,651	35.5%	5,919
CARABAYLLO	12,489	43.2%	5,396
SANTA ANITA	11,102	41.6%	4,619
LA VICTORIA	8,375	53.6%	4,490
SANTIAGO DE SURCO	11,344	38.2%	4,334
EL AGUSTINO	9,538	44.0%	4,200
INDEPENDENCIA	9,399	42.1%	3,961
LURIGANCHO (CHOSICA)	8,697	45.0%	3,910
RIMAC	7,005	41.3%	3,104
SAN MIGUEL	5,001	48.8%	2,442
JESUS MARIA	4,530	41.7%	1,888
BREÑA	3,557	51.3%	1,824
PACHACAMAC	4,877	36.6%	1,783
SURQUILLO	3,405	52.3%	1,781
MIRAFLORES	4,076	39.4%	1,607
LURIN	4,397	35.7%	1,570
LINCE	2,840	53.0%	1,505
SAN BORJA	3,718	40.0%	1,489
SAN LUIS	2,425	60.5%	1,467
ANCON	2,747	48.9%	1,343
MAGDALENA DEL MAR	2,412	53.1%	1,281
LA MOLINA	5,616	22.5%	1,264
MAGDALENA VIEJA (PUEBLO)	2,856	42.2%	1,205
BARRANCO	1,560	46.1%	719
SAN ISIDRO	1,942	36.1%	701
CHACLACAYO	1,757	36.2%	637
SANTA ROSA	938	55.8%	523
CJENEGUILLA	1,421	31.2%	444
PUCLISANA	667	49.2%	328
PUNTA NEGRA	324	36.5%	118
PUNTA HERMOSA	275	37.1%	102
SAN BARTOLO	337	25.0%	84
SANTA MARIA DEL MAR	61	15.8%	10
LIMA METROPOLITANA	375,731	43.9%	165,076

Fuente: INEI - ENDES 2018

Cuadro 4. Proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses con anemia según quintil socioeconómico



Fuente: INEI 2017

La anemia es una enfermedad de origen multicausal y multifactorial, se evidencia en la zona urbana y rural, y no discrimina los estratos socioeconómicos de hogares de quintiles socioeconómicos más bajos y del quintil superior. El 50,0% de niñas y niños con anemia, corresponde a la zona rural (53,3%), en la Selva (53,6%) y Sierra (52,0%) respectivamente, (INEI 2017: 240).

2.1.10 ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

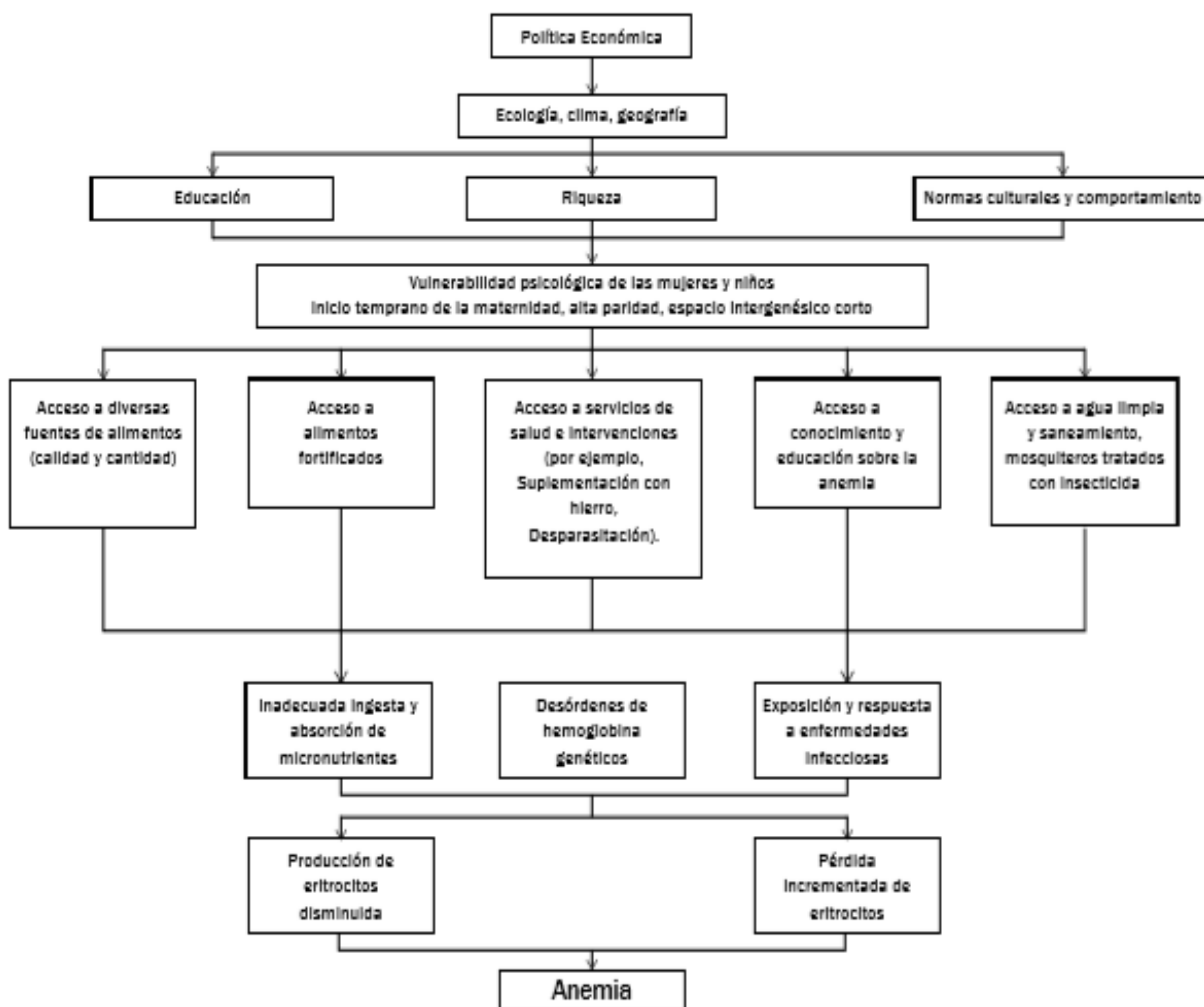
En el Perú se inició la suplementación con micronutrientes mediante proyectos de mediano alcance, priorizando zonas vulnerables, en coordinación con organismos internacionales. Una de estas intervenciones para la suplementación fue realizada

en el 2001 mediante el Proyecto Integral de Seguridad Alimentaria (PISA). Una segunda intervención fue realizada con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el Perú (UNICEF Perú) y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas en el Perú (PMA Perú) en el año 2009. En la primera intervención se usaron MN en forma de tabletas masticables, y en la segunda la formulación de micronutrientes en polvo conocida como chispitas (INS 2015: 85).

Por otro lado se realizó un piloto para la suplementación con los MN en Ayacucho, Apurímac y Huancavelica en los años 2009 y 2011. Esta experiencia efectuada por el Ministerio de Salud, Programa Nacional de Asistencia Alimentaria con el apoyo de UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos generó la efectividad de los MN, cuyos resultados evidenciaron una reducción de 36 puntos luego de dos ciclos de suplementación de 6 meses (INS 2015: 86).

El modelo causal de la anemia adoptado en el Perú por Zavaleta (Gráfico 2). Refiere que el consumo inadecuado de hierro y de otros micronutrientes a partir de los alimentos conjuntamente con otras vitaminas no permitiría una apropiada formación de los glóbulos rojos y de la hemoglobina. Otras causas inmediatas de la anemia son la alta morbilidad por infecciones como la diarrea, parasitosis, malaria, etc. condiciones debido a la falta de higiene, lavado de manos, no contar con agua segura y saneamiento (DCI Anemia 2017:19).

Gráfico 2 Modelo Causal de la anemia en el Perú



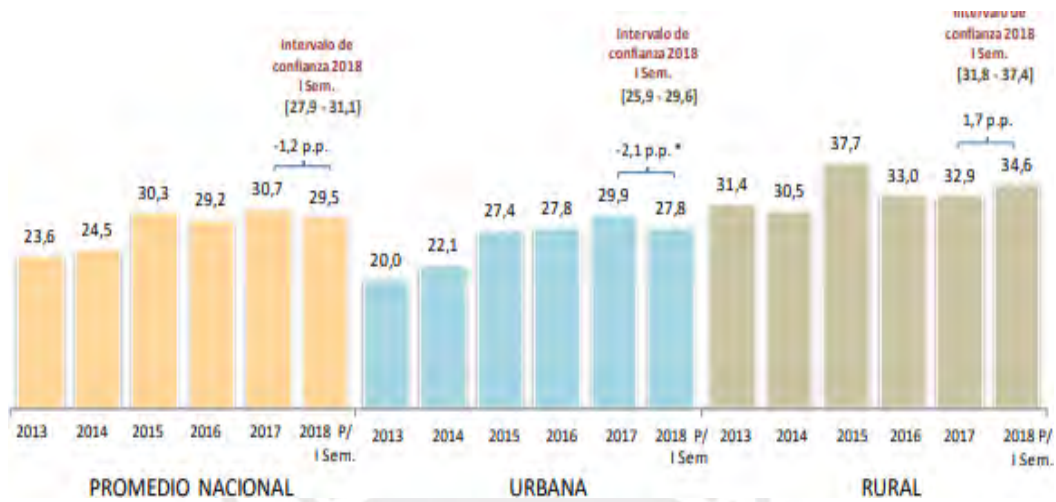
Fuente: Balarajan Yarlini Lancet 2011378: 2123–35 (DCI Anemia 2017:20).

2.1.11 CONSUMO DE HIERRO EN PERÚ EN LA POBLACIÓN VULNERABLE

En el Perú el consumo de hierro en los hogares es generalmente de origen vegetal por ende la biodisponibilidad y absorción en el intestino es limitada. Se evidencia un consumo limitado de hierro de origen animal en todos los quintiles socioeconómicos. En hogares del quintil más pobre se consumen 1.6 mg de hierro hem al día y en los hogares del quintil de mayores recursos el consumo es de 3.6 mg al día, con limitado consumo de proteínas de origen animal (DCI Anemia: 21).

En los estudios dietéticos del CENAN, se evidencia que el consumo de hierro tanto en niños y mujeres son de origen vegetal, 2 mg de hierro hem por día y su absorción se ve interferida por la presencia de inhibidores en la alimentación, como mates, café, té e infusiones. Los niveles recomendados de consumo de hierro en menores de 3 años corresponde a 11 mg de hierro por día [...], un consumo promedio de 1.8 mg de hierro por día; 2.6 mg, entre los de 9 y 11 meses de edad, y 4.4 mg de hierro por día entre los de 12 a 23 meses. El 90% de los niños no logra consumir los niveles recomendados de hierro [...]. De la misma manera, en una zona urbano marginal de Lima Metropolitana se encontró un bajo consumo de hierro en infantes de 6 a 11 meses, de 2.4 mg de hierro por día, así como de otros micronutrientes como zinc, calcio y retinar (DCI Anemia 2017: 22).

Gráfico 3 Porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días, según área de residencia



Fuente: INEI 2018

A nivel nacional, en el primer semestre 2018, el 29,5% de menores de 3 años, consumieron suplemento de hierro. En el área urbana un 27,8% y en el área rural 34,6%. Haciendo un comparativo a nivel nacional con el primer semestre del 2017 hubo un mayor consumo de suplemento de hierro de 30.7%, al igual que en el área urbana de 29.9%. A diferencia del área rural que tenía un menor consumo de 32.9% (INEI 2018: 19).

Cuadro 5. Valores normales de concentración de hemoglobina establecidos para la población residente a nivel del mar y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

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

Fuente: NTS 134-2017-MINSA

Siendo los valores normales de hemoglobina para los niños de 2 a 6 meses cumplidos de 9.5-13.5 g/dL. Y para los niños de 6 meses a 5 años hemoglobina normal igual o mayor a 11.0 g /dL (MINSA Norma Técnica de Salud 134 2017: 17)

2.1.11.1 MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE ANEMIA

La anemia por ser una enfermedad de origen multicausal cuyos efectos se mantienen en todo el periodo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas en la Norma enfatizan un abordaje integral e intersectorial. Las medidas de prevención son las siguientes ((MINSA Norma Técnica de Salud 134-2017: 14):

Cuadro 6. Medidas de Prevención de Anemia

EN LA GESTACIÓN	EN EL PARTO	PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.	Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical , a los 2 - 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones ⁽⁶⁰⁾	Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico ^(9,12) .
Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.	Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.	Suplementación preventiva con Hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el 4to mes hasta los 35 meses ⁽¹⁴⁾ . En localidades con prevalencia de anemia infantil, mayor al 20%, se suplementará a las adolescentes mujeres escolares, en dosis semanal para prevenir la anemia por un periodo de 3 meses por año.
Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar y otros espacios de su jurisdicción		

Fuente: NTS 134-2017-MINSA

2.1.11.2 TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS EN MENORES DE 3 AÑOS

Esta actividad consiste en que el personal de la salud que brinda atención integral al menor de tres años (médico, enfermera, nutricionista o personal técnico debidamente capacitado) debe indicar y/o entregar micronutrientes o hierro según esquema vigente (Directiva Sanitaria 068-2016: 6). (Cuadro 7)

Cuadro 7. Esquema de suplementación con multimicronutrientes y hierro para menores de 3 años

Condición del niño	Producto	Edad de administración	Dosis a administrar por Vía Oral por día	Duración de suplementación
Niñas y niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso (1 gota = 1 mg Fe elemental) ó Gotas Complejo Polimaltosado Férrico: (1 gota = 2 mg Fe elemental)	Desde los 30 días hasta los 5 meses con 29 días de edad	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses 29 días de edad
	Micronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Gotas Sulfato ferroso: (1 gota = 1 mg Fe elemental) ó Gotas Complejo Polimaltosado Férrico (1 gota = 2 mg Fe elemental)	Desde los 4 meses de edad hasta los 5 meses con 29 días	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses con 29 días
	Micronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
	Jarabe Complejo Polimaltosado Férrico (1 ml = 10 mg Fe elemental) ó Jarabe Sulfato ferroso: (1 ml = 3 mg Fe elemental)	A partir de los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria mientras no se cuente con micronutrientes

NOTA: - 1 ml de Sulfato Ferroso en gotas equivale a 25 mg de hierro elemental.

- 1 ml de Complejo Polimaltosado Férrico en gotas equivale a 50 mg de hierro elemental.

Fuente: Directiva Sanitaria N° 068-2016 MINSA

Cuadro 8. Esquema de composición de los micronutrientes

MICRONUTRIENTE	CANTIDAD
Hierro	12,5 mg. (hierro elemental)
Zinc	5 mg.
Ácido Fólico	160 ug.
Vitamina A	300 ug. RE
Vitamina C	30 mg.

Fuente: Directiva Sanitaria N° 068-2016 MINSA

Los micronutrientes son una mezcla de vitaminas y minerales que viene en sobre individual de 1.0 g de polvo blanquecino sin olor ni sabor (Directiva Sanitaria 068-2016: 21).

2.1.11.3 SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO

El personal de salud que brinda la atención de salud de niñas y niños (médico, nutricionista, enfermera u otro personal de salud), es responsable del monitoreo de la suplementación intra y extramural, de acuerdo al protocolo establecido (Directiva Sanitaria 068-2016: 9).

En el Establecimiento de Salud

Se realiza mensualmente o cada vez que la madre o cuidador acuda al establecimiento de salud a recoger sus micronutrientes, el personal de salud, realiza el monitoreo de la aceptación y la adherencia al consumo de los suplementos de hierro y micronutrientes y los registra en la historia clínica y carné (Directiva Sanitaria 068-2016: 9).

En el Hogar y Comunidad

Mediante la visita domiciliaria, se efectúa el monitoreo en caso de que las madres no recojan oportunamente los micronutrientes o cuando el consumo de micronutrientes o hierro es muy bajo, mediante la consejería para prevenir la enfermedad (Directiva Sanitaria 068-2016: 10).

Se verifica la ocurrencia de efectos adversos con el consumo de los suplementos o hierro, y la práctica adoptada por los padres o cuidadores (Directiva Sanitaria 068-2016: 10).

2.1.11.4 PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA HEMOGLOBINA MEDIANTE HEMOGLOBINÓMETRO PORTÁTIL

La guía técnica creada por el CENAN/INS 2013, es de uso obligatorio en las dependencias orgánicas del MINSA, direcciones de salud, direcciones regionales de salud, redes, microredes, en los que se efectúa la determinación de hemoglobina mediante hemoglobinómetro portátil. Cuyo objetivo es estandarizar el procedimiento en los profesionales y técnicos de salud para efectuar una toma adecuada de muestra de sangre para la obtención de la hemoglobina con el fin de evidenciar casos de anemia (Guía Técnica MINSA 2013: 7).

2.1.11.5 LA CULTURA ALIMENTARIA Y PROMOCIÓN DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

El Plan Nacional 2017-2021, reconoce que los alimentos y la preparación de la comida son parte de la cultura y la salud familiar y comunal, sustentada en los patrones de producción y consumo sostenibles, rescatando las tradiciones alimentarias, su procedencia, la cultura culinaria local y la de los antepasados constituyen una expresión de la identidad. Los factores relacionados para lograr la

inocuidad de los alimentos, las prácticas de su preparación, su adecuada manipulación, la higiene y la conservación, son también elementos críticos que deben tomarse en cuenta, según la pertinencia de los casos¹.

Si bien el Plan Nacional ha incorporado temas de tradiciones y culturas culinarias para fines de educación en nutrición se cuenta con un documento técnico del 2013 de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil en el cual se fomenta el uso de los alimentos nutritivos de la localidad, menciona las ventajas de una alimentación balanceada y variada, mediante la metodología pedagógica: “Aprender haciendo”, con el fin de aprender diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales para prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia². No se evidencia en este documento la incorporación de Preparaciones “MODELO” por regiones definidas Costa, Sierra y Selva, siendo necesario diferenciarlos por un tema de multiculturalidad, incluso con fines logísticos y de estandarización de criterios para contribuir en la educación alimentaria.

2.1.11.6 ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL

El Plan propicia la articulación desde los servicios de salud con un enfoque integral e intersectorial, social existentes. En el cuadro 11, se describen las diversas

1 DCI ANEMIA 2017 Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Pág.28. Consulta: 16 de mayo de 2017.

2 MINISTERIO DE SALUD (MINSU)

2013 Documento Técnico 2013 “Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población infantil”. Consulta: 15 de mayo de 2017.

<https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/handle/INS/227>

plataformas y liderazgo de múltiples entidades gubernamentales existentes a nivel nacional (DCI Anemia 2017:38).

Cuadro 9. Plataformas de contacto sectorial 2017-2021

MINSA + IGSS ESSALUD Y FFAA y Policiales	8181 Establecimientos de Salud a nivel nacional (Clínicas de la Familia) 218+255
Gobierno Local Reniec	1,870 Gob. Locales con Actividades en Nutrición Materno Infantil Padrón Nominal RENIEC de los menores de 5 años
MIDIS - JUNTOS	1,500 Gestores JUNTOS y 720 mil Familias JUNTOS (140,000 Niños 0 a 3 años y 13,000 Gestantes) (Total 80,000 Niños de 0 a 3 años)
MIDIS - Cuna Más	8,000 Madres Facilitadoras y 900 Acompañantes Técnico Serv. Acompañamiento a Familias que Acompañan a 84 mil Familias rurales de niños menores de 36 meses 700 Acompañantes Técnicos CUNA MAS - 53 mil niños 6-36 meses (Total 137,000 Niños 0 a 3 años)
MINEDU - Nivel I 0-3º	6,936 Docentes y Promotores de Nivel 1 y Comités de Padres de Familia de Aula (Total 80,000 Niños de 0 a 3 años)
MIN. AGRICULTURA y FONCODES - Hakuwiñay	Familias rurales en actividades agropecuarias 50,000 Hakuwiñay (15,000 Niños de 0 a 3 años) y Otras
MINEDU - ESCOLARES	Docentes Inicial - Primaria - Secundaria - Comités de Padres de Familia de Aula 1,700,000 adolescentes mujeres (Suplemento Hierro) 3,500,000 escolares 2 a 19 años (Desparasitación)
MIN. VIVIENDA y SANEAMIENTO	Juntas de Agua y Saneamiento Vigilancia Agua Segura en Gob Local
Organización de Base	Vaso de Leche (GL), Comedores (MIDIS), Club de Madres, Junta Vecinal, Organización Indígena y Campesina, etc.

Fuente: Elaboración Plan Nacional 2017-2021

2.1.11.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo está a cargo de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública en colaboración con la Oficina General de Tecnología de Información del Ministerio de Salud y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del INS. El monitoreo y evaluación del Plan tiene dos componentes (DCI anemia 2017: 42).

a) Datos Administrativos: Mediante el uso de datos administrativos, con énfasis en el seguimiento de los menores de 1 año, desde el nacimiento y vínculo de datos

de su madre desde la gestación, a partir de registros administrativos del Sistema de Información de Salud (HIS) e Historia Clínica, según los avances a nivel nacional (DCI anemia 2017: 42).

b) Datos de muestra poblacional: La medición continua de las intervenciones a la muestra poblacional permitirá contar con informes periódicos para el análisis y ajustes del Plan Nacional, mediante indicadores de seguimiento de los hogares con menores de 36 meses, para controlar la anemia y desnutrición. Esta medición muestral se llevará a cabo en estrecha articulación con CENAN y el INEI a través de la ENDES y muestras poblacionales seleccionadas (DCI anemia 2017: 43).

2.1.11.8 EVALUACIÓN DE PREVALENCIA ANEMIA

Se evidencia que en el Perú, el 43.6% de niños menores de tres años de edad padeció de anemia, es decir cuatro de cada diez niños (INEI-ENDES 2017:22), y haciendo el comparativo con la fuente del (INEI-ENDES: 2018: 22) de Enero a Julio los resultados son desalentadores puesto que la anemia a nivel nacional en este grupo vulnerable se ha incrementado a un 45.9%. de acuerdo al Plan de Anemia 2017-2021 se tenía previsto disminuir al 2018 esta problemática a nivel nacional a un 33.2% (Cuadro 12)

Cuadro 10. Prevalencia de anemia enero-julio 2018



Fuente: INEI ENDES Enero-Julio 2018

2. CONCEPTOS CLAVES

2.2.1 DERECHO DE LAS PERSONAS

El Estado establece un conjunto de derechos universales que le permiten como fin supremo a la persona desarrollarse con respeto, dignidad y plenitud dentro de la sociedad, establecidos en Constitución Política del Perú promulgada el 23 de diciembre de 1993 (Congreso Constituyente Democrático 1993: 9).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue diseñada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948, como un ideal para todos los pueblos y naciones (Naciones Unidas 2015: 3).

El derecho a la salud infantil es un derecho fundamental a los que debería acceder cualquier niño, de cualquier país o nación, el mismo que se encuentra en estrecha relación con el derecho a la vida, la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana o la igualdad (Naciones Unidas 2015:9). Sin embargo vemos que este derecho se vulnera en los niños que padecen de anemia infantil.

2.2.2 INTERCULTURALIDAD

La Interculturalidad es la interacción entre culturas, es el proceso de comunicación entre diferentes grupos humanos, con diferentes costumbres, siendo la característica fundamental: “la Horizontalidad”, es decir que ningún grupo cultural está por encima del otro, promoviendo la igualdad, integración y convivencia armónica entre ellas (SERVINDI 2013: s/p).

Si bien la interculturalidad está basada en el respeto a la diversidad, integración y crecimiento por igual de las culturas, no está libre de generar posibles conflictos, tanto por la adaptación o por el mismo proceso de aprender a respetar, pero con la

diferencia, de que estos conflictos se resolverán mediante el diálogo y escucha mutua, primando la horizontalidad del proceso (SERVINDI 2013: s/p).

2.2.3 PARTICIPACIÓN SOCIAL

En este contexto como manifiesta el autor (Bobadilla, Percy: 2017), desde la mirada de la gerencia social haciendo que los ciudadanos se involucren en los asuntos de interés público, de distinta manera por ejemplo tomando decisiones sobre las mejores formas de resolver el problema que les afecta. Desde esa mirada se debería de incluir el enfoque sistémico del modelo de gestión de programas y proyectos de desarrollo que incorpore el enfoque gerencial, de tal manera que los actores participantes asuman algún nivel de responsabilidad de acuerdo a su experiencia, a los recursos que controla y maneja, y a los roles que le corresponde según las reglas de juego concertadas para la ejecución de determinado proyecto y no solo un tipo de participación en la cual son funcionales a las necesidades del sector que promueve un programa o proyecto, ya sea que se organizan para recibir bienes y servicios o porque se le solicita su opinión para encontrar la mejor forma de resolver determinada problemática³.

La Participación Social promueve la toma de decisiones respecto al manejo de recursos, programas y actividades que impactan en el desarrollo de la comunidad y un legítimo derecho de los ciudadanos y no una concesión de las instituciones, para que la participación social se facilite, se requiere de un marco legal y mecanismos democráticos que propicien las condiciones para que las personas, comunidades o grupos organizados hagan llegar su voz y sus propuestas a los diferentes niveles de gobierno (Delgado 2017: s/p).

³ BOBADILLA, Percy
2017

La gerencia social en la práctica. Análisis de los modelos de gestión de programas y proyectos sociales. Maestría en Gerencia Social, Escuela de Posgrado PUCP Lima.

“La participación social es un proceso vinculado a las necesidades y motivaciones de los diferentes grupos, así como la dinámica de las relaciones establecidas entre ellos en distintos momentos condiciones y espacios, lo que va conformando un conjunto de redes que estimulan u obstaculizan el desarrollo de auténticos procesos participativos” (Dávalos: 1997: s/p).

2.2.4 ACTORES SOCIALES

Los actores sociales se reconocen por su capacidad colectiva para asumir la función de planificación y de gestión ascendente del desarrollo, mediante los principios de cooperación y responsabilidad compartida. Al respecto, plantea que: El concepto actores sociales alude a la capacidad de los grupos humanos organizados para gestionar procesos vinculados a intereses que los afectan directamente, y por efectos de ésta en el aprovechamiento o construcción de oportunidades para el desarrollo por parte de la colectividad (Artigas 2013: 11).

Los actores sociales pueden ser externos o internos, por ende los actores locales se corresponden más bien con los actores municipales, es decir, actores sociales internos, con cierto nivel de incidencia en determinado contexto, para cuya integración se hace cada vez más imprescindible la estimulación de su activa participación en los procesos de desarrollo a nivel comunitario (Artigas 2013: 12).

2.2.5 ADHERENCIA

Compromiso activo y voluntario de los padres de niñas o niños menores de 3 años de edad al cumplimiento del esquema de suplementación con micronutrientes y hierro. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume al menos el 90% de los sobres de micronutrientes. En el caso del Sulfato Ferroso, se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume al menos el 75% de la dosis indicada (Directiva Sanitaria 068-2016:4).

2.2.6 HIERRO

El organismo contiene de 3 a 4 gramos de hierro que se distribuyen 55-60% en la hemoglobina, 30- 35% almacenado en los depósitos del hígado, bazo, riñón y médula ósea, el resto es constituyente de numerosas enzimas (Directiva Sanitaria 068-2016:5).

2.2.7 ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia se define como una concentración de la hemoglobina en sangre que es menor que el valor esperado al tomar en cuenta la edad, sexo, embarazo y ciertos factores como la altitud (INS Guía Técnica 2013:8).

2.2.8 MICRONUTRIENTES

Los micronutrientes en polvo se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listos para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consumo, se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual, contienen hierro, ácido fólico, Vitamina A, Vitamina C y zinc (Directiva Sanitaria 068-2016:5).

2.2.9 LA PERCEPCIÓN

La percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales. Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant (Wertheimer en Carterette y Friedman, 1982), consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes (Oviedo 2004:89).

A inicios del siglo XX la fisiología había alcanzado un lugar importante dentro de la explicación psicológica. Suponía que todo hecho psíquico se encontraba precedido y acompañado por un determinado tipo de actividad orgánica.

La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial y se ubicó en la caracterización de los canales sensoriales de la visión, el tacto, el gusto, la audición, etc. (Oviedo 2004:89).

23 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA ZONA

2.3.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DEL DISTRITO DE SAN MARTÍN DE PORRES

El distrito de San Martín de Porres se sitúa en la ciudad de Lima Metropolitana correspondiendo a Lima Norte como se aprecia en el mapa.

Ubicación Política

El Distrito de San Martín está situado al Nor Oeste del Centro de Lima, entre el margen derecha del río Rímac y la izquierda del río Chillón (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 20).

Ubicación Geográfica

El Distrito de San Martín en cuanto a su latitud respecto al Ecuador es de 12°01'40" y su longitud es 77°02'36" Oeste del Meridiano de Greenwich. Este dato corresponde a su Capital que es el Barrio Obrero del Puente del Ejército (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 20).

Limites

Al Norte: Ventanilla, Puente Piedra y Los Olivos; al Sur: El Cercado de Lima y Carmen de la Legua y Reynoso; al Este Rímac, Independencia y Comas; al Oeste: El Callao (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 20).

Geología

El subsuelo se halla conformado por conglomerados de gravas y arenas mediante compactos con algunos lentes arenosos. La porosidad y permeabilidad de algunos niveles permite la existencia de mapas acuíferos (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 20).

Altitud

Es de 132 m.s.n.m. El clima es templado y húmedo, al igual que el de Lima Metropolitana (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 20).

Extensión

Es de 41.5 Km². (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 20).

Gráfico 4. Mapa de Localización del Distrito de San Martín



Fuente: INEI mapa referencial 2017

24 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES

2.4.1 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA)

La PEA conformado por personas de 14 y más años de edad que en la semana de referencia se encontraban trabajando, o no trabajaron pero tenían trabajo, o se encontraban buscando activamente trabajo (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 105). (Gráfico 7)

Gráfico 5. Población Económicamente Activa en Lima Metropolitana



Fuente: INEI 2014

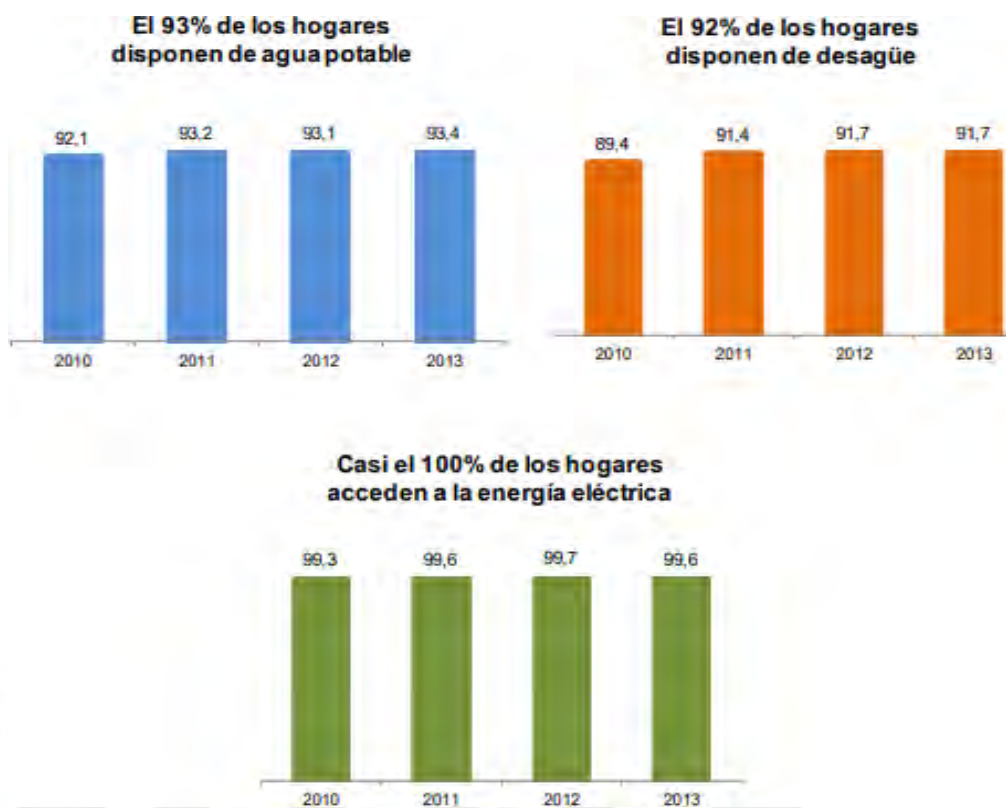
Gráfico 6. Número de habitantes en el Distrito de San Martín de Porres



Fuente: INEI 2014

En el Distrito de San Martín de Porres viven 686 703 habitantes siendo el 51.3% mujeres y 48.7% son varones (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 33).

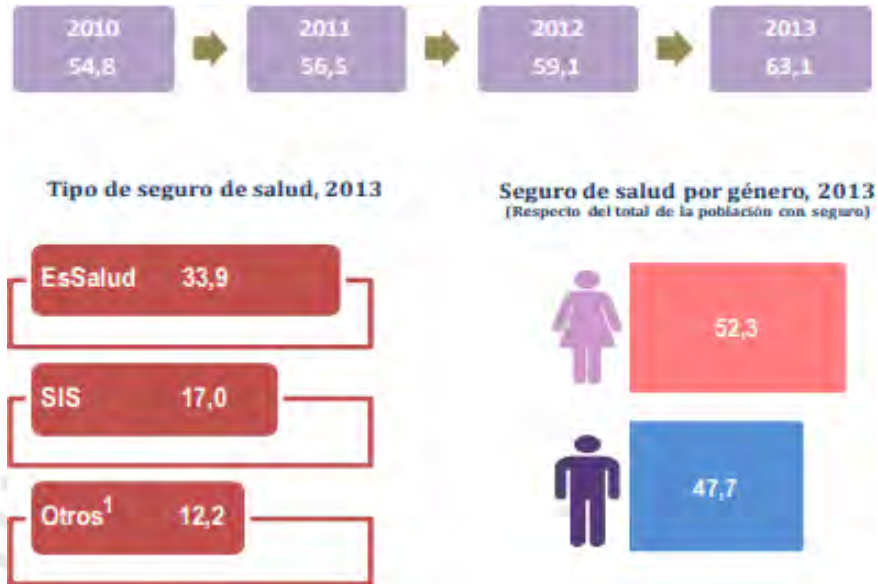
Gráfico 7. Acceso a Servicios Básicos en los hogares en el Distrito de San Martín de Porres



Fuente: INEI 2014

La accesibilidad a los servicios básicos permite alcanzar una vivienda digna para la población, conforma un indicador de las condiciones favorables para el bienestar social y, por tanto, en el nivel de desarrollo. Más del 90% de los hogares acceden a los servicios básicos de agua potable y desagüe y energía eléctrica (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 141).

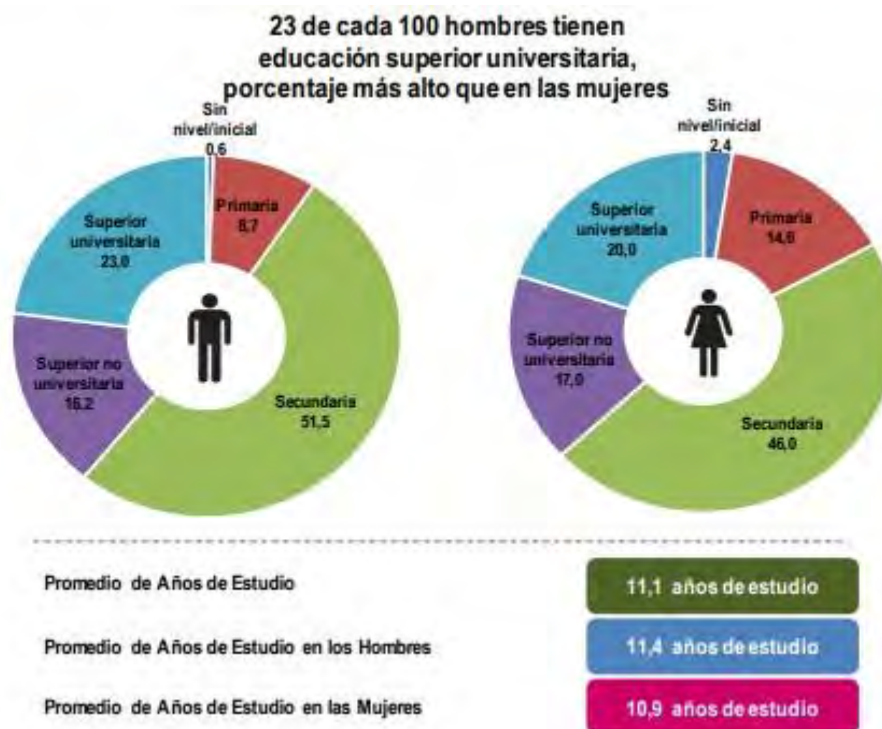
Gráfico 8. Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud en Lima Metropolitana



Fuente: INEI 2014

Las personas aseguradas son las que se encuentran con algún sistema de salud y cobertura, lo cual le permite un nivel de protección en el caso de padecer enfermedades o accidentes. El 63% de los limeños tienen algún tipo de seguro de salud. Las mujeres tienen mayor acceso a un seguro de salud que los hombres (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 66).

Gráfico 9. Condiciones de servicios educativos en Lima Metropolitana



Fuente: INEI 2014

El tema de la educación es crucial para dotar de conocimientos, capacidades y competencias a las personas, para ser más productivos en la sociedad y en la economía. Permite salir de la pobreza, conseguir un trabajo digno que le permita una calidad de vida. El promedio de años de estudio en Lima Metropolitana es de once años, 23 de cada 100 hombres tienen acceso a educación superior, porcentaje más alto que en las mujeres (Plan de Desarrollo Concertado SMP 2017: 53).

25 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD VALDIVIEZO DE LA DIRIS LIMA NORTE

El Centro de Salud Valdiviezo inició sus actividades en el año 1985 en un ambiente de lo que es hoy la Institución Educativa 065 posteriormente mediante gestiones del Comité de Salud, se logra la donación de un terreno ubicado en la calle Las Dalias y se procede a la construcción del CS, fue inaugurado el 10 de marzo de 1990 en el distrito de San Martín de Porres y se ubica en la calle Las Dalias 171.



Fuente: Fotografía del Centro de Salud Valdiviezo, tomado por el autor 2018

Actualmente es un Centro de Salud nivel 1-3. Cuenta con dos pisos. Brinda los siguientes servicios:

- Medicina
- Obstetricia
- Nutrición
- Odontología
- Psicología
- Servicio Social

- Farmacia
- Laboratorio Clínico
- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Saneamiento Ambiental
- Inmunizaciones

Mapa de Micro Localización



Fuente: Google Map 2018

VARIABLES E INDICADORES

Preguntas específicas	Variables
1. ¿En qué medida el abastecimiento de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, garantiza la recuperación de la salud de los niños menores de tres años que acuden a dicho centro?	Abastecimiento del micronutriente para la población de niños menores de tres años; opinión de los actores involucrados
2. ¿Cómo contribuye el monitoreo de la distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los objetivos del programa?	.Monitoreo de la distribución de micronutrientes en el centro de salud. .Contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.
3. ¿En qué medida el proceso de distribución de los micronutriente en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los beneficiarios, garantiza los objetivos del programa?	Modo de distribución de micronutrientes a los beneficiarios desde los actores involucrados. Cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los multimicronutrientes.
4. ¿Cuál es la percepción del personal de salud a cerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte?	Percepción del personal de salud a cerca del procedimiento utilizado para el diagnóstico de anemia en el centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte.
5. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia a cerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte?	Percepción de los padres de familia cerca del procedimiento utilizado para el diagnóstico de anemia en el centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte.

Fuente: Elaboración propia: 2018

Variable	Definición
1. Abastecimiento de micronutrientes para la población de niños menores de tres años; opinión de los actores involucrados	Cantidad de micronutrientes requerido para suplementar a la población objetivo y cómo los involucrados perciben esta disponibilidad del suplemento.
2. Monitoreo de la distribución de micronutrientes en el C.S. Valdivieso DIRIS Lima Norte	Verificación de la cantidad de micronutrientes existente en el C.S. Valdivieso DIRIS Lima Norte de acuerdo a la población de niños menores de tres años a suplementar.
3. Modo de distribución de micronutrientes a los beneficiarios desde los actores involucrados en el C.S. Valdivieso DIRIS Lima Norte	Forma de entrega y preparación de la dosis de micronutrientes a los beneficiarios, percibida por los actores involucrados.
4. ¿Qué opina el personal de salud a cerca del procedimiento estandarizado en el diagnóstico de anemia en el Centro de salud Valdivieso DIRIS Lima Norte?	Opinión del personal de salud a cerca del procedimiento utilizado para el diagnóstico de la anemia en el centro de salud Valdivieso DIRIS Lima Norte
5. ¿Qué opinan los actores involucrados acerca del procedimiento utilizado en el diagnóstico de la anemia en el Centro de salud Valdivieso DIRIS Lima Norte?	Opinión de los actores involucrados a cerca del procedimiento utilizado para el diagnóstico de anemia en el centro de salud Valdivieso DIRIS Lima Norte.

Fuente: Elaboración propia: 2018

Variables	Indicadores
Abastecimiento del micronutriente para la población de niños menores de tres años; opinión de los actores involucrados	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Abastecimiento - Frecuencia de Abastecimiento - Grado de Abastecimiento
Monitoreo de la distribución de micronutrientes en el centro de salud.	Tipo de monitoreo de la distribución de micronutrientes
Contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.	<p>Grado de contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.</p> <p>Número de objetivos alcanzados</p> <p>Tipo de objetivos alcanzados</p>
Modo de distribución de micronutrientes a los beneficiarios desde los actores involucrados.	Grado de valoración del modo de distribución de micronutrientes desde los actores involucrados.
Cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los micronutrientes.	Grado de valoración del modo de cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los micronutrientes.
Opinión del personal de salud a cerca del procedimiento utilizado para el diagnóstico de la anemia en el centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte.	Número personal de salud que fueron estandarizados con un procedimiento para el análisis de la hemoglobina.
Opinión de los padres de familia acerca del procedimiento estandarizado para el diagnóstico de anemia en el centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte	Grado de valoración de los padres de familia a cerca del procedimiento utilizado para el análisis de la hemoglobina.

Fuente: Elaboración propia: 2018

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo cualitativa, dado que se orienta a la exploración, la descripción y el entendimiento del proceso, mediante las percepciones del personal de salud, padres y madres de familia de niños menores de 3 años. Con la finalidad de conocer los factores que limitan o contribuyen en la prevención de la anemia en niños menores de tres años en el Centro de Salud Valdiviezo de la DIRIS Lima Norte.

3.2 FORMA DE INVESTIGACIÓN:

La forma de investigación se efectuó mediante “Estudio de caso”. Los cuales permiten recoger datos para el desarrollo de la investigación. se pretendió analizar el problema expuesto desde sus diferentes variables y fuentes de investigación, Para ello se contempló utilizar diversas técnicas de investigación como: la revisión documental, y entrevistas estructuradas, y realizar una propuesta de mejora que permitan tomar medidas óptimas en beneficio de los niños y niñas menores de 3 años a fin de erradicar la anemia.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS:

- Beneficiario: madre del niño menor de tres años
- Personal de enfermería
- Personal de laboratorio
- Personal de farmacia

3.4 UNIVERSO:

El universo de la presente investigación lo conforman un total de 178 niños menores de 3 años y madres de familia que acuden al C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte para

ser suplementados con micronutrientes. El universo también lo conforma el personal de salud, que labora en el mencionado C.S.

3.5 MUESTRA:

Al ser una investigación de carácter cualitativa, la muestra es significativa y el método de muestreo es el no probabilístico “por cuotas”, ha sido seleccionada por juicio y conveniencia, pues los sujetos que proporcionarán información son grupos homogéneos, se ha entrevistado a 24 madres de familia de los niños menores de 3 años, y a tres profesionales de salud que labora en dicho establecimiento.

3.6 FUENTES DE INFORMACIÓN:

Por tratarse de una investigación cualitativa, se busca obtener información fidedigna y reflexiva de las fuentes primarias y secundarias.

➤ Fuentes primarias:

- Madres de los niños beneficiarios menores de tres años
- Personal de salud
- Enfermera responsable de CRED
- Personal de laboratorio
- Personal de Farmacia
- Registro de cobertura del programa
- Registro de monitoreo

➤ Fuentes secundarias:

- Revisión documental

3.7 PROCEDIMIENTO (TÉCNICAS) PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información fueron las entrevistas semi estructurada y revisión de documentos que nos proporcionaron información sobre el objeto de estudio.



PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Etapas y tareas	AÑO 2017			AÑO 2018								
	Oct.	Nov.	Dic.	Mar	Abr.	May.	Jun.	Agos.	Oct.	Nov.	Dic.	
Afinar plan de tesis	X											
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN												
Contacto global con la población		X										
Elaboración de instrumentos y técnicas de recolección			X	X								
Prueba Piloto				X								
Aplicación de técnicas-Recojo de la información				X	X							
Ordenamiento de la información recolectada					X	X						
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS												
Codificación y categorización						X						
Examen de consistencia de información recolectada						X						
Procesamiento de la informa.							X					
Ordenamiento y cruces							X					
Triangulación y análisis. Contrastación con hipótesis y preocupaciones iniciales								X				
REDACCION												
Versión preliminar de análisis y propuesta de GS								X				
Revisión y retroalimentación									X			
Versión final del informe										X	X	

Fuente: Elaboración propia: 2018

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación se encuentran estructurados en 4 temas de investigación, los cuales responden a los objetivos específicos planteados, así como a las variables e indicadores propuestas para el estudio de caso, los cuales están orientados en cuatro lineamientos:

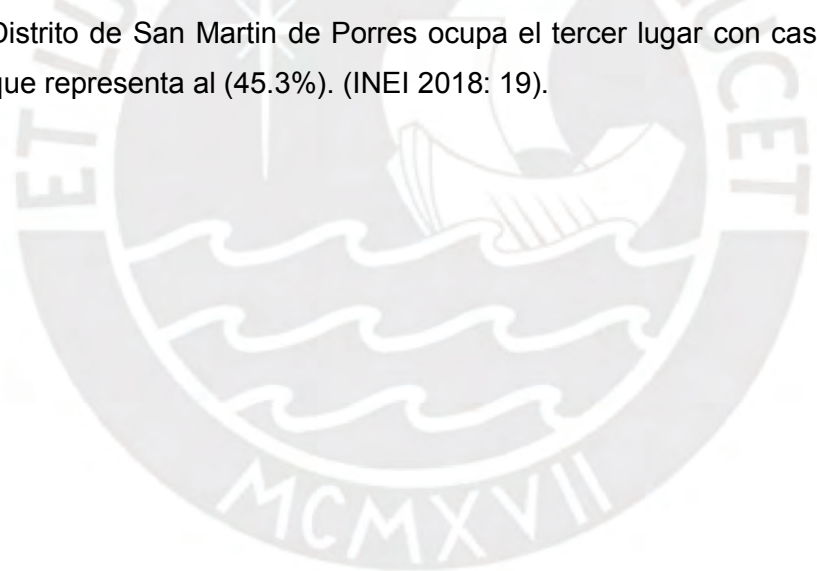
1. Contribución del abastecimiento de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, a la recuperación de la salud de los niños menores de tres años que acuden a dicho centro.
2. Contribución del monitoreo a la distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los objetivos del programa.
3. Proceso de distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los beneficiarios, y su contribución al logro de los objetivos del programa.
4. Percepción de los actores involucrados acerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte

La investigación de campo se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas y la revisión documentaria en donde las madres de los niños y niñas beneficiarios y personal de salud, dieron a conocer su percepción sobre el programa de suplementación con micronutrientes y a partir de ello analizar aquellos elementos que contribuyen o limitan el proceso de suplementación con micronutrientes en los niños menores de 3 años que asisten al C.S. Valdiviezo. El recojo de la información se realizó durante los meses de octubre 2017 a octubre del 2018.

4.1 CONTEXTO SITUACIONAL

El distrito de San Martín de Porres es uno de los cuarenta y tres distritos de Lima Metropolitana. Se encuentra ubicado a 132 m.s.n.m., el clima es templado y húmedo.

En el Perú la anemia es un problema multicausal que afecta a la población del área urbana y rural, sin discriminar si se trata de población con menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, el Ministerio de Salud mediante ha establecido mediante Directivas Sanitarias la universalización de la suplementación con micronutrientes y hierro para la prevención de anemia en menores de 3 años, como una de las líneas de acción prioritaria para la prevención de la anemia, con la finalidad de reducir los altos índices de anemia y desnutrición infantil en las familias con niñas y niños menores de tres años y gestantes, en la jurisdicción del C.S. Valdiviezo de la DIRIS Lima Norte, considerando que el Distrito de San Martín de Porres ocupa el tercer lugar con casos de anemia infantil que representa al (45.3%). (INEI 2018: 19).



Cuadro 11. Instrumentos aplicados

Tipo de Instrumento a procesar	(Número total de instrumentos)	Forma de procesamiento
Entrevista semi estructurada a madres de niños menores de 3 años	24	Manual
Entrevista semi estructurada a personal de Laboratorio	1	Manual
Entrevista semi estructurada a personal de Farmacia	1	Manual
Entrevista semi estructurada a Enfermera de CRED	1	Manual
Guía de revisión documental	Centro de Salud	01 Revisión
Encuesta	24	Manual

Fuente: Elaboración propia: 2018

En la presente investigación se entrevistaron a 24 madres de niños o niñas de 6 a 35 meses de edad que asistieron a su control de crecimiento y desarrollo – CRED – en el Centro de Salud Valdiviezo de la DIRIS Lima Norte, quienes participaron de la suplementación con los micronutrientes durante el año 2017-2018 y a tres profesionales del equipo multidisciplinario del Centro de Salud.

4.2 PERFIL DE LA ENTREVISTADA

Sobre las madres de los niños (as) beneficiarios del plan se tiene que:

Cuadro 12. Madres de niños(as) beneficiarios con relación a su grado de instrucción

Rango Edad Madres	Madres de Niños < 3 Años	Sin Estudios	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Superior Completa
16 a 24	10	0	1	1	1	0	0
25 a 35	9	1	5	3	3	1	3
36 a 40	5	0	1	2	1	1	0
Total:	24	1	7	6	5	2	3

Fuente: Elaboración propia: 2018

En la presente investigación se entrevistaron a 24 madres de niños o niñas de 6 a 35 meses de edad que asistieron a su control de crecimiento y desarrollo, en el Centro de Salud Valdiviezo de la DIRIS Lima Norte, quienes participaron de la suplementación con los micronutrientes durante el año 2017-2018.

El rango de edad de las madres estuvo comprendido entre los 16 a 40 años, de lo cual se evidencia que 1 madre no cuenta con ningún tipo de estudios, 7 de ellas tienen un grado de instrucción de primaria incompleta, 6 cuentan con primaria completa, 5 con secundaria incompleta, 2 con secundaria completa, 3 de ellas alcanzaron el nivel de superior completa. Con lo cual se evidencia que la anemia no discrimina el nivel de instrucción de la madre puesto que las 24 madres tienen hijos (as), con algún tipo de anemia. (Cuadro 12)

Cuadro 13. Edad de las Madres, relación de periodo intergenésico y lugar de trabajo

Rango Edad Madres	Nº de Hijos por edad de la madre	Nº de Hijos < 3 Años sin respetar el periodo intergenésico	Lugar de Trabajo	Quién le motivó a Asociarse
16 a 24	9	4		
25 a 35	8	4		
36 a 40	7	3		
Su casa			15	
Comercio ambulatorio			3	
Costurera			3	
Carrera profesional			3	
Personal de Salud				18
Su pareja o esposo				6
Total:	24	11	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

En el rango de 16 a 24 años de edad existen 9 madres de familia de las cuales 4 no han respetado el periodo intergenésico. En el rango de 25 a 35 años existen 8 madres de las cuales 4 no han respetado el periodo intergenésico y en el rango de 36 a 40 años existen 7 madres, de las cuales 3 no han respetado el periodo intergenésico. Considerándose periodo intergenésico corto cuando es menor a 1 año, lo que significa que un total de 11 madres de familia se volvieron a embarazarse al año de cumplido el hijo anterior, lo cual puede ser un factor atenuante para desencadenar la anemia infantil. (Cuadro 13)

En cuanto a la labor de las madres de familia 15 de ellas realizan el trabajo doméstico en su casa, 3 de ellas se dedican al comercio ambulatorio, 3 a la costurería, y 3 de ellas cuenta con una carrera profesional la cual ejercen laboralmente. Respecto a quién le motivó a asociarse al programa 18 madres de

familia refieren que lo hizo el personal de salud del EESS y 6 de ellas manifestaron que lo hicieron sus parejas o esposos.

El hecho de no generar ingresos económicos en el hogar puede estar asociado de alguna manera a la presencia de la anemia infantil debido al bajo poder adquisitivo.

Cuadro 14. Madres de niños(as) beneficiarios con relación a su religión

Religión	N° de Madres
Católica	10
Pentecostal	3
Testigo de Jehová	4
Evangélica	7
Total:	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

Se evidencia que 10 de las madres de familia practican la religión católica, seguido de 7 madres practican la religión Evangélica, 4 son Testigos de Jehová y 3 practican Pentecostal, siendo éstas tres últimas religiones donde se practica ciertas restricciones en el consumo de algunas vísceras tipo sangrecita, considerando que es el alimento con un mayor aporte de hierro hemínico para prevenir la anemia infantil. (Cuadro 14)

Todos estos hallazgos respecto a la toma de decisiones sobre el consumo de alimentos están condicionados por el ingreso económico, periodo intergenésico, la educación de la madre, religión, los hábitos, costumbres, la preparación y distribución de los alimentos, estarían limitando la adherencia del consumo en las fases propuestas por el programa de suplementación con el micronutriente.

4.3. CONTRIBUCIÓN DEL ABASTECIMIENTO DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE, A LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ACUDEN A DICHO CENTRO

Uno de los principales aspectos para que el Programa de micronutrientes para la reducción de la anemia nutricional en niños menores de tres años, del C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, pueda lograr sus metas esperadas, es que cuente oportunamente con el abastecimiento de los micronutrientes. Si bien, el objetivo final del Plan es reducir la anemia, tengamos en cuenta que para que se logre esta reducción, se tienen que generar una serie de procesos que implementados de manera ordenada se garantice la salud de los niños, por ello, se hace importante conocer cómo se ha dado el proceso de abastecimiento, qué factores y actores han intervenido y si estos procesos se han logrado desarrollar en el C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte. Todo comienza con la programación, adquisición, almacenamiento que están basados en las previsiones a nivel región, para que luego de ello se pueda entregar a los establecimientos de salud. Todas estas acciones de manera conjunta, conforman una cadena de valor.

El abastecimiento termina siendo determinante en el logro de las metas esperadas porque permite proveer o entregar los multimicronutrientes a las madres de familia, para que luego de una serie de procesos informativos y/o educativos ellas, puedan suministrar estos insumos a los niños con la finalidad de disminuir las tasas de anemia.

Cuadro 15. Información sobre abastecimiento del MN a las madres de familia

Opinión de la madre	¿Usted sabe que institución le entrega los MN?	¿El personal de salud le indica que debe recoger los MN?	¿El personal de salud le indica cada cuánto tiempo debe recoger los MN?
Si	21		
No	3		
En el control CRED		15	
El personal de salud		6	
No le informaron		3	
En forma mensual			21
No me dijeron			3
Total:	24	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

De las entrevistas realizadas a cerca de este indicador, 21 madres de familia saben que el CS Valdiviezo les entrega el MN y 3 madres de familia no lo saben. Al preguntarles ¿El personal de salud le indica que debe recoger los MN? 15 madres manifiestan que les indican en su control CRED de su niño (a), y 6 madres refieren que el personal de salud les informa que deben venir a recoger el MN, Al preguntarles ¿El personal de salud le indica cada cuánto tiempo debe recoger los MN? 21 madres de familia refieren que el personal de salud les comunica que deben recoger en forma mensual, y 3 madres de familia manifiestan que en uno de los consultorios de medicina no les indicaron la frecuencia de recojo de MN, y menos la importancia de ser suplementado con micronutrientes, de las cuales una de ellas comenta:

“Al acudir a los 6 meses con mi niño al consultorio de medicina por emergencia porque me trasladaba de provincia para radicar en el Distrito de San Martín la Doctora

no me dijo la importancia de que mi hijito debería empezar a consumir el micronutriente, me enteré cuando volví a su control”

Perdiéndose un espacio valioso para la suplementación oportuna de los niños (as). Más aún cuando todo el personal de salud que brinda la atención integral de los niños menores de tres años (médico, enfermera, nutricionista u otro personal de salud capacitado) tiene el conocimiento por normativa vigente que es de vital importancia la entrega de suplementos de hierro y micronutrientes.

4.4 CONTRIBUCIÓN DEL MONITOREO A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE A LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

Al monitorizar este indicador, podríamos decir que el programa de suplementación de los micronutrientes en el CS Valdiviezo se está cumpliendo en lo referente al abastecimiento de los micronutrientes se hace la entrega a los beneficiarios del programa en forma mensual e incluso se ha evidenciado que hubo un sobre stock de MMN el año pasado 2017 y este año 2018.

Se efectúa la consulta y consejería nutricional en los consultorios de Nutrición y CRED respectivamente, para el consumo del micronutriente a fin de sensibilizar a las madres de familia con una adecuada preparación del MN con los alimentos. Sin embargo en las entrevistas las madres tres de ellas han referido que en uno de los consultorios de medicina no les indicaron la frecuencia de recojo de micronutrientes, y menos la importancia de ser suplementado con micronutrientes, el hecho de que no todo el personal de salud suplemente sensibilizando de manera oportuna a las madres de la totalidad de niños menores de 3 años que asisten al centro de salud con la debida consejería de acuerdo a la normativa vigente, se convierten en factores limitantes para lograr la efectividad del programa como es el prevenir y reducir la anemia infantil. (Cuadro 16).

Por otro lado las madres que si fueron sensibilizadas en el consultorio de Nutrición y CRED, en la importancia de que sus niños reciban la suplementación de micronutrientes a partir de los 6 meses hasta antes de los 36 meses, se evidencia

que no todas mantienen la continuidad de la suplementación en sus niños, por ende se ve perjudicada la adherencia en el consumo de los MN, por lo tanto se convierte en una limitante para el cumplimiento de los objetivos del Programa.

Se evidencia la falta de personal para efectuar las visitas domiciliarias a la totalidad de los niños que inician la suplementación, siendo éste un punto clave porque permitiría evidenciar el consumo del MN en sus respectivos domicilios de acuerdo a la normativa que se debe de efectuar las visitas domiciliarias a los 15 días de haber suplementado al niño (a), menor de tres años.

En este punto en el establecimiento se contaba con 2 agentes comunitarios activos, adultos mayores que se limitaban solo a visitar a los pacientes de TBC, quienes estaban a cargo de PROMSA y Jefatura del CS, ya posteriormente a inicios de agosto del 2018 pasaron a apoyar algunas veces en las visitas domiciliarias a los niños menores de 36 meses con anemia.

No se ha evidenciado un trabajo articulado con instituciones privadas, autoridades de Gobiernos locales, organizaciones sociales de base u otros voluntarios en salud.

La poca participación social e incumplimiento de funciones de los Gobiernos locales son factores o dificultades que podrían estar limitando el cumplimiento de la prevención de anemia infantil. Considerando que la anemia por ser multicausal, multifactorial requiere de un abordaje integral que comprometa la participación de todo el Estado y la Sociedad Civil.

Si bien está establecida la Política Pública mediante documentos normativos es poco viable que el sistema de visitas domiciliarias que dicho sea de paso recae en el personal de salud de los establecimientos de salud considerando que existen establecimientos con mayor población infantil y como parte del monitoreo de consumo de micronutrientes o suplementos de hierro funcione para la totalidad de niños suplementados, por la necesidad de personal de salud que tiene que efectuar una serie de actividades y múltiples funciones de programas propios del primer nivel de atención. Por ende no es viable, ni suficiente debido a las brechas existentes en

número de personal que labora en el establecimiento de salud del primer nivel de atención.

Todos estos factores mencionados estarían limitando el cumplimiento de las metas establecidas para disminuir la anemia infantil.

Cuadro 16. Información de la madre sobre el recojo del MMN de acuerdo a la edad de su niño (a)

Opinión de la madre	¿Qué cantidad de MMN recibe?	¿Con qué frecuencia se le entrega el MMN?	Conocimiento sobre el tiempo que debe consumir el MMN	¿Con qué frecuencia usted recoge el MMN?
30 sobres/1 caja	22			
60 sobres/2 cajas	0			
No recibe nada	2			
Mensual		22		
Meses que no entrega		2		
12 meses			22	
24 meses			2	
Recojo en forma mensual porque es menor de un año y la entrega es mensual.				10
Recojo en forma mensual aunque sea mayor de un año porque su control es cada dos meses.				4
Recojo cada dos meses porque su control es cada dos meses				10
Total:	24	24	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

De las entrevistas que se les hicieron a las madres para corroborar el recojo de MMN, 22 madres refieren que reciben una caja y en forma mensual, y 2 madres refieren que no les entregan. Respecto al conocimiento que tienen las madres a cerca del tiempo que deben consumir el micronutriente 22 madres refieren que es por un periodo de 12 meses consecutivos y solo 2 madres piensan que debe ser por 2 años.

El hecho de que las madres no cumplan con las recomendaciones de brindarles el suplemento micronutriente en forma mensual y continua que de acuerdo al esquema establecido debe ser un total de 360 sobres y deben ser consumidos en forma diaria durante un año, no va a permitir la adherencia de sus niños (as) al programa lo cual es vital para la recuperación de la anemia.

Al cruzar esta información con la percepción de la Enfermera Responsable de CRED, para lo cual en la entrevista se le preguntó: ¿Las madres de familia recogen en forma mensual los micronutrientes en el centro de salud para prevenir la anemia en sus niños? La Licenciada refiere:

“Algunos padres lo hacen los que están comprometidos en cuando ven cuando su niño esta con la hemoglobina baja pero la gran mayoría no lo hace no se comprometen ni siquiera vienen a vacunarse mensualmente”.

Afirmándose que 10 madres de familia no recogen el MN en forma mensual, y que solo un total de 14 madres cumplen con recoger el MN en forma mensual, la adherencia en el consumo del MN también va a depender de la predisposición y el compromiso que tengan las madres de familia para curar a sus hijos (as) una vez diagnosticados con la anemia.

Uno de los objetivos del programa es tratar y prevenir la anemia con suplementos de hierro y fortificación casera a niños menores de 3 años, gestantes y adolescentes como parte de la atención de la salud materno infantil, del total de las 24 madres entrevistadas, se ha logrado recuperar de una anemia leve, a sus niños y niñas a partir de los micronutrientes recibidos. Como se puede observar. (Cuadro 17)

Cuadro 17. Información de la recuperación de niños con anemia

Total de niños con anemia leve al inicio del tratamiento	Niños sin anemia al término del tratamiento (31/10/2018)	Niños con anemia
24	11	13

Fuente: Elaboración propia: 2018

En el Perú existen evidencias del que la suplementación con micronutrientes en menores de 3 años ha surtido efectos positivos en la prevención y reducción de la anemia infantil.

Sin embargo en el primer semestre del 2018 el INEI reportó que el porcentaje de consumo de suplemento de hierro en los 7 días previos a la encuesta según región natural, en menores de 3 años fue mayor en la Sierra (34,2%), seguido de la Selva (28,9%) y la Costa solo un (27,4%).

En función a estos datos se puede inferir que se continúa evidenciando el bajo consumo y adherencia de los micronutrientes en las tres regiones lo cual condiciona a los altos índices y prevalencia de anemia en este grupo vulnerable.

Se observa que al terminar el tratamiento de suplementación por un año consecutivo, que de 24 niños se recuperan solamente 11 niños, probablemente si bien es cierto que la anemia es multicausal esto puede estar relacionado al poco interés y compromiso que las madres de familia poseen respecto a la recuperación de sus hijos no toman conciencia de la gravedad de la enfermedad, probablemente existan otros factores por el cual las madres no se adhieren al programa de suplementación con micronutrientes.

Cabe mencionar que algunas madres de familia muestran una actitud de poco interés por salvaguardar la salud de sus niños, más aún porque sus viviendas están muy cerca del centro de salud, incluso algunas viven al frente del CS es decir a un

minuto y la vivienda más alejada se encuentra a 30 minutos de distancia del centro de salud, y a pesar de ello se les dificulta venir al centro de salud a recoger el micronutriente.

Probablemente éstos comportamientos y actitudes de las madres con respecto a la adherencia en el consumo de los micronutrientes, se deba a los diversos patrones alimentarios propios de cada región, y aspectos socio culturales, puesto que el 80% de las madres entrevistadas provienen de departamentos de la sierra como Ayacucho, Ancash, Huancayo, Puno, Trujillo, Cajamarca entre otros y la Selva Loreto, Iquitos, Amazonas, Satipo, Madre de Dios y solo el 20% son de Regiones de Lima. Cabe mencionar que las Políticas públicas de suplementación son universales para las tres regiones del país y no contempla la multiculturalidad e interculturalidad. Se puede inferir que por estos motivos aún se mantenga el bajo consumo y adherencia de los suplementos de hierro convirtiéndose en otro de los factores asociados a la alta prevalencia de anemia infantil. ¿Por lo que nos preguntamos, no sería necesario considerar otras alternativas de suplementación universal como por ejemplo la fortificación de hierro en alimentos de consumo masivo en las 3 regiones como la harina de trigo, arroz entre otros alimentos?

Complementario a las visitas domiciliarias efectuadas durante mes de setiembre del 2018. Se evidenció los sobrecitos de micronutriente en el tacho de residuos en la casa de uno de los beneficiarios y al preguntarle a la madre de familia ella manifestó que como no lo quiere comer su hijito y todos los meses le dan en el CS lo botó al tacho.

El hecho de que las madres recojan el micronutriente en forma mensual en el Centro de Salud sólo por compromiso, no está garantizando que efectivamente se lo dé en la comida del niño muy a pesar de la comprobada eficacia que posee el micronutriente en el tratamiento en casos de anemia.

Si bien existen registros de las actividades de recuperación de niños con anemia en las historias clínicas de los niños atendidos por el profesional nutricionista, al comparar los datos de la historia clínica de los niños recuperados y habiéndoseles

derivado al consultorio de medicina, el médico de turno no registra en el HIS la recuperación de la totalidad de los niños que padecían anemia y más aún cuando los reportes de niños recuperados se extraen con los códigos HIS de medicina. Este también puede ser un factor limitante por el cual no se tiene reportado el total de niños recuperados de anemia, existe cierta debilidad en ese aspecto.

4.5 PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTE EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE A LOS BENEFICIARIOS, Y SU CONTRIBUCIÓN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Para verificar este indicador de lucha contra la anemia se suplementa a nivel nacional de manera preventiva y de forma gratuita a todos los niños a partir de los 6 meses a 36 meses y por un período de 12 meses consecutivos y la madre ha sido informada considerando la frecuencia mensual y de acuerdo al esquema establecido que debe ser un total de 360 sobres para ser consumidos en forma diaria durante un año. (Cuadro 18).

Cuadro 18. Información de la Anemia por parte de la madre beneficiaria

Opinión de la madre	Conocimiento sobre la Anemia	¿Qué conoce sobre la anemia?	¿A quiénes principalmente afecta la anemia?	¿Sabe cómo prevenir la anemia?
Si	14			
No	10			
Es una enfermedad de la sangre		7		
No le deja crecer bien		6		

Le quita el apetito		4		
No sabe		7		
Niños menores de 3 años			12	
Gestantes			5	
Adultos			5	
No sabe			2	
Con Sangrecita y/o vísceras				8
Con MMN				13
Con menestras				8
Total:	24	24	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

La forma de preparación del suplemento micronutriente por su contenido de hierro, vitaminas y minerales en forma de polvo debe ser mezclado en dos cucharadas de alimento semisólido tibio y enseguida darle de consumir a partir de los seis meses de edad, y en tiempo no mayor a 15 minutos cuando el lactante comienza a recibir la alimentación complementaria etapa en la que se incrementa su necesidad de un mayor aporte de vitaminas y minerales para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo, un aporte inadecuado de hierro y otros micronutrientes puede incrementar su riesgo de desencadenar la anemia. De allí que se recomienda efectuar las sesiones demostrativas de preparación de micronutrientes en el CS para todos los niños que inician la suplementación para lograr la adherencia en el consumo.

Cuadro 19 Consultorios que indican la Forma de Preparación del MMN

Opinión de la madre	¿Diga Usted en qué consultorio le indicaron cómo preparar el MMN?
CRED	15
Nutrición	9
Medicina	0
Total:	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

De las entrevistas realizadas a las madres al preguntarles ¿Diga Usted en qué consultorio le indicaron cómo preparar el MN? 15 madres refieren que les han indicado la forma de preparación de los MMN en el consultorio de CRED y 9 madres refieren que les han indicado la forma de preparación de los MMN en el consultorio de Nutrición, lo que implica que todas las madres si tienen el conocimiento teórico de la forma correcta de la preparación de los MN. (Cuadro 19).

Para corroborar respecto a la forma de preparación de los MN, en las entrevistas realizadas sobre este indicador, 21 madres manifiestan tener el conocimiento adecuado de la forma, cantidad y tipos de alimentos con los que se debe preparar el MN. 3 madres de familia no estuvieron preparando de manera adecuada el MN. (Cuadro 20). Es importante reforzar el conocimiento teórico práctico de las madres de familia en la forma de preparación y cantidad que se le debe brindar al niño para curarlo del cuadro de anemia y esto se va a lograr promoviendo las sesiones demostrativas de preparación de micronutrientes y sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro.

Cuadro 20. Forma de Preparación del MMN

Opinión de la madre	¿Usted sabe cómo se preparan los MMN con los Alimentos?	¿Usted sabe en qué cantidad de alimentos debe mezclar los MMN?	¿Usted sabe con qué tipos de alimentos se mezclan los MMN?
Si	21		
No	3		
En dos cucharadas		21	
En más de dos cucharadas		3	
En todo el plato		0	
Sopas, caldos			1
Purés, papillas			9
Segundos			10
Frutas			4
Total:	24	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

Participación de las madres en la sesión demostrativa

El Ministerio de Salud mediante las sesiones demostrativas de preparación de alimentos, como parte de la educación alimentaria fomenta la preparación de alimentos nutritivos, balanceados y variados mediante la metodología denominada “aprender haciendo”, con la finalidad de prevenir la desnutrición y la anemia en niños menores de 3 años, mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar. Siendo un aspecto clave para fortalecer los conocimientos teóricos que las madres reciben en los consultorios para llevarlos a la práctica cotidiana en sus domicilios y contribuir a disminuir los índices de la anemia infantil.

Cuadro 21. Participación en Sesión Demostrativa

Opinión de la madre	¿Asistió alguna vez a la sesiones demostrativa de preparación de MMN?	¿Cuántas veces asistió a la sesión demostrativa?	Frecuencia con las que suministra el MMN	Tiempo de consumo de MMN
Si	18			
No	6			
Una vez		9		
Dos veces		9		
3 veces		0		
Ninguna vez		6		
1 sobre diario			15	
1 sobre interdiario			9	
menos de 20 minutos				8
30 minutos				10
1 hora				6
Total:	24	24	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

De las entrevistas realizadas a las madres y preguntarles ¿Usted asistió alguna vez a las sesiones demostrativas de preparación de micronutrientes? 18 madres refieren que han participado en la sesión demostrativa y 6 madres no han podido participar. Respecto a la pregunta ¿Cuántas veces asistió a la sesión demostrativa? 9 madres refieren que han asistido una vez a la sesión demostrativa, seguido de 9 madres que han logrado participar dos veces en una sesión demostrativa y 6 madres que no pudieron participar de ninguna de las sesiones demostrativas. Referente a la frecuencia con las que le suministra el MN a su niño 15 madres le brindan en forma diaria y 9 madres le brinda en forma interdiaria. En cuanto al tiempo de consumo de MN 8 niños consumen sus alimentos mezclados con MN en un tiempo menor a 20

minutos, 10 niños en 30 minutos, y 6 niños consumen en un tiempo de una hora. Para lograr una buena adherencia es necesario brindarle un sobre de MN en forma diaria y en un tiempo no mayor a 20 minutos para que se logre efectivizar el tratamiento. (Cuadro 21)

Respecto a este punto está establecido mediante normativa que se debe efectuar la programación de por lo menos una sesión demostrativa al mes y de acuerdo a la población infantil, para lo cual se debe contar con tres requisitos vitales como: El kit de sesión demostrativa, el kit de alimentos y personal de salud capacitado en el tema. Sin embargo de enero a julio del 2018 no hubo presupuesto asignado para esta actividad de vital importancia concerniente a la educación alimentaria. Por lo que la Política Pública debe garantizar las partidas presupuestales para este grupo vulnerable de manera oportuna y pertinente para la garantizar la programación y ejecución de sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro.

Estos factores mencionados podrían ser una limitante para fortalecer los conocimientos en educación alimentaria de las madres y por ende dificultan el cumplimiento de los objetivos del plan.

Complementario a este indicador se ha entrevistado a las madres de familia para conocer sus motivos del porqué algunas si cumplen con el objetivo del programa y otras no lo hacen. (Cuadro 22)

Cuadro 22. Información de la madre del porqué recoge o no recoge el MMN

Opinión de la madre	¿Por qué piensa que su niño debe recibir los micronutrientes?	¿Por qué piensa que su niño no debe recibir los micronutrientes?
Para que no le de anemia	18	
Para que tenga buen apetito	2	
Para que crezca sano	2	

Para que sea inteligente	2	
Si debe de recibir		19
Porque le estriñe		2
Porque me dieron vencido		3
Total:	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

Para lograr una buena adherencia del consumo de MMN es importante y necesario que el personal de salud ponga de conocimiento a las madres y/o padres de familia los efectos secundarios del consumo de los micronutrientes, que consiste en que las deposiciones podrían oscurecerse y pueden ocurrir molestias tales como estreñimiento o deposiciones sueltas, molestias que generalmente son leves, pasajeras y desaparecen en una y dos semanas. Para ello se preguntó a la madre ¿por qué piensa que su niño (ña) debe de recibir los MN?, 18 madres consideran para que no le de anemia, para que tenga buen apetito 2 madres, para que crezca sano 2 madres, y para que sea inteligente 2 madres. En la pregunta que se le hizo a la madre ¿Por qué piensa que su niño no debe recibir los micronutrientes? 2 madres respondieron que el MN estriñe a sus hijos, y 3 madres refirieron que les dieron MN vencidos en agosto del 2017 cuando sus niños empezaban con la suplementación. Se menciona el comentario de una madre de familia.

“ah porque como me paso a mí en el caso de que los micronutrientes estén vencidos entonces por esa razón no lo debe consumirlos ya por el hecho de que estén vencidos, a mí me paso así que yo no me fije y estos micronutrientes estaban vencidos. Eso fue en agosto del año pasado. Por lo que me fui a reclamar, pero también me dijeron que a ellos se les había pasado también”.

Esto se ha corroborado con la Responsable de Farmacia quien manifiesta que:

” (...) MINSA a veces nos manda un sobrecito que no es real a la cantidad que uno trabaja en el centro de salud con los niños menores de tres años en este caso te puedo comentar que ha habido 2 lotes que tengo ahorita en el servicio de farmacia el cual nos han dado prácticamente a fines de este mes de mayo 31, que se vencen en junio para trabajarlo hasta el 20 de junio ojo que no se puede devolver trabajarlo o sea en cima que nos mandan una cantidad vencida prácticamente nosotros también ya teníamos del anterior de este mes que vendría de ser lo que estamos trabajando como sobre stock que se vence en octubre del 2018 y lo mismo ocurrió el 2017”.

Es muy importante y recomendable para lograr que las madres realmente adhieran el consumo de MN entregarles el MN apto para consumo humano dentro de las fechas de vida útil, porque una vez caducada la fecha de vencimiento el producto pierde sus características de beneficio y por el problema de sobre stock de micronutriente entregaron productos que caducaron en el poder de las madres. (Cuadro 21). Este factor sería otra de las limitantes que estarían interfiriendo en el la adherencia al programa de suplementación con micronutrientes.

Por otro lado, cabe mencionar que algunos beneficiarios dejaron de consumir con la frecuencia establecida porque en el personal de salud no les explicó los efectos adversos del consumo de micronutrientes lo cual está establecido en la normativa vigente y es de conocimiento de todo el personal de salud.

De la revisión documental mediante los kardex de farmacia se evidenció que existió un sobre stock de productos en los meses de agosto 2017, y desde mayo a diciembre del 2018, por lo cual es necesario emitir la cantidad de productos de acuerdo a la población real de los niños y niñas que serán suplementados en el programa y dotar de micronutrientes con una fecha de vencimiento permisible al tiempo que demanda su consumo.

Estos Hallazgos estarían siendo algunos factores limitantes en la adherencia del niño (ña) al programa de suplementación.

4.6 PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS ACERCA DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE

Para verificar este indicador al incorporar al niño o la niña al programa de suplementación con MN, se debe efectuar el control de la hemoglobina al final de cada fase para descartar la anemia, la toma de muestra de sangre para determinar la hemoglobina debe estar a cargo de un profesional de la salud capacitado y estandarizado y dar a conocer a la madre de familia la importancia de este análisis.

Por ende, en la entrevista a las madres de familia se les ha preguntado si recibieron algún tipo de información por parte del personal de salud a cerca del porqué le hacen el análisis de sangre.

Cuadro 23. Información de la madre a cerca de la toma de muestra de sangre

Opinión de la madre	¿Le explicó el personal de Salud sobre la toma de hemoglobina?	Importancia de la toma de hemoglobina a partir de la explicación del personal	¿Tipo de información de la anemia?
Si	17		
No	7		
Para descartar anemia		10	
Para iniciar tratamiento de anemia		7	
No sabe		7	
Leve			15
Moderada			9
Total:	24	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

Al preguntar a la madre si el personal de salud le explicó sobre la toma de hemoglobina, se evidencia que 17 refieren que si les explicaron y 7 madres refieren que no les explicaron. Al preguntar a la madre sobre la importancia de la toma de hemoglobina a partir de la explicación del personal, 10 madres refieren que es para descartar la anemia, 7 madres para iniciar el tratamiento de la anemia y 7 madres no saben. Al preguntar a la madre sobre el tipo de información de la anemia, 15 de las madres refieren que les indicaron en qué consiste la anemia leve, y 9 madres en qué consiste la anemia moderada, en ambos casos la anemia no deja de ser una enfermedad que perjudica el desarrollo psicomotor y vulnera la salud de los niños (as). (Cuadro 23)

Una adecuada información sobre la importancia del análisis de hemoglobina es vital para sensibilizar oportunamente a las madres para que ellas comprendan que la anemia es una enfermedad, considerando que a 7 de 24 madres no les quedó claro que se trata de una enfermedad, lo cual puede ser una limitante para que la madre lo tome a la ligera y por ende considera que no es una enfermedad perjudicial para su óptimo desarrollo psicomotor y crecimiento de su niño (a). Al entrevistar a las madres a cerca de la toma de muestra de hemoglobina. (Cuadro 24)

Cuadro 24. Información toma de muestra de hemoglobina

Opinión de las madres	Percepción de los padres sobre la Metodología utilizada
Le sacó bien la muestra	18
Le sacó mal la muestra	2
No le sacaron	4
Total	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

Se evidencia que 18 madres consideran que les sacaron una buena muestra de sangre para el análisis de hemoglobina, y 4 madres refieren que no les sacaron la hemoglobina a sus niños a los 6 meses después de haber iniciado el proceso de la

suplementación y 2 madres de familia refieren que les sacaron una mala muestra de hemoglobina en el CS, puesto que al corroborar al día siguiente los resultados con otros análisis de laboratorio los resultados del análisis de hemoglobina difieren mucho en sus diagnósticos de tener anemia leve pasaron a estar sin anemia. En la entrevista una de las madres comenta. (Cuadro 24).

“(…)me dijeron que mi niño tenía 10.8 de anemia y a mí me sorprendió porque yo suelo cuidar mucho la alimentación de mi niño, desde cuando estuve embarazada lo cuidó mucho trato de que coma alimentos con hierro las papillitas y entonces debido a esta sensación lo llevé a sacar exámenes al laboratorio a la clínica peruano japonesa y resulta que esos resultado decía que mi niño tenía 11.8 osea no tenía anemia entonces había una diferencia sumamente grande según los resultado de la clínica japonesa mi niño no tenía anemia pero los resultados de la posta me decían otra cosa entonces mi hermana le llevó al laboratorio de san marcos para hacerle una segunda prueba para ya salir de dudas y el laboratorio de san marcos me dio los mismo resultado que la clínica japonesa entonces 11.8, entonces señorita hay alguien ahí que está mintiendo que no está haciendo las cosas bien porque fueron dos resultado que a mí me dicen que mi niño tiene 11.8 y los de la posta que me dice que tiene anemia 10.5”

Una entrega de resultado confiable sobre la hemoglobina en el niño es un indicador vital durante el proceso de monitoreo y evaluación del programa de suplementación con los micronutrientes. Podríamos inferir que ello puede ser una limitante para el cumplimiento del plan.

Durante la entrevista se preguntó a la madre en cuánto tiempo le entrega los resultados después del análisis de hemoglobina, 17 madres refieren que el personal de salud le ha explicado que la demora en la entrega de resultados del análisis de hemoglobina se debe a la falta de personal, puesto que solo se cuenta con una profesional Tecnólogo médico. En cuanto al tiempo de entrega de resultados 18 madres refieren que se demoran dos días, 3 madres que se demoran un mes y 3 madres refieren que se les entrega el mismo día. (Cuadro 25).

Cuadro 25. Información de la madre a cerca del tiempo de entrega de resultados.

Opinión de madre	Explicación que realiza el personal de salud a los PP.FF del tiempo de entrega de resultados.	Tiempo en que el personal de salud entrega los resultados a los PP.FF.
Demora por Falta de personal en laboratorio	17	
Demora por falta de insumos	7	
El mismo día		3
En dos días		18
En un mes		3
Total	24	24

Fuente: Elaboración propia: 2018

Por ello en la entrevista con la Tecnólogo Médico, le preguntamos al respecto:

“En realidad los resultado se están demorando un poquito ya que yo como profesional tecnólogo medico en mi áreas no cuento con personal de recursos humanos, no tengo recursos humanos, entonces yo tengo que trabajar en varias áreas en varias estrategia lo que me conlleva la demora en dar los resultado entonces los resultados lo estamos enviando lo estamos entregando en mi caso lo estoy entregando de un día para otro debería ser el mismo día ya que es un examen no muy complicado podría decirse rápido. En los meses de enero a marzo del 2018 hubo desabastecimiento desde Minsa Diris con respecto a materiales lancetas y reactivos para efectuar el dosaje de hemoglobina en los menores de 3 años, que no llegaron a tiempo y se tuvo que iniciar la suplementación con MN sin el análisis de hemoglobina, tampoco se pudo efectuar el dosaje a los 6 meses luego de iniciado la suplementación, ni a los que ya culminaron la suplementación.”

Una entrega inmediata del análisis de hemoglobina sobre el diagnóstico de la anemia infantil es vital durante todo el proceso de monitoreo y evaluación del programa, éste puede ser una limitante para que la madre no tome conciencia in situ que la anemia es una enfermedad que vulnera el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

De la revisión documental se tiene que efectivamente hubo desabastecimiento de lancetas y reactivos en el mes de enero a marzo del 2018 motivo por el cual no se logró cumplir de manera oportuna con el análisis de hemoglobina a los seis meses luego de iniciar el tratamiento en setiembre del 2017 ni a los niños que iniciaron la suplementación de enero a marzo, ni a los que culminaban su tratamiento en las fechas mencionadas. No existe registro de inicio de toma de hemoglobina de los menores de 3 años que iniciaron la suplementación en ese transcurso de tiempo. A su vez, esa dificultad, puede estar limitando el cumplimiento de monitoreo del plan.

Durante la entrevista al personal de laboratorio se le pregunta ¿Usted fue capacitada con una metodología universal para el análisis de hemoglobina en niños? ¿Cómo y dónde? La Tecnóloga Médico refiere:

“Que el hemoglobinómetro por ser una prueba rápida no necesariamente arroja datos fidedignos de hemoglobina, Puede existir en algunos casos una diferencia considerable, aunado a este factor de que no se cuenta con calibración de equipos ni siquiera para los hemoglobinómetros, lo cual es importante y necesario para garantizar los resultados reales de hemoglobina en sangre, pero si se efectúa un mantenimiento anual que no es lo mismo que una calibración”.

En la entrevista se preguntó al personal de salud a cerca de cómo ha sido capacitada para efectuar la muestra de hemoglobina en niños, mencionó que fue capacitada en un taller de estandarización en técnica y procedimiento para la determinación de hemoglobina mediante hemoglobinómetros portátiles del 5 al 7 de julio del 2016, a cargo del CENAN y Minsa, capacitaron a profesionales y técnicos de los centros de salud en la ciudad de Lima. Este taller consiste en estandarizar la técnica de toma de muestra de manera teórica y práctica para tener resultados

inmediatos y de calidad, con el fin de brindar un tratamiento pertinente a los niños beneficiarios del programa de suplementación.

Un hallazgo importante es lo que refiere la Tecnólogo médico respecto al resultado de diagnóstico de la anemia con el hemoglobinómetro portátil.

“Tenemos un equipo el hemoglobinómetro para el dosaje de hemoglobina y eso es rápido pero he notado que tiene una cierta variación ya que he hecho varias pruebas de dosaje de hemoglobina, y siendo el mismo paciente a una sola prueba, he visto que hay una variación en el diagnóstico justamente por el tema de calibración y a mí personalmente no me siento cómoda de trabajar así ya que he notado por ejemplo que en una hemoglobina me sale 10.5 mg/dl y luego o haciendo la comparación con este paciente sale con 11.8 mg/dl no tiene una anemia realmente entonces ahí hay una descompensación por el tema de calibración es muy importante ver ese tema de calibración.”

Se evidencia que el resultado que obtiene de la toma de muestra de hemoglobina mediante el hemoglobinómetro portátil el personal de salud previamente estandarizado, en algunas ocasiones sufre una variación en el resultado final del diagnóstico de la anemia, probablemente se deba a lo que refiere la profesional que los hemoglobinómetros deberían de pasar por un proceso de calibración, para obtener datos confiables, en la práctica se evidencia que pese al mantenimiento que se realiza al hemoglobinómetro algunas veces si difiere los resultados finales de diagnóstico aun siendo el mismo paciente y el mismo personal quien toma la muestra. Por lo que debe ser tomado en cuenta dentro de la normativa el tema de la calibración de este equipo. Esta limitante podría estar incrementando el número de casos de anemia.

Cabe mencionar que es de vital importancia contar el equipamiento oportuno y pertinente de recursos humanos y materiales que permitan el logro de las actividades de acuerdo a la normativa vigente, para erradicar la anemia infantil. Por

lo que se debe dar solución a las brechas existentes a ese nivel para viabilizar el cumplimiento del Plan en la lucha contra la anemia infantil.

Sin embargo se ha evidenciado la falta de personal y/o recurso humano no es suficiente, puesto que solo se cuenta con una profesional Tecnólogo médico para la atención de todos los pacientes de las diversas patologías y de ambos turnos mañana y tarde, motivo por el cual a la profesional se le dificulta hacer una entrega inmediata de los resultados de hemoglobina, al igual que el desabastecimiento de equipos, insumos, material de laboratorio como lancetas y reactivos para efectuar el dosaje de hemoglobina de manera oportuna, podemos inferir que limitan el cumplimiento de la sistematización de la gestión.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1 CONTRIBUCIÓN DEL ABASTECIMIENTO DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE, A LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ACUDEN A DICHO CENTRO

- En cuanto al abastecimiento de micronutrientes en el CS Valdiviezo ha sido establecida la entrega en forma mensual a todos los beneficiarios del programa de suplementación sin ningún tipo de inconvenientes de desabastecimiento por parte de DIRIS-MINSA.
- A pesar de que está probado que a nivel mundial la suplementación con micronutrientes en niños menores de tres años es una intervención eficaz para la prevalencia de anemia infantil. En la práctica se evidencia que a pesar del abastecimiento universal con los micronutrientes en las tres regiones del país y de acuerdo a lo establecido en el Plan Nacional para la Reducción cuya meta era reducir la anemia al 2018 a un 33.2%, no se ha logrado contribuir a lo programado, puesto que desde hace tres años se mantiene y continúa la anemia afectando al 43.5% (INEI.2018), de niños menores de 3 años. Cabe mencionar que el mayor número de menores de 3 años, habitan en Lima. Siendo el Primer lugar San Juan de Lurigancho con 48.9%. Segundo lugar Ate Vitarte con 48.2%. Tercer lugar San Martín de Porres con 45.3%. (INEI: 2018)

5.2 CONTRIBUCIÓN DEL MONITOREO A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE A LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- En los hallazgos se evidencia que el sistema de monitoreo de consumo de micronutrientes o suplementos de hierro mediante las visitas domiciliarias no es viable muy a pesar de estar establecido mediante documentos normativos que dicho sea de paso la responsabilidad recae en el personal de salud, considerando que existen establecimientos con mayor población infantil y como parte del monitoreo de consumo de micronutrientes o suplementos de hierro se debe efectuar a la totalidad de niños suplementados, por la necesidad existente de personal de salud que a su vez tiene que efectuar una serie de actividades y múltiples funciones de programas propios del primer nivel de atención. Por ende no es viable ni sostenible generar las visitas domiciliarias considerando la totalidad de niños, tiempo que demanda la visita, número de personal de salud que se requeriría para cubrir la demanda, debido a las brechas existentes en número de personal que labora en el establecimiento de salud.
- Considerando que la reducción de la anemia por ser multicausal, multifactorial requiere de un abordaje integral que comprometa la participación del Estado y la Sociedad Civil, aún no se ha evidenciado un trabajo articulado con instituciones públicas como gobiernos locales, y privadas. La poca participación social e incumplimiento de funciones de los Gobiernos locales son factores o dificultades que estarían limitando el cumplimiento de las metas establecidas para disminuir la anemia infantil.
- En los hallazgos de acuerdo a las entrevistas a las madres algunas de ellas han referido que en uno de los consultorios de medicina no les indicaron la frecuencia de recojo de micronutrientes, y menos la importancia de ser suplementado con micronutrientes, el hecho de que no todo el personal de salud suplemente a la totalidad de niños menores de tres años que asisten al centro de salud con la se

convierten en factores que están limitando la efectividad del programa para prevenir y reducir la anemia infantil.

5.3 PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE A LOS BENEFICIARIOS, Y SU CONTRIBUCIÓN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

- Se evidencia que pese a contar con una normativa vigente de suplementación con hierro y micronutrientes para la prevención de anemia y de conocimiento de todo el personal de salud no todos los consultorios de medicina inician de manera oportuna ni el tratamiento ni la suplementación con el MN, siendo un factor limitante para la contribución con el programa.
- En el mecanismo de distribución de los micronutrientes de acuerdo a la normativa vigente contempla una serie de pasos detallados desde la importancia del consumo de MN que todo el personal de salud debe de poner de conocimiento a las madres de familia, la forma adecuada de preparación del MN, considerando la higiene de las manos, alimentación complementaria, tiempo de consumo que no debe superar los 20 minutos, incluir los mensajes y pasos para preparar el MN, mencionar los efectos secundarios que podría ocasionar del consumo de los micronutrientes, y verificar el nivel de tolerancia a los efectos colaterales para efectuar un tratamiento alternativo para prevenir y curar la anemia. Sin embargo persisten barreras que limitan su consumo como se evidencia en las estadísticas nacionales que solo el 30.7%(INEI: 2017) de niños menores de tres años consumieron el suplemento de hierro y éste bajó en -1.2 p.p.con referencia al consumo del primer semestre del año siguiente siendo 29.5%(INEI: 2018). Este dato nos conlleva a preguntarnos: ¿Por qué el Plan Nacional no está contribuyendo de manera efectiva a la disminución de la anemia en la población infantil? ¿Será necesario y pertinente adoptar nuevas medidas de suplementación universal contemplando la multiculturalidad

existente en nuestro país, respetando sus patrones alimenticios propios de cada Región como Costa, sierra y Selva, inherentes a factores socioculturales como la fortificación de alimentos de consumo masivo como la fortificación de harina de trigo, arroz entre otros alimentos?

5.4 PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS ACERCA DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE

- Desde el Actor Social Tecnólogo Médico se evidencia que el resultado que obtiene de la toma de muestra de la hemoglobina mediante el hemoglobinómetro portátil aún cuando el personal de salud fue previamente estandarizado, algunas veces ha diferido los resultados finales de diagnóstico aun siendo el mismo paciente y el mismo personal que toma la muestra, probablemente se deba a lo que refiere la profesional que los hemoglobinómetros no solo deberían de pasar por un proceso de mantenimiento sino más bien considerar dentro de la normativa vigente un proceso de calibración, para obtener datos más confiables e incluso otro tipo de toma de muestras para diferenciar los tipos de anemia porque no todos son de origen ferropénico. Esta limitante podría estar incrementando el número de casos de anemia.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

6.1 CONTRIBUCIÓN DEL ABASTECIMIENTO DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE, A LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE LOS NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ACUDEN A DICHO CENTRO

- El MINSA efectúa la entrega del micronutriente a través de la DIRIS Lima Norte y enseguida al CS Valdiviezo de acuerdo a la población total de niños menores de 36 meses, tomando como punto referencial lo aproximado el año anterior. Se recomienda que el CS Valdiviezo mantenga actualizado su padrón nominal de acuerdo a la población beneficiaria real para evitar posibles desabastecimientos o sobre stocks de productos.
- Se recomienda fomentar el trabajo en equipo multidisciplinario, y que la Dirección o Jefatura del establecimiento de salud, contribuya con el cumplimiento de normativa vigente, la difusión de la importancia de la suplementación con los MN en todos los consultorios, al igual que en admisión, y triaje que son la primera instancia donde acude la madre de familia a sacar la historia clínica de sus niños (as) para sus respectivas atenciones en salud, con el fin de incrementar la educación alimentaria y fortalecer sus conocimientos en cuanto a la administración de los suplementos de hierro y micronutrientes, para lograr la sostenibilidad del programa propiciando la adherencia al consumo y prevenir la anemia en sus niños(as).

6.2 CONTRIBUCIÓN DEL MONITOREO A LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTES EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE A LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- En virtud a que no se está cubriendo el porcentaje establecido de disminución de anemia infantil a través de la suplementación con hierro y MN de acuerdo a su programación anual. Se recomienda una activa participación social porque la anemia es de origen multicausal requiere de un abordaje integral que comprometa la participación de todo el Estado y la Sociedad Civil, que no solo esté descrito en normativas vigentes si no que se efectivice a todo nivel por ser una enfermedad grave de salud pública que vulnera la salud de infantil como lo refiere la OMS. Puesto que en las entrevistas se evidenció que las madres de familia no reconoce a la anemia como problema de salud, poseen desconfianza en la atención primaria, pérdida de oportunidades en el tamizaje, prescripción, seguimiento, dificultades en la disponibilidad de insumos, incumplimiento de funciones de los Gobiernos locales, poca participación social, desarticulación de las intervenciones del estado y poca acción intercultural y multiculturalidad en la problemática del grupo vulnerable en mención.
- Si bien existen registros de las actividades de recuperación de niños con anemia evidenciadas en las historias clínicas atendidos por el profesional nutricionista, al comparar los datos de los menores de 36 meses recuperados y habiéndoseles derivado al consultorio de medicina, el médico de turno no registra en el HIS la recuperación de la totalidad de los niños que padecían anemia y más aún cuando los reportes de niños recuperados se extraen con los códigos HIS de medicina. Este también puede ser un factor limitante por el cual no se tiene reportado el total de niños recuperados de anemia, existe cierta debilidad en ese aspecto. Se recomienda que el profesional médico registre su atención de tratamiento de la anemia con los códigos pertinentes en el HIS.

6.3 PROCESO DE DISTRIBUCIÓN DE LOS MICRONUTRIENTE EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE A LOS BENEFICIARIOS, Y SU CONTRIBUCIÓN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

- Los hallazgos muestran que el Plan nacional pese a los denodados esfuerzos aún no ha logrado contribuir significativamente en la reducción de la anemia, está claro que este problema por ser multicausal y grave de salud pública no puede ser resuelto por un solo sector como es el MINSA. Por lo que se recomienda que incorpore de manera tangible la participación activa de los ministerios y sector público y privado que están dentro del convenio pero que aún se evidencia un limitado nivel de participación y compromiso con la temática.
- Cabe Mencionar que la educación alimentaria es vital y dentro de ellas se encuentran: Sesiones demostrativas, sesiones educativas, sesiones degustativas, consejerías, consultas entre otras actividades educativas. Se recomienda garantizar la partida presupuestal para la ejecución de la sesión demostrativa de preparación de alimentos ricos en hierro, para sensibilizar y fortalecer los conocimientos teóricos prácticos de las madres con la metodología aprender haciendo, y estandarizada por regiones, para lo cual se debe garantizar tres aspectos fundamentales: kit de alimentos, kit de sesión demostrativa y personal capacitado para efectuar la sesión demostrativa, para alcanzar la sostenibilidad de la educación alimentaria en el tiempo y espacio.

6.4 PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS ACERCA DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA EN EL C.S VALDIVIEZO DIRIS LIMA NORTE

- Se recomienda tener en cuenta la coyuntura de la problemática de la anemia infantil se debe identificar con claridad los tipos de anemia existentes para tratarlos diagnosticarlos de manera pertinente porque no todos son de origen ferropénico. Considerar otros tipos de suplementación masiva con otros alimentos de consumo masivo como harina de trigo, arroz entre otros alimentos que son propios del consumo de cada Región Costa, Sierra y Selva.
- Se recomienda que la política pública mediante los entes responsables de salud garanticen el recurso necesario (material, humano, infraestructura) para satisfacer las demandas de las actividades de acuerdo a la normativa vigente, para disminuir la anemia infantil.
- Se recomienda según la espertiz de la profesional especialista Tecnólogo médico que se debe de establecer una norma técnica que permita que los hemoglobinómetros que se utilizan en los establecimientos del MINSA por ser un aparato de prueba rápida y manipulable en todo espacio a nivel intra mural o extramural, se considere un programa de calibración anual para obtener datos más confiables.

CAPÍTULO VII

PROPUESTA DE MEJORA

“PROGRAMA DE INTERVENCIÓN RESPONSABLE PARA ERRADICAR LA ANEMIA”

La propuesta debe considerar el proceso de monitoreo para alcanzar la mejora continua, lo que contribuye en un aporte para la mirada de la Gerencia Social, en el programa de suplementación con micronutrientes para reducir los casos de anemia infantil.

6.1. OBJETIVO GENERAL

Conseguir que la población accesitaria al programa de suplementación de micronutrientes sea partícipe en la recuperación de la anemia en sus hijos (as) menores de 36 meses.

6.2. PRIORIDADES

- a. Fortalecer de las capacidades y empoderamiento de intervención activa del personal de salud y madres de los beneficiarios.
- b. Fortalecer a la población con conocimientos en el consumo de alimentos ricos en hierro para evitar poner en riesgo o afectar la salud crecimiento y desarrollo de sus menores hijos e hijas.
- c. Involucrar a todos los actores sociales en las actividades preventivas promocionales en buenas prácticas de alimentación y consumo de suplementos de hierro.
- d. Solicitar la posibilidad de la calibración de los hemoglobinómetros.
- e. Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de las actividades.

6.3 ENFOQUES TRANSVERSALES

6.3.1 ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA

El proceso de los Derechos del Niño se reconoció el 20 de noviembre de 1989 con la aceptación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que constituye un compromiso internacional que faculta legalmente todos los derechos primordiales de los niños (HUMANIUM 2017: s/p).

Establece los siguientes derechos:

- Derecho a la Vida y a un desarrollo físico e intelectual apropiado (HUMANIUM 2017: s/p).
- Acceso a una alimentación apropiada, el cuidado y la atención necesaria, la educación, etc (HUMANIUM 2017: s/p).
- Brindarles, un entorno de protección adaptada a la edad y al grado de madurez de los niños (HUMANIUM 2017: s/p).
- Deben ser apoyados, asistidos y protegidos contra la explotación laboral, el secuestro, se les debe brindar el tratamiento adecuado para enfermedades, etc (HUMANIUM 2017: s/p).

6.3.2 ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO

Según el pensamiento de Sen, la nueva mirada que brinda el desarrollo humano deja de poner el énfasis en el aumento de la producción de bienes y servicios como un fin en sí mismo, ya que eso no nos dice automáticamente si se consigue mejorar las capacidades de las personas para llevar adelante una mejor vida. Ciertos bienes y servicios pueden considerarse, inclusive perjudiciales. Además, el grado de bienestar que producen los mismos bienes puede variar drásticamente de unas personas a otras (Bantaba 2000:2).

En todos los niveles de desarrollo existen tres capacidades consideradas esenciales, en que la gente viva una vida larga y saludable, acceso a conocimientos y recursos para alcanzar una vida digna (Bantaba 2000:2).

6.4 ESTRATEGIAS EN RELACIÓN A LAS PRIORIDADES

a. Fortalecer las capacidades en intervención activa del personal de salud y madres de los beneficiarios

Se propone las siguientes actividades:

Con el personal de salud se asumirá que adopten el rol de padrinos o madrinas de cada uno de los niños diagnosticados con anemia, en este contexto se pretende efectivizar las visitas domiciliarias para la recuperación de anemia, la distribución de los usuarios de derecho diagnosticados con anemia se efectuará de manera equitativa y de acuerdo a la zona asignada a cada personal de salud. Esta actividad va a permitir el monitoreo de consumo de micronutrientes y su respectiva adherencia a la suplementación, para lo cual se debe contar con el número de personal de salud suficiente para efectivizar las actividades.

Se buscará el compromiso de las madres de familia para una participación activa para la recuperación de sus niños conjuntamente con el equipo de salud, y apoyo de autoridades locales y sociedad civil se convertirán en vigilantes y aliados mutuos.

Se buscará la participación activa con autoridades locales para prevenir la anemia.

Todos estos acuerdos y compromisos se registrarán en el cuaderno de actas del centro de salud, para su cumplimiento.

b. Fortalecer las capacidades en alimentación saludable del personal de salud y madres de los beneficiarios.

Para este fin, se elaborarán capacitaciones, cursos, cursos talleres para lograr la efectividad de los mensajes claves en temas relacionadas al consumo de micronutrientes y alimentación saludable a todos los actores involucrados:

1. Importancia del consumo de suplementos de hierro para prevenir o curar la anemia.
2. Promoción de la alimentación incluyendo alimentos con alto contenido de hierro y micronutrientes.
3. Sesiones educativas de preparación de micronutrientes y sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro.

c. Involucrar a todos los actores sociales en actividades preventivas promocionales de buenas prácticas de alimentación y consumo de suplementos de hierro.

Público primario: Madres y padres de familia o cuidadores de los niños menores de 36 meses.

Público secundario: Personal de salud del centro de salud.

Participación de las autoridades locales y municipales del distrito.

Se fomentará la participación de las promotoras de salud, para el apoyo de los procesos de intervención en el seguimiento del consumo de suplementos de hierro en la población beneficiaria.

Se fomentará la suplementación universal de otros alimentos alternativos de consumo masivo como arroz, harina de trigo entre otros alimentos propios de cada Región como Costa, Sierra y Selva en coordinación con las instituciones públicas y privadas.

Se organizará con los públicos objetivos dos concursos anuales con motivo del día del niño y el día Mundial de la Alimentación, con la finalidad de la elaboración de platos típicos de alimentos con alto contenido de hierro hemínico, y se coordinará con el Municipio Local para premiar a los primeros tres lugares ganadores del concurso.

Se propiciará la organización con las autoridades locales, la realización de pasacalles en fechas emblemáticas, para difundir las bondades de la alimentación saludable con énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro hemínico como prioridad para disminuir los índices de la anemia.

D. solicitar la posibilidad de la calibración de los hemoglobinómetros

Es muy importante considerar la calibración de los hemoglobinómetros, de acuerdo a la entrevista de la especialista en el tema quien ha manifestado que los hemoglobinómetros no solo deben limitarse a un cronograma de mantenimiento, además considera necesaria y vital una calibración anual de los equipos para garantizar los resultados reales de hemoglobina en sangre. Por lo cual se debe evaluar la posibilidad de la calibración a las instancias pertinentes para conseguir resultados fidedignos de hemoglobina en los niños menores de tres años.

E. Fortalecer el sistema de monitoreo y evaluación de las actividades

Mediante el reporte HIS y el SIEN se centra en verificar los datos del estado nutricional y recuperación de la anemia de los menores de 36 meses, este indicador va a permitir el análisis mensual del estado de salud de los niños beneficiarios del programa para compartílos con el equipo de salud y madres de los beneficiarios, y autoridades locales para un seguimiento exhaustivo.

La revisión periódica y en forma mensual del HIS va a permitir evaluar y monitorear la calidad de los datos, para corroborar los casos de anemia, este monitoreo de los indicadores debe de compartirse con las madres beneficiarias y autoridades locales para ser analizados y tomar de decisiones oportunas y pertinentes para prevenir la anemia y favorecer la recuperación de la salud de los niños.

SECCIÓN DE REFERENCIAS

Anexos



9.- Columna vertebral con variables e indicadores

Preguntas específicas	Variables	Indicadores	Unidades de Análisis	Fuentes	Técnicas de recolección
1. ¿En qué medida el abastecimiento de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte, garantiza la recuperación de la salud de los niños menores de tres años que acuden a dicho centro?	Abastecimiento del micronutriente para la población de niños menores de tres años; opinión de los actores involucrados	Tipo de Abastecimiento	Centro de salud	Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición, CRED, Farmacia, registro de cobertura	Revisión documental
		Frecuencia de Abastecimiento			
		Grado de Abastecimiento			
2. ¿Cómo contribuye el monitoreo de la distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los objetivos del programa?.	Monitoreo de la distribución de micronutrientes en el centro de salud.	Tipo de monitoreo de la distribución de micronutrientes	Personal de salud	Enfermera, Nutricionista, Farmacia	Revisión documental
	Contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.	Grado de contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.	Padres de familia de niños menores de 3 años.	Padres de familia de niños menores de 3 años.	Entrevista semiestructurada

	Monitoreo de la distribución de micronutrientes en el centro de salud.	Tipo de monitoreo de la distribución de micronutrientes	Centro de salud	CRED y Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición, Farmacia registro de monitoreo.	Revisión documental
	Contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.	Grado de contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa.			
		Número de objetivos alcanzados			
		Tipo de objetivos alcanzados			
3. ¿En qué medida el proceso de distribución de los micronutriente en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los beneficiarios, garantiza los objetivos del programa?	Modo de distribución de micronutrientes a los beneficiarios desde los actores involucrados.	Grado de valoración del modo de distribución de micronutrientes desde los actores involucrados.	Padres de familia de niños menores de 3 años.	Padres de familia de niños menores de 3 años.	Entrevista semiestructurada
	Cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los multimicronutrientes	Grado de valoración del modo de cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los micronutrientes.	Personal de salud	Personal de salud enfermera,	Entrevista semiestructurada
4. ¿Cuál es la percepción del personal de salud a cerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la	Cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los micronutrientes.	Grado de valoración del modo de cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los micronutrientes.	Centro de salud	Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición, CRED, Farmacia, Laboratorio, registro de capacitación.	Revisión documental

anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte?	Opinión del personal de salud a cerca del procedimiento utilizado para el diagnóstico de la anemia en el centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte.	Número personal de salud que fueron estandarizados con un procedimiento para el análisis de la hemoglobina.	Personal de salud	Personal de salud analista de laboratorio	Entrevista semiestructurada
5. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia a cerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte?	Opinión de los padres de familia acerca del procedimiento estandarizado para el diagnóstico de anemia en el centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte	Grado de valoración de los padres de familia a cerca del procedimiento utilizado para el análisis de la hemoglobina.	Padres de familia de niños menores de 3 años.	Padres de familia de niños menores de 3 años.	Entrevista semiestructurada

Instrumentos

I. GUÍA DE ENTREVISTA

POBLACIÓN A LA QUE SE APLICARÁ: Madre o padre del niño menor de tres años que recibe el micronutriente

1. ¿En qué medida el abastecimiento de los micronutrientes en el C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte, garantiza la recuperación de la salud de los niños menores de tres años que acuden a dicho centro?

Indicador 1.1 Centro de salud Valdiviezo DIRIS Lima Norte con disponibilidad de micronutrientes para la población de niños menores de 36 meses.

1. ¿Usted sabe qué institución le entrega los micronutrientes para su niño?
.....
2. ¿Usted sabe para qué le entregan micronutrientes para su niño?
.....
3. ¿Usted sabe qué es la anemia?
.....
4. ¿Usted sabe a quiénes afecta principalmente la anemia?
.....
5. ¿Usted sabe cómo prevenir la anemia?
.....
6. ¿Usted sabe cuántos sobres o cajas de micronutrientes le entregan para su niño?
.....
7. ¿Diga Usted, el establecimiento de salud le hace entrega del micronutriente en forma mensual o hay meses que no efectúa la entrega?
8. ¿Usted sabe a partir de qué edad empezó a recibir los micronutrientes para su niño?
 - 6-12 meses ()
 - 12-24 meses ()
 - 24-34meses ()

- 35-meses ()
- ¿Y por qué?
-

9. ¿Usted sabe por cuántos meses o tiempo debe consumir el micronutriente su niño?

.....

10. ¿Usted sabe preparar el micronutriente con los Alimentos?

- SI ()
- NO ()

11. ¿Usted conoce en qué cantidad de alimentos debe mezclar el micronutriente?

- En 2 cucharadas ()
- Más de 2 cucharadas ()
- En todo el plato ()

¿Y por qué?

.....

12. ¿Usted conoce con qué tipos de alimentos se mezcla el micronutriente?

- Caldos, sopas ()
- purés, papillas ()
- segundos ()
- agua ()
- frutas ()

¿Y por qué?

.....

13. ¿Usted alguna vez asistió a las sesiones demostrativas?

- SI ()
- NO ()

14. ¿Diga Usted cada cuánto tiempo le brinda el micronutriente?

- 1 sobre diario
- Más de 1 sobre diario
- Menos de 1 sobre diario

¿Y por qué?

.....

15. ¿Diga Usted cuánto tiempo demora su niño (a) en consumir el micronutriente una vez preparado?

- 15 minutos
- 20 minutos
- Más de 30 minutos

2. ¿Cómo contribuye el monitoreo de la distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los objetivos del programa?

Indicador 1.2 Centro de salud Valdiviezo realiza el monitoreo de la distribución de micronutrientes y contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa. (Padres de familia)

1. ¿Diga Usted si en el control de niño sano de su niño le indican la forma de distribución o cada cuánto tiempo debe recoger los micronutrientes?

.....

2. ¿Diga Usted si su niño tiene más de un año cómo hace para recoger su micronutriente porque su control de niño sano a partir de esa edad es cada dos meses y la entrega de micronutriente es en forma mensual? (Se preguntará si el niño es mayor de una año)

.....

3. ¿Diga Usted por qué piensa que su niño debe recibir los micronutrientes?

.....

4. ¿Diga Usted por qué piensa que su niño no debe recibir los micronutrientes?

.....

5. ¿Diga Usted, en el control de niño sano de su niño le indicaron cómo preparar los micronutrientes?

.....

6. ¿Diga Usted, en el control de niño sano de su niño, le hicieron la interconsulta con el profesional nutricionista?

Indicador 1.3 Grado de valoración de los padres de familia a cerca del procedimiento utilizado para el análisis de la hemoglobina.

1. ¿Diga Usted, el personal de salud le indicó por qué es importante el análisis de sangre para determinar la hemoglobina de su niño?

.....

2. ¿Diga Usted, el personal de salud le indicó para qué sirve el análisis de sangre para determinar la hemoglobina de su niño?

.....

3. ¿Diga Usted, cuando le analizaron la sangre de su niño le informaron si tenía anemia o no?

.....

4. ¿Le dijeron cuánto de hemoglobina tenía su niño en el análisis de sangre para determinar el grado de anemia?

- Normal 11.0 a 14.0 (g/dl)
- Leve 10.0 a 10.9 (g/dl)
- Moderado 7.0 a 9.9 (g/dl)
- Severo < 7.0 (g/dl)

No (pase a la pregunta 2)

Si:

5. ¿Diga Usted le informaron qué tipo de anemia tenía su niño según el resultado de Hemoglobina?

.....

II. GUÍA DE ENTREVISTA

POBLACION A LA QUE SE APLICARÁ: Personal de salud

1. ¿En qué medida el proceso de distribución de los micronutrientes en el C.S Valdiviezo DIRIS Lima Norte a los beneficiarios, garantiza los objetivos del programa?,

Indicador 1.1 Grado de valoración del modo de distribución de micronutrientes desde los actores involucrados. Grado de valoración del modo de cumplimiento de los objetivos del programa a partir de la distribución de los micronutrientes. (Enfermera CRED)

1. ¿Los padres de familia recogen en forma mensual los micronutrientes en el establecimiento para prevenir la anemia en sus niños?

No (pase a la pregunta 2)
¿Por qué no recibe?

.....

Si:

2. ¿La madre comprende cómo preparar los micronutrientes para su niño”?

.....

3. ¿La madre comprende la frecuencia de darle los micronutrientes a su niño?
Marque con qué frecuencia

1 vez/día ()

2 veces/día ()

3 veces/día ()

Indicador 1.2 Centro de salud Valdiviezo realiza el monitoreo de la distribución de micronutrientes y contribución del monitoreo al cumplimiento de los objetivos del programa. (Personal Farmacia)

1. ¿El Minsa central efectúa la dotación de micronutrientes en función a la población de niños menor de tres años a ser suplementados según la meta programada del centro de salud?

No (pase a la pregunta 2)

Si:

¿Cómo lo hace?

.....

2. ¿El Minsa central efectúa la dotación de micronutrientes de manera oportuna en las fechas establecidas para evitar el desabastecimiento?

No (pase a la pregunta 2)

Si:

¿Cómo lo hace?

.....

3. ¿En qué consultorios o espacios se hace la entrega de micronutrientes para los niños?

- Cred ()
- Nutrición ()
- Medicina ()
- Visitas domiciliarias ()

4. ¿A qué edad inicia la suplementación con el micronutriente en el niño?

- 6-12 meses ()
- 12-24 meses ()
- 24-34 meses ()
- 35 meses ()

¿Y por qué?

.....

5. ¿Qué cantidad de micronutrientes le entrega a los padres de familia?

- 15 sobrecitos ()
- Una caja ()
- Dos cajas ()

Indicador 1.3 Grado de valoración del personal de salud a cerca de la metodología utilizada para el análisis de laboratorio. Número personal de salud que fueron estandarizados con un procedimiento para el análisis de hemoglobina. (Personal de Laboratorio)

1. ¿Usted le explica a los padres de familia el porqué del análisis de sangre a su niño?

.....
2. ¿Usted le explica a la madre si su niño tiene anemia de acuerdo a los resultados del análisis de hemoglobina?

.....
3. ¿Una vez obtenido el resultado del análisis de hemoglobina en cuánto tiempo le entrega los resultados a los padres de familia?

.....
4. ¿Usted me puede decir si los equipos para tomar bien la muestra de sangre están calibrados por una certificadora de calibración de equipos? ¿Por qué?

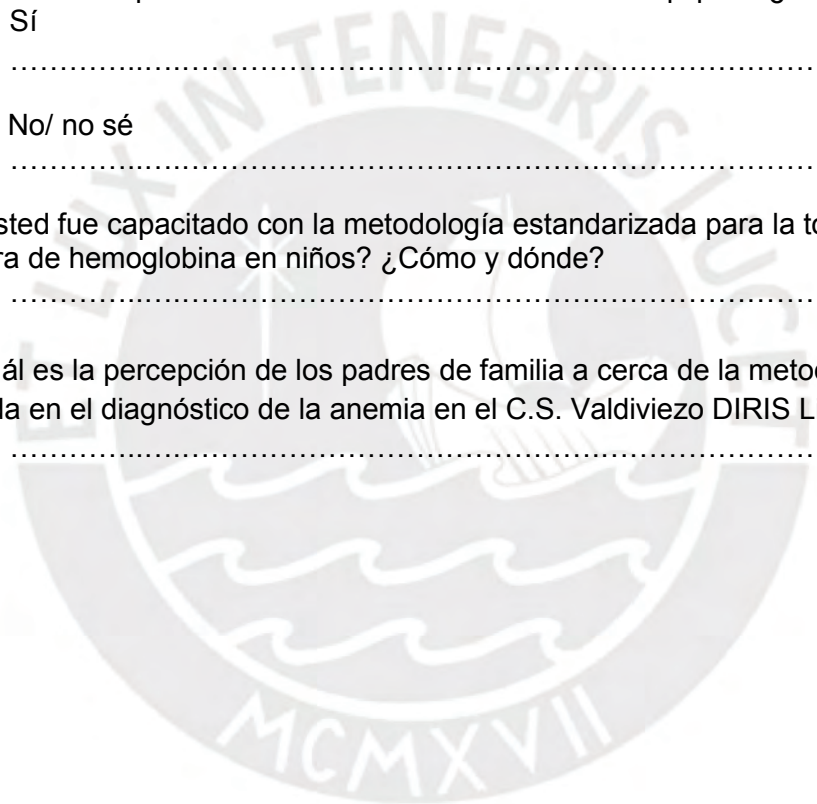
Sí

No/ no sé

.....
5. ¿Usted fue capacitado con la metodología estandarizada para la toma de muestra de hemoglobina en niños? ¿Cómo y dónde?

.....
6. ¿Cuál es la percepción de los padres de familia a cerca de la metodología utilizada en el diagnóstico de la anemia en el C.S. Valdiviezo DIRIS Lima Norte?

.....



BIBLIOGRAFÍA

ADHANOM, Tedros

2017 Comentario del 10 de diciembre de 2017"Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Consulta: 20 de diciembre de 2017.

<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

ALCÁZAR, Lorena

2012 Impacto económico de la anemia en el Perú. Acción contra el Hambre. Diciembre de 2012. Primera edición. Lima: GRADE Grupo de Análisis para el Desarrollo. Consulta: 2 de marzo de 2017.

<https://www.grade.org.pe/.../1140-impacto-economico-de-la-anemia-en-el-peru/>

ARTIGAS, Elaine

2013 Programa de capacitación para la participación activa de los actores locales en el desarrollo de Nueva Paz. Editado por la Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso para eumed.net.2013.Consulta 13 de Julio 2018.

<http://www.eumed.net/libros-gratis/2014/1366/#indice>

BOBADILLA, Percy

2017 La gerencia social en la práctica. Análisis de los modelos de gestión de programas y proyectos sociales. Maestría en Gerencia Social, Escuela de Posgrado PUCP Lima.

CAVALIÉ, Françoise

2013 SERVINDI Comunicación intercultural para un mundo más humano y diverso.21/01/2013.Consulta 13 julio de 2018.<https://www.servindi.org/actualidad/80784>

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE UNICEF

2017 Report Card N° 14 de Innocenti. Construir el futuro de los niños y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países ricos. Florencia.Pág.2. Consulta: 26 de setiembre 2017.

<http://repositorio.minedu.gob.pe/handleMINEDU/5468>

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

2017 Auditoría de desempeño de suplementación con micronutrientes a niñas y niños de 6 A 35 meses Enero - 2017 LIMA - PERÚ. Consulta: 10 de febrero de 2017

www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/.2017/Contraloria13012017.d

CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRÁTICO

1993 Fecha de consulta: 22 de Julio 2019.

<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>

DCI ANEMIA

2017 Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 Consulta: 15 de agosto de 2018

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

DELGADO , Luis Rey

2017 Participación Social – Milenio 2017.Fecha de consulta: 22 de Julio 2019
<https://www.milenio.com/opinion/luis-rey-delgado-garcia/para.../participacion-social>

FADU

2019 Actores Sociales. Cursos on line. Fecha de consulta: 22 de Julio 2018.
cursos.fadu.uba.ar/cursos/004/Actoressociales_.doc

FERRITINA ORG.

2015 Ferritina y Condiciones asociadas Lima 05 de mayo 2018 Luis Leiva.
Consulta: 15 de marzo de 2018
<https://www.ferritina.org/anemia-ferropenica/>

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)

2014 Reporte de la mortalidad infantil. División de Programas Three United Nations Plaza, Nueva York, Estados Unidos 2014. Consulta: 31 de mayo 2018.
<https://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>

GALARZA PALOMINO, María de los Ángeles

2013 “Suplementación oral con nutrientes para la prevención de anemia en niños menores de siete años de la Escuela Nuestra Señora de la Elevación de la comunidad de Misquilli de la Parroquia Santa Rosa del periodo 2012 – 2013”. Tesis para optar de título de médico. Consulta: 18 de marzo de 2018
docplayer.es/26646833-Universidad-tecnica-de-ambato-facultad-c...

HUMANIUM

2017 ONG Internacional de apadrinamiento de niños comprometida a acabar con la violación de los derechos infantiles en el mundo. Consulta 31 de mayo 2018.
<https://www.humanium.org>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (INEI / ENDES)

2014 Resultados Preliminares. Lima, setiembre 2014. Consulta 20 de diciembre de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA INEI

2016 Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2007- 2016. Lima-Perú. Consulta: 21 de enero 2017.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../cap04.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA-ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (INEI / ENDES)

2017 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Nacional y Departamental. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consulta : 30 de julio de 2017.

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../index.html

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2017 Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2012-2017 – Primer Semestre. Lima, agosto 2017. Consulta: 2 de setiembre de 2017.

https://proyectos.inei.gov.pe/endes/.../Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_20

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2018 Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2018. Lima, julio 2018. Consulta: 2 de agosto de 2018.

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../index1.html

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS)

2015 Nota Técnica. Anemia en la población infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte. Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP), Centro Nacional de Salud Pública (CNSP) Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Mayo 2015. Consulta: 26 de setiembre de 2017

https://www.academia.edu/.../INSTITUTO_NACIONAL_DE_SALUD_ANEMIA_EN.

JUNCO GUILLERMO, Jorge Eduardo

2016 “Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho”, Tesis para optar el grado de Magister en Gerencia Social. Consulta: 18 de marzo del 2018

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6650>

KRISTENSEN, Alexandria

2011 Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables. Portal de OPS / OMS. Geneva. Consulta: 16 de mayo de 2018.

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2013 Documento Técnico 2013 “Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población infantil”. Consulta: 15 de mayo de 2017.

<https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/handle/INS/227>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2017 Directiva Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP.V.01./Resolución Ministerial “Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses”. Consulta: 10 de febrero de 2018.

bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3931.pdf

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2018 Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia. Lima, julio 2018.

Consulta: 2 de agosto de 2018.

www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf

MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

2013 Guía Técnica: procedimiento para la determinación de hemoglobina mediante hemoglobímetro portátil / Elaborado por Teresa Jordan Lechuga: Lima 2013. Consulta 31 de marzo 2018.

<https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/226>

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

2017 Resolución Ministerial 250-2017-MINSA.Norma Técnica Salud 134 - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas. Consulta: 10 de Junio de 2017.

bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL (MIDIS)

2018 Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, 3 de julio de 2018 “Plan multisectorial de lucha contra la anemia”. Primera edición, octubre 2018.Biblioteca Nacional del Perú. Consulta: 25 de Octubre 2018.

www.midis.gob.pe/dmdocuments/DS_N_068_2018_PCM.pdf

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN MARTÍN DE PORRES

(2011) Plan de desarrollo concertado del distrito de San Martín de Porres al 2021. Lima diciembre 2011. Fecha de consulta: 22 de agosto de 2017.

www.mdsmp.gob.pe/data_files/pdlc_2017-2021_smp.pdf

NACIONES UNIDAS

2015 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Consulta: 13 de julio 2018.

<https://www.un.org/es/udhrbook/index.shtml>

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU)

1998 Declaración Universal de los derechos Humanos” 10 diciembre
Consulta: 08 de diciembre de 2015.

<http://www.filosofia.org/cod/c1948dhu.htm>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2017 Plan Integral Para Reducir Anemia Infantil. Consulta: 31 de mayo de 2018.

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3839:peru-pone-en-marcha-plan-integral-para-reducir-anemia-infantil&Itemid=900

OVIEDO, Gilberto Leonardo.

2004. “La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt”. Revista No 18. Agosto 2004. Pág. 89-96. Consulta: 12 de diciembre de 2017.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2016 Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Consulta: 20 de marzo de 2018.

www.fao.org/3/a-i6747s.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2003 Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra 2003. Consulta: 20 de marzo de 2017.

https://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2016 Anemia ferropénica: Investigación para soluciones. Consulta: 10 de enero de 2017.

<https://www.paho.org> › Inicio › HSS 03.15 Case Studies (Nav. Context)

OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

2015 Objetivos de Desarrollo Sostenible - un.org 25 de septiembre de 2015. Consulta: 21 de diciembre 2017.

www.ods.cr/17-objetivos-de-desarrollo-sostenible/los-odm-sus-logros-y-pendientes

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU)

1948 Declaración Universal de los derechos Humanos. Consulta: 08 de diciembre 2017.

<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO) Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2016 Reporte de: 2017 panorama de la seguridad alimentaria y nutricional sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición 2016-2017. Santiago. Pág.4. Consulta: 25 de agosto de 2017.

www.fao.org/3/a-i6747s.pdf

PROGRAMAS DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD)

2015 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Consulta: 29 de junio de 2017.

<http://www.undp.org/content/peru/es/home/mdgoverview/overview/mdg5/>.

PROPUESTA DEL DESARROLLO HUMANO

2000 La propuesta del desarrollo humano. Bantaba 2000. Segunda sesión. Pág.1 Consulta: 22 de diciembre 2017.

www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Contenidos_2ª_Sesión.pdf?...69107

PLAN OPERATIVO DIRIS LIMA NORTE (POI)

2018 Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte. POI-2018.R.D.N°132 DIRIS-LN. Consulta 15 de marzo de 2018
www.dirislimanorte.gob.pe/.../POI-2018-R.D.-N°-132-DIRIS-LN-Plan-Operativo-Insti.

RED PERUANA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (R-PAN)

2005 Estrategias de promoción de la salud para el desarrollo de intervenciones alimentario nutricionales. Consulta 28 de noviembre 2017.

<http://www.rpan.org/publicaciones/pv003.pdf>

RUBIO, David

2012 “Comunidad y participación social un debate teórico desde la cultura”. Consulta: 22 de Julio 2018.

SOBRINO, Manuel y otros

2014 “Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú tendencias y factores” Consulta: 18 de diciembre de 2017.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/.

UNICEF

2017 Construir el futuro los niños y los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países ricos. Consulta: 31 de mayo de 2018

<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Innocenti-Report->

WORLD HEALTH ORGANIZATION

2015 World Health Organization. The Global Prevalence of Anemia in 2015. Consulta: 31 de mayo de 2018

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf.

ZAVALETA, Nelly y otros

2017 “Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo”. Lima, volumen 34, número 4. Consulta: 15 de febrero 2018