

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

Trabajo de Investigación

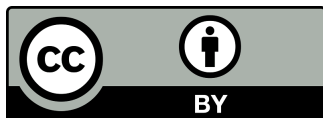
**Análisis, evaluación y propuesta para el fortalecimiento
de las actividades conducentes a la reducción del índice
de anemia infantil en el ámbito de la Microred de Salud
Zamácola del distrito de Cerro Colorado Arequipa en el
periodo 2021-2023**

Henry Gustavo Motta Moreno
Dember Francisco Muñoz Lozada
Victor Andres Taya Machaca

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gerencia Pública

Arequipa, 2022

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Julio Efraín Postigo Zumarán

Dedicatoria

A nuestros familiares y amigos por su apoyo permanente y constante.

A nuestros niños, por su salud y con la confianza que serán nuestro gran futuro.

Agradecimiento

Con profundo cariño y respeto, nuestros más sinceros agradecimientos a nuestros docentes, a nuestro asesor y al personal de la Universidad Continental – Sede Arequipa.

Indice

Asesor.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Indice de Tablas.....	viii
Índice de Figuras	x
Indice de Gráficos	xi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Introducción	xiv
Capítulo I Generalidades.....	17
1.1. Antecedentes	17
1.2. Identificación de la realidad-problema	29
1.2.1. Problemática a nivel mundial	29
1.2.2. Problemática a nivel latinoamericano.....	30
1.2.3. Problemática a nivel nacional	30
1.2.4. Situación de la anemia infantil en el Perú	34
1.2.5. Diagnóstico de la realidad problema	42
1.2.6. Problemas institucionales	44
1.3. Justificación del Trabajo de Investigación.....	45
1.3.1. Justificación práctica.....	45
1.3.2. Justificación social	46
1.3.3. Justificación teórica.....	46
1.3.4. Justificación económica	47
1.3.5. Justificación metodológica	47
1.4. Propósito del Trabajo de Investigación	47
1.5. Aspectos metodológicos.....	48
1.6. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación	48
1.6.1. Alcances	48
1.6.2. Limitaciones de la investigación.....	48
Capítulo II Marco Teórico	50
2.1. Investigaciones Previas.....	50
2.2. Bases Teóricas.....	57

2.2.1. Anemia	57
2.2.2. Anemia Ferropénica.....	64
2.3. Modelo Conceptual de la Anemia	67
2.3.1. Factores causales de la anemia.....	67
2.3.2. Factores determinantes.	75
2.4. Políticas e Intervenciones gubernamentales.	82
2.5. Plan de Intervención en el Perú.....	85
Capítulo III El Diagnóstico	88
3.1. Determinación del problema.....	88
3.1.1. Árbol de Problemas y de Causas.....	88
3.1.2. Sustento de evidencias	92
3.2. Análisis Organizacional	100
3.2.1. La Organización.....	100
3.2.2. Análisis Interno	111
A. Subsistema: Razón de ser.....	111
B. Subsistema Tecnológico.....	119
C. Subsistema Estructural.....	120
D. Subsistema Psicosocial	125
E. Subsistema Gestión	128
3.2.3. Entorno Organizacional	129
A. Entorno Inmediato	129
B. Entorno Intermedio	131
C. Tendencias Globales.....	133
3.2.4. Alianzas Estratégicas.....	140
3.3. Análisis de Stakeholders	141
Capítulo IV La Formulación	143
4.1. Determinación de Objetivos y Medios	143
4.1.1. Árbol de Objetivos y Medios	143
4.1.2. Sustento de evidencias	146
4.2. Análisis de Alternativas	150
4.3. Productos	159
4.4. Actividades.....	160
Capítulo V La Propuesta De Implementación	164

5.1. Descripción de la propuesta de implementación.....	164
5.1.1. Objetivo General	164
5.1.2. Objetivos Específicos.....	164
5.1.3. Estrategias.....	164
5.2. Identificación de Recursos Críticos.....	166
5.2.1. Comunicación Estratégica	166
5.2.2. Incidencia de Stakeholders	167
5.2.3. Recursos Humanos	168
5.2.4. Recursos Financieros	168
5.2.5. Recursos Logísticos.....	168
5.2.6. Recursos Tiempo.....	169
5.3. Arquitectura Institucional	169
5.4. Metas Periodo de 3 años.....	170
Capitulo VI Análisis de Viabilidad	183
6.1. Análisis de viabilidad	183
6.1.1. Viabilidad Política	183
6.1.2. Viabilidad Técnica.....	184
6.1.3. Viabilidad Social	185
6.1.4. Viabilidad Presupuestal	186
6.1.5. Viabilidad Operativa.....	188
6.2. Análisis de viabilidad según análisis de actores	188
6.3. Análisis de viabilidad según evaluación estratégico gerencial	189
6.3.1. Generación de valor público	189
Capitulo VII Seguimiento.....	192
7.1. Desarrollo de indicadores de seguimiento.....	192
7.2. Desarrollo de indicadores de resultado	198
Conclusiones	201
Recomendaciones	204
Referencias Bibliográficas.....	206
Anexos.....	238
Anexo N° 01: Establecimientos De Salud Que Adecuan Y Fortalecen Sus Servicios De Admisión, Triage Y Archivo.....	238

Anexo N° 02: Establecimientos de salud que adecuan su oferta de servicios de salud con las necesidades de la población	317
Anexo N° 03: Establecimientos de salud que cuentan con personal capacitado en salud comunitaria y manejo de la anemia.....	337
Anexo N° 04: Establecimientos de salud que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes.....	345
Anexo N° 03: Fluxograma de atención de niñas y niños menores de 5 años en la prestación de crecimiento y desarrollo – cred	367
Anexo N° 04: Fichas técnicas de los indicadores de evaluación	368
Anexo N° 05: Establecimientos de salud que proveen atención a niños con anemia, parasitosis intestinal, edas, iras y vacuna completa para la edad	447
Anexo N° 06: Establecimientos de salud que familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses.....	636
Anexo N° 07: Establecimientos de salud que amplían su oferta de servicios con equipos itinerantes y telesalud	668
Anexo N° 08: Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas	693
Anexo N° 09: Evaluación de los indicadores de seguimiento, resultado e impacto propuestos	716

Índice de Tablas

Tabla 1 Prevalencia de anemia en los Países de Latinoamérica y del Caribe en niños menores de 5 años - 2016	18
Tabla 2 Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 59 meses. Perú 1996 - 2020	20
Tabla 3 Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 36 meses. Perú 2000 – 2020	22
Tabla 4 Departamentos con mayor Índice de Prevalencia de anemia en niños de 5 a 36 meses. Perú 2019	39
Tabla 5 Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses en el departamento de Arequipa - I semestre 2017.....	41
Tabla 7 Intervenciones Preventivas de la Anemia según Ciclo de Vida	83
Tabla 8 Intervenciones Priorizadas en el Plan Nacional desde el Ministerio de Salud en el Marco del Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal.....	87
Tabla 9 Causa Directa – Inadecuada Oferta de Servicios de Salud.....	92
Tabla 10 Causa Indirecta – Deficiente Organización de los Servicios de Admisión, Triage y Archivo (HC)	93
Tabla 11 Causa Indirecta – Deficiente Sistema de gestión de citas y registro de usuarios.....	93
Tabla 12 Causa Indirecta – Deficiente Gestión de Recursos Humanos	94
Tabla 13 Causa Directa – Débil implementación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas en el Plan de Control y Reducción de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil	95
Tabla 14 Causa Indirecta – Bajas Coberturas en Intervenciones Preventivo-Promocionales en niños y gestantes (CRED, CPN, suplemento de MMN, tamizaje de Hemoglobina)	95
Tabla 15 Causa Indirecta – Niños y niñas con enfermedades prevalentes de la infancia sin atención oportuna	97
Tabla 16 Causa Indirecta – Actividades Extramurales Ausentes	98
Tabla 17 Causa Indirecta – Desabastecimiento de insumos críticos.....	99
Tabla 18 Centros Poblados del Distrito de Cerro Colorado.....	102

Tabla 19 Indicadores Poblacionales del Distrito de Cerro Colorado para el Año 2012	105
Tabla 20 Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola	106
Tabla 21 Recursos Humanos de la Microred de Salud Zamácola.....	107
Tabla 22 Afiliados al Seguro Integral de Salud en la Microred de Salud Zamácola	108
Tabla 23 Primeras 10 Causas de Morbilidad General de la Microred de Salud Zamácola	110
Tabla 24 Primeras 10 Causas de Morbilidad en Niños de la Microred de Salud Zamácola	110
Tabla 26 Identificación de Actores	142
Tabla 27 Medio Directo - Oferta adecuada de Servicios de Salud a la población	150
Tabla 28 Medio Directo - Adecuada implementación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas en el Plan Nacional de Control y Reducción de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil.....	151
Tabla 29 Análisis y Selección de las Alternativas de Intervención	157
Tabla 30 Transición de las Alternativas a los Productos	159
Tabla 31 Metas Periodo de 3 años. Relación entre Objetivos, Productos y Actividades.....	170
Tabla 32 <i>Análisis MACTOR</i> - Posicionamiento de los actores respecto a los productos propuestos en el Plan de Gestión	188

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Causal de la Anemia en el Perú.....	77
Figura 2. Árbol de Problemas y Causas	90
Figura 3. Ubicación Geográfica de la Microred de Salud Zamácola	101
Figura 4. Flujograma de atención del niño prematuro y/o bajo peso al nacer con anemia	114
Figura 5. Flujograma de atención del niño de 6 meses a 11 años de edad con anemia	115
Figura 6. Flujograma de atención del niño prematuro y/o bajo peso al nacer sin anemia	116
Figura 7. Flujograma de atención del niño a término y/o buen peso al nacer sin anemia	117
Figura 8. Flujograma de atención del niño de 6 a 35 meses de edad sin anemia	118
Figura 9. Árbol de Objetivos y Medios	145

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 59 meses. Perú 1996 - 2020	20
Gráfico 2. Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 6 a 59 meses Arequipa 2008 - 2015	21
Gráfico 3. Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 36 meses. Perú 2000 - 2020	22
Gráfico 4. Proporción de niños y niñas con anemia de 6 a 35 meses. Perú 2010 - 2020	23
Gráfico 5. Proporción de niños y niñas con anemia de 6 a 11 meses. Perú 2010 - 2019	24
Gráfico 6. Proporción de niños y niñas con anemia de 6 a 35 meses. Arequipa 2010 - 2020	24
Gráfico 7. Prevalencia de anemia en niños y niñas por provincia en la región Arequipa 2015	25
Gráfico 8. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses. Perú 2007 - 2020.....	34
Gráfico 9. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses según zona de residencia. Perú 2007-2020	35
Gráfico 10. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses según región natural. Perú 2009 – 2020.....	35
Gráfico 11. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses según quintiles de pobreza. Perú 2009-2020	36
Gráfico 12. Variación en la Proporción de anemia en niños de 6 a 35 meses por departamentos años 2017- 2020	38
Gráfico 13. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses Arequipa 2009 - 2020.....	40
Gráfico 14. Pirámide Poblacional de la Microred de Salud Zamácola	103
Gráfico 15. Recursos Humanos de la Microred de Salud Zamácola.....	108
Gráfico 16. Pirámide Poblacional de Afiliados SIS en la Microred De Salud Zamácola	109

Resumen

El presente plan de gestión se ha presentado con la finalidad de abordar un problema de salud pública latente como es la anemia infantil, con el objetivo de implementar mejoras en la gestión de los procesos sanitarios y administrativos a nivel de los establecimientos de salud, que permitan la reducción de los índices de anemia en la población menor de 36 meses.

Se realizó un análisis de la situación de la anemia infantil en el Perú y en la región arequipa, así mismo, se revisó información respecto a la implementación de las intervenciones sanitarias priorizadas propuestas en el contexto del plan nacional de control de la anemia, encontrándose diversos nudos críticos que han limitado alcanzar las metas propuestas a nivel nacional, regional y local.

Para lograr la reducción y control de la anemia infantil, el presente plan de gestión plantea intervenir con acciones específicas tales como: fortalecimiento de los servicios de salud, capacitación del personal de salud, atención integral del niño y la gestante, promoción de prácticas saludables y aseguramiento de insumos críticos para la prestación adecuada y oportuna de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Palabras clave: gestión pública, programa presupuestal 0001 articulado nutricional, programa presupuestal 0002 materno neonatal, anemia infantil, prácticas saludables, insumos críticos, intervenciones sanitarias priorizadas.

Abstract

This management plan has been presented in order to address a latent public health problem such as childhood anemia, with the aim of implementing improvements in the management of health and administrative processes at the level of health establishments, which allow the reduction of anemia rates in the population under 36 months of age.

An analysis of the situation of childhood anemia in Peru and the Arequipa region was carried out; likewise, information was reviewed regarding the implementation of the prioritized health interventions proposed in the context of the national plan for anemia control, finding various critical nodes that have limited the achievement of the proposed goals at the national, regional and local levels.

To achieve the reduction and control of childhood anemia, this management plan proposes to intervene with specific actions such as: strengthening of health services, training of health personnel, comprehensive care of children and pregnant women, promotion of healthy practices and assurance of critical inputs for the adequate and timely provision of prioritized health interventions.

Keywords: public management, budget program 0001 nutritional articulate, budget program 0002 maternal neonatal, infant anemia, healthy practices, critical supplies, priority health interventions.

Introducción

El presente trabajo de investigación aborda uno de los problemas de salud pública más graves en el Perú y el mundo, como es la anemia infantil, la OMS (2017), señala que “la anemia es un problema de salud pública grave cuando el nivel de anemia de una población es superior al 40%”.

Los reportes a nivel mundial nos señalan que “la prevalencia de anemia en niños pre-escolares se encuentra alrededor del 47.4% lo que representa aproximadamente 293 millones de niños” (WHO-CDC, 2008).

En el Perú, según datos del INEI, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses no se ha reducido sustancialmente desde el año 2012, donde se tuvo una prevalencia del 44.5% hasta el año 2018 donde la prevalencia fue del 43.5% (INEI,2019), para el año 2019 se cerró con un valor de 40.1% (INEI,2020). Arequipa logro reducir la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses de 44.5% en el año 2016 a 33.9% en el año 2019 (INEI, 2020).

El Ex Presidente de la República Pedro Pablo Kuczynski, en su mensaje a la Nación, al asumir su mando, el 28 de julio del 2016 señalo que “el Gobierno Peruano tiene el deseo de simplificar y hacer más eficiente los servicios de salud”, “eliminar la anemia en niños” y “que todo niño tenga acceso al control de su salud y a su vacunación completa”. (Kuczynski, 2016). Para ello, el 14 de diciembre del 2016, en la ciudad de Lima se firmó el Acta de acuerdos y compromisos en el marco de la Reunión Técnica Plan Nacional para la reducción de la anemia 2017-2021, con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud, funcionarios de los Gobiernos Regionales y Responsables de las GERESAS/DIRESAS y de las Estrategias Sanitarias Nacionales, donde se señala la necesidad de la Aprobación del Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021, y que los Gobiernos Regionales adecuen e implementen los Planes Regionales de Reducción de la anemia 2017-2021 alineados al Plan Nacional (MINSA, 2016).

La reducción de problemas sanitarios prevenibles y evitables y el garantizar que la población acceda a una atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable, son dos de los ejes estratégicos de las Políticas Públicas en el Sector Salud, basadas en el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2021 (MINSA, 2007).

En el mensaje a la nación del 28 de julio del 2011, el ex Presidente Ollanta Humala, afirmó: “Reforzaremos la atención primaria en salud en los distritos más pobres del Perú” (Humala, 2011), y en el mes de agosto del 2011, el Jefe del Gabinete Ministerial, Sr. Salomón Lerner Ghitis, durante la presentación del Consejo de Ministros ante el Congreso de la República planteó como Política de Estado: “Fortalecer el primer nivel de atención y los mecanismos de aseguramiento de las personas más pobres del país” (Lerner, 2011).

El ex Presidente Martín Vizcarra también remarcó la necesidad de enfrentar a la anemia de manera multisectorial, durante el lanzamiento de la campaña “Amor de Hierro” señaló lo siguiente: “La meta es que al 2021 podamos bajar la anemia a menos del 20 por ciento, si lo hacemos juntos y de manera perseverante vamos a lograrlo y esa será la mejor herencia para nuestros hijos, una vida sana que pueda llevarse adelante sin limitación” (ANDINA, 2018), en alusión a la participación de hasta 15 Ministerios en el cumplimiento del Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica.

El presente trabajo de investigación se origina en la observación de elevados índices de anemia infantil en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola, cuyos Establecimientos de Salud muestran una frágil organización, no han logrado articularse para conformar una red de salud funcional, su desempeño dista mucho de lo óptimo esperado, y fundamentalmente no cumple con la premisa principal de ser “la puerta de entrada” al sistema de salud. Además, la oferta de servicios aún mantiene la tendencia tradicional de centrarse en el aspecto recuperativo intramural, y el personal de salud, que se encuentra distribuido en forma inequitativa entre los Establecimientos de Salud de la Microred, no se encuentran sensibilizados y adheridos con el nuevo modelo de atención integral y no cumplen

de manera adecuada con implementar las actividades contempladas en el plan nacional.

La presente investigación presentada para optar el grado académico de MAGISTER EN GERENCIA PÚBLICA, tiene como propósito el mejorar la gestión de las actividades de salud, hoy con mayor énfasis en el contexto de la pandemia de la Covid 19, que contribuyan a la reducción de los índices de anemia en niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola del Distrito de Cerro Colorado, eliminando o mitigando el impacto que la anemia causa en su salud física y mental y con ello permitir a los niños y niñas un desarrollo y crecimiento adecuados, con el mejor aprovechamiento de sus capacidades que los conduzcan en el futuro a gozar de una adecuada calidad de vida y ser ciudadanos que contribuyan activamente con el desarrollo de la sociedad en su conjunto.

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes

Zavaleta y Astete-Robilliard señalan que “la anemia es altamente prevalente en el mundo, afecta a casi la mitad de los niños menores de cinco años, y a una tercera parte de las gestantes. En países de bajos y medianos ingresos, como el Perú, se estima que la causa principal de la anemia es la deficiencia de hierro. La anemia es la etapa más severa de la deficiencia de hierro en el individuo”, mencionan también que “los niños menores de dos años son particularmente vulnerables a la anemia, por su elevada velocidad de crecimiento y altos requerimientos de hierro, a lo que se suma las dietas bajas en hierro, mayores pérdidas de hierro por la presencia de parásitos, el bajo peso al nacer y episodios frecuentes de infecciones diarreicas” (2017).

La anemia infantil en el Perú es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto que tiene la anemia en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental (Alcázar, 2012), “Existen muchos estudios y revisiones sobre cómo esta carencia en los infantes impacta negativamente en el desarrollo psicomotor y, a pesar de corregirse la anemia, los niños con este antecedente presentan, a largo plazo, un menor desempeño en las áreas cognitiva, social y emocional” (Zavaleta y Astete-Robilliard, 2017).

A nivel mundial, la anemia y la desnutrición crónica infantil también son un problema de salud pública severo, la Organización Mundial de la Salud a través de su Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales ha brindado cifras de prevalencia de anemia infantil en niños pre-escolares de cada una de las regiones de la OMS poco halagadoras. Así, en este informe

se reporta que “la anemia afecta al 47.4% de los niños en edad pre-escolar, lo que equivale a 293 millones de niños en todo el mundo” (WHO, s.f.).

De Benoist et.al., reportaron prevalencias de anemia infantil en niños pre-escolares para cada región de la OMS en el periodo de 1993 - 2005 con los siguientes valores: África 67.6%, Américas 29.3%, Asia Sudoriental 65.5%, Europa 21.7%, Mediterráneo Oriental 46.7% y Pacífico Oriental 23.1%. (WHO-CDC, 2008).

Para Latinoamérica y el Caribe, se señala que la cifra de niños con anemia se estima en 22.5 millones y que la mayoría de ellos se encuentra en el grupo de niños entre 6 y 24 meses de edad. (Soteras, 2012).

El Banco Mundial ha publicado cifras de la prevalencia de anemia en la infancia y señala para el año 2016 el valor de 41.7% a nivel mundial (Grupo Banco Mundial, s.f.), esta misma organización presenta documentos donde recopila información sobre los niveles de anemia en niños y muestra las cifras de prevalencia de anemia infantil para niños menores de 5 años y que se resumen en la Tabla N° 1 para las Américas (Grupo Banco Mundial, 2020).

Tabla 1

Prevalencia de anemia en los Países de Latinoamérica y del Caribe en niños menores de 5 años - 2016

País	Prevalencia de Anemia
Argentina	22.20%
Bolivia	46.90%
Brasil	25.10%
Chile	20.00%
Colombia	26.60%
Ecuador	27.70%
Paraguay	25.70%
Perú	31.90%
Uruguay	23.10%
Venezuela	30.00%
Costa Rica	28.70%
Cuba	29.30%
El Salvador	30.60%

País	Prevalencia de Anemia
Guatemala	36.50%
Haití	58.20%
Honduras	31.40%
Panamá	28.70%
Nicaragua	29.20%
Puerto Rico	28.40%

Fuente: Adaptado de datos obtenidos de página web del Grupo Banco Mundial.

<http://api.worldbank.org/v2/es/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS?downloadformat=excel>

Iglesias et.al. (2019), presentan una revisión de estudios de diversos países en la región, los más recientes, que incluyen los resultados de datos provenientes de fuentes gubernamentales muestran prevalencias de anemia infantil de 33.3% en Perú (2017), 53.7% en Bolivia (2017), 32.44% en Guatemala (2017), 26.9% en México (2018) y 33.0% en Uruguay (2018).

La anemia en los niños menores de 5 años es muy prevalente en el Perú. Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES), nos señala que para el año 2019, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses fue del 29.5%, con una reducción de 3.3 puntos porcentuales en relación al año 2018, donde el valor de la prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses fue del 32.8% (INEI, 2020) y una reducción de 20.1 puntos porcentuales si se compara con la cifra obtenida en el año 2000, donde se tuvo un valor de 46.2% de niños menores de cinco años con anemia (INEI, 2020).

Además, la anemia infantil en niños menores de cinco años ha disminuido sustancialmente en los niños de la zona urbana, en contraste con los niños que habitan en la zona rural de nuestro país, para el año 2019, 37.9% de niños de la zona rural padecieron de anemia contra 29.5% que la padecieron en la zona urbana. (INEI, 2019).

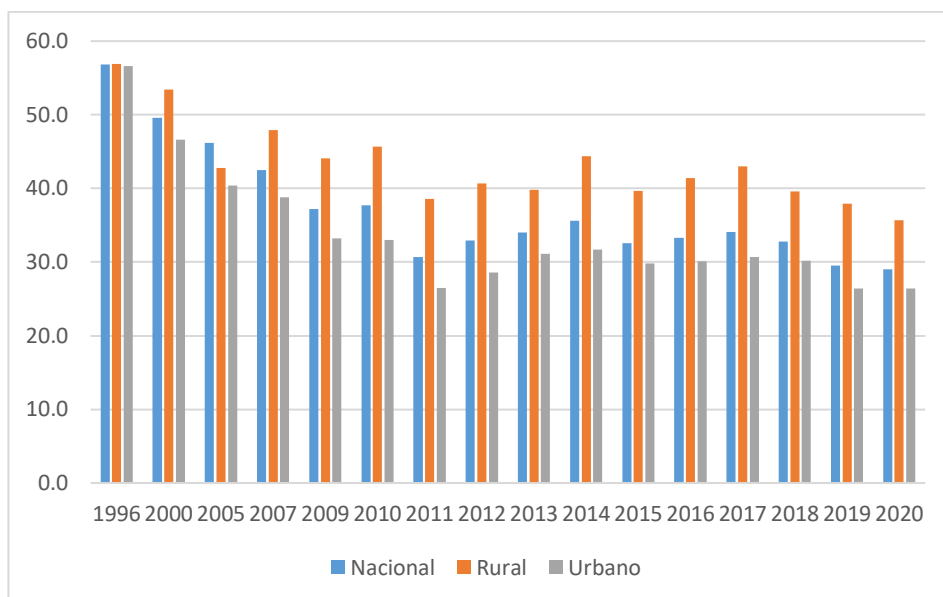


Gráfico 1. Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 59 meses. Perú 1996 - 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

Tabla 2

*Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 59 meses.
Perú 1996 - 2020*

Año	Nacional	Rural	Urbano
1996	56.8	56.9	56.6
2000	49.6	53.4	46.6
2005	46.2	42.8	40.4
2007	42.5	47.9	38.8
2009	37.2	44.1	33.2
2010	37.7	45.7	33
2011	30.7	38.6	26.5
2012	32.9	40.7	28.6
2013	34	39.8	31.1
2014	35.6	44.4	31.7
2015	32.6	39.7	29.8
2016	33.3	41.4	30.1
2017	34.1	30.7	30.2
2018	32.8	43	39.6
2019	29.5	37.9	26.4
2020	29	35.7	26.4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

En el año 1996, “la prevalencia era similar para los niños de la zona urbana (56.6%) que para la zona rural (56.9%) del país. En el año 2000, la reducción en la prevalencia de anemia fue de casi 10 puntos porcentuales para la zona urbana (de 56.6% a 46.6%) y de solo un poco más de 3 puntos porcentuales en la zona rural (de 56.9% a 53.4%). Esta tendencia de una reducción progresiva de menor magnitud para el ámbito rural se ha mantenido para todos los años estudiados por la ENDES” (INS, 2015. p. 9-11).

A nivel de la Región Arequipa, la prevalencia de anemia infantil en los niños de 6 a 59 meses de edad, también ha mostrado una disminución desde el año 2008 con un valor del 36.9% a 31.2% en el año 2015, que para el año 2016 subió a 33.3%, encontrándose por debajo de la media nacional, con excepción del año 2009, tal como puede apreciarse en el Gráfico 2, Arequipa se sitúa en el puesto N° 11 en el ranking nacional de las regiones con menor prevalencia de anemia infantil en niños menores de cinco años, para el año 2016 (GERESA-DESP, 2017).

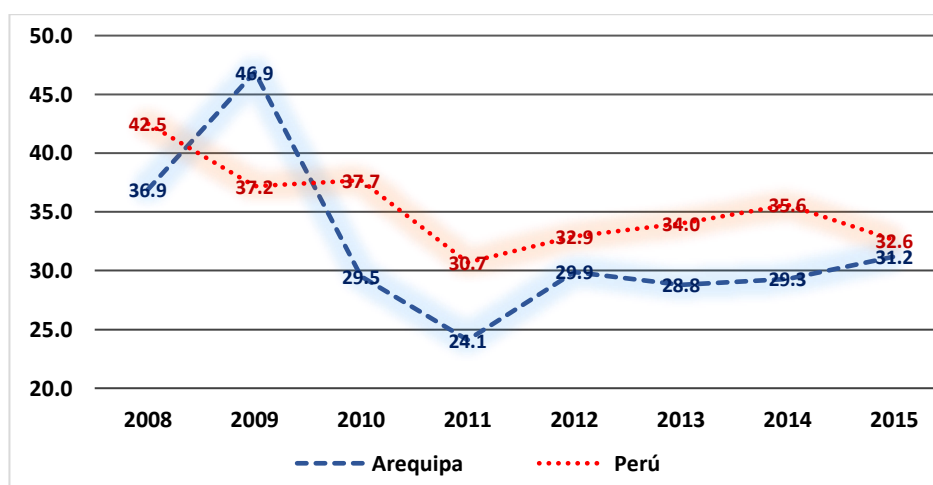


Gráfico 2. Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 6 a 59 meses Arequipa 2008 - 2015

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

Si bien los datos señalados anteriormente nos muestran que la prevalencia de anemia en la población infantil (menores de 5 años) evidencia una

disminución en el tiempo, el análisis de los datos en niños y niñas de 6 a 36 meses muestra una realidad diferente, con una prevalencia de anemia que se ha mantenido relativamente estable en el tiempo.

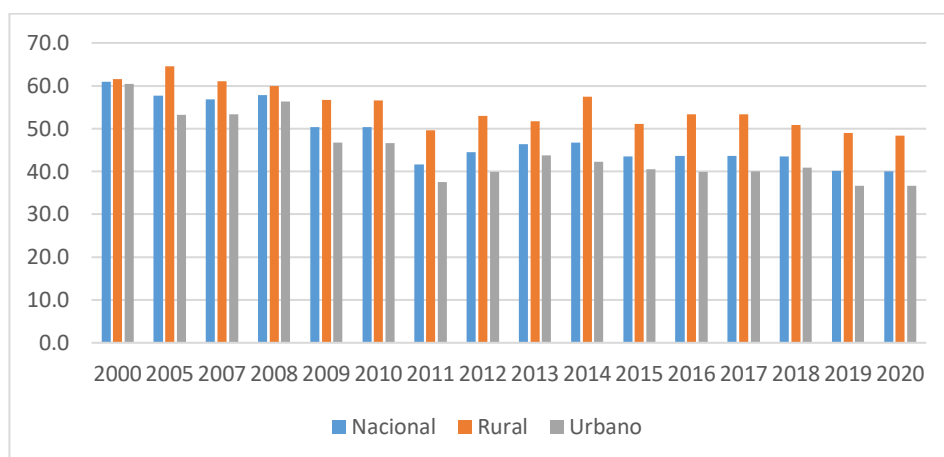


Gráfico 3. Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 36 meses. Perú 2000 - 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

Tabla 3

Prevalencia de anemia infantil en niños/niñas de 6 a 36 meses.

Perú 2000 – 2020

Año	Nacional	Rural	Urbano
2000	60.9	61.6	60.4
2005	57.7	64.5	53.2
2007	56.8	61.0	53.3
2008	57.8	60.0	56.3
2009	50.4	56.7	46.8
2010	50.3	56.6	46.6
2011	41.6	49.6	37.5
2012	44.5	53.0	39.9
2013	46.4	51.7	43.8
2014	46.8	57.5	42.3
2015	43.5	51.1	40.5
2016	43.6	53.4	39.9
2017	43.6	53.3	40.0
2018	43.5	50.9	40.9
2019	40.1	49.0	36.7
2020	40.0	48.4	36.7

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

En el análisis de los Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales del año 2019, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses tuvo una disminución del 3.4% en el año 2019 comparado al año 2018. Pero se mantiene prácticamente igual en el 2020 (40.0%). Siendo también más frecuente en el área rural (48.4%) que en el área urbana (36.7%). (INEI, 2021).

En relación a la prevalencia de anemia en el grupo de niños y niñas menores de 36 meses en la Región Arequipa, se observa una tendencia a la disminución desde el año 2009 (59.0%) hasta el año 2011 (36.7%), seguida de una meseta en los años 2013-2014 (39.2% y 39.4% respectivamente) y luego una tendencia al alza en los años 2015-2016 con valores de 42.0% y 44.5% respectivamente (GERESA-DESP, 2017). En la región Arequipa se ha logrado una reducción en el Índice de Anemia Infantil del 4.5% en el año 2019 (33.9%) comparado con el valor de 38.4% obtenido en el año 2018. (INEI, 2020), pero con un incremento de 6.7% en el año 2020 (40.2%). (INEI, 2021).

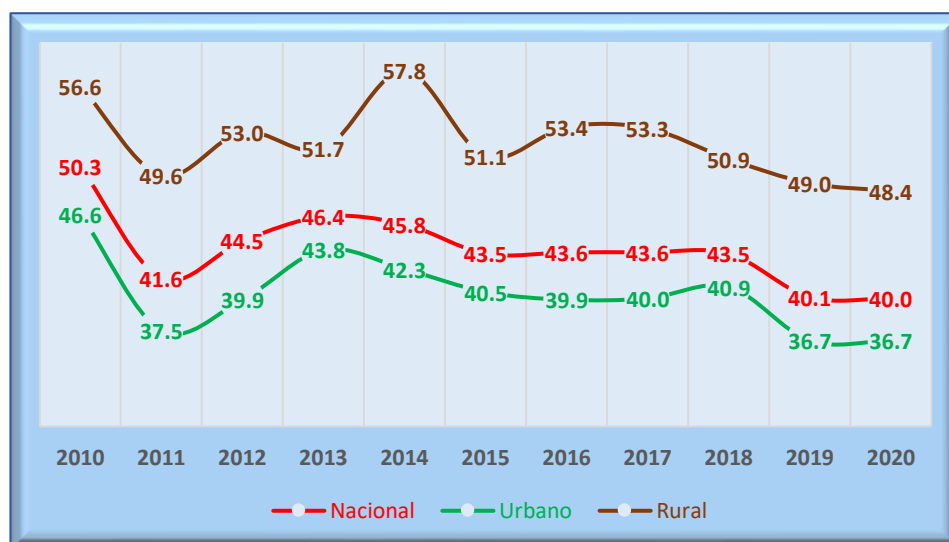


Gráfico 4. Proporción de niños y niñas con anemia de 6 a 35 meses. Perú 2010 - 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

La situación observada en los niños entre 6 y 11 meses es más crítica, pues en este grupo de edad el índice de anemia infantil es más elevado y refleja su mayor vulnerabilidad y aquí es donde se debe concentrar la mayor parte de actividades que conduzcan a resolver este problema de salud pública, según la ENDES la prevalencia de anemia en niños de 6 a 11 meses en el año 2019, alcanzo el 59.0% (INEI, 2020).

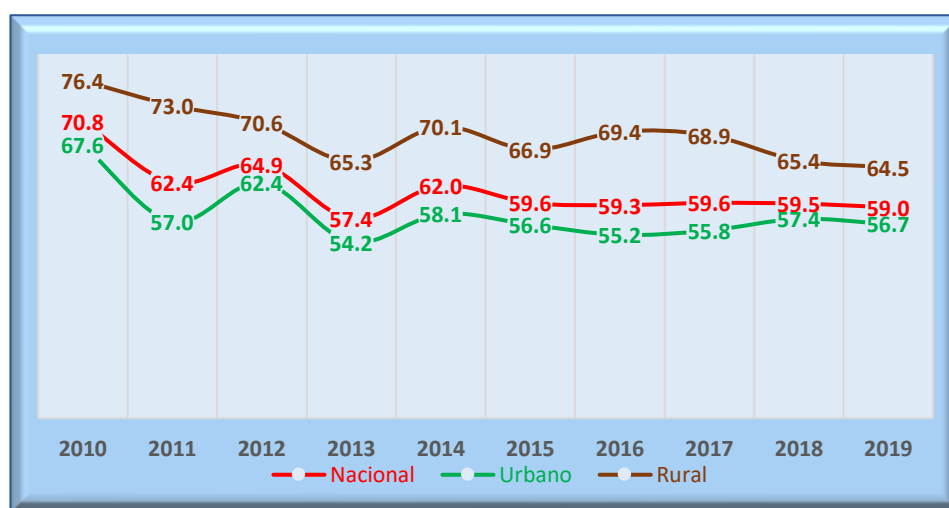


Gráfico 5. Proporción de niños y niñas con anemia de 6 a 11 meses. Perú 2010 - 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI



Gráfico 6. Proporción de niños y niñas con anemia de 6 a 35 meses. Arequipa 2010 - 2020

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI

La Gerencia Regional de Salud Arequipa, en el análisis de la información recolectada con el Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño (SIEN), ha señalado que para el año 2015, la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años en cada una de las provincias de la Región Arequipa fueron las siguientes: Arequipa 46.3%, Caylloma 63.6%, Castilla 56.9%, Camaná 29.9%, Condesuyos 62.9%, La Unión 56.2%, Caravelí 39.7% e Islay 35.3%. El distrito de Cerro Colorado, donde está ubicada la Microred de Salud Zamácola, muestra una prevalencia de anemia en niños menores de cinco años de 35.7%, mientras que los distritos adyacentes como Cayma 46.9%, Yura 50.6%, Yanahuara 55.2% y Arequipa (cercado) 50.0% (Gerencia Regional de Salud Arequipa, 2016).

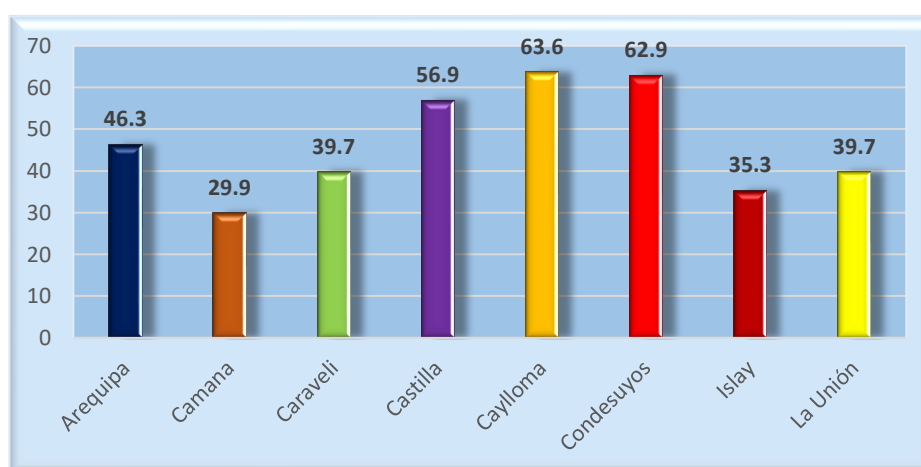


Gráfico 7. Prevalencia de anemia en niños y niñas por provincia en la región Arequipa 2015

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño menor de cinco años y gestantes –SIEN. (Gerencia Regional de Salud Arequipa, 2016)

Entre los factores asociados con alta prevalencia de anemia en la población infantil podemos mencionar el área de residencia siendo más frecuente en el área rural que en el área urbana, pertenecer a población de los quintiles de pobreza, el consumo de agua no segura y la proveniente de otras fuentes distintas a la provista por la red de servicio público, la lactancia mixta u otra

diferente a la lactancia materna, ablactancia inadecuada y la no administración de suplementos de hierro entre otras.

Las políticas de salud nacionales han apuntado a la reducción de la anemia mediante diversas acciones, entre las cuales podemos mencionar las siguientes:

- Compromiso intersectorial e intergubernamental para promover el desarrollo infantil temprano, en el marco de la estrategia “Incluir para Crecer” (Lamay-Cusco), (MIDIS, 2013).
- Lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición saludable – RM N° 208-2011/MINSA, (MINSA, 2011).
- Implementación de planes sectoriales y multisectoriales
 - ✓ Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y de la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, RM N° 249-2017/MINSA, (MINSA, 2017).
 - ✓ Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en el Perú 2016-2020, RM N° 495-2016/MINSA, (MINSA, 2016).
 - ✓ Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013 – 2021. DS N° 012-2013-SA, (MINSA, 2013).
- Mejorando e incrementando el acceso de la población a los servicios de salud a través de:
 - ✓ Extensión de la cobertura de acceso al Seguro Integral de Salud (SIS) a las gestantes y niños menores de 5 años, priorizando a los menores de 3 años, según lo señalado en el D.L. N° 1164. (SIS, 2013)
 - ✓ Aprobación de la NT de Salud Materna que establece el pinzamiento tardío del cordón umbilical en todos los EESS que atienden partos aprobada por RM N° 827-2013/MINSA (MINSA, 2013) y modificada por la RM N° 159-2014/MINSA (MINSA, 2014) y la NT de Salud Neonatal, (MINSA, 2013).
 - ✓ Incremento del acceso de las gestantes al Control prenatal en el primer trimestre con exámenes auxiliares completos,

- introduciendo uso de tecnología (pruebas rápidas: VIH, Sífilis e Infección Urinaria), (MINSA, 2013).
 - ✓ Universalización de manera progresiva de la suplementación con hierro y otros micronutrientes a niños menores de 3 años, RM 055-2016/MINSA, (MINSA, 2016).
 - ✓ Actualizando la Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, RM N° 250-2017/MINSA, (MINSA, 2017).
 - ✓ Actualizando la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años, RM N° 537-2017/MINSA (MINSA, 2017) y la Norma Técnica del Esquema Nacional de Vacunación, RM N° 651-2016/MINSA, (MINSA, 2016).
- Se vienen desarrollando diferentes mecanismos de incentivos para estimular el desempeño y logro de resultados:
 - ✓ Convenios de Gestión con los Gobiernos Regionales para el cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y mejoras del servicio, en el marco del DL N° 1153, ejecutado por el Ministerio de Salud, (MINSA, 2017).
 - ✓ Convenios entre el SIS y los Gobiernos Regionales para el financiamiento de los servicios o prestaciones de salud en el primer nivel de atención, que garantice la cobertura de atención en el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y la suplementación con multimicronutrientes (MMN) de manera oportuna, completa y de calidad en los EESS a los niños y otros de salud materna, (SIS, 2017).
 - ✓ Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de resultados sociales (FED) liderado por el MIDIS en coordinación con el MEF, (GERSA, 2017).
- Implementaciones de diversas Estrategias Educativas - Comunicacionales:

- ✓ Para mejorar conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer, familia y comunidad para el cuidado de la mujer en edad fértil, gestantes, puérperas y de los recién nacidos.
- ✓ Para mejorar las prácticas de alimentación y nutrición en gestantes y niños menores de 3 años y promover el cuidado de su salud en el marco de “Nutriwawa” y de la Campaña “Papeao y Apapachao”.

Lamentablemente se han mantenido vigentes diversos nudos críticos que han limitado significativamente el avance en la reducción de la anemia infantil:

- Demoras en la adquisición y distribución de los multimicronutrientes (MMN) y sulfato ferroso en sus diversas presentaciones, configurando un potencial desabastecimiento.
- Definición de metas de distribución de multimicronutrientes (MMN) muy bajas en relación con las necesidades de cobertura universal.
- Desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios sobre las normas técnicas vigentes y su aplicación para la reducción y control de la anemia materno infantil.
- Debilidades en la promoción y consejería, en particular en el espacio de atención del CRED, así como en la adaptación cultural de los mensajes.
- Aun débil atención al fortalecimiento institucional de los niveles locales y regionales de gobierno.
- Dificultades para hacer uso del Padrón Nominal provisto por los Gobiernos Locales como referente para ubicar a la población infantil y brindarles el paquete de atención integral con énfasis en las vacunas, CRED y suplementación con MMN.
- Organizaciones sociales de base y ciudadanía poco organizada y alejada de los Establecimientos de Salud.
- Personal de salud desmotivado y con poca sensibilización para la implementación del nuevo modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad.

A nivel del Distrito de Cerro Colorado y específicamente en el área jurisdiccional de la Microred de Salud Zamácola, se replican las tendencias estadísticas señaladas en los párrafos anteriores sobre prevalencia de anemia infantil, así como también como también de los nudos críticos ya señalados.

1.2. Identificación de la realidad-problema

1.2.1. Problemática a nivel mundial

La anemia es un problema de salud pública a nivel mundial, algunos reportes señalan que en el mundo hay más de 4.000 millones de personas con déficit de hierro, y existe un estimado que el 15% de la población mundial padece anemia ferropénica (Soteras, 2018).

La OMS, según sus más recientes proyecciones, estima que “la anemia afecta a aproximadamente a 800 millones de niños y mujeres” (OPS-OMS, s.f.). Para el año 2011, se estimaba que más de 270 millones de niños eran anémicos en todo el mundo (WHO,2015). Las regiones más afectadas son el África con una prevalencia en niños en edad preescolar del 67.6% y Asia Sudoriental con una prevalencia del 65.5% (OPS-OMS, s.f.).

La población infantil es considerada como altamente vulnerable a presentar anemia, en especial en el grupo de niños y niñas entre 6 a 24 meses, la mayoría de ellos presentan anemia causada por déficit de hierro, originadas por características propias de la edad como son la elevada velocidad de crecimiento y los altos de requerimiento de hierro, agudizados por problemas como la presencia de dietas bajas en hierro, pérdida de hierro por episodios de infecciones diarreicas frecuentes bacterianas y parasitarias (Zavaleta y Astete-Robilliard, 2017).

La anemia tiene una repercusión importante sobre la salud física y salud mental del niño (Alcázar, 2012) y aun cuando se logre revertir

los niveles bajos de hemoglobina, los niños afectados por la anemia muestran un menor desempeño cognitivo, social y emocional (Zavaleta y Astete-Robilliard, 2017), que finalmente impacta de manera severa en la economía de los países afectados (OPS-OMS, s.f.).

1.2.2. Problemática a nivel latinoamericano

La región de Latinoamérica y el Caribe también se ve afectada por un alto índice de anemia infantil. Soteras (2012), menciona que “el número de niños afectado por anemia en las américas bordea los 22.5 millones y que el grupo más afectado es el de 6 a 24 meses”. En promedio a nivel de Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia de anemia infantil en población pre-escolar es del 22% (Villegas, 2019).

El problema se refleja de manera muy asimétrica dentro de los países de la región, algunos de ellos muestran valores de prevalencia moderados como Chile (20.0%) y Argentina (22.2%), mientras que otros presentan valores altos como Guatemala (36.5%), Bolivia (46.9%) y Haití (58.2%) según cifras del Grupo Banco Mundial (2020).

Además de los factores ya conocidos como requerimientos altos de hierro, pérdidas incrementadas por diversas causas, en “países como Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Perú, más de la mitad de los pequeños que crecen en el campo no comen lo suficiente” señala Julio Berdegué en una entrevista concedida a la BBC y corrobora lo señalado por Villegas (2019) que señala como una de las principales causas de anemia a la ingesta de dietas carentes de hierro y la baja calidad de estos por provenir de un origen vegetal.

1.2.3. Problemática a nivel nacional

La anemia en el Perú es también un problema de salud pública severo y la prevalencia de anemia infantil en niños de 6 a 35 meses es una

de las más altas de la región de las Américas (CMP-CR III Lima, 2018).

La Prevalencia de anemia infantil en niños pre-escolares en Perú según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 es de 29.5%, mientras que en niños de 6 a 35 meses alcanza la cifra de 40.1% y en niños de 6 a 11 meses de 59.0% (INEI, 2020).

Gustavo Rosell – ex viceministro de salud pública - informó que “en el lapso de cuatro años el porcentaje de anemia en niños en el Perú no ha disminuido y que la cifra actual está en 43.5%”, refiriéndose a la población de niños de 6 a 35 meses, a quienes considera como el grupo más vulnerable, en el periodo de 2015 al 2018 (Gestión-Perú, 2019).

Los reportes de la ENDES 2019, nos muestran una reducción del 3.4% en la prevalencia de anemia infantil en niños de 6 a 35 meses entre el 2018 y 2019, dando una cifra de 40.1% (INEI, 2020). Esta reducción también se ha visto reflejada en 23 regiones y Lima Metropolitana, solo Cusco y Puno tuvieron un incremento en la prevalencia de anemia infantil para este grupo de edad (INEI, 2020; ANDINA, 2020).

Tania Goosens, manifiesta que “reducir la anemia a 19% es bastante ambicioso, pero tenemos aciertos positivos. Existe un plan multisectorial para la lucha contra la anemia” y que “en este plan se encuentran involucrados hasta 15 ministerios”. Además, menciona que el “50% de las causas de anemia en el Perú son por el déficit de hierro” (RPP, 2018).

Muchos son los determinantes sociales que pueden explicar las cifras elevadas de prevalencia de anemia en el Perú, entre las más relevantes pueden mencionarse la falta de acceso a alimentos de calidad que aporten suficiente cantidad de hierro, la presencia de

malos hábitos de alimentación y nutrición, la falta o carencia de agua segura en el hogar, malos hábitos higiénicos y condiciones insalubres tanto a nivel de la vivienda como comunitario, alta prevalencia de enfermedades infecciosas (IRAs, EDAs, parasitosis), la pobreza y el bajo nivel educativo (CMP-CR III Lima, 2018; INS, 2015; INS-CENAN, 2015).

Para enfrentar el problema de la anemia en el Perú, Gonzalo Vivanco – Director General de la DGIESP-MINSA – señala como puntos clave la suplementación con gotas de hierro a partir de los 4 meses de edad, el tamizaje de hemoglobina a partir del sexto mes de vida, el fortalecimiento de las visitas domiciliarias por parte del personal de salud y de actores sociales, así como de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos. De igual manera señala la importancia de promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, la práctica del correcto lavado de manos y de buenos hábitos higiénicos, así como la atención oportuna de las enfermedades prevalentes de la infancia (ANDINA, 2020).

A nivel regional, Arequipa para el año 2019, según los resultados publicados por la ENDES 2019, presenta una prevalencia de anemia en niños pre-escolares de 33.9%, con una reducción de 4.5 puntos porcentuales comparado al año 2018, siendo más alto en la zona rural 44.3% que en la zona urbana (32.2%) (INEI, 2020).

Para el año 2017, el INS en su tablero de mando reporta que las provincias con mayor prevalencia de anemia infantil en el grupo de niños de 6 a 35 meses de edad son las alto andinas de La Unión (62.4%), Condesuyos (62.3%) y Caylloma (60.4%), mientras las provincias costeras presentan las prevalencias más bajas: Islay 35.2%, Caravelí 34.0% y Camaná 28.1%, con un valor promedio regional de 44.2% (INS, s.f.).

En la provincia de Arequipa la prevalencia de anemia infantil reportada por el INS para el año 2017 fue de 44.0%, con una amplia dispersión en los distritos que van de valores de 23.9% en el Distrito de Vitor hasta valores de 73.3% para el distrito de Polobaya (INS, s.f.).

En el distrito de Cerro Colorado, sede de la Microred de Salud Zamácola, se observa una prevalencia de anemia infantil en el niño menor de 36 meses de 38.9%, ligeramente inferior a la media obtenida en la provincia de Arequipa y a la media nacional (INS, s.f.; INEI, 2018).

Lamentablemente, los Establecimientos de Salud Públicos, tienen serias dificultades para proveer servicios de salud de calidad, oportunas y eficientes. El Colegio Médico del Perú, ha señalado que existen severas carencias de los insumos críticos y medicamentos requeridos para la suplementación y tratamiento con sales de hierro y para la realización de las pruebas de tamizaje. Además, no se cuenta con suficiente número de equipos debidamente calibrados y personal entrenado para la ejecución de dichas actividades, así como aquellas que deben brindarse en el extramuro, condicionando el incumplimiento de las metas de cobertura propuestas por los programas presupuestales (CMP-CR III Lima, 2018).

Estas premisas obligan a un cambio en la forma de gestionar los servicios de salud en los Establecimientos de Salud Públicos, siendo propuestas de cambios estratégicos el de reorganizar las modalidades de atención, optimizar e incrementar los Recursos Humanos de los equipos de salud y el promover la participación de los Gobiernos Locales y Organizaciones Comunales en la lucha contra la anemia materno infantil (CMP-CR III Lima, 2018).

1.2.4. Situación de la anemia infantil en el Perú

Prevalencia y Estadísticas.

Según los datos publicados por el INEI en su documento Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2012-2017, el índice de anemia infantil en niños menores de 36 meses ha variado muy poco desde el año 2012 al 2017, con una disminución de 0.9 puntos porcentuales (44.5% y 43.6% respectivamente) y no hubo variación con respecto a la cifra reportada en el año 2016 (INEI, 2018), para el 2020 se sitúa en 40.0% (INEI, 2021).



Gráfico 8. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses. Perú 2007 - 2020

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

La anemia es un problema que afecta tanto a los niños que residen en el área urbana como en el área rural de nuestro país, como se puede apreciar en el Gráfico 9, para el año 2020, el 36.7% de niños menores de 36 meses residentes del área urbana padecían de anemia, mientras que los niños de la misma edad que viven en la zona rural presentan un índice de anemia infantil del 48.4%. La reducción de la anemia ha sido marcada en la zona urbana, manteniéndose alta en la zona rural (INEI, 2021).

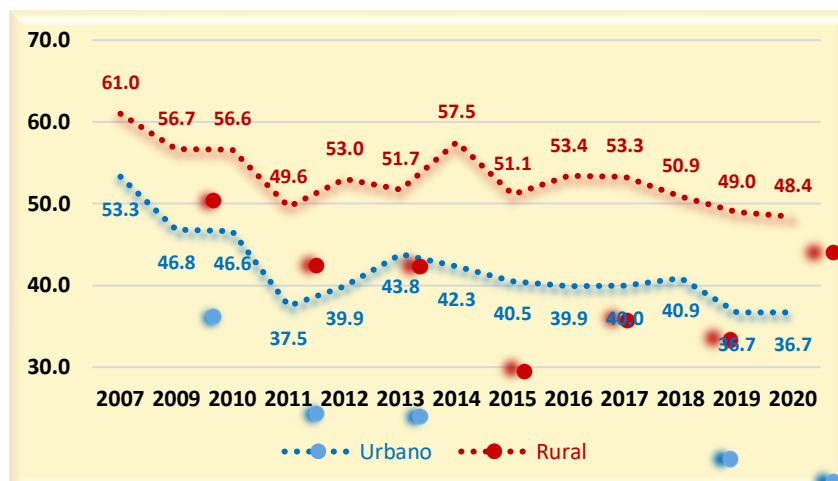


Gráfico 9. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses según zona de residencia. Perú 2007-2020

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

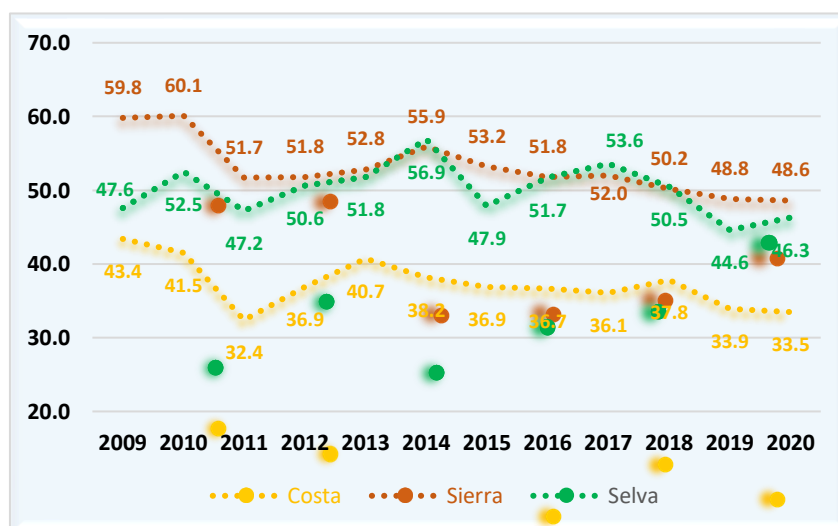


Gráfico 10. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses según región natural. Perú 2009 – 2020

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

De igual manera, en el Gráfico 10 puede apreciarse que los índices de anemia infantil más elevados se encuentran en las regiones de la selva y la sierra (46.3% y 48.6% respectivamente), comparado con 33.5% reportado para la región de la costa (INEI, 2021).

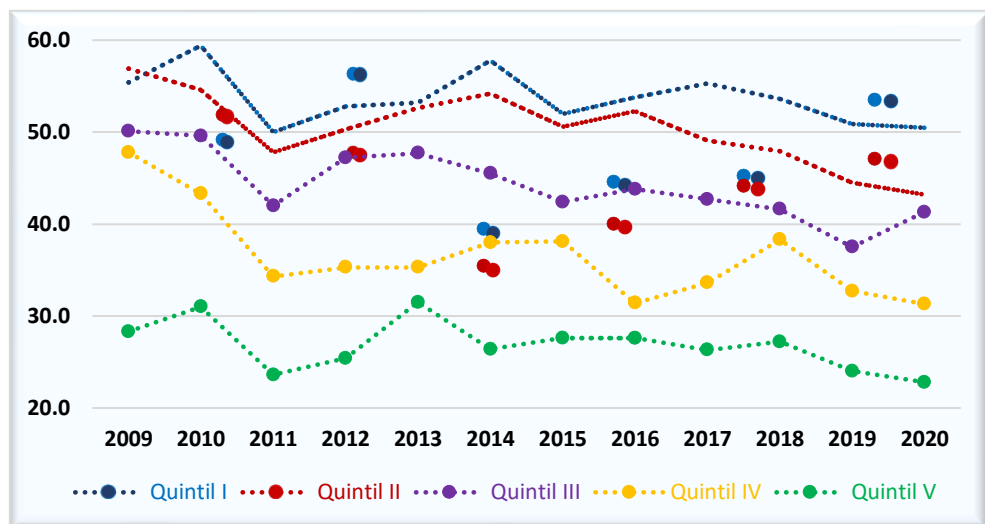
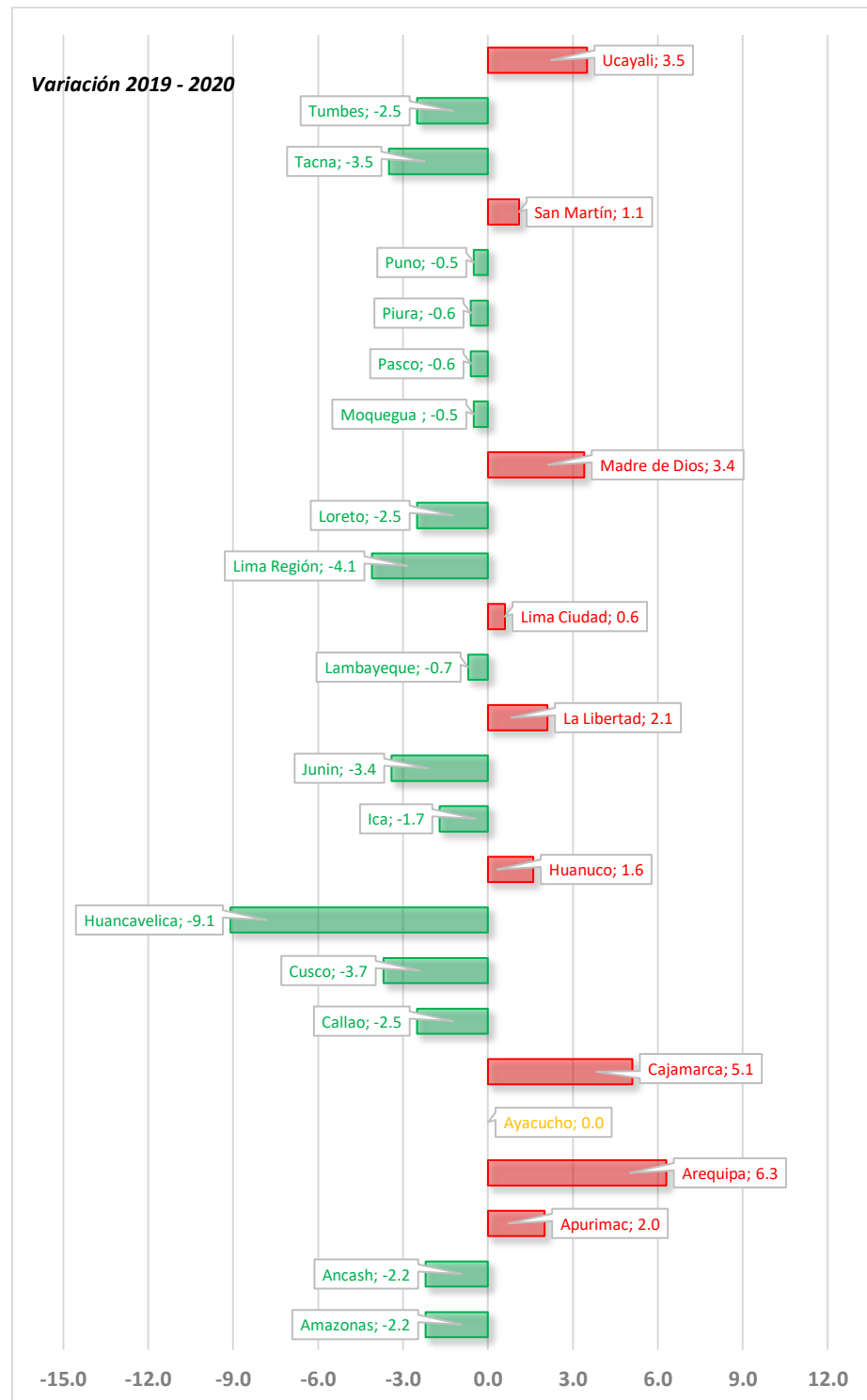


Gráfico 11. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses según quintiles de pobreza. Perú 2009-2020

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

La anemia es un problema que atraviesa todos los estratos económicos, la prevalencia de anemia en el grupo de niños menores de 36 meses en los quintiles de mayor pobreza se mantiene en niveles elevados de manera sostenida (50.5% en el quintil I, 43.2% para el quintil II y 41.3% para el quintil III), en tanto que aquellos niños menores de 36 meses de edad pertenecientes a los quintiles con mejores condiciones socio-económicas han mostrado una reducción significativa a lo largo del tiempo y los índices de anemia infantil para el año 2017 en ellos ha sido de 31.3% y 22.8% respectivamente para los quintiles IV y V, tal como puede apreciarse en Gráfico 11 (INEI, 2021).



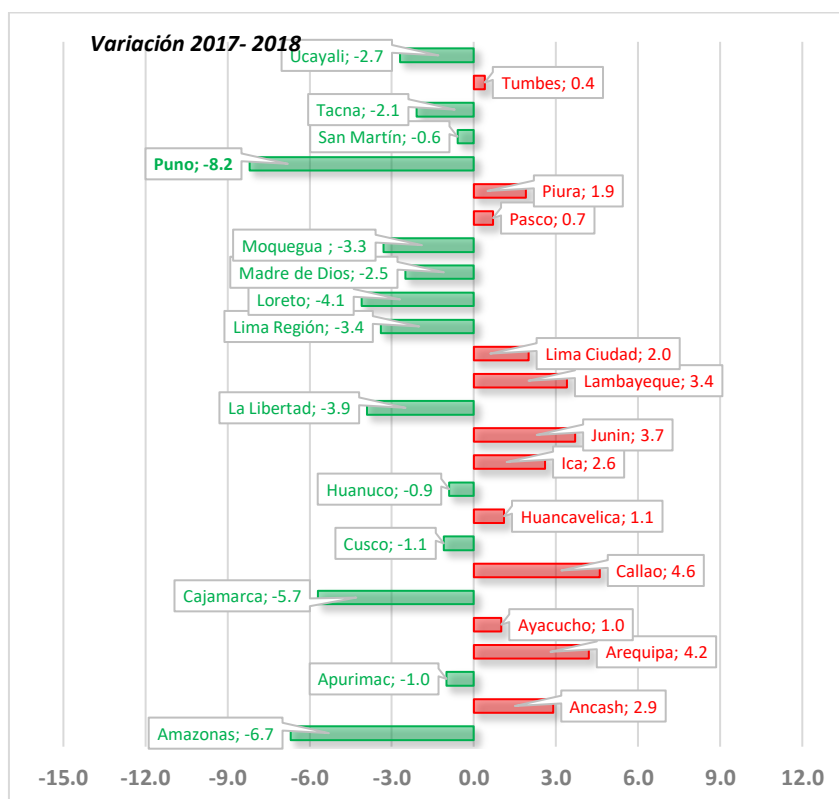
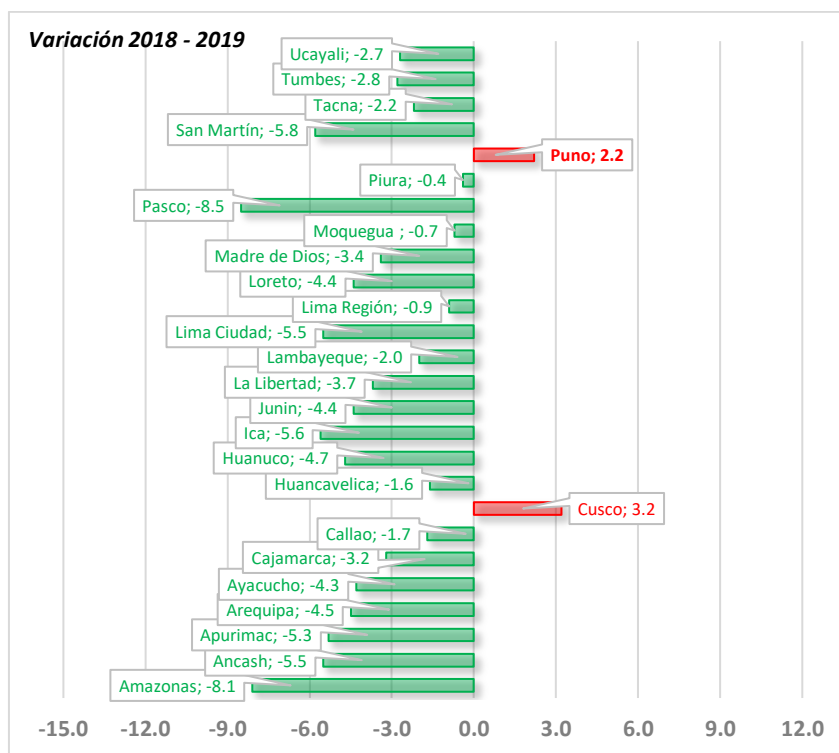


Gráfico 12. Variación en la Proporción de anemia en niños de 6 a 35 meses por departamentos años 2017- 2020

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

Según cifras de los Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, publicados por el INEI, diversas regiones mostraron una disminución en la prevalencia de anemia respecto al año anterior en el periodo 2016-2017 (INEI, 2018), destacándose la reducción obtenida en Arequipa y el Callao. En el periodo 2017-2018, fueron 14 las regiones con disminución en la prevalencia de anemia, siendo importante el descenso observado en la región Puno (INEI, 2019). En el periodo 2018-2019, solo dos regiones no mostraron descenso en la prevalencia de anemia: Cuzco y Puno (INEI, 2020) y para el periodo 2019-2020, 9 regiones empeoran su condición, entre ellas la región Arequipa, que tiene el mayor incremento (6.1%). (INEI, 2021). En quince (15) regiones, la prevalencia de anemia se encuentra por encima del promedio nacional – 40.0% – siendo los departamentos de Puno, Ucayali, Madre de Dios, Cusco y Loreto los que presentan los mayores niveles de anemia infantil en el grupo de Niños menores de 36 meses, tal como puede apreciarse en la Tabla 4 (INEI, 2021).

Tabla 4

Departamentos con mayor Índice de Prevalencia de anemia en niños de 5 a 36 meses. Perú 2019

Departamento	Prevalencia
Puno	69.4
Ucayali	57.2
Madre De Dios	54.8
Cusco	53.7
Loreto	50.5
Apurimac	49.9
Pasco	49.6

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

A nivel de Arequipa, la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses ha disminuido según se muestra en las últimas publicaciones, tanto del INEI como del Centro Nacional de Vigilancia Nutricional del INS.

En el Gráfico 13 puede apreciarse una reducción drástica de la anemia infantil, desde un valor de 59% en el año 2009 a un valor de 34.2% en el año 2017, observándose también que la curva es fluctuante, con incrementos en los años 2014, 2015 y 2016, una reducción muy importante de 10.3 puntos porcentuales en el año 2017 (INEI, 2018), un nuevo ascenso en el año 2018, disminución en el 2019 y para el año 2020 situarse en 40.2% (INEI, 2021).

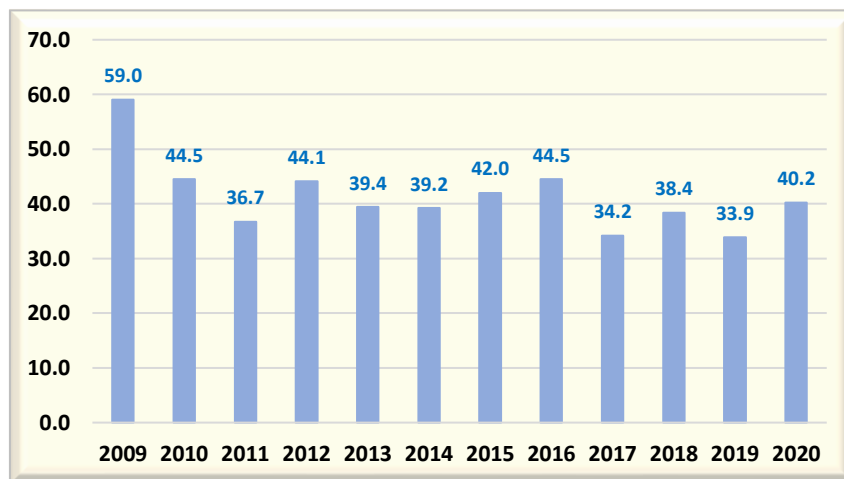


Gráfico 13. Evolución de la Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses Arequipa 2009 - 2020

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de las Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

Lamentablemente no se dispone de datos de la ENDES en forma desagregada a nivel de provincias y distritos, pero el Centro Nacional de Vigilancia Nutricional del INS, brinda datos sobre la prevalencia de anemia registrada en el Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN – que nos permite observar el comportamiento de la anemia infantil a nivel regional y local.

Tabla 5

Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses en el departamento de Arequipa - I semestre 2017

Provincia	Prevalencia
Arequipa	44.0
Caylloma	60.4
Castilla	48.3
Camana	28.1
Caraveli	34.0
Condesuyos	62.3
Islay	35.2
La Unión	62.4
Arequipa (Departamento)	44.2

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de los reportes del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – INS.

<http://www.tablerodemando.ins.gob.pe/anemia/departamentos#>

La Tabla 5 nos muestra los índices de prevalencia en niños menores de 36 meses en cada una de las provincias del departamento de Arequipa, podemos observar que las provincias más afectadas por la anemia infantil son: La Unión, Condesuyos y Caylloma, que tienen como característica en común estar ubicadas en la zona altoandina del departamento, poseer áreas rurales extensas y estar clasificadas en los quintiles de pobreza más bajos. Islay, Camaná y Caravelí, las provincias costeras del departamento muestran los valores más bajos, pero por ello no menos preocupantes, en tanto que el índice de prevalencia de anemia infantil en niños menores de 36 meses en la provincia de Arequipa alcanza un valor de 44.0% (INS, s.f.)

Tabla 6

Prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses en la Provincia de Arequipa - I semestre 2017

Distrito	Prevalencia	Distrito	Prevalencia
Arequipa	42.3	Alto Selva Alegre	30.0
Cayma	41.6	Cerro Colorado	38.9
Characato	63.3	Chiguata	46.2
Jacobo Hunter	45.4	Jose Luis Bustamante	53.8
La Joya	45.8	Mariano Melgar	57.3

Niraflores	45.2	Mollebaya	52.4
Paucarpata	38.9	Pocsi	57.1
Polobaya	73.3	Quequeña	58.1
Sabandia	29.2	Sachaca	60.2
San Juan De Sigwas	50.0	San Juan De Tarucani	35.3
Santa Isabel De Sigwas	40.0	Santa Rita De Sigwas	55.3
Socabaya	42.6	Tiabaya	52.7
Uchumayo	45.3	Vitor	23.9
Yanahuara	63.6	Yarabamba	69.2
Yura	48.7		
Arequipa Provincia			44.0

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos obtenidos de los reportes del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – INS.

<http://www.tablerodemando.ins.gob.pe/anemia/departamentos#>

En la Tabla 6, se puede apreciar la información correspondiente a los Distritos de la provincia de Arequipa, relación a los índices de prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses. Se puede observar una amplia variación en los índices presentados, por lo que se requiere un análisis de la realidad de cada distrito y de los factores condicionantes relacionados, con la finalidad de poder implementar las estrategias de intervención más adecuadas y lograr disminuir estos valores, así como reducir y mitigar los efectos a largo plazo en los niños menores de 36 meses afectados por la anemia. En el distrito de Cerro Colorado, sede de la Microred de Salud Zamácola, se observa una prevalencia de anemia infantil en el niño menor de 36 meses de 38.9%, ligeramente inferior a la media obtenida en la provincia de Arequipa y a la media nacional (INS, s.f.; INEI, 2018).

1.2.5. Diagnóstico de la realidad problema

En la Microred de Salud Zamácola se han podido detectar diversos factores que de manera directa o indirecta han conducido a que los índices de anemia infantil permanezcan elevados y que no puedan revertirse con el tiempo:

- Demanda insatisfecha en las prestaciones de salud propias del Programa Presupuestal Articulado Nutricional a los niños/niñas menores de 36 meses, debido a restricciones en la entrega de

citas en el servicio de admisión y de atención en los consultorios de medicina y enfermería.

- Incumplimiento en la entrega de la suplementación con multimicronutrientes y/o tratamiento con sales de hierro de acuerdo a la normatividad vigente.
- Incumplimiento en la determinación de nivel de hemoglobina en sangre en niños/niñas menores de 36 meses en los plazos señalados y previstos en la norma técnica vigente.
- Incumplimiento en la realización de las actividades extramurales de monitoreo y seguimiento de la suplementación con multimicronutrientes y tratamiento de la anemia con sales de hierro.
- Incumplimiento en la realización de las actividades colectivas preventivo-promocionales orientadas a informar y educar a la población con énfasis a las madres y personas al cuidado de niños/niñas menores de 36 meses.
- Carencia de Recursos Humanos – profesionales de la salud médicos y enfermeras – en cantidad suficiente para el cumplimiento de las actividades propias del Programa Presupuestal Articulado Nutricional.
- Personal de salud con multiplicidad de funciones y con carga administrativa adicional.
- Personal de salud que labora en los Establecimientos de Salud bajo diversos regímenes laborales, lo cual impacta sobre su desempeño y con un compromiso organizacional y profesional no adecuado.
- Personal de salud con un nivel alto de desconocimiento de la normatividad vigente que regula las actividades sanitarias dictadas para el control y reducción de la anemia infantil en el Perú.
- Falta de documentos de gestión a nivel de la Microred de Salud que articulen de manera adecuada la implementación de

acciones y estrategias conducentes a la reducción de la anemia infantil.

- Población en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola con características socio-demográficas que favorecen la presencia de la desnutrición crónica y la anemia infantil, tales como son: condiciones de habitabilidad precarias, sin servicios de saneamiento básico, viviendas de material rústico, altos índices de hacinamiento, tasas altas de desempleo y subempleo, malas prácticas y hábitos alimenticios, así como de percepciones erróneas de los sistemas de salud.
- Participación limitada y falta de compromiso de los Gobiernos locales, Instituciones Educativas y otras Instituciones Estatales y Comunes, en la prevención y control de la anemia materno-infantil.

1.2.6. Problemas institucionales

- Deficiente organización de los Servicios de Admisión, Triage y Archivo de Historias Clínicas.
- Deficiente sistema de gestión de citas y registro de usuarios.
- Deficiente gestión de Recursos Humanos. (Perfiles de Puesto, Planes de Capacitación, etc.)
- Bajas coberturas prestacionales (Control de Crecimiento y Desarrollo – CRED, Suplemento de micronutrientes, Tamizaje de Hemoglobina, suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes y púerperas.
- Niños y niñas con enfermedades prevalentes de la infancia (anemia, parasitosis, diarrea aguda y enfermedades infecciosas respiratorias) sin atención oportuna.
- Atención sanitaria orientada al modelo recuperativo e intramural.
- Personal de salud que desconoce las normas técnicas vigentes y su aplicación para la reducción y control de la anemia materno infantil.

- Personal de Salud poco sensibilizado en el nuevo modelo de atención integral basado en la persona, familia y comunidad.
- Organizaciones Sociales de Base y ciudadanía no organizadas y alejadas de los Establecimientos de Salud.
- Gobiernos locales e Instituciones públicas poco comprometidas con los problemas de salud, en especial en la reducción y control de la anemia infantil y que no coordinan con los Establecimientos de Salud.

1.3. Justificación del Trabajo de Investigación

1.3.1. Justificación práctica

La OMS señala que un porcentaje de anemia superior al 40% constituye un problema grave de Salud Pública, por lo que, la anemia infantil en el Perú, con prevalencias del 43.5% (2018), 40.1% (2019) y 40.0% (2020) en el grupo de niños y niñas de 6 a 36 meses de edad (lo que representa aproximadamente a unos 620 mil niños) y con regiones como Puno, con una prevalencia de anemia infantil que bordea el 70%, Ucayali, Cusco, Loreto y otras que superan el 50% de niños con anemia infantil (INEI, 2020; INEI 2021), requiere de ser abordada de una manera sistemática, integral e intersectorial, si se pretende lograr resultados que nos permitan alcanzar las metas propuestas para el año 2021, tal cual es la de reducir los índices de anemia infantil al 19%, todo ello en el marco del cumplimiento del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y de la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021, suscrito entre diversas organizaciones estatales y no gubernamentales (MINSA,2017) y las metas mundiales de nutrición al 2025 de la OMS (OMS,2014).

En mujeres gestantes la anemia alcanza valores superiores al 20%, esta elevada prevalencia es muy preocupante (INEI, 2021). “Los cambios negativos alrededor del desarrollo del feto (mala nutrición, anemia de la gestante, condición socio-económica y psico-social)

pueden afectar el desarrollo temprano y futuro del niño/niña, y convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de anemia en el niño, por lo que también debiera ser tomado en cuenta para enfrentar con éxito y de manera integral el problema de la anemia materno infantil” (MCLCP,2016).

1.3.2. Justificación social

La Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2016), señala que “la anemia en los primeros años de vida tiene una repercusión trascendente en el desarrollo de un país. Existen evidencia científica suficiente que muestra que la anemia afecta el desarrollo cognitivo, emocional y físico. En una etapa en la cual los principales órganos tienen su mayor velocidad de maduración y crecimiento, la anemia se convierte en una de las barreras para que el potencial de desarrollo infantil no se despliegue y por tanto sus efectos terminan afectando al futuro ciudadano. Por ende, este no sólo es un problema de salud, sino que es un problema de desarrollo” (p 4), que tarde o temprano impacta sobre una generación de individuos con consecuencias importantes en el desempeño escolar y laboral y finalmente en la producción económica de la localidad, región y el país (Alcázar, 2012; Zavaleta y Astete-Robilliard, 2017; OPS-OMS, s.f.).

1.3.3. Justificación teórica

La anemia es percibida como un gran problema de salud pública, tanto por la ciudadanía, como por las autoridades gubernamentales, quienes pretenden dictar los lineamientos necesarios a fin de revertir esta dramática situación, la cual es posible siempre y cuando se articulen los esfuerzos desplegados por los diversos sectores involucrados tanto estatales como privados y con una fuerte participación de la ciudadanía organizada.

1.3.4. Justificación económica

Ya ha sido mencionado y señalado que la anemia puede llevar a dificultades en el desarrollo físico y cognitivo del niño afectado, lo cual podría a su vez limitar su capacidad de aprendizaje y desempeño escolar, que finalmente se traduciría en una población económicamente activa sin capacidad potencial de desarrollo y crecimiento, limitando que una ciudad, región e inclusive el país pierda la oportunidad de progreso, desarrollo y competitividad.

1.3.5. Justificación metodológica

El desarrollo de un plan de gestión se justifica, pues permitirá a la institución en estudio y por extrapolación extenderse a otras, contar con herramientas que le permitan abordar el problema de la anemia infantil de manera satisfactoria.

1.4. Propósito del Trabajo de Investigación

El propósito de la presente tesis es disminuir los índices de anemia en niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola del Distrito de Cerro Colorado, y con ello permitir a los niños y niñas un desarrollo y crecimiento adecuados, con el mejor aprovechamiento de sus capacidades que los conduzcan en el futuro a gozar de una adecuada calidad de vida y ser ciudadanos que contribuyan activamente con el desarrollo nacional.

Entendiendo que la misión institucional es: *“brindar una atención integral oportuna y de calidad, que logren satisfacer las necesidades y respondan a las expectativas de la ciudadanía, en armonía con su entorno social, ambiental y cultural, mejorando sus condiciones de vida, además de promover el desarrollo infantil como una inversión pública en el capital humano del país para permitir el progreso económico y social de todos sus habitantes, con inclusión y equidad social”*, esta investigación propone la optimización de los procesos institucionales y las relaciones con otros actores sociales con la finalidad de fortalecer las intervenciones sanitarias, con énfasis en aquellas

preventivas promocionales como son: mejora en la accesibilidad a los servicios de salud para la atención de los controles de Crecimiento y Desarrollo, suplementación con micronutrientes, visitas domiciliarias de monitoreo y seguimiento de la adherencia a la suplementación, sesiones demostrativas nutricionales y el trabajo extramural con Organizaciones Sociales de Base, que han demostrado ser efectivas en el marco del modelo de atención integral basada en familia y comunidad, para lograr de manera sostenible la reducción de los índices de anemia en la población infantil de la Microred de Salud Zamácola.

1.5. Aspectos metodológicos

El presente trabajo de investigación, según su finalidad, por la naturaleza de los problemas, los objetivos formulados y los productos señalados, reúne las características suficientes para ser calificado como una investigación aplicada, porque busca generar conocimientos para una aplicación inmediata, aportando soluciones prácticas, y de acuerdo a la Guía para el Desarrollo del Trabajo de Investigación, el presente trabajo está dentro de la modalidad Investigación Propuesta, porque plantea una propuesta de intervención sustentada en evidencias en razón a que se orienta a la identificación de las relaciones causales de la problemática de los elevados índices de anemia infantil que se presentan en el ámbito de la Red de Salud Zamácola, para dilucidar las alternativas de objetivos y medios que permitan la transformación de la realidad estudiada y la sustentación para una propuesta de intervención basada en evidencias científicamente.

1.6. Alcances y limitaciones del Trabajo de Investigación

1.6.1. Alcances

El presente Trabajo de Investigación será de alcance en el ámbito de jurisdicción de los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

1.6.2. Limitaciones de la investigación

La presente investigación en su aplicación puede verse limitada por los siguientes aspectos:

- Acceso limitado a la información estadística requerida para el seguimiento y monitoreo de las actividades a desarrollarse en los productos propuestos.
- Modificaciones presupuestales a niveles superiores, Gerencia Regional de Salud y/o Red de Salud Arequipa Caylloma, que no permitan contar con el presupuesto planificado para cumplir con las actividades a desarrollar en los productos propuestos.
- Situación actual relacionado a la pandemia COVID-19, que ha limitado las acciones a desarrollarse en los Establecimientos de Salud, en especial a las que corresponden al Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Investigaciones Previas

MAYCA PÉREZ (2020), señala que la anemia en menores de 36 meses de edad es un problema de salud pública nacional y que en el marco del “Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia” (PMLCA), se impulsa la necesidad de su implementación con una gestión territorial, donde el alcalde lidere y articule los esfuerzos locales. Concluye que en ambos distritos no se tuvo participación de la comunidad o sus líderes. Pese a observar equipos comprometidos y sensibilizados, no queda claro el trabajo multisectorial ni la importancia de reducir la Anemia para el bienestar de los niños.

RAFFO SANTILLÁN (2021), Intentar explicar por qué la anemia infantil no disminuye en el país en general y por qué en algunos distritos pobres sí se han logrado reducciones considerables, como en Iguain y Los Morochucos de la Región Ayacucho en el periodo 2015-2018, a partir de la implementación de la Tecnología de Decisiones Informadas (TDI). La investigación sostiene que el gobierno central se ha desentendido del problema, a pesar de que a nivel de la política pública y de los expertos en este tema existe una ruta muy clara y definida de lo que hay que hacer, señala también, que la anemia tampoco es de prioridad política para el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales, las autoridades locales ni para las propias familias víctimas de esta enfermedad. Le resulta llamativo que algunos alcaldes sí la hayan priorizado, implementando la TDI en sus distritos, logrando reducciones significativas.

GUTIERREZ PALOMINO (2019), Su investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la implementación de las normas técnicas del Programa Articulado Nutricional y su eficacia en el control de anemia en IPRESS I de Lima Este. Las conclusiones a las que arribó fueron que existe relación entre la implementación de las normas técnicas del Programa Articulado Nutricional y su eficacia en el control de anemia en IPRESS I de

Lima Este y entre la disponibilidad de recursos para la implementación de las normas técnicas del Programa Articulado Nutricional y su eficacia en el control de anemia en IPRESS I de Lima Este.

HIDALGO ROMERO (2019). La investigación del autor se sustentó en el marco conceptual del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil en el Perú, 2017-2021. En este sentido y a partir de la opinión de expertos, médicos, nutricionistas, madres líderes, entre otros, concluyó que el control y efecto de la anemia en áreas urbano-marginales en el Perú dependerá del nivel de educación, de la capacitación con acompañamiento de los padres de familia y del compromiso legal del Estado en velar por el derecho a la vida a través del cuidado nutricional de los niños.

CHAMILCO SIFUENTES (2020). Propone la implementación de un consultorio diferenciado de anemia en el puesto de salud Nicolás Garatea, para cubrir las brechas de atención de la población infantil y prevenir casos de anemia, ya que existe un inadecuado manejo preventivo y terapéutico de anemia en niños menores de 5 años.

SALAS CCAPACCA (2018). Reconoce que la anemia es un problema de salud Pública severo que afecta al 43.6% de niñas y niños menores 36 meses de edad. 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.

DOMÍNGUEZ CHÁVEZ (2019). Realizó su investigación en el Centro de Salud Llacuabamba con la finalidad de determinar la efectividad del programa educativo “Unidos contra la Anemia” en el conocimiento materno sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de tres años. Los resultados reflejaron una mejora en el nivel de conocimientos, concluyendo que el programa educativo fue efectivo.

OCAS HUAMAN Y MISAHUAMAN ALCÁNTARA (2018). Investigaron el impacto de la discontinuidad en la Administración de Multimicronutrientes en relación con la Anemia Ferropénica en niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud la Tulpuna, concluyendo que el discontinuar la

suplementación de micronutrientes condiciona la aparición de un mayor número de casos de anemia.

VIAMONTE CASTILLO (2015). Su investigación tuvo como objetivo identificar los factores del incumplimiento de la suplementación con hierro en niños menores de tres años en el Puesto de Salud “Alto Alianza”, Hunter - Arequipa. Concluyó que el nivel de conocimiento, el tiempo de espera para recibir la atención, el tiempo de traslado hacia el puesto de salud, la duración de la consulta de niño sano y el insuficiente seguimiento mediante la visitas domiciliarias, fueron los principales factores que generan el incumplimiento en la suplementación de hierro.

NEYRA SALDARRIAGA (2020). Investigó los factores de deserción de las madres de niños de 0 a 3 años al programa de lucha contra la anemia del Centro de Salud Villa María del Perpetuo Socorro y el Centro de Salud Conde de la Vega, encontrando que la deserción se relaciona a factores sociodemográficos como la edad, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, procedencia, nivel socio económico y disfunción familiar y a factores estructurales como las visitas a domicilio, seguimiento del programa, abastecimiento de medicamentos y acceso a centros de salud.

GUERRERO BERMEO (2022). Señala que existe influencia de la consejería nutricional a madres de niños de 6 a 12 meses en la prevención de la anemia ferropénica cuando es brindada en el Establecimiento de Salud, mediante talleres cuando acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño, permitiendo reducir los índices de anemia ferropénica.

CENTENO SAÉNZ (2014). Señala que ha identificado en relación con la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a factores de riesgo intrínsecos como ser pequeño para la edad gestacional, la prematurez y el bajo peso al nacer y como factores extrínsecos a la falta o deficiente suplementación con hierro, la hiperémesis gravídica, el desconocimiento de la madre, el brindar lactancia mixta u otros sucedáneos de la leche.

CHÁVEZ, ROJAS Y BARREDO (2019). En su investigación buscaron determinar si la implementación de las estrategias comunicacionales influyen de manera efectiva para el posicionamiento de la suplementación en micronutrientes enmarcado en la normatividad peruana del tratamiento de

anemia, evidenciaron la efectividad de estas cuando se brindaron a través de mensajes a los usuarios durante su participación en las sesiones demostrativas logrando el empoderamiento de las madres y cuidadoras de los niños.

GAGO, JUÁREZ y KUROIWA (2022). Las autoras señalan que la fragmentación organizacional es un problema que se da en la gestión pública y que abarca a las instituciones que la conforman, es por eso por lo que el plan multisectorial y los programas presupuestales de lucha contra la anemia no han cumplido con los objetivos propuestos, además de los bajos niveles de eficacia y eficiencia identificados en las entidades del Estado.

FERNANDEZ CANCHARI (2017). El autor señala que la gestión articulada es parte de un proceso de coordinación, que se desarrolla en un espacio de concertación e involucra la participación de actores que previamente identificaron el cumplimiento de un objetivo común. Indican también, que es importante que la gestión pública peruana cuente con un modelo conceptual sobre la gestión articulada, pues a pesar de existir normativas y lineamientos vigentes, la articulación entre los diversos sectores involucrados no es efectiva, en especial en lo que se refiere a la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia.

GÓMEZ PORTILLA (2019). Reconoce a la anemia como un problema severo de salud pública e indica que el Estado peruano ha impulsado diversas estrategias de prevención y atención, mediante herramientas de gestión como: el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica

Infantil en el Perú: 2017-2021, liderado por el Ministerio de Salud (MINSA); y el Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia 2018, coordinado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), pero señala que no todas las estrategias de intervención para la prevención de la anemia se encuentran vinculados a lo establecido por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y propone el desarrollo de ciertos mecanismos que permitan fortalecer los actores y espacios vinculados al proceso de monitoreo del consumo de multimicronutrientes, en el marco de la estrategia de prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad.

MARULL ESPINOZA (2019). En su investigación, la autora evaluó si la política pública permitió disminuir significativamente la desnutrición crónica y anemia en niños hasta 35 meses, en Lima Metropolitana y Callao, 2010-2018, luego de lo cual llegó a la conclusión que la política pública de los últimos 09 años para disminuir la desnutrición crónica cumplió con los criterios para ser considerada adecuada. En cuanto a la anemia, como problema público fue mal estructurado, y la política pública solamente cumplió con uno de los tres criterios. El resultado de ello es que la prevalencia de anemia se encontró superior al 33%, si bien hubo una disminución del 2010 al 2018, siguió siendo una enfermedad de magnitud moderada en Lima Metropolitana y Callao en niños hasta 35 meses.

ALVINO CARBAJAL Y MONTES SUMOSO (2021). Expresan que la OMS resalta que la carencia de hierro constituye un trastorno nutricional común en el mundo, estimando que existen 600 millones de niños en edad preescolar con anemia. Se propusieron reconocer los factores de riesgo maternos y del niño asociados a la anemia en los usuarios menores de 1 año que residen en el distrito de Supe Puerto, concluyendo que dichos factores son: la presencia de EDAs, el consumo de sopas, lactancia no materna y la falta de consumo de frutas.

AIRE, CAJAHUANCA Y PIMENTEL (2021). Señalan que la anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia en la población infantil de Jauja, reconocen que es causado a nivel local por los siguientes problemas: Inadecuada supervisión y monitoreo de la administración - adherencia del sulfato ferroso durante la visita domiciliaria en niños menores de 3 años de la Red de Salud Jauja, Inadecuada vigilancia y tratamiento del agua en la provincia de Jauja y Yauli La Oroya de la Red de Salud Jauja, inadecuada programación en relación a las metas físicas y partida presupuestaria para la lucha contra la anemia en niños menores de 3 años de la Red de Salud Jauja, limitada presencia de alianzas estratégicas con los diferentes actores sociales para promocionar la salud en la jurisdicción de la Red de Salud Jauja e inadecuada estandarización en el requerimiento de equipos de toma de muestra de hemoglobina que se realiza en la atención integral del niño menor de 3 años de la Red de Salud Jauja.

MAMANI GARCÍA Y PALOMINO FLORES (2020) Se propusieron como objetivo determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento de Anemia Ferropénica con hierro polimaltosado en niños menores de 2 años en un Centro de Salud, en la Red Lima Este, concluyendo que existen factores relacionados al personal de salud y al conocimiento de la madre que se relacionan de manera directa y significativa con la adherencia al tratamiento de anemia con hierro polimaltosado. Resaltan que el buen trato y atención oportuna que brindan los trabajadores de salud es de importancia para que las madres acudan a los Establecimientos de Salud, reciban la suplementación y se adhieran al tratamiento.

TITI CAYO Y CAHUANA MOROCHARA (2019), Los autores decidieron en su investigación determinar la relación entre factores asociados y la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Edificadores Misti – Arequipa. Concluyeron que existen factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica y señalan factores sociales como el tipo de familia, apoyo en la crianza del niño, ocupación de la madre y estado civil; factores económicos como la tenencia de vivienda y factores culturales como el grado de instrucción de la madre y algunas percepciones sobre el manejo terapéutico de la anemia.

BACA TICONA (2018). En su investigación destinada a conocer los factores asociados a anemia ferropénica, la autora llega a las siguientes conclusiones: La mitad promedio de los niños en edad preescolar del consultorio de niño sano del Centro de Salud Edificadores Misti de Miraflores Arequipa está expuesta a los factores asociados a la anemia ferropénica de orden ambiental (77%), nutricional (45%), biológico (44%) y socioeconómico (36%). La prevalencia de anemia encontrada en los niños en edad preescolar del consultorio de niño sano del Centro de Salud Edificadores Misti de Arequipa es del 40% siendo de severidad leve o moderada.

PEREZ EFUS (2019). En su trabajo sobre visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en niños de 6 a 36 meses de edad en el Centro De Salud Chiriaco –Amazonas, se planteó como objetivo demostrar la efectividad de las visitas domiciliarias como parte de las estrategias para la recuperación de

anemia, concluyendo que las visitas domiciliarias a los niños de 6 a 36 meses con anemia del Centro de Salud Chiriaco – Amazonas fue efectiva en la recuperación de la anemia en el grupo de niños intervenidos.

VALENZUELA HUANCA (2019). El objetivo de la investigación fue determinar la influencia de las visitas domiciliarias en el grado de adherencia a los multimicronutrientes y nivel de hemoglobina de los niños de 6 a 12 meses de edad, del Centro de Salud Simón Bolívar Puno. En los resultados se encontró que, las visitas domiciliarias si tuvieron influencia en el grado de adherencia a los multimicronutrientes y nivel de hemoglobina ($p = 0.000$). En conclusión, las visitas domiciliarias como estrategia de monitoreo y vigilancia mejoraron el grado de adherencia e incrementaron el nivel de hemoglobina.

DEL CARPIO ALVARADO Y QUICO CASANI (2019). Las autoras evaluaron una muestra de 120 madres, concluyendo que existe una relación estadística significativa entre los factores sociales: tipo de familia, edad, estado civil, condición laboral del proveedor, apoyo familiar a la madre y los conocimientos sobre anemia.

CABRERA FEIJOO (2021). El autor tuvo como propósito estimar el impacto de la anemia de niños de 6 meses a 3 años y de mujeres gestantes, en el crecimiento económico a nivel departamental para el periodo 2009 - 2017. Las variables de control fueron la suplementación de hierro en niños y gestantes, así como también, la pérdida de ingresos de una gestante con anemia según las ramas de actividad de agricultura, pesca, minería y manufactura. Por otro lado, se evaluó los principales programas sociales que combaten la anemia y desnutrición en niños y adultos, pero también se resaltan los principales problemas en su gestión. Por último, se presentan las propuestas de política económica realizadas para mejorar y reducir los porcentajes elevados de anemia en el Perú tomando en cuenta las recomendaciones del Banco Mundial y UNICEF por la situación de pandemia.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Anemia

Definición

Existen diversas definiciones de anemia, considerando los parámetros utilizados para su valoración, así, David Gómez Almaguer (2012) define la anemia de la siguiente manera: “La anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina, el hematocrito o el número de glóbulos rojos por debajo de los valores considerados normales para la edad, el género y la altura a la que se habita” (pág. 13).

En tanto, el Comité Nacional de Hematología de la Sociedad Argentina de Pediatría define a la anemia en los siguientes términos: “disminución de la masa de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo del segundo desvío estándar respecto de la media para edad y sexo” (Sociedad Argentina de Pediatría, 2009, pág. 354).

Para Víctor Sánchez (2012), La anemia se define como “la concentración de hemoglobina (Hb) por debajo de dos desviaciones estándar ($< 2 \text{ DS}$) de la concentración media de Hb para una población normal en el mismo rango de sexo y edad” (pág. 75).

Se señala también, que en situaciones de volemia normal y con la finalidad de clasificar a los pacientes como anémicos y no anémicos, “la OMS define anemia como el descenso en la concentración de hemoglobina por debajo de 13.0 g/dl en varones y 12.0 g/dl en mujeres” (Abós Olivares, y otros, 2004), “y en embarazadas por debajo de 11.0 g/dl” (Sanz Alonso & Carreras I Pons, 2015), pero estos valores no son aplicables a la valoración en niños y embarazadas, para los cuales la OMS ha establecido rangos de referencia normales de acuerdo a diversos parámetros. (Secretaría de Salud de México, 2010).

En el Perú, el Ministerio de Salud ha publicado la Resolución Ministerial N° 250-2017-MINSA que aprueba la NTS N° 134-MINSA/2017/DEGIESP “Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”, en la cual se define la anemia de la siguiente manera: “Anemia: Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo” (MINSA, 2017).

Clasificación

Las anemias se pueden clasificar atendiendo a diversos aspectos, siguiendo un *criterio etiopatogénico* y de acuerdo a lo propuesto por Hernández Nieto (1995) y Pascual Martínez (2013), las anemias pueden clasificarse de la siguiente manera:

➤ **Regenerativas (Periféricas)**

❖ ***Pérdidas Sanguíneas.***

- *Agudas.*
- *Crónicas.*

❖ ***Hemólisis.***

- *Corpusculares.*
 - ✓ Alteraciones de la membrana.
 - ✓ Déficit enzimático.
 - ✓ Alteraciones en la Hemoglobina.
- *Extracorporales.*
 - ✓ Agentes tóxicos.
 - ✓ Agentes infecciosos.
 - ✓ Causas mecánicas.
 - ✓ Inmunológicas.
 - ✓ Hiperesplenismo.

➤ **Arregenerativas (Centrales)**

- ❖ ***Alteraciones en las células madres.***
- ❖ ***Por invasión medular.***
 - *Leucemias.*
 - *Linfomas.*
 - *Neoplasias.*
- ❖ ***Déficit y/o trastornos metabólicos.***
 - *Hierro.*
 - *Vitamina B₁₂ y Ácido fólico.*
 - *Hormonas.*

Fuente: Adaptado de las publicaciones de Hernández Nieto (1995) y Pascual Martínez (2013)

Las anemias se clasifican también en base a su a su origen causal, así David Gómez Almaguer (2012), las clasifica de la siguiente manera:

- **Anemia secundaria a falta de producción por trastornos de la médula ósea.**
 - ❖ ***Anemia aplásica***
 - ❖ ***Aplasia pura de serie roja.***
- **Anemia secundaria a un defecto en la síntesis del DNA.**
- **Anemia megaloblástica por deficiencia de vitamina B12 y ácido fólico.**
- **Anemia secundaria a un defecto en la síntesis de globina**
 - ❖ ***Talasemias.***
- **Anemia secundaria a un defecto en la síntesis del grupo Hem.**
 - ❖ ***Deficiencia de hierro.***
- **Anemia secundaria a la destrucción aumentada de eritrocitos.**
 - ❖ ***Esferocitosis hereditaria.***
 - ❖ ***Drepanocitosis***
 - ❖ ***Deficiencias enzimáticas***

- ❖ ***Hemoglobinuria paroxística nocturna***
- ❖ ***Anemias hemolíticas.***
- **Anemia por causas diversas.**
 - ❖ ***Anemia de enfermedades crónicas.***
 - ❖ ***Anemia de la insuficiencia renal***
 - ❖ ***Endocrinopatías.***
 - ❖ ***Anemia del embarazo.***

Fuente: Adaptado de la publicación David Gómez Almaguer (2012),

Finalmente, las anemias se han clasificado en base a su morfología, es así que Hernández Nieto (1995), Pascual Martínez (2013) e Iván Palomo (2009) proponen la siguiente clasificación de acuerdo al valor del Volumen Corpuscular Medio (VCM):

- **Anemias Microcíticas. Tienen un VCM < a 80 fl.**
 - ❖ ***Anemia ferropénica.***
 - ❖ ***Talasemias.***
- **Anemias Normocíticas.**
 - ❖ ***Aplasia Medular.***
 - ❖ ***Infiltración medular.***
 - ❖ ***Hemolíticas, excepto reticulocitosis.***
 - ❖ ***Secundarias a enfermedades crónicas.***
- **Anemias Macrocíticas. Tienen un VCM > a 100 fl.**
 - ❖ ***Hematológicas.***
 - *Anemias megaloblásticas.*
 - *Reticulocitosis.*
 - *Síndrome mielodisplásico.*
 - ❖ ***No hematológicos.***
 - *Alcoholismo.*
 - *Hipotiroidismo.*
 - *Insuficiencia hepática.*

Fuente: Adaptado de las publicaciones de Hernández Nieto (1995), Pascual Martínez (2013) e Iván Palomo (2009)

Etiología

Como lo ha señalado David Gómez Almaguer (2012), “La anemia se presenta por diversas causas o mecanismos, pero el común denominador es la falta de eritrocitos circulantes”, lo que se debe a uno de tres factores:

- a. Producción deficiente.
- b. Destrucción o pérdida de sangre.
- c. Combinación de los factores anteriores.

Estos factores van a condicionar fundamentalmente la anemia más frecuente que es la denominada anemia ferropénica.

En la mujer y desde la adolescencia una causa importante de pérdida de sangre es la menstruación, como lo es también el requerimiento incrementado de hierro en las fases de crecimiento rápido de los niños, adolescentes, al igual que en la mujer gestante y en periodo de lactancia.

Las características socio demográficas y sanitarias de nuestro país condicionan la presencia de diversas afecciones gastrointestinales que son causa frecuente de malabsorción y pérdida sanguínea a nivel gastrointestinal.

➤ **Requerimientos incrementados de Hierro.**

- ❖ Mujeres en edad fértil (menstruación).
- ❖ Embarazo.
- ❖ Lactancia.
- ❖ Infantes y niños en crecimiento.
- ❖ Tratamiento con eritropoyetina.

➤ **Incremento de pérdidas.**

- ❖ Sangrado gastrointestinal.
- ❖ Metrorragias.
- ❖ Hematuria persistente.
- ❖ Hemolisis intravascular.

- ❖ Donadores regulares de sangre.
- ❖ Infecciones parasitarias.
- **Disminución de la ingesta.**
 - ❖ Dieta vegetariana.
 - ❖ Factores socio-económicos.
- **Absorción disminuida.**
 - ❖ Patología del tracto gastrointestinal alto.
 - ❖ Gastrectomía.
 - ❖ Medicación.

Fuente: Adaptado de la publicación de David Gómez Almaguer (2012)

Fisiopatología y Cuadro Clínico

José Carlos Jaime Pérez y David Gómez Almaguer (2012) son muy claros en señalar lo siguiente: “El cuadro clínico de la anemia es un reflejo del grado de hipoxia tisular, la causa y la patogenia de ésta”. Además, precisan “que la capacidad reducida del transporte de oxígeno moviliza los mecanismos fisiológicos compensadores diseñados para prevenir o atenuar los efectos de la anoxia tisular” (pág. 13).

También se menciona que: “si la hipoxia tisular se desarrolla en forma paulatina permite el desarrollo de estos mecanismos de adaptación que tratan de mantener la oxigenación de los tejidos, tales como:

- Aumento del 2,3 difosfoglicerato.
- Aumento de la producción de Glóbulos Rojos.
- Redistribución sanguínea.
- Estimulación cardíaca.
- Disminución del consumo de oxígeno.

Los signos y síntomas que suelen presentarse en el paciente con anemia van a depender del grado de hipoxia tisular que exista, así como de la velocidad de instauración de la anemia, la edad y el estado previo de salud, así como de otras patologías concomitantes” (Palomo G. & Lira V., 2009).

Entre estos podemos mencionar los siguientes:

- **Manifestaciones generales**
 - ❖ *Astenia.*
- **Manifestaciones Cardiovasculares**
 - ❖ *Palpitaciones.*
 - ❖ *Disnea.*
 - ❖ *Taquicardia e Hipotensión.*
- **Manifestaciones neurológicas**
 - ❖ *Cefalea*
 - ❖ *Mareo y vértigo*
 - ❖ *Somnolencia, confusión e irritabilidad*
 - ❖ *Ruidos en los oídos (tinnitus)*
- **Manifestaciones en la piel**
 - ❖ *Palidez*
 - ❖ *Fragilidad de las uñas*
- **En casos de anemia severa o de rápida instalación.**
 - ❖ *Piel fría y húmeda*
 - ❖ *Disminución del volumen de orina*
 - ❖ *Dolor precordial (angor)*
- **Otros síntomas y signos dependerán del tipo de anemia y su causa o etiología.**
 - ❖ *Hemólisis.*
 - *Ictericia.*
 - ❖ *Leucemia.*
 - *Esplenomegalia*
 - ❖ *Deficiencia de hierro*
 - *Pica.*
 - *Coiloniquia.*
 - *Caída de pelo.*
 - ❖ *Anemia aplásica.*
 - *Fiebre.*
 - *Púrpura.*

Fuente: Adaptado de la publicación de Palomo G. & Lira V., (2009)

2.2.2. Anemia Ferropénica

Generalidades

La Organización Panamericana de la Salud, señala que “aproximadamente la mitad de la anemia en la población se debe a la deficiencia de hierro y que tanto la anemia como la deficiencia de hierro, tienen consecuencias graves para la salud y en términos económicos.” (OMS, 2017).

La deficiencia de hierro también ha sido señalada “como la causa más frecuente de anemia en los niños y su prevalencia es especialmente mayor en el grupo de niños en edad pre-escolar, con énfasis en el grupo de menores de 36 meses.” (Donato, y otros, 2009).

Definición

La anemia por deficiencia de hierro – anemia ferropénica – puede ser definida como “La presentación de valores bajos de hemoglobina (Hb) o hematócrito (Hto), aunado a valores anormales de ferritina sérica, saturación de transferrina y protoporfirina libre eritrocitaria” (Sánchez Machaca, y otros, 2012).

La anemia ferropénica también se define como: “El descenso de la concentración de Hemoglobina, Hematocrito o número de glóbulos rojos por milímetro cúbico en sangre, secundario a una disminución de la concentración de hierro en el organismo” (Sánchez Machaca, y otros, 2012), o simplemente, “como el descenso de hemoglobina secundario a un déficit de Fe en el organismo” (González de Villambrosia, Núñez, & González, 2012).

Etiología

La anemia ferropénica, tiene como principal factor generador, un desbalance entre la necesidad de hierro que es requerido por los

tejidos y la disponibilidad del mismo. Safrastian, Castillo y Lara, señalan que “el síndrome de anemia ferropénica se caracteriza por una disminución de la velocidad de la eritropoyesis por déficit de hierro (Fe) a causa de un desequilibrio entre el ingreso y la pérdida de este mineral, una reducción en su captación por los eritrocitos y la posterior disminución de la hemoglobina corporal media (HCM)” (Safrastian, Castillo Henkel, & Lara Padilla, 2007).

El origen de la anemia ferropénica, según lo señalado por diversos autores, puede ser debida a:

- *Causas fisiológicas*, destacándose entre estas, “el aumento de los requerimientos de Fe en la infancia, la adolescencia, la lactancia y el embarazo, o las pérdidas de sangre por la menstruación o los partos durante la etapa fértil de la mujer” (González de Villambrosia, Núñez, & González, 2012).
- *Causas patológicas*, donde “la pérdida de sangre es la más importante, muchas veces en pequeñas cantidades de forma continua o intermitente. Otras patologías que pueden desencadenar en una anemia ferropénica son la enfermedad celiaca, las gastritis crónicas, las hemólisis intravasculares, la insuficiencia renal crónica, entre otras” (Safrastian, Castillo Henkel, & Lara Padilla, 2007).
- *Causas externas*, como son “la alimentación insuficiente, tanto en cantidad como en calidad, con un aporte deficientes de fierro y otros micronutrientes, la mala situación económica, etc.” (Safrastian, Castillo Henkel, & Lara Padilla, 2007).

Para el Comité Nacional de Hematología de Argentina (Sociedad Argentina de Pediatría, 2009), las causas de la anemia ferropénica se señalan en la tabla 9.

- Absorción insuficiente
 - ✓ Ingesta dietética insuficiente o inadecuada
 - ✓ Síndrome de malabsorción
 - ✓ Resección intestinal

- Depósitos disminuidos
 - ✓ Prematuros
 - ✓ Gemelares
 - ✓ Hemorragia intrauterina (transfusión feto-materna o gemelo-gemelar)
- Aumento de requerimientos
 - ✓ Crecimiento acelerado: Lactantes y Adolescentes
 - ✓ Embarazo y lactancia
- Pérdidas aumentadas
 - ✓ Hemorragias perinatales
 - ✓ Hemorragias digestivas
 - ✓ Pérdidas menstruales excesivas
 - ✓ Pérdidas de sangre por otros órganos

Fuente: Adaptado de la publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría, (2009)

Epidemiología

La anemia ferropénica, es la anemia más frecuente en la población general, se dice que, en las estadísticas mundiales, “la anemia ferropénica ocupa el primer lugar entre las 38 enfermedades más frecuentes del ser humano. Además, entre todos los tipos de anemias, la anemia ferropénica es la más prevalente” (Safrastian, Castillo Henkel, & Lara Padilla, 2007), mientras que otros. autores, tales como Richard Sills afirman lo siguiente: “El déficit de hierro es el trastorno nutricional más extendido y común en el mundo. Se estima que el 30% de la población global sufre anemia ferropénica y la mayor parte de los afectados viven en países en vías de desarrollo” (Sills, 2016).

Por su parte, el Dr. Guillermo Ruíz-Delgado, dice sobre la anemia ferropénica: “La deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más comunes en la raza humana. Se asocia con desarrollo mental y motor anormal en la infancia, incapacidad laboral

en la vida adulta, mayor riesgo de parto prematuro” (Ruíz-Delgado, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), también señala a la anemia ferropénica como “el trastorno nutricional más común y extendido en todo el planeta y resalta de manera especial el hecho de ser la única enfermedad cuya prevalencia es elevada, tanto en países en desarrollo, como en países industrializados, afectando especialmente a niños y mujeres” (OMS, 2017).

Para la OMS, “la carencia de hierro y la anemia tienen una gran repercusión en el desarrollo de los países, debido a que reducen la capacidad de trabajo de las personas, e incluso de poblaciones enteras, lo que conlleva a graves consecuencias económicas” (OMS, 2017).

2.3. Modelo Conceptual de la Anemia

2.3.1. Factores causales de la anemia

La anemia, tal como lo han señalado diversos autores y organismos, es definida como, “un nivel de hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de la media para la edad, representa un grave problema de salud pública y es una enfermedad altamente prevalente en el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, siendo más frecuente en lactantes y niños”. (Parkin & Maguire, 2013).

En el Perú, “de manera similar a lo que ocurre en diversos países en vías de desarrollo con bajos y medianos ingresos, la principal causa reconocida de anemia es la deficiencia de hierro” (Zavaleta & Astete-Robilliard, 2017), “siendo los niños menores de 2 años los más vulnerables, debido a su alto requerimiento de hierro para satisfacer las demandas generadas por sus necesidades metabólicas, dietas bajas en hierro y otras causas que disminuyen la producción de

eritrocitos y/o incrementan la pérdida de estos” (Fernández García & Aguirrezabalaga Gonzáles, 2006; Vanucci & Vanucci, 1998).

“La repercusión de la anemia va más allá de las manifestaciones clínicas que pueden apreciarse en el niño, tales como son un retraso en el crecimiento, una respuesta inmunológica disminuida, astenia, fatiga, déficit de atención, sino que se aprecian a lo largo de su vida y se asocian a pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficientes, sin dejar de mencionar el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas a enfermedades infecciosas, e incremento de la mortalidad materna y perinatal en aquellas niñas diagnosticadas con anemia en su niñez” (Sen & Kanani, 2006; Halterman, Kacczorowski, Aligne, Auinger, & Szilagyi, 2001), finalmente, “todos estos eventos confluyen para generar un gran impacto en la economía de los países, con la pérdida de grandes cantidades de dinero anualmente” (Balarajan, Ramakrishnan, Ozaltin, Shankar, & Subramanian, 2011).

Para lograr un entendimiento global y racional de cómo se genera la anemia en el niño, es importante el tener que revisar diversos eventos fisiopatológicos que gradualmente se van interrelacionando, convirtiéndose cada uno de ellos en factores causales en la génesis de la anemia.

Entre las causas inmediatas de anemia, debemos de mencionar, por un lado, aquellas en las que existe una disminución en la producción de eritrocitos (deficiencia de hierro y otros micronutrientes) y de otro lado, aquellas en las que existe un incremento de la destrucción y/o pérdida de eritrocitos.

Entre las causas distales, es importante mencionar aquellas que se generan durante la gestación (anemia en la gestación) y en el periodo perinatal (prematuridad y bajo peso al nacer). Finalmente, también deben considerarse otras situaciones como son las enfermedades

infecciosas y la exposición a metales pesados como causa de anemia.

Déficit de Hierro. “El hierro es esencial para muchos procesos bioquímicos, incluidas las reacciones de transferencia de electrones, la regulación de genes, la unión y el transporte de oxígeno y la regulación del crecimiento y la diferenciación celulares, es requerido en la síntesis del grupo HEM, paso indispensable para la síntesis de la Hemoglobina” (Balarajan et al. 2011).

La deficiencia de hierro ocurre secuencialmente en varias etapas, “una primera fase en la que los depósitos de este elemento se agotan, para posteriormente disminuir el aporte de hierro a los tejidos, seguida de un compromiso en la síntesis de hemoglobina, para finalmente culminar en la anemia ferropénica” (Dallman, Siimes, & Stekel, 1980). Este déficit de hierro puede ser originado, ya sea por un aporte insuficiente, debido a una dieta inadecuada, pobre o carente de hierro, como también, a problemas de malabsorción y pérdidas por sangrado crónico.

La absorción del hierro depende de diversos factores, puede mencionarse, por ejemplo, su presentación como hierro hemínico, que se encuentra presente fundamentalmente en alimentos de origen animal (carnes y vísceras) y cuya biodisponibilidad es mayor al del hierro no-hemínico, presente en alimentos de origen vegetal, lácteos y huevos.

La presencia de otros nutrientes o sustancias en la dieta, “pueden alterar la absorción del hierro, favoreciéndola, en el caso de su administración concomitante con la vitamina C y la Vitamina A o disminuyéndola, como sucede con la presencia de fitatos, polifenoles, oxalatos y calcio.” (Gaitan, Olivares, Arredondo, & Pizarro, 2006; Mesías García, 2017).

La deficiencia de hierro, puede también ser de tipo funcional, y esta se caracteriza por la no disponibilidad del hierro para ser utilizado en la formación de glóbulos rojos, a pesar de encontrarse en el organismo.

La presencia de “enfermedades crónicas ya sean infecciosas o inflamatorias han sido señaladas como las principales causas de esta deficiencia, en la cual una hormona polipeptídica denominada Hepcidina, sintetizada principalmente en el hígado y en menor cantidad en otros órganos y que tiene una acción reguladora del metabolismo del hierro ha sido implicada” (Jonker & Boele van Hensbroek, 2014).

Déficit de otros micronutrientes. La anemia puede también tener su origen en estados carenciales de micronutrientes y minerales, “dos de ellos son muy importantes y están involucrados en el proceso de eritropoyesis: Ácido fólico y la Vitamina B₁₂. Otras sustancias también pueden causar anemia, pero estas son muy raras y se asocian frecuentemente a otras patologías o condiciones como son el alcoholismo o desnutrición” (Bilbao Garay, 2006).

El ácido fólico, “presente en los vegetales de hojas verdes, legumbres y frutos secos, es importante por actuar como coenzima en una variedad de procesos bioquímicos y metabólicos, las principales causas de déficit de ácido fólico son el aporte deficiente, por el pobre consumo de verduras, frutas y leche; el incremento de su demanda en especial en pacientes con anemias hemolíticas y en algunos ciclos de vida como son los niños y adolescentes y en el embarazo; por problemas de malabsorción y la administración de fármacos que pueden modificar su absorción como lo hace la fenilhidantoína, o actuando como antimetabolitos en el caso del metrotexato y el trimetopim” (Bilbao Garay, 2006).

En el caso de la vitamina B₁₂, “el déficit puede darse en los vegetarianos estrictos por una dieta insuficiente, ya que esta vitamina se obtiene fundamentalmente de la ingesta de productos de origen animal y productos lácteos. La administración de antiácidos, en especial los inhibidores de la bomba de protones, produce déficit de vitamina B₁₂, al reducir la acidez gastrointestinal e impedir su separación desde los alimentos. La malabsorción de la vitamina B₁₂ se puede observar en pacientes con anemia perniciosa, enfermedad celíaca, linfomas, tuberculosis, entre otras patologías” (Bilbao Garay, 2006). También se ha podido reconocer un déficit de Vitamina B₁₂, en las infecciones causadas por el VIH, *Dyphyllobotrium latum* y por *Helicobacter pylori* (Jiménez, Rodríguez, Gamboa, Rodríguez, & García, 2012; Martínez-Lozano, Sosa-Rivera, Barahona-Laínez, & Godoy-Mejía, 2015).

Aumento de la destrucción de eritrocitos. Existen diversas condiciones y enfermedades que provocan que “el tiempo de vida medio del eritrocito, que normalmente es de 120 días en el adulto y aproximadamente de 70 días en el neonato” (Arca & Carbonell-Estrany), se reduzca, activando mecanismos de compensación que logran temporalmente mantener los niveles en valores normales, pero con el transcurrir del tiempo y al perderse el equilibrio entre su producción y destrucción, conllevan a la generación de un cuadro de anemia.

Se denomina eritropoiesis, al mecanismo fisiológico por el cual los eritrocitos senescentes desaparecen de la circulación sanguínea, sin que exista daño necrótico, evitando de esta manera la hemólisis intravascular, cambios inflamatorios, daño renal y alteraciones en la coagulación.

Dentro de este grupo de condiciones y/o enfermedades que pueden producir anemia al incrementar la velocidad de destrucción de los eritrocitos podemos señalar las siguientes: “Destrucción eritrocitaria

inmunológica, esferocitosis y eliptocitosis hereditaria, deficiencias enzimáticas (glucosa-6-fosfato deshidrogenasa), talasemia, depleción de fosfato, fármacos, metales pesados, enfermedades autoinmunes, cuadros infecciosos (sepsis), enfermedades parasitarias (malaria) y hasta la propia deficiencia de hierro” (Quintana Escorza & Calderón Salinas, 2006; Musso, 2014; Herlax, Vásquez, Mate, & Bakas, 2011).

Anemia durante la gestación. Uno de los factores que se ha estudiado como causa de anemia en la infancia, es la presencia de anemia durante el embarazo.

A pesar que la absorción de hierro se facilita durante el embarazo, el mayor requerimiento de hierro en este periodo puede llevar a la generación de un déficit de hierro en la mujer gestante y posteriormente a una anemia, la cual a su vez, “se ha asociado con un mayor número de nacimientos pre-término y con recién nacidos con bajo peso al nacer, en especial si el valor de Hemoglobina materna es inferior a los 11 g/dl y si la anemia en la gestante se presenta en los primeros dos trimestres de gestación” (Román, y otros, 2015).

Se ha estimado que “las necesidades de hierro en el embarazo pueden alcanzar hasta 1 g/día y que el feto es capaz de almacenar hasta 250 mg de hierro en el transcurso de toda la gestación, siendo posterior a las 30 semanas de gestación, el periodo en el cual se logra la mayor transferencia de hierro desde la madre hacia el feto” (Román, y otros, 2015; Dallman P. R., 1981).

Prematuridad y Bajo peso al nacer. La condición de prematuro o de recién nacido con bajo peso al nacer, se considera que es un factor de riesgo para el desarrollo de anemia.

Durante el periodo neonatal, se producen fisiológicamente cambios muy importantes en la masa de eritrocitos y el almacenamiento de hierro, las cuales van a desencadenar en el recién nacido a término lo que se denomina como anemia fisiológica del recién nacido. Esto

se desarrolla porque durante las primeras semanas se observa una disminución en la formación de eritrocitos y un incremento en su destrucción, esto condicionado por el incremento en la proporción de HbA con relación a la HbF y otros procesos de adaptación. Alrededor de las 8-12 semanas de vida, los valores de Hb alcanzan su punto más bajo, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos y estimulando la eritropoyesis.

En el recién nacido pre-término o con bajo peso al nacer, “existe una mayor demanda de hierro por su velocidad de crecimiento más rápido, las menores reservas de hierro, la mayor destrucción de los eritrocitos, y al fallar los mecanismos compensatorios, estos niños se encuentran expuestos a padecer una anemia por deficiencia de hierro” (Bonastre-Blanco, Thió-Lluch, & Monfort-Carretero, 2010; Román, y otros, 2015).

Enfermedades Infecciosas. Las enfermedades infecciosas han sido involucradas como factor de riesgo o factor causal del déficit de hierro o anemia, ya sea porque producen una malabsorción del hierro u otros micronutrientes o al incrementar las pérdidas (sangrado, hemólisis).

Los geohelminthos en diversas partes del mundo y el Perú no es la excepción son muy prevalentes en la población, en especial en niños y junto a las diversas especies de Plasmodium son las causas más frecuentes de anemia debidas a parásitos.

“Entre los geohelminthos se han señalado a diversas especies como son: Trichuris trichura, Ascaris lumbricoides, Necator americanus y Ancylostoma duodenale, ya que las infecciones por estos pueden llevar a la anemia debido a sangrado crónico, diarrea persistente y malabsorción” (Da Silva, y otros, 2003; Chammartin, y otros, 2013)

La malaria, causada por Plasmodium falciparum y Plasmodium vivax, son reconocidas también como una causa importante de anemia, en especial en grupos vulnerables como son niños y mujeres gestantes. La fisiopatología de la anemia causada por las especies de

Plasmodium aún no se conoce completamente, pero se señala que “puede ser producida por múltiples mecanismos entre los que se encuentra la destrucción de eritrocitos infectados y no infectados, la eritrofagocitosis - por secuestro esplénico - y una inhibición de la eritropoyesis” (Llanos, Flórez, Arévalo-Herrera, & Herrera, 2004; Menéndez, Fleming, & Alonso, 2000; Phillips & Paslov, 1992).

Las especies de *Diphyllobotrium latum* y *Diphyllobotrium pacificum*, han sido señaladas, aunque raramente, como responsables de causar cuadros de anemia, probablemente a través de un mecanismo que involucra la disminución en la absorción de Vitamina B₁₂ (Jiménez, Rodríguez, Gamboa, Rodríguez, & García, 2012). Un parásito a tener en cuenta es un protozoario denominado *Giardia lamblia*, “cuya prevalencia es muy alta, especialmente en países en vías de desarrollo y en zonas donde las medidas de saneamiento básico no son las más adecuadas. Se le ha asociado como factor causal de anemia, implicando diversos mecanismos tales como la malabsorción de hierro, Vitamina A, Vitamina B₁₂ y la producción de cuadros diarreicos frecuentes” (Hernández Hernández, 2010).

La participación de bacterias y virus en la causalidad de la deficiencia de hierro y la anemia también ha sido descrita, las principales bacterias que ha sido involucradas incluye al *Mycobacterium tuberculosis*, a través de un mecanismo de supresión de la eritropoyesis y al *Helicobacter Pylori* al que se le asocia con una reducción de las reservas de hierro. Entre los virus que han sido relacionados con la aparición de anemia se pueden mencionar al parvovirus, citomegalovirus y el virus de la rubeola, pero es VIH quien muestra una asociación muy importante (Román, y otros, 2015).

Metales Pesados. La exposición a metales de manera crónica es una causa importante de anemia. “El plomo es el metal que tiene la mayor relación causal en la generación de deficiencia de hierro y anemia, se ha sugerido que ello puede deberse a diversos mecanismos fisiológicos como son la inhibición de la síntesis del grupo HEM y el

aumento de la destrucción de los eritrocitos por un aumento de la fragilidad de la membrana celular de estos. Según la OMS, nivel de plomo sanguíneo superiores a 10 µg/dl son causa importante de daño del sistema hematopoyético, nervioso, renal y hepático, muchas veces irreversible. El Cadmio, también ha sido asociado a deficiencia de hierro y anemia, los mecanismos postulados para este año es la disminución de la resistencia osmótica del eritrocito, un incremento de la eriptosis y alteración en el transporte del hierro. Otros metales pesados, podrían también estar comprometidos, pero aún no se tiene evidencias suficientes que lo demuestren” (Nava-Ruíz & Méndez-Armenta, 2011; Román, y otros, 2015).

2.3.2. Factores determinantes.

Entre las causas inmediatas de la anemia se reconocen al “consumo inadecuado de hierro y de otros micronutrientes (Ácido fólico, Vitamina B12) a partir de los alimentos, lo que devendría en una inapropiada formación de eritrocitos (hematopoyesis) y de la hemoglobina. Otras causas inmediatas reconocidas son la alta morbilidad por infecciones como la diarrea, parasitosis y malaria”. (MINSA,2017)

Los requerimientos aumentados de hierro y otros nutrientes por parte del recién nacido y el infante, debidas a su elevada velocidad de crecimiento, se constituye también en un factor importante en la génesis de la deficiencia de hierro y la anemia, por lo que brindar una adecuada nutricional infantil es indispensable, así como el proveer de una buena alimentación y suplementación de hierro y micronutrientes a la gestante con la finalidad de asegurar una adecuada transferencia de hierro al feto y reducir el riesgo de partos pre-termino y niños con bajo peso al nacer (MINSA, 2017).

Consumo de Hierro en la Población vulnerable. “La mayoría del consumo de hierro en los hogares peruanos proviene de alimentos de

origen vegetal, siendo el consumo de hierro Hem (origen animal) bastante limitado, inclusive en estratos socioeconómicos altos. A la baja disponibilidad del hierro proveniente de los alimentos de origen vegetal, se suma la interferencia en la absorción del hierro por el consumo de bebidas como el té, café, mates y otras infusiones” (Hill, Kirkwood, & Edmont, 2005; MINSA,2017).

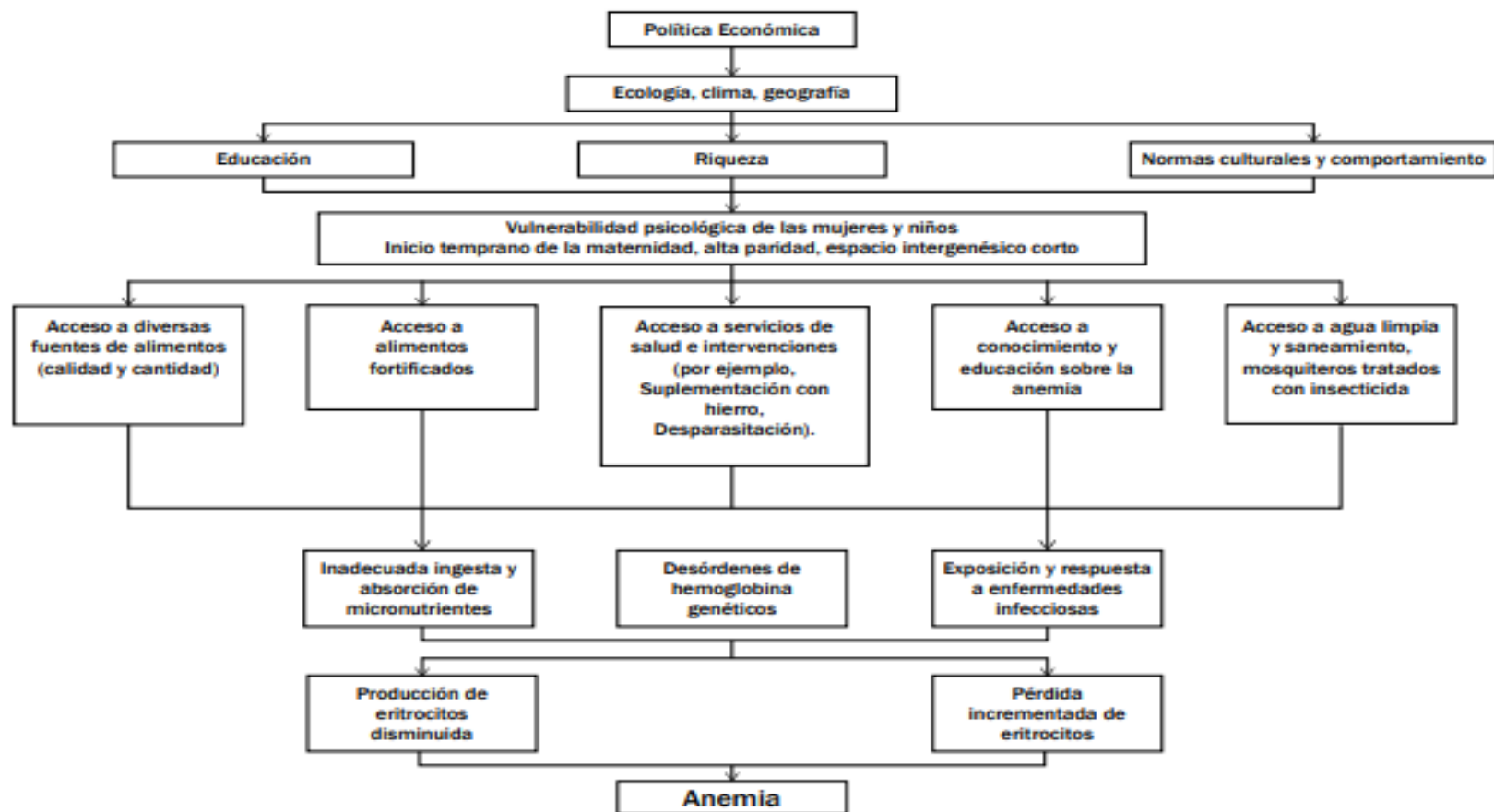


Figura 1. Modelo Causal de la Anemia en el Perú

Fuente: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021. (MINSA,2017)

La dieta, en la población peruana, no provee la cantidad de hierro suficiente para cubrir los requerimientos en cada etapa de vida. “La proporción de niños menores de 36 meses que lograron cubrir sus requerimientos de hierro fue de 52.1%, el grupo con menor porcentaje de cumplimiento fue el de 6 a 11 meses (23.6%). En las mujeres en edad fértil, el consumo promedio de hierro se estimó en alrededor de 7.4 mg/día, siendo su requerimiento recomendado de aprox. 27 mg/día” (INS-CENAN, 2015; MINSA, 2017).

La administración de suplemento de hierro, en cualquiera de sus formas farmacéuticas, no alcanza las metas propuestas y es así que la ENDES reporta que solo un 30.7% de niños menores de 36 meses recibieron en los últimos 7 días suplementos de hierro o micronutrientes en el 2017 a nivel nacional, y en el departamento de Arequipa 47.2% (INEI, 2018; MINSA, 2017).

Lactancia Materna Exclusiva. El Ministerio de Salud señala en sus documentos técnicos que la leche humana “es un sistema de soporte especializado, sofisticado y complejo que le proporciona nutrición, protección e información al lactante humano” (Ministerio de Salud, 2009, pág. 87). La leche humana a pesar de contener una cantidad baja de hierro posee una alta biodisponibilidad, alrededor del 50%, lo que permite al niño alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses, tener un riesgo menor de desarrollar anemia (MINSA, 2017).

En el año 2016, a nivel nacional se tuvo una recuperación de la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses en relación al año 2015, pero en el 2017 se observa un nuevo descenso obteniéndose valores inclusive menores a los obtenidos en el 2015. La proporción de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva fue de 65.2% en el 2015, 69.8% en el 2016 y 64.2% en el 2017, siendo esta práctica más alta en las zonas rurales (78.2%) que

en el ámbito urbano (58.6%), probablemente influenciada por el incremento de la actividad laboral de la mujer, el aumento de los partos cesárea y la mayor oferta de sucedáneos de la leche materna. A nivel del departamento de Arequipa la práctica de lactancia materna exclusiva para el año 2017 fue del 70.2%, superior a lo reportado en los años anteriores (MINSA, 2017).

Enfermedades prevalentes de la infancia. La infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) son las causas de consulta más frecuentes en los Establecimientos de Salud, en especial en aquellas poblaciones con condiciones socioeconómicas bajas, niveles de educación insuficientes de la madre e inadecuada provisión de servicios básicos (MINSA,2017).

Las infecciones respiratorias agudas, son un conjunto de enfermedades causadas generalmente por virus y bacterias y han mantenido su prevalencia en los niños menores de 36 meses prácticamente invariables, dependiendo en forma básica de las condiciones medio ambientales, en tanto que la enfermedad diarreica aguda, con prevalencias también casi invariables, dependen mayormente de las condiciones sanitarias, prácticas higiénicas y adecuado consumo de agua segura. Ambas contribuyen a la anemia a través de los procesos inflamatorios que desencadenan y en el caso de las EDA, a la pérdida importante de micronutrientes como el zinc y el hierro (Román, y otros, 2015; Assis, Barreto, Santos, Fiaccone, & da Silva Gómes, 2005).

La parasitosis intestinal se relaciona con frecuencia como un determinante en la generación de anemia por deficiencia de hierro y la desnutrición infantil crónica, afecta a más de un tercio de la población mundial y en especial en poblaciones con deficientes sistemas de saneamiento y falta de agua segura. La pérdida de sangre por daño en la mucosa intestinal y la malabsorción son los

mecanismos propuestos. Los geohelminintos (*Trichuris thichura*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenales* y *Necator americanus*) han sido los más frecuentemente asociados (Da Silva, y otros, 2003).

La giardiasis, una parasitosis intestinal producida la *Giardia lamblia*, es de distribución mundial, se relaciona estrechamente con la pobreza y las malas condiciones sanitarias. Es muy frecuente en la edad pre-escolar, puede ser asintomática, pero es capaz de provocar cuadros diarreicos frecuentes y/o crónicos, que pueden desencadenar un síndrome de malabsorción, limitando la absorción de hierro y otros micronutrientes. Estudios en Lima señalan que la incidencia de giardiasis en la edad pre-escolar fue de aproximadamente 4.8% y que el 90% de niños tuvieron por lo menos un episodio de giardiasis en los dos primeros años de vida, en tanto otro estudio en Arequipa, encontró que la prevalencia de niños infectados con este parásito fue del 25.96% (Román, y otros, 2015). *Control de Crecimiento y Desarrollo*. El Ministerio de Salud, en la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años, define el Control de Crecimiento y desarrollo en los siguientes términos: “El CRED constituye una actividad periódica y sistemática de atención del niño desde el nacimiento, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgo en la evolución de su crecimiento y estado de salud entre otros” (MINSA, 2017, pág. 3).

El CRED, es un espacio oportuno para lograr introducir a los cuidadores del niño, las prácticas más adecuadas en el cuidado y alimentación saludable del niño, así como proveer la suplementación de hierro y/o micronutrientes. La Contraloría General de la República ha reportado que el tiempo destinado para brindar la consejería nutricional para la suplementación no es adecuado ni eficaz, lo que contribuye a la deserción observada en los niños que inician la

suplementación (MINSA, 2017; Contraloría General de la República, 2017)

Inmunizaciones. Las vacunas definidas como sustancias médicas capaces de inducir una respuesta inmunológica y por lo tanto generar protección frente a enfermedades como inmuno-prevenibles, son factores importantes en el desarrollo de anemia, ya que evitan enfermedades como la neumonía causada por el Neumococo (*Streptococcus pneumoniae*) y la diarrea por rotavirus. (MINSA, 2017)

En el año 2017, la proporción de niños menores de 12 meses que recibieron vacuna contra neumococo alcanzo el 86.2%, mientras los que recibieron la vacuna contra rotavirus alcanzaron el 84.7%. En Arequipa las cifras fueron menores, lográndose inmunizar al 81.8% frente a neumococo y al 80.4% frente a rotavirus. En menores de 36 meses lograron todas sus vacunas básicas el 74.6% de niños a nivel nacional, mientras que en el departamento de Arequipa se inmunizó al 77.9% de niños (INEI, 2018).

Hogares con agua segura y saneamiento básico. Es aquel hogar que consume agua tratada, entendiéndose como agua tratada aquella que proviene de la red pública o de aquella que no proviene de la red pública, pero que le dan tratamiento en el hogar antes de beberla, hirviéndola, clarificándola, desinfectándola o consumiéndola de manera embotellada. El consumo de agua no segura es causa de enfermedad, afectando de manera a poblaciones vulnerables como son los niños. Se considera que los hogares tienen saneamiento básico cuando poseen servicio higiénico conectado a la red pública dentro o fuera de la vivienda, letrina ventilada, pozo séptico o pozo ciego o negro (MINSA, 2017).

En el año 2017, a nivel nacional la proporción de hogares que tuvieron acceso a agua tratada fue del 96.3% y la proporción de hogares con

saneamiento básico fue del 93.3%. En tanto para el departamento de Arequipa se reportó una proporción del 99.7% de hogares con consumo de agua tratada y 90.0% de hogares con saneamiento básico (INEI, 2018).

Atención Prenatal. La Atención prenatal reenfocada ha sido definida como: “la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de la 14 semana de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permitan la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos” (MINSA, 2013).

La atención prenatal, permite reconocer factores de riesgo como es la anemia en la gestante, que se ha asociado a mayor riesgo de anemia en recién nacido o lactantes, ya sea por una disminución en la transferencia de hierro durante el embarazo o por incrementar el riesgo de un parto pre-término o un recién nacido de bajo peso al nacer, condiciones que también son determinantes en la generación de anemia infantil, en especial esta situación se torna dramática en el caso de la gestante adolescente. (Román, y otros, 2015).

La suplementación con hierro y micronutrientes representa una oportunidad que no debe ser desaprovechada como medida eficaz para limitar el riesgo de anemia en la gestante y consecuentemente en el recién nacido y el lactante (Román, y otros, 2015).

2.4. Políticas e Intervenciones gubernamentales.

Son diversas las políticas y programas de salud que en nuestro país se han implementado con la finalidad de lograr reducir los índices de anemia materno-infantil.

Fortificación de la harina de trigo. En el Perú, mediante el Decreto Supremo N° 004-96-SA, se estableció la obligación de la fortificación de la harina de trigo, cualquiera sea su procedencia, con 30 mg de Hierro por cada kilogramo de harina, utilizándose para tal fin sales ferrosas en forma de sulfato o fumarato. El nivel de fortificación de la harina fue posteriormente fue modificado y se incrementó el valor de hierro por kilogramo de harina a 55 mg, mediante el Decreto Supremo N° 008-2004-SA, incluyéndose dentro de esta fortificación el agregado de otros micronutrientes. (MINSA,2017).

Tabla 6

Intervenciones Preventivas de la Anemia según Ciclo de Vida

Gestación
• Suplementación a la madre gestante con hierro y ácido fólico. • Control Prenatal oportuno • Alimentación balanceada de la Gestante
Parto
• Clampaje tardío del cordón umbilical
Primeros 6 meses de vida
• Lactancia materna exclusiva • Suplemento con hierro al RN prematuro y bajo peso al nacer • Suplemento de hierro en el 4to y 5 to mes (RN a término)
A partir de los 6 meses de edad
• Promover la alimentación complementaria rica en hierro de origen animal, frutas y verduras a través de sesiones demostrativas. • Reforzar la alimentación con el suplemento de hierro y/o micronutrientes. • Ofrecer alimento infantil fortificado con hierro. • Agua segura, saneamiento básico y hábitos de higiene. • Uso de antiparasitarios a partir de los 2 años de edad. • CRED y atención de salud de calidad y oportuna.
Adolescente
• Suplementación con hierro a la adolescente mujer.

Fuente: Adaptado del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021

La evaluación y seguimiento del cumplimiento de esta normativa estuvo a cargo del Programa Nacional de Deficiencia de Micronutrientes (PREDEMI), que señalaba la necesidad de realizar controles trimestrales, para lo cual se emitió la Resolución Ministerial N° 005-99-SA-DM que aprobó la Norma Técnica del Programa Nacional de Deficiencia de Micronutrientes (Román, y otros, 2015).

Suplementación con Sulfato Ferroso. Conjuntamente a la creación del Programa Nacional de Deficiencia de Micronutrientes (PREDEMI) mediante Resolución Ministerial N° 169-97-SA-DM, se establece como estrategia la suplementación con sulfato ferroso con una dosis de 1 mg/Kg de peso al día durante el primer año de vida. (Román, y otros, 2015).

Con posterioridad, la responsabilidad de la suplementación con sulfato ferroso fue transferida al Programa de Control y Crecimiento del Niño mediante la Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”. Actualmente, la suplementación con hierro (en sus diversas presentaciones) y otros micronutrientes se brinda a los niños menores de 36 meses (Román, y otros, 2015; MINSA,2017).

Suplementación con Multimicronutrientes. La entrega de multimicronutrientes en el país fue instaurada a través de proyectos piloto en algunas regiones, con el apoyo de organismos internacionales.

En el año 2001, se unieron el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), el Programa Integrado de Seguridad Alimentaria (PISA) y la Dirección Regional de Salud de la Región Lambayeque, para brindar suplementación con tabletas masticables de micronutrientes a niños menores de 5 años y a mujeres en edad fértil, las tabletas contenían fumarato ferroso, Vitamina A, Vitamina D, Vitamina C, Vitamina E, Vitamina B₁₂, Niacina, cobre y zinc. (MINSA,2017).

Para el año 2009, se brindó suplementación con multimicronutrientes en polvo a niños entre 6 y 36 meses de edad, a través de un producto denominado Chispitas®, que contenía fumarato ferroso equivalente a 12.5 mg de hierro elemental, 5 mg de zinc, 30 mg de ácido ascórbico, 999 UI de Vitamina A y 0.16 mg de ácido fólico. Los niños recibían 15 sobres mensuales durante 6 meses y era suministrado por el personal de los Establecimientos de Salud de las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Tuvo el apoyo del

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), el 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).

Actualmente la suplementación con multimicronutrientes se brinda a todo menor de 36 meses con el suministro de 12 entregas de 30 sobres en forma mensual, debiendo el personal de salud realizar el monitoreo y supervisión de la adherencia al consumo. (Román, y otros, 2015; MINSA,2017).

Clampaje tardío del cordón umbilical. Es una estrategia que se implementa en el país por intermedio de la Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSP-V.01, que establece entre sus disposiciones, que todos los establecimientos de salud del país deben realizar el Clampaje tardío del cordón umbilical al momento del nacimiento. Esta indicación tenía como objeto permitir una mayor transferencia de sangre hacia el recién nacido, aumentando sus reservas de hierro y de esta manera reducir el riesgo de anemia. (Román, y otros, 2015; MINSA,2017).

Programa de Transferencia condicionada “JUNTOS”. Este programa se inició en el 2005 y consiste en la transferencia de dinero en efectivo - entrega mensual de S/. 100.00 - a determinadas familias condicionada a que los niños menores de 5 años acudan de manera regular a sus controles CRED, suplemento de micronutrientes y tratamiento antiparasitario profiláctico; los niños de 6 a 14 años asistan al menos al 85% del año escolar y las mujeres gestantes o en periodo de lactancia asistan a sus controles prenatales y post natales, reciban su suplementación con hierro y ácido fólico y vacunación antitetánica (Román, y otros, 2015; MINSA,2017).

2.5. Plan de Intervención en el Perú.

El Plan Nacional para la Reducción y Control de la anemia materno infantil y de la Desnutrición Crónica Infantil para el periodo 2017-2021, ha sido aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA y tiene como finalidad “contribuir a mejorar el estado de salud y desarrollo,

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

Enfoques. El Plan considera diversos enfoques, pudiendo señalarse los siguientes:

- *Ciclos de Vida y Vulnerabilidad Biológica.* El Plan propone la intervención por ciclos de vida, con énfasis en aquellas etapas biológicamente más vulnerables, reconociendo a la gestación y los primeros 24 meses de vida como aquella etapa en la que una buena nutrición determina lo que pasará en el resto de vida del niño. Es en esta etapa en la que pueden prevenirse aquellos factores que pueden incrementar el riesgo de desnutrición o anemia (MINSA,2017).
- *Cultura alimentaria y alimentación saludable.* El plan reconoce que los alimentos y la preparación de la comida es parte de la cultura y la salud familiar y comunal, y que la mujer juega un rol importante en la buena salud y nutrición de sus familias. Señala también que la promoción de la adecuada alimentación debe enfatizar el uso de alimentos locales y su contexto cultural (MINSA,2017).
- *Interculturalidad.* El Plan señala que las actividades propuestas reconocerán las diferencias culturales de cada ámbito y utilizarán los espacios donde se brinda la atención materno-infantil y las actividades de promoción para fomentar esta adecuación intercultural (MINSA,2017).
- *Concurrencia de intervenciones.* El plan considera la necesidad que todas las acciones que se vayan a realizar sean concurrentes, evitando acciones aisladas, promoviendo que los sectores y actores sociales puedan articular y alinear sus esfuerzos en beneficio de la población objetivo del plan (MINSA,2017).

Estrategias. El Plan cuenta con el financiamiento de dos programas presupuestales: Articulado nutricional y Salud Materno Neonatal y en estos ha priorizado quince intervenciones estratégicas con el objetivo de reducir y controlar la anemia materno infantil y la desnutrición crónica, estas intervenciones se listan en la tabla siguiente:

Tabla 7

Intervenciones Priorizadas en el Plan Nacional desde el Ministerio de Salud en el Marco del Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal

1	Sesión Educativa-Demostrativa de preparación de alimentos.
2	Tratamiento y prevención de anemia con suplemento de hierro y consejería. (niños y gestantes)
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 6 meses a 5 años (Rural)
6	Vacunas y atención a enfermedades prevalentes de la infancia.
7	Suplemento de hierro y ácido fólico a gestantes en el CPN 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 de 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: Adaptado del Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021.

Capítulo III

El Diagnóstico

3.1. Determinación del problema

Para el análisis del problema haremos uso de la metodología del árbol de problemas, a fin de identificar de manera clara el problema principal y los problemas específicos que dan lugar a la realidad problema de un elevado índice de anemia infantil en la población de niños y niñas entre 6 a 35 meses de edad en el ámbito de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

Se tendrá presente para tal fin lo señalado en la actualización presentada por el Ministerio de Salud del documento denominado: “Anexo N° 02 – Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 0001 PP Articulado Nutricional – Revisión del Diseño del Programa Presupuestal para el año 2020”. También se considerará los lineamientos brindados en el Documento Técnico “Plan Nacional para la Reducción y Control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú 2017 – 2021” aprobado mediante Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA y el “Plan Multisectorial de lucha contra la anemia” aprobado mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM.

3.1.1. Árbol de Problemas y de Causas

Para la construcción del árbol de problemas y causas, se ha seleccionado el modelo conceptual establecido en el Plan Nacional de Reducción y Control de la anemia materno infantil y de la desnutrición crónica infantil en el Perú para el periodo 2017 – 2021, el cual ha sido adaptado a nuestra realidad problema, identificando y delimitando las causas – directas e indirectas – que afectan a la condición de interés: Anemia Infantil.

Es reconocido que la anemia tiene un origen multicausal, y su prevalencia varía en los distintos escenarios geográficos en atención

a diversos factores y determinantes sociales, entre ellos podemos mencionar los siguientes: El embarazo adolescente, la prematuridad y bajo peso al nacer, el menor apego a la lactancia materna exclusiva y al uso de micronutrientes de manera continua, la alta prevalencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y parasitarias, acceso limitado a los servicios de salud en especial a los paquetes integrados del niño y la gestante, el abastecimiento limitado de agua segura, saneamiento básico domiciliario y prácticas higiénicas inadecuadas.

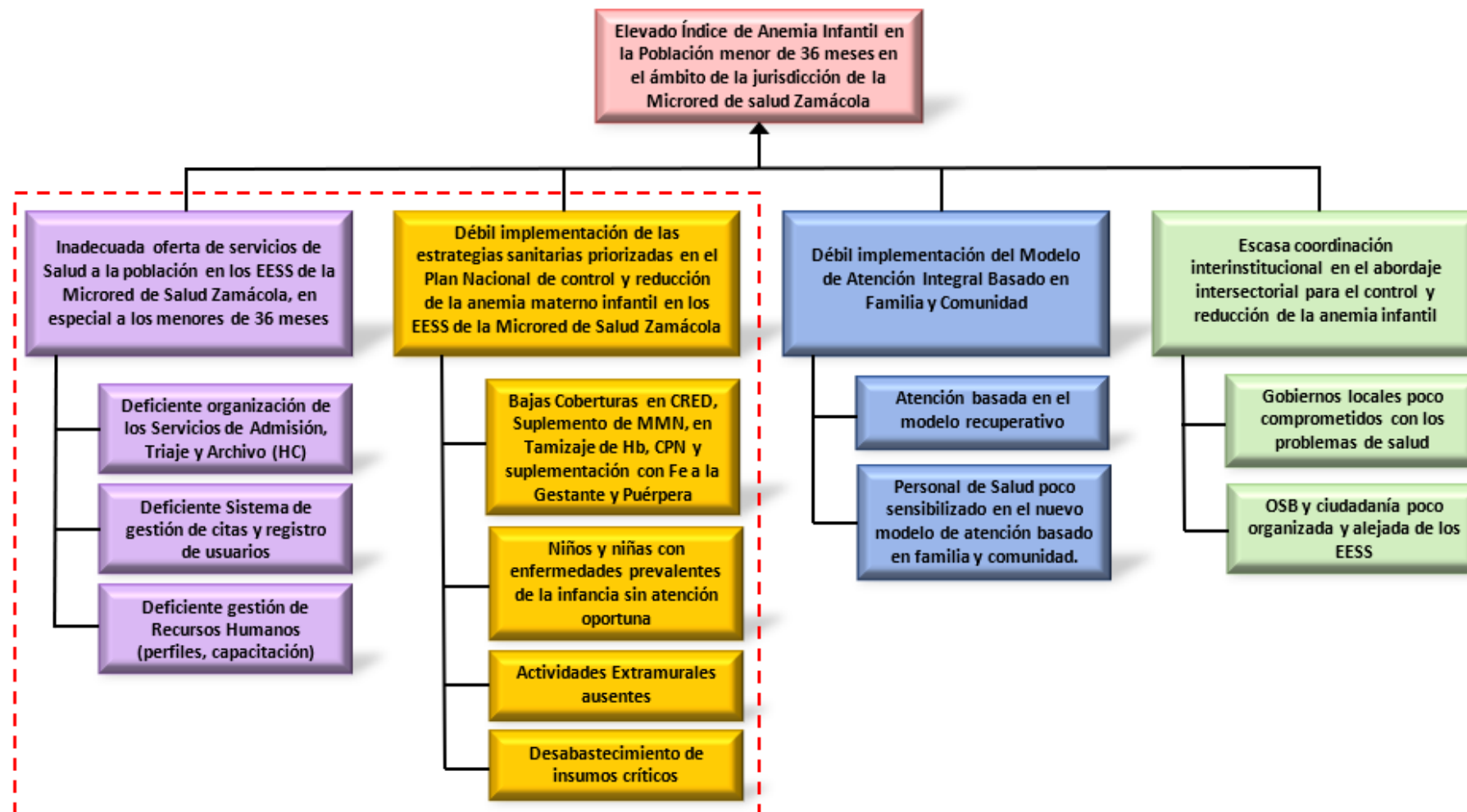


Figura 2. Árbol de Problemas y Causas

Fuente: Elaboración propia

El problema principal identificado es el alto índice de anemia en la población menor de 36 meses en el ámbito de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola, habiéndose señalado cuatro causas directas y once causas indirectas.

La inadecuada oferta de servicios de salud a la población en los EESS de la Microred de Salud Zamácola, en especial a los niños menores de 36 meses y gestantes. Condicionada por una deficiente organización institucional y la falta de documentos de gestión que estructuren su funcionamiento y desempeño, observándose por lo tanto una deficiente organización de los servicios de admisión, triaje y archivo, un deficiente sistema de gestión de citas y registro de usuarios y una deficiente gestión de los recursos humanos.

La débil implementación de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de control y reducción de la anemia materno infantil en los EESS de la Microred de Salud Zamácola. Al tener una deficiente organización se limita el acceso de niños y gestantes a los paquetes condicionando bajas coberturas en las prestaciones de CRED, suplemento de micronutrientes, tamizaje de hemoglobina y controles prenatales. Además, no se brinda con la eficiencia y oportunidad la atención a niños y niñas afectadas por enfermedades prevalentes de la infancia, y tampoco se cumple con las actividades extramurales que tienen por objetivo informar a la población en la prevención de la anemia y la promoción de prácticas saludables como son una buena alimentación, hábitos higiénicos y uso de agua segura, todo esto aunado a la carencia y desabastecimiento de insumos críticos necesarios para el desarrollo de las actividades priorizadas propuestas.

La débil implementación del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad. Un modelo propuesto desde el año 2011 con la finalidad de cambiar el paradigma de atención en salud, con un

enfoque preventivo promocional, pero que lamentablemente el personal de salud no lo ha aceptado, manteniendo una atención basada en el modelo recuperativo, institucional.

Escasa coordinación interinstitucional en el abordaje intersectorial para el control y reducción de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil. Las instancias de articulación local (IAL) no se han conformado o si lo han hecho han sido actos meramente formales, los Gobiernos Locales tienen poco compromiso con los problemas de salud, a pesar de la implementación de bonos por cumplimiento (meta 4 en el caso de la anemia), incumplimiento de competencias asignadas (padrón nominado). Las Organizaciones Sociales de Base y la misma ciudadanía no ejerce su derecho a participar de las decisiones en la conducción de la salud de su comunidad, si integran los CLAS, se hace por lograr otros fines y desvirtúan su real participación.

3.1.2. Sustento de evidencias

Tabla 8

Causa Directa – Inadecuada Oferta de Servicios de Salud

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Inadecuada oferta de servicios de salud a la población en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La inadecuada oferta de servicios de salud está asociada a un incremento del número de niños, niñas y gestantes que no acceden a los paquetes integrales de atención, generando un mayor riesgo de padecer de anemia.
Magnitud de la causa	Demanda insatisfecha cada vez mayor, usuarios deben de formar colas para obtener la atención. Trabajadores de salud asistencial y administrativo en número deficiente y con labor no acorde a sus funciones.
Atributos de la causa	Usuarios no atendidos. Los EESS no cumplen con los indicadores de los convenios SIS, FED y CdG. La Contraloría General de la República y la Defensoría del Pueblo han señalado las deficiencias en la atención en los EESS.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Nota de Prensa N°471/2018/OCII/DP Resultados de indicadores prestacionales Convenio GRA-SIS. Resultados de Compromisos de Gestión e Indicadores Convenio GRA-MIDIS (FED)

Causas del Problema Identificado
Resultado de Auditoría realizada por la Contraloría General de la República a los Establecimientos de Salud. Resultados de Indicadores Multisectoriales de anemia priorizados - REUNIS

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9

Causa Indirecta – Deficiente Organización de los Servicios de Admisión, Triage y Archivo (HC)

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Deficiente organización de los Servicios de Admisión, Triage y Archivo en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describe la vinculación entre la causa indirecta y el problema específico	La deficiente organización de los servicios de admisión, triaje y archivo está asociada a una inadecuada oferta de servicios de salud en los establecimientos de salud de la Microred Zamácola, debido a problemas de inaccesibilidad, tiempos de espera prolongados y disminución en la cobertura de provisión de los paquetes integrales de atención, generándose un mayor riesgo de padecer anemia en el grupo de niños y niñas menores de 36 meses y gestantes.
Magnitud de la causa	Demanda insatisfecha cada vez mayor, usuarios deben de formar colas para obtener un cupo de atención. Los tiempos de espera para recibir las prestaciones de los paquetes integrales de salud son muy prolongados. Trabajadores de salud asistencial y administrativo en número deficiente y con labor no acorde a sus funciones, con múltiples actividades de manera simultánea.
Atributos de la causa	Usuarios no atendidos. Los EESS no cumplen con los indicadores de los convenios SIS, FED y CdG. La Contraloría General de la República y la Defensoría del Pueblo han señalado las deficiencias en la atención en los EESS.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Nota de Prensa N°471/2018/OCII/DP Resultados de indicadores prestacionales Convenio GRA-SIS. Resultados de Compromisos de Gestión e Indicadores Convenio GRA-MIDIS (FED) Resultado de Auditoría realizada por la Contraloría General de la República a los Establecimientos de Salud.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10

Causa Indirecta – Deficiente Sistema de gestión de citas y registro de usuarios

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Deficiente Sistema de gestión de citas y registro de usuarios en los EESS de la Microred de Salud Zamácola

	Causas del Problema Identificado
Describa la vinculación entre la causa indirecta y el problema específico	El no contar con un adecuado sistema de gestión de citas y registro de usuarios se asocia a una inadecuada oferta de servicios de salud en los establecimientos de salud de la Microred Zamácola, debido a problemas de inaccesibilidad generados por la falta de información en relación a los usuarios (asegurados SIS), tiempos de espera prolongados y disminución en la cobertura de provisión de los paquetes integrales de atención, generándose un mayor riesgo de padecer anemia en el grupo de niños y niñas menores de 36 meses y gestantes.
Magnitud de la causa	Al no contar con un sistema de gestión y registro de usuarios hay demoras en la entrega de turnos, se incrementa los gastos de bolsillo por parte de los usuarios, la demanda insatisfecha se incrementa, inadecuada provisión en la prestación de paquetes integrales de salud con tiempos de espera prolongados.
Atributos de la causa	Usuarios no atendidos. Los EESS no cumplen con los indicadores de los convenios SIS, FED y CdG.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Resultados de indicadores prestacionales Convenio GRA-SIS. Resultados de Compromisos de Gestión e Indicadores Convenio GRA-MIDIS (FED) Ausencia de Padrón nominal actualizado y homologado. Resultado de Auditoría realizada por la Contraloría General de la República a los Establecimientos de Salud.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11

Causa Indirecta – Deficiente Gestión de Recursos Humanos

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Deficiente gestión de Recursos Humanos en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describa la vinculación entre la causa indirecta y el problema específico	La deficiente gestión de los Recursos Humanos: número de trabajadores, grupo ocupacional, asignación de funciones, regímenes laborales y horarios de trabajo, se asocian a una inadecuada oferta de servicios de salud en los establecimientos de salud de la Microred de Salud Zamácola que generan mayor riesgo de padecer anemia en niños y gestantes.
Magnitud de la causa	Demanda insatisfecha, inadecuada provisión de prestación de paquetes integrales de salud. Insatisfacción y conflictos laborales.
Atributos de la causa	Usuarios no atendidos. Los EESS no cumplen con los indicadores de los convenios SIS, FED y CdG.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Resultados de indicadores prestacionales Convenio GRA-SIS. Resultados de Compromisos de Gestión e Indicadores Convenio GRA-MIDIS (FED) Horarios de Trabajo (Rol de turnos) Reportes Estadísticos HIS-MINSA de productividad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12

Causa Directa – Débil implementación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas en el Plan de Control y Reducción de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Débil implementación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas en el Plan de Control y Reducción de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La débil implementación de las Estrategias Sanitarias priorizadas en el Plan de Control y Reducción de la anemia materno infantil y de la Desnutrición crónica infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola se asocia a una mala nutrición del niño y la gestante, a la falta de aporte de micronutrientes, malas prácticas en el cuidado, higiene y nutrición materno infantil y a la no provisión de atención en enfermedades prevalentes de la infancia y de los paquetes integrales de salud, lo que implica un mayor riesgo en niños y gestantes de padecer anemia.
Magnitud de la causa	Bajas coberturas de CRED, suplemento de micronutrientes, tamizaje de Hb. Gestante sin CPN. Escasa promoción de prácticas de cuidado infantil y alimentación saludable en niños, gestantes y puérperas. Alta prevalencia de enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales en niños
Atributos de la causa	Usuarios no atendidos. Los EESS no cumplen con los indicadores de los convenios SIS, FED y CdG. Niños menores de 36 meses con anemia.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Resultados de indicadores prestacionales Convenio GRA-SIS. Resultados de Compromisos de Gestión e Indicadores Convenio GRA-MIDIS (FED) Horarios de Trabajo (Rol de turnos) Reportes Estadísticos HIS-MINSA de productividad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13

Causa Indirecta – Bajas Coberturas en Intervenciones Preventivo-Promocionales en niños y gestantes (CRED, CPN, suplemento de MMN, tamizaje de Hemoglobina)

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Bajas Coberturas en CRED, Suplemento de MMN, Tamizaje de Hemoglobina, CPN y suplementación con Fe a la Gestante y Puérpera en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describe la vinculación entre la causa directa y	La ausencia de controles prenatales y el control de la puérpera, el embarazo adolescente, la deficiente suplementación con hierro y ácido fólico derivan en una pobre nutrición durante la preconcepción, embarazo y

el problema específico	lactancia, lo cual se asocia a desnutrición materna, parto pre término y a un recién nacido con bajo peso al nacer, que finalmente incrementan el riesgo de padecer anemia en el niño. Si el niño no acude a sus controle CRED de manera regular y oportuna está expuesto a enfermedades prevalentes de la infancia y a la no identificación de signos de alarma de la presencia de desnutrición y anemia, y que se acentúa si no se le realiza las pruebas de tamizaje de hemoglobina y la suplementación con micronutrientes, lo cual incrementa el riesgo de padecer anemia en el niño.
Magnitud de la causa	El riesgo de parto pre-término es 29% mayor en las mujeres desnutridas comparados con las mujeres no desnutridas, asimismo, las mujeres desnutridas tuvieron un 64% mayor riesgo de tener recién nacidos con bajo peso al nacer comparados con las mujeres no desnutridas. La edad materna muy temprana es un factor de riesgo 1,82 veces mayor para tener recién nacidos con bajo peso al nacer, 1,68 veces mayor riesgo para parto pre-término y 1,36 veces mayor riesgo de presentar anemia materna. Se encontró una relación dosis-respuesta significativa entre la ingesta de folato y el peso de nacimiento. Es decir, un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 500 microgramos por día se prevé contar con un peso al nacer que es 2% superior a un recién nacido cuya madre tiene un consumo de ácido fólico de 250 microgramos por día. La anemia en el primer y segundo trimestres de gestación es un factor de riesgo 1,29 veces mayor de bajo peso al nacer y de riesgo 1,21 veces mayor de nacimiento Pre-término. Aunque la leche humana contiene bajas cantidades de hierro, la biodisponibilidad de este mineral es elevada (del orden del 50%). Durante los dos primeros meses de vida, el recién nacido experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida tiene menor riesgo de desarrollar anemia. En los niños de 5 y 6 meses de edad, la lactancia materna exclusiva es de 50%. Desde el año 2013, el Estado peruano implementó un cambio en el insumo para ofrecer micronutrientes en polvo (contienen hierro, ácido fólico, zinc y vitaminas A y C) que, de acuerdo con la evidencia, son más efectivos en la reducción de los niveles de anemia. Sin embargo, el 70% de menores de 36 meses no consumieron suplemento de hierro.
Atributos de la causa	Población infantil con mayor índice de anemia, en especial la menor de 36 meses.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional. Plan Multisectorial De Lucha Contra La Anemia Reportes estadísticos HIS-MINSA de productividad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14

Causa Indirecta – Niños y niñas con enfermedades prevalentes de la infancia sin atención oportuna

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Niños y niñas con enfermedades prevalentes de la infancia sin atención oportuna en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	Las prácticas inadecuadas de lactancia materna están asociadas con resultados negativos en indicadores de salud infantil. La lactancia materna es un factor protector para mortalidad relacionada a infección. La vacunación para rotavirus puede reducir el porcentaje de diarreas debida a rotavirus. La vacunación contra el neumococo es efectiva en reducir la incidencia de infecciones respiratorias como enfermedad neumocócica invasiva en niños pequeños. La neumonía y diarrea infantil está asociado a un incremento de riesgo de muerte infantil y un incremento en el riesgo de comorbilidad, anemia y desnutrición infantil. Las inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene están relacionadas con incremento en el riesgo de infecciones diarreicas en niños
Magnitud de la causa	La enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) son frecuentes en las niñas y niños menores de 36 meses y ocasionan la mayor morbilidad de la población que vive en la pobreza, con una educación insuficiente de la madre e inadecuado saneamiento. El 14,4% de las niñas y niños menores de 36 meses tuvieron enfermedades diarreicas agudas; y el 15,0% padecieron una infección respiratoria aguda. Episodios de EDA a partir de los 6 meses de edad acarrearán pérdidas importantes de micronutrientes como el hierro y el zinc. En niños menores de 5 meses el riesgo de mortalidad fue 1.5, 2.9 y 14.9 veces mayor en infantes con lactancia materna de manera predominantemente, lactancia parcial y sin lactancia, comparados con los infantes con lactancia exclusivamente. El riesgo de mortalidad relacionada a infección en niños de 0-5 meses fue 1.7, 4.6 y 8.7 veces mayor en estos grupos de infantes comparados con los infantes amamantados exclusivamente. La vacuna para rotavirus puede prevenir el 74% de muertes por rotavirus y alrededor del 50% de hospitalización por rotavirus. La vacuna combinada neumocócica es efectiva en reducir hasta un 100% de casos con el esquema 2+1 ó 3+1, y hasta un 90% con esquema 3+2 la enfermedad neumocócica invasiva en niños. Los lactantes que cumplen con recibir lactancia exclusiva incrementan su talla en 0.75 cm y su peso en 0.25 kg, y disminuyen la prevalencia de diarrea, fiebre y tos en 8, 12 y 11%, respectivamente. Factores predictores de diarrea: Las madres que no saben leer ni escribir tuvieron 1,7 veces mayor riesgo, las madres que no realizan la práctica de lavado de manos en momentos críticos presentaron 2,2 veces mayor riesgo, las madres que no usan el jabón para el lavado de manos

	tuvieron 7,4 veces mayor riesgo, quienes realizaban una disposición inadecuada de excretas presentaron 3,2 veces mayor riesgo.
Atributos de la causa	Población infantil con mayor índice de anemia, en especial niños menores de 36 meses.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional. Plan Multisectorial De Lucha Contra La Anemia

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15

Causa Indirecta – Actividades Extramurales Ausentes

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Baja cobertura de ejecución de actividades preventivo-promocionales extramurales en los EEES de la Microrred de Salud Zamácola
Describa la vinculación entre la causa directa y el problema específico	La ausencia de actividades preventivo promocionales extramurales en escenarios importantes de la comunidad como son los mercados, clubes de madres, comedores populares, etc., no permiten asegurar buenas prácticas de cuidado, higiene y alimentación infantil, en especial en el grupo de niños menores de 36 meses y en las madres gestantes o en periodo de lactancia, impidiendo reducir el desconocimiento de la población sobre cómo prevenir la anemia y sus consecuencias, así como lograr mejoras en los determinantes de la enfermedad como son la disminución de la lactancia materna exclusiva, la baja adherencia al tratamiento y suplementación con micronutrientes, la pobre ingesta de alimentos ricos en hierro, la alta prevalencia de infecciones respiratorias y diarreas, falta de agua segura y de saneamiento básico en el hogar, tanto como la promoción para la asistencia a los Establecimientos de Salud para recibir los paquetes integrados de servicios para niños menores de 36 meses y gestantes.
Magnitud de la causa	A pesar de implementarse un cambio en el insumo para ofrecer micronutrientes en polvo, el 70% de menores de 36 meses no consumieron suplemento de hierro. El consumo de este suplemento se ha visto afectado diversas razones: Por el lado de los usuarios: mezclarlo con comida caliente; ausencia de lavado de manos antes de preparar los alimentos; y discrecionalidad del cuidador principal de suministrar el micronutriente al menor. Por el lado del entorno: costumbre de preparar sopas y alimentar con esta preparación a las niñas y niños; resistencia a lo foráneo (hacia lo que da el Estado) y aspectos culturales que influyen en la alimentación de las niñas y los niños. La enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA) son frecuentes en las niñas y niños menores de 36 meses y ocasionan la mayor morbilidad de la población que vive en la pobreza, con una educación insuficiente de la madre e inadecuado saneamiento. Actualmente, solo el 15% de menores de 36 meses reciben el paquete integrado de servicios, y en el caso de los menores de un año esta proporción es de 26%. En el caso

	Causas del Problema Identificado
	de gestantes solo el 21% de ellas recibe el paquete integrado de servicios. El agua es un agente esencial para la salud de las niñas y los niños; si está contaminada, se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades. En el Perú, solo el 27% de las viviendas cuenta con agua clorada. El lavado de manos resulta la práctica de higiene más efectiva para reducir las fuentes de contaminación de los alimentos y el control de enfermedades gastrointestinales en las niñas y los niños menores de 36 meses. Se sabe que menos del 50% de las madres se lavan las manos en momentos críticos, es decir, antes de comer, antes de preparar los alimentos y después de manipular heces Personal de salud renuente a realizar las actividades extramurales propuestas en el Plan Nacional
Atributos de la causa	Población infantil con mayor índice de anemia, en especial niños menores de 36 meses.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Plan Multisectorial De Lucha Contra La Anemia Reportes estadísticos HIS MINSA de productividad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16

Causa Indirecta – Desabastecimiento de insumos críticos

	Causas del Problema Identificado
Descripción de la causa	Desabastecimiento de insumos críticos para la entrega de paquetes integrados de servicios a niños y gestantes en los EESS de la Microred de Salud Zamácola
Describe la vinculación entre la causa directa y el problema específico	El Plan Nacional de control y reducción de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil, propone la realización de diversas intervenciones basadas en evidencia que han demostrado ser útiles y efectivas. Lamentablemente, existen barreras programáticas tales como la ausencia de una coordinación efectiva del programa entre los diversos niveles de gestión (MINSA, Gobierno Regional, Gerencia Regional de Salud, Red de Salud, Microred de Salud y Establecimientos de Salud) y con los Gobiernos locales y las Organizaciones Sociales, el escaso recurso financiero es mal administrado y con una distribución no equitativa, lo que afecta la disponibilidad de los insumos críticos para la entrega de los paquetes de servicios a niños y gestantes y condiciona la gestión del programa por debajo de lo óptimo, dando como resultado valores altos en el índices de anemia infantil dentro del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
Magnitud de la causa	En el Perú, miles de niños son todavía afectados por la anemia, limitando su potencial de crecimiento y desarrollo físico y mental, a pesar de los esfuerzos desplegados por el Estado Peruano, ello principalmente en entornos de escasos recursos. Los cuellos de botella que obstaculizan el acceso a los productos, incluyen sistemas anticuados de administración

	y provisión de suministros (insumos críticos), fondos insuficientes para medicamentos, escasez de trabajadores de salud, apoyo deficiente para capacitación o retención de trabajadores de salud y la incapacidad de convertir las políticas nacionales en planes de acción. El recurso financiero otorgado por el SIS, FED y RO no se ejecutan de manera oportuna y la ejecución de gasto es de mala calidad.
Atributos de la causa	Población infantil con mayor índice de anemia, en especial niños menores de 36 meses.
Evidencia que justifique la relación de causalidad	Plan Multisectorial De Lucha Contra La Anemia Reportes estadísticos HIS MINSA de productividad

Fuente: Elaboración propia

3.2. Análisis Organizacional

3.2.1. La Organización

Determinantes Ambientales.

Creación. La Microred de Salud Zamácola pertenece a la Red de Salud Arequipa Caylloma de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

Historia. La Microred de Salud Zamácola fue creada en el año 1990 mediante la expedición de la Resolución Directoral N° 245-1990-ZONADIS-AQPCAY/D-UBASS GOYENECHE-J, dentro del marco de organización en Redes y Microredes de la Dirección Regional de Salud Arequipa.

Ubicación Geográfica. La Microred de Salud Zamácola se encuentra ubicado en el Cono Norte de la Ciudad de Arequipa en el Distrito de Cerro Colorado, a una altitud de 2406 msnm.

Límites. La Microred de Salud Zamácola tiene los siguientes límites:

- Por el Norte: Con la Microred de Salud Ciudad de Dios (distrito de Yura).
- Por el Sur: Con la Microred de Salud Cerro Colorado. (distrito de Cerro Colorado).
- Por el Oeste: Con la Microred de Salud Cerro Colorado y la Microred de Salud Mariscal Castilla. (distrito de Cerro Colorado).
- Por el Este: Con la Microred de Salud Buenos Aires y la Microred Francisco Bolognesi (distrito de Cayma).

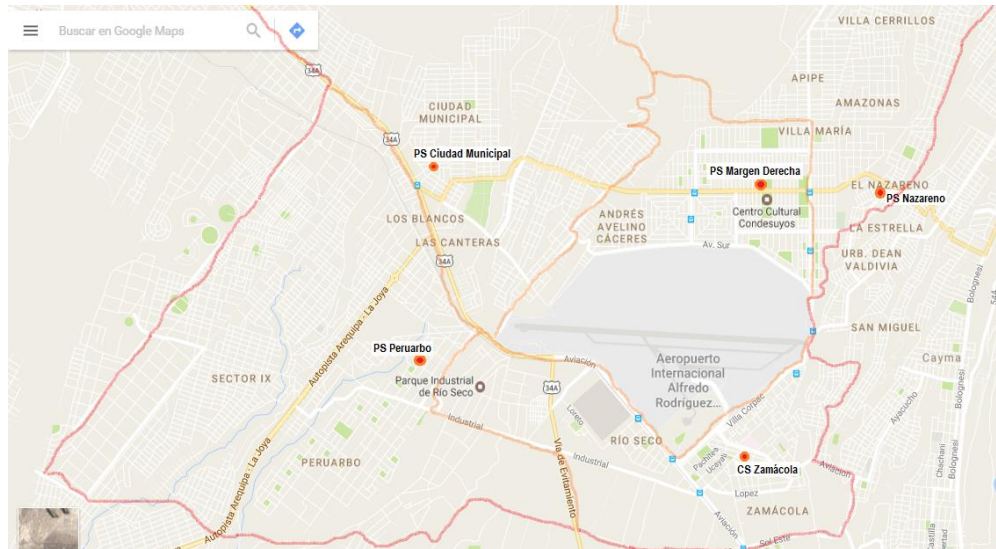


Figura 3. Ubicación Geográfica de la Microrred de Salud Zamácola

Fuente: Google Maps

Clima. Las variables climatológicas en todos los ámbitos son muy similares, con frío relativamente intenso en las estaciones de otoño e invierno, calor y lluvias en verano, durante todo el año se presentan corrientes de aire.

Topografía. Por la presencia de la Cordillera Occidental de los Andes del Sur, el perfil geográfico es muy accidentado, conformada por suaves y empinadas laderas, elevaciones de diversa altura y presencia de múltiples quebradas.

Amenazas o peligros ambientales. Principalmente en el periodo de lluvias que acompaña a la estación de verano, se incrementan los cauces de las torrenceras que existen en la zona, las cuales ponen en peligro a las viviendas y a los pobladores de los asentamientos humanos ubicados en sus riberas.

En los meses de julio y agosto, la presencia de fuertes vientos, amenazan las viviendas de construcción precaria (con techos de calamina). Por su ubicación está expuesta a sismos y erupciones volcánicas.

Determinantes Demográficos y Socio Económicos.

División Político Administrativa. El Distrito de Cerro Colorado está conformada por siete Centros Poblados (ver tabla 24), de los cuales sólo dos están dentro del ámbito de actuación de la Microred de Salud Zamácola. (INEI, s.f.)

- Cono Norte (urbana)
- Irrigación Zamácola (rural)

Tabla 17

Centros Poblados del Distrito de Cerro Colorado

Centro Poblado	Area	Latitud	Longitud
0001 La Libertad	Urbano	-16.3751	-71.5613
0002 Cono Norte	Urbano	-16.3224	-71.5781
0003 Alto Cural	Rural	-16.3631	-71.6124
0004 Irrigación Zamácola	Rural	-16.3436	-71.6055
0005 Morro Negro	Rural	-16.3732	-71.6111
0006 Sol Naciente	Rural	-16.4036	-71.5893
0007 Cerro Colorado Cantarillas	Rural	-16.3547	-71.5895

Fuente: Sistema de Consulta de Centros Poblados – INEI

<http://sige.inei.gob.pe/test/atlas/>

Comunicación y Vías de acceso. El acceso de la población a sus Establecimientos de Salud está limitado por su geografía, pues la existencia de grandes quebradas hace difícil la comunicación desde los Asentamientos Humanos hacia los Establecimientos de Salud.

Existen dos vías principales, que comunican el ámbito jurisdiccional de la Microred, la Avenida Aviación que conecta hacia el sur con el resto del Distrito de Cerro Colorado y la capital de la provincia y por el norte con el distrito de Yura, y la Avenida 54 que permite la interconexión de la mayoría de los Establecimientos de Salud, con excepción del Puesto de PeruArbo.

Estructura Poblacional. La población en el distrito de Cerro Colorado se ha incrementado de manera sostenida en el tiempo y es el distrito con mayor población en la provincia de Arequipa con aprox. 149,786

habitantes que representa al 15.28% de la población de la provincia de Arequipa y al 11.51% de la población total de la Región Arequipa. (Gerencia Regional de Salud Arequipa, 2016).

La población asignada a la Microrred de Salud Zamácola para el año 2017 es de 66,163 habitantes, donde la población menor de 5 años es de 6,391 niños y representa el 9.66% de la población total.

La pirámide poblacional aún mantiene la forma de campana, con una base ancha, pero con un ensanchamiento en la parte que corresponde a la población económicamente activa, el vértice de la pirámide también muestra un ensanchamiento, pero menos evidente.

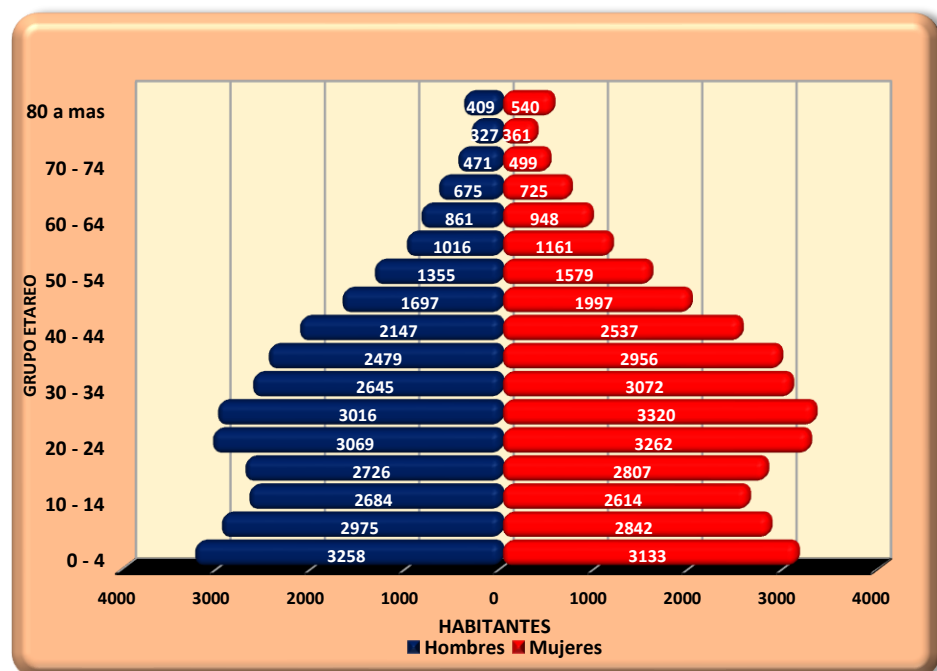


Gráfico 14. Pirámide Poblacional de la Microrred de Salud Zamácola

Fuente: Reporte de la Oficina de Estadística e Informática – RSAC

Estas características probablemente son el resultado de varios factores entre los que podemos señalar la reducción en el número de hijos por mujer, reducción en el número de nacimientos, el incremento en la esperanza de vida al nacer, reducción en el número de fallecimientos y al incremento en la Tasa de Migración Neta.

Estructura Productiva. El estado económico de los pobladores es precario por sus bajos ingresos económicos, además de existir un alto porcentaje de la población económicamente activa en condición de desempleado o subempleado.

Las principales fuentes de trabajo son el comercio ambulatorio, la labor agrícola y construcción civil. La población femenina en su mayoría se dedica a las labores domésticas (amas de casa).

Educación. Según el Instituto Nacional de Estadística, en el Distrito de Cerro Colorado, el 30% de la población cuenta con instrucción primaria, 35% con estudios secundarios y 22% con estudios superiores (universitarios y no universitarios).

Se calcula que el 95% de la población en edad escolar cursa estudios en las Instituciones educativas de la localidad.

Se calcula un índice de analfabetismo entre el 5 – 7 %, en especial en la población adulto mayor y en la población migrante de las zonas alto andinas de la región Arequipa y regiones vecinas (Apurímac, Cuzco y Puno).

En el ámbito de la Microred de Salud Zamácola se cuenta con 57 Instituciones Educativas que albergan a 7,919 estudiantes en todos los niveles, asistidos por 439 docentes.

Vivienda. Las viviendas de los pobladores dentro de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola es muy variable, dependiendo de la Asociación de vivienda a la que pertenece, distancia hasta el Establecimiento de Salud, tiempo de residencia, condición de la vivienda (propia, invasión, alquilada). La mayoría de las viviendas alberga grupos familiares compuestos y cuenta con habitaciones-dormitorio únicas, algunas con cocina y sin ambientes para servicios higiénicos, La mayor parte de la vivienda no está construida y en este

espacio se encuentran las jaulas para la crianza de animales domésticos menores y las letrinas.

Servicios Básicos. Los servicios de agua y desagüe están presentes en el 75% de las viviendas ubicadas en los Asentamientos Humanos más antiguos, mientras que en aquellos recientemente instalados no cuentan con estos servicios, proveyéndose el agua de consumo humano a través de camiones cisterna y la disposición de excretas en silos o al aire libre.

El servicio de recolección de residuos sólidos alcanza a los Asentamientos Humanos hacia los que existe acceso, en tanto el resto lo realiza en las quebradas existentes en la zona.

Índice de Desarrollo Humano. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador social estadístico que busca medir el desarrollo humano combinando tres parámetros: longevidad, educación y nivel de ingresos, en el año 2012. Se considera un alto nivel de desarrollo si el indicador es mayor a 0.800, alto si se encuentra entre 0.700 y 0.799, medio si está entre 0.550 y 0.699 y bajo si es menor a 0.550, según lo señala el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD, 2014, pág. 186).

Para el distrito de Cerro Colorado, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2016) en el año 2012 calculo los siguientes valores:

Tabla 18

Indicadores Poblacionales del Distrito de Cerro Colorado para el Año 2012

Población	135,101 hab.	40*
Índice de Desarrollo Humano	0.5660	109*
Esperanza de vida al nacer	75.06 años	668*
Población con Educación Secundaria Completa	81.33 %	118*

Años de Educación (Población 25 a más)	11.05 años	59*
Ingreso familiar per cápita	S/. 771.20	165*

* Posición alcanzada en el ranking sobre 1834 distritos a nivel nacional

El IDH obtenido para el año 2012, es superior a los obtenidos en los años 2011 (0.5489), 2010 (0.5399), 2007 (0.4500) y 2003 (0.4435), estando catalogado como de desarrollo medio.

Oferta de Servicios de Salud.

Establecimientos de Salud. La Microred de Salud Zamácola cuenta con cinco Establecimientos de Salud, uno de ellos – el Centro de Salud Zamácola – es categoría I-4, funciona las 24 horas y es la cabecera de Microred, en tanto los otros cuatro son categoría I-2 y funcionan en horarios de 12 y 6 horas.

Tabla 19

Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola

Establecimiento de Salud	Categoría	Horario de Atención	Código Renipress
C.S. Zamácola	I-4	24 horas	00001237
P.S. Ciudad Municipal	I-2	12 horas	00001247
P.S. Nazareno	I-2	12 horas	00001251
P.S. Margen Derecha	I-2	6 horas	00011022
P.S. PeruArbo	I-2	6 horas	00011023

Fuente: Reporte de la Oficina de Estadística e Informática – RSAC

Registro Nacional de IPRESS–RENIPRESS <http://app12.susalud.gob.pe/>

Los servicios prestados en todos los establecimientos son los de consulta externa en medicina, enfermería, obstetricia y odontología, servicio de farmacia, servicio de tópico. El Centro de Salud Zamácola y el Puesto de Salud Nazareno además brindan la consulta externa de psicología.

Sólo el Centro de Salud Zamácola brinda los servicios de consulta externa de nutrición, laboratorio clínico, atención de partos, consulta de Emergencia e internamiento.

Recursos Humanos. Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola muestran brecha de Recursos Humanos, según la Organización Mundial de la Salud se recomienda 23 profesionales por cada 10,000 habitantes (OMS, 2017), la Microred de Salud Zamácola alcanza a 13.4 profesionales por 10,000 habitantes.

Asimismo, en la Tabla 27, se puede apreciar que existe una distribución de recursos humanos asimétrica, concentrándose en la cabecera de la Microred en perjuicio de los Puestos de Salud.

Tabla 20

Recursos Humanos de la Microred de Salud Zamácola

Establecimiento de Salud	Profesional e	Técnicos Asistenciales	Administrativ os	Servicios	Total
Centro de Salud Zamácola	53	30	12	6	101
Puesto de Salud Ciudad Municipal	13	8	4	0	25
Puesto de Salud Nazareno	11	4	2	0	17
Puesto de Salud Margen Derecha	4	3	2	0	9
Puesto de Salud PeruArbo	6	3	1	0	10
Total Microred de Salud Zamácola	87	48	21	6	162

Fuente: Reporte de la Oficina de Estadística e Informática – RSAC INFORHUS.RR.HH.

La Microred de Salud Zamácola cuenta con los siguientes profesionales:

- ~ 19 Médicos
- ~ 23 Obstetras
- ~ 06 Odontólogos
- ~ 25 Enfermeras
- ~ 02 Psicólogos
- ~ 01 Nutricionista
- ~ 01 Farmacéutico

- ~ 03 Biólogos
- ~ 06 Asistentes Sociales

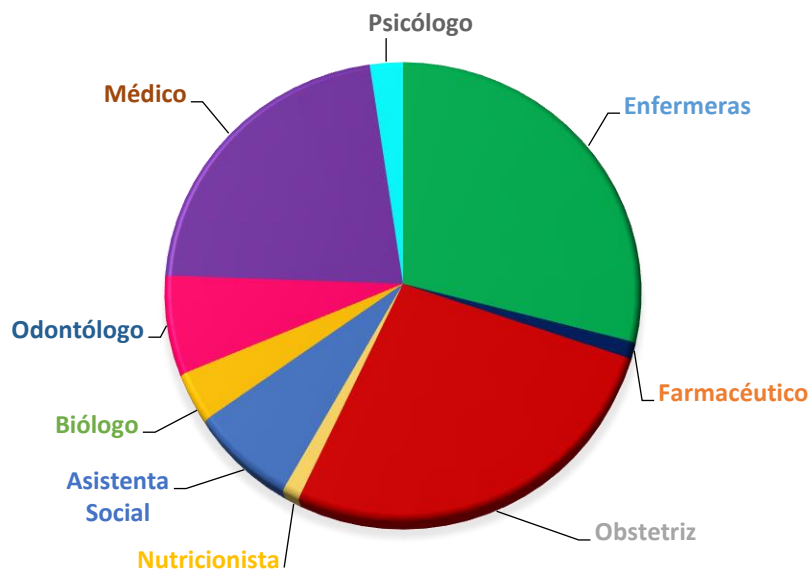


Gráfico 15. Recursos Humanos de la Microred de Salud Zamácola

Fuente: Reporte de la Oficina de Estadística e Informática – RSAC INFORHUS.RR.HH.

Acceso a Seguro de Salud. La población del ámbito de la Microred de Salud Zamácola cuenta con un alto porcentaje de afiliación al Seguro Integral de Salud, a excepción del Centro de Salud Zamácola.

Tabla 21

Afiliados al Seguro Integral de Salud en la Microred de Salud Zamácola

Establecimiento de Salud	Población Inei	Afiliados Sis	Cobertura Afiliados Sis
C.S. Zamácola	26,497	5,771	21.78 %
P.S. Ciudad Municipal	14,660	12,958	88.39 %
P.S. Nazareno	9,758	8,130	83.32 %
P.S. Margen Derecha	7,974	5,424	68.02 %
P.S. PeruArbo	7,274	5,945	81.73 %
TOTAL Microred de Salud	66,163	38,228	57.78 %

Fuente: Reporte de afiliados SIS al 31-12-2016 de la Dirección de Seguros - GERSA

<http://www.segurosrrc.saludarequipa.gob.pe/noticias/AfiliadosSIS31-12-2016.xlsx>

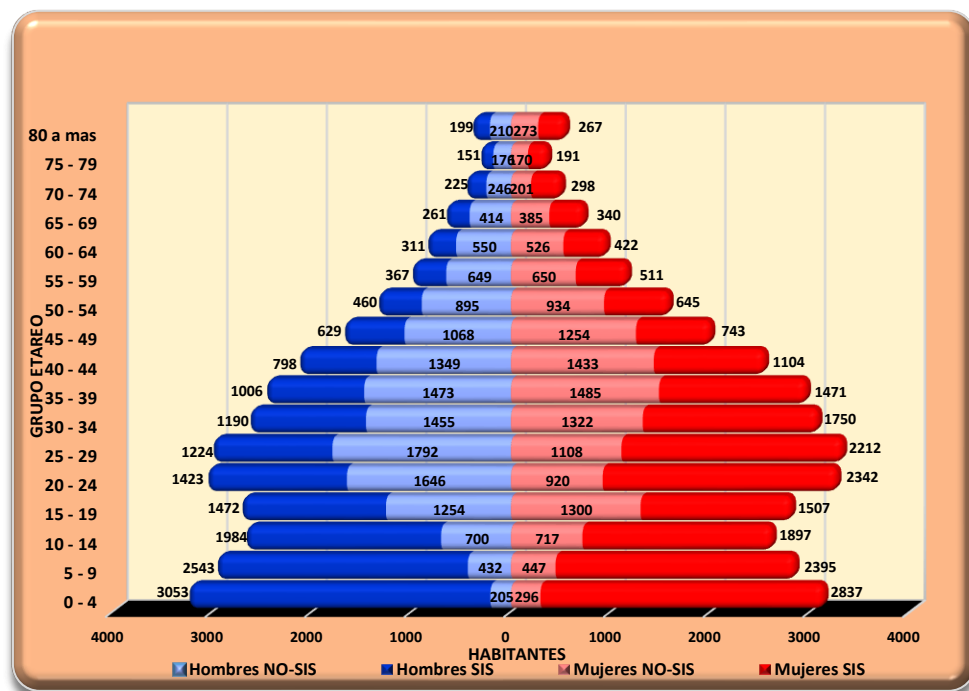


Gráfico 16. Pirámide Poblacional de Afiliados SIS en la Microred De Salud Zamácola

Fuente: Reporte de la Oficina de Estadística e Informática - RSAC

Reporte de afiliados SIS al 31-12-2016 de la Dirección de Seguros - GERSA

<http://www.segurosrrc.saludarequipa.gob.pe/noticias/AfiliadosSIS31-12-2016.xlsx>

El segmento con mayor cobertura de afiliación corresponde al género femenino en especial en las edades de 20 a 29 años y en ambos sexos al grupo etario menor de 15 años.

El que la mayoría de la población sea beneficiaria del Seguro Integral de Salud, ha provocado un incremento sustancial en la demanda de atención en los Establecimientos de Salud, superando ampliamente la oferta de estos, generando dificultades en el acceso, tiempos prolongados de espera, insatisfacción y reclamos de los usuarios.

Aspectos Epidemiológicos

Morbilidad General. Para el año 2016, la Microred de Salud Zamácola mostró como primera causa de morbilidad en la población general a

los problemas odonto-estomatológicos, seguido de las infecciones respiratorias agudas, trastornos e infecciones gastrointestinales.

Morbilidad en Niños. Para el año 2016 las principales causas de morbilidad en la etapa de vida niño – 0 a 11 años – fueron similares a las presentadas en los años anteriores, las infecciones agudas de las vías respiratorias son las más frecuentes, las enfermedades de la cavidad bucal y las enfermedades infecciosas gastro-intestinales presentan una alta prevalencia. Las anemias nutricionales y la desnutrición infantil, también muestran valores altos de presentación.

Tabla 22

Primeras 10 Causas de Morbilidad General de la Microred de Salud Zamácola

Código	Morbilidad	Total	Porcentaje
K021	CARIES DE LA DENTINA	7,207	8.77%
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	5,747	7.00%
A090	OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS NO ESPECIFICADAS DE ORIGEN INFECCIOSO	3,275	3.99%
J028	FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	2,743	3.34%
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2,439	2.97%
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA, RINITIS AGUDA	2,394	2.91%
J068	FARINGO AMIGDALITIS AGUDA	1,717	2.09%
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	1,528	1.86%
J041	TRAQUEÍTIS AGUDA	1,525	1.86%
K036	DEPÓSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	1,333	1.62%

Fuente: Reportes de la Oficina de Estadística e Informática – RSAC

Tabla 23

Primeras 10 Causas de Morbilidad en Niños de la Microred de Salud Zamácola

Código	Morbilidad	Total	Porcentaje
J00X	INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	1,113	32.66%

Código	Morbilidad	Total	Porcentaje
K140	ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LAS GLANDULAS SALIVALES	648	19.01%
D509	ANEMIAS NUTRICIONALES	286	8.39%
A09X	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	193	5.66%
T66X	OTROS EFECTOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS	163	4.78%
R465	SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL CONOCIMIENTO, PERCEPCION, ESTADO E	161	4.72%
E407	DESNUTRICION	132	3.87%
L209	DERMATITIS Y ECZEMA	129	3.79%
N390	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO	65	1.91%
J209	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	63	1.85%

Fuente: Reportes de la Oficina de Estadística e Informática - RSAC

Mortalidad. En relación a la mortalidad, la primera causa fue la influenza y neumonía (14.25%), seguida de las enfermedades isquémicas del corazón (7.96%), Tumores malignos de los órganos digestivos (6.15%), Enfermedades cerebrovasculares (3.98%) y Diabetes Mellitus (3.9%). Los hombres mueren con mayor frecuencia que las mujeres.

En la etapa de vida niño, la principal causa de mortalidad son las infecciones agudas del aparato respiratorio, seguida de los trastornos gastrointestinales, en conjunto representan alrededor del 85%.

3.2.2. Análisis Interno

A. Subsistema: Razón de ser

La anemia infantil es un problema de salud pública que debe ser resuelto de manera intersectorial, correspondiendo al sector salud liderar esta iniciativa.

Existe un compromiso asumido por el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales a través de sus Direcciones Regionales de Salud para reducir los índices de anemia infantil, el cual se ha plasmado en la Resolución Ministerial N° 249-2017-MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Plan Nacional para la

Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021”

La Microred de Salud Zamácola, en su ámbito geográfico jurisdiccional, no solo es la responsable de operativizar las actividades y estrategias que señala el Plan Nacional, sino también de aquellas articuladas en las diferentes Estrategias Sanitarias Nacionales que permitan satisfacer de manera adecuada y oportuna las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.

La mejora de los procesos que la institución debe desarrollar para fortalecer las intervenciones sanitarias tendientes a lograr la reducción de los índices de anemia infantil en la población menor de 36 meses es una competencia primaria de la Microred de Salud Zamácola que contribuye al logro de su misión institucional de brindar una atención integral oportuna y de calidad al ciudadano.

La atención de los niños y niñas menores de 36 meses en los Establecimientos de Salud tienen dificultades diversas, algunas de ellas dadas por el no cumplimiento o de la práctica inadecuada de las actividades necesarias para reducir, paliar o evitar la ocurrencia de la anemia infantil en este grupo etario. Si observamos el flujograma a seguir, ya sea en el niño/niña sin anemia, o aquel que ya es portador de la enfermedad, apreciamos diversas instancias donde el proceso se interrumpe o es ineficiente:

- a) La entrega de citas a los usuarios que acuden a los Establecimientos de Salud, a cargo del Responsable del servicio de admisión, generalmente un Técnico de Enfermería, es uno de los puntos limitantes en el número de usuarios que pueden acceder a los diversos servicios

que se brindan en los Establecimientos de Salud, ya que existen topes en las citas habilitadas por turno a cada uno de los servicios.

- b) La búsqueda y registro de la Historia Clínica, a cargo del mismo personal encargado del servicio de admisión, es otro factor que afecta la atención de usuarios en los servicios de salud ofertados y es una de las causas que genera tiempos de espera prolongados.
- c) En los consultorios externos, tanto de medicina como de enfermería, existe una demanda alta de usuarios, que obligan a los profesionales de la salud a realizar una atención “acelerada”, obviando la realización de todas las actividades propias de la evaluación del paciente con anemia o del niño/niña que acude a la evaluación de crecimiento y desarrollo (CRED).
- d) No entrega de medicamentos – sales de hierro o sobres de micronutrientes – a los niños/niñas que según la edad les corresponde por diversos motivos, tanto de manera justificada como injustificada.
- e) A pesar de que todos los Establecimientos de Salud cuentan con al menos un Hemoglobinómetro, estos no son utilizados de manera continua, en su lugar se prefiere referir al usuario a la cabecera de la Microred, generando una mayor demanda en este y por ende que no se cumpla con la determinación de hemoglobina en los plazos señalados en la norma técnica y la imposibilidad de una detección oportuna del estado de anemia en el niño/niña.

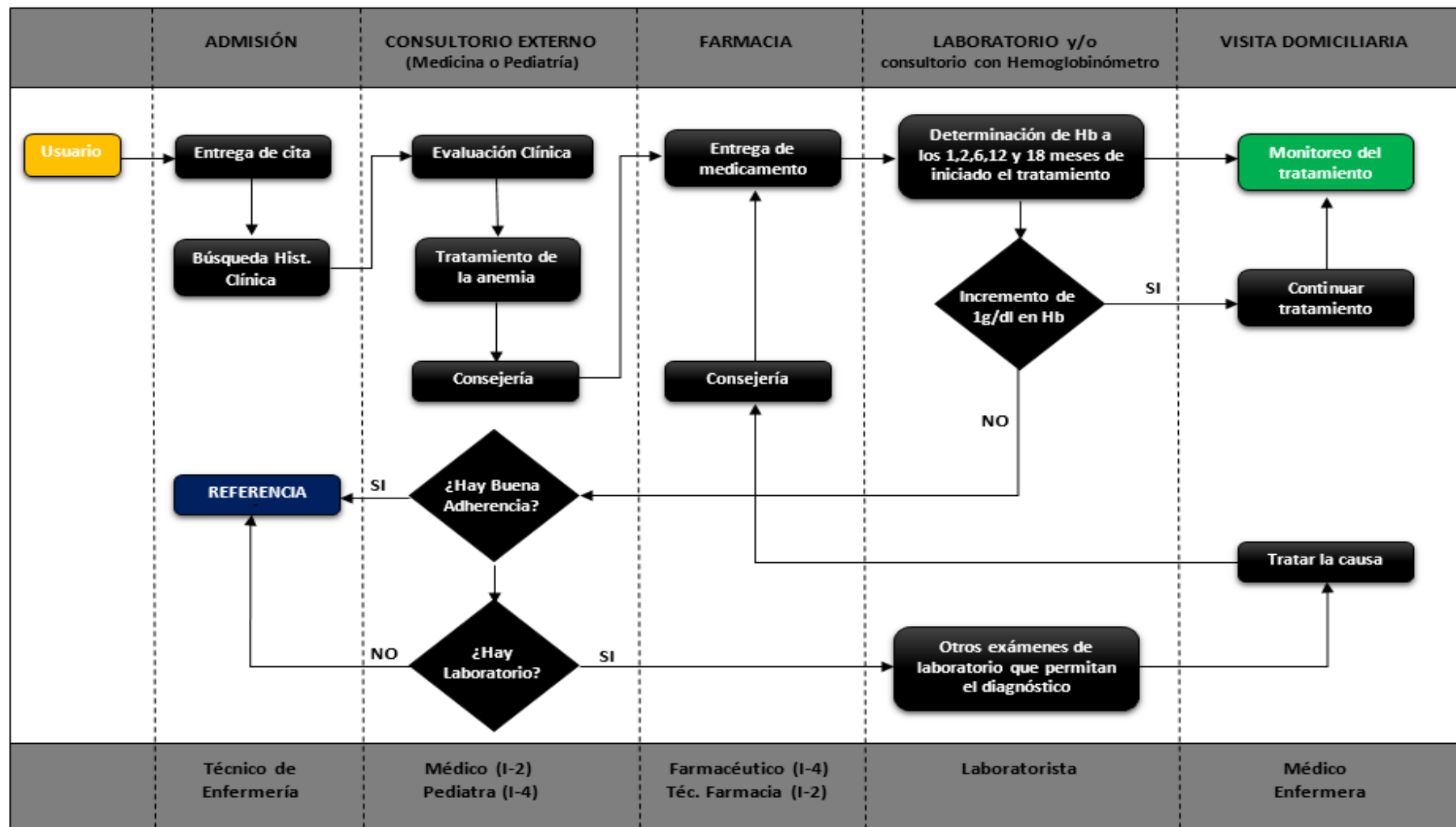


Figura 4. Flujograma de atención del niño prematuro y/o bajo peso al nacer con anemia

Fuente: Elaboración propia

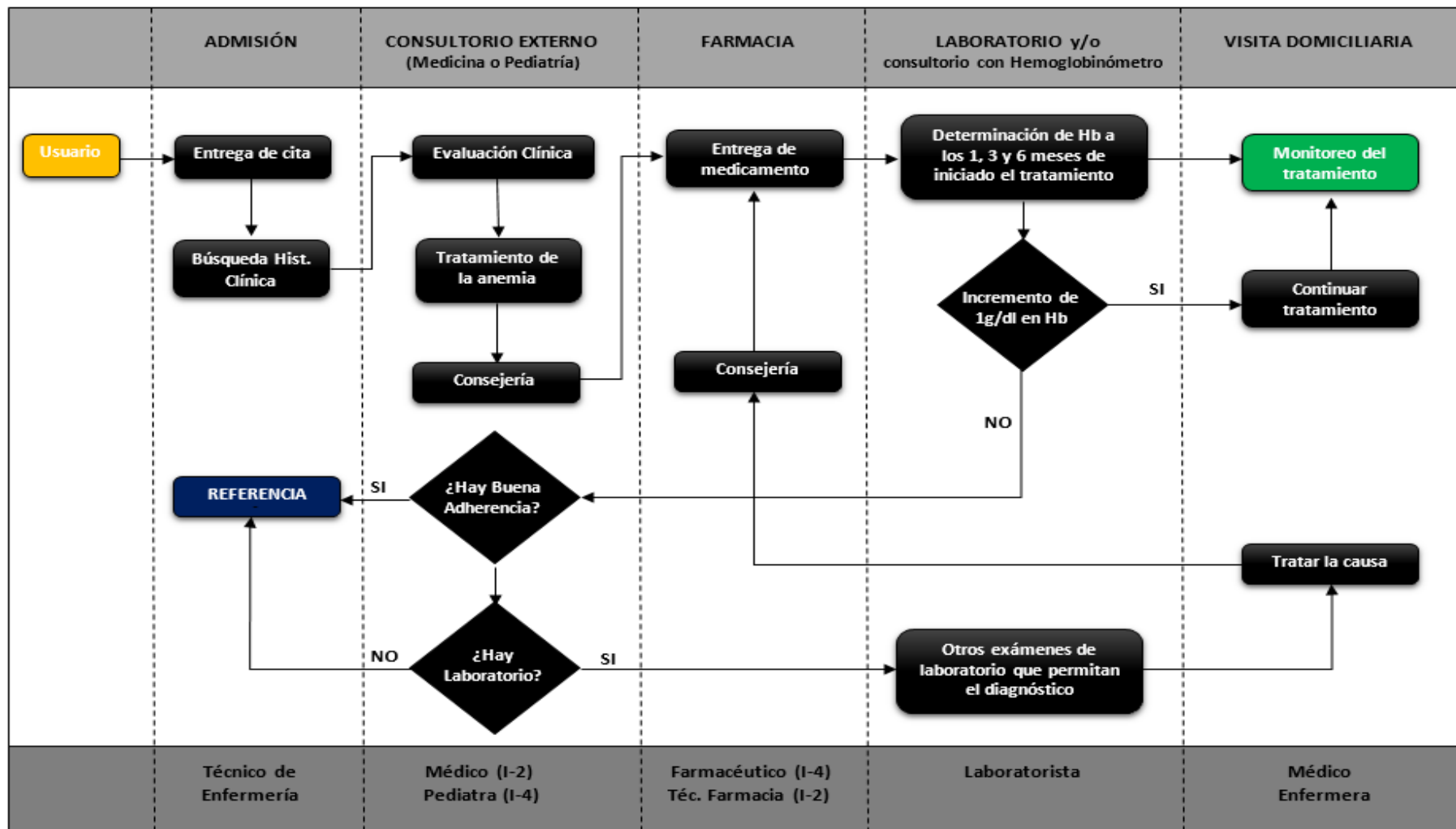


Figura 5. Flujograma de atención del niño de 6 meses a 11 años de edad con anemia

Fuente: Elaboración propia

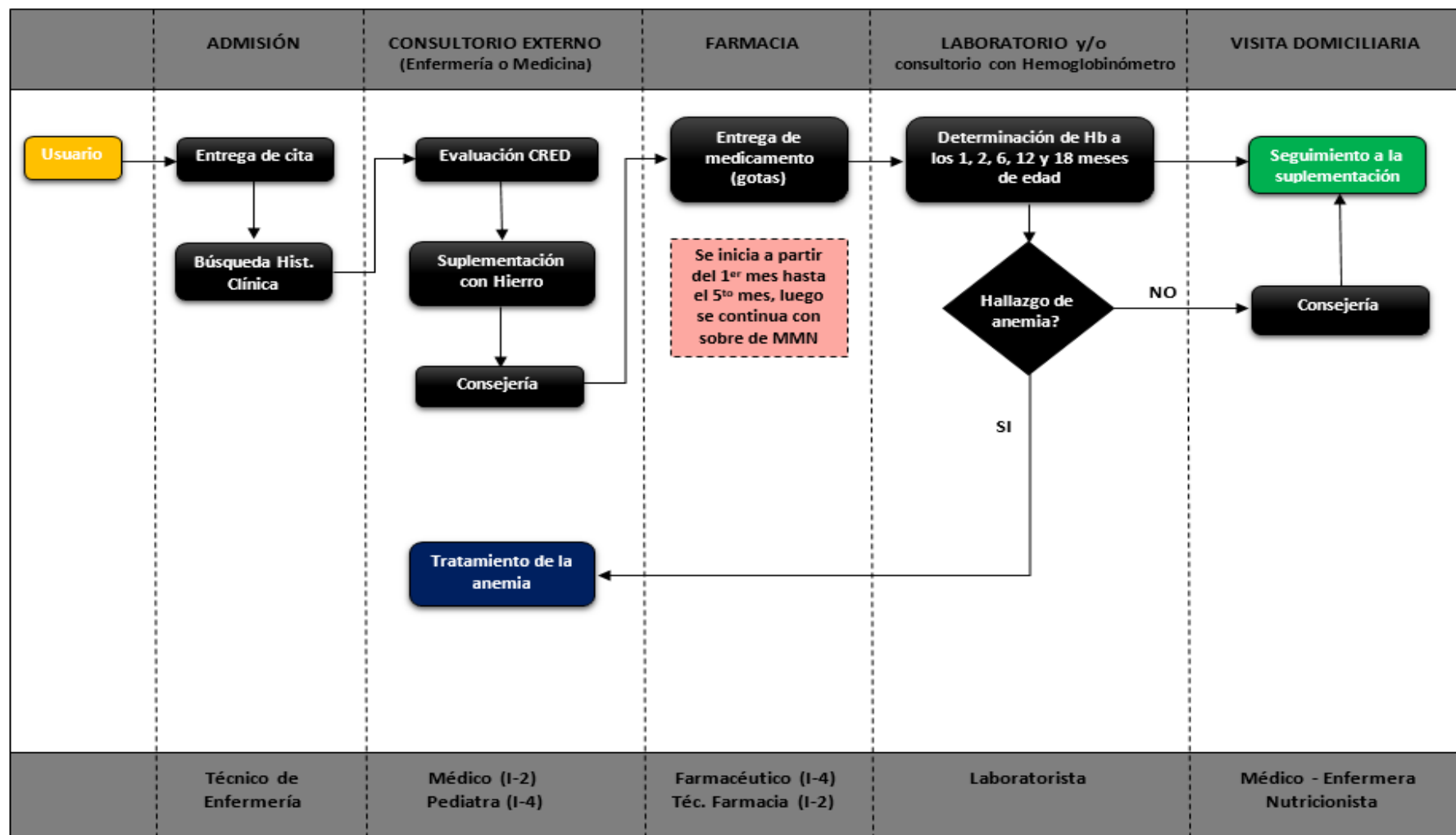


Figura 6. Flujograma de atención del niño prematuro y/o bajo peso al nacer sin anemia

Fuente: Elaboración propia

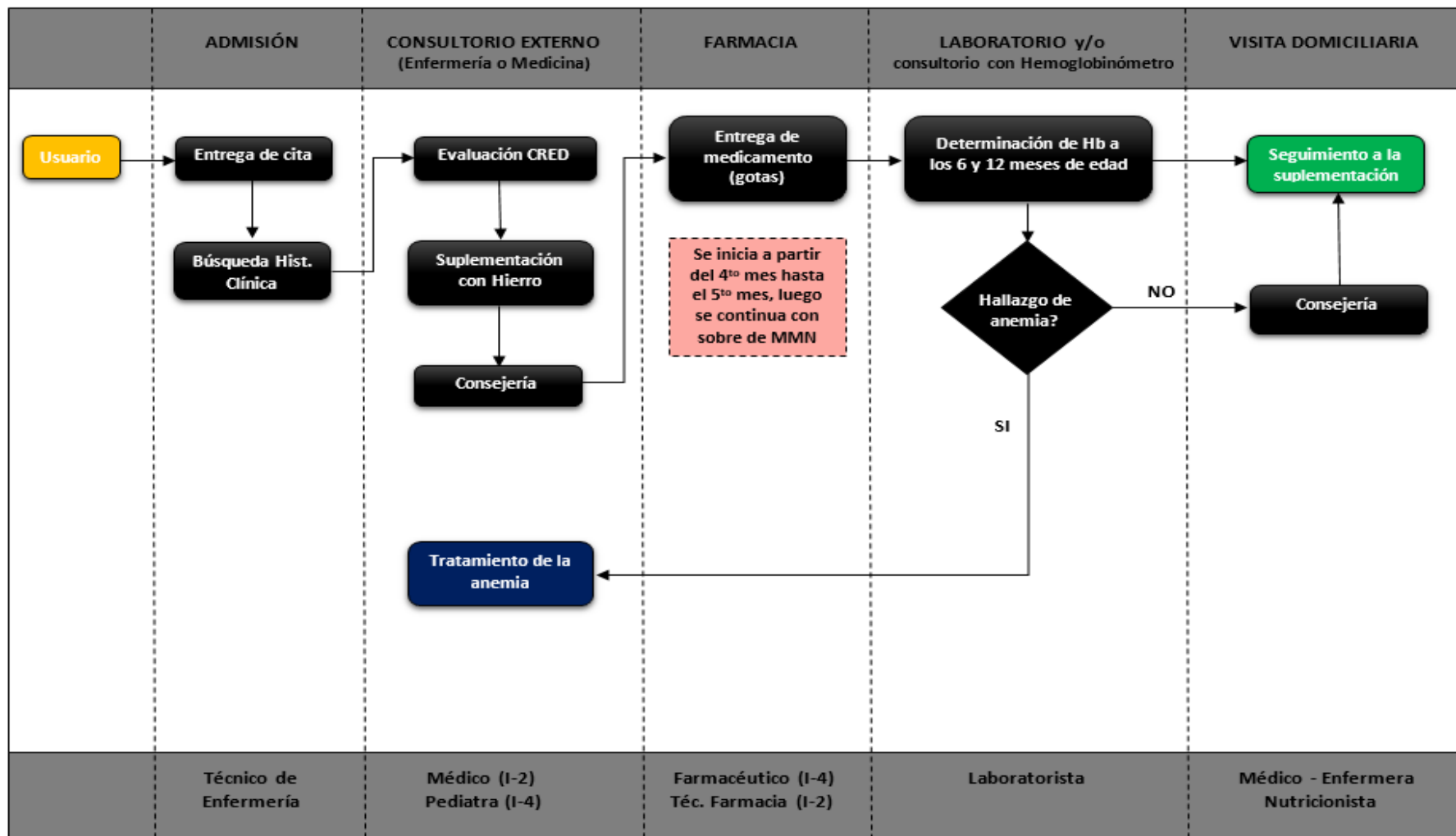


Figura 7. Flujograma de atención del niño a término y/o buen peso al nacer sin anemia

Fuente: Elaboración propia

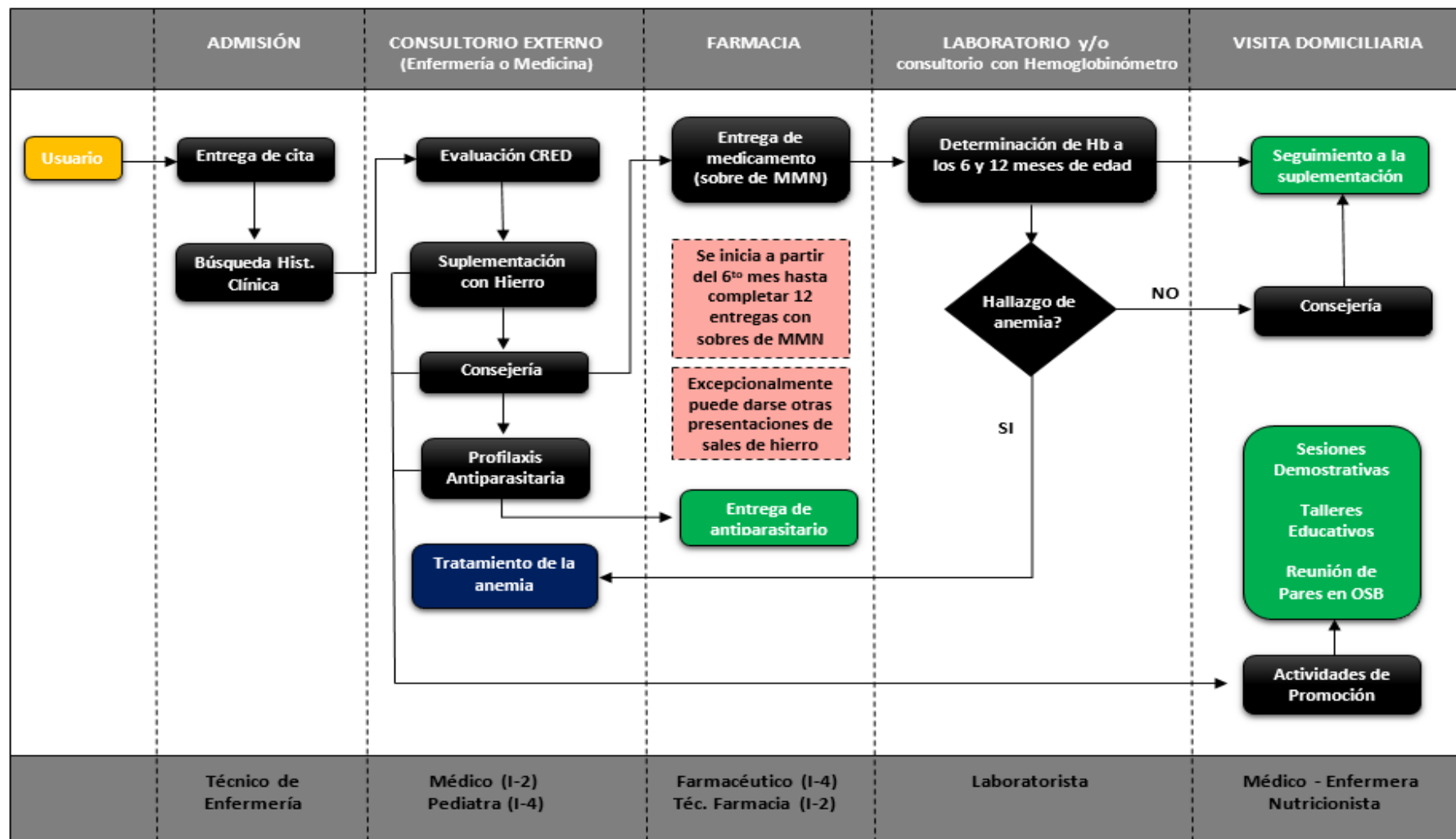


Figura 8. Flujograma de atención del niño de 6 a 35 meses de edad sin anemia

Fuente: Elaboración propia

- f) La actividad extramural es de vital importancia para conocer y vigilar el estado de la suplementación o del tratamiento, pero esta no está siendo priorizada en los Establecimientos de Salud por diversas razones, limitando así la oportunidad de mejorar la adherencia y el cumplimiento de la administración de las sales de hierro que permitan reducir el índice de anemia infantil.
- g) Las actividades colectivas a nivel de la comunidad, son también herramientas muy importantes en la promoción de la salud familiar y comunitaria, con repercusión muy importante en la salud del niño/niña, pero que tampoco ha sido priorizada y ejecutada en los Establecimientos de Salud. Aquí, el trabajo que debe realizarse con las Organizaciones Sociales de Base (OSB) y los Gobiernos Locales han sido descuidados.

B. Subsistema Tecnológico

Para el análisis del subsistema tecnológico se presentan los nudos críticos en función a los problemas ya planteados y que se pretende sean solucionados con las acciones a desarrollarse para alcanzar el logro de los productos propuestos.

Detalle de Nudos Críticos

NUDOS CRÍTICOS	RESPONSABLES
<u>Nudo Crítico N° 01</u> Entrega de citas para la atención del niño/niña menor de 36 meses	<u>Responsable del Nudo</u> • Servicio de Admisión Personal Técnico de enfermería
<u>Nudo Crítico N° 02</u> Atención oportuna a niños y niñas en enfermedades prevalentes (parasitosis, anemia)	<u>Responsable del Nudo</u> • Consulta Externa Médico General (I-2) Pediatra (I-4)
<u>Nudo Crítico N° 03</u> Entrega de prestaciones preventivo-promocionales intramurales al niño/niña menor de 36 meses	<u>Responsable del Nudo</u> • Consulta Externa Enfermera(o) Médico General

<u>Nudo Crítico N° 04</u> Entrega de prestaciones preventivo-promocionales extramurales a las familias con niño/niña menor de 36 meses, gestantes y/o puérpera	<u>Responsable del Nudo</u> • Equipo de Salud - Médico General - Enfermera - Obstetra - Nutricionista
<u>Nudo Crítico N° 05</u> Equipos médicos operativos y adecuado suministro de insumos críticos para garantizar las actividades de CRED, suplemento de MMN y APN	<u>Responsable del Nudo</u> • Jefe de la Microred • Comité de Gestión • Área de Logística • Servicio de Farmacia
<u>Nudo Crítico N° 06</u> Brecha de Recursos Humanos para la provisión de servicios de salud	<u>Responsable del Nudo</u> • Jefe de la Microred • Comité de Gestión • Área de Personal
<u>Nudo Crítico N° 07</u> Implementación del modelo de atención integral basado en familia y comunidad	<u>Responsable del Nudo</u> • Jefe de la Microred • Comité de Gestión • Responsable de la ESN Salud Familiar

Fuente: Elaboración propia

C. Subsistema Estructural

Uno de los principales problemas que aquejan a los Establecimientos de Salud, es la dualidad de gobierno que tienen cada uno de ellos, que desde un punto de vista administrativo son dependientes de la CLAS – Comunidad Local de Administración en Salud – que al amparo de la Ley N° 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones, mientras que desde el aspecto netamente asistencial dependen del Gobierno Regional Arequipa a través de la Gerencia Regional de Salud Arequipa y la Red de Salud Arequipa Caylloma.

Esta dualidad genera la carencia de una estructura organizacional y funcional adecuada. Según podemos apreciar

en el Organigrama Funcional y Estructural, sanitariamente existe un responsable de la Microred: El Jefe de Microred, encargado de la conducción de las actividades asistenciales sanitarias del ámbito jurisdiccional de la Microred, en tanto en cada uno de los Establecimientos de Salud se tienen Responsables que tienen como función, la coordinación del cumplimiento de las actividades señaladas anteriormente de acuerdo a lo dispuesto por el Jefe de la Microred.

En relación al personal de salud, estos cuentan con una multiplicidad de funciones y no necesariamente relacionada a su quehacer asistencial, sino también labor administrativa, que le demanda uso de tiempo que va en desmedro de la atención directa a los usuarios de los servicios de salud. Este personal se relaciona a la Microred a través de diversos regímenes laborales, lo que influye significativamente en su desempeño.

Nudo Crítico N° 01: Entrega de citas para la atención del niño/niña menor de 36 meses	
Funciones	Relación con el Nudo Crítico
El servicio de admisión es el encargado de proveer las citas a los usuarios para las diversas áreas asistenciales de los Establecimientos de Salud. Está adscrito al Área de Estadística y Admisión y debe estar a cargo de un Técnico Administrativo	Se encuentra a cargo de personal Técnico de enfermería, el mismo que además debe cumplir funciones en el servicio de triaje, en el servicio de tópico y en el servicio de farmacia. Ello genera a nivel del servicio de admisión el retraso en la entrega de citas, alteración del flujo de las historias clínicas a los consultorios externos con el consiguiente incremento en el tiempo de espera por parte de los usuarios.

Nudo Crítico N° 02: Atención oportuna a niños y niñas en enfermedades prevalentes (parasitosis, anemia)	
FUNCIONES	RELACIÓN CON EL NUDO CRÍTICO
Brindar atención médica integral por medios clínicos y quirúrgicos a pacientes de los EESS de primer nivel. Sus principales actividades son: • Efectuar atención médica a pacientes de acuerdo con	El profesional Médico no necesariamente logra brindar la atención oportuna al niño/niña con enfermedades prevalentes, debido a la elevada demanda de los usuarios por la Consulta Externa de Medicina. Al no haber un adecuado proceso de citas y triaje, se permite un abuso del uso de los servicios de salud, ya que los

las guías de atención establecidas. • Examinar, diagnosticar y prescribir tratamientos médicos. • Coordinar el tratamiento y atención integral de la salud del paciente. • Supervisar la aplicación adecuada del tratamiento médico establecido para el paciente de acuerdo a normas y guías de atención aprobados. • Interpretar análisis de laboratorio, placas, radiografías, electrocardiogramas y otros exámenes de ayuda diagnóstica. • Participar en campañas de medicina preventiva y educación para la salud.	usuarios acuden en forma reiterada y frecuente a la consulta médica, aun cuando su estado de salud no lo requiere o están recibiendo tratamiento para las patologías que le fueron diagnosticadas, en especial trastornos crónicos, limitando el acceso a otros usuarios, entre ellos niños/niñas derivados del consultorio de enfermería portadores de factores de riesgo de anemia y/o desnutrición crónica infantil.

Nudo Crítico N° 03: Entrega de prestaciones preventivo promocionales intramurales al niño/niña menor de 36 meses	
FUNCIONES	RELACIÓN CON EL NUDO CRÍTICO
MEDICO Brindar atención médica integral por medios clínicos y quirúrgicos a pacientes de los EESS de primer nivel. Sus principales actividades son: • Efectuar atención médica a pacientes de acuerdo con las guías de atención establecidas. • Coordinar el tratamiento y atención integral de la salud del paciente. • Participar en campañas de medicina preventiva y educación para la salud. ENFERMERA Brindar atención integral de enfermería, oportuno y continuo, mediante la guía de atención al paciente, familia y comunidad, efectuando actividades de promoción de la salud, prevención y control de riesgos y daños, control de enfermedades	Las prestaciones preventivo promocionales como son el Control de Crecimiento y Desarrollo, inmunizaciones, suplemento con micronutrientes, entre otros son parte de las actividades encomendadas a los profesionales médicos y enfermeras. El profesional Médico tiene una elevada demanda en la Consulta Externa por parte de usuarios de otros grupos etarios. Similar situación ocurre a nivel de las profesionales de enfermería, ya que deben realizar las actividades propias del consultorio externo de enfermería: control CRED, vacunas, consejería nutricional, estimulación temprana, determinación de hemoglobina, o del servicio de tópico: curaciones, inyectables, administración de tratamiento antituberculoso, etc. Además de ello, deben cumplir con las actividades

inmune prevenibles y vigilancia nutricional Sus principales actividades son: • Realizar intervenciones de enfermería, durante la atención integral, en coordinación con otros integrantes del equipo de salud. • Participar en actividades de promoción y educación de estilos de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad, así como personal del establecimiento de salud. • Efectuar el registro relacionado a la atención de los pacientes y otros que competen al servicio de enfermería. • Orientar al paciente y familiares sobre los cuidados de la salud a seguir y la continuidad del tratamiento, efectuando el seguimiento del mismo.	administrativas de las Estrategias Sanitarias Nacionales y finalmente con las actividades preventivo-promocionales en el ámbito extramural. En ambos casos la solución podría darse si se cierra la brecha de recursos humanos, ya que existe infraestructura física para la habilitación de nuevos consultorios.

Nudo Crítico N° 04: Entrega de prestaciones preventivo promocionales extramurales a las familias con niño/niña menor de 36 meses, gestantes y/o puérpera	
FUNCIONES	RELACIÓN CON EL NUDO CRÍTICO
• El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado • Lograr que las personas asuman comportamientos saludables para mantener y mejorar permanentemente su salud y contribuir a su desarrollo humano pleno. • Conducir la implementación de planes, programas y estrategias para el desarrollo de la promoción de la salud, en el ámbito local. • Participar en actividades de promoción y educación de estilos	A pesar que en el nuevo enfoque de Atención Integral basado en Familia y Comunidad prioriza las actividades preventivo promocionales y que a través del DL N° 1153 se ha otorgado un bono económico al personal de salud por la realización de estas actividades, la entrega de estas prestaciones no se brinda en la medida esperada. Una probable explicación a esta debilidad puede ser que no existe una adecuada organización en cada uno de los Establecimientos de Salud, no existiendo la debida articulación entre los responsables de las estrategias sanitarias y el coordinador de Promoción de la Salud, quien muchas veces pretende ser el “único” ejecutor de dichas actividades y no compartirlas con el resto del equipo de salud.

de vida saludables, prevención de la salud y otros dirigidos a la familia y comunidad, así como personal del establecimiento de salud.	Se requiere también de una organización adecuada que permita atender en forma simultánea las actividades extramurales tanto como las tareas intramurales, ello se dificulta al no contar con el recurso humano en cantidad suficiente, siendo un factor muy limitante en el desarrollo de actividades comunitarias en favor de la disminución de la anemia y desnutrición crónica.

Nudo Crítico N° 05: Equipos médicos operativos y adecuado suministro de insumos críticos para garantizar las actividades de CRED, suplemento de MMN y CPN	
FUNCIONES	RELACIÓN CON EL NUDO CRÍTICO
LOGISTICA. Efectuar las actividades técnicas logísticas relacionados con el abastecimiento y control de bienes y servicios. • Recepcionar, almacenar y/o despachar los bienes, efectuando los registros establecidos. • Apoyar en la supervisión de los servicios que prestan los prestatarios de servicios. • Efectuar el registro de altas, transferencias, bajas y otros de los bienes patrimoniales. • Apoyar y coordinar la toma de inventario general y rotativo de los bienes y existencias bajo la supervisión de su unidad orgánica. FARMACIA. Efectuar la selección, programación, dispensación y control de medicamentos, insumos y drogas de uso clínico o quirúrgico. • Organizar, dirigir, supervisar y evaluar las actividades del área de farmacia y del sistema de suministro de medicamentos y afines. • Dispensar productos farmacéuticos y afines. • Supervisar y controlar la venta, distribución y mantenimiento del stock de productos farmacéuticos.	El área de logística tiene como función el control de bienes, pero esta no se realiza en forma adecuada debido a que en los Establecimientos de Salud (excepto la cabecera de Microred) se encuentra a cargo de un Técnico de Enfermería, sin las competencias y conocimientos necesarios para un adecuado desempeño. Los bienes muchas veces quedan en los almacenes y no se les utiliza por falta de personal capacitado, no se adecua la compra (necesidad) o porque se reciben bienes procedentes de la RSAC que con frecuencia no se adecuan a la categoría del establecimiento. El servicio de farmacia realiza el requerimiento de insumos y medicamentos para asegurar la realización de las actividades de CRED, suplemento de MMN y APN, pero no necesariamente el requerimiento es atendido, en el caso de insumos porque debe tenerse la aprobación del Comité de Gestión de la Microred y luego del Consejo Directivo de la ACLAS. En el caso de los medicamentos no atendidos, es debido a fallas en el suministro a través de la DIREMID, que actúa como único proveedor hacia los Establecimientos de Salud.

• Emitir informes especializados sobre actividades inherentes a su especialidad.	
Nudo Crítico N° 06: Brecha de Recursos Humanos para la provisión de servicios de salud	
FUNCIONES	RELACIÓN CON EL NUDO CRÍTICO
REGLAMENTO DE LA LEY N° 29124 QUE ESTABLECE LA COGESTIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LAS REGIONES Artículo 43°.- Funciones del Consejo Directivo: Son funciones del Consejo Directivo las siguientes: i) Realizar la contratación del personal para los EESS bajo su administración.	Si bien es el Consejo Directivo de la ACLAS quien tiene por ley la facultad de la contratación de nuevo personal, es el Jefe de la Microred con el Comité de Gestión y la participación del Responsable de Personal la evaluación de las necesidades del Recurso Humano para poder cumplir con los objetivos del PSL, Estrategias Sanitarias y Programas Presupuestales, así como de los indicadores de los Convenios que ha suscrito el Gobierno Regional Arequipa.

Nudo Crítico N° 07: Implementación del modelo de atención integral basado en familia y comunidad	
FUNCIONES	RELACIÓN CON EL NUDO CRÍTICO
• Mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud • Implementar intervenciones priorizando acciones de promoción y prevención de riesgos en el núcleo familiar y contexto comunitario, a través de los equipos básicos de salud de los establecimientos. • Implementar la atención integral de salud de las familias y comunidades con énfasis en las más pobres, excluidas y vulnerables.	El modelo de atención integral basado en familia y comunidad fue aprobado en el año 2011 mediante la Resolución Ministerial N°464-2011/MINSA. Han sido muchos los esfuerzos por ponerla en práctica, sin resultados satisfactorios. Su éxito está limitado por la existencia de una brecha de RRHH, la poca intención del personal de salud por hacerla suya. Además, no existe el compromiso del Jefe de la Microred, ni del responsable de la Estrategia Sanitaria de Salud Familiar y de sus pares en la RSAC y la GERSA para su implementación.

D. Subsistema Psicosocial

NUDO CRÍTICO	ANÁLISIS
<u>Nudo Crítico N° 01</u> Entrega de citas para la atención del niño/niña menor de 36 meses	El número de personas asignadas a cumplir esta función es limitado en todos los Establecimientos de Salud. Son Técnicos de enfermería que deben de cumplir además con otras funciones. No han sido debidamente entrenados o capacitados para el puesto.

	Tienen distintos regímenes laborales y horarios.
NUDO CRÍTICO	ANÁLISIS
<u>Nudo Crítico N° 02</u> Atención oportuna a niños y niñas en enfermedades prevalentes (parasitosis, anemia)	A excepción de la cabecera de Microred, los demás EESS solo cuentan con 1 médicos por turno, los que deben de cubrir las atenciones de la consulta externa de medicina. Todos califican para el puesto, son nombrados, pero no todos han sido capacitados para brindar la atención a niños y niñas en enfermedades prevalentes. Los niños y niñas con anemia no completan su tratamiento porque el profesional médico no lo cita con la frecuencia que corresponde según norma.
NUDO CRÍTICO	ANÁLISIS
<u>Nudo Crítico N° 03</u> Entrega de prestaciones preventivo promocionales intramurales al niño/niña menor de 36 meses	El personal de enfermería está concentrado en la cabecera de Microred y distribuido en diversas funciones, mientras que los demás EESS cuentan con 1 o 2 enfermeras por turno. Este grupo profesional es muy heterogéneo ya que existe personal nombrado, contratado y serumista. Cumplen con el perfil de puesto, pero no con las competencias necesarias y no tienen la capacitación suficiente para el desempeño de las actividades a realizarse. Desconocen en su mayoría la normatividad vigente sobre control, tratamiento y prevención de la anemia.
NUDO CRÍTICO	ANÁLISIS
<u>Nudo Crítico N° 04</u> Entrega de prestaciones preventivo promocionales extramurales a las familias con niño/niña menor de 36 meses, gestantes y/o puérpera	Las Obstetras al igual que las Enfermeras se concentran en la cabecera de Microred, por la atención de partos, en los demás EESS se tiene 1 obstetra por turno. Poseen distintos regímenes laborales. Cumplen con el perfil de puesto, pero no con las competencias necesarias y no tienen la capacitación suficiente para el desempeño de las actividades a realizarse. Solo se cuenta con una nutricionista, la cual labora en la cabecera de Microred, nombrada, no posee las competencias ni cuenta con la capacitación suficiente.
NUDO CRÍTICO	ANÁLISIS
<u>Nudo Crítico N° 05</u> Equipos médicos operativos y adecuado suministro de insumos críticos para garantizar las actividades de CRED, suplemento de MMN y APN	El personal encargado de logística en la cabecera de la Microred es rotado constantemente, no posee el perfil para el puesto y no ha sido capacitado adecuadamente. En los demás EESS se ha encargado la función a personal asistencial, técnicos de enfermería, los cuales no tienen las competencias y conocimientos suficientes. La mayoría de ellos son contratados.

NUDO CRÍTICO	ANÁLISIS
<u>Nudo Crítico N° 06</u> Brecha de Recursos Humanos para la provisión de servicios de salud	El Jefe de la Microred es renovado cada 2 años, en el caso de la Microred de Salud Zamácola por diversas circunstancias se tuvo la renuncia del Jefe anterior y por más de 1 año se ha tenido en el cargo a interinos, lo que ha condicionado la toma de decisiones.
<u>Nudo Crítico N° 07</u> Implementación del modelo de atención integral basado en familia y comunidad	

La Microred de Salud Zamácola cuenta con personal de salud laborando bajo diversos regímenes laborales, tales como el régimen del Decreto Legislativo N° 276, el régimen del Decreto Legislativo N° 728, personal SERUMs y algunos contratados por la Red de Salud Arequipa Caylloma que pertenecen al régimen del Decreto Legislativo N° 1057.

El desempeño del personal de salud es muy heterogéneo, y está dado por factores como el régimen laboral, tiempo de servicio, entrenamiento profesional, así como también por la asignación de funciones y responsabilidades.

El compromiso organizacional del personal de salud en sus componentes afectivo, instrumental y normativo no es el mejor, hay gran descontento por la falta de motivación, incentivos, salarios bajos, maltrato como profesional.

El compromiso profesional del personal de salud tampoco es el más óptimo, se observa demasiado conformismo, existe una búsqueda constante para el cambio a otra institución (EsSalud, Privados) en busca de mejoras salariales y menor presión normativa.

Algo que es importante señalar, es el desconocimiento por parte del personal de la salud de la normatividad que regula el funcionamiento de los establecimientos de salud, las estrategias sanitarias nacionales, así como de las directivas específicas dadas por la Autoridad de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios Nacionales, es el caso del “Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017 – 2021”.

E. Subsistema Gestión

La falta de documentos de gestión adecuados que permitan establecer claramente los objetivos sanitarios a cumplir a mediano y corto plazo, es una más de las debilidades que presenta la Microred de Salud Zamácola y cada uno de sus Establecimientos de Salud que lo integran.

El Plan de Salud Local (PSL) es el documento de gestión base que debiera ser elaborado con periodicidad anual por la CLAS y el gobierno local e implementado por la Microred de Salud en cada uno de sus Establecimientos de Salud constituyentes para lograr mejorar los indicadores sanitarios locales, hecho que no se cumple, ya que ha sido tendencia en los últimos años que el PSL es aprobado a mediados de año, impidiendo que se realice un adecuado monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades programadas.

El Plan Operativo Institucional (POI) de la Red de Salud Arequipa Caylloma, que es el órgano inmediato superior que regula la actividad de la Microred de Salud Zamácola colisiona en mucho con el Plan de Salud Local (PSL), ya que el primero está orientado y dirigido al cumplimiento de las actividades propias de los Programas Presupuestales que vienen direccionadas por las Definiciones Operacionales PPR y son

establecidas en un modelo único para toda la Región Arequipa, en tanto el segundo busca orientar las intervenciones sanitarias hacia la solución de las necesidades de salud locales priorizadas, y que involucran diversas intervenciones comunitarias de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

En ambos casos el financiamiento para el cumplimiento de las actividades propuestas es insuficiente, ya que los recursos destinados por la Red de Salud Arequipa Caylloma son mayoritariamente para cubrir el gasto del Recurso Humano que labora en el ámbito del Régimen del Decreto Legislativo N° 276.

Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben financiar el resto del Recurso Humano en el marco del Decreto Legislativo N° 728 con Recursos Directamente Recaudados (RDR) o con el proveniente de Donaciones y Transferencias (Convenio SIS Cápita).

Es también preocupante la falta de Directivas tanto a nivel de la Red de Salud Arequipa como de la Microred de Salud Zamácola, que permitan ordenar, dirigir, monitorizar, supervisar y/o evaluar las actividades sanitarias, procesos y procedimientos desarrolladas en los Establecimientos de Salud.

3.2.3. Entorno Organizacional

A. Entorno Inmediato

En el ámbito geográfico de influencia de la Microred de Salud Zamácola, se han establecido diversos Asentamientos Humanos con el consiguiente incremento en la población a cargo por parte de los Establecimientos de Salud.

Este crecimiento poblacional, no ha sido de manera paralela a la provisión de servicios básicos, muchos de estos Asentamientos Humanos carecen de servicios de agua, (abastecimiento a través de cisternas y deposito en cilindros), desagüe (usualmente hay silos, pero no es infrecuente realizar la disposición de excretas al aire libre) y recojo de residuos sólidos (basura).

La calidad de las viviendas no es adecuada, son precarias, construidas de manera insegura, con materiales rústicos (adobe, bloquetas, calamina, sin piso).

Las personas que habitan estos nuevos Asentamientos Humanos son migrantes fundamentalmente de los distritos de la Provincia de Caylloma y de los Departamentos de Puno, Cuzco, Apurímac, Huancavelica y Ayacucho.

Son familias con un número de hijos mayor al promedio regional y nacional, pertenecen a niveles socio económicos de pobreza, asalariados y cuyos ingresos económicos los obtienen mediante trabajos eventuales en el sector agrícola, en el sector construcción de manera informal o en la venta ambulatoria.

Entre sus hábitos alimenticios podemos señalar el uso predominante de productos nativos como la papa y el chuño, alimentos a base de carbohidratos: fideos. El consumo de alimentos que aporten proteínas y minerales (hierro) es deficiente.

Por su apego a las costumbres ancestrales y propias de sus lugares de origen, hacen uso de prácticas curativas tradicionales en base a rituales y preparados a base de plantas, y no acuden a los servicios de salud.

Comunitariamente su organización no es sólida, las Organizaciones Sociales de Base más relevantes son la Juntas Directivas de las Asociaciones de Vivienda y Asentamientos Humanos, pero su actuar se centra fundamentalmente en aspectos políticos, más no en la solución de problemas sanitarios, su participación en el marco del proceso de cogestión es muy limitada.

Los Comités de vaso de leche y los Comedores populares son cada vez menos numerosos y están destinados a grupos muy focalizados de la población, llegando muchas veces a ser excluyentes con aquellos que requieren de estos servicios.

B. Entorno Intermedio

La Red de Salud Arequipa Caylloma es la entidad que se encarga del monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades realizadas en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola, esta labor es desarrollada en forma parcial y muchas veces solo está limitada a la cabecera de la Microred.

Los responsables de cada Estrategia Sanitaria Nacional a nivel de la Red de Salud Arequipa Caylloma, convocan a sus pares de la cabecera de las microredes, sin tomar en cuenta a los responsables de los demás Establecimientos de Salud, para socializar las normas, directivas y documentos técnicos emanados del ente rector: Ministerio de Salud y para realizar las sesiones de trabajo de seguimiento y monitoreo.

El Gobierno Regional Arequipa tiene firmados Convenios de Gestión con el Seguro Integral de Salud (Convenio SIS-Cápita), con el Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (CAD-FED) y el Ministerio de Salud (CdG), cuyos compromisos de gestión e indicadores de cobertura no han sido cumplidos

satisfactoriamente, estando muchos de ellos relacionados directamente a la promoción y prevención de la anemia infantil y desnutrición crónica, ello por la inadecuada coordinación entre la Gerencia Regional de Salud, la Red de Salud Arequipa Caylloma y las Microredes de Salud.

El Convenio de Asignación por Desempeño firmado por el Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social y el Gobierno Regional Arequipa, incluye a todos los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola por estar considerados en los quintiles 1 y 2 de pobreza.

El Seguro Integral de Salud, a través del Convenio para pago capitado, hoy denominado Convenio para el Financiamiento de los Servicios o Prestaciones de Salud en el Primer Nivel de Atención, se convierte en el principal financiador de los Establecimientos de Salud.

La Municipalidad Distrital de Cerro Colorado como firmante del Convenio de Cogestión y con representatividad en la Asamblea General y en el Consejo Directivo y con competencias en salud delegadas en la Ley de Descentralización y en la Ley General de Municipalidades, es una entidad que ha permanecido muy inerte en las funciones encomendadas.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y la Contraloría General de la República han intervenido a los Establecimientos del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, observando las deficiencias que muestran en su funcionamiento y equipamiento. Es probable que, debido al escaso presupuesto disponible, producto de la captación de recursos directamente recaudados, estas falencias continúen presentándose y

perjudiquen la entrega de servicios de salud adecuados, eficientes y de calidad.

C. Tendencias Globales

A nivel internacional se han realizado intervenciones con el objetivo de reducir los índices de anemia infantil y cuyos resultados han sido buenos y alentadores, así podemos señalar como ejemplo los siguientes:

- Programa Conjunto: “Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cuba” – 2009, que implemento actividades tales como el Desarrollo de cursos, seminarios y talleres sobre alimentación, nutrición y prevención de la anemia dirigidos al personal de salud y de educación, agentes comunitarios, padres y madres. Editar, imprimir, distribuir e implementar las Guías Alimentarias para niños y niñas cubanos de hasta dos años de edad y el manual de dieta para niños y niñas cubanos de hasta cinco años de edad e implementarlos en espacios como el Programa Educa a tu Hijo, Programa Para la Vida, Hogares Maternos, entre otros. Promover y fomentar la Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes y la complementaria hasta los dos años de edad, revitalizando el programa nacional de lactancia materna y la iniciativa amigo del niño y de la madre. Apoyar la creación del observatorio del estado nutricional a través del establecimiento del sistema de información estadística continua sobre el estado nutricional (en especial en lo relativo a la anemia) en los grupos metas del programa. Mejorar la infraestructura y capacitar al personal de salud en los laboratorios involucrados en la vigilancia de la anemia. Mejorar la infraestructura y capacitar al personal del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos, Centro Provincial de Pinar del Río y de 24 Centros Municipales de Higiene,

Epidemiología y Microbiología para conducir el SISVAN con efectividad. (ONU - MDGfund, 2009)

- Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014 – 2021. De manera conjunta, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud de Colombia, con el acompañamiento técnico del Programa Mundial de Alimentos, diseñó el Programa de Prevención y Reducción de Anemia Nutricional en niños y niñas de 6 a 23 meses y que tiene como finalidad el fortalecimiento de la atención a la primera infancia y la promoción de cambios de comportamiento en la población frente a la nutrición y alimentación. El programa busca la prevención y reducción de la anemia en niños y niñas entre los 6 a 23 meses de edad, en el marco de la implementación de la ruta integral de atención a la primera infancia en los primeros 1000 días de vida, articulando la atención en la preconcepción, control prenatal, parto integral, crecimiento, desarrollo y vacunación. Lo anterior irá integrado a estrategias de desparasitación, fortificación casera de alimentos con micronutrientes en polvo e intervenciones dirigidas a posicionar la importancia de la nutrición y alimentación en el desarrollo infantil y en la reducción de las inequidades sociales (MINSALUD, 2015).
- Plan “Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes en Panamá”. Este plan trata de dar respuesta a la problemática del país en relación a las deficiencias de vitaminas y minerales, tiene como propósito el prevenir y reducir las deficiencias de micronutrientes en el país de manera integrada y evitar los excesos por el consumo inadecuado de algunas vitaminas y minerales. Este plan busca fortalecer los programas y proyectos en actual ejecución e incorporar nuevas iniciativas y

estrategias implementadas en el ámbito internacional, para el beneficio de la población en general con énfasis en los grupos más vulnerables: niñas y niños menores de cinco años y mujeres embarazadas, considerando las disparidades étnicas, geográficas y económicas. se espera alcanzar resultados relacionados con el control de la anemia y otras deficiencias en el grupo materno-infantil, incrementar la disponibilidad, garantizar el acceso y consumo de los micronutrientes prioritarios (hierro, cinc, vitamina A, yodo y ácido fólico); vigilar y monitorear las deficiencias y los excesos de estas vitaminas y minerales; evaluar el impacto de las intervenciones en la población vulnerable; y, fortalecer el marco institucional. (PMA, INCAP, OPS, 2008).

A nivel nacional también se han logrado experiencias exitosas en diversas localidades, como las siguientes:

- Asociación Ricchary Ayllu: “Vigilancia del crecimiento y desarrollo temprano en la comunidad de Chumpe” – Distrito de Lamay, Provincia de Calca, Región Cuzco. La Asociación Ricchary Ayllu con la Microred de Salud y el Municipio de Lamay, interviene en la comunidad de Chumpe promoviendo la vigilancia del crecimiento y desarrollo temprano, desde la gestación hasta los 3 años, fortaleciendo la organización, participación y compromiso de la comunidad a través de las promotoras de salud y madres consejeras.
- Puesto de Salud Hermilio Valdizán. "Mejoramiento de la salud y nutrición infantil mediante la gestión participativa", Provincia de Leoncio Prado, Región Huánuco. En el 2003, se elaboró en Huánuco, de forma participativa, el Plan de Desarrollo Distrital Concertado de Hermilio Valdizán 2003 - 2012, donde se priorizó la estrategia de Municipios

Saludables, Escuelas Promotoras de la Salud y del Desarrollo Humano el cual se ejecutó con la participación de la comunidad.

- Asociación Kusi Warma "Vigilancia comunitaria del crecimiento y desarrollo", distrito de Santa María de Chicmo, provincia de Andahuaylas, Región Apurímac. Los padres de familia, las autoridades y los agentes de salud han impulsado en Santa María de Chicmo el sistema de Vigilancia Comunitaria para las madres gestantes y los niños menores de 3 años en riesgo. En los locales comunales, los participantes hacen un seguimiento cuidadoso del crecimiento y desarrollo de estos niños.
- Centro de Salud ACLAS Las Moras "Mejoramiento de la salud y nutrición infantil con efectivas estrategias organizativas y de comunicación social en el servicio de salud y la comunidad. Región Huánuco. En el Pueblo Joven Las Moras, el ACLAS Las Moras, la DIRESA Huánuco y la ONG Futuras Generaciones implementan el modelo de cogestión de los Servicios de Salud para mejorar salud, nutrición, derechos, medio ambiente, desarrollo comunal y atención integral en los servicios de salud.
- Gobierno Regional de Junín "Implementación de Centros de Desarrollo Integral." 20 distritos de 8 Provincias de la Región Junín. El Gobierno Regional está transfiriendo a las municipalidades distritales el Proyecto "Centros de Desarrollo Integral". Se trata de unir actores locales para atender niños menores de 3 años y mujeres gestantes, con enfoque integral, seguridad alimentaria, nutrición, estimulación temprana y buen trato.
- Plan: "Mejoramiento de la articulación Intersectorial e Intergubernamental de las Intervenciones Sociales por la primera infancia" Gobierno Regional de Huánuco. 2016-

2017. Se buscó reducir la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años, de 24.2% a 22% en la región y reducir la Anemia en niños menores de 36 meses, de 42.9% a 40% en la región, a través de la Atención del Paquete Integrado de servicios al niño y de la Atención del Paquete Integrado de servicios a la gestante. Mejorar el sistema de registro del Padrón Nominado en el ámbito distrital mediante la mejora de los procesos de registro y homologación del Padrón Nominado.

- Reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil en Ancash – Proyecto Ally Micuy 2007-2010. en 36 meses de trabajo, el programa Ally Micuy ha logrado reducir en más de 11 puntos porcentuales la desnutrición crónica (39.3% a 27.7%) y en 16 puntos porcentuales (63.2% a 46.6%) la anemia. El éxito del programa demuestra que, contrariamente a lo que se creía, con intervenciones idóneas es posible que los indicadores de la desnutrición retrocedan de forma más acelerada, logrando reducciones de hasta tres puntos porcentuales por año.
- Proyecto: “Intervención integral para contribuir a la reducción de la desnutrición infantil en 20 comunidades quechuas de la provincia de Tacajaya”. Región Huancavelica. 201-2012.
- Intervención educativa en prevención de la anemia y desnutrición en Pachacutec - Perú. Lima 2008. La experiencia ha logrado implementar una propuesta orientada a atender la desnutrición infantil en un contexto periurbano y de pobreza, con prevalencia de desnutrición infantil mayor del promedio en el ámbito urbano. La experiencia ha mostrado su eficacia en la protección de los niños contra la desnutrición infantil y anemia, sobre todo en los menores de dos años, logrando una disminución de 4.5% de la desnutrición crónica y En relación con la

anemia, también se evidenció el efecto positivo de la intervención, bajando de 60.2% al iniciar la experiencia a 18.4% al concluirla. Los patrones de consumo y de higiene fueron trascendentalmente modificados, lográndose una alimentación balanceada en un 98% de los niños beneficiarios mientras que en el grupo control sólo un 9.8%. El porcentaje de niños con presencia de parásitos ha disminuido en 14% mientras que la prevalencia de diarrea de los niños beneficiarios fue 12% menos que de los niños controles. Las madres lograron crear papillas nutritivas (143 recetas) que cumplen con los criterios nutricionales apropiados y de bajo costo.

El Ministerio de Salud a través del Plan Nacional de Control y Reducción de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021, se ha trazado los siguientes objetivos:

- Tratar y Prevenir la anemia con Suplementos de Hierro y Fortificación casera a niños menores de 24 meses y gestantes como parte del control de la salud materno infantil.
- Mejorar las prácticas de alimentación infantil y de la gestante incorporando alimentos ricos en hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada en un contexto de alimentación saludable.
- Concretar la concurrencia de intervenciones en los mismos niños y hogares con sectores estratégicos Educación, Inclusión Social, Agua y Saneamiento y otros para optimizar oportunidades de contacto.
- Contar con un mecanismo de medición y seguimiento a las intervenciones prioritarias para reducción y control de la anemia.

- Promover la disponibilidad de alimentos ricos en hierro con actividades agropecuarias, pesquería y de fortificación de alimentos.

Para ello ha diseñado diversas estrategias de intervención, con el propósito de alcanzar las metas propuestas al 2021 en el plan, como son la reducción de la prevalencia de anemia en los niños y niñas menores de 36 meses a una cifra del 19% y reducir el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición crónica al 6.4%, estas estrategias de intervención son:

- Educación Demostrativa de Preparación de Alimentos Ricos en Hierro dirigida a Gestantes y Madres de niños y niñas de seis a doce meses.
- Tratamiento y Prevención de la Anemia en menores tres años con Suplemento de Hierro, Fortificación Casera y Consejería.
- Control de Crecimiento y Desarrollo Infantil y Consejería desde el Nacimiento (Lactancia Materna Exclusiva) priorizando a niños y niñas menores de 12 meses.
- Visita Domiciliaria y Consejería a madres o cuidadores de niños menores de 12 meses.
- Suplementos de Vitamina A, a los niños y niñas de 6 meses a 5 años (con prioridad en el ámbito rural).
- Vacunas y Atención a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (diarreas, infecciones respiratorias, parasitosis).
- Suplementación con Hierro y Ácido Fólico y Control Prenatal a la Gestante y Consejería.
- Suplemento de Hierro y Ácido Fólico Semanal a Mujeres Adolescentes 12-17años.
- Capacitación y Concurrencia con actores MIDIS, MINAGRI y otros en contexto de MUNICIPIO SALUDABLE.

- Capacitación a Instituciones Educativas y Comités de Padres de Familia de Aula.
- Capacitación a Organizaciones Sociales en sectores, barrios y comunidades.
- Desparasitación a Escolares y Familias (2 a 17 años).
- Promoción de Consumo Agua Segura y Lavado de Manos.
- Control de Iodo en Sal.
- Promoción Alimentación Saludable - Concursos Comidas Sabrosas y Nutritivas - Alimentos Locales.

3.2.4. Alianzas Estratégicas

La Microred de Salud Zamácola tiene firmado el Convenio de Cogestión con el Municipio Distrital de Cerro Colorado y el Gobierno Regional de Arequipa en el marco de la Ley N° 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel de Atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones, en la cual existe el compromiso por parte del Gobierno local y el Gobierno Regional de financiar la ejecución del Plan de Salud Local (PSL), que como se ha revisado contiene las propuestas de actividades sanitarias priorizadas a implementarse en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola a fin de atender las necesidades en salud de la comunidad, entre ellas la anemia y desnutrición infantil.

De manera indirecta, la Microred de Salud Zamácola participa de los Convenios suscritos por el Gobierno Regional Arequipa como son:

- Seguro Integral de Salud – Convenio para el financiamiento de las prestaciones de los Establecimientos de Salud del I nivel de Atención – cuya finalidad es la de proveer los mecanismos de pago por las prestaciones brindadas a los afiliados SIS y que compromete a los Establecimientos de Salud en su conjunto a nivel Regional el cumplimiento de Indicadores de Cobertura, entre los cuales se encuentran aquellos a reducir la anemia infantil y desnutrición crónica, así como los que obligan a prestar

en forma completa las prestaciones a niños/niñas menores de 36 meses con los productos propios del Programa Presupuestal 001 – Articulado Nutricional, lo que al final permite que el problema planteado en este Plan se pueda cumplir.

- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Convenio de Asignación por Desempeño - en el marco del Fondo de Estímulo al Desarrollo (FED), el cual tiene como pretensión promover y mejorar el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en aquellos Establecimientos de Salud que se encuentren en los quintiles 1 y 2 de pobreza (pobreza y pobreza extrema). Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola en su totalidad están incluidos en el presente convenio.
- Ministerio de Salud – Convenio de Gestión – que al amparo del Decreto Legislativo N° 1153, tiene como finalidad incentivar al personal de salud con la asignación de un bono anual al cumplimiento de los indicadores de cobertura y compromisos de gestión establecidos anualmente y los cuales están íntimamente relacionados a reducir las brechas existentes en el país en relación a los problemas sanitarios priorizados: mortalidad materno-neonatal, anemia y desnutrición crónica infantil, entre otros.

3.3. Análisis de Stakeholders

El análisis MACTOR, busca valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a cierto número de posturas y de objetivos asociados, que para el caso del Plan de Gestión se referirá a los productos propuestos, buscando con ello, facilitar la decisión de la puesta en marcha de los mismos, en este punto se iniciará con el mapeo de actores.

En la tabla N° 31 (INEI, 2021) se presenta la lista de actores desarrollada mediante la metodología MACTOR, encontrándose en ella a diferentes actores como son la población civil en forma individual de usuarios de los servicios de salud y/o colectiva como Actores Sociales o integrantes de las

Organizaciones Sociales de Base. Dentro de la estructura de los Establecimientos de Salud destacan los Trabajadores de Salud y las organizaciones propias del sistema, además de otras íntimamente relacionadas.

Tabla 24

Identificación de Actores

Ítem	Nombre del Actor	Descripción
01	Usuarios de los Servicios de Salud	Son todas las personas que reciben las prestaciones que los servicios de salud de cada Establecimiento de Salud les provee, sean de promoción, preventivos, recuperativos, de rehabilitación o paliativo, tanto de manera intramural como extramural.
02	Organizaciones Sociales de Base	Son organizaciones autogestionarias formadas por iniciativa de personas de un determinado ámbito para propiciar un desarrollo humano, integral y pleno debidamente inscritas en el Gobierno local. Participan en la conformación de la Asamblea de la ACLAS.
03	Actores Sociales	Personas, grupos u organizaciones que intervienen de manera activa en los procesos socio-culturales y del desarrollo de una comunidad, región o país. Están desarrollando actividades comprendidas en los planes de lucha contra la anemia.
04	ACLAS (Asamblea General y Consejo Directivo)	Órgano de Cogestión en Salud, creados por Ley, constituidos como una Asociación civil sin fines de lucro con personería jurídica, encargadas de la administración de los Establecimientos de Salud
05	Red de Salud Arequipa Caylloma	Es una Unidad Ejecutora del Gobierno Regional Arequipa que tiene a su cargo los Establecimientos de Salud de las provincias de Arequipa y Caylloma, regula y conduce los procesos sanitarios, logísticos, administrativos y financieros en salud.
06	Microred de Salud Zamácola (Jefe de Microred - Comité de Gestión)	Órgano de línea de la Red de Salud Arequipa Caylloma, encargada de ejecutar los lineamientos y disposiciones dictadas por esta y la Gerencia Regional de Salud. Comprende cinco (5) Establecimientos de Salud.
07	Trabajadores de Salud	Personal Asistencial, Administrativo y de Servicios que laboran en las diferentes áreas y unidades de los Establecimientos de Salud que conforman la Microred de Salud Zamácola.
08	Seguro Integral de Salud	El Seguro Integral de Salud es un organismo público ejecutor que brinda el aseguramiento público en salud en Perú, principalmente a poblacionales vulnerables.
09	Municipalidad Distrital de Cerro Colorado	Son órganos de gobierno promotores del desarrollo local, con personería jurídica de derecho público y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Los gobiernos locales gozan de autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia. Participan de la ACLAS.
10	Otros Sectores Gubernamentales (MIDIS, MINAGRI, etc.)	Diversas instituciones y organismos comprometidos por Ley en la Lucha contra la anemia y la desnutrición crónica infantil.

Fuente: Elaboración propia

Capítulo IV

La Formulación

4.1. Determinación de Objetivos y Medios

Objetivos de la Investigación

Los objetivos de la investigación, que tienen como finalidad fortalecer las intervenciones sanitarias, con énfasis en aquellas preventivas promocionales como son: mejora en la accesibilidad a los servicios de salud para la atención de los controles de Crecimiento y Desarrollo, suplementación con micronutrientes, visitas domiciliarias de monitoreo y seguimiento de la adherencia a la suplementación, sesiones demostrativas nutricionales y el trabajo extramural con Organizaciones Sociales de Base, que han demostrado ser efectivas en el marco del modelo de atención integral basada en familia y comunidad, para lograr de manera sostenible la reducción de los índices de anemia en la población infantil de la Microred de Salud Zamácola, serán desarrollados a continuación para lo cual, se ha establecido un objetivo general y diversos objetivos específicos.

4.1.1. Árbol de Objetivos y Medios

Para la identificación y consistencia de los objetivos se hace uso de la metodología del árbol de objetivos y medios, esta metodología responde al diseño de programas presupuestales, empleado en la gestión pública peruana.

Sobre el análisis causal del problema identificado se continuará con el análisis de los medios para la identificación de las posibles soluciones a las causas identificadas. Este análisis nos permite revertir las situaciones identificadas en el árbol de problemas, como causas directas e indirectas las cuales pasaran a ser medios directos e indirectos en el árbol de objetivos y medios.

Problema Identificado	Resultado Específico
Elevado índice de anemia infantil en la población menor de 36 meses en el ámbito de la Red de Salud Zamácola	Reducción del índice de anemia infantil en la población menor de 36 meses
¿A quién se beneficiará? (<i>Población objetivo</i>)	Niños y niñas menores de 36 meses de edad

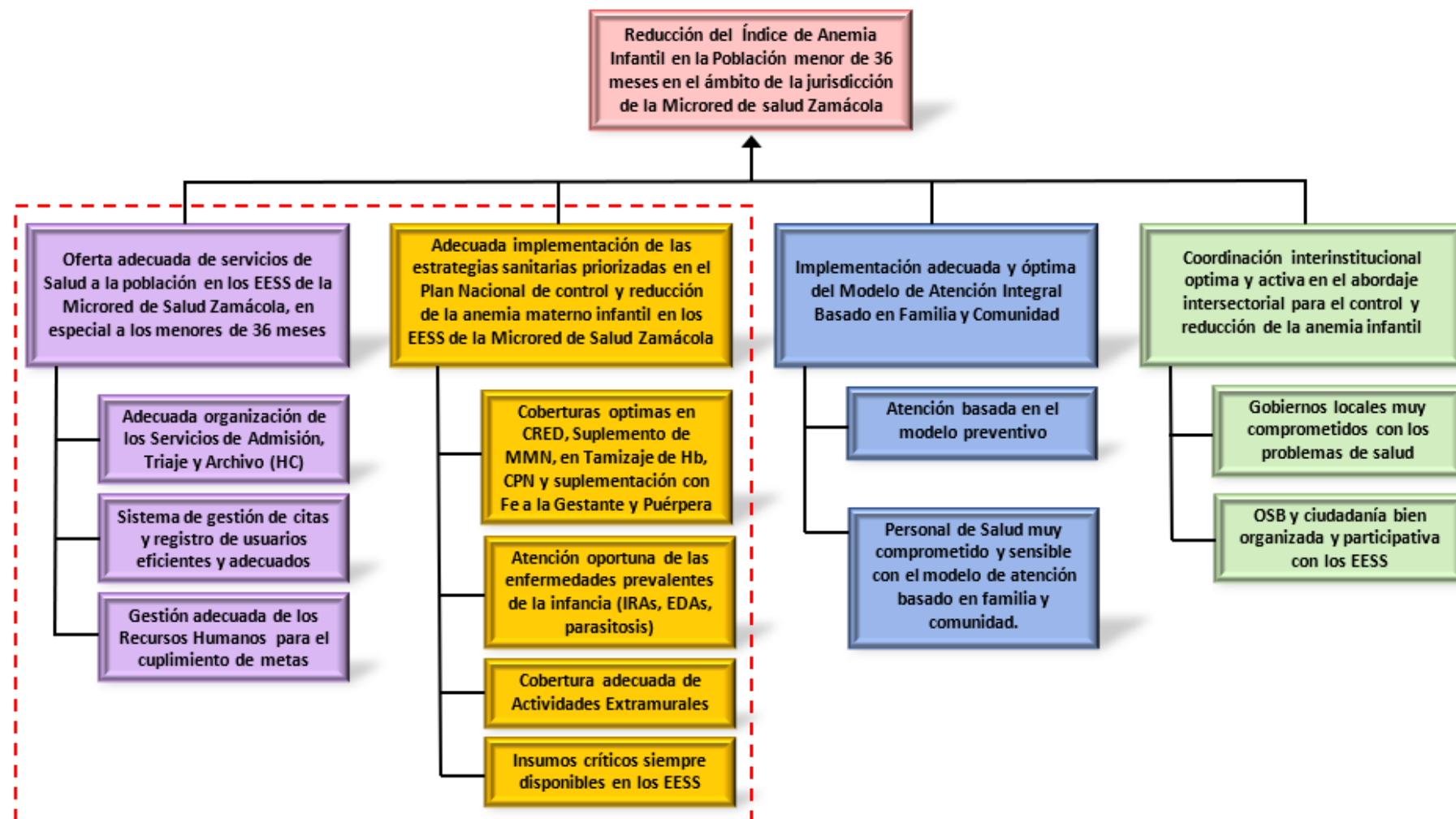


Figura 9. Árbol de Objetivos y Medios

Fuente: Elaboración propia

4.1.2. Sustento de evidencias

La Organización Mundial de la Salud a través de la resolución WHA65.6 (2012), respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para el año 2025, entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- Reducir en un 40% el número de niños menores de cinco años en el mundo que sufre retraso en el crecimiento.
- Reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres en edad fecunda.
- Reducir en un 30% el bajo peso al nacer.
- Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida hasta al menos el 50%.

Para ello se han recomendado diversas acciones como: Crear un entorno propicio para la aplicación de políticas integrales de alimentación y nutrición, Incluir en los planes nacionales de nutrición todas las intervenciones sanitarias eficaces que tengan efectos en la nutrición, Estimular la elaboración de políticas y programas fuera del sector de la salud que reconozcan e incluyan la nutrición, Proporcionar recursos humanos y económicos suficientes para la aplicación de las intervenciones nutricionales.

El Ministerio de Salud, a través de la Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de la anemia en el país para el periodo 2014-2016 y mediante la Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA aprueba el Plan Nacional para el Control y Reducción de la anemia materno infantil y de la desnutrición crónica infantil 2017-2021, como respuesta a la preocupante situación por las elevadas cifras de anemia infantil y desnutrición crónica infantil observadas en el país y con la intención de alinearse a lo señalado en las políticas nacionales en materia de nutrición y alimentación

abordadas en el Acuerdo Nacional - Plan Bicentenario - y en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2016-MIMP.

La Estrategia “Incluir para Crecer” aprobada por Decreto Supremo N° 008-2013-MIDIS y los Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a promover el Desarrollo Infantil Temprano “Primero la Infancia” aprobado por DS N° 010-2016-MIDIS, dan lugar al Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, donde se declara de prioridad nacional la lucha contra la anemia en niños y niñas menores de 36 meses, y se reconoce al Desarrollo Infantil Temprano como una de las cuatro prioridades de la Política Social del Gobierno. En estos documentos se han planteado metas nacionales anuales de reducción del índice de anemia infantil, la cual se estableció en 19% para el año 2021.

A través del MIDIS, mediante el FED (Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales) se busca impulsar el logro de resultados en la gestión de los gobiernos regionales y en la prestación de servicios integrales dirigidos a la población de gestantes, niñas y niños entre 0 y 5 años de edad, vinculados al Desarrollo Infantil Temprano.

Desde el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud (SIS), también se han establecido políticas articuladas al fomento de acciones y actividades que permitan elevar las coberturas de las prestaciones priorizadas dirigidas a la gestante y a los niños menores de 5 años con la finalidad de reducir la anemia en estos dos grupos poblacionales.

El Plan Nacional de para el Control y Reducción de la anemia materno infantil y de la desnutrición crónica infantil 2017-2021, reconoce como enfoques básico a la buena nutrición (en especial en las etapas más

vulnerables como son la gestación y la primera infancia), la cultura alimentaria y la promoción de una alimentación saludable (uso de alimentos locales, adecuada manipulación, higiene y conservación), la intervención con un enfoque intercultural y la concurrencia de la intervenciones (mediante acciones conjuntas y coordinadas entre los diferentes actores sociales, sectores estatales y niveles de gobierno).

En el año 2011, mediante Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA se aprueba el documento técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”, reemplazando al documento aprobado en el año 2003, que fue la base para organizar las prestaciones de servicios de salud por etapas de vidas y ser la base para la definición de lo que se denominó “cuidados esenciales” y que permitió corregir algunas limitaciones que mostraba este primer documento como fueron su enfoque centrado en la enfermedad, en la persona y en las prestaciones recuperativas.

Este nuevo modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC), tuvo la pretensión de alinearse a la propuesta de la Atención Primaria de la Salud renovada (APS) buscando una atención con las características de ser oportuna, eficiente, con respeto, calidad y calidez. Si bien se observaron avances importantes, permanecieron algunas dificultades como la falta de adecuación de los servicios de salud, la insuficiente dotación de equipos de salud con profesionales de salud que centren su trabajo en la atención integral de la persona, familia y comunidad, formación limitada de los profesionales de la salud (la no continuidad del PROFAM – Programa Nacional de Formación en Salud Comunitaria), permitiendo la persistencia de la resistencia para el cambio de paradigma sobre la atención de salud, privilegiando la atención recuperativa sobre la preventivo-promocional, así como de un débil seguimiento de las actividades extramurales.

En enero del 2020, mediante Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA se aprueba el Documento Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), el cual se enmarca en los contenidos de la Atención Primaria de la Salud Renovada (APS): Integralidad, universalidad, calidad, corresponsabilidad, equidad en salud, solidaridad y eficiencia, orientándose en la universalización de la cobertura y acceso a la salud. Para ello deben conformarse equipos multidisciplinarios con capacidad para resolver las necesidades del usuario; adecuar la oferta de servicios de salud a los espacios de desarrollo de la persona a través de una adecuada oferta fija, oferta móvil y telemedicina; cuidado integral con intervenciones individuales, familiares y comunitarias basadas en evidencia y con una orientación biopsicosocial que prioriza la entrega de prestaciones preventivo promocionales sin desmedro de las recuperativas y de rehabilitación.

Un aspecto relevante para lograr los objetivos propuestos en el Modelo de Cuidado Integral de Salud basado en la persona, familia y comunidad (MCI), es la aprobación de la Ley N° 30885 y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 019-2020-SA que establecen la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud, con una visión de gestión territorial y gestión por resultados, cuya finalidad es la de contribuir con la cobertura y mejorar la calidad y el acceso equitativo a los servicios de salud y generar mejores condiciones sanitarias con participación activa de la comunidad organizada, siendo una alternativa complementaria a la cogestión a través de las CLAS (en especial en el ámbito de la Región Arequipa), establecida mediante la Ley N° 29124 y su reglamento el Decreto Supremo N° 017-2008-SA, Ley que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales.

4.2. Análisis de Alternativas

Se realiza un análisis de alternativas que se puede considerar para afrontar el problema general y los problemas específicos, posteriormente se elegirán aquellas que sean pertinentes y viables.

Tabla 25

Medio Directo - Oferta adecuada de Servicios de Salud a la población

Identificación de Alternativas de Intervención	
Alternativa de intervención identificada	Registro sistematizado de usuarios y atenciones
Descripción breve de la alternativa	El registro de los usuarios y de las atenciones realizadas permite tener información que puede ser trasladada a un tablero de mando, facilitando la toma de decisiones y la planificación de las actividades a realizar por parte de los trabajadores de salud.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si (de manera parcial)
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Manual de procedimientos de atención integral en los Establecimientos de Salud del Primer nivel de atención. Norma Técnica en Salud para la gestión de la Historia Clínica. Documento Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
Gestión y Registro sistematizado de citas	
Alternativa de intervención identificada	
Descripción breve de la alternativa	El otorgamiento y registro de citas a los usuarios, en especial gestantes y niños, permite mejorar la accesibilidad, evitar la “pérdida de oportunidades”, mejorar las coberturas en la entrega de los paquetes integrales de servicios a niños y gestantes.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Norma Técnica en Salud para la gestión de la Historia Clínica. Documento Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
Almacenamiento y custodia de Historias Clínicas	
Alternativa de intervención identificada	
Descripción breve de la alternativa	Organizar el proceso de almacenamiento y custodia de Historias Clínicas que permita la integración de toda la información sobre el proceso asistencial del usuario y su utilización por los diferentes componentes de los equipos de profesionales de la salud y que permita garantizar una Historia Clínica única del paciente, según normatividad.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si (de manera parcial)

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Norma Técnica en Salud para la gestión de la Historia Clínica. Normas generales del Sistema Nacional de Archivos para el sector público Nacional Documento Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
Alternativa de intervención identificada	Adecuación de la oferta de servicios de salud, con orientación al Modelo de Cuidado Integral de Atención por Ciclos de Vida.
Descripción breve de la alternativa	Conformación de equipos multidisciplinarios con capacidad para resolver las necesidades del usuario, con la entrega de servicios de salud a través de una adecuada oferta fija, oferta móvil y telemedicina, además de cuidado integral con intervenciones individuales, familiares y comunitarias basadas en evidencia y con una orientación biopsicosocial que prioriza la entrega de prestaciones preventivo promocionales sin desmedro de las recuperativas y de rehabilitación
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Documento Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
Alternativa de intervención identificada	Capacitación y perfeccionamiento del personal de salud con enfoque en Salud Comunitaria y manejo de anemia
Descripción breve de la alternativa	La educación continua del personal de salud en temas de salud comunitaria y de los problemas priorizados en la política nacional de salud genera cambios actitudinales y cognitivos capaces de reorientar los servicios de salud con cambios de paradigmas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si (parcialmente a través de la Gerencia Regional de Salud y la ENSAP)
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Documento Técnico Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 26

Medio Directo - Adecuada implementación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas en el Plan Nacional de Control y Reducción de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil

Identificación de Alternativas de Intervención	
Alternativa de intervención identificada	Atención Integral de la Gestante brindado desde los Establecimientos de Salud
Descripción breve de la alternativa	La evidencia indica que mujeres gestantes que acudieron a sus controles prenatales tuvieron menos complicaciones y recién nacidos con peso adecuado al nacer. Los embarazos adolescentes

Identificación de Alternativas de Intervención	
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Suplementación con hierro y hierro/ácido fólico en gestante	
Alternativa de intervención identificada	
Descripción breve de la alternativa	La anemia durante el embarazo incrementa el riesgo de mortalidad materna, y está relacionada con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal. La evidencia actual ha mostrado que en gestantes, la suplementación diaria con hierro (solo o con ácido fólico u otras vitaminas y minerales) tiene efecto significativo en reducir el riesgo de anemia.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Suplementación con calcio en gestante	
Alternativa de intervención identificada	
Descripción breve de la alternativa	Los desórdenes hipertensivos gestacionales son la segunda causa de morbilidad y mortalidad materna y está asociada con un mayor riesgo de parto pre-término y restricción de crecimiento intrauterino. En gestantes que recibieron suplementación con calcio, se encontró efectos significativos en peso de nacimiento de recién nacido, comparados con grupo control.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses de edad	
Alternativa de intervención identificada	
Descripción breve de la alternativa	La suplementación diaria con hierro en niños de 4 a 23 meses de edad presentó efectos significativos en menor riesgo de anemia y deficiencia de hierro, sin embargo, también estuvo asociado a vómitos y fiebre en comparación con los niños que no lo recibieron.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.

Alternativa de intervención identificada	Entrega de micronutrientes en polvo
Descripción breve de la alternativa	Los micronutrientes en polvo en niños tienen efectos significativos en reducción de la prevalencia de anemia, deficiencia de hierro, deficiencia de retinol, pero no en el crecimiento lineal, ni delgadez. Por otro lado, están asociados con incremento en diarrea en niños.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.

Alternativa de intervención identificada	Suplementación oral con zinc para tratamiento de niños con diarrea aguda o crónica
Descripción breve de la alternativa	La suplementación preventiva con zinc en niños pequeños tiene efectos significativos en reducción de morbilidad por diarrea, al mismo tiempo que presenta efectos positivos en crecimiento lineal, efecto que fue potenciado cuando se suplementó zinc en combinación con hierro. La suplementación oral con zinc para el tratamiento de niños con diarrea aguda o crónica, reduce la duración de los episodios de diarrea.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.

Alternativa de intervención identificada	Promoción de Lactancia materna
Descripción breve de la alternativa	La iniciativa de hospitales amigos de la madre y el niño es la intervención más efectiva para mejorar las tasas de cualquier tipo de lactancia. La educación y consejería sobre la lactancia materna, tiene impactos positivos en el tiempo de duración de lactancia, y reducciones significativas en las tasas de no lactancia
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.

Alternativa de intervención identificada	Promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad
Descripción breve de la alternativa	La promoción de prácticas de alimentación complementaria adecuada, siguiendo las recomendaciones para una alimentación responsiva, es efectiva para prevenir la desnutrición infantil e incrementar la aceptación de alimentos por el infante.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Alternativa de intervención identificada	Consejería nutricional y educación nutricional en alimentación complementaria.
Descripción breve de la alternativa	La educación en alimentación complementaria produce incrementos en peso y talla en niños menores de 2 años, sobre todo en zonas con seguridad alimentaria.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Alternativa de intervención identificada	Atención integral del niño brindada desde los servicios de salud
Descripción breve de la alternativa	La evidencia actual refiere que las intervenciones nutricionales brindadas a través de sistemas de salud acreditados tienen efectos significativos en mejorar las prácticas de alimentación y cuidado infantil, y en reducir el riesgo de presentar retardo en el crecimiento y anemia.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Alternativa de intervención identificada	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones y mejorar las coberturas de vacunación
Descripción breve de la alternativa	Las intervenciones para el manejo de infecciones en niños con mayor efectividad fueron lactancia materna, solución de rehidratación oral y manejo de casos a nivel comunitario. La evidencia de moderada calidad señala que los debates en comunidad basados en evidencia incrementan 2,2 veces las coberturas de DPT3, y las campañas de información pueden aumentar 1,4 veces la absorción de al menos una dosis de la vacuna.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si

Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Alternativa de intervención identificada	Consejería o Educación Nutricional para promoción de lactancia materna
Descripción breve de la alternativa	Mayores tasas de Inicio temprano de lactancia materna, lactancia exclusiva y lactancia continuada, se observaron cuando se brindó consejería o educación tanto en casa como en la comunidad, servicios de de salud u otro escenario.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Alternativa de intervención identificada	Consejería Nutricional para promoción de prácticas adecuadas de nutrición infantil
Descripción breve de la alternativa	Las consejerías nutricionales producen mayores incrementos en los índices de Peso para edad y Peso para talla comparados con los niños de los grupos control. Tres de los estudios seleccionados mostraron impacto de las consejerías nutricionales en la ganancia de la talla de los niños.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.
Alternativa de intervención identificada	Educación para promoción de prácticas de higiene – lavado de manos
Descripción breve de la alternativa	Promoción de lavado de manos en centros de cuidado diario o escuelas, previene aprox. un tercio de episodios de diarrea en países de altos ingresos, y puede prevenir una proporción similar en países de medianos y bajos ingresos. Promoción de lavado de manos a nivel comunitario en países de medianos y pequeños ingresos probablemente previene un cuarto de los episodios de diarrea.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	Si
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	ANEXO N° 2: Contenidos mínimos del Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional.

Alternativa de intervención identificada	Conformación de Equipos Itinerantes y Telesalud para la entrega de paquetes integrales de salud a niños y gestantes
Descripción breve de la alternativa	Resulta oportuno la creación de Equipos Itinerantes en el contexto de la atención comunitaria y de la Pandemia por la Covid 19 para potenciar la oferta móvil (actividades extramurales y visitas domiciliarias), así como del Servicio de Telesalud con la finalidad de mejorar la entrega de los paquetes integrales de salud a los niños, los adolescentes y las gestantes, teniendo en cuenta que el aforo de los Establecimientos de Salud se encuentra restringido y se requiere del cierre de brechas para alcanzar las coberturas deseadas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Resolución Ministerial N° 275-2020/MINSA Resolución Ministerial N° 529-2020/MINSA

Alternativa de intervención identificada	Gestión adecuada y provisión oportuna de Insumos críticos para la entrega de las intervenciones sanitarias priorizadas
Descripción breve de la alternativa	Una de las garantías para el cumplimiento de la entrega de las intervenciones sanitarias priorizadas en el Plan multisectorial de lucha contra la anemia infantil es la de contar con el stock suficiente, adecuado y oportuno de los insumos críticos requeridos, lo cual no ha podido cumplirse por diversos motivos, lo cual ha generado el no lograr las metas y coberturas propuestas.
Esta intervención ya está siendo ejecutada	No
Evidencia que justifique la efectividad de la alternativa	Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia infantil. Documentos Técnicos de los Convenios firmados con el SIS, FED y otros.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 27*Análisis y Selección de las Alternativas de Intervención*

Id	Alternativa	Complementaria Con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Seleccionado
01	Registro sistematizado de usuarios y atenciones	2, 3	SI	1	A1	SI
02	Gestión y registro sistematizado de citas	1, 3	SI	1	A1	SI
03	Almacenamiento y custodia de Historias Clínicas	1, 2	SI	1	A1	SI
04	Adecuación de la oferta de servicios de salud con orientación al Modelo de Cuidado Integral de Atención por Ciclos de vida	5, 20	SI	1	A1	SI
05	Capacitación y perfeccionamiento del personal con enfoque en Salud Comunitaria y manejo de anemia	4	SI	1	A1	SI
06	Atención Integral de la Gestante brindado desde los Establecimientos de Salud	7, 8	SI	1	A1	SI
07	Suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes	6, 8	SI	1	A1	SI
08	Suplementación con calcio en gestantes	6, 7	SI	1	A1	SI
09	Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses	10, 11	SI	1	A1	SI
10	Entrega de micronutrientes en polvo	9, 11	SI	1	A1	SI
11	Atención integral del niño brindado desde los servicios de salud	16	SI	1	A1	NO
12	Promoción de la Lactancia Materna	13, 14, 17, 18, 19	SI	1	A1	SI
13	Promoción de Prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses	12, 14, 17, 18, 19	SI	1	A2	SI
14	Consejería nutricional y Educación nutricional en alimentación complementaria	12, 13, 17, 18, 19	SI	1	A1	SI
15	Suplementación oral con zinc para tratamiento de niños con diarrea	9,10	SI	1	A3	SI
16	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones y mejorar las coberturas de vacunación	11	SI	1	A2	SI
17	Consejería o Educación nutricional para Promoción de la Lactancia Materna	12, 13, 14, 18, 19	SI	1	A1	SI
18	Consejería nutricional para la Promoción de Prácticas adecuadas de nutrición infantil	12, 13, 14, 17, 19	SI	1	A2	SI
19	Educación para Promoción de la Higiene (Lavado de manos)	12, 13, 14, 17, 18	SI	1	A1	SI
20	Conformación de Equipos Itinerantes (oferta móvil) y Telesalud	4	SI	1	A1	SI

Id	Alternativa	Complementaria Con	Viabilidad	Eficiencia	Efectividad	Seleccionado
21	Gestión adecuada y provisión oportuna de insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas	6, 7, 8, 9, 10, 11	SI	1	A1	SI

Fuente: Elaboración propia

4.3. Productos

En base al análisis de las alternativas se proponen los siguientes productos.

Tabla 28

Transición de las Alternativas a los Productos

Intervenciones para lograr una adecuada Oferta de Servicios a la población			
N°	Intervenciones Seleccionadas	N°	Productos Propuestos
01	Registro sistematizado de usuarios y atenciones	01.01	Establecimientos de Salud que adecuan y fortalecen sus servicios de Admisión, Triage y Archivo
02	Gestión y Registro sistematizado de citas		
03	Almacenamiento y custodia de Historias Clínicas		
04	Adecuación de la oferta de servicios de salud con orientación al Modelo de Cuidado Integral de Atención por ciclos de vida	02.01	Establecimientos de Salud que adecuan su oferta de servicios de salud acorde con las necesidades de la población
Intervenciones para lograr una adecuada Implementación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas e el Plan Nacional de Control y Reducción de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil			
N°	Intervenciones Seleccionadas	N°	Productos Propuestos
05	Capacitación y perfeccionamiento del personal de salud con enfoque en Salud Comunitaria	03.01	Establecimientos de Salud con personal capacitado en Salud Comunitaria y manejo integral de la anemia
06	Atención Integral de la Gestante brindado desde los Establecimientos de Salud	03.02	Establecimientos de Salud que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes
07	Suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes		
08	Suplementación con calcio en gestantes		
09	Suplementación con hierro en niños menores de 24 meses	03.03	Establecimientos de Salud que proveen atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad
10	Entrega de micronutrientes en polvo		
11	Atención Integral del niño brindado desde los Establecimientos de Salud		
12	Intervenciones integrales para el manejo de infecciones y mejorar las coberturas de vacunación	03.04	Establecimientos de Salud que aseguran familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses
13	Promoción de la Lactancia Materna		
14	Promoción de Prácticas adecuadas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses		
15	Consejería nutricional y Educación nutricional en alimentación complementaria		

Intervenciones para lograr una adecuada Oferta de Servicios a la población				
	Consejería o Educación			
16	nutricional para Promoción de la Lactancia Materna			
17	Consejería nutricional para la Promoción de Prácticas adecuadas de nutrición infantil			
18	Educación para Promoción de la Higiene (Lavado de manos)			
19	Conformación de Equipos Itinerantes (oferta móvil) y Telesalud	03.05		Establecimientos de Salud que amplían su oferta de salud con equipos itinerantes y Telesalud
20	Gestión adecuada y provisión oportuna de insumos críticos para las intervenciones sanitarias prioritizadas	03.06		Establecimientos de Salud que aseguran los insumos críticos para las intervenciones sanitarias prioritizadas

Fuente: Elaboración propia

4.4. Actividades

Para el logro de los productos es necesario realizar una secuencia de actividades, que son detallados a continuación por cada uno de los productos propuestos.

Producto 01.01: Establecimiento de Salud que adecua y fortalece sus servicios de admisión, triaje y archivo.

Actividad 01.01.01: Elaboración de la Directiva Administrativa “Reestructuración y Fortalecimiento de los servicios de Admisión, Triaje y Archivo en los Establecimientos de la Microred Zamácola”.

Actividad 01.01.02: Elaboración del Documento Técnico: “Implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas”.

Actividad 01.01.03: Elaboración del Documento Técnico: “Implementación de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes”.

Producto 02.01: Establecimiento de Salud que adecua su oferta de servicios de salud acorde con las necesidades de la población

Actividad 02.01.01: Elaboración de la Directiva Administrativa “Lineamientos para la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida en los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola”.

Producto 03.01: Establecimiento de Salud que cuenta con personal capacitado en Salud Comunitaria y Manejo de anemia

Actividad 03.01.01: Elaboración de un Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.

Producto 03.02: Establecimiento de Salud que brinda los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes

Actividad 03.02.01: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para la atención de niños y niñas menores de 36 meses en la prestación del Control de Crecimiento y Desarrollo CRED”.

Actividad 03.02.02: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para la atención de niños y niñas menores de 36 meses en la provisión de suplemento de micronutrientes”.

Actividad 03.02.03: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para el Control Prenatal y la provisión de suplemento de micronutrientes en Gestantes y Puérperas”.

Actividad 03.02.04: Elaboración del Documento Técnico: “Guías de Práctica Clínica para la Atención Integral de niños menores de 36 meses, gestantes y puérperas en la prevención de la anemia”.

Producto 03.03: Establecimiento de Salud que provee atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad.

Actividad 03.03.01: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en el manejo de niños con enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs, Parasitosis intestinal”.

Actividad 03.03.02: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en el diagnóstico, seguimiento y la provisión del tratamiento de pacientes afectados con anemia”.

Actividad 03.03.03: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para la atención de niños y niñas menores de 36 meses en la administración de inmunizaciones”.

Actividad 03.03.04: Elaboración del Documento Técnico: “Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y la anemia en niños y gestantes”.

Producto 03.04: Establecimiento de Salud que asegura familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses

Actividad 03.04.01: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la provisión de consejería en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, a través de la visita domiciliaria a familias con niños y/o niñas menores de 36 meses y gestantes”.

Actividad 03.04.02: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la provisión de sesiones demostrativas y sesiones educativas a familias con niños y/o niñas menores de 36 meses y gestantes”.

Actividad 03.04.03: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la implementación y funcionamiento de grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos”.

Producto 03.05: Establecimiento de Salud que amplía su oferta de salud con equipos itinerantes y Telesalud

Actividad 03.05.01: Elaboración de la Directiva Administrativa “Ampliación de la Oferta de Servicios de Salud con la implementación de Oferta Móvil y Telesalud”.

Producto 03.06: Establecimiento de Salud que asegura los insumos críticos para las intervenciones sanitarias prioritarias

Actividad 03.06.01: Elaboración de la Directiva Administrativa “Evaluación, requerimiento y provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos

médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y Desnutrición crónica infantil”.

Capítulo V

La Propuesta De Implementación

5.1. Descripción de la propuesta de implementación

5.1.1. Objetivo General

- Implementar mejoras en la gestión de los procesos sanitarios y administrativos en los Establecimientos de Salud, que permitan la reducción de los índices de anemia infantil en la población menor de 36 meses, en el ámbito de la Microred de salud Zamácola del distrito de Cerro Colorado Arequipa.

5.1.2. Objetivos Específicos

- Fortalecer y adecuar la oferta de servicios de salud a la población en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola con énfasis en el grupo de menores de 36 meses.
- Fortalecer la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud basado en la persona, familia y comunidad por ciclos de vida en los EESS del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la anemia materno infantil y de la desnutrición infantil crónica en el Perú 2017-2021 en los EESS de la Microred de Salud Zamácola.

5.1.3. Estrategias

Los objetivos propuestos podrán ser alcanzados:

- Identificando la realidad problema en relación a la anemia infantil en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola mediante el análisis interno y de su entorno.

- Sensibilizando a los integrantes del Comité de Gestión de la Microred, Directivos de la ACLAS, Alcalde y Comité Multisectorial del Distrito en la necesidad de afrontar el problema de la anemia infantil a través de la ejecución del presente Plan de Gestión.
- Adecuando la oferta de los servicios de salud en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola, haciéndola más eficaz, eficiente y de calidad.
- Mejorando el sistema de Registro de usuarios y atenciones, el sistema de gestión de citas y reestructurando los servicios de admisión, triaje e archivo, permitiendo mejorar el acceso a los servicios de salud y la reducción de los tiempos de espera.
- Fortaleciendo la implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud basado en la persona, familia y comunidad por ciclos de vida, que permita actuar con mayor facilidad sobre los determinantes de la salud.
- Mejorando las coberturas de atención en los niños portadores de enfermedades prevalentes de la infancia, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales.
- Mejorando las coberturas de atención en las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan de Control y Reducción de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil 2017-2021.
- Implementando la entrega de prestaciones de salud a los usuarios a través de oferta móvil (Equipos Itinerantes) y Telesalud (Teleconsulta y Tele-IEC).
- Gestionando de manera, adecuada y oportuna la provisión y la disponibilidad de medicamentos, equipos médicos e insumos críticos para la entrega de las intervenciones sanitarias priorizadas.

5.2. Identificación de Recursos Críticos

Los recursos críticos son aquellos que son de relevante importancia para la ejecución de la propuesta y la ausencia de uno de ellos podría dificultar o impedir lograr los productos esperados.

5.2.1. Comunicación Estratégica

La comunicación es un elemento de vital importancia para generar y fortalecer una relación cordial y de entendimiento entre los involucrados (stakeholders) en la prestación del servicio de salud, es decir la relación entre los usuarios, actores sociales, el prestador de los servicios de salud (Establecimientos de Salud) y otras instituciones u organismos estrechamente relacionados.

La anemia materno infantil, en especial en el grupo de niños menores de 36 meses, reconocida como un problema grave de salud pública, requiere de ser interiorizada dentro de cada uno de los actores (stakeholders), a fin de lograr resultados que permitan alcanzar las metas nacionales, regionales y locales planteadas y permitir “rescatar” la siguiente generación de niños y niñas con el fin de permitirles gozar de un desarrollo justo.

Las carencias, mala organización y desatención en los Establecimientos de Salud, han generado percepciones erróneas en la población, así como malestar al no lograr ser atendidos adecuadamente, teniendo que formar largas colas desde muy temprano o permanecer durante toda una jornada para recibir la atención solicitada.

Los trabajadores de salud, quienes debieran ser los “motores de cambio” en este emprendimiento, se sienten incomodos y maltratados por sus bajas remuneraciones y consideran que su esfuerzo no es debidamente recompensado y que el Seguro Integral de Salud (SIS) no logra financiar de manera adecuada la labor realizada en los

Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, responsabilizando al SIS por la falta de medicamentos, equipos médicos e insumos para brindar las prestaciones de salud, así como del pago de las remuneraciones del personal de salud contratado bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 278.

Se puede también señalar que existe una falta de comunicación bidireccional entre las Microredes de Salud y la Red de Salud Arequipa Caylloma, en especial en la coordinación del abastecimiento logístico, lo cual se traduce en duplicidad de compras en algunos casos y en otras el desabastecimiento de medicamentos e insumos críticos.

Para el Seguro Integral de Salud (SIS), órgano adscrito al Ministerio de Salud, y quien financia las prestaciones a buena parte de la población, en especial a la más vulnerable, toma decisiones sin intervención de la parte operativa que en este caso son las Microredes de Salud, generándose conflictos al firmarse los convenios con la sola participación de la Gerencia Regional de Salud en representación del Gobierno Regional Arequipa. Similar situación ocurre con otras entidades y organismos que articulan directamente y solo se hace la comunicación a las microredes para el desarrollo de acciones, interfiriendo su programación. A pesar de todo lo antes señalado, ello no afectaría el desarrollo del presente Plan de Gestión.

5.2.2. Incidencia de Stakeholders

El análisis MACTOR, busca valorar las relaciones de fuerza entre los actores y estudiar sus convergencias y divergencias con respecto a cierto número de posturas y de objetivos asociados, que para el caso del Plan de Gestión se refiere a los productos propuestos, buscando con ello, facilitar la decisión de la puesta en marcha de los mismos. Culminado el análisis de actores mediante la metodología MACTOR, se concluye que para el presente Plan de Gestión no se requiere de

la elaboración de un plan de incidencia, ya que los actores consideran pertinentes y adecuados los productos propuestos.

5.2.3. Recursos Humanos

Con respecto a los Recursos Humanos no será necesario contar con personal adicional para la implementación del presente Plan de Gestión, ya que la Microred de Salud cuenta con el personal de salud en cantidad, requiriéndose únicamente su adecuación y redistribución de acuerdo a las necesidades requeridas en cada Establecimiento de Salud. Este factor no sería un punto crítico.

5.2.4. Recursos Financieros

Con respecto a los recursos financieros para la implementación del presente Plan de Gestión, estos provendrían de diversas fuentes como son. Donaciones y Transferencias (SIS), Recursos Determinados (FED), así como del presupuesto que el MEF transfiere a la Red de Salud Arequipa Caylloma para la ejecución de los Programas Presupuestales, en este caso para el Programa Presupuestal 001 Articulado Nutricional y el Programa Presupuestal 002 Salud Materno Neonatal, y finalmente a través de la fuente de financiamiento Recursos Propios, por lo que este no sería un punto crítico.

5.2.5. Recursos Logísticos

Con respecto a los recursos logísticos, estos deberán ser coordinados con el Director de la Oficina de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Institucional (OPPDI) y con los responsables de las Estrategias Sanitarias en la Red de Salud Arequipa Caylloma, para la provisión oportuna, completa y adecuada de los insumos críticos requeridos para la gestión de las actividades que se desarrollaran en los productos propuestos y con el Jefe de la Microred de Salud, el Equipo de Gestión, los responsables de las Estrategias Sanitarias y los responsables de logística y almacén de la Microred de Salud

Zamácola para su adecuada y oportuna disponibilidad en los Establecimientos de Salud, ya que el presupuesto para su adquisición está plenamente asegurado, por lo que este factor no sería un punto crítico.

5.2.6. Recursos Tiempo

Con respecto al factor tiempo, la implementación del presente Plan de Gestión tendrá en un horizonte de tres (03) años, los cuales se distribuirán de la siguiente manera:

- Durante el Primer año se realizará la implementación de los productos, algunos de ellos ya podrán ser sujeto de seguimiento y monitoreo, desde el segundo semestre.
- Durante el Segundo año se realizará las actividades de consolidación, seguimiento, monitoreo y evaluación de los productos.
- En el Tercer año estará dedicado a continuar con el seguimiento y monitoreo de los productos y en su segundo semestre la evaluación final de los productos, así como dejar las bases para la sostenibilidad de los productos.

Este recurso no es crítico ya que el horizonte de tres años es suficiente para lograr la implementación del presente Plan y lograr la sostenibilidad de la propuesta.

5.3. Arquitectura Institucional

Para llevar adelante la propuesta de implementación en el presente Plan de Gestión se requiere cambiar la estructura organizacional de la Microred de Salud Zamácola, así como cambios importantes en su estructura funcional. Se requiere de la implementación de nuevas áreas funcionales que permitan la extensión de los servicios de salud a través de oferta móvil con los Equipos Itinerantes y las intervenciones de Telesalud mediante el uso de teleconsultas y tele EIC (educación, información y capacitación), así como, el fortalecimiento de las ya existentes como los servicios de admisión, triaje y

archivo, permitiendo adecuar la oferta de servicios de salud a las reales necesidades de la población.

5.4. Metas Periodo de 3 años

Las metas propuestas en el presente Plan de Gestión consideran diferentes calendarios de acuerdo a la complejidad de cada producto.

Tabla 29

Metas Periodo de 3 años. Relación entre Objetivos, Productos y Actividades

Objetivo 01.: Fortalecer y adecuar la oferta de servicios de salud a la población en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con énfasis en el grupo de menores de 36 meses						
Producto 01.01.: Establecimiento de Salud que adecua y fortalece sus servicios de admisión, triaje y archivo.						
Actividad 01.01.01.: Elaboración de la Directiva Administrativa “Reestructuración y Fortalecimiento de los servicios de Admisión, Triaje y Archivo”.	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año			
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X
Objetivo 01.: Fortalecer y adecuar la oferta de servicios de salud a la población en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con énfasis en el grupo de menores de 36 meses						
Producto 01.01.: Establecimiento de Salud que adecua y fortalece sus servicios de admisión, triaje y archivo.						
	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año			

Actividad 01.01.02.: Elaboración del Documento Técnico: “Plan para la Implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas”.	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la adquisición e implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.	X					
• Conformación de una Comisión Ad-Hoc para la adquisición e implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.	X					
• Elaboración del Expediente de compra del Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.	X					
• Proceso de adquisición del Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.	X					
• Proceso de adquisición del Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.	X					
• Instalación del Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas en cada Establecimiento de Salud de la Microred de Salud Zamácola.	X	X				
• Acreditación y asignación de funciones mediante documento resolutivo a los Responsables del uso del Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas en cada Establecimiento de Salud.	X	X				
• Capacitación al Personal responsable de las actividades del Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.	X	X				
• Monitoreo del Registro de Citas adecuado en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.		X	X	X	X	
• Elaboración de Tableros de Control con la data ingresada al Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas.		X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

El Registro de Usuarios, atenciones y citas propuesto puede ser reemplazado por los Módulos Administrativos del Sistema e-Qhali, previa coordinación con la Oficina de Estadística de la Gerencia Regional de Salud Arequipa y la Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA.

Objetivo 01.: Fortalecer y adecuar la oferta de servicios de salud a la población en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con énfasis en el grupo de menores de 36 meses						
Producto 01.01.: Establecimiento de Salud que adecua y fortalece sus servicios de admisión, triaje y archivo.						
Actividad 01.01.03.: Implementación de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali) para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes.	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año			
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la implementación de la Historia Clínica Electrónica en los Establecimientos de Salud.	X					

• Conformación de una Comisión Ad-Hoc para la implementación de la <i>Historia Clínica Electrónica en los Establecimientos de Salud</i>	X					
• Elaboración de un Plan para la implementación de la Historia Clínica Electrónica en los Establecimientos de Salud.	X					
• Coordinación con la Oficina de Estadística de la Gerencia Regional de Salud y la OGTI-MINSA para la instalación del Software de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali).	X					
• Proceso de adquisición de equipos informáticos requeridos para el correcto funcionamiento del Software de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali) en cada Establecimiento de Salud.	X					
• Instalación del Software de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali) en cada Establecimiento de Salud de la Microred de Salud Zamácola.	X	X				
• Acreditación y asignación de funciones mediante documento resolutivo a los Responsables del uso Software de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali) en cada Establecimiento de Salud.	X	X				
• Capacitación al Personal responsable de las actividades del registro de información en el Software de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali) de cada Establecimiento de Salud.	X	X				
• Monitoreo de las actividades en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.		X	X	X	X	
• Elaboración de Tableros de Control con la data ingresada al Software de la Historia Clínica Electrónica (e-Qhali).		X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 02.: Fortalecer la implementación del modelo de cuidado integral de salud basado en la persona, familia y comunidad por ciclos de vida, en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

Producto 02.01.: Establecimiento de Salud que adecua su oferta de servicios de salud acorde con las necesidades de la población

Actividad 02.01.01.: Elaboración de la Directiva Administrativa "Lineamientos para la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola".	1^{er} Año		2^{do} Año		3^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					

• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.01.: *Establecimiento de Salud que cuenta con personal capacitado en Salud Comunitaria y Manejo de anemia.*

<u>Actividad 03.01.01.: Elaboración de un Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.</u>	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración del Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia. y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción del Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.	X					
• Presentación de Proyecto de Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia. por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.	X					
• Difusión y socialización del Documento al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de la Comisión encargada de la implementación del Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.	X					
• Ejecución de las actividades del Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia a nivel de la Microred de Salud.	X	X	X	X	X	

• Monitoreo y evaluación de la implementación del Programa en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto				X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.02.: *Establecimiento de Salud que brinda los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes.*

<u>Actividad 03.02.01.: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para la atención de niños y niñas menores de 36 meses en la prestación del Control de Crecimiento y Desarrollo CRED”.</u>	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año		
	1S	2S	1S	2S	1S 2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X				
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X				
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X				
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X				
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X				
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X				
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X				
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X				
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X
• Evaluación del cumplimiento		X			X
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto				X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.02.: *Establecimiento de Salud que brinda los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes.*

<u>Actividad 03.02.02.: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para la atención de niños y niñas menores de 36 meses en la provisión de suplemento de micronutrientes”.</u>	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año		
	1S	2S	1S	2S	1S 2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X				

• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.02.: *Establecimiento de Salud que brinda los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes.*

<u>Actividad 03.02.03.: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para el Control Prenatal y la provisión de suplemento de micronutrientes en Gestantes y Puérperas”.</u>	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año			
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	

• Evaluación del cumplimiento	X	X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto		X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.02.: *Establecimiento de Salud que brinda los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes.*

Actividad 03.02.04.: *Elaboración del Documento Técnico: “Guías de Práctica Clínica para la Atención Integral de niños menores de 36 meses, gestantes y púerperas en la prevención de la anemia”.*

	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Guía.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Guía y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Guía.	X					
• Presentación de Proyecto de Guía por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X	X				
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Guía.		X				
• Difusión y socialización de la Guía al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.		X				
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Guía.		X				
• Implementación de la Guía en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred		X				
• Monitoreo de la implementación de la Guía en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.		X	X	X	X	X
• Evaluación del cumplimiento		X	X	X	X	X
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto			X		X	

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.03.: *Establecimiento de Salud que provee atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad.*

Actividad 03.03.01.: *Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en el manejo de niños con enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs, Parasitosis intestinal”.*

	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					

• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.03.: *Establecimiento de Salud que provee atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad.*

<i>Actividad 03.03.02.: Elaboración de la Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en la provisión del tratamiento de pacientes afectados con anemia".</i>	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.03.: *Establecimiento de Salud que provee atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad.*

<u>Actividad 03.03.03.: Elaboración de la Directiva Sanitaria “Criterios para la mejora del desempeño en base a Buenas Prácticas para la atención de niños y niñas menores de 36 meses en la administración de inmunizaciones”.</u>	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.03.: *Establecimiento de Salud que provee atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad.*

<u>Actividad 03.03.04.: Elaboración del Documento Técnico: “Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y la anemia en niños y gestantes”.</u>	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Guía.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Guía y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Guía.	X					

• Presentación de Proyecto de Guía por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X	X				
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Guía.		X				
• Difusión y socialización de la Guía al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.		X				
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Guía.		X				
• Implementación de la Guía en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred		X				
• Monitoreo de la implementación de la Guía en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.		X	X	X	X	X
• Evaluación del cumplimiento		X	X	X	X	X
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto			X		X	

Objetivo 03.: Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

Producto 03.04.: Establecimiento de Salud que asegura familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses.

Actividad 03.04.01.: Elaboración de la Directiva Sanitaria "Criterios para la provisión de consejería en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, a través de la visita domiciliar a familias con niños y/o niñas menores de 36 meses y gestantes".	1^{er} Año		2^{do} Año		3^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	

• Desarrollo de la sostenibilidad del producto	X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.04.: *Establecimiento de Salud que asegura familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses.*

Actividad 03.04.02.: <i>Elaboración de la Directiva Sanitaria "Criterios para la provisión de sesiones demostrativas y sesiones educativas a familias con niños y/o niñas menores de 36 meses y gestantes".</i>	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año
	1S	2S	1S 2S 1S 2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X		
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X		
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X		
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X		
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X		
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X		
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X		
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X		
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X X X
• Evaluación del cumplimiento		X	X
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto			X X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.04.: *Establecimiento de Salud que asegura familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses.*

Actividad 03.04.03.: <i>Elaboración de la Directiva Sanitaria "Criterios para la implementación y funcionamiento de grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos".</i>	1 ^{er} Año	2 ^{do} Año	3 ^{er} Año
	1S	2S	1S 2S 1S 2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X		
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X		

• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X					
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.05.: *Establecimiento de Salud que amplía su oferta de salud con equipos itinerantes y Telesalud*

<u>Actividad 03.05.01.: Elaboración de la Directiva Administrativa "Ampliación de la Oferta de Servicios de Salud con la implementación de Oferta Móvil y Telesalud".</u>	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X	X				
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Objetivo 03.: *Fortalecer la implementación y desarrollo de las estrategias sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

Producto 03.06.: *Establecimiento de Salud que asegura los insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas.*

<u>Actividad 03.06.01.: Elaboración de la Directiva Administrativa “Evaluación, requerimiento y provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y Desnutrición crónica infantil</u>	1 ^{er} Año		2 ^{do} Año		3 ^{er} Año	
	1S	2S	1S	2S	1S	2S
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión con la finalidad de consensuar la necesidad de la elaboración de la Directiva.	X					
• Difusión de la necesidad de la elaboración de la Directiva y recolección de opiniones y sugerencias.	X					
• Conformación de una Comisión para la elaboración y redacción de la Directiva.	X					
• Presentación de Proyecto de Directiva por parte de la Comisión ante el Comité de Gestión.	X					
• Reunión de trabajo del Comité de Gestión para el análisis, discusión y aprobación de la Directiva.	X					
• Difusión y socialización de la Directiva al personal de salud de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X					
• Conformación de Comisiones en cada uno de los Establecimientos de Salud para la implementación de la Directiva.	X					
• Implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred	X	X				
• Monitoreo de la implementación de la Directiva en cada uno de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred.	X	X	X	X	X	
• Evaluación del cumplimiento			X		X	
• Desarrollo de la sostenibilidad del producto					X	X

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad

6.1. Análisis de viabilidad

6.1.1. Viabilidad Política

El presente Plan de Gestión es Políticamente viable, pues la anemia infantil como problema severo de salud pública se encuentra priorizado en el Plan Bicentenario: Perú hacia el 2021, así como en otras Políticas Públicas Nacionales tales como los siguientes: a) Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a promover el desarrollo infantil temprano "primero la infancia" aprobada mediante Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS (Julio 2016), b) Plan Nacional de fortalecimiento a la familia 2016-2021 que fue aprobado mediante el Decreto Supremo N° 003-2016-MIMP (Marzo 2016), c) La Ley N° 30362 que aprueba el Plan Nacional de acción por la infancia y la adolescencia – PNAIA 2012-2021 (Marzo 2012), d) El Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil 2017-2021 aprobado por RM N° 249-2017/MINSA (Abril 2017), e) El Plan Multisectorial de lucha contra la anemia aprobada mediante Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, los cuales tienen por objetivo prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños con énfasis en menores de 35 meses de edad, gestantes y adolescentes a nivel nacional, a través de la articulación intersectorial e intergubernamental de intervenciones efectivas implementadas por el Gobierno Nacional, los gobiernos regionales y los gobiernos locales en el territorio.

Las acciones mencionadas responden a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud a través de la resolución WHA65.6, la cual respalda una serie de objetivos a lograrse hasta el año 2025,

pudiendo mencionarse algunas como: a) Reducir en un 40% el número de niños menores de cinco años en el mundo que sufre retraso en el crecimiento, b) Reducir a la mitad las tasas de anemia en mujeres en edad fecunda, c) Reducir en un 30% el bajo peso al nacer y d) Aumentar la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida hasta al menos el 50%.

Los tres últimos mandatarios han señalado la *“lucha contra la anemia”* como un aspecto prioritario en sus respectivas gestiones.

6.1.2. Viabilidad Técnica

Los diferentes sectores y entidades involucrados en dar el soporte a las actividades propuestas por el Plan Multisectorial de Lucha contra la anemia han desarrollado la normatividad necesaria y han implementado diversas estrategias con las que se pretende alcanzar los objetivos planteados.

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha puesto en ejecución diversos programas sociales orientados a mejorar la seguridad alimentaria, conocimientos en cuidado y alimentación infantil, así como conjuntamente con los Gobiernos Locales está impulsando algunas estrategias como son la Meta cuatro de los indicadores de incentivos municipales, la conformación de Instancias de Articulación Local (IAL), el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), con la intención de asegurar el cumplimiento de los objetivos señalados para un Desarrollo Infantil Temprano adecuado.

Por parte del Ministerio de Salud se han actualizado normativas como la Norma Técnica de Salud N° 137-MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica para el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) de la niña y el niño menores de 5 años”, la Norma Técnica de Salud N° 141-MINSA/2018/DGIESP “Norma Técnica de Salud que establece el

Esquema Nacional de Vacunación”, la Norma Técnica de Salud N° 134-MINSA/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”.

Adicionalmente se ha emitido normatividad que permite mejorar la entrega de servicios de salud con características de eficiencia, eficacia, oportunidad y calidad como son la Norma Técnica de Salud N° 160-MINSA/2020/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la adecuación de la organización de los Servicios de Salud” y la Norma Técnica de Salud N° 013-MINSA/2015/DGIEM “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.

Los Establecimientos de Salud en el ámbito jurisdiccional de la Microred de Salud Zamácola han sido provistos con los equipos biomédicos e insumos necesarios para la entrega de las prestaciones propuestas para el control de la anemia infantil, se cuenta con la infraestructura necesaria y con el potencial humano requerido, por lo que desde el punto de vista técnico el presente Plan de Gestión es viable.

6.1.3. Viabilidad Social

Desde el aspecto social, la viabilidad también se encuentra asegurada y justificada, ya que la anemia infantil representa uno de los principales y mayores problemas de salud pública, que no solo afecta al niño o niña en su componente anatomo-patológico, sino que también lo hace en su esfera psico-social, debido a que, si la anemia no es corregida en los dos primeros años de vida, el niño o niña pierde una gran parte de su potencial cognitivo, lo cual puede conllevar a un desarrollo inadecuado, rendimiento escolar por debajo de los niveles esperados, que en la etapa joven o adulto puede limitarlo en su capacidad económica al no poder insertarse de manera adecuada a

los requerimientos laborales, teniendo como resultado una nueva generación perdida.

El presente Plan de Gestión tiene como pretensión mejorar el nivel de salud de la población infantil con énfasis en la anemia y responder adecuadamente a una necesidad muy sentida en la población.

6.1.4. Viabilidad Presupuestal

La propuesta tiene viabilidad presupuestal ya que el presupuesto para el desarrollo del presente Plan de Gestión se obtendrá de diversas Fuentes de Financiamiento:

- *Recursos Ordinarios.* El pliego (gobierno Regional Arequipa) a través de sus diversas Unidades Ejecutoras, financian a sus Microredes y Establecimientos de Salud la ejecución de los Productos y Actividades de los diferentes Programas Presupuestales, en el caso del Plan de Gestión a través del Programa Presupuestal 0001 Articulado Nutricional y el Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal.

Esta fuente de financiamiento permite dar sostenibilidad al Personal de Salud en los regímenes laborales del Decreto Legislativo N° 276 (Nombrados) y del Decreto Legislativo N° 1057 (CAS), financiar la contratación de Bienes y Servicios y la Adquisición de activos no financieros.

- *Donaciones y Transferencias.* Esta fuente de financiamiento recoge básicamente las transferencias realizadas por el Seguro Integral de Salud como parte del cumplimiento de lo suscrito en el Convenio entre el Seguro Integral de Salud (SIS), Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) y el Gobierno Regional de Arequipa (GRA) para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

A través de esta fuente de financiamiento está permitido todo gasto con excepción a lo señalado en la Resolución Jefatural N° 072-2019/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-

2019-SIS-GNF-V.01 “Directiva Administrativa para el Monitoreo, Supervisión y Seguimiento del cumplimiento de los fines de las transferencias del Seguro Integral de Salud”.

Permite la adquisición, como prioridad, de los insumos críticos para la entrega de las prestaciones sanitarias priorizadas, medicamentos y material médico quirúrgico. La contratación de bienes y servicios y la transferencia de recursos económicos a los CLAS para los fines propios establecidos por el SIS y es administrada por la Red de Salud Arequipa Caylloma en base a las necesidades y complejidad de cada uno de los Establecimiento de Salud.

- *Recursos Determinados.* A través de esta fuente de financiamiento se reciben las entregas por cumplimiento de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Gestión del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) y plasmados en el Convenio entre el Gobierno Regional de Arequipa y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

El recurso financiero recibido a través de esta fuente de financiamiento está destinado a la provisión de insumos críticos, contratación de personal (régimen laboral del Decreto Legislativo N° 1057 (CAS) y equipos biomédicos necesarios para el desarrollo de las actividades que aseguren un Desarrollo Infantil Temprano adecuado, es administrado directamente por la Red de Salud Arequipa Caylloma y distribuido según necesidades y complejidad de cada Establecimiento de Salud.

- *Recursos Directamente Recaudados.* Esta fuente de financiamiento proviene de la recaudación propia de cada Establecimiento de Salud por los Servicios que presta a la población no asegurada al SIS u otros servicios no incluidos en los planes de aseguramiento.

Aquí también se incorpora las donaciones recibidas de terceros por los CLAS y el dinero transferido por la Red de Salud Arequipa Caylloma proveniente de otras fuentes.

6.1.5. Viabilidad Operativa

La Microred de Salud Zamácola será la encargada de la implementación del presente Plan de Gestión, como unidad orgánica cuenta con la capacidad operativa para implementar la propuesta, teniendo en cuenta que muchas de las actividades a implementar ya han venido siendo realizadas, pero se requiere lineamientos y directrices locales que logren su cumplimiento eficaz y efectivo.

6.2. Análisis de viabilidad según análisis de actores

La presente propuesta cuenta con viabilidad por parte de los actores locales (Stakeholders), no se aprecia resistencia con llevar a cabo los productos propuestos en el Plan de Gestión, por el contrario, existe una buena disposición a ser partícipes en el desarrollo de las actividades, por lo tanto, el presente Plan de Gestión no se requiere de la elaboración de un plan de incidencia, como se señaló anteriormente y se observa en la tabla 34 presentada a continuación.

Tabla 30

Análisis MACTOR - Posicionamiento de los actores respecto a los productos propuestos en el Plan de Gestión

Producto	01.01	01.02	01.03	02.01	02.02	02.03	02.04	02.05
Usuarios de Servicios de Salud – Pacientes	+1	+1	0	0	0	0	0	0
Organizaciones Sociales de Base (OSB)	+1	+1	0	0	0	0	0	0
Actores Sociales	+1	+1	0	0	0	+1	0	0
ACLAS (Consejo Directivo)	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1
Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola	+1	+1	+1	+1	0	0	0	0
Trabajadores de Salud	+1	+1	+1	0	0	0	+1	+1
Seguro Integral de Salud SIS	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1	+1

Producto	01.01	01.02	01.03	02.01	02.02	02.03	02.04	02.05
Municipalidad Distrital de Cerro Colorado	0	0	0	+1	+1	+1	+1	0
Otros sectores y Entidades	0	0	0	+1	+1	+1	+1	+1

Fuente: Elaboración propia

6.3. Análisis de viabilidad según evaluación estratégico gerencial

Para el análisis de viabilidad del presente Plan de Gestión en el marco de una evaluación estratégico gerencial, asumiremos el enfoque de valor público.

6.3.1. Generación de valor público

El concepto dado por Jimmy Escobar (2016) de valor público señala: “El Valor Público se encuentra referido al valor creado por el Estado a través de la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía, las regulaciones que gestiona para el bienestar de toda la sociedad y el ejercicio de creación de políticas públicas que buscan satisfacer necesidades propias de la población”.

Por su parte, Humberto García (2015), asume la siguiente premisa en relación al Valor Público: “el enfoque en el valor público brinda a la política pública un enfoque estratégico que prioriza la respuesta a los ciudadanos y el mantenimiento de confianza y legitimidad a través de la buena entrega de productos o servicios”, concluye señalando lo siguiente: “lo que importan son los resultados que los servicios, proyectos o programas causen entre los pobladores objetivo, pero también importan los procesos aplicados para generar dichos resultados, ya que las relaciones y los procesos que se establecen entre las organizaciones responsables por una creación de valor público y las comunidades generan valor en sí mismos”.

La anemia ha sido y sigue siendo un problema de salud pública severo, el alcanzar que los Establecimientos de Salud se adecuen para brindar servicios de salud de calidad, eficientes, eficaces y oportunos, optimizando sus procesos, cumpliendo la normatividad

emanada del ente rector (Ministerio de Salud), gestionando adecuadamente sus recursos financieros y su talento humano, así como articulando acciones con todas las otras entidades comprometidas en el control y reducción de la anemia infantil, permitirá reducir el índice de anemia infantil, permitiendo de esta manera a alcanzar un desarrollo infantil temprano adecuado, que permita a los niños y niñas ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interrelación con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

Nuestra propuesta presentada como Plan de Gestión, genera valor público al contribuir con el resultado final del Programa Presupuestal 0001 Articulado Nutricional y coadyuvar al logro del resultado final del Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal, así como disminuir los altos índices de anemia infantil en la población menor de 36 meses.

Asimismo, el proyecto se articula con diferentes políticas públicas priorizadas y se enmarca dentro del Plan Multisectorial de lucha contra la anemia infantil y el Plan Nacional de Reducción y Control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil. La propuesta cuenta con respaldo político en los tres niveles de gobierno, existe una manifiesta voluntad política en todos los sectores de reducir la anemia infantil, en atención a una demanda sanitaria y social, así como, en el cumplimiento a las políticas públicas y normatividad sectorial vigente.

Los usuarios de los servicios de salud y las organizaciones sociales de base muestran un firme respaldo, pues ello va en beneficio directo de la población infantil de sus asociaciones de vivienda y centros poblados, además, que a la actualidad existe una demanda insatisfecha de contar con la provisión de prestaciones sanitarias inclusivas, sin discriminación ni limitaciones de acceso, que permitan

mejorar la condición de salud de niños y niñas en especial aquella relacionada a la anemia y desnutrición crónica.

Capítulo VII

Seguimiento

7.1. Desarrollo de indicadores de seguimiento

Se propone los siguientes indicadores por cada producto:

Producto 01.01.

- *Personal de Salud acreditado y capacitado en el uso del Sistema Integrado de Gestión y Registro de citas y usuarios.*

$$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$$

- *Personal de Salud acreditado y capacitado en el manejo de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes.*

$$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$$

- *Usuarios atendidos y registrados adecuadamente en el Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios del Establecimiento de Salud.*

$$\frac{\text{Usuarios atendidos y registrados en el SIG – CU}}{\text{Total de usuarios atendidos en el Establecimiento}} * 100$$

- *Solicitud de citas recibidas que fueron admitidas y programadas para su atención en el Establecimiento de Salud.*

$$\frac{\text{Solicitud de citas programadas para atención}}{\text{Total de solicitudes de citas generadas por los usuarios}} * 100$$

- *Citas programadas que fueron atendidas oportunamente por el personal asistencial del Establecimiento de Salud.*

$$\frac{\text{Pacientes con cita programada y atendidos oportunamente}}{\text{Total de pacientes con cita programada}} * 100$$

- *Establecimiento de Salud que ha implementado el archivo de Historias Clínicas.*

$$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de item a verificar}} * 100$$

- *Historia Clínica con codificación en base al número de DNI del usuario.*

$$\frac{\text{Número de historias clínicas con codificación en base al DNI}}{\text{Total de historias clínicas nuevas abiertas}} * 100$$

- *Historia Clínica con registro completo y correcto en el Establecimiento de Salud.*

$$\frac{\text{Historias clínicas auditadas con registro completo y correcto}}{\text{Total de historias clínicas auditadas}} * 100$$

Producto 02.01.

- *Personal de Salud que ha recibido orientación en la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida.*

$$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$$

- *Establecimiento de Salud que cuenta con la Cartera de Servicios de Salud actualizada y aprobada.*

$$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de item a verificar}} * 100$$

- *Establecimiento de Salud que cuenta con un Sistema de Referencia y Contrareferencia activo y operativo.*

$$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de item a verificar}} * 100$$

Producto 03.01.

- *Personal de Salud que ha participado y aprobado el Programa de Capacitación Continua en “Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia” en el Establecimiento de Salud.*

$$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$$

Producto 03.02.

- *Establecimiento de salud con equipamiento adecuado para realizar control del crecimiento de acuerdo a normatividad.*

$$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} * 100$$

- Establecimiento de salud con kit completos para realizar control del desarrollo de acuerdo a normatividad.

$$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} * 100$$

- Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar control del crecimiento y desarrollo en el niño.

$$\frac{\text{Personal de salud (médico y enfermero) capacitado en CRED}}{\text{Total de médicos y enfermeros del EESS}} * 100$$

- Recién nacidos con 2 controles CRED.

$$\frac{\text{RN con dos controles CRED en los primeros 15 días}}{\text{Total de Recién Nacidos en el padrón nominal}} * 100$$

- Niños menores de 1 año con controles CRED completos para la edad.

$$\frac{\text{niños menores de 1 año con controles CRED completos}}{\text{Total de niños menores de 1 año en el padrón nominal}} * 100$$

- Niños de 1 año con controles CRED completos para la edad.

$$\frac{\text{niños de 1 año con controles CRED completos}}{\text{Total de niños de 1 año en el padrón nominal}} * 100$$

- Niños de 2 años con controles CRED completos para la edad.

$$\frac{\text{niños de 2 años con controles CRED completos}}{\text{Total de niños de 2 años en el padrón nominal}} * 100$$

- Establecimiento de salud con kit completos para realizar tamizaje de hemoglobina de acuerdo a la normatividad.

$$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} * 100$$

- Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar tamizaje de hemoglobina.

$$\frac{\text{Personal de salud capacitado en tamizaje de Hb}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$$

- Niños de 4-5 meses con suplemento de hierro.

$$\frac{\text{Nº niños que inician suplementación a los 110 – 130 días}}{\text{Nº de niños que cumplen 130 días de edad}} * 100$$

- Niños sin anemia de 6 a 11 meses que han recibido micronutrientes o jarabe o gotas completos para su edad.

$$\frac{\text{Nº de niños de 6 a 11 meses suplementados}}{\text{Nº de niños de 6 a 11 meses sin anemia del padrón nominal}} * 100$$

- Niños de 6 a 11 meses de edad con tamizaje de hemoglobina en los últimos 3 meses.

$$\frac{\text{Nº acumulado de niños de 180 a 364 días de edad tamizados}}{\text{Nº acumulado de niños de 180 a 364 días de edad registrados}} * 100$$

- Niños que cumplen 24 meses en el mes de evaluación que cuentan con dos o más mediciones de hemoglobina en el último año.

$$\frac{\text{Nº acumulado de niños de 24 meses de edad tamizados}}{\text{Nº acumulado de niños de 24 meses de edad registrados}} * 100$$

- Gestante con paquete preventivo completo.

$$\frac{\text{Nº de gestantes con CPN reenforcado}}{\text{Nº púérperas con parto institucional}} * 100$$

- Gestante suplementada con micronutrientes.

$$\frac{\text{Nº de gestantes que recibieron suplementación (6 entregas)}}{\text{Nº de puerperas con parto institucional}} * 100$$

- Gestante con tamizaje de hemoglobina en el I y III Trimestre.

$$\frac{\text{Nº de gestantes con tamizaje de Hb en el I y III Trimestre}}{\text{Nº de puerperas con parto institucional}} * 100$$

Producto 03.03.

- Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia y anemia en niños y gestantes.

$$\frac{\text{Personal de salud (médico/obstetra/enfermero) capacitado}}{\text{Total de médicos, obstetras y enfermeros del EESS}} * 100$$

- Niños de 6 a 11 meses de edad con anemia que inician tratamiento con gotas o jarabe con hierro.

$$\frac{\text{Niños con anemia que reciben oportunamente tratamiento}}{\text{Niños con anemia en padrón nominal}} * 100$$

- Gestantes con anemia que es evaluada por médico e inician tratamiento con sales de hierro.

$$\frac{\text{Gestante con anemia evaluada y tratada oportunamente}}{\text{Gestantes con anemia identificada}} * 100$$

- Niños menores de 36 meses con anemia que han requerido referencia a Establecimiento de Salud de mayor complejidad.

$$\frac{\text{Niños menores de 36 meses con anemia referidos}}{\text{Total de niños menores de 36 meses con anemia}} * 100$$

- Niños menores de 36 meses con enfermedades prevalentes de la infancia (IRAs, EDAs, Parasitosis intestinal) que han requerido referencia a Establecimiento de Salud de mayor complejidad.

$$\frac{\text{Niños < 36 meses con enfermedades prevalentes referidos}}{\text{Total de niños < 36 meses con enfermedades prevalentes}} * 100$$

- Niños que cumplieron 12 meses en el mes de evaluación que reciben: vacunas completas según edad (antipolio (IPV, APO), pentavalente, neumococo, influenza, rotavirus, SPR).

$$\frac{\text{Niños y niñas de 12 meses con vacunas completas}}{\text{Niños y niñas de 12 meses en padrón nominal}} * 100$$

Producto 03.04.

- Familias con niños menores de 36 meses o gestante que reciben visita domiciliaria para provisión de consejería en prácticas saludables para el cuidado infantil.

$$\frac{\text{Nº Familias con niños menores de 36 meses o gestante que reciben visita domiciliaria}}{\text{Nº de familias censadas con niños menores de 36 meses o gestantes}}$$

* 100

- Madres o cuidadores de niños menores de 36 meses que acuden y participan de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil.

$$\frac{\text{Nº de madres o cuidadores que asisten a las sesiones demostrativas}}{\text{Nº de familias censadas con niños menores de 36 meses}} * 100$$

- Grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos que han sido implementados y se encuentran en funcionamiento.

$$\frac{\text{Nº de grupos de apoyo comunal implementados y en funcionamiento}}{\text{Nº de grupos de apoyo comunal contenidos en el plan anual}} * 100$$

Producto 03.05.

- Establecimiento de Salud con equipamiento adecuado para realizar actividades de Telemedicina de acuerdo a normatividad.

$$\frac{\text{N° de EESS que se han adecuado para brindar servicios de telemedicina}}{\text{N° total de Establecimientos existentes}} * 100$$

- Personal de salud acreditado y capacitado para la realización de actividades de Telemedicina.

$$\frac{\text{Personal de salud capacitado en actividades de Telemedicina}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$$

- Establecimiento de Salud que cuenta con programación mensual de equipos itinerantes.

$$\frac{\text{N° de EESS que han programado y ejecutado prestaciones a través de oferta móvil}}{\text{N° total de Establecimientos existentes}}$$

* 100

Producto 03.06.

- Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de stock de medicamentos para la prestación de las intervenciones sanitarias priorizadas en la niña y niño (CRED, dosaje de Hemoglobina, vacunaciones, suplementación con hierro) y la gestante.

$$\frac{\text{N° de EESS que cumplen con disponibilidad de medicamentos}}{\text{N° de Establecimientos existentes}} * 100$$

- Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de al menos 80% de dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos para la prestación de las intervenciones sanitarias priorizadas en la niña y niño (CRED, dosaje de Hemoglobina, vacunaciones, suplementación con hierro) y la gestante.

$$\frac{\text{N° de EESS que cumplen con disponibilidad de insumos críticos y equipos}}{\text{N° de Establecimientos existentes}} * 100$$

7.2. Desarrollo de indicadores de resultado

Se propone los siguientes indicadores por cada producto:

Producto 01.01.

- *Establecimiento de Salud que ha implementado un Sistema Integrado de Gestión y Registro de citas.*

$$\frac{\text{Establecimientos de Salud con SIG – CU implementado}}{\text{Establecimientos de Salud evaluados}} * 100$$

- *Establecimiento de Salud que ha implementado la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes.*

$$\frac{\text{Establecimientos de Salud con SIHCE e – Qhali implementado}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$$

- *Establecimiento de Salud que ha adecuado e implementado satisfactoriamente los servicios de admisión, triaje y archivo.*

$$\frac{\text{EESS que adecuan e implementan sus servicios}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$$

Producto 02.01.

- *Establecimiento de Salud que ha adecuado y fortalecido su oferta de Servicios de Salud con enfoque por ciclos de vida.*

$$\frac{\text{EESS que adecua y fortalece su oferta de servicios de salud}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$$

Producto 03.01.

- *Establecimiento de Salud que ha desarrollado y concluido el Programa de Capacitación Continua en “Salud Comunitaria y Manejo Integral de la Anemia”.*

$$\frac{\text{EESS que concluye el Programa de Capacitación Continua}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$$

Producto 03.02.

- *Establecimiento de salud que brinda los paquetes de atención integral a niños, gestantes y puérperas.*

$$\frac{\text{EESS acreditados para la entrega de paquetes de atención integral a niños y gestantes}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}}$$

* 100

- *Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses.*

$$\frac{\text{Número de niños de 6 a 35 meses de edad con anemia}}{\text{Número de niños de 6 a 35 meses de edad evaluados}} * 100$$
- *Prevalencia de anemia en gestantes y puérperas.*

$$\frac{\text{Número de gestantes con diagnóstico de anemia}}{\text{Número de gestantes evaluadas}} * 100$$

Producto 03.03.

- *Establecimiento de salud que brinda atención oportuna a niños con enfermedades prevalentes de la infancia y anemia en niños y gestantes.*

$$\frac{\text{EESS acreditados en atención de enfermedades prevalentes de la infancia y anemia}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$$

- *Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niñas y niños menores de 36 meses de edad.*

$$\frac{\text{Niños y niñas < 36 meses con diagnóstico de IRA}}{\text{Niños y niñas 36 meses registrados en padrón nominal}} * 100$$

- *Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños menores de 36 meses de edad.*

$$\frac{\text{Niños y niñas < 36 meses con diagnóstico de EDA}}{\text{Niños y niñas 36 meses registrados en padrón nominal}} * 100$$

- *Prevalencia de Parasitosis Intestinal en niñas y niños menores de 36 meses de edad.*

$$\frac{\text{Niños y niñas < 36 meses con diagnóstico de parasitosis intestinal}}{\text{Niños y niñas 36 meses registrados en padrón nominal}} * 100$$

Producto 03.04.

- *Establecimiento de Salud que asegura familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil y adecuada alimentación.*

$$\frac{\text{EESS que cumple con los criterios mínimos para asegurar familias saludables}}{\text{Establecimientos de Salud Existentes}} * 100$$

Producto 03.05.

- *Establecimiento de Salud que ha ampliado su oferta de servicios con Oferta móvil y Telesalud.*

EESS que han cumplido con ampliar su oferta de servicios con Telesalud y Oferta Móvil
Establecimientos de Salud Existentes

* 100

Producto 03.06.

- *Establecimiento de Salud que asegura los insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas del niño, niña y gestante.*

EESS que han logrado asegurar la provisión de insumos críticos
Establecimientos de Salud Existentes

* 100

Las Fichas técnicas y los instrumentos de medición de los indicadores propuestos se encuentran desarrollados en los anexos correspondientes a cada producto.

Conclusiones

En relación a las conclusiones a las cuales se ha llegado en la presente propuesta de Plan de Gestión se detallan las siguientes:

- La anemia en niños, en especial en el grupo de menores de 36 meses, continúa siendo un problema de salud pública severo y que genera pérdida de oportunidades por las consecuencias irreversibles sobre el crecimiento y desarrollo del niño, limitando su desempeño escolar y posteriormente en su inserción en el mercado laboral.
- La Organización Mundial de la Salud promueve y respalda un plan integral de implementación sobre las madres, el lactante y el niño pequeño con metas como la reducción del número de niños menores de 5 años que sufren retraso de crecimiento, la reducción de las tasas de anemia en mujeres en edad fértil y el incremento de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida del niño.
- Las estrategias “Incluir para crecer” y “Primero la infancia” han dado lugar al Plan Multisectorial de lucha contra la anemia, reconociéndose al Desarrollo Infantil Temprano (DIT) como uno de las cuatro prioridades de las políticas sociales del gobierno.
- El Plan Nacional de Reducción y Control de la anemia materno infantil y de la desnutrición crónica infantil, surge como alternativa de respuesta a la preocupante situación por las elevadas cifras de anemia infantil y de desnutrición crónica infantil observadas en el país y con la intención de alinearse a lo señalado en las políticas contenidas en el Plan Nacional de acción por la infancia y la adolescencia y el Plan Bicentenario.
- El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Cursos de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, que se enmarca dentro del contenido de la Atención Primaria de la Salud Renovada, propone la creación de equipos multidisciplinarios con capacidad de resolver las necesidades sanitarias de los usuarios, adecuar la oferta de los servicios de salud en sus diversas modalidades (oferta fija, oferta móvil y telemedicina) y el cuidado integral con

intervenciones individuales, familiares y comunitarias, priorizando las prestaciones de carácter preventivo-promocional, buscando reducir los altos índices de anemia infantil.

- A pesar de los esfuerzos desplegados y desarrollados para lograr la reducción de los índices de anemia infantil, en especial en el grupo de niños y niñas menores de 36 meses, no se ha logrado una reducción sustancial de los mismos y se mantienen en valores elevados. Según datos del INEI a nivel Perú la reducción en el índice de anemia infantil en menores de 36 meses fue de 4.5% entre el año 2012 (44.5%) y el año 2020 (40.0%), mientras que en la región Arequipa se tuvo una reducción de 3.9% para el mismo periodo (de 44.1% en el año 2012 a 40.2% en el año 2020).
- En este sentido, se han identificado diversos nudos críticos a nivel de los Establecimientos de Salud, que han limitado significativamente el avance en la reducción de la anemia infantil y que se agrupan fundamentalmente en cuatro causas: Inadecuada oferta de servicios de salud, Débil implementación de las Estrategias Sanitarias priorizadas en el Plan Nacional de Control y Reducción de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil, Débil implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Cursos de Vida para la Persona, Familia y Comunidad y Escasa coordinación interinstitucional en el abordaje intersectorial para el control y reducción de la anemia infantil.
- La implementación del presente Plan de Gestión, cuenta con viabilidad política, técnica, social, presupuestal y operativa, ya que atiende a un problema de salud pública priorizado en las políticas nacionales y a una necesidad sentida y demandada por la población y que además es reconocido como de interés público por parte de los actores locales del ámbito de la Microred de Salud Zamácola y de las entidades relacionadas a la salud del ámbito regional y nacional, generando un valor público a través de la reducción de los índices de anemia en la población infantil menor de 36 meses.
- El monitoreo y evaluación tienen como finalidad generar información, conocimientos y aprendizaje conducentes a permitir la toma de decisiones adecuadas, oportunas y pertinentes que permitan garantizar los resultados esperados, el seguimiento de la implementación del presente Plan de Gestión

se realiza a través de una serie de indicadores que permiten monitorizar y evaluar el avance de la implementación, identificar posibles desviaciones y la implementación de ajustes y correcciones.

- El resultado del presente Plan de Gestión es la reducción de los índices de anemia infantil en la población infantil menor de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- El presente Plan de Gestión está basado en evidencias consignadas en el modelo causal de la anemia en el Perú propuesto en el Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia Materno-Infantil y de la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 y en el Anexo N° 2: Criterios mínimos del Programa Presupuestal 0001 Articulado Nutricional.

Recomendaciones

Las recomendaciones propuestas se detallan a continuación:

- Reconocida la problemática identificada en el presente Plan de Gestión se recomienda la implementación de la propuesta en la Microred de Salud Zamácola y en lo que corresponda en los Establecimientos de Salud que lo integran y brindar la sostenibilidad necesaria con la consiguiente generación de valor público como parte del cumplimiento de los objetivos trazados por el Plan Nacional de Reducción y Control de la anemia materno infantil y de la desnutrición crónica infantil.
- Se recomienda abordar los diferentes nudos críticos que, a nivel de los Establecimientos de Salud, han limitado significativamente el avance en la reducción de la anemia infantil, tales como son: a) Mejoras en la provisión de los servicios de salud a través de una adecuación en la entrega de los mismos, facilitando el acceso de los usuarios a los servicios de salud y una adecuada gestión de los recursos humanos (perfil, capacitación, motivación y satisfacción); b) Implementación adecuada de las intervenciones sanitarias priorizadas en el control y reducción de la anemia, incrementando las coberturas de las prestaciones de CRED, inmunizaciones, dosaje de hemoglobina y suplementación con micronutrientes en niños y gestantes, así como la atención oportuna de niños y niñas con enfermedades prevalentes de la infancia; c) Ampliación de la oferta de servicios de salud a través de la oferta fija, oferta móvil y telemedicina, en especial de aquellas prestaciones preventivo promocionales y d) Provisión oportuna y adecuada de insumos críticos (medicamentos, dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos) necesarios para cumplir con las intervenciones sanitarias priorizadas.
- Se recomienda la implementación de ocho productos con sus correspondientes actividades, con la finalidad de revertir la problemática encontrada, señalando que dichos productos y actividades son viables en las dimensiones política, social, técnica, presupuestal y operativa, y serán implementadas por la Jefatura de la Microred de Salud Zamácola y su Comité

de Gestión, contando con el aval normativo y legal respectivo y la asistencia técnica de la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

- Se recomienda la capacitación presencial, virtual o mixta en Gestión por Resultados a los integrantes del Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola y a los responsables de los Programas Presupuestales, así como la actualización de los documentos de gestión de la Microred de Salud Zamácola.
- Se recomienda el seguimiento, monitoreo y evaluación del proceso de implementación de los productos y actividades del presente Plan de Gestión de manera periódica por parte de la Jefatura y Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola con el acompañamiento de la Red de Salud Arequipa Caylloma.
- Se recomienda la implementación de un tablero de mando para el seguimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Gestión que permita el procesamiento de la información generada, analizar el avance de las metas propuestas y la toma de decisiones oportunas y pertinentes que garanticen los resultados esperados, así como la implementación de ajustes y correcciones.
- En base a los resultados obtenidos, se propone y recomienda, elevar el presente Plan de Gestión a la Red de Salud Arequipa Caylloma y a la Gerencia Regional de Salud Arequipa, previa adecuación a su realidad propia, para su aplicación en las restantes microredes que las integran.
- Se recomienda la ejecución de trabajos similares abordando otros aspectos de la multicausalidad de la anemia y la participación de otros sectores e instituciones en la solución del problema de la anemia infantil en la población de niños y niñas menores de 36 meses.

Referencias Bibliográficas

- Abós Olivares, E., Cortes Villuendas, M. T., Franco García, E., García López, S., Giraldo Castellano, P., Giralt Raichs, M., & Otros. (Febrero de 2004). Guía clínica de actuación diagnóstica y terapéutica en la anemia ferropénica. Recuperado el 16 de Julio de 2017, de http://www.fehha.org/pub/publicaciones/docs/guia_AF.pdf
- Aguado Noriega, J., & Villalobos Arévalo, P. (Mayo de 2019). Guía de práctica clínica del asma infantil en atención primaria. Recuperado el 27 de Enero de 2021, de Sociedad de Neumología Pediátrica: <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA-PEDIATRIA-2019.pdf>
- Aire Correa, G. M., Cajahuanca Arias, K. H., & Pimentel Marín, J. B. (2021). Mejora en la Gestión de la Disminución de Anemia en niños menores de 3 años en tiempos de COVID-19” en la Provincia de Jauja y Yauli la Oroya de Red de Salud Jauja, Tesis de Maestría. Recuperado el 12 de Diciembre de 2021, de Universidad Continental: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10062/1/IV_PG_MGPPS_TI_Aire_Cajahuanca_Pimentel_2021.pdf
- Alcazar, L. (Diciembre de 2012). Impacto económico de la anemia en el Perú. GRADE; Acción contra el hambre. Recuperado el 04 de Abril de 2017, de http://www.grade.edu.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf
- Alvez Gonzáles, F., & Sánchez Lastres, J. M. (s.f.). 4. Faringoamigdalitis aguda. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría.: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/faringoamigdalitis.pdf>
- Alvino Carbajal, N. C., & Montes Somoso, J. V. (2021). Factores de riesgo asociados a la anemia en niños menores de un año, distrito de Supe Puerto, Tesis de Pregrado. Recuperado el 12 de Diciembre de 2021, de Universidad Nacional de Barranca:

<https://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12935/95/TESIS%20Alvino%20Carbajal%2C%20Nelsson%20Cristhian.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANDINA. (7 de Noviembre de 2018). ANDINA: Agencia Peruana de Noticias. Recuperado el 23 de Enero de 2019, de Presidente Vizcarra: al 2021 la meta es bajar la anemia a menos del 20%: <https://andina.pe/agencia/noticia-presidente-vizcarra-al-2021-meta-es-bajar-anemia-a-menos-del-20-731947.aspx>

ANDINA. (11 de Febrero de 2020). Andina - Agencia Peruana de Noticias. Recuperado el 11 de Febrero de 2020, de Perú proyecta reducir a 30 % este año la tasa de anemia infantil: <https://andina.pe/agencia/noticia-peru-proyecta-reducir-a-30-este-ano-tasa-anemia-infantil-784759.aspx>

Aparco, J., & Huamán-Espino, L. (2017). Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34(4), 590-600. doi:10.17843/rpmesp.2017.344.3164

Arca, G., & Carbonell-Estrany, X. (2008). Anemia Neonatal. En A. A. Pediatría, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* (2da. Edición ed., págs. 362-371). Barcelona. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de Anemia Neonatal: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/37.pdf>

Asensi Monzo, M. T., Duelos Marcos, M., & García Merino, A. (2018). Manejo Integral del Asma en Atención Primaria. (AEPap, Ed.) *Curso de Actualización Pediátrica 2018*, 489-506. Recuperado el 28 de Enero de 2021

Asociación Española de Pediatría. (2017). *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Neumología Pediátrica* (2da Edición ed.). (M. V. Velasco Gonzáles, M. C. Luna Paredes, M. Sánchez Solís de Querol, S. Eueda Esteban, E. Sánchez Sánchez, M. L. García García, . . . R. Villa Asensí, Edits.) Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Recuperado el 22 de Diciembre de 2020, de <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/02/Protocolos-Diagn%C3%B3sticos-y-terap%C3%A9uticos-en-Neumolog%C3%ADa-Pedi%C3%A1trica.pdf>

Assis, A., Barreto, M., Santos, L., Fiaccone, R., & da Silva Gómes, G. (Noviembre de 2005). Growth faltering in childhood related to diarrhea: a longitudinal

community based study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(11), 1317-1323. doi:doi:10.1038/sj.ejcn.1602245

Baca Ticona, A. E. (2018). Factores asociados a anemia ferropénica en preescolares. Consultorio de niño sano del Centro de Salud Edificadores Misti – Miraflores. arequipa, 2017, Tesis de Maestría. Recuperado el 18 de Marzo de 2021, de Universidad Católica de Santa María: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/8064/A4.1716.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Balarajan, Y., Ramakrishnan, U., Ozaltin, E., Shankar, A., & Subramanian, S. V. (17 de Diciembre de 2011). Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378(9809), 2123-2135. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62304-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62304-5)

Banco Mundial. (s.f.). Prevalencia de anemia en la infancia (% de menores de 5 años). Recuperado el 03 de Abril de 2017, de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS?locations=AF>

Bartolo Marchena, M., Pajuelo Ramirez, J., Obregon Cahuaya, C., Bonilla Untiveros, C., Racacha Valladares, E., & Bravo Rebatta, F. (Mayo de 2017). Propuesta de factor de corrección a las mediciones de hemoglobina por pisos altitudinales en menores de 6 a 59 meses de edad, en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina / Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 78(3), 297 - 302. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13759>

BBC. (16 de Noviembre de 2018). Los países de América Latina con las mayores tasas de desnutrición infantil crónica. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-46100675>

Belloch Ortí , C. (s.f.). Universidad de Valencia. Recuperado el 11 de Noviembre de 2017, de LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (T.I.C.): <https://www.uv.es/~bellochc/pdf/pwtic1.pdf>

Bercedo Sanz, A., Suárez López de Vergara, R. G., & Torregrosa Bertet, M. J. (2007). Guía de buena práctica clínica en asma infantil. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. Recuperado el 28 de Enero de 2021, de https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Asma_infantil.pdf

- Bilbao Garay, J. (2006). Anemias carenciales II: Anemia megaloblástica y otras anemias carenciales. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 30(03), 67-75. Recuperado el 10 de Enero de 2018, de https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol30_3anemiaMegaloblastica.pdf
- Bonastre-Blanco, E., Thió-Lluch, M., & Monfort-Carretero, L. (2010). Anemia Neonatal. Anales de Pediatría Continuada, 8(2), 73-80. doi:10.1016/S1696-2818(10)70013-5
- Burgos, G., & Carrasco, M. (2004). Características de la alimentación e ingesta de nutrientes de los niños entre 6 a 24 meses de una comunidad urbano marginal de Lima (Caso Nievería). Lima: Urban Harvest Working Paper Serie N° 2. Recuperado el 22 de Enero de 2017, de http://cipotato.org/wp-content/uploads/2014/09/UH_WP2.pdf
- Cabrera Feijoo, A. C. (2021). El impacto de la anemia en el crecimiento económico por departamentos en el Perú (2009-2017), Tesis de Pregrado. Recuperado el 15 de Febrero de 2022, de Universidad de Lima: https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/14793/Aura_Celia_Cabrera_Feijoo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Callén Blecua, M., Praena Crespo, M., García Merino, A., & Mora Gandarillas, I. (21 de Julio de 2015). Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria. Recuperado el 20 de Diciembre de 2020, de Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo del GVR: https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/bronquiolitis_p_gvr_4-gr_2015.pdf
- Calvo Rey, C., García García, M. L., Casas Flecha, I., & Pérez Breña, P. (s.f.). 19. Infecciones respiratorias virales. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
- Centeno Saénz, E. M. (2014). Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses en cuatro Establecimientos de Salud de la Red SJM-VMT 2013, Tesis de Pregrado.

Recuperado el 18 de Octubre de 2019, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3744/Centro_se.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chamilco Sifuentes, T. E. (2020). Propuesta de implementación de un consultorio diferenciado de anemia en el Puesto de Salud Nicolas Garatea - Nuevo Chimbote.2020, Tesis de Pregrado. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Universidad César Vallejo:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49714/Chamilco_STE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chammartin, F., Scholte, R. G., Guimarães, L. H., Tanner, M., Utzinger, J., & Vounatsou, P. (Junio de 2013). Soil-transmitted helminth infection in South America: a systematic review and geostatistical meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(6), 507-518. doi:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70071-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70071-9)

Chávez Chuquimango, M. A., Rojas Ramos, M., & Barredo Ibañez, D. (2019). Análisis de la percepción de las madres frente a la estrategia comunicacional intramural para combatir la anemia en Perú. *SaludUninorte*, 35(3), 374-384. Recuperado el 18 de Enero de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v35n3/2011-7531-sun-35-03-374.pdf>

CMP-CR III Lima. (Mayo de 2018). Reporte de Políticas de Salud N° 01. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de La anemia en el Perú - ¿Qué hacer?: <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Reporte-Anemia-Peru-CRIII.pdf>

Cobo Romaní, J. (2009). El Concepto de Tecnologías de la Información. Benchmarking sobre las definiciones de las TIC en la sociedad del conocimiento. *ZER*, 14(27), 295 - 318. Recuperado el 11 de Noviembre de 2017, de <http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer27-14-cobo.pdf>

Colegio Médico del Perú. (2014). CUADERNO DE DEBATES EN SALUD - Reforma de Salud. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú.

Collazo Herrera, M., Cardenas Rodriguez, J., Gonzales Lopez, R., & Miyar Abreu, R. (2002). La economía de la Salud ¿Debe de ser de interes para el campo sanitario? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 12(5).

- Consejo Nacional de Salud. (2013). Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Documento de Política.
- Contraloría General de la República. (Enero de 2017). Ministerio de Salud - Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021. Recuperado el 31 de Julio de 2017, de Socialización del Plan Nacional: Auditoria de Desempeño Suplementación con micronutrientes a niños y niñas de 36 meses: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/2017/Contraloria13012017.pdf>
- Correa Morocho, R., & Criollo Gonzáles, P. (s.f.). EUMED.NET Enciclopedia Virtual. Recuperado el 12 de Noviembre de 2017, de BIBLIOTECA VIRTUAL de Derecho, Economía y Ciencias Sociales: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/846/846.zip>
- Cuba García, H. (2014). El Proceso de Reforma de la Salud en el Perú y el traspaso de recursos públicos al sector privado. En COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ, IX CONGRESO MÉDICO NACIONAL (págs. 1-4). Lima.
- Da Silva, N. R., Brooker, S., Hotez, P. J., Montresor, A., Engels, D., & Savioli, L. (Diciembre de 2003). Soil-transmitted helminth infection: updating the global picture. *Trends in parasitology*, 19(12), 547-551. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pt.2003.10.002>
- Dallman, P. R. (1981). Anemia of prematurity. *Annual Review of Medicine*, 32, 143-160. doi:<http://doi.org/10.1146/annurev.me.32.020181.001043>
- Dallman, P. R., Siimes, M., & Stekel, A. (1980). Iron deficiency in infancy and childhood. *Am. J. Clin. Nutr.*, 33, 86-118. doi:10.1093/ajcn/33.1.86
- Del Carpio Alvarado, D. B., & Quico Casani, S. Y. (2019). Factores sociales y conocimientos en madres de niños con anemia de 6 a 36 meses. C.S. Semirural Pachacutec y C.S. Nueva Alborada. Arequipa – 2019, Tesis de Pregrado. Recuperado el 15 de Abril de 2021, de Universidad Nacional de San Agustín: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10444/ENDcaldb%26qucasasy.pdf?sequence=1>
- del Castillo Martín, F., Baquero Artigao, F., García Miguel, A., & Méndez Echevarría, A. (s.f.). 8. Otitis Media Aguda. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología

pediátrica. Asociación Española de Pediatría.:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/oma.pdf>

Domínguez Chávez, M. K. (2019). Efectividad de un programa educativo “Unidos contra la anemia” en el conocimiento materno sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de tres años, Tesis de Maestría. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Universidad Nacional de Trujillo: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/12930/Dominguez%20Chavez%20Monica%20Karina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Donato, H., Cedola, A., Rapetti, M., Buys, M., Gutierrez, M., Parias Nucci, R., . . . Schwartzman, G. (2009). Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr, 107(4), 353-361.

En aprendizaje continuo. (02 de Febrero de 2012). Recuperado el 13 de Noviembre de 2017, de Qué es el Gobierno abierto (oGov o Open Government): <https://ecaparroses.wordpress.com/2012/02/18/que-es-el-gobierno-abierto-ogov-o-open-government/>

Escobar Castro, J. A. (28 de Diciembre de 2016). Red de los Servidores Públicos. Obtenido de La importancia de generar valor público en las sociedades del siglo XXI: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/red/publicaciones/la-importancia-de-generar-valor-publico-en-las-sociedades-del-siglo-xxi#:~:text=El%20concepto%20de%20valor%20p%C3%BAblico,satisfacer%20necesidades%20propias%20de%20la>

Fase 02 - Sesión 4: Los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal-Primera Parte (2015). [Película]. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de <https://www.youtube.com/watch?v=Jj7Jd9TT-pA>

Fase 02 - Sesión 5: Los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal - Segunda parte (2015). [Película]. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de <https://www.youtube.com/watch?v=H5g9TjqvzOo>

Fernández Canchari, Ä. A. (2017). Análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos – Ayacucho (enero 2015 – abril 2016), Tesis de Maestría. Recuperado el 13 de Junio de 2021, de Universidad del Pacífico: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1936/Angel_Tesis_maestría_2017.pdf?sequence=1

- Fernández García, N., & Aguirrezabalaga Gonzáles, B. (2006). Anemias en la infancia. Anemia ferropénica. Bol Pediatr, 46, 311-317. Recuperado el 18 de Febrero de 2018, de http://www.scalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2311-317.pdf
- Gago Jiménez, G., Juárez Ramirez, S. L., & Kuroiwa Pérez, C. V. (2022). Impacto de la fragmentación organizacional en la intervención pública para la lucha contra la anemia en el distrito de San Juan de Lurigancho en el periodo 2015-2019, Tesis de Maestría. Recuperado el 28 de Febrero de 2022, de Universidad Continental: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10568/2/IV_PG_MGP_TE_Gago_Juarez_Kuroiwa_2022.pdf
- Gaitan, D., Olivares, M., Arredondo, M., & Pizarro, A. (Agosto de 2006). Biodisponibilidad de hierro en humanos. Revista Chilena de Nutrición, 33(2), 142-148. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000200003>
- García de la Rubia, S., & Pérez Sánchez, S. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. Pediatría Integral, XX(2), 80-93. Recuperado el 27 de Ene de 2021, de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf
- García Herrero, M. A., Olivas López de Soria, C., & López Lois, M. G. (Octubre de 2019). 17 Deshidratación Aguda. Recuperado el 12 de Diciembre de 2020, de Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/17_Deshidratacion.pdf
- García, H. (Abril de 2015). Gestión Pública y Valor Público. Revista Actualidad Gubernamental(78). Recuperado el 18 de Diciembre de 2019, de https://www.academia.edu/34481576/Informes_Especiales_I_4_I_Actualidad_Gubernamental_N_78_Abril_2015?ssrv=c
- Gavilán Martín, C., García Avilés, R., & Gonzáles Montero, R. (s.f.). 13. Gastroenteritis aguda. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/gea.pdf>

- Gerencia Regional de Salud Arequipa. (2016). Análisis de Situación de Salud - 2016. Recuperado el 18 de Abril de 2017, de http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_arequipa.pdf
- GERESA-DESP. (2017). Gerencia Regional de Salud Arequipa. Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de Plan de Acción: Control de la Anemia en la Región Arequipa: <http://www.saludarequipa.gob.pe/archivos/plan%20anemia.pdf>
- GERSA. (2017). Gerencia Regional de Salud Arequipa. Obtenido de Fondo Estimulo al Desempeño - FED: [http://saludarequipa.gob.pe/fed/archivos/Convenio_de_Asignacion_por_Desempe%C3%B1o_\(CAD\)/Acta_nuevo%20CAD-FED_Arequipa_17MAY2017.pdf](http://saludarequipa.gob.pe/fed/archivos/Convenio_de_Asignacion_por_Desempe%C3%B1o_(CAD)/Acta_nuevo%20CAD-FED_Arequipa_17MAY2017.pdf)
- GERSA-DESP. (Enero de 2021). Seguimiento de la anemia 2020 - Mes de Diciembre. Recuperado el 21 de Febrero de 2021, de Alimentación y nutrición: <http://saludarequipa.gob.pe/wp/wp-content/uploads/2021/01/Anemia-a-diciembre-2020.pdf>
- Gestión-Perú. (10 de Noviembre de 2019). En cuatro años no ha disminuido la anemia en Perú, alerta el Minsa. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de <https://gestion.pe/peru/minsa-anemia-minsa-en-cuatro-anos-no-se-ha-disminuido-la-anemia-sostiene-viceministro-de-salud-publica-noticia/>
- Gómez Portilla, O. (Setiembre de 2019). Articulación gubernamental y modelo de cogestión estado-comunidad en el monitoreo al proceso de consumo de multimicronutrientes para la prevención de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad entre los años 2015-2017, Tesis de Maestría. Recuperado el 21 de Agosto de 2021, de Pontificia Universidad Católica del Perú: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/15724/GOMEZ_PORTILLA_OSCAR_ARTICULACION_GUBERNAMENTAL.pdf?sequence=1
- González de Villambrosia, S., Núñez, J., & González, B. (2012). Trastornos del metabolismo del hierro y anemia ferropénica. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(20), 1202 - 1211. Recuperado el 22 de Octubre de 2017, de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0304541212704717>

- Grupo Banco Mundial. (15 de Octubre de 2020). Banco Mundial. Recuperado el 15 de Octubre de 2020, de Data Source: Indicadores del desarrollo mundial: <http://api.worldbank.org/v2/es/indicator/SH.ANM.CHLD.ZS?downloadformat=excel>
- Grupo Banco Mundial. (s.f.). Banco Mundial. Recuperado el 26 de Enero de 2020, de Prevalencia de anemia en la infancia (% de menores de 5 años): https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS?end=2016&name_desc=false&start=1990&view=chart
- Guerrero Bermeo, M. Y. (2022). Consejería nutricional a madres de niños de 6 a 12 meses para prevenir anemia ferropénica del establecimiento de salud - Huancabamba; 2021, Tesis de Maestría. Recuperado el 28 de Febrero de 2022, de Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/77953/Guerrero_BMY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gutierrez Palomino, R. B. (2019). Implementación de las Normas Técnicas del Programa Articulado Nutricional y su eficacia en el control de la anemia en IPRESS I de Lima Este 2017, Tesis Doctoral. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37992/Gutierrez_PRB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Halterman, J. S., Kacczorowski, J., Aligne, C., Auinger, P., & Szilagyi, P. G. (2001). Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States. *Pediatrics*, 107(6), 1381-1386. Recuperado el 18 de Diciembre de 2017, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/6/1381.full-text.pdf>
- Herlax, V., Vásquez, R., Mate, S., & Bakas, L. (Abr-Jun de 2011). Eriptosis, la muerte suicida de eritrocitos: mecanismos y enfermedades asociadas. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 45(2), 287-296. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572011000200006&lng=es&tlng=es.
- Hernández Hernández, L. A. (2010). Tesis Doctoral: Asociación entre la frecuencia de giardiasis intestinal y nivel de hemoglobina en niños menores de 5 años.

Trujillo, Perú. Recuperado el 11 de Enero de 2018, de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5481/Tesis%20Doctorado%20-%20Lucy%20Hern%C3%A1ndez%20Hern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Hernández Nieto, L., Hernández García, M., Pintado Cros, T., Juncá Piera, J., Vives Corrons, J., & Matín Vega, C. (1995). Sección 14: Hematología. Recuperado el 5 de Agosto de 2017, de *Enfermedades del Sistema Eritrocitario - Anemias*: http://www.faseh.edu.br/biblioteca_/arquivos/acervo_digital/Hematologia.pdf
- Hidalgo Romero, I. (2019). Relevancia de la intervención educativa como factor preventivo de la anemia en niños entre 6 y 36 meses: el caso del área urbano marginal de Flor de Amancaes, Lima, Perú. *VOX JURIS*, 37(2), 143-154. doi:<https://doi.org/10.24265/voxjuris.2019.v37n2.10>
- Hill, Z., Kirkwood, B., & Edmont, K. (2005). Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, crecimiento y el desarrollo del niño. Evidencia de las intervenciones. (OPS, Ed.) Washington D.C. Recuperado el 18 de Enero de 2018, de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D477.pdf
- Humala Tasso, O. (2011). Congreso de la República del Perú. Recuperado el 18 de Febrero de 2018, de MENSAJE DEL PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL PERÚ, OLLANTA HUMALA TASSO, ANTE EL CONGRESO NACIONAL, EL 28 DE JULIO DE 2011: <http://www.congreso.gob.pe/participacion/museo/congreso/mensajes/mensaje-nacion-congreso-28-07-2011/>
- Iglesias Vásquez, L., Valera, E., Villalobos, M., Tous, M., & Arija, V. (Enero de 2019). Prevalence of Anemia in Children from Latin America and the Caribbean and Effectiveness of Nutritional Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutritions*, 11(1), 183. doi:<https://doi.org/10.3390/nu11010183>
- Illa, M., Moll, M., García D'Aponte, A. M., Satriano, R., Ferreira, R., Estefanell, C., & Soyagues, B. (2008). Deficiencia de Hierro en menores de 2 años. (S. U. Pediatría, Ed.) *Clínicas Pediátricas del Sur*, 2, 73 - 91. Recuperado el 26 de Mayo de 2017, de <http://www.sup.org.uy/web2/volumen-2-ano-2008/>

- INEI. (Mayo de 2014). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2013. Recuperado el 28 de Enero de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf
- INEI. (Abril de 2015). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2014. Recuperado el 27 de Enero de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- INEI. (Agosto de 2015). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales. Primer Semestre 2015. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Resultados Preliminares.: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR2015-I.pdf>
- INEI. (Mayo de 2016). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2015. Recuperado el 28 de Enero de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/pdf/Libro.pdf
- INEI. (Agosto de 2016). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2009-2015. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/pdf_2015.rar
- INEI. (Agosto de 2016). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales. Primer Semestre 2016. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Resultados Preliminares: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf
- INEI. (Mayo de 2017). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2016. Recuperado el 12 de Junio de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/pdf/Libro.pdf

- INEI. (Febrero de 2017). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2011-2016. Recuperado el 04 de Abril de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Peru_Indicadores_de_PPR_2011_2016.pdf
- INEI. (Febrero de 2017). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2011-2016. Recuperado el 04 de Abril de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares): http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Peru_Indicadores_de_PPR_2011_2016.pdf
- INEI. (Agosto de 2017). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales. Primer Semestre 2017. Recuperado el 17 de Diciembre de 2017, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Resultados Preliminares: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
- INEI. (Mayo de 2018). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2017. Recuperado el 13 de Enero de 2020, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/Libro.pdf
- INEI. (Febrero de 2018). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2012-2017. Recuperado el 12 de Marzo de 2018, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Peru_Indicadores_de_PPR_2012_2017.pdf
- INEI. (Mayo de 2019). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2018. Recuperado el 21 de Marzo de 2020, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/Libro.pdf

- INEI. (Febrero de 2019). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2013-2018. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr_2013_2018/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2018.pdf
- INEI. (Octubre de 2020). Arequipa - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Recuperado el 10 de Noviembre de 2020, de <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/departamentales/Endes04/pdf/Arequipa.pdf>
- INEI. (Mayo de 2020). Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2019. Recuperado el 18 de Julio de 2020, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/pdf/Libro.pdf
- INEI. (Febrero de 2020). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2014-2019. Recuperado el 29 de Mayo de 2020, de Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2014_2019.pdf
- INEI. (Mayo de 2021). Perú - Encuesta Demografica y de Salud Familiar ENDES 2020. Recuperado el 31 de Mayo de 2021, de Encuesta Demografica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
- INEI. (Marzo de 2021). PERU: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2015-2020. Recuperado el 12 de Mayo de 2021, de Encuesta Demografica y de Salud Familiar: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2020.pdf
- INEI. (s.f.). Lista de Centros Poblados - INEI. Recuperado el 14 de Abril de 2017, de [Busqueda de Centros Poblados](#):

<http://webinei.inei.gob.pe:8080/sisconcode/ubigeo/listaBusquedaCentroPobladoPorUbicacionGeografica.htm?&nivel=4&version=1-1-2&strVersion=2010%20-%201&ccdd=04&ccpp=01&ccdi=04&codPob=&medio=>

INEI Y UNICEF. (2011). Estado de la Niñez en el Perú. Recuperado el 19 de 01 de 2017, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0930/Libro.pdf

INS. (Mayo de 2015). ANEMIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DEL PERÚ: ASPECTOS CLAVE PARA SU AFRONTE. Recuperado el 16 de Junio de 2019, de https://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf

INS. (s.f.). Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Recuperado el 22 de Enero de 2018, de Dashboard: Casos de Anemia por Regiones: <http://www.tablerodemando.ins.gob.pe/anemia/departamentos#>

INS-CENAN. (2015). Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Recuperado el 18 de Enero de 2018, de INFORME TÉCNICO: Vigilancia de Indicadores Nutricionales (VIN). CONSUMO DE ALIMENTOS EN NIÑOS PERUANOS DE 6 A 35 MESES 2013-2014: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=cenan%252FVigilancia%2Bde%2BIndicadores%2BNutricionales%2BB%252FVIN20132014171215.pdf>

Jaime Perez, J. C., & Gómez Almaguer, D. (2012). Hematología: La sangre y sus enfermedades (3ra ed.). Mexico.DF, Mexico: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A de C.V. Recuperado el 31 de Julio de 2017, de <http://www.nparangaricutiro.gob.mx/Libros/Hematologia.La.sangre.y.sus.enfermedades.pdf>

Jimenez, J. A., Rodriguez, S., Gamboa, R., Rodriguez, L., & García, H. (7 de Nov de 2012). *Diphyllobothrium pacificum* Infection is Seldom Associated with Megaloblastic Anemia. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 87(5), 897-901. doi:10.4269/ajtmh.2012.12-0067

- Jonker, F. A., & Boele van Hensbroek, M. (01 de 11 de 2014). Anaemia, iron deficiency and susceptibility to infection. *Journal of infection*, 69, S23-S27. Recuperado el 22 de Diciembre de 2017, de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0163445314002515>
- Junco Guillermo, J. (2015). Tesis PUCP. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de Tesis de Maestria: 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 AMBITO RURAL DE VINCHOS DE AYACUCHO: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/6650/JUNCO_GUILLERMO_JORGE_IDENTIFICACION_FACTORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kuczynski Godard, P. P. (28 de Julio de 2016). Presidencia de la República del Perú. Recuperado el 19 de Diciembre de 2017, de MENSAJE A LA NACIÓN - 28 DE JULIO 2016: <https://www.presidencia.gob.pe/mensaje-presidente-republica-pedro-pablo-kuczynski-28-julio-2016>
- Lerner, S. (2011). Congreso de la República del Perú. Recuperado el 18 de Febrero de 2018, de Diario de los Debates: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7CC70C646B76B49805257C1D006A812A/\\$FILE/PLO-2011-6.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/7CC70C646B76B49805257C1D006A812A/$FILE/PLO-2011-6.pdf)
- Llanos, C., Flórez, M. H., Arévalo-Herrera, M., & Herrera, S. (2004). Mecanismos de generación de anemia en malaria. *Colombia Médica*, 35(4), 205-214. Recuperado el 28 de Noviembre de 2017, de <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/4133/1/rc04042.pdf>
- Mamani García, F., & Palomino Flores, A. (2020). "Factores asociados en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con hierro polimaltosado en niños menores de 2 años en un centro de salud, Lima Este, 2020, Tesis de Pregrado. Recuperado el 18 de Marzo de 2021, de Universidad Peruana UNIÓN: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3140/Fanny_Tesis_Licenciatura_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Mamani Urrutia, V. A. (2016). Universidad Nacional de San Agustín: Repositorio Institucional Digital. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de Tesis de Maestría: EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y EFICACIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA DISMINUCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS. DISTRITO DE RANRACANCHA. CHINCHEROS – APURÍMAC, 2014-2015: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2972/BIMmaurva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez Neira, D. C. (2010). Universidad San Francisco de Quito: Biblioteca Repositorio Digital. Recuperado el 21 de Enero de 2018, de Tesis de Maestría: ANEMIA EN EL EMBARAZO, RELACIÓN CON PRODUCTOS PREMATUROS Y DE BAJO PESO AL NACER: El caso del Hospital de la Policía Quito, 2008-2010.: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/696/1/99577.pdf>
- Martínez-Lozano, T., Sosa-Rivera, A., Barahona-Lainez, S., & Godoy-Mejía, C. (2015). Anemia megaloblástica infantil asociada a infección por *Helicobacter pilory*. Reporte de un caso. Archivos de Medicina, 11(3), 1-8. doi:10.3823/1258
- Marull Espinoza, M. V. (2019). Evaluación de la Política Pública para disminuir la anemia y la desnutrición crónica en niños hasta 35 meses, en lima metropolitana y callao, 2010-2018, Tesis Doctoral. Recuperado el 21 de Agosto de 2021, de Universidad San Martín de Porres: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7352/marull_emv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mascaro Collantes, M., & Sanchez Moreno Ramos, F. (2013). Opiniones Técnicas: SALUD: 23 DECRETOS LEGISLATIVOS (LEY N° 30073). Rev Acad Peru Salud 2013;20(2), 20(2), 7-12. Recuperado el 15 de JUNIO de 2017, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_academia/2013_n2/pdf/a04v20n2.pdf
- Mayca Pérez, J. A. (Octubre de 2020). Desarrollo de la Gestión Local y Participación de sus Actores en dos distritos de Huánuco a partir de los Planes de acción articulados en el marco del Plan Multisectorial de lucha contra la anemia (PMLCA) en los años 2018-2019, Tesis de Maestría. Recuperado el

- 15 de Julio de 2021, de Pontificia Universidad Católica del Perú:
https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/18412/MAYCA_P%c3%89REZ_JULIO_ANDER.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MCLCP. (2016). Atención Prioritaria a la anemia y propuestas para el periodo 2016 - 2021. Reporte N° 3-2016-SC/MCLCP, Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza, Lima. Recuperado el 28 de Octubre de 2019, de https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2016/documentos/12/reporte_anemiamclcp291116rev_0.pdf
- Medina Claros, A. F., Mellado Peña, M. J., García López Hortelano, M., Piñeiro Perez, R., & Martín Fontelos, P. (s.f.). 9. Parasitosis Intestinal. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf
- Mendez Echevarría, A., García Miguel, M. J., Baquero Artigao, F., & del Castillo Martín, F. (s.f.). 7. Neumonía adquirida en la comunidad. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>
- Menendez, C., Fleming, A. F., & Alonso, P. L. (November de 2000). Malaria-related anaemia. Trends in Parasitology, 16(11), 469-476. doi:[https://doi.org/10.1016/S0169-4758\(00\)01774-9](https://doi.org/10.1016/S0169-4758(00)01774-9)
- Mesías García, M. (2017). Tesis Doctoral: Importancia de la dieta en la digestibilidad y metabolismo de Hierro y Calcio en la adolescencia. Influencia del consumo de productos de la reacción de Milliard. Granada, España. Recuperado el 12 de Enero de 2018, de <https://hera.ugr.es/tesisugr/16729092.pdf>
- MIDIS. (Junio de 2013). Estrategia Nacional De Desarrollo e Inclusión Social. Recuperado el 18 de Julio de 2017, de Incluir para Crecer: http://www.midis.gob.pe/dmddocuments/estrategia_incluircrecer.pdf
- Ministerio de Salud. (2009). Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud amigos de la Madre y el Niño. Manual del facilitador. (UNICEF, Ed.) Lima, Perú. Recuperado el 18 de Enero de 2018, de

https://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_apoyo_a_la_Lactancia.pdf

Ministerio de Salud. (s.f.). Reforma del Sector Salud. Recuperado el 21 de JUNIO de 2017, de Ministerio del Salud Pagina WEB: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/index.html>

MINSA - Dirección General de Salud de las Personas. (2007). Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con enfoque de derechos. Manual de lectura. (4ta Edición ed.). Lima: SINCO Editores. Recuperado el 23 de Diciembre de 2020, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>

MINSA. (23 de Marzo de 2006). Resolución Ministerial N° 291-2006-MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patalogías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251732-291-2006-minsa>

MINSA. (23 de Marzo de 2006). Resolución Ministerial N° 291-2006-MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251732-291-2006-minsa>

MINSA. (2007). Plan Nacional Concertado en Salud. Lima. Recuperado el 16 de Setiembre de 2017, de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/productos/000_PNCS.pdf

MINSA. (2011). Documento Técnico. Obtenido de Lineamientos de gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1821.pdf>

MINSA. (2012). Directiva Administrativa : Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención. Lima. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/08/MEJORA_SERV_Guia_Metodologica.pdf

MINSA. (2013). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM828_2013_MINSA.PDF

MINSA. (2013). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM827_2013_MINSA.pdf

MINSA. (2013). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Decreto Supremo N° 012-2013-SA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS012_2013_SA.pdf

MINSA. (24 de Diciembre de 2013). Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf

MINSA. (2014). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 159-2014/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM159_2014_MINSA.pdf

MINSA. (3 de Diciembre de 2014). Resolución Ministerial N° 935-2014-MINSA. Guías de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/199084-935-2014-minsa>

MINSA. (2016). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 651-2016/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_651-2016_MINSA.pdf

MINSA. (2016). Ministerio de Salud. Recuperado el 10 de Junio de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 495-2016/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_495.pdf

MINSA. (2016). Ministerio de Salud. Recuperado el 21 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_055-2016-MINSA.pdf

- MINSa. (2017). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSa: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSa.PDF
- MINSa. (2017). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° : ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Convenio2017/CONVENIO_N_070-2017-MINSa.pdf
- MINSa. (2017). Ministerio de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSa: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_N_537-2017-MINSa.pdf
- MINSa. (2017). Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021 - Normas Legales. Recuperado el 15 de Julio de 2017, de Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSa: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSa.PDF
- MINSa. (2017). Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú:2017-2021. Recuperado el 30 de Agosto de 2017, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSa/4189.pdf>
- MINSa. (12 de Abril de 2017). Resolución Ministerial 250-2017/MINSa. Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSa.PDF
- MINSa. (12 de Abril de 2017). Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSa: NTS para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Recuperado el 28 de Diciembre de 2020, de Instituto Nacional de Salud: https://anemia.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-08/RM_250-2017-MINSa.PDF
- MINSa. (10 de Julio de 2017). Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSa - Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>
- MINSa. (1 de Septiembre de 2017). Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSa. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad

Diarréica Aguda en la Niña y el Niño. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>

MINSa. (2017). REUNIÓN NACIONAL DEL PLAN DE REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA EN LA POBLACIÓN MATERNO INFANTIL 2017 - 2021: 13 y 14 de diciembre de 2016. Recuperado el 22 de Agosto de 2017, de <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/documentos/ACTA%20COMPROMISO%20con%20DIRESAS%20Dic%202016.pdf>

MINSa. (6 de Noviembre de 2019). Resolución Ministerial N° 1041-2019-MINSa - Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía en la Niña y el Niño. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/421615/resolucion-ministerial-n-1041-2019-minsa.pdf>

MINSa. (21 de Junio de 2019). Resolución Ministerial N° 556-2019/MINSa - Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de 2 años. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322702/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__556-2019-MINSa.PDF

MINSa. (21 de Junio de 2019). Resolución Ministerial N° 556-2019/MINSa - Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de 2 años. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322702/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__556-2019-MINSa.PDF

MINSa-DGSP. (2011). Documento Técnico: Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Lima. Recuperado el 18 de Octubre de 2017, de <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>

MINSa-DGSP. (2011). Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021. Lima. Recuperado el 30 de Noviembre de 2017, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>

MINSALUD. (2015). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de [Estrategia-nacional-prevencion-control-deficiencia-](#)

micronutrientes:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Estrategia-nacional-prevencion-control-deficiencia-micronutrientes.pdf>

Musso, A. M. (Mayo-Agosto de 2014). Eritrocitos y eritrocitopatías. Hematología, 18(2), 151-155. Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de <http://www.sah.org.ar/revista/numeros/06%20-%20Eritrocitos%20y%20Eritrocitopatias.pdf>

Naser, A. (s.f.). Gobierno Electrónico y Gestión Pública. (I. /. CEPAL, Ed.) Recuperado el 12 de Noviembre de 2017, de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/5/39255/gobierno_electronico_a_naser.pdf

Nava-Ruíz, C., & Méndez-Armenta, M. (Julio - Septiembre de 2011). Efectos neurotóxicos de metales pesados (Cadmio, plomo, arsénico y talio). Archivo de Neurociencias, 16(3), 140-147. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113f.pdf>

Navas Rondón, C. (2016-I). Las Contrataciones Públicas: Su trascendencia y desarrollo en el marco del comercio internacional y del TLC suscrito con Estados Unidos. (F. d. UAP, Ed.) LEX, XIV(17). Recuperado el 4 de ABRIL de 2017, de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/download/14396/15011>

Neyra Saldarriaga, F. (2020). Factores en la deserción de madres de niños de 0 a 3 años al programa de lucha contra la anemia en dos establecimientos de salud, Lima 2019, Tesis de Maestría. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41824/Neyra_SF.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ocas Huaman, R. A., & Misahuaman Alcántara, S. F. (Junio de 2018). Discontinuidad en la administración de multimicronutrientes relacionado relacionado con anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud La Tulpuna. 2017, Tesis de Pregrado. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo:

<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/675/TESIS-FINAL-JUNIO-2018..pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Odorico Monteiro de Andrade, L., Atun, R., Almeida, G., & García, P. (2015). La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en america latina. *MEDICC Review*, 17, S21-S39.
- OEA. (2017). OEA - Más derechos para más gente. Recuperado el 11 de Noviembre de 2017, de Sociedad del conocimiento: http://www.oas.org/es/temas/sociedad_conocimiento.asp
- OMS. (2014). Global Nutrition Targets 2025. Recuperado el 28 de Octubre de 2019, de Anaemia Policy Brief: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_anemia/en/
- OMS. (2017). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 16 de Octubre de 2017, de Carencia de micronutrientes - anemia ferropénica: <http://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>
- OMS. (2017). Personal Sanitario. Recuperado el 02 de Mayo de 2017, de El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/
- ONU - MDGfund. (Mayo de 2009). Programa conjunto "Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cuba". Recuperado el 11 de Junio de 2017, de https://coin.fao.org/coin-static/cms/media/2/12565779790190/cuba_pc_apoyo_a_la_lucha_contra_la_anemia_2009.pdf
- OPS-OMS. (s.f.). Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679:anemia-ferropenica-investigacion-para-soluciones-eficientes-y-viables&catid=6601&Itemid=40275&lang=es
- Ortun Rubio, V., Pinto Prades, J., & Puig Junoy, J. (2001). La economia de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria*, 27(1), 62 -64.
- Palomo G., I., & Lira V., P. (2009). Anemia y Síndrome Anémico. En I. Palomo G., J. Pereira G., & J. Palma B., *Hematología - Fisiopatología y Diagnóstico* (págs.

105 - 114). Talca, Chile: Editorial Universidad de Talca. Recuperado el 25 de Julio de 2017, de <http://www.educacion-holistica.org/notepad/documentos/Medicina/Hematolog%C3%ADa/Hematologia.%20Fisiopatologia%20y%20Diagnostico.pdf>

Paredes, D. (2016). Repositorio Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna. Recuperado el 17 de Diciembre de 2017, de Tesis de Maestria en Salud Pública: FACTORES RELACIONADOS A LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 23 MESES DE EDAD, ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD INTIORKO, TACNA AÑO 2014: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/1073/TM225_Paredes_Flores_D%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parkin, P., & Maguire, J. (01 de 10 de 2013). Iron deficiency in early childhood. Canadian Medical Association Journal, 185(14), 1237-2138. Recuperado el 23 de Enero de 2018, de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0820394613606215>

Pascual Martinez, A., Adeva Alfonso, J., Manso Sánchez, L., Perez Ramirez, S., Ruiz Mateos, B., Ferre Aracil, C., & Lozano Gamero, V. (2013). Manual AMIR : Hematologia (6ta ed.). Academia de Estudios MIR, S.L. Recuperado el 30 de Julio de 2017, de <https://drive.google.com/file/d/0B5sRNsSIYPfFQ1pfWXdzWjZ3dVU/view>

Pérez Efus, G. (2019). Visita domiciliaria y la recuperación de la anemia en niños de seis a treinta y seis meses de edad del Centro de Salud Chiriaco- Amazonas, Tesis de Maestría. Recuperado el 15 de Abril de 2021, de Universidad César Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37365/P%C3%A9rez_EG.pdf?sequence=1

Phillips, R. E., & Paslov, G. (April de 1992). Anaemia of Plasmodium falciparum malaria. Clinical Haematology, 5(2), 315-330. doi:[http://doi.org/10.1016/S0950-3536\(11\)80022-3](http://doi.org/10.1016/S0950-3536(11)80022-3)

PMA, INCAP, OPS. (Enero de 2008). Plan "Prevención y Control de deficiencias de Micronutrientes en Panama" 2008 - 2015. Recuperado el 6 de Junio de 2017, de

http://es.wfp.org/sites/default/files/es/file/plan__nacional_prevenccion_y_contr ol_de_las_deficiencias_de_micronutrientes_2008_2015.pdf

PNUD. (2014). Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Obtenido de Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HD R-2014-Spanish.pdf>

PNUD. (2016). Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013. Recuperado el 3 de Mayo de 2017, de Índice de Desarrollo Humano: <http://www.pe.undp.org/content/dam/peru/docs/Publicaciones%20pobreza/IN DH2013/pe.Indice%20de%20Desarrollo%20Humano%20Per%C3%BA.xlsx? download>

Quezada Punchin, E. (2015). Repositorio Académico USMP. Recuperado el 29 de Diciembre de 2017, de Tesis para optar título profesional de Licenciada en enfermería :FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE SALUD CALLAO – 2014: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2432/3/queza da_e.pdf

Quintana Escorza, M. A., & Calderón Salinas, J. V. (2006). Eriptosis: La apoptosis del eritrocito. Revista de Educación Bioquímica, 25(3), 85-89. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de http://www.facmed.unam.mx/publicaciones/ampb/numeros/2006/03/g_Eripto sis.pdf

Raffo Santillán, S. P. (2021). Factores que explican la reducción de los niveles de anemia infantil. El caso de la implementación de la herramienta de gestión local Tecnología de Decisiones Informadas (TDI) en los distritos de Iguain y Los Morochucos de la Región Ayacucho (2015-2018),. Recuperado el 29 de Noviembre de 2021, de Pontificia Universidad Católica del Perú: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/21411/R AFFO_SANTILLAN_STEPHENIE_PALOMA_FACTORES_EXPLICAN_ANE MIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramos Boluda, E., Sarriá Osés, J., Acuña Quirós, M. D., & Alvarez Coca, J. (s.f.). 3. Diarrea Crónica. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos

diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátrica SEGHNPAEP:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_cronica.pdf

Rodriguez Dueñas, S. (2016). Escuela de Post grado Universidad César Vallejo. Recuperado el 11 de Enero de 2018, de Tesis de Maestría: Evaluación comparada del Programa Nutriwawa y los Índices de desarrollo en la Red de Salud Túpac Amaru año 2014 – 2015: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8015/Rodriguez_DS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodriguez Ledesma, M. d., & Vidal Rodriguez, C. (2007). Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 45(5), 523 - 532.

Román Riechmann, E., Barrio Torres, J., & López Rodriguez, M. J. (s.f.). 2. Diarrea Aguda. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf

Román, Y., Rodriguez, Y., Gutierrez, E., Aparco, J. P., Gómez-Sánchez, I., & Fiestas, F. (Mayo de 2015). Instituto Nacional de Salud. Recuperado el 21 de Agosto de 2017, de Anemia en la Población Infantil del Perú: Aspectos claves para su afronte: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf

Romero Gonzáles, J., & López Casado, M. A. (s.f.). 17. Parasitosis Intestinal. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis.pdf>

RPP. (29 de Noviembre de 2018). RPP Noticias. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de ONU: “El 50% de las causas de anemia en el Perú son por déficit de hierro”: <https://rpp.pe/vital/salud/onu-el-50-de-las-causas-de-anemia-en-el-peru-son-por-deficit-de-hierro-noticia-1166352>

- Ruíz-Delgado, G. (Julio - Septiembre de 2014). Deficiencia de Hierro. Revista de Hematología, 15(3), 85-86. Recuperado el 18 de Octubre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2014/re143a.pdf>
- S5: Rol de las municipalidades para enfrentar la anemia y desnutrición infantil (2015). [Película]. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de https://www.youtube.com/watch?v=2DzaW_jPoi4
- Safrazian, N., Castillo Henkel, C., & Lara Padilla, E. (2007). Guía para el seguimiento de pacientes con anemia ferropénica. Rev Hosp Jua Mex, 74(3), 191-197. Recuperado el 6 de Octubre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju073l.pdf>
- Salas Ccapacca, M. (Diciembre de 2018). 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 Martín de Porres periodo 2017-2018, Tesis de Maestría. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Pontificia Universidad Católica del Perú: <https://www.proquest.com/openview/678946d16b8fe462439445988a869a68/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Sánchez Machaca, V., García Galaviz, J., Velasco Parillas, M., Flores Huerta, S., Belmont Martínez, L., Orozco Monroy, J., & Otros. (Abril - Junio de 2012). Consenso Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en la Infancia y en la Adolescencia. Pediatría de México, 14(2), 71 - 85. Recuperado el 1 de Agosto de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2012/pm122g.pdf>
- Sánchez Michaca, V., García Galaviz, J., Velasco Pasillas, M., Flores Huerta, S., Belmont Martínez, L., Orozco Monroy, J., & Contreras Moreno, E. (Abril - Junio de 2012). Consenso Nacional para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en la Infancia y en la Adolescencia. Pediatría de Mexico, 14(2), 71-85. Recuperado el 10 de Octubre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapeme/pm-2012/pm122g.pdf>
- Sánchez Santos, L., & Rodríguez Nuñez, A. (s.f.). Gastroenteritis aguda en la infancia. Terapéutica secuencial actual en Atención Primaria. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Sociedad Española de Pediatría y Atención

Primaria.: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2016/04/Gastroenteritis-BR.pdf>

Sanz Alonso, M., & Carreras I Pons, E. (2015). Manual Práctico de Hematología Clínica (5ta ed.). Barcelona, España: Ediciones Escofet Zamora, S.L. Recuperado el 26 de Julio de 2017, de <http://media.axon.es/pdf/105928.pdf>

Scaling Up Nutrition. (Julio de 2015). LaOMS comparte la prevalencia mundial de la anemia en 2011. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de <https://scalingupnutrition.org/es/news/la-oms-comparte-la-prevalencia-mundial-de-la-anemia-en-2011/>

Secretaria de Gestión Pública de la PCM. (2013). Plan de la Implementación de la Política de Modernización de la Gestión Pública 2013 - 2016. Presidencia del Consejo de Ministros, Lima.

Secretaria de Salud de Mexico. (2010). Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niños y adultos. Recuperado el 16 de Julio de 2017, de Guía de Práctica Clínica: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-415-10/ER.pdf>

Sen, A., & Kanani, S. (2006). Deleterious functional impact of anemia on young adolescent school girls. Indian Pediatrics, 43(3), 219-226. Recuperado el 11 de Febrero de 2018, de <https://www.indianpediatrics.net/mar2006/219.pdf>

Sills, R. (2016). Anemia Ferropénica. En R. Kliegman, B. Stanton, J. St. Geme, N. Schor, & R. Behrman, Nelson - Tratado de Pediatría (20 ed.). España: Elsevier España S.L.U.

SIS. (2013). Seguro Integral de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Base Normativa: http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/decretos_supremos/DL2013_1164_SA.pdf

SIS. (2014). MUNDO IPRESS. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de Mirador GNF Transferencias - Archivos Históricos: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/Transferencias/IndicadoresCapita/2013/RepInd2013_4toTrim.xlsx

SIS. (2015). MUNDO IPRESS. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de Mirador GNF Transferencias - Archivos Históricos:

- http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/Transferencias/IndicadoresCapita/2014/RepInd2014_4toTrim.xlsx
- SIS. (2016). MUNDO IPRESS. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de Mirador GREP - Convenio Cápita: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20160404_ResulIndicadoresCapita_4toTrimestre2015.xlsx
- SIS. (2017). MUNDO IPRESS. Recuperado el 29 de Noviembre de 2017, de Mirador GREP - Convenio Cápita: http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/miradorGREP/archivos/20170224_ResulEvalIndicadoresCapita_Diciembre2016.xlsx
- SIS. (2017). Seguro Integral de Salud. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Convenios: http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/convenios/Convenio_2017/20170331_ConvenioFinanSISGobArequipa.pdf
- Sobрино, M., Gutierrez, C., Cunha, A., Dávila, M., & Alarcón, J. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años: tendencias y factores determinantes. *Rev. Panam. Salud Publica*, 35(2), 104-112.
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2009). Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*, 107(4), 353-361. Recuperado el 18 de Octubre de 2017, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n4/v107n4a14.pdf>
- Soteras, A. (12 de Diciembre de 2012). EFE-Salud. Recuperado el 11 de Junio de 2018, de Unos 22.5 millones de niños sufren anemia en latinoamérica: efesalud.com/unos-225-millones-de-ninos-sufren-anemia-en-latinoamerica/
- Soteras, A. (07 de Septiembre de 2018). EFE-Salud. Recuperado el 11 de Diciembre de 2019, de Anemia y déficit de hierro, un auténtico problema de salud pública: <https://www.efesalud.com/anemia-deficit-hierro-salud-publica>
- Titi Cayo, H. L., & Cahuana Morochara, D. M. (2019). Factores asociados y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-36 meses. C.S. Edificadores Misti Arequipa – 2018, Tesis de Pregrado. Recuperado el 18 de Marzo de 2021, de Universidad Nacional de San Agustín: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8089/ENTicahl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Valderrama Reyes, V. (2017). Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Tesis de Maestría: Programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses, Los Olivos, 2016: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7272/Valderrama_RV.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valenzuela Huanca, J. A. (2019). Influencia de las visitas domiciliarias en el grado de adherencia a los multimicronutrientes y nivel de hemoglobina de niños de 6 a 12 meses de edad, del Centro de Salud Simón Bolívar-Puno, Tesis de Pregrado. Recuperado el 15 de Abril de 2021, de Universidad Nacional del Altiplano: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11222/Valenzuela_Huanca_Jorge_Augusto.pdf?sequence=1
- Vanucci, S., & Vanucci, R. (1998). Brain metabolism in fetus and neonate. En R. M. Cowett, Principles of Perinatal—Neonatal Metabolism (págs. 537-550). New York: Springer. doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4612-1642-1_26
- Viamonte Castillo, R. S. (2015). Factores del incumplimiento en la suplementación con hierro en menores de tres años, Puesto de Salud Alto Alianza, Hunter, Arequipa 2014, Tesis de Pregrado. Recuperado el 15 de Julio de 2021, de Universidad Católica de Santa María: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5058/60.1343.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villegas, M. C. (17 de Agosto de 2019). Foco Económico - Un blog latinoamericano de Economía y Política. Recuperado el 11 de Diciembre de 2029, de Anemia: Un problema de Salud Pública: https://focoeconomico.org/2019/08/17/anemia-un-problema-de-salud-publica/#_ftn1
- WHO. (2015). The Global Prevalence of anaemia in 2011. (World Health Organization, Ed.) Recuperado el 03 de Abril de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf?ua=1&ua=1
- WHO. (s.f.). Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. Recuperado el 17 de Enero de 2018, de Prevalencia de la anemia y número

de personas afectadas entre los niños en edad pre-escolar y las mujeres embarazadas y no embarazadas en cada región de la OMS:
who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t3/es/

WHO-CDC. (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database of anaemia. (B. de Benoist, E. Mc Lean, I. Egli, & M. Cogswell, Edits.) Recuperado el 11 de Enero de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43894/9789241596657_eng.pdf;jsessionid=C3DFE83AF43790DBC9A526A5D9410320?sequence=1

Zavaleta, N. (Julio - Septiembre de 2017). Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 34(4), 588 - 589. doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3281>

Zavaleta, N., & Astete-Robilliard, L. (Octubre/Diciembre de 2017). Efectos de la anemia en el desarrollo infantil: Consecuencias a largo plazo. Publica Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 34(4), 716-722. doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3251>

Anexos

Anexo N° 01: Establecimientos De Salud Que Adecuan Y Fortalecen Sus Servicios De Admisión, Triage Y Archivo

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA “REESTRUCTURACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN, TRIAJE Y ARCHIVO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED DE SALUD ZAMÁCOLA”

I. FINALIDAD.

Contribuir a que los Establecimientos de Salud puedan responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la población y las prioridades de las políticas sanitarias sectoriales, facilitando el acceso de los pacientes a los servicios de salud y mejorando la calidad de atención, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada.

II. OBJETIVO.

- a. Establecer los procedimientos técnicos y administrativos para la adecuada gestión de Historias Clínicas y la Gestión de Citas en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola, a través de la reestructuración y fortalecimiento de los servicios de admisión, triaje y archivo.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 25323, Ley que crea el Sistema Nacional de Archivos.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27269, Ley de Firmas y Certificados Digitales.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas — RENHICE.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos, Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Legislativo N° 681, que regula el uso de Tecnologías Avanzadas en materia de Archivo.
- Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, que aprueba el Plan Nacional de Telesalud.

- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES. V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, Aprobar el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 "infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 701-2015/MINSA, Modificar la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño" aprobada por Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna".
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 106-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal".

- Resolución Ministerial N° 944-2012/MINSA, que aprueba la NTS N° 100-MINSA/DGSPV.01, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Joven".
Resolución Ministerial N° 973-2012/MINSA, que aprueban la NTS N° 034-MINSA/DGSPV.02: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente".
- Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI-V.01" Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la historia clínica electrónica".
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud en Telesalud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo", modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de las Personas Adultas Mayores".
- Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 046-MINSA/DGSPV.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón".
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 751-2004-SA/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSPV.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Acto de salud.** Es toda acción o actividad que realizan los otros profesionales de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda, que se brinda al paciente, familia y comunidad.
- **Acto médico.** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Alta.** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- **Archivo activo de historias clínicas.** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que son requeridas con frecuencia por los pacientes, y que se mantiene allí hasta por 5 años después de la última atención recibida por el paciente.
- **Archivo común de historias clínicas.** Es el archivo que integra a las historias clínicas clasificadas y organizadas según frecuencia de su uso, denominándose: archivo activo y archivo pasivo.
- **Archivo especial.** Es el archivo asignado para las historias clínicas de casos médico- legales y de interés científico o histórico; asimismo se incorporan las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional.

- **Archivo pasivo de historias clínicas.** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que no han sido requeridas por más de 5 años por los pacientes desde su última atención. En este archivo también están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados (por ejemplo: formato de consentimiento informado, formato de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros según pertinencia).
- **Asistencia técnica.** Es el proceso mediante el cual se brinda las orientaciones técnicas necesarias a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para la implementación de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas a nivel nacional, regional y local.
- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Auditoría informática.** Es la actividad programada o inopinada que consiste en recolectar, consolidar y evaluar evidencia para comprobar si la entidad ha implementado controles, protección de los activos, mantenimiento de la integridad de los datos, seguridad informática y uso eficaz y eficiente de los recursos.
- **Autoridad Nacional de Salud.** Es el Ministerio de Salud, organismo rector del Sector Salud.
- **Autoridad Regional de Salud.** Son las direcciones regionales de salud (DIRESAS), gerencias regionales de salud (GERESAS), o las que hagan sus veces en los gobiernos regionales. En el caso de Lima Metropolitana corresponde a las direcciones de redes integradas de salud (DIRIS).
- **Autorización de acceso del paciente o usuario de salud o de su representante legal.** Es el consentimiento que brinda el paciente o usuario de salud o su representante legal al profesional de la salud para acceder a su información clínica, a través del RENHICE conforme a las condiciones y procedimientos previstos en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su norma reglamentaria aprobada

mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS y el presente Reglamento.

- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Centro consultante.** Es la IPRESS localizada en un área con limitaciones de acceso o de capacidad resolutive y que cuenta con tecnologías de información y comunicación que le permite enviar y recibir información para ser apoyado por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud, tanto de gestión, información, educación y comunicación y de la prestación de servicios de salud a la población que atiende.
- **Centro consultor.** Es la IPRESS que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y comunicación suficientes y necesarias para brindar a distancia el apoyo en los componentes de gestión, información, educación y comunicación y la prestación de servicios de salud, requerido por uno o más Centros Consultantes en condiciones de oportunidad y seguridad.
- **Certificado digital.** El certificado digital es el documento electrónico generado y firmado digitalmente por una entidad de certificación, la cual vincula un par de claves con una persona determinada confirmando su identidad.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Consentimiento informado.** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud

competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.

- **Datos de filiación.** En el RENHICE los datos de filiación son la información personal del paciente o usuario en salud, contenida en la historia clínica electrónica, referida a los nombres, apellidos, tipo y número de documento de identificación, dirección, distrito, sexo, estado civil, fecha de nacimiento, nombre del padre y nombre de la madre, Además, incluyen los nombres, apellidos, el tipo y número de documento de identificación del representante legal cuando corresponda.
- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Diagnóstico definitivo.** Es aquel diagnóstico final, que se realiza a un paciente, aportados por medios clínicos y respaldados por los resultados de los exámenes auxiliares, de corresponder.
- **Diagnóstico presuntivo.** Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. Una vez formuladas las hipótesis diagnósticas iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás.
- **Diagnóstico repetitivo.** Es aquel dado al paciente que recibe una prestación como parte del seguimiento o control por un diagnóstico ya identificado y reportado previamente.

- **Documento nacional de identidad electrónico (DNle).** Es un documento nacional de identidad, emitido por el RENIEC, que acredita presencial y electrónicamente, la identidad personal de su titular, permitiendo la firma digital de documentos electrónicos.
- **Egreso.** Es la salida de la IPRESS de un paciente que estuvo hospitalizado o internado. Pudiendo ser por: alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga. Debe incluirse el formato de Acta de Entrega en el caso de pacientes menores de edad.
- **Eliminación de documentos.** Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación.
- **Epicrisis.** Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó por el ingreso del paciente a la IPRESS, que debe de realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica, referido a la Epicrisis, contenido en la presente Norma Técnica de Salud. Se entrega obligatoriamente a la solicitud del paciente o su representante legal dentro del plazo máximo de cinco (5) días. En caso de Defunción, la oportunidad de la entrega es con el egreso del difunto de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y se realiza en forma obligatoria al representante legal del difunto.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos

objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).

- **Firma digital.** Es la firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía asimétrica, basada en el uso de un par de claves único; asociadas una clave privada y una clave pública relacionadas matemáticamente entre sí, de tal forma que las personas que conocen la clave pública no pueden derivar de ella la clave privada.
- **Firma electrónica.** Es cualquier símbolo basado en medios electrónicos utilizados o adoptado por una parte con la intención precisa de vincularse, autenticar y garantizar la integridad de un documento electrónico o un mensaje de datos cumpliendo todas o algunas de las funciones características de una firma manuscrita. Se incluye dentro de esta definición a la firma o signature informática.
- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica Informatizada.** Es la historia clínica soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica no utiliza la firma digital para refrendar su contenido.
- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la

firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.

- **Hoja de Retiro Voluntario.** Es el documento en el cual el paciente o su representante legal, ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar la IPRESS donde permaneció hospitalizado, internado o en observación, para el caso de emergencias, en contra de la opinión médica, asumiendo él la responsabilidad de las consecuencias que por tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida se debe comunicar al Ministerio Público.
- **Implementación de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas.** Es el proceso por el cual los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo realizan las gestiones necesarias con la finalidad de disponer de un sistema de información de historias clínicas electrónicas que les permitirá interoperar con el RENHICE.
- **Información clínica básica.** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente referido a los antecedentes generales, patológicos y familiares más importantes, como alergias, diagnósticos anteriores, medicación, cirugías previas, grupo sanguíneo, que proporcionen información básica para la atención de salud ante una situación de emergencia, la misma a la que el profesional de la salud podrá acceder a través del RENHICE, desde un terminal en el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, sin la autorización de acceso del paciente o usuario de salud, únicamente en casos de grave riesgo para la vida o la salud de una persona cuyo estado no permita la capacidad de autorizar el acceso a sus historias clínicas electrónicas.
- **Información clínica resumida.** Es el resumen de la estancia en el servicio de hospitalización del establecimiento de salud (Epicrisis), la misma que es elaborada por el médico tratante al egreso del paciente.
- **Información clínica sensible.** Es la información clínica contenida en la historia clínica electrónica del paciente o usuario de salud y que éste haya determinado como tal, la misma que puede estar referida a su

genética, sexualidad, paridad, cirugías, enfermedades infecciosas como VIH, de transmisión sexual; y, otras que por su naturaleza son temas sensibles para el paciente por las características físicas, morales o emocionales que pudieran presentar, así como los hechos o circunstancias que se pudieran generar en su vida afectiva, familiar o esfera íntima; y a la que solamente, se debe acceder con su autorización expresa. La información clínica es información sensible. El paciente define lo que es información confidencial

- **Información clínica.** Es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica. De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye datos sensibles.
- **Informe de Alta.** Es el documento que bajo responsabilidad e mite el médico tratante de la IPRESS, entregado, en forma gratuita y obligatoria a un paciente al egreso de la IPRESS, que especifica los datos del paciente, el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- **Médico tratante.** Es el profesional médico que, siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el

diagnóstico y tratamiento. En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico Jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.

- **Organización de documentos.** Es un proceso archivístico que consiste en el desarrollo de un conjunto de acciones orientadas a clasificar, ordenar y signar los documentos en cada entidad.
- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal autorizado.** Se refiere al personal responsable del archivo de las historias clínicas asignado formalmente, y al personal de la salud que brinda la atención al usuario de salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Principio de veracidad.** Es aquel que está referido a que la información consignada en la historia clínica (manuscrita o electrónica), debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente o usuario de salud.
- **Procedimiento de anonimización.** Es el tratamiento de datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos, dicho procedimiento es irreversible.
- **Procedimiento de disociación.** Es el tratamiento de los datos personales que impide la identificación o que no hace identificable al titular de estos. Este procedimiento es reversible.
- **Sectorización.** Es el proceso de demarcación territorial y poblacional que le corresponde atender a la IPRESS, con el propósito fundamental

de organizar la vigilancia familiar y comunal, con un enfoque integral y de riesgo.

- **Series documentales.** Es el conjunto de documentos que poseen características comunes, el mismo tipo documental o el mismo asunto y, por consiguiente, son archivados, usados y pueden ser transferidos, conservados o eliminados como unidad.
- **Teleconsultor.** Es el médico especialista, médico cirujano, u otro profesional de la salud, que labora en un IPRESS consultora y brinda un servicio de Telesalud a uno o más teleconsultantes.
- **Transferencia documental.** Es un procedimiento archivístico que consiste en el traslado de los documentos de un archivo a otro, luego del vencimiento de los periodos de retención establecidos en el Programa de Control de Documentos.
- **Tratamiento de datos personales.** Es cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.
- **Usuario de salud.** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.
- **Usuario del RENHICE.** Paciente o usuario de salud o su representante legal que autoriza que se pueda acceder a sus historias clínicas electrónicas a través del RENHICE y de los sistemas de información de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo en los que se atendió, según lo establecido en el presente Reglamento. También es el profesional de salud que es autorizado por el paciente o usuario de salud o su representante legal, salvo en los supuestos contemplados en el presente Reglamento, para que acceda a la información clínica contenida en sus historias clínicas electrónicas correspondiente desde un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

5.2. DEL SERVICIO DE ADMISIÓN.

5.2.1. DEFINICIÓN.

El Servicio de Admisión regula y programa el acceso a la atención de salud a los usuarios de cada uno de los Establecimientos de Salud en el ámbito de jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola. Incluye la gestión de pacientes en consulta externa, atención de parto, internamiento y procedimiento de apoyo al diagnóstico que requieran programación previa. Además, se encarga de realizar los procedimientos necesarios para el registro de las atenciones de urgencias y emergencias, después de haberse aplicado los protocolos de triaje de atención de urgencias y emergencias.

5.2.2. OBJETIVOS.

- Garantizar el correcto cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto se refiere al registro centralizado de los usuarios de los servicios de salud y la gestión de citas para la atención de salud en la consulta externa.
- Optimizar los tiempos de actividad en consulta externa, ordenando su funcionamiento y apoyando la estabilidad de la actividad ambulatoria programada.
- Obtener los datos para la elaboración de información sobre la demanda existente, gestión de las agendas y actividad asistencial desarrollada necesaria para la planificación, gestión y toma de decisiones.

5.2.3. FUNCIONES.

Programación y Gestión de Agendas.

- Proporciona el soporte operativo a la Jefatura del Establecimiento de Salud y Servicios Asistenciales para la planificación de la oferta de atención en salud.
- Diseña la estructura de la agenda, en coordinación con la Jefatura del Establecimiento y Servicios Asistenciales, tomando en consideración los siguientes parámetros:
 - Calendario y rango horario de la agenda.

- Profesionales de la Salud asignados a la agenda.
- Tipo de prestación y tiempos asignados a cada prestación.

Gestión operativa de la solicitud de cita.

- Registra de forma centralizada las solicitudes de cita, debiendo incluir en el registro los siguientes datos:
 - Datos de filiación del usuario (Apellidos y Nombres, Documento de Identidad, Número telefónico).
 - Número de Historia Clínica y/o Ficha Familiar.
 - Servicio Asistencial solicitado.
 - Tipo de Prestación solicitada.
 - Tipo de Financiamiento.
- Asigna día y hora para la atención de salud, atendiendo a criterios de “cita óptima”, que implica la cita de los pacientes para el primer espacio libre de la agenda y la priorización de la prestación solicitada.
- Facilita al usuario una acreditación documental de la cita proporcionada, con los datos mínimos necesarios de la misma.

Difusión de la actividad programada.

- Envía a los Servicios Asistenciales la programación diaria.
- Informa a la Jefatura del Establecimiento y a los Responsables de los Servicios Asistenciales sobre el número de pacientes pendientes de atención ambulatoria, así como de las demoras existentes y deserciones.

Registro de la Actividad.

- Captura y registra la información procedente de cada unidad asistencial sobre la actividad efectivamente realizada y el destino de los pacientes atendidos.

Registro de Información.

- Realiza los registros necesarios de fecha, filiación y otros señalados en la normatividad vigente de Gestión de Historias Clínicas, antes de ser remitidas a los Servicios Asistenciales.
- Registra las Historias Clínicas que son retiradas del Archivo activo de los usuarios que serán atendidos en la Consulta

Externa, Servicios de Apoyo al diagnóstico y/o internamiento (de ser el caso).

5.2.4. RESPONSABLE.

El Jefe de la Microred mediante documento resolutivo designará al Responsable y al personal autorizado del Servicio de Admisión.

5.3. DEL SERVICIO DE TRIAJE.

5.3.1. DEFINICIÓN.

El Servicio de Triage permite la gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes. Es la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente. Se desarrolla en dos ámbitos: el triaje en los servicios de consulta ambulatoria y el triaje de urgencias y emergencias.

5.3.2. OBJETIVOS.

- Establecer la prioridad de atención de acuerdo a la sintomatología que presente el paciente, para su atención en el Servicio de Urgencias y Emergencia, en cada uno de los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- Detectar signos de alarma en el paciente que acude para su atención en los servicios de atención ambulatoria (consulta externa) y su derivación al área más apropiada, en cada uno de los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- Direccionar al usuario al área más apropiada para recibir las prestaciones preventivo promocionales que le corresponde de acuerdo a ciclo de vida.
- Aportar información sobre el proceso asistencial y mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.

5.3.3. FUNCIONES.

Gestión del flujo y prioridades de atención.

- Establece el flujo y las prioridades de atención de los usuarios que acuden a los Establecimientos de Salud, en función a lo normado en las guías de práctica clínica y en las normas

técnicas de salud que regulan la atención integral por ciclos de vida.

- Convoca e informa al equipo médico de urgencia y emergencias sobre la presencia de un paciente de alta prioridad de atención.
- Coordina con los establecimientos de mayor capacidad resolutive la referencia de usuarios para la atención de urgencias y emergencias.

Registro de la Actividad.

- Captura y registra la información procedente de cada usuario sobre la actividad efectivamente realizada y el destino de los pacientes atendidos.

Registro de Información.

- Realiza los registros necesarios de fecha, filiación y otros señalados en la normatividad vigente de Gestión de Historias Clínicas, antes de ser remitidas a los Servicios Asistenciales y/o referido a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive.

5.3.4. RESPONSABLE.

El Jefe de la Microred mediante documento resolutive designará al Responsable y al personal autorizado del Servicio de Triage.

5.4. DEL SERVICIO DE ARCHIVO.

5.4.1. DEFINICIÓN.

El Servicio de Archivo permite el correcto y adecuado archivamiento, custodia y conservación de las carpetas familiares e historias clínicas en cada uno de los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola, asegurando las condiciones que garanticen integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información contenidas en ellas.

5.4.2. OBJETIVOS.

- Garantizar el correcto cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto se refiere al archivo y custodia de las historias clínicas de los usuarios.

5.4.3. FUNCIONES.

Apertura de la Historia Clínica.

- Apertura de una historia clínica única e individualizada, previa consulta en el registro de usuarios de la base de datos de la IPRESS, a todo usuario de salud que solicita una prestación de salud, asegurando que no tenga historia clínica anterior, en concordancia a lo dispuesto en la NTS N° 139 MINSA/2018/DGAIN.

Organización y manejo de la Historia Clínica.

- Organiza el Archivo de Historias Clínicas, las que están clasificadas en Archivo Común: archivo activo y archivo pasivo; y en Archivo Especial. El responsable de archivo de historias clínicas deberá comunicar al responsable del Establecimiento, la necesidad de implementar el Archivo Especial cuando lo amerite.
- Archiva las historias clínicas teniendo en cuenta el proceso de sectorización definido por el Establecimiento, manteniéndose para la organización de las carpetas familiares, el correlativo de menor a mayor. El ordenamiento de las historias clínicas de los integrantes de la familia al interior de la carpeta familiar se realizará igualmente teniendo en consideración el número del DNI, ordenados de forma correlativa de menor a mayor.
- Mantiene en buen estado las carpetas familiares de historias clínicas y a las historias clínicas contenidas en estas.
- Verifica y mantiene la integridad de la historia clínica y los formatos que la integran, los cuales deben estar completos, en orden cronológico y ordenado, según uso racional y pertinente de los formularios y documentos de hospitalización, en el folder o carpeta de la historia clínica.

Registro de Información.

- Registra las Historias Clínicas que son retiradas del Archivo activo de los usuarios que serán atendidos en la Consulta

Externa, Servicios de Apoyo al diagnóstico y/o internamiento (de ser el caso).

- Verificará que la totalidad de las Historias Clínicas retornen luego de culminada las atenciones de salud a los usuarios, constatando su integridad, para posteriormente devolverlas al archivo donde las mantendrá en custodia.

Custodia y conservación.

- Custodia las carpetas familiares e historias clínicas, garantizando que garanticen su correcto tratamiento, seguridad y conservación.

5.4.4. RESPONSABLE.

El Jefe de la Microred mediante documento resolutivo designará al Responsable y al personal autorizado del Servicio de Archivo.

5.5. DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CITAS.

5.5.1. DEL SOFTWARE DE GESTIÓN DE CITAS.

- Los Establecimientos de Salud deberán gestionar y asegurar la implementación de un software para la gestión y registro de citas que se adecue y cumpla con la normatividad vigente dada por el Ministerio de Salud.
- Todo Establecimiento de Salud deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos registrados y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.
- La entrega de credenciales y accesos estará a cargo de la responsable de personal o recursos humanos o quien haga sus veces en la cabecera de la Microred de Salud Zamácola.
- La asignación en el software de gestión de citas del personal asistencial en cada uno de los servicios de atención estará a cargo de la responsable de personal o recursos humanos o quien haga sus veces en la cabecera de la Microred de Salud Zamácola.

5.5.2. DE LA RECEPCIÓN Y TRAMITE DE LA SOLICITUD DE CITA.

- Los Establecimientos de Salud recepcionarán las solicitudes de citas por partes de los usuarios a través de diversos medios: Vía WEB, Vía SMS, Vía llamada telefónica o de manera presencial en un módulo de atención especialmente adaptado para este fin.
- El responsable del servicio de admisión o quien lo reemplace será el encargado de alimentar la información a fin de programar la cita correspondiente y coordinar con el usuario la fecha, hora y profesional de la salud asignado.
- El responsable del servicio de admisión o quien lo reemplace coordinará con el servicio de triaje, servicio de archivo y los servicios asistenciales la atención de los usuarios, a través de la emisión de reportes por turnos.

5.5.3. ESPACIO, EQUIPAMIENTO Y CONDICIONES AMBIENTALES.

- Dentro del servicio de admisión debe acondicionarse un área en la cual se pueda instalar el hardware requerido, con las condiciones de seguridad que correspondan.
- El ambiente debe contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas.

5.5.4. PROCESO TÉCNICO ASISTENCIAL

Recepción y Registro

- La recepción de las solicitudes de citas se realiza en el servicio de admisión de acuerdo a lo señalado en los párrafos anteriores y la normatividad vigente.
- Los registros de las citas aceptadas serán puestas de conocimiento de los responsables de los servicios asistenciales con la debida anticipación y publicadas para ser visualizadas por los usuarios. Cualquier modificación a los mismos deberá ser comunicado con la debida anticipación.

Reporte e Información

- El reporte de las citas otorgadas y atendidas se realizará al finalizar el turno, debiendo ser reportada al Responsable del Establecimiento de manera obligatoria.
- El responsable del servicio de admisión consolidará la información generada en Informes estadísticos con periodicidad mensual, trimestral y anual.

5.6. DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLINICAS.

5.6.1. DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- Las atenciones de salud brindadas a los usuarios de salud en los Establecimientos de Salud deben registrarse obligatoriamente en una historia clínica, debiendo consignarse: fecha, hora, nombre (s) apellidos completos, firma y número de colegiatura, registro de especialidad (de corresponder) del profesional que brinda la atención, independientemente de la modalidad de atención.

En el caso de menores de edad debe consignar los nombres y apellidos del padre, madre, tutor o apoderado del menor y su número de DNI, antes de la atención a ser prestada.

- Todo Establecimiento de Salud deberá proveer los recursos necesarios para asegurar la confidencialidad de los datos registrados en la Historia Clínica y el acceso sólo al personal debidamente autorizado.
- Todas las atenciones de salud prestadas fuera del Establecimiento de Salud como actividades de esta (por ejemplo: visitas domiciliarias, campañas de atención de salud, vacunaciones, resultados positivos de exámenes, entre otros) deben ser incorporadas en la historia clínica del usuario de salud correspondiente, en el respectivo formato a la prestación brindada.
- El médico tratante, es el encargado de firmar la copia de la historia clínica, epicrisis, informe de alta e informes médicos y consentimiento informado que le soliciten; ante su ausencia y

dentro del plazo previsto, lo hará en sustitución el Responsable del Establecimiento.

- Los formatos de atención que forman parte de la historia clínica deben consignar los nombres y apellidos completos del paciente o usuario de salud y el número de historia clínica, ubicados en un lugar uniforme y de fácil visibilidad, en el caso de hospitalización debe registrarse también el servicio, el número de cama y el episodio de hospitalización, en cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.
- Todas las anotaciones registradas en la historia clínica deben ser objetivas, con letra legible y sin enmendaduras, utilizando sólo las abreviaturas o siglas que figuren en la lista de abreviaturas de la presente Norma Técnica de Salud. En ningún caso se permitirá el uso de siglas en los diagnósticos.
- Los Establecimientos de Salud están obligados a organizar, mantener, custodiar y administrar el archivo de las Historias Clínicas en medios convencionales o electrónicos o en ambos, según corresponda el caso.
- Las historias clínicas deben estar accesibles al personal de archivo autorizado y a los profesionales de la salud que brindan la atención, durante el horario de atención de los Establecimientos de Salud.
- Los Establecimientos de Salud, utilizan la carpeta familiar, la que incluirá la ficha familiar y los formatos de atención, según etapa de vida: Niño, Adolescente, Joven, Adulto y Adulto Mayor contenidos en la presente Norma Técnica de Salud, entre otros formatos de atenciones brindadas según la modalidad de atención.
- El ordenamiento de los formatos de atención en la historia clínica debe realizarse cronológicamente considerando primero las últimas atenciones realizadas y las más antiguas al final de la carpeta, en concordancia con las fechas de atención, las cuales deben estar foliadas de manera correcta. La

foliación se inicia con la apertura de la historia clínica y se realiza de atrás hacia adelante (desde la fecha más antigua a la más reciente), de tal manera que la primera hoja de escrito (cuando se apertura la historia clínica) y demás hojas son foliadas en forma correlativa, es decir, sin omitir ni repetir números.

5.6.2. ESPACIO, EQUIPAMIENTO Y CONDICIONES AMBIENTALES

- El área recomendable, según volumen de cada archivo activo y pasivo, puede ser de: 40 metros² (4m de fondo por 10m de ancho) u 80 metros² (8m de fondo por 10 de ancho) la misma que se adecua a la realidad y el volumen de historias clínicas que tienen en archivo (activo y pasivo).
- Uso de estanterías especiales para carpetas de Historias Clínicas, con dimensiones recomendables de 28 cm de profundidad y 35 cm de alto entre bandeja y bandeja. La estantería no será superior a los 2.20 m de alto, dividido en 6 alturas o niveles y distante a 15 cm del muro, y deberá estar fijada a los muros o cielo raso en caso de estantes fijos. Asimismo, la separación entre estanterías deberá considerar 1 m. para pasillos principales y 75 cm para secundarios; en correspondencia con lo establecido en la normatividad de la materia.
- Los locales y ambientes de Archivo de Historias Clínicas deben ser fumigados periódicamente, contar con iluminación y señalización, ventilación adecuada natural o artificial, sistemas contra incendio, extintores, detectores de humo y extractores de aire, a fin de mantener las condiciones ambientales adecuadas.

5.6.3. PROCESO TÉCNICO ASISTENCIAL

Elaboración y Registro

- El registro y codificación del o los diagnósticos serán de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10 o la versión vigente, según lo regulado por la Oficina

General de Tecnologías de la Información –OGTI o la que haga sus veces.

- El registro de los procedimientos se realiza de acuerdo con la identificación estándar de los procedimientos médicos, según lo establecido en la normatividad.
- Un error en el registro de la Historia Clínica se corrige trazando una línea con lapicero rojo sobre el mismo y escribiendo el término correcto por encima de la línea, anotando la fecha, firma y sello de la persona responsable de la corrección.
- Las anotaciones de internos y/o residentes de medicina y otros profesionales de la salud deben ser refrendadas con la firma y sello del profesional responsable de la atención del paciente. La atención brindada por un profesional médico cirujano que se encuentra realizando residentado médico de segunda especialización, se realizará bajo la tutela del profesional tutor de segunda especialización y quien asume la responsabilidad de atención al paciente o usuario de salud, u otro médico asistente responsable de la atención en el caso que el profesional tutor no se encuentre disponible en el momento.
- Toda hoja de la Historia Clínica debe ser identificada con el nombre completo y número de Historia Clínica del paciente o usuario de salud, en un lugar uniforme y de fácil visibilidad. En el caso de pacientes hospitalizados se registrará además el servicio y el número de cama.

Orden de los Formatos.

En la consulta externa.

Se utilizarán los formatos consignados en las normas técnicas en salud vigentes para la atención integral por etapas de vida.

Durante la hospitalización.

- Formato de Filiación.
- Gráfica de Funciones Vitales.
- Hoja de Balance Hidroelectrolítico (de corresponder al caso).

- Historia Clínica: Anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo.
- Hojas de evolución/Terapéutica/Interconsultas.
- Formato de Anestesia (de corresponder al caso).
- Reporte Operatorio/Registro del parto (de corresponder al caso).
- Consentimiento Informado.
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia.
- Exámenes auxiliares.
- Otros formatos.

Al egreso, se observará la siguiente secuencia

- Epicrisis.
- Formato de Filiación.
- Informe de alta.
- Gráfica de Funciones Vitales.
- Anamnesis y examen físico.
- Evolución.
- Hoja de Anotación de Enfermería/Obstetricia.
- Informe de interconsultas (de corresponder al caso).
- Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- Formato de Anestesia (de corresponder al caso).
- Reporte operatorio/Registro del parto (de corresponder al caso).
- Hoja de autorización de ingreso.
- Consentimiento informado (de corresponder al caso).
- Hoja de alta voluntaria (de corresponder al caso).
- Otros formatos.

Además de estos formatos, los Establecimientos de Salud podrán incluir en la Historia Clínica, aquellos que consideren necesarios.

5.6.4. DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Además de lo dispuesto en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE, y su Reglamento, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- La Historia Clínica es manuscrita o electrónica para cada persona que se atiende en un Establecimiento de Salud. En forma progresiva debe ser soportada en medios electrónicos a la que accederán los profesionales de la salud autorizados en los Establecimientos de Salud de acuerdo con el marco legal vigente.
- Los Establecimientos de Salud podrán optar por el uso de la Historia Clínica Electrónica, debiendo sujetarse a las disposiciones de la presente Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, toda vez que tiene las mismas prerrogativas que la Historia Clínica manuscrita, en aspectos clínicos y legales, para todo proceso de registro y acceso a la información correspondiente a la salud de las personas.
- Los Establecimiento de Salud, que brindan atención reiterada a los mismos usuarios de salud o pacientes, y que por la naturaleza del servicio que brindan, deben llevar el registro seriado de dichas atenciones en historias clínicas, y que para tal fin empleen historias clínicas electrónicas, están obligados a acreditar su sistema de información, según lo señalado en la normatividad de la materia.
- Todo registro en una Historia Clínica Electrónica es refrendado con una firma digital, por tanto, es un documento que cuenta con la misma validez y eficacia jurídica que una Historia Clínica manuscrita soportada en papel y refrendada con una firma, en concordancia con lo establecido en la Ley.
- La Historia Clínica Electrónica debe contar con una estructura, que separe los datos de identificación del titular, de los datos de sus atenciones, pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de prestación de atención asistencial del titular.

- Toda acción de registro en la Historia Clínica electrónica y manuscrita debe darse únicamente como consecuencia de la prestación de salud al usuario de salud y, consignar los datos necesarios para una posterior auditoría.
- El usuario de salud tiene el derecho de acceder a los datos contenidos en su Historia Clínica Electrónica, a que le sean presentados de manera inteligible, que le sean explicados y a solicitar su modificación en caso de estar probadamente erróneos.
- El paciente o usuario de salud debe proporcionar sus datos de filiación al abrir o crear una historia clínica electrónica, sujetándose al principio de veracidad.
- La determinación de Información Clínica Sensible la realiza el usuario de salud o paciente en el momento de la atención a través del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SHICE, en la Institución Prestadora de Servicios de Salud; en el servicio o área donde recibe la prestación de salud.
- Ningún dato registrado en la Historia Clínica Electrónica podrá ser eliminado, y de ser necesaria su corrección, ésta deberá realizarse como un nuevo registro, sin eliminar el que se pretende corregir, e indicando el motivo de tal corrección.
- El uso de soportes informáticos, ópticos o de cualquier otra naturaleza tecnológica debe garantizar la autenticidad, confidencialidad, integridad, conservación y custodia de la Historia Clínica Electrónica.
- El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas de una IPRESS debe estar acreditado por la Dirección de Salud, Dirección Regional de Salud o la que haga sus veces; en el marco de lo señalado en la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Electrónicas – RENHICE y su Reglamento, y otros documentos normativos que apruebe la Autoridad Nacional de Salud.

- El diseño, desarrollo e implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, debe tener en consideración el uso de los datos, procesos y metodologías estandarizadas a través de la Oficina General de Tecnologías de la Información–OGTI del MINSA o la que haga sus veces, según la normatividad vigente.
- El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas debe ser periódicamente auditado en el marco de lo que disponga la Autoridad Nacional de Salud. El Comité Institucional de Historias Clínicas correspondiente, verifica el cumplimiento de las Auditorías de Calidad del Registro. En los Establecimiento de Salud que tienen constituidos el Comité de Auditoría Médica o el Comité de Auditoría en Salud, la auditoría se realiza a través de estos equipos, en ausencia de éstos será asumido por el Comité Institucional de Historias Clínicas.
- Los Establecimientos de Salud, que cuentan con historias clínicas manuscritas, deberán implementar en forma progresiva la historia clínica electrónica, de acuerdo con su disponibilidad presupuestal, y su implementación deberá seguir los estándares para la acreditación de su sistema de información de historias clínicas electrónicas ante el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas – RENHICE.
- La implementación de las Historias Clínicas Electrónicas en un Establecimiento de Salud no implica que las historias clínicas manuscritas pre existente en ésta tengan que ser transformadas a la versión electrónica.
- Los Establecimientos de Salud, que cuentan con historias clínicas informatizadas, deberán implementar un sistema de información de historias clínicas electrónicas para la acreditación ante el RENHICE.
- La Historia Clínica Electrónica debe contar con:
 - Base de datos.
 - Estructura de datos estandarizada.

- Control de acceso restringido – Privilegio de accesos.
- Sistema de copias de resguardo. • Registro informatizado de firmas de usuarios (ajustarse a lo establecido en la normatividad).
- Simultaneidad de accesibilidad.
- Confidencialidad.
- Recuperabilidad.
- Inviolabilidad de los datos.

Además:

- Debe ser auditable.
- Debe permitir la secuencialidad de las atenciones.
- Debe permitir la impresión.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1. Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud.
- 6.2. La presente directiva estará regulada por la NTS N° 139 MINSA/2018/DGAIN Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y todo el personal administrativo y asistencial de los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deberán cumplirla sin excepción.

VII. RESPONSABILIDADES.

7.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

7.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

VIII. DISPOSICIONES FINALES.

- 8.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.
- 8.2. Un Establecimiento de Salud se considera que ha adecuado e implementado sus servicios de admisión, triaje y archivo si obtiene una calificación superior al 80%, en el proceso de evaluación de la presente Directiva Administrativa (Anexo 1).
- 8.3. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán sesenta (60) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

IX. ANEXOS.

- 9.1. Anexo 1: *Fichas Técnicas de los Indicadores.*

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Personal de Salud acreditado y capacitado en el uso del Sistema Integrado de Gestión de citas y usuarios.</i>					
Definición	Porcentaje de personal de salud que ha recibido capacitación y ha sido acreditado en el uso del Sistema integrado de gestión de citas y usuarios en cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, con personal que ha recibido capacitación para adecuar y fortalecer los servicios de admisión, triaje y archivo que permitan la reducción, prevención y control de la anemia infantil.					
Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados en torno a los sistemas de gestión de citas y gestión de la Historia Clínica.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Personal de salud del Establecimiento de Salud que ha sido capacitado y acreditado en el uso y manejo del Sistema integrado de gestión de citas y usuarios.					

	Denominador: Total de personal de salud que se encuentra adscrito al Establecimiento de Salud, incluye personal asistencial y administrativo.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Datos de la oficina de personal y capacitación.	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5% anual		
Área responsable	Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Personal o quien haga sus veces		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	Personal de Salud acreditado y capacitado en el manejo de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes.					
Definición	Porcentaje de personal de salud que ha recibido capacitación y ha sido acreditado en el uso del Sistema de gestión de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes en cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, con personal que ha recibido capacitación para adecuar y fortalecer los servicios de admisión, triaje y archivo que permitan la reducción, prevención y control de la anemia infantil.					

Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados en torno a los sistemas de gestión de citas y gestión de la Historia Clínica.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Personal de salud del Establecimiento de Salud que ha sido capacitado y acreditado en el uso y manejo del Sistema de gestión de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes. Denominador: Total de personal de salud que se encuentra adscrito al Establecimiento de Salud, incluye personal asistencial y administrativo.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ & = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$		
Fuente	Datos de la oficina de personal y capacitación.	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5% anual		
Área responsable	Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Personal o quien haga sus veces		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Usuarios atendidos y registrados adecuadamente en el Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios del Establecimiento de Salud.</i>
Definición	Porcentaje de usuarios (pacientes) que han sido atendidos en una UPS y están registrados

	adecuadamente en el Sistema de Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios (SIG-CU) en cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, en relación al registro de usuarios (pacientes) en el Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios que permita adecuar y fortalecer los servicios de admisión, triaje y archivo.					
Justificación	Este indicador permite evaluar una herramienta valiosa y útil que permite adecuar y fortalecer los servicios de admisión, triaje y archivo. Y por consiguiente mejorar los procesos que permitan la reducción, prevención y control de la anemia en niños y gestantes.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Usuarios atendidos y registrados en el SIG} - \text{CU}}{\text{Total de usuarios atendidos en el Establecimiento}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Usuarios que fueron atendidos en una UPS del Establecimiento en el periodo de evaluación y que se encuentran debidamente registrados en el Sistema Integrado de Gestión de citas y usuarios (SIG-CU). Denominador: Total de usuarios que recibieron por lo menos una atención en el periodo de evaluación en cualquiera de las UPS del Establecimiento de Salud.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					
Fuente	Reporte HIS Reporte SIG_CU.	Periodicidad		Mensual		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	60.0%	Meta Esperada		80.0%		
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		10.0%		
Nivel de avance	Para el valor umbral 5% anual, para la meta esperada 10.0% anual.					
Área responsable	Servicio de Admisión y Servicio de Estadística					
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.					

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 04

Nombre del Indicador	<i>Solicitud de citas recibidas que fueron admitidas y programadas para su atención en el Establecimiento de Salud.</i>					
Definición	Porcentaje de solicitudes de citas generadas por los usuarios (pacientes) que fueron admitidas en el Sistema de Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios (SIG-CU) y se programaron para su atención en las UPS en cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, en relación a la atención de las solicitudes de citas generadas por los de usuarios (pacientes) en el Registro Integrado de Gestión de citas y su programación para la atención las UPS del Establecimiento.					
Justificación	Este indicador permite evaluar el uso de una herramienta valiosa y útil que permite adecuar y fortalecer los servicios de admisión, triaje y archivo, y por consiguiente mejorar los procesos que permitan la reducción, prevención y control de la anemia en niños y gestantes.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Solicitud de citas programadas para atención}}{\text{Total de solicitudes de citas generadas por los usuarios}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de solicitudes de citas generadas por los Usuarios que se encuentran debidamente registrados en el Sistema Integrado de Gestión de citas y usuarios (SIG-CU) y que fueron programadas para su atención en una UPS del Establecimiento en el periodo de evaluación. Denominador: Total de solicitudes de citas generadas por los usuarios y recepcionadas en el servicio de admisión.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} &\% \text{ de cumplimiento} \\ &= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} \times 100 \end{aligned}$					
Fuente	Reportes de Admisión		Periodicidad	Mensual		

	Reporte SIG_CU.		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	75.0%	Meta Esperada	80.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5% anual, para la meta esperada 10.0% anual.		
Área responsable	Servicio de Admisión		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 05

Nombre del Indicador	<i>Citas programadas que fueron atendidas oportunamente por el personal asistencial del Establecimiento de Salud.</i>					
Definición	Porcentaje de citas programadas en el Sistema de Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios (SIG-CU) y que fueron atendidas oportunamente por el personal de salud en las UPS en cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, en relación a la atención oportuna de los usuarios (pacientes) con citas programadas en el Registro Integrado de Gestión de citas y usuarios en las UPS en cada Establecimiento de Salud					
Justificación	Este indicador permite evaluar el uso de una herramienta valiosa y útil que permite adecuar y fortalecer los servicios de admisión, triaje y archivo, y por consiguiente mejorar los procesos que permitan la reducción, prevención y control de la anemia en niños y gestantes.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Pacientes con cita programada y atendidos oportuna}}{\text{Total de pacientes con cita programada}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de pacientes con citas programadas y que son atendidos oportunamente por el personal de salud de las					

	UPS del Establecimiento en el periodo de evaluación. Denominador: Total de pacientes que cuentan con una cita programada en el periodo de evaluación en el SIG.CU.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Reporte SIG_CU.	Periodicidad	Mensual
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	60.0%	Meta Esperada	75.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	10.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 10.0% anual, para la meta esperada 5.0% anual.		
Área responsable	Servicio de Admisión y Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 06

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que ha implementado el archivo de Historias Clínicas.</i>				
Definición	En los Establecimientos de Salud el Archivo de Historias Clínicas, es el archivo en el cual se encuentran contenidas y clasificadas las historias clínicas del archivo común, denominadas como “archivo activo” y “archivo pasivo”; y también la correspondiente al Archivo Especial. El área del archivo de historias clínicas debe reunir condiciones para el correcto almacenamiento, custodia, y seguridad, lo cual se medirá “Instrumento para medir condiciones adecuadas de almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas”.				
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado
Propósito	Garantizar que los Establecimientos de Salud dispongan e implementen el Archivo de Historias				

	Clínicas, área en la cual las historias clínicas del usuario de salud están correctamente archivadas, conservadas, custodiadas y cumplen con las condiciones de seguridad de la información contenida en la misma, según lo establecido en la normatividad.		
Justificación	La prioridad del indicador está relacionada a la situación de inadecuada implementación de los archivos de historias clínicas en el país y a asegurar las condiciones adecuadas almacenamiento, conservación, custodia y seguridad de las historias clínicas en cumplimiento de la normatividad vigente.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Items de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de item a verificar}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de la lista de ítems de la lista de verificación que se cumplen satisfactoriamente. Denominador: Total de ítems de la lista de verificación contenidos en el “Instrumento de medición”.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Informe Comité calidad	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	90.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	10.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 2.5% anual		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

***Instrumento para medir condiciones adecuadas de
almacenamiento, custodia, y seguridad de las Historias
Clínicas en el Archivo de Historias Clínicas.***

N°	ITEMS DE EVALUACIÓN	VERIFICACIÓN	
		SI	NO
01	Se ha asignado formalmente la persona responsable del Servicio de Archivo.		
02	El personal que labora en el Archivo Periférico, están capacitados en este último año.		
03	Cuenta con un ambiente físico en la cual se identifican las historias clínicas organizadas como: “archivo activo” y “archivo pasivo”, el cual se encuentra en el primer piso.		
04	El área asignada al archivo periférico cumple con las medidas establecidas según norma.		
05	Las estanterías especiales para carpetas de historias clínicas cumplen con las dimensiones recomendadas, cumple la distancia del muro y está fijada a los muros o cielo raso. La separación entre estante debe ser mínimo 1 metro para pasillos principales y 75 cm para pasillos secundarios y la longitud entre estantería de 8 metros lineales.		
06	El piso debe ser consistente para soportar el peso de estanterías de carga de 750 kg/m ² (en estantería fija) y de hasta 1,250kg/m ² en estanterías móviles.		
07	Los pisos, muros, techos y puertas son de material ignífugos de alta resistencia mecánica y desgaste mínimo a la abrasión. Las pinturas deben tener propiedades ignífugas y el tiempo de secado necesario para evitar el desprendimiento de sustancias nocivas para la documentación.		
08	Tiene una buena iluminación, señalización, ventilación (natural o artificial), sistemas contra incendios, extintores, detectores de humo y extractores de aire.		

09	Cuenta con un área restringida, de acceso limitado con medidas de seguridad y sistema de videocámaras.		
10	Mantiene una temperatura entre 15° a 21 °C, humedad relativa entre 45% a 65%, empleando un sistema de aire acondicionado, que incluye dispositivos de control de temperatura, humedad y extracción de aire viciado.		
11	Las historias clínicas están organizadas en orden cronológico y ordenadas según uso racional y pertinencia de los formularios que la integran.		
12	Las carpetas de las historias clínicas cuentan con código de barra para su mejor identificación, movimiento y control.		
13	Cuenta con un sistema informático de registro, control y monitoreo de las historias clínicas que se encuentran en el archivo; y la información está actualizada y completa (		
14	Las historias clínicas que son solicitadas para la atención del paciente, trámite administrativo, investigación, docencia u otra actividad o motivo, son devueltas al archivo según los plazos establecidos en la normativa		
15	Las historias clínicas que son retiradas de su lugar en el archivo, son reemplazadas por un tarjetón de reemplazo diferenciado (color o tamaño).		
16	Cuenta con los reportes (precisando el motivo y fecha de devolución) al responsable de archivo de las historias que por causa justificada han sido retenidas.		
17	Cuenta con un inventario anual resumido de historias clínicas.		
18	Se encuentran custodiados los formatos de las historias clínicas que son propuestas a eliminar o fueron eliminadas.		

19	El archivo periférico se fumiga periódicamente (cada seis meses).		
20	Dispone de un plan de prevención, seguridad y recuperación de archivos, ejecutando las acciones consideradas anualmente.		

FICHA N° 07

Nombre del Indicador	<i>Historia Clínica con codificación en base al número de DNI del usuario.</i>				
Definición	Es el procedimiento administrativo a través del cual se apertura la codificación de la historia clínica al usuario de salud denominado “nuevo”, utilizando el número de su Documento Nacional de Identidad – DNI. Los usuarios en salud nuevos son aquellos que por primera vez acuden al Establecimiento de Salud para hacer uso de un servicio de salud. De acuerdo al Decreto Legislativo N° 1306, los Establecimientos de salud del país y los servicios médicos de apoyo implementarán de manera progresiva la identificación única de los usuarios en las historias clínicas, usando para este fin, el número del Documento Nacional de Identidad para el caso de nacionales, el carnet de extranjería para los extranjeros residentes, y el pasaporte o el documento de identidad extranjero para el caso de extranjeros en tránsito.				
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado
Propósito	Asegurar la apertura de la historia clínica individualizada mediante la identificación estándar de usuario de salud a través de su número de DNI, que corresponde a una persona nacida en territorio peruano o a una persona nacionalizada en el país.				
Justificación	La propuesta del indicador está orientado a medir la implementación progresiva de lo señalado en la Segunda Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que Optimiza Procesos Vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.				
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Número de historias clínicas con codificación en base al número de DNI del usuario}}{\text{Total de historias clínicas nuevas abiertas}} \times 100$				

Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de historias clínicas nuevas que fueron aperturadas con la codificación correspondiente al número de DNI, las cuales se seleccionarán en correspondencia al periodo de medición. Denominador: Es número total de historias clínicas nuevas abiertas de las IPRESS que corresponden al mismo periodo de medición.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Reporte de Admisión	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	95.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	10.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 2.5% anual		
Área responsable	Servicio de Admisión		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 08

Nombre del Indicador	<i>Historia Clínica con registro completo y correcto en el Establecimiento de Salud.</i>
Definición	Es el grado en la cual la historia clínica cumple con los requisitos establecidos para el registro completo y correcto, según los ítems relacionados a su contenido (estructura), identificando igualmente la coherencia y consistencia del registro de las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por el usuario de salud, los cuales están avalados de manera formal por la firma y sello del profesional de salud que brindaron la atención. La calidad del registro correcto y completo de las historias clínicas se evalúa a través de la auditoría, el cual le es aplicable para el caso de historias clínicas manuscritas y electrónicas, según corresponda.

Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Determinar la calidad del registro de las historias clínicas, en correspondencia a las prestaciones o servicios ofertados y recibidos por los usuarios de salud en los Establecimientos de Salud, en el marco de lo establecido en la norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.					
Justificación	Permite realizar el monitoreo periódico de la calidad del registro de las prestaciones ofertadas y brindadas por los profesionales de salud al usuario de salud; verificando igualmente la coherencia y consiste del mismo.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Historias clínicas auditadas con registro completo}}{\text{Total de historias clínicas auditadas}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de historias clínicas que luego de la revisión sistemática cumplen con el registro completo de todos los ítems considerados en los formatos de atención según tipo de prestaciones y ciclo de vida brindados a los usuarios en salud, la cual se realizada a través de la auditoría. Denominador: Es número de historias clínicas auditadas en el Establecimiento de Salud, que corresponden al mismo periodo de evaluación.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					
Fuente	Historia clínica auditada	Periodicidad		Trimestral		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada		90.0%		
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		15.0%		
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 5.0% anual					
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.					
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.					

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 09

Nombre del Indicador	<i>Establecimientos de Salud que han implementado un Sistema Integrado de Registro de citas y usuarios SIG-CU.</i>					
Definición	Un Sistema Integrado de Registro de Citas y Usuarios permite mejorar la calidad de la atención en el servicio de admisión, reduciendo el tiempo de espera y facilitando el acceso a los servicios de salud y lograr un mayor nivel de satisfacción del usuario.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X
Propósito	Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en Salud, este indicador nos permitirá determinar la calidad del registro de los usuarios de salud en los Establecimientos de Salud.					
Justificación	Permite realizar el monitoreo periódico de la calidad del registro de los usuarios de los servicios de salud, así como del registro de las atenciones que los Establecimientos les brindan a los usuarios.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Establecimientos de Salud con SIG – CU impleme}}{\text{Establecimientos de Salud evaluados}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de Establecimientos de Salud que han cumplido con los criterios para calificar como Establecimiento de Salud que ha implementado su Sistema Integrado de Gestión de Citas y Usuarios (SIG-CU) en el periodo de evaluación. Ello significa haber obtenido un valor igual o superior al 80% en el cálculo del promedio ponderado de los indicadores (I_p) consignados en el Plan para la implementación de un sistema integrado de gestión y registro de citas y usuarios (SIG-CU) en los establecimientos de salud de la microred de salud Zamácola Denominador: Es el número de Establecimiento de Salud que fueron evaluados en el mismo periodo de evaluación.					

Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Informe Equipo de Gestión del Plan de Implementación	Periodicidad	Anual
Aplicabilidad	De aplicación a la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	85.0%	Meta Esperada	90.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	15.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 2.5% anual		
Área responsable	Comité de Gestión y Comité de Mejora de la Calidad.		
Área a reportar	Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0% Para el cálculo del promedio ponderado se usa la fórmula siguiente: $I_p = \sum_{i=1}^n \frac{(I_i * P_i)}{100}$		

FICHA N° 10

Nombre del Indicador	<i>Establecimientos de Salud que han implementado la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes.</i>			
Definición	El SIHCE e-Qhali permite mejorar la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud, permitiendo disponer su Historia Clínica Electrónica en cualquier Establecimiento de Salud donde el usuario sea atendido, en especial niños, adolescentes y gestantes.			
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	Resultado X
Propósito	Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en Salud, este indicador nos permitirá determinar la calidad de la gestión de la Historia Clínica Electrónica en los Establecimientos de Salud.			

Justificación	El despliegue del SIHCE e-Qhali permitirá que los usuarios de los Establecimientos de Salud tengan su información clínica interconectada con el RENHICE, lo que hará posible construir su HCE en el momento que la necesiten.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Establecimientos de Salud con SIHCE e - Qhali in}}{\text{Establecimientos de Salud existente}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de Establecimientos de Salud que han cumplido con los criterios para calificar como Establecimiento de Salud que ha implementado el SIHCE e-Qhali en el periodo de evaluación. Ello significa un valor igual o superior al 80% en el cálculo del promedio ponderado de los indicadores (Ip) consignados en el Plan para la implementación de la historia clínica electrónica para el seguimiento y monitoreo de niños, adolescentes y gestantes Denominador: Es el número de Establecimiento de Salud que fueron evaluados en el mismo periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ & = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$		
Fuente	Informes de monitoreo y supervisión CLI	Periodicidad	Anual
Aplicabilidad	De aplicación a la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	85.0%	Meta Esperada	90.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	15.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 2.5% anual		
Área responsable	Comité de Gestión y Comité de Mejora de la Calidad.		
Área a reportar	Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0% Para el cálculo del promedio ponderado se usa la fórmula siguiente: $I_p = \sum_{i=1}^n \frac{(I_i * P_i)}{100}$		

FICHA N° 11

Nombre del Indicador	<i>Establecimientos de Salud que han adecuado e implementado satisfactoriamente los servicios de admisión, triaje y archivo.</i>					
Definición	Es el grado en que la Microred de Salud Zamácola ha cumplido con adecuar e implementar satisfactoriamente los servicios de admisión, triaje y archivo en sus Establecimientos de Salud para que puedan responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la población y las prioridades de las políticas sanitarias sectoriales, facilitando el acceso de los pacientes a los servicios de salud y mejorando la calidad de atención, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X
Propósito	Establecer el nivel de cumplimiento de las actividades conducentes a mejorar el funcionamiento de los servicios de admisión, triaje y archivo en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con la intención de coadyuvar a reducir los altos índices de anemia infantil.					
Justificación	Permite conocer si los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola han adecuado e implementado adecuadamente sus servicios de admisión, triaje y archivo y por tanto van a permitir Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en Salud, así como incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{EESS que adecuan e implementan sus servicios}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de Establecimientos de Salud que han logrado adecuar e implementar satisfactoriamente sus servicios de admisión, triaje y archivo en el periodo de evaluación. Ello significa alcanzar un valor igual o superior al 80% en el cálculo del promedio ponderado de los indicadores (I_p) consignados en el presente Plan de Gestión (de la Ficha 01 a la Ficha 10).					

	Denominador: Es número de Establecimientos de Salud que conforman la Microred de Salud Zamácola.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Informes de los servicios involucrados	Periodicidad	Anual
Aplicabilidad	De aplicación a la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	90.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 5.0% anual		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0% Para el cálculo del promedio ponderado se usa la fórmula siguiente: $I_p = \sum_{i=1}^n \frac{(I_i * P_i)}{100}$		

DOCUMENTO TÉCNICO

**“PLAN PARA LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA INTEGRADO DE
GESTIÓN Y REGISTRO DE CITAS y USUARIOS (SIG-CU) EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED DE SALUD ZAMÁCOLA”**

1. INTRODUCCIÓN.

La Microred de Salud Zamácola se encuentra conformada por cinco Establecimientos de Salud del I Nivel de Atención y tiene la misión de prestar servicios de salud con calidad, equidad y eficiencia a través del personal de salud debidamente capacitado, de manera multidisciplinaria.

Nuestra realidad nos muestra que la demanda de atención en los servicios de salud supera ampliamente la oferta disponible en los mismos, lo que genera diversos problemas entre los que se puede mencionar la reducción en el acceso de la población, en especial de grupos vulnerables, así como a la generación de “colas” o líneas de espera, exponiendo a la población a la pérdida de oportunidades, incrementando su vulnerabilidad y la exposición a otros peligros secundarios como ser víctimas de la delincuencia.

Entre los factores que afectan negativamente en el tiempo de espera o causan la demora en la atención ambulatoria de consulta externa están entre otros:

- Retraso en la apertura de las Cajas.
- Insuficiente personal administrativo y asistencial.
- Retraso en la entrega de la Historia Clínica en el consultorio.
- Requerimiento de llenado de formatos en el servicio de admisión de forma manual.
- La resistencia de parte del personal a cumplir con la cita horaria, exigiendo a los pacientes que lleguen temprano “porque entrarán en orden de llegada”
- Demora en el inicio de la atención por retraso o inasistencia del profesional programado en los diversos servicios (admisión, triaje, archivo) y consultorios.
- Ingreso de pacientes con “cita adicional” a la consulta antes que el paciente oportunamente programado.

- Prioridad de atención al paciente “pagante” antes que los pacientes asegurados al SIS.
- El enlentecimiento del sistema informático en las horas de mayor demanda y uso de diversas plataformas de verificación.
- Retraso en la búsqueda de Historias Clínicas, por mala gestión de las mismas (archivo errado, retención en consultorios, ausencia de registro de usuarios, duplicados, etc.)
- Asistencia de los pacientes desde tempranas horas, a pesar que se les programa la cita con horario definido. Limitada disponibilidad de consultorios funcionales en turno vespertino por falta de personal asistencial para su implementación
- Resistencia de los usuarios a aceptar ser atendidos en turno vespertino

Los lineamientos de Política en salud promueven el acceso a servicios de calidad con calidad como condición indispensable para el desarrollo humano, por ello y en el contexto de la Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS, Directiva Administrativa para la Elaboración e Implementación del Plan “Cero Colas” en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) adscritas al Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, aprobada por la Resolución Ministerial N° 811-2018/MINSA, se presenta la propuesta de “Plan para la implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de Citas y Usuarios (SIG-CU), con la intención de reducir el tiempo de espera para la atención oportuna evitando la generación de colas en el servicio de admisión de los diversos Establecimientos de Salud, logrando de esta manera una mayor satisfacción de los usuarios y sobre todo ampliar las coberturas de atención a los grupos priorizados – niños y gestantes – en las intervenciones sanitarias priorizadas contenidas en el Plan Nacional de Control y Reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia infantil y de la gestante.

2. FINALIDAD.

Contribuir a mejorar la calidad de la atención brinda a los usuarios de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola, reduciendo significativamente el tiempo de espera de los pacientes que acuden

a ellos para acceder a una prestación de salud, así como, reducir la brecha existente entre la oferta y demanda de atención en los servicios de salud.

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

- Mejorar la calidad de la atención en el servicio de admisión, reduciendo el tiempo de espera y facilitando el acceso a los servicios de salud, en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

3.2. Objetivos Específicos.

- Garantizar la atención oportuna a los usuarios que acuden a atenderse en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.
- Optimizar los procesos técnico-administrativos relacionados al servicio de admisión para la atención de los pacientes en consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico de los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.
- Fortalecer los recursos humanos y recursos tecnológicos en el servicio de admisión de los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola.

4. METAS.

Las actividades a realizarse en el presente plan están orientadas a cumplir con las siguientes metas:

- Implementar la Ventanilla única Integrada, para pacientes SIS y No SIS, en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.
- Reducir el tiempo de espera en el servicio de admisión para la atención de los pacientes en consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico.
- Incrementar la satisfacción del usuario externo en la atención por consulta externa y servicios de apoyo al diagnóstico.
- Reducir el porcentaje de quejas y/o reclamos por la falta o pérdida de las historias clínicas de los usuarios.

5. ACTIVIDADES.

Para el logro de los objetivos y metas propuestas, se debe cumplir con las siguientes actividades:

➤ **1^{er} Objetivo específico.** *Garantizar la atención oportuna a los usuarios que acuden a atenderse en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

- Fomento de la puntualidad del personal de salud que labora en los servicios de admisión y servicios asistenciales (consulta externa y apoyo al diagnóstico).
- Elaboración la programación de turnos de los servicios asistenciales (consulta externa y apoyo al diagnóstico) con un mínimo de 2 meses de anticipación.
- Supervisión del cumplimiento de la programación de los turnos de atención en los servicios asistenciales (consulta externa y apoyo al diagnóstico).
- Establecimiento de un horario diferenciado de atención para los servicios de admisión, triaje y archivo.
- Información adecuada a los usuarios para que el día de su cita acudan con solo 30 minutos de anticipación.
- Promoción de la asistencia de los usuarios para su atención en el turno vespertino (tarde).

➤ **2^{do} Objetivo específico.** *Optimizar los procesos técnico-administrativos relacionados al servicio de admisión para la atención de los pacientes en consultorios externos y servicios de apoyo al diagnóstico de los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.*

- Gestión de las citas y del registro de los usuarios mediante un software de gestión debidamente acreditado (e-QHALI o SISGALEN Plus).
- Implementación de la Ventanilla Única Integrada.
- Recepción de solicitudes de citas por diversas plataformas propias: Presencial, Portal Web, Aplicativos Android, Call Center, así como las provenientes de REFCON y Teleatiendo.
- Implementación de una Intranet a fin de optimizar el flujo de información entre los diversos Establecimientos de Salud.
- Gestión oportuna de la FUA en pacientes SIS.

- Distribución de las Historias Clínicas a los servicios asistenciales (consulta externa y apoyo al diagnóstico) previo al inicio del turno.
 - Fortalecimiento de la gestión y control de las Historias Clínicas.
 - Elaboración de manuales y guías de atención para la gestión de citas, registro de usuarios y gestión de la historia clínica.
 - Implementación y mejora de la señalética en el Servicio de Admisión.
- **3^{er} Objetivo específico.** *Fortalecer los recursos humanos y recursos tecnológicos en el servicio de admisión de los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola.*
- Capacitación al personal de salud administrativo y asistencial de manera continua y permanente.
 - Fortalecimiento y mejora de los equipos informáticos del servicio de admisión.

6. INDICADORES DE DESEMPEÑO.

Se proponen los siguientes indicadores:

- Indicadores de Resultados. Cada indicador tiene un peso ponderado de
- Nivel de satisfacción de los usuarios en la consulta externa
Fuente de datos: Encuesta
Meta esperada: Superior al 90%
Valor umbral: 80%
Periodicidad: Semestral
Peso ponderado: 20%
 - Porcentaje de usuarios externos satisfechos con el trato recibido
Fuente de datos: Encuesta
Meta esperada: Superior al 90%
Valor umbral: 80%
Periodicidad: Semestral
Peso ponderado: 20%
 - Porcentaje de usuarios internos (trabajadores) satisfechos
Fuente de datos: Encuesta
Meta esperada: Superior al 90%
Valor umbral: 80%

Periodicidad: Semestral

Peso ponderado: 20%

➤ Indicadores de Procesos

- Porcentaje de Historias Clínicas disponibles

Fuente de datos: Hoja de verificación

Meta esperada: Superior al 95%

Valor umbral: 90%

Periodicidad: Mensual

Peso ponderado: 10%

- Tiempo de espera para la atención en el servicio de admisión

Fuente de datos: Medición del tiempo de espera

Meta esperada: Inferior a 20 minutos

Valor umbral: 30 minutos

Periodicidad: Trimestral

Peso ponderado: 10%

- Tiempo de espera para la atención en el servicio de medicina

Fuente de datos: Medición del tiempo de espera

Meta esperada: Inferior a 45 minutos

Valor umbral: 60 minutos

Periodicidad: Trimestral

Peso ponderado: 10%

- Tiempo de espera para la atención en el servicio de enfermería

Fuente de datos: Medición del tiempo de espera

Meta esperada: Inferior a 45 minutos

Valor umbral: 60 minutos

Periodicidad: Trimestral

Peso ponderado: 10%

Para el cálculo del indicador (porcentaje de cumplimiento) se utilizará la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$$

Un valor negativo se considera como un porcentaje de cumplimiento del 0.0%.

7. ORGANIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN.

De acuerdo a lo dispuesto en la Directiva Administrativa N° 251-MINSA/2018/DGOS, se realizarán las siguientes acciones:

- Conformación del Equipo responsable de la elaboración y gestión del plan.
- Recolección de datos, información estadística, indicadores.
- Análisis de la información.
- Planteamiento de objetivos.
- Elaboración del plan.
- Aprobación del plan por el ente regulador (autoridad de salud).
- Difusión y socialización del plan al personal de salud asistencial y administrativo.
- Reuniones de trabajo en el Comité de Gestión para la evaluación de las actividades.
- Reuniones con el equipo de informática para verificar y coordinar el avance de las actividades.
- Reuniones con los responsables de las oficinas de seguros para coordinación y evaluación de actividades
- Informes y reportes por parte de los responsables de los Establecimientos, para su consolidación y envío a las instancias superiores.

8. CRONOGRAMA.

FASES DEL PLAN	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PRIMER AÑO											
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
FASE DE PLANIFICACIÓN	Establecer línea de base de los indicadores	Comité de calidad		X	X									
	Reuniones de trabajo para elaborar el Plan	Equipo Ad-hoc		X	X									
	Aprobación del Plan por el Comité de Gestión	Comité de Gestión			X									

FASE DE EJECUCIÓN O IMPLEMENTACIÓN	Implementar el software de gestión y la ventanilla única	Servicio Admisión Estadística			X												
	Mejorar el proceso de orientación e información al usuario externo	Comité de calidad			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
FASE DE SEGUIMIENTO	Medición de indicadores de tiempo de espera	Comité de calidad Estadística						X									X
	Aplicación de encuestas	Comité de calidad Estadística						X									X
	Medición de la satisfacción al usuario	Comité de calidad Estadística						X									X
FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS	Informes trimestrales	Responsable del Establecimiento						X				X					X
FASE DE INSTITUCIONALIZACIÓN	Institucionalización	Comité de Gestión														X	

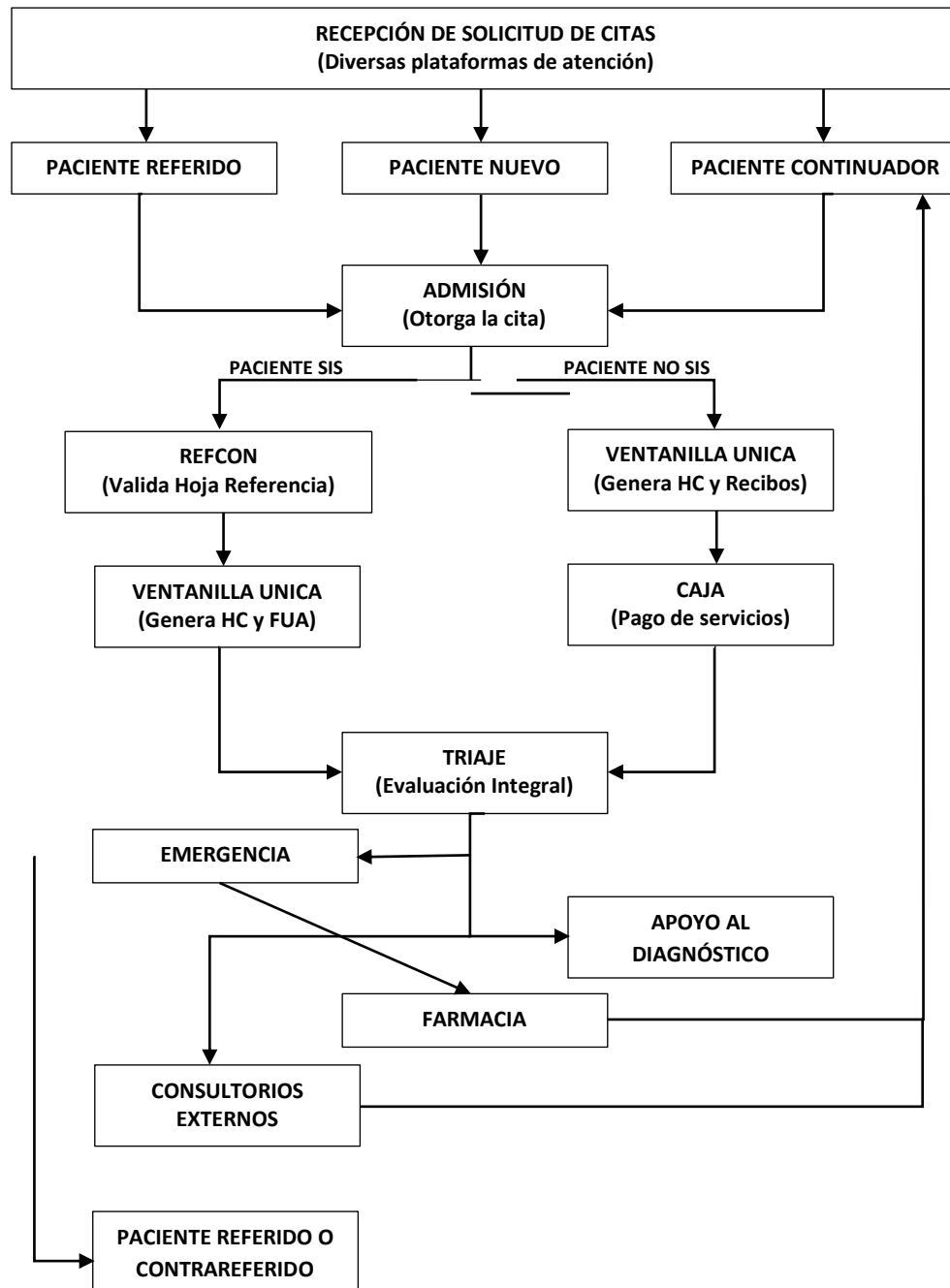
La fase de seguimiento tendrá evaluaciones semestrales cada año, mientras que la evaluación de la fase de resultados será con una periodicidad anual (con informes trimestrales).

9. PRESUPUESTO.

El presupuesto destinado al presente Plan estará en función a los requerimientos y necesidades propias de cada Establecimiento de Salud y provendrá de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias.

10. ANEXOS.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS



DOCUMENTO TECNICO
“PLAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
ELECTRÓNICA PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE NIÑOS,
ADOLESCENTES Y GESTANTES”

1. INTRODUCCIÓN.

La desnutrición crónica infantil y la anemia aguda infantil y en la gestante, requiere de intervenciones sanitarias oportunas, eficientes y eficaces y para ello es indispensable un buen sistema de registro de información que permita la toma adecuada de decisiones y el planteamiento de estrategias que puedan ayudar a su reducción y control. Teniendo en cuenta que la historia clínica consigna las prácticas y los procedimientos aplicados al paciente para resolver un problema de salud, con el fin de prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación de una persona, familia y comunidad, y que en la actualidad con el uso de las tecnologías de información y comunicación en el Sistema de Salud se optimizará la calidad y la eficiencia de las prestaciones de salud, de la investigación y del conocimiento, lo cual repercutirá en mejorar el acceso a la atención de salud de los ciudadanos y también en la calidad de la atención de salud, en especial en los grupos más vulnerables.

En el presente plan se establecerá los procedimientos técnicos y administrativos para la implementación de la Historia Clínica Electrónica, en la Microred de Salud Zamácola, así como, para el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado; en correspondencia con el conjunto de prestaciones que se ofertan y reciben los usuarios de salud, para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes, lo cual redundará positivamente en el control y la reducción de la anemia infantil y de la gestante. El Ministerio de Salud, mediante la Resolución Ministerial N° 1344-2018/MINSA, aprobó el Documento Técnico: “El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali para el Primer Nivel de Atención”, el cual fue desarrollado considerando el uso de las identificaciones estándar de Datos de Salud, los catálogos oficiales del sector y el acceso en línea. El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-

Qhali – cuenta con componentes para la gestión de la información asistencial y administrativa. Complementariamente, se integra a otros sistemas de información del sector salud.

Las ventajas que brinda la implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e- Qhali – son la simplificación administrativa y optimización de los procesos reduciendo el uso de diversos formatos impresos (Hojas HIS, FUA, Hoja de Referencia, entre otros), y que se facilite el reporte y análisis de la información integrada de calidad tanto clínica como administrativa

2. FINALIDAD.

Contribuir a mejorar la calidad de la atención que se brinda a los usuarios de los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola, a través de la implementación de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento del niño, adolescente y gestante con un adecuado manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas Electrónicas y la protección de los intereses legales de los usuarios (en especial de niños, adolescentes y gestantes).

3. OBJETIVOS.

3.1. Objetivo General.

- Implementar un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali – en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

3.2. Objetivos Específicos.

- Establecer las fases y actividades para la implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali – en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.
- Establecer los requisitos mínimos y los instrumentos para la implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali – en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

4. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27269 – Ley de Firmas Digitales.

- Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales.
- Ley N° 29414 – Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 30024 – Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas
- Decreto Legislativo N° 1161 – Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1306 – Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 625-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional de implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali para el primer nivel de atención 2019-2021”.
- Resolución Ministerial N° 618-2019/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Plan de Implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas RENHICE”.
- Resolución Ministerial N° 1344-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali para el primer nivel de atención.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica en Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”
- Resolución Ministerial N° 120-2017/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 230-MINSA/2017/OGTI, Directiva Administrativa que establece los estándares y criterios técnicos para el desarrollo de los sistemas de información en salud.
- Resolución Ministerial N° 978-2016/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 221-MINSA/2016/OGTI “Directiva Administrativa que autoriza el uso de la firma digital en los actos médicos y actos de salud”.

5. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Acto de Salud.** Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el Médico Cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad.
- **Acto Médico.** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Alta.** Es el egreso de un paciente vivo de la Microred de Salud Zamácola, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otro Centro de Salud o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- **Archivo Activo de Historias Clínicas.** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que son requeridas con frecuencia por los pacientes, y que se mantiene allí hasta por 5 años después de la última atención recibida por el paciente.
- **Archivo Común de Historias Clínicas.** Es el archivo que integra a las historias clínicas clasificadas y organizadas según frecuencia de su uso, denominándose: archivo activo y archivo pasivo.
- **Archivo Especial.** Es el archivo asignado para las historias clínicas de casos médico-legales y de interés científico o histórico; asimismo se incorporan las historias clínicas de pacientes con cáncer ocupacional.
- **Archivo Pasivo de Historias Clínicas.** Es el repositorio físico que permite almacenar las historias clínicas que no han sido requeridas por más de 5 años por los pacientes desde su última atención. En este archivo también están consideradas las historias clínicas parcialmente eliminadas, las que contiene los formatos no eliminados (por ejemplo:

formato de consentimiento informado, formato de anestesia, epicrisis, informes de alta y otros según pertinencia).

- **Atención de Salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Carpeta Familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Comité Evaluador de Documentos – CED.** Es el designado por la más alta autoridad institucional, encargada de conducir el proceso de formulación del Programa de Control de Documentos, de eliminación de documentos y de transferencia documental.
- **Comité Institucional de Historia Clínica.** - Es el equipo de profesionales del área asistencial y administrativa, designados por la dirección o jefatura de la Microred de Salud Zamácola. Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de la normatividad sobre la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.
- **Consentimiento Informado.** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios³, lo

cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.

- **Datos Personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Diagnóstico Definitivo.** Es aquel diagnóstico final, que se realiza a un paciente, aportados por medios clínicos y respaldados por los resultados de los exámenes auxiliares, de corresponder.
- **Diagnostico Presuntivo.** Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. Una vez formuladas las hipótesis diagnósticas iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás.
- **Diagnostico Repetitivo.** Es aquel dado al paciente que recibe una prestación como parte del seguimiento o control por un diagnóstico ya identificado y reportado previamente.
- **Eliminación de Documentos.** Es el procedimiento archivístico que consiste en la destrucción de los documentos autorizados expresamente por el Archivo General de la Nación.
- **Epicrisis.** Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó por el ingreso del paciente a la Microred, que debe de realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica, referido a la Epicrisis, contenido en la presente Norma Técnica de Salud.
- **Establecimiento de Salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de la Microred de Salud Zamácola y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.

- **Firma Digital.** Es la firma electrónica que utiliza una técnica de criptografía asimétrica, basada en el uso de un par de claves único; asociadas una clave privada y una clave pública relacionadas matemáticamente entre sí, de tal forma que las personas que conocen la clave pública no pueden derivar de ella la clave privada.
- **Firma Electrónica.** Es cualquier símbolo basado en medios electrónicos utilizados o adoptado por una parte con la intención precisa de vincularse, autenticar y garantizar la integridad de un documento electrónico o un mensaje de datos cumpliendo todas o algunas de las funciones características de una firma manuscrita. Se incluye dentro de esta definición a la firma o signatura informática.
- **Historia Clínica.** - Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por la Microred de Salud Zamácola.
- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica Informatizada.** - Es la historia clínica soportada en medios electrónicos que permiten su almacenamiento, actualización y recuperación, en una amplia gama de posibilidades para el uso de la información clínica, procesos y metodologías estandarizadas. Dicha historia clínica no utiliza la firma digital para refrendar su contenido.

- **Información Clínica.** Es toda información contenida en una historia clínica electrónica o física, que registra el profesional de la salud que atiende al paciente, concerniente a la salud pasada, presente o pronosticada, física o mental, de una persona, incluida la información complementaria (resultados de exámenes auxiliares y otros). No incluye los datos de filiación contenidos en la historia clínica. De acuerdo con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, la información clínica constituye datos sensibles.
- **Médico Tratante.** - Es el profesional médico que, siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento. En la Microred de Salud Zamácola que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico Jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.
- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en la Microred de Salud Zamácola por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Programa de Control de Documentos.** Es un documento de gestión archivística que establece las series documentales que produce o recibe una entidad pública como resultado de sus actividades, precisando el número de años que deben conservarse y los periodos de retención en cada nivel de archivo hasta su transferencia al Archivo

General de la Nación o su eliminación. Está a cargo del responsable del Órgano de Administración de Archivos.

- **Series Documentales.** Es el conjunto de documentos que poseen características comunes, el mismo tipo documental o el mismo asunto y, por consiguiente, son archivados, usados y pueden ser transferidos, conservados o eliminados como unidad. En correspondencia a la relevancia de su contenido se identifican dos series documentales: 1. Historias Clínicas del Archivo Común y 2. Historias Clínicas del Archivo Especial.
- **Tratamiento de Datos Personales.** Es el conjunto de documentos que poseen características comunes, el mismo tipo documental o el mismo asunto y, por consiguiente, son archivados, usados y pueden ser transferidos, conservados o eliminados como unidad. En correspondencia a la relevancia de su contenido se identifican dos series documentales: 1. Historias Clínicas del Archivo Común y 2. Historias Clínicas del Archivo Especial.
- **Transferencia Documental.** Es un procedimiento archivístico que consiste en el traslado de los documentos de un archivo a otro, luego del vencimiento de los periodos de retención establecidos en el Programa de Control de Documentos.
- **Usuario de Salud.** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.

5.2. ESTADO SITUACIONAL.

En la actualidad, cuando un paciente o un usuario de salud acude a una IPRESS, pública, privada o mixta, para ser atendido, requiere contar con una historia clínica. En nuestro país, casi todas las historias clínicas son manuscritas. Si el paciente acude por primera vez a una IPRESS se procede a abrir una nueva historia clínica, lo cual implica registrar datos (administrativos y clínicos) en formularios que son parte de la historia clínica. Por otro lado, cuando acude en una siguiente oportunidad, el personal no ubica su HCM, por lo que procede a repetir el registro de datos. Asimismo, el procedimiento se repite, cuando un paciente cambia de

domicilio, cambia de IPRESS o se encuentra en cualquier otra parte del país. Actualmente, un paciente tiene tantas historias clínicas como IPRESS visita y en una misma IPRESS puede tener más de una. En efecto, el llenado de HCM ocasiona pérdida de horas de recurso humano en las IPRESS. Frente a este problema, el Estado necesita implementar la historia clínica electrónica (HCE), que ofrece muchas ventajas frente a la HCM. En nuestro país, ya existen experiencias de uso de HCE con diferentes grados de desarrollo y se prevé en el corto y mediano plazo, contar con HCE en las IPRESS del Sector Salud.

Sin embargo, contar con HCE en todas o la mayoría de IPRESS no resolvería el problema de la multiplicidad de historias clínicas si no se cuenta con un sistema informático que permita consultar las HCE que pudiera tener una persona en los establecimientos de salud del país. Este problema obedece a la fragmentación del sistema de salud en el Perú, en subsectores responsables de diferentes segmentos de la población (MINSA, Gobiernos Regionales, EsSalud, FFAA y FFPP), cada uno de los cuales tiene grados de avance distintos en el desarrollo e implementación de sistemas informáticos de registro de información clínica, independientes entre sí y no estandarizados semántica y técnicamente. Al no existir una sola historia clínica electrónica o un mecanismo que la agrupe, no se cuenta con la información necesaria para contribuir a brindar una atención integral de salud de calidad.

Mediante la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y su modificatoria, se creó el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE). Una vez implementado el RENHICE, su contenido estará expresado en un repositorio o banco de datos de historias clínicas electrónicas a modo de respaldo, el cual será gestionado por el Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud es el titular de dicha base de datos. Además de asegurar la disponibilidad de la información clínica contenida en las HCE para la continuidad de la atención, ésta permitirá organizar y mantener el registro de las HCE de cada IPRESS, estandarizando los datos administrativos y clínicos, así como las funcionalidades de los sistemas que soportan las HCE.

En los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola no se ha logrado a la fecha implementar de manera adecuada un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas – SIHCE e-Qhali –, en especial para el seguimiento y monitoreo de niños, adolescentes y gestantes.

5.3. DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL RENHICE.

Una de las principales razones para adoptar la Historia Clínica Electrónica - HCE es para mejorar la calidad y el acceso a la información que permita contribuir tanto a la calidad en el cuidado de salud, como a optimizar costos y al uso eficaz y eficiente de sus recursos. En este contexto, la HCE actúa como base para fortalecer las acciones individuales y contribuir con la gestión de los servicios de salud.

La implementación del RENHICE implica no solo establecer el proceso de acreditación de los SIHCE, y el diseño, puesta en funcionamiento y operación de la infraestructura tecnológica por parte del Ministerio de Salud; implica también que los establecimientos de salud de todos los subsectores cuenten con infraestructura y equipamiento necesario, conectividad a internet en capacidad suficiente para soportar el tráfico de datos (que se irá incrementando en tanto vayan aumentando las funcionalidades y los datos que se guardarán en el repositorio nacional), un SIHCE que cumpla los requisitos mínimos, y en particular con personal de salud, profesionales, técnicos y administrativos debidamente capacitados y motivados, de modo que en su conjunto se tenga un sistema seguro de conexión, acceso y uso de la HCE del paciente. Finalmente, el ciudadano debe estar alfabetizado digitalmente para poder hacer uso de los nuevos servicios que la tecnología hará posible.

5.4. FASES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SIHCE e-QHALI.

La implementación del SIHCE e-Qhali consta de cuatro (04) fases:

- Fase de preparación.
- Fase de Planificación.
- Fase de Ejecución.

- Fase de Seguimiento y Monitoreo.

Para cada fase se establecerán las actividades a realizarse, así como la identificación de los responsables, participantes, unidades de medida, línea base, metas y presupuestos.

Se debe cumplir con los hitos y plazos por fase y actividad principal según normatividad.

5.5.DE LA CONFIDENCIALIDAD DEL RENHICE Y LA PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES DE SALUD

Para la implementación del presente Plan debe tenerse en cuenta, en todas sus fases, los siguientes criterios:

- Todos los que intervengan en la gestión de la información contenida en el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas están obligados a guardar confidencialidad respecto de este, de conformidad con el numeral 6) del artículo 2 de la Constitución Política del Perú; la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y demás normas, bajo responsabilidad administrativa, civil o penal, según sea el caso.
- Los Datos Personales en Salud son todos aquellos referidos a la situación de salud o enfermedad de una persona, y que la identifica y la hace identificable individualmente.
- Los Datos Personales en Salud según la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública es considerada como datos sensibles, lo que significa que para su tratamiento necesariamente se debe de obtener el consentimiento por escrito del titular de dichos Datos Personales en Salud.
- Los Datos Personales en Salud están amparados por la Constitución Política del Perú, como un Derecho Fundamental de los ciudadanos, por tanto, no pueden ser difundidos, ni tratados de manera que se vulnere la debida reserva y confidencialidad de éstos.
- Las limitaciones al ejercicio del derecho fundamental a la protección de datos personales solo pueden ser establecidas por ley, respetando su contenido esencial y en tanto se justifiquen en razón del respeto de

otros derechos fundamentales o bienes constitucionalmente protegidos.

- El conjunto de datos personales en salud conforma la información clínica contenida en las historias clínicas electrónicas la cual es propiedad de cada paciente; por tanto, su reserva, privacidad y confidencialidad es garantizada por el Estado, los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo.
- El Ministerio de Salud protege y defiende la salud de la población, como expresión del ejercicio de la Rectoría Sectorial por tanto garantiza el cumplimiento del derecho constitucional y fundamental de la protección de los Datos Personales de Salud de los usuarios de los servicios de salud en las IPRESS públicas, privadas y mixtos.
- Los funcionarios, directivos, servidores del Ministerio de Salud, u otra persona, cualquiera sea su relación laboral o contractual, que laboran o prestan servicios en las áreas administrativas o asistenciales, incluidos los funcionarios, directivos, servidores y personal que laboran o prestan servicios en los establecimientos de salud públicos, privados y mixtos, son responsables, de guardar confidencialidad de los datos personales de salud.
- La interoperabilidad de los sistemas de información de historias clínicas electrónicas — SIHCE no debe vulnerar el derecho de cada usuario a la protección de sus datos personales en salud.
- Todas las fases de implementación del RENHICE deben realizarse asegurando la confidencialidad de la identidad de los pacientes, así como la integridad, disponibilidad, confiabilidad, trazabilidad y no repudio de la información clínica, de conformidad con un sistema de gestión de seguridad de la información que debe evitar el uso ilícito o ilegítimo que pueda lesionar los intereses o los derechos del titular de la información, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables, bajo responsabilidad administrativa, civil o penal a la que hubiera lugar.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

Para lograr la implementación del Plan de Historias Clínicas Electrónicas para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes se deberá inicialmente realizar un diagnóstico de todos los equipos computacionales con los que cuenta la Microred de Salud Zamácola, posteriormente realizar reuniones de trabajo con el personal médico y administrativo con la finalidad de determinar las deficiencias que se encuentran dentro de la Microred de Salud Zamácola. Inicialmente se trabajará con los equipos computacionales aptos para dar inicio a la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas, progresivamente se deberá de implementar nuevos equipos.

Algo muy importante que se ha determinado en la implementación de las Historias Clínicas Electrónicas es el ordenamiento digital de todas las historias que se encuentran de manera física en la Microred de Salud Zamácola. Los operadores serán el personal asistencial y administrativo que viene laborando y son los encargados del llenado, trámite y archivo de las Historias Clínicas Electrónicas.

6.1. DE LA FASE DE PREPARACIÓN.

La fase de preparación incluye el conjunto de actividades y/o adecuaciones que permitan realizar la implementación progresiva del SIHCE e-Qhali.

Existen actividades transversales que incluyen la interiorización del proceso, la alfabetización digital continua, la implantación propiamente dicha, así como el uso de certificados digitales por parte de los profesionales de la salud para firmar digitalmente los formatos de la historia clínica. Las actividades a realizar son las siguientes:

- Participar en la realización del análisis de factibilidad para la implementación del SIHCE e-Qhali.
- Gestionar las acciones necesarias para disponer de una infraestructura física adecuada, así como también las acciones necesarias para disponer de equipamiento informático adecuado
- Conformación del Comité Local de implementación (CLI), tanto a nivel de la Microred como en cada Establecimiento de Salud.

- Generación del Acta de Instalación del Comité de Implementación de cada Establecimiento de Salud, para proceder oficialmente con las acciones correspondientes.
- En cada Establecimiento de Salud, el Comité Local de Implementación, responsable de las acciones para la implementación de los componentes de la SIHCE e-Qhali, están conformado por:
 - ~ Responsable del Establecimiento de Salud.
 - ~ Responsable de Personal.
 - ~ Responsable del Servicio de Enfermería.
 - ~ Responsable del Servicio de Obstetricia.
 - ~ Responsable del Servicio de Admisión.
 - ~ Responsable del Servicio de Estadística e Informática.

6.2. DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN.

- Solicitar y gestionar ante la GERESA la oficialización de los Comités Locales de Implementación en los Establecimientos de Salud.
- Elaboración de un documento con los nombres completos, N° de DNI, cargo, teléfono móvil, teléfono fijo y correo electrónico de los integrantes del Comité Local de Implementación en cada Establecimiento de Salud para su remisión a la GERESA.

6.3. DE LA FASE DE EJECUCIÓN.

- Designar al personal de los Establecimientos de Salud que deben realizar de manera obligatoria la capacitación para el uso de los componentes del SIHCE e-Qhali mediante acto resolutivo.
- Participar de las capacitaciones dirigidas al personal de los Establecimientos de Salud a través de las modalidades MOOC o e-learning.
- Participar activamente de la Implementación del SIHCE e-Qhali por parte del Equipo Regional de la GERESA.
- Brindar la información que sea requerida por parte del equipo Regional de la GERESA para completar la documentación señalada en los

Instrumentos para el análisis de factibilidad e implementación del SIHCE e-Qhali en los Establecimientos de Salud.

- Recibir asistencia técnica en los Establecimientos de Salud con el SIHCE e-Qhali implementado o en proceso de implementación, en materia de intervenciones sanitarias estratégicas por ciclo de vida, considerando los determinantes sociales de la salud.
- Recibir el acompañamiento durante el periodo inicial de funcionamiento del SIHCE e-Qhali por parte del equipo regional de la GERESA y de ser necesario del equipo nacional.

6.4. DE LA FASE DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO.

- Supervisar el uso de los componentes del SIHCE e-Qhali implementados y reportar los incidentes que ocurran en su funcionamiento. El personal de salud del Establecimiento de Salud es el responsable del correcto uso de los componentes de SIHCE e-Qhali, así como de informar al Responsable del Establecimiento de Salud de los incidentes que se presenten en su funcionamiento.
- Los responsables de los Establecimientos de Salud y los Comités locales de implementación son responsables de supervisar el uso de los componentes del SIHCE e-Qhali implementados, así como de realizar las gestiones necesarias para asegurar las condiciones necesarias para ello.
- Reportar inmediatamente al MINSA los incidentes que ocurran a través de las plataformas destinadas para ello (correo electrónico, línea telefónica o del componente de gestión de incidentes). El reporte deberá indicar el código y denominación del Establecimiento de Salud, el número de DNI, nombres y apellidos de la persona que reporta, el componente del SIHCE e-Qhali asociado y descripción del incidente.
- Registrar los formatos y documentos correspondientes en papel y refrendarlos con su firma manuscrita y sello, los mismos que deberán ser conservados en la Historia Clínica manuscrita correspondiente, cuando no existan las condiciones (energía eléctrica, acceso a internet, entre otros) o el sistema informático del SIHCE e-Qhali no se encuentre

disponible para el registro de la atención, los profesionales de la salud deberán registrar la atención en la Historia Clínica Manuscrita.

- Participar del monitoreo de la implementación del SIHCE e-Qhali y en la elaboración del informe mensualmente.
- Participar de la supervisión cuatrimestralmente los Establecimientos de Salud con el SIHCE e-Qhali implementado y en la elaboración del informe de la supervisión correspondiente.

7. ACTIVIDADES y PRESUPUESTO.

Las actividades, responsables, participantes, medios de verificación/unidades de medida, línea base, metas y presupuestos se detallan a continuación:

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	MEDIO DE VERIFICACIÓN	LÍNEA BASE	META	1er año	2º año	3er año
FASE DE PREPARACIÓN									
1	Realizar el análisis de factibilidad para la implementación del SIHCE e-Qhali	GERESA	EESS MINSA-OGTI MINSA-DGOS	Informe cuatrimestral de factibilidad enviado a DGOS	0	5	5	0	0
2	Solicitar la implementación del SIHCE e-Qhali	GERESA	EESS	Solicitud cuatrimestral de implementación enviada a OGTI-MINSA	0	5	5	0	0
3	Gestionar las acciones necesarias para disponer de una infraestructura	GERESA RSAC	EESS MINSA-DGOS	Informe cuatrimestral al Comité Nacional de implementación	0	5	5	0	0

	física adecuada								
4	Gestionar las acciones necesarias para disponer de equipamiento informático o adecuado	GERESA RSAC	EESS MINSA-DGOS	Informe cuatrimestral al Comité Nacional de implementación	0	5	5	0	0
5	Conformar el Comité Local de Implementación	Equipos de implementación nacional y regional	EESS	Acta de instalación del Comité Local de Implementación	0	5	5	0	0
FASE DE PLANIFICACIÓN									
6	Oficializar a los integrantes del Comité Local de Implementación	GERESA	EESS	Documento de designación	0	5	5	0	0
FASE DE EJECUCIÓN									
7	Realizar capacitaciones para el personal de los EESS a través de MOOC o e-learning	MINSA-ENSAP	MINSA-OGTI MINSA-DGOS GERESA RSAC EESS	Informe de realización de capacitación MOOC o e-learning en componentes del SIHCE e-Qhali	0	3	1	1	1
8	Implementar el SIHCE e-Qhali en los EESS de la MRZ	MINSA-OGTI GERESA	EESS	EESS con componentes SIHCE e-Qhali implementados	0	5	5	0	0

9	Brindar asistencia técnica a los EESS con el SIHCE e-Qhali implementado en intervenciones sanitarias por ciclo de vida	MINSA-DGIESP	RSAC EESS	Informe cuatrimestral de Asistencia Técnica	0	3	2	1	0
10	Acompañar al personal de los EESS durante el periodo inicial de funcionamiento del SIHCE e-Qhali	Equipos de implementación nacional y regionales	EESS	Acta de acompañamiento	0	20	12	6	2
FASE DE SEGUIMIENTO Y CONTROL									
12	Monitorear la implementación del SIHCE e-Qhali	GERESA	EESS	Informe mensual de monitoreo	0	36	12	12	12
13	Reportar los incidentes que ocurran en el uso del SIHCE e-Qhali	GERESA	EESS	Reporte cuatrimestral de incidentes	0	27	9	9	9
14	Supervisar los EESS con el SIHCE e-Qhali	GERESA	EESS	Informe cuatrimestral de supervisión	0	27	9	9	9

	implemen tado								
1 5	Supervisar el uso de los componentes del SIHCE e-Qhali y reportar los incidentes que ocurran en su funcionamiento	EESS	Comité de Gestión MRZ	EESS que usa componentes del SIHCE e-Qhali implementados	0	30	10	10	10

El presupuesto requerido para el desarrollo de las actividades correspondientes a los Establecimientos de Salud provendrá de las fuentes de financiamiento: Recursos Directamente Recaudados (RDR) y Donaciones y Transferencias (DyT).

8. FINANCIAMIENTO.

- Las actividades contenidas en el presente plan de implementación, bajo la responsabilidad de la Gerencia Regional de Salud Arequipa (GERESA) y la Red de Salud Arequipa Caylloma (RSAC), serán incluidas en los Planes Operativos Institucionales para asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios.
- La GERESA y la RSAC son responsables de hacer la previsión correspondiente en las etapas de programación y formulación presupuestal y, en la adecuación al Presupuesto Institucional de Apertura.

9. RESPONSABILIDADES.

- El Jefe de la Microred de Salud Zamácola, los Responsables de los Establecimientos de Salud junto con el Equipo de Implementación son responsables de realizar las acciones necesarias en coordinación con el equipo regional o nacional de implementación; luego del cierre de la

implementación, son responsables de monitorear y supervisar el adecuado uso del SIHCE e-Qhali y de informar al Comité Regional de implementación y monitoreo sobre el funcionamiento de los componentes implementados.

- El personal asistencial y administrativo de los Establecimientos de Salud son responsables del registro de información fidedigna y de salvaguardar la confidencialidad e integridad de la misma, según los componentes implementados.
- Los profesionales de la salud que laboran como personal asistencial en los Establecimientos de Salud en las que se proyecta la implementación del SIHCE e-Qhali, deberán usar certificados digitales con funciones de autenticación y firma, contenido en su DNle u otro dispositivo criptográfico.

10. REQUERIMIENTOS MÍNIMOS Y ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO.

- El SIHCE e-Qhali cuenta con componentes integrados que requieren de equipamiento informático mínimo para su funcionamiento. Los requerimientos generales, así como los requerimientos mínimos para los componentes administrativos y asistenciales a cumplirse son los que se detallan en el Anexo A del Documento Técnico: “Plan Nacional de implementación del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas SIHCE e-Qhali para las IPRESS del Primer Nivel de Atención 2019-2021.

11. DE LOS CRITERIOS PARA IDENTIFICAR A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON EL SIHCE e-QHALI IMPLEMENTADO.

- Para identificar un Establecimiento de Salud como implementado con el SIHCE e-Qhali se considera el haber cumplido con la implementación de los siguientes componentes como mínimo:
 - ~ Admisión (Ventanilla Única)
 - ~ Consulta Externa
 - ~ Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)
 - ~ Inmunizaciones
 - ~ Atención Prenatal (WAWARED)

~ Referencia y Contrareferencia

12.INDICADORES.

Los indicadores que se han considerado para el cumplimiento del presente Plan son los siguientes:

- Proporción de la población que cuenta con Historia Clínica Electrónica

Logros esperados:	1 ^{er} año	5%
	2 ^{do} año	10%
	3 ^{er} año	20%
Valor umbral:	1 ^{er} año	3%
	2 ^{do} año	8%
	3 ^{er} año	15%

- Establecimientos de Salud que cuentan con el SIHCE e-Qhali implementado

Logros esperados:	1 ^{er} año	80%
	2 ^{do} año	100%
	3 ^{er} año	100%
Valor umbral:	1 ^{er} año	60%
	2 ^{do} año	80%
	3 ^{er} año	80%

Ambos indicadores tienen el mismo peso ponderado.

Para el cálculo del indicador (porcentaje de cumplimiento) se utilizará la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$$

Un valor negativo se considera como un porcentaje de cumplimiento del 0.0%.

Anexo N° 02: Establecimientos de salud que adecuan su oferta de servicios de salud con las necesidades de la población

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE LOS LINEAMIENTOS PARA LA ADECUACIÓN Y MEJORA DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE POR CICLOS DE VIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA

I. FINALIDAD.

Contribuir a que los Establecimientos de Salud puedan responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la población y las prioridades de las políticas sanitarias sectoriales, desarrollando intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada y con enfoque por ciclos de vida.

II. OBJETIVO.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

- a. Fortalecer el desempeño de los Establecimientos de Salud, que permita brindar Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad, con enfoque por ciclos de vida.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a. Establecer los aspectos técnicos operativos referidos a la planificación, organización, ejecución y evaluación del proceso de mejora del desempeño de los procesos de atención de salud.
- b. Promover una cultura de gestión por resultados, orientada a una mejora de la calidad de la prestación de salud.
- c. Mejorar la capacidad de gestión institucional en el nivel local, en base a las necesidades identificadas.
- d. Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades y demandas de la población.

- e. Mejorar la prestación de salud, con énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños; y reorientación de los servicios con calidad.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".

- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 167-2017/MINSA, que aprueba el documento técnico “Lineamientos para la prestación de servicios de salud en las Redes de Servicios de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 099-2014/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Administrativa que estable la cartera de servicios de salud”
- Resolución Ministerial N° 556-2012/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 193-MINSA/DGSP-V.01 “Metodología para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de salud en el primer nivel de atención.
- Resolución Ministerial N° 278-2011/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de fortalecimiento del primer nivel de salud 2011-2021”.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico “Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo”, modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los

Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Acciones de Mejora del desempeño.** Conjunto de actividades destinadas a subsanar aspectos específicos de una buena práctica que no están siendo ejecutadas por un servicio.
- **Atención Integral en Salud.** Es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo del personal de salud competente con enfoque biopsicosocial, a través de un trabajo en equipo, coordinado y con la participación de la sociedad.
- **Atención en Salud.** Conjunto de atenciones desarrolladas por personal de la salud para las intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en salud, organizada por ciclos de vida: niño, adolescente, joven, adulto, adulto mayor y gestante.
- **Atención de Salud a la Familia.** Conjunto de atenciones mediante las cuales se realiza la atención a las familias en el contexto de la comunidad según ciclo de vital familiar, en el ámbito intramural o extramural.
- **Atención de Salud a la Comunidad.** Conjunto de atenciones que se brindan a la comunidad en coordinación con los actores claves, mediante alianzas estratégicas u otros medios y con los agentes comunitarios de la salud.
- **Avance en el desempeño.** Comparación entre los resultados de dos mediciones del Desempeño
- **Buenas Prácticas de Atención.** Procesos y procedimientos de atención que han probado alcanzar un resultado deseado y se enmarcan en una determinada perspectiva normativa o un parámetro consensuado. Las Buenas Prácticas establecen las acciones que se deben realizar, y la forma de hacerlas correctamente, con la intención de obtener un resultado deseado, respaldadas en la normatividad o en las mejores evidencias disponibles.

- **Capacidad de oferta.** Es la capacidad que tienen los recursos de un Establecimiento de Salud para producir el número de servicios suficientes para atender el volumen de necesidades existentes en la población.
- **Capacidad resolutive.** Es la capacidad que tienen los Establecimientos de Salud de producir el tipo de servicios necesarios para solucionar las diversas necesidades de la población, incluyendo la satisfacción de los usuarios.
- **Cartera de Atención de Salud.** Conjunto de diferentes atenciones que brinda un Establecimiento de Salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos, responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.
- **Cartera de Atención de Salud de Establecimientos de Salud del primer nivel de atención sin internamiento.** Conjunto de atenciones ambulatorias que se brindan en el primer nivel de atención de salud, como primer contacto, según curso de vida, que abarcan aspectos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos con enfoque de salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de redes de servicios de salud y son puerta de entrada al sistema de salud. Es brindada por el equipo básico de salud. El horario de atención del Establecimiento de Salud corresponde hasta 12 horas.
- **Cartera de Atención de Salud de Establecimientos de Salud del primer nivel de atención con internamiento.** Conjunto de atenciones ambulatorias y hospitalarias que se brindan en el primer nivel de atención de salud, como primer contacto, según curso de vida, que abarcan aspectos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos con enfoque de salud individual, familiar y comunitaria, en el marco de redes de servicios de salud y son puerta de entrada al sistema de salud. Es brindada por el equipo multidisciplinario. El horario de atención del Establecimiento de Salud es de 24 horas.
- **Desempeño en la atención.** Resultado de las actividades que realizan los trabajadores de salud en los procesos de atención a las personas.
- **Establecimiento de Salud.** Son aquellos que realizan atenciones de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de promoción,

prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o reestablecer el estado de salud de las personas.

- **Instrumento de medición del Desempeño en base a Buenas Prácticas.** Herramienta que contiene las buenas prácticas y los criterios respectivos para determinar su cumplimiento. Los instrumentos están basados en la evidencia científica, en las normas técnicas de atención y guías de práctica clínica vigentes.
- **Intervenciones en salud.** Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
- **Medición del desempeño.** Aplicación de los Instrumentos de medición del desempeño en base a buenas prácticas, para identificar el desempeño de uno o varios procesos de atención de salud a nivel del establecimiento de salud.
- **Modelo de Atención Integral de Salud.** Es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la prestación de una atención integral, continua y de calidad, a la persona, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades de salud mediante intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Plan de mejora del desempeño.** Conjunto coherente y articulado de acciones y proyectos de mejora del desempeño que se acuerda se llevará a cabo en un plazo determinado.
- **Prestación de salud.** Es la unidad básica que engloba los procedimientos que se brindan a los usuarios de los Establecimientos de Salud.
- **Proceso de atención.** Secuencia de procedimientos y actividades debidamente estructuradas u ordenadas, que se realizan en un Establecimiento de Salud que están mutuamente relacionadas y que interactúan, con la finalidad de resolver una necesidad de atención de parte del usuario.

5.2. LINEAMIENTOS PARA LA ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

5.2.1. LINEAMIENTO 1: *Las redes de servicios deben establecerse en función del territorio, su población y accesibilidad y el servicio debe estar centrado en la persona.*

La constitución de la Microred de Salud Zamácola se inicia con la delimitación del territorio y su población. La organización del territorio de la Microred debe considerar la accesibilidad y vulnerabilidad geográfica y la dispersión de la población. La atención estará centrada en la persona, su familia y comunidad. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta los derechos y deberes de los pacientes, así como las particularidades referidas a aspectos culturales y de género. Asimismo, el servicio considerará cada etapa de la vida de las personas en las dimensiones física, mental y social.

5.2.2. LINEAMIENTO 2: *La oferta de servicios de salud debe determinarse en base a las necesidades de salud de la población de la red.*

La cartera de servicios de los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola se establece considerando el perfil epidemiológico de la población. La oferta de servicios incluirá servicios de salud de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Para ello, integrará los programas sanitarios de enfermedades, riesgos y poblaciones específicas establecidos por la Autoridad Nacional Salud. La Microred, en el primer nivel de atención, ofrecerán servicios de salud a través de establecimientos fijos, móviles (cuando la disponibilidad de ellas sea factible) o modalidades de atención virtual. La Microred contará con atención de 24 horas (en la cabecera de la microred), la que prestará atención ambulatoria, atención de urgencias/emergencias, atención de partos e internamiento.

5.2.3. LINEAMIENTO 3. *Los Establecimientos de Salud deben garantizar la continuidad de la atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia.*

Se debe garantizar la continuidad de la atención de salud de los usuarios de la Microred, a través de la determinación de flujos de emergencia, flujos de atención especializada, flujos diferenciados por la condición del paciente y flujos de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento, a través de la referencia y contrarreferencia. Para ello, se debe identificar en la Microred, los Establecimientos de Salud con atención de 24 horas, atención de partos, cirugía de día o de corta estancia, servicios especializados, según perfil epidemiológico de la demanda, asimismo, los Establecimientos de Salud hospitalarios de referencia.

5.2.4. LINEAMIENTO 4. *Los recursos humanos deben asignarse y programarse de manera eficiente para la prestación de la cartera de servicios de la red.*

Los recursos humanos constituyen un eje fundamental en la mejora de la atención en salud. Esto involucra el desarrollo de competencias y compromiso ético del recurso humano para una atención de calidad y humanizada que respondan a las necesidades de salud de la población, en función de la cartera de servicios de la Microred. El personal se distribuye en los Establecimientos de Salud de la Microred, según las necesidades del sector (en la jurisdicción de cada Establecimiento de Salud) y a fin de hacer eficiente el uso de la infraestructura y equipamiento de la Microred, y para ofrecer el mejor servicio al ciudadano. Se deben establecer indicadores de evaluación del desempeño del recurso humano de la Microred en función al cumplimiento, la productividad, la satisfacción de la demanda y la calidad del servicio entregado.

5.2.5. LINEAMIENTO 5. *Se deben utilizar las tecnologías de información para apoyar a la gestión.*

Para el adecuado funcionamiento de los Establecimientos de Salud es necesario disponer de un sistema de información moderno e interoperable que permita realizar un seguimiento nominal a las personas a lo largo de la Microred. Asimismo, el sistema de información debe permitir implementar el uso de la historia clínica electrónica, registros de la atención, citas en línea y la telemedicina. La Microred deberá tener bases de datos centralizadas de información de los usuarios, de la oferta de servicios, y demás variables, que permita el análisis de la morbilidad, cumplimiento de indicadores sanitarios, determinantes de salud, indicadores de desempeño, entre otros, en el ámbito de la Microred.

5.2.6. LINEAMIENTO 6. *Se requieren servicios de soporte logísticos para el funcionamiento adecuado de la Microred.*

La Microred debe contar con servicios de soporte logísticos definidos a través de flujos para:

- a. La provisión, expendio y dispensación de medicamentos, material e insumos médicos y no médicos para los establecimientos de salud de la Microred.
- b. El transporte asistido de pacientes en condición de emergencia, o de pacientes ambulatorios que lo requieran para facilitar su acceso a los servicios determinados por la cartera de servicios.
- c. Los servicios/prestaciones que serán brindados mediante telemedicina, identificando los centros consultantes y el (los) centro(s) consultor(es).
- d. El apoyo en servicios generales, mantenimiento y soporte informático.
- e. El servicio de manejo de residuos sólidos.
- f. El servicio de apoyo al diagnóstico (patología clínica e imágenes).

5.2.7. LINEAMIENTO 7. *Las redes deben gestionarse con énfasis en procesos y resultados, sin descuidar la humanización del sector.*

La implementación de la gestión por procesos y resultados en la Microred de Salud Zamácola, en el marco de la política de modernización del Estado, involucra la estandarización de los procesos administrativos y asistenciales para el cumplimiento de los resultados sanitarios establecidos para la Microred. En ese sentido, también resulta relevante implementar medidas de simplificación administrativa. Los resultados sanitarios en la Microred deberán ser medidos a través de indicadores de desempeño.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1. Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud.
- 6.2. Los Establecimientos de salud deben tener el enfoque de salud familiar y comunitaria, y responder a las necesidades y demandas por ciclos de vida.
- 6.3. La oferta móvil enfatizará la prevención y promoción con enfoque por ciclos de vida basada en familia y comunidad, es complementaria a la oferta fija y aplica un enfoque de riesgo, equidad de género e interculturalidad de salud con la participación de la Red de Salud Arequipa Caylloma, la Gerencia Regional de Salud, el Gobierno Regional y la Municipalidad Distrital de Cerro Colorado.
- 6.4. La cartera de Atención de Salud de los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola debe ser planificada y elaborada con un enfoque de Red de Servicios de Salud, en la que su despliegue permita la complementariedad de servicios y debe ser estructurada en base a las intervenciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos dirigidas a la persona por ciclo de vida, a la familia y a la comunidad.

- 6.5. La Cartera de Atención de Salud debe ser aprobada por la Autoridad de Salud competente y actualizada cada vez que el Establecimiento modifica su capacidad resolutive. Esta debe ser publicada en un lugar visible y/o en el portal web institucional, considerando las características de la población a quien va dirigida, con adecuación intercultural.
- 6.6. La continuidad de la atención deberá realizarse en todos los niveles de atención en el marco del sistema nacional articulado de referencia y contrarreferencia, para ello deberá establecer los mapas de flujo y actualizarlos de ser necesario.
- 6.7. Las Mediciones del Desempeño serán realizadas cada seis meses por el Comité de Gestión de la Microred en coordinación con los Responsables de los Establecimientos; Esta actividad debe estar prevista en el Plan de Salud Local (PSL).
- 6.8. El Informe de los resultados de las Mediciones del Desempeño será elaborado y remitido por la Jefatura de la Microred a la Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma.
- 6.9. Cada Establecimiento de Salud y la propia Microred, contará con un Plan de Mejora del Desempeño Basado en Buenas Prácticas elaborado de acuerdo al resultado de las Mediciones del Desempeño.
- 6.10. El Comité de Gestión de la Microred, evaluará periódicamente (anual), la asignación del Recurso Humano en los Establecimientos de Salud, en función a su cartera de servicios, categorización, infraestructura, así como de la demanda de los usuarios al Establecimiento, realizando los ajustes necesarios a fin de hacer eficiente el uso de la infraestructura y equipamiento de la Microred, y para ofrecer el mejor servicio al ciudadano.
- 6.11. En forma anual, se evaluará el desempeño del Recurso Humano de la Microred en función al cumplimiento, la productividad, la satisfacción de la demanda y la calidad del servicio entregado.
- 6.12. La Microred de Salud implementará de manera progresiva y en función a la disponibilidad presupuestal, los mecanismos necesarios para disponer de un sistema de información moderno e interoperable que permita realizar un seguimiento nominal a las personas a lo largo de la Microred, implementar el uso de la Historia Clínica electrónica, registro de la

atención, citas en línea, telemedicina y otras que sean necesarias (análisis de la morbilidad, cumplimiento de indicadores sanitarios, determinantes de salud, indicadores de desempeño, etc.).

- 6.13. La Microred de Salud elaborará e implementará los protocolos y flujos para los siguientes procesos logísticos:
- a. La provisión, expendio y dispensación de medicamentos, material e insumos médicos y no médicos para los establecimientos de salud de la Microred.
 - b. El transporte asistido de pacientes en condición de emergencia, o de pacientes ambulatorios que lo requieran para facilitar su acceso a los servicios determinados por la cartera de servicios.
 - c. Los servicios/prestaciones que serán brindados mediante telemedicina, identificando los centros consultantes y el (los) centro(s) consultor(es).
 - d. El apoyo en servicios generales, mantenimiento y soporte informático.
 - e. El servicio de manejo de residuos sólidos.
 - f. El servicio de apoyo al diagnóstico (patología clínica e imágenes).

VII. RESPONSABILIDADES.

7.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

7.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

VIII. DISPOSICIONES FINALES.

- 8.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas

contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.

- 8.2. Un Establecimiento de Salud se considera que ha adecuado e implementado su oferta de servicios si obtiene una calificación superior al 80%, en el proceso de evaluación de la presente Directiva Administrativa, ver formato en el anexo 1.
- 8.3. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán sesenta (60) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

IX. ANEXOS.

9.1. INDICADORES.

Los indicadores propuestos para evaluar el cumplimiento de la presente Directiva son los siguientes:

Indicadores de Seguimiento

- *Personal de Salud que ha recibido orientación en la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida.*
- *Establecimiento de Salud que cuenta con la Cartera de Servicios de Salud actualizada y aprobada.*
- *Establecimiento de Salud que cuenta con un Sistema de Referencia y Contrareferencia activo y operativo.*

Indicadores de Resultado

- *Establecimiento de Salud que ha adecuado y fortalecido su oferta de Servicios de Salud con enfoque por ciclos de vida.*

Las fichas técnicas se presentan a continuación:

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Personal de Salud que ha recibido orientación en la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida.</i>
Definición	Porcentaje de personal de salud que ha recibido capacitación en temas relacionados a la

	adecuación y mejora de la oferta de los servicios de salud con enfoque en ciclos de vida y determinantes sociales de la salud, en cada uno de los Establecimientos de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, con personal que ha recibido capacitación para adecuar y mejorar la oferta de los servicios de salud que permitan la reducción, prevención y control de la anemia infantil.					
Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados en torno a la adecuación y mejora de la oferta de los servicios de salud con enfoque en ciclos de vida y determinantes sociales de la salud, en cada uno de los Establecimientos de Salud.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud capacitado}}{\text{Personal de salud adscrito al Establecimiento}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Personal de salud del Establecimiento de Salud que ha sido capacitado y acreditado en la adecuación y mejora de la oferta de los servicios de salud. Denominador: Total de personal de salud que se encuentra adscrito al Establecimiento de Salud, incluye personal asistencial y administrativo.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					
Fuente	Actas e informes de la capacitación	Periodicidad		Semestral		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada		100.0%		
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		20.0%		
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual.					
Área responsable	Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Personal o quien haga sus veces.					
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.					

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que cuenta con la Cartera de Servicios de Salud actualizada y aprobada.</i>					
Definición	En los Establecimientos de Salud, la cartera de servicios de salud es el conjunto de diferentes prestaciones que brinda un establecimiento de salud y responde a las necesidades de salud de la población y las prioridades de políticas sanitarias sectoriales. La cartera de servicios de salud debe actualizarse periódicamente y contar con la aprobación correspondiente.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Garantizar que los Establecimientos de Salud cuenten con una cartera de servicios de salud acorde a las necesidades sanitarias priorizadas en su ámbito por ciclos de vida y grupos de población vulnerable.					
Justificación	La aplicación del indicador se relaciona a la necesidad de contar con una cartera de servicios de salud actualizada y aprobada según normatividad vigente, que garantice el acceso a los servicios de salud, el mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Ítems de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de ítems de la lista de verificación que se cumplen satisfactoriamente. Denominador: Total de ítems de la lista de verificación contenidos en el "Instrumento de medición".					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} \times 100$					
Fuente	Hoja de verificación	Periodicidad		Semestral		

Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	40.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que cuenta con un Sistema de Referencia y Contrareferencia activo y operativo.</i>					
Definición	El Sistema de Referencia y contrarreferencia (SRC) es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive..					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	☒	Resultado	
Propósito	Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios en los servicios de salud, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y eficiente, implementado en los diferentes establecimientos del sector salud, mejorando el estado de salud de la población					
Justificación	La aplicación del indicador se relaciona a la necesidad de contar con un Sistema de referencia y contrarreferencia activo y operativo que cumpla con la normatividad vigente y que garantice el acceso a los servicios de salud y la continuidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud.					

Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Ítems de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de ítems de la lista de verificación que se cumplen satisfactoriamente. Denominador: Total de ítems de la lista de verificación contenidos en el “Instrumento de medición”.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Hoja de verificación	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	40.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

Instrumento para evaluar que el Establecimiento de Salud cuenta con una Cartera de Servicios de Salud actualizada y aprobada

N°	ITEMS DE EVALUACIÓN	VERIFICACIÓN	
		SI	NO
01	Se ha asignado formalmente la persona responsable de la gestión de la Cartera de Servicios de Salud.		
02	El responsable de la gestión de la Cartera de Servicios de Salud ha sido capacitado en el manejo de los aplicativos informáticos y normatividad vigente este último año.		
03	El personal del Establecimiento de Salud (Asistencial y Administrativo) ha sido capacitado		

	en relación a la normatividad sobre Cartera de Servicios de Salud.		
04	La Cartera de Servicios de Salud del Establecimiento se actualiza mensualmente.		
05	La Cartera de Servicios de Salud del Establecimiento se ha formalizado mediante Resolución Gerencial Regional (vigencia no mayor a 12 meses).		
06	La Cartera de Servicios de Salud se encuentra publicada y visible a los usuarios del Establecimiento.		
07	Cuenta la UPSS: Consulta Externa – Consulta ambulatoria por médico general.		
08	Cuenta la UPSS: Consulta Externa – Atención ambulatoria por enfermero.		
09	Cuenta la UPSS: Consulta Externa – Atención ambulatoria por obstetra.		
10	Cuenta la UPSS: Visita Domiciliaria por médico general.		
11	Cuenta la UPSS: Visita Domiciliaria por profesional de la salud no médico.		
12	Cuenta la UPSS: Atención de urgencias por médico general.		
13	Cuenta la UPSS: Consulta Externa – Consulta ambulatoria por médico pediatra. (Solo I-4)		
14	Cuenta la UPSS: Consulta Externa – Consulta ambulatoria por médico ginecólogo. (Solo I-4)		
15	Cuenta la UPSS: Patología Clínica – Procedimientos de laboratorio tipo I-3/I-4 (Solo I-3 y I-4)		
16	Cuenta la UPSS: Farmacia – Dispensación de medicamentos, dispositivos médicos		
17	Cuenta la UPSS: Atención itinerante por equipo multidisciplinario o campañas de salud		
18	Cuenta la UPSS: Telemedicina		

***Instrumento para evaluar que el Establecimiento de Salud
cuenta con un Sistema de Referencia y Contrarreferencia
operativo***

N°	ITEMS DE EVALUACIÓN	VERIFICACIÓN	
		SI	NO
01	Se ha asignado formalmente la persona responsable de Sistema de referencia y contrarreferencia del Establecimiento mediante acto resolutivo.		

02	El personal del Establecimiento de Salud (Asistencial y Administrativo) ha sido capacitado en relación a la normatividad sobre Referencia y Contrarreferencia en el último año.		
03	Cuenta con un ambiente físico y está equipado con los equipos informáticos y de comunicación, según normatividad vigente.		
04	Registra las referencias y contrarreferencias en el aplicativo informático del REFCON de manera oportuna.		
05	Cuenta con Mapas de Flujos de Referencia y Contra referencia para Emergencias actualizados y aprobados por la GERESA		
06	Cuenta con Mapas de Flujos de Referencia y Contra referencias para Consulta Externa actualizados y aprobados por la GERESA		
07	Cuenta con Mapas de Flujos de Referencia y Contra referencia para Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento actualizados y aprobados por la GERESA		
08	Cuenta con los Informes mensuales de referencias y contrarreferencias generadas por el Establecimiento en los últimos 6 meses		

FICHA N° 04

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que ha adecuado y fortalecido su oferta de Servicios de Salud con enfoque por ciclos de vida.</i>					
Definición	Es el grado en que la Microred de Salud Zamácola ha cumplido con adecuar y fortalecer la Oferta de Servicios de Salud en sus Establecimientos de Salud para que puedan responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la población y las prioridades de las políticas sanitarias sectoriales, facilitando el acceso de los pacientes a los servicios de salud y la continuidad de la atención, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X
Propósito	Establecer el nivel de cumplimiento de las actividades conducentes a fortalecer la oferta de servicios de salud en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con la intención de coadyuvar a reducir los altos índices de anemia infantil.					

Justificación	Permite conocer si los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola han adecuado y fortalecido adecuadamente la oferta de sus servicios (prestaciones sanitarias) y por tanto permitir la mejorar en la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos , el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en Salud, así como incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.		
Fórmula de cálculo	$\frac{EESS \text{ que adecua y fortalece su oferta de servicios}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de Establecimientos de Salud que han logrado adecuar y fortalecer satisfactoriamente la oferta de servicios de salud en el periodo de evaluación. Ello significa alcanzar un valor igual o superior al 80% en el cálculo del promedio ponderado de los indicadores (I_p) consignados en la presente directiva. Denominador: Es número de Establecimientos de Salud que conforman la Microred de Salud Zamácola.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ &= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$		
Fuente	Informes de los servicios involucrados	Periodicidad	Anual
Aplicabilidad	De aplicación a la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	90.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual, para la meta esperada 5.0% anual		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0% Para el cálculo del promedio ponderado se usa la fórmula siguiente: $I_p = \sum_{i=1}^n \frac{(I_i * P_i)}{100}$		

**Anexo N° 03: Establecimientos de salud que cuentan con personal
capacitado en salud comunitaria y manejo de la anemia**

DOCUMENTO TECNICO

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA Y DESARROLLO DE
PERSONAL EN SALUD COMUNITARIA Y MANEJO INTEGRAL DE LA
ANEMIA**

I. INTRODUCCIÓN.

La anemia en niños y gestantes es un problema de salud pública en el país que aún no ha podido ser resuelta y que presenta grandes dificultades para su afronte y logro de resultados. Dentro de la multicausalidad de factores que favorecen a la persistencia de altos índices de anemia en estos grupos vulnerables se encuentra la falta de competencias adecuadas por parte del personal de la salud, entendiendo como competencia al conjunto de capacidades que las personas ponen en juego en diversas situaciones reales de trabajo para resolver los problemas que ellas plantean¹, englobando tanto los conocimientos, habilidades y actitudes que poseen las personas.

La gestión del talento humano es capaz de garantizar el desarrollo del personal de salud potenciando sus competencias, a través de planes y programas de capacitación continua, a su vez permite el cierre de brechas entre las competencias identificadas por cada cargo y aquellas que poseen actualmente los servidores, así, se la capacitación continua se constituye en un mecanismo para el logro de los objetivos estratégicos de la entidad.

El desarrollo de competencias en el manejo de la anemia infantil en niños y gestantes, la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia y la atención integral de salud por ciclos de vida son de vital importancia si tenemos la pretensión de revertir los indicadores de salud relacionados con la desnutrición crónica infantil y la anemia en niños y gestantes, por lo que se plantea el siguiente Plan Multianual de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia, todo ello en base a lo dispuesto por la normatividad vigente: Decreto Legislativo N°1025, Ley que establece las normas de capacitación y rendimiento para el sector público, el Decreto Supremo N° 009-2010-PCM Reglamento del Decreto

Legislativo N° 1025 y la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 141-2016-SERVIR-PE que aprueba las Normas para la Gestión del Proceso de Capacitación en las Entidades Públicas.

II. OBJETIVOS.

- **OBJETIVO GENERAL**

- Al finalizar el curso, los Trabajadores de Salud de la Microred de Salud Zamácola serán capaces de contribuir a la disminución de los índices de prevalencia de la anemia infantil en el ámbito de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Fortalecer las competencias de los Trabajadores de Salud de la Microred de Salud Zamácola en la prevención, diagnóstico, manejo y seguimiento de la anemia en niños y gestantes.

1 *Ministerio de Salud. Lineamientos Metodológicos para la Gestión de la Capacitación del Personal de Salud. Lima- Perú 2001.*

- Fortalecer las competencias de los Trabajadores de Salud de la Microred de Salud Zamácola en la prevención, diagnóstico, manejo y seguimiento de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Fortalecer las competencias de los Trabajadores de Salud de la Microred de Salud Zamácola en la implementación y aplicación de las Estrategias Sanitarias Priorizadas por el Plan Nacional de Reducción y Control de la Desnutrición Crónica infantil y la Anemia infantil.
- Fortalecer las competencias de los Trabajadores de Salud de la Microred de Salud Zamácola en la metodología de atención integral basada en familia y comunidad con enfoque por ciclos de vida.
- Fortalecer la integración de trabajo en equipo entre los trabajadores de Salud, tanto asistenciales como administrativos, a fin de entregar servicios de salud con eficacia, eficiencia, calidad y calidez.

III. ALCANCE.

El presente plan está dirigido para todos los Trabajadores de Salud de la Microred de Salud Zamácola – Asistenciales y Administrativos – que laboran bajo cualquier régimen laboral, incluidos los de carácter temporal (Serums).

IV. METAS.

Anualmente se espera la capacitación del 100% del personal asistencial y el 80% de los trabajadores administrativos, durante el periodo de vigencia del presente plan.

V. DURACIÓN.

Las acciones de capacitación del presente plan tendrán una duración de 10 meses al año con un horizonte de 3 años en total.

VI. CONTENIDOS.

Para la consecución de los logros propuestos en el presente plan de capacitación, se han establecido los siguientes contenidos temáticos:

CONTENIDO ACADÉMICO			
Nº	TEMA	SESIONES	RESPONSABLE
01	Atención Primaria de la Salud	02	Comité de Gestión
02	Determinantes Sociales de la Salud	02	Comité de Gestión
03	Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad	05	Comité de Gestión
04	Evaluación CRED en el niño/niña menor de 5 años	02	Servicio de Enfermería
05	Técnicas antropométricas en el niño/niña menor de 5 años	01	Servicio de Enfermería
06	Norma técnica de inmunizaciones – Calendario vacunal	01	Servicio de Enfermería
07	Atención integral del Recién Nacido	01	Servicio de Medicina - Pediatría
08	Atención integral del niño/niña menor de 5 años	03	Servicio de Medicina – Pediatría
09	Atención integral de la gestante	02	Servicio de Medicina – Ginecología
10	Tamizaje y Determinación de hemoglobina en el niño y la gestante	02	Servicio de Enfermería
11	Suplementación de micronutrientes en el niño y la gestante	02	Servicio de Medicina – Pediatría
12	Soporte nutricional del niño en la Atención Primaria	03	Servicio de Nutrición
13	Lactancia materna en la Atención Primaria	02	Servicio de Obstetricia

14	Promoción del lavado de mano y hábitos saludables	01	Servicio de Enfermería
15	Consumo de agua segura	01	Servicio de Medicina
16	Enfoque y manejo del niño con anemia	02	Servicio de Medicina – Pediatría
17	Enfoque y Manejo de la anemia en la gestante	02	Servicio de Medicina – Ginecología
18	Atención Integrada de las Enfermedades prevalentes de la infancia	01	Servicio de Medicina – Pediatría
19	Enfermedad Diarreica Aguda	02	Servicio de Medicina
20	Infección Respiratoria Aguda	03	Servicio de Medicina
21	Parasitosis Intestinal	01	Servicio de Medicina
22	Registro de Actividades asistenciales	01	Servicio de Estadística
23	Actividades de Telemedicina: Teleorientación y Telemonitoreo	01	Comité de Gestión
24	Gestión de la Historia clínica	01	Comité de Gestión
25	Provisión de citas y flujo del paciente en el Establecimiento	01	Comité de Gestión

VII. METODOLOGÍA.

La acción de capacitación se desarrollará mediante sesiones sincrónicas o asincrónicas, presenciales o no presenciales, las mismas que tendrán como ponentes a profesionales expertos, con amplia experiencia y dominio sobre los temas que se desarrollarán y/ o a través de material de libre disposición o que cuenten con la autorización de difusión correspondiente de entidades debidamente reconocidas (OMS/OPS, ENSAP, etc.).

Las fechas, hora, lugar de las acciones de capacitación y/o plataformas virtuales serán fijadas en coordinación por la Oficina de Personal, el Comité de Capacitación y quienes la Jefatura de la Microred designe para tales efectos. Los responsables de cada Establecimiento de Salud serán los responsables de realizar la convocatoria a los trabajadores de salud.

La certificación o constancia de participación de los trabajadores en las capacitaciones es responsabilidad de la Oficina de Personal y el Comité de Capacitación.

VIII. FINANCIAMIENTO.

Los costos requeridos para la implementación del presente Plan de Capacitación serán asumidos por la Microred de Salud Zamácola, a través de

las fuentes de financiamiento RDR (Recursos Directamente Recaudados) y los provenientes de DyT (Donaciones y Transferencias – SIS).

IX. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Para la evaluación y seguimiento del Plan se plantean los siguientes indicadores:

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Personal de Salud que ha participado y aprobado el Programa de Capacitación Continua en “Salud Comunitaria y Manejo Integral de la Anemia”.</i>					
Definición	Es el grado en que la Microred de Salud Zamácola ha cumplido con adecuar y fortalecer la Oferta de Servicios de Salud en sus Establecimientos de Salud para que puedan responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la población y las prioridades de las políticas sanitarias sectoriales, fortaleciendo las competencias de los trabajadores de la salud, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada y lucha contra la anemia.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Fortalecer las competencias del Personal de salud a fin de lograr el cumplimiento de las actividades conducentes a fortalecer la oferta de servicios de salud en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con la intención de coadyuvar a reducir los altos índices de anemia infantil.					
Justificación	Permite conocer si los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola han adecuado y fortalecido adecuadamente la oferta de sus servicios a través de la capacitación del personal de salud que permita una adecuada intervención, así como incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.					
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} \times 100$					

Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de trabajadores de salud que han cumplido satisfactoriamente con el Programa de Capacitación. Denominador: Es número total de trabajadores de salud con los que cuenta el Establecimientos de Salud.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Informe de la comisión a cargo del Programa	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en cada EESS de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	85.0%	Meta Esperada	90.0%
Nivel de avance	El valor se mantiene estable durante el periodo de intervención.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad conjuntamente con los responsables de capacitación de la Microred, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que ha desarrollado y culminado el Programa de Capacitación Continua en “Salud Comunitaria y Manejo Integral de la Anemia”.</i>					
Definición	Es el grado en que la Microred de Salud Zamácola ha cumplido con adecuar y fortalecer la Oferta de Servicios de Salud en sus Establecimientos de Salud para que puedan responder eficaz y oportunamente a las necesidades de la población y las prioridades de las políticas sanitarias sectoriales, con personal competente y debidamente capacitado en el manejo integral de la anemia y de los determinantes sociales, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X

Propósito	Establecer el nivel de cumplimiento de las actividades conducentes a fortalecer la oferta de servicios de salud en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola con la intención de coadyuvar a reducir los altos índices de anemia infantil.		
Justificación	Permite conocer si los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola han adecuado y fortalecido adecuadamente la oferta de sus servicios (prestaciones sanitarias) con personal de salud competente y capacitado, que permita mejorar la entrega de prestaciones de salud que reduzcan los índices de anemia infantil, así como incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.		
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{EESS que concluyen el Programa de Capacitación}}{\text{Establecimientos de Salud existentes}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Es el número de Establecimientos de Salud que han logrado completar satisfactoriamente el desarrollo del Programa de Capacitación Continua en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la Anemia en el periodo de evaluación. Ello significa haber cumplido con el 100% de las actividades programadas y con un valor igual o superior al 85% en el número de participantes aprobados y acreditados. Denominador: Es número de Establecimientos de Salud que conforman la Microred de Salud Zamácola.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Informe de la comisión a cargo del Programa	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación a la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	90.0%	Meta Esperada	100.0%
Nivel de avance	El valor se mantiene estable durante el periodo de intervención.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad conjuntamente con los responsables de capacitación de la Microred, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Dirección de la Red de Salud Arequipa Caylloma		

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

Anexo N° 04: Establecimientos de salud que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes

DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM

DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 36 MESES EN LA PRESTACIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO – CRED EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA”

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de la mejora en el desempeño de la prestación de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la mejora del desempeño en la prestación del Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para la evaluación del Crecimiento y Desarrollo del niño y la niña menores de 36 meses de edad con enfoque preventivo promocional, interculturalidad, equidad y de derechos.
- Identificar oportunamente las situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo, que pudieran generar un cuadro de anemia y/o desnutrición crónica o limitar su recuperación, para su atención efectiva y oportuna.
- Incentivar la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones realizadas, promoviendo prácticas saludables como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta

los dos años, alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses, lavado de manos, cuidado del niño enfermo, estimulación temprana, brindar suplemento de hierro o micronutrientes.

- Mejorar las coberturas del control de CRED en los niños y niñas menores de 36 meses con oportunidad en el ámbito de la Microred Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA que aprueba la NTS N° 160/MINSA/2020 “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 1162-2019-MINSA, que ordena la vigencia de diversos documentos de gestión hasta su integración en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.

- Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP “Norma Técnica en Salud que establece el calendario nacional de vacunación”.
- Resolución Ministerial N° 644-2018/MINSA que modifica la NTS N° 137-MINSA /2017/DGIESP aprobada por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 “infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.

- Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01 “Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre-término con riesgo de Retinopatía del prematuro”.
- Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo”, modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, que aprobó el documento “Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Antropometría.** Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las

variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros.

- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Atención temprana del desarrollo.** Es el conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúan la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco (5) años de edad, para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo.
- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Consejería.** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.
- **Control del crecimiento y desarrollo.** Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial.

- **Crecimiento.** Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos, entre otros.
- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT).** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.
- **Desarrollo.** Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.
- **Enfoque de buen trato.** El buen trato es una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro u otra. Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los o las demás, y de la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones.

- **Enfoque intercultural.** El enfoque intercultural implica que el estado valore e incorpore las diferentes visiones, culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, promoviendo el reconocimiento de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada, de manera especial a los pueblos indígenas y la población afroperuana.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Escala de Evaluación del Desarrollo.** Psicomotor (EEDP) Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).
- **Factores determinantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño.** Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, políticos y económicos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

- **Factores protectores.** Están referidos a actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y comportamientos sanos y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.
- **Factores de riesgo.** Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Clasificación:

- ✓ Factores de riesgo biológico: (endógeno): constituyen el periodo prenatal, perinatal y post natal (bajo peso, prematurez o malformaciones congénitas, entre otros).
- ✓ Factores de riesgo social – ambiental (exógeno): son condiciones sociales negativas como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato negligencias, abusos, que alteran su proceso madurativo.
- **Familia.** Es la unidad básica de la sociedad conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, convive bajo un mismo lugar, vinculado por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad y debe fomentar prácticas de crianza y comportamientos saludables para el desarrollo integral de la niña y el niño.
- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.

- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Primera infancia.** La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.
- **Sectorización.** Es el proceso de demarcación territorial y poblacional que le corresponde atender a los Establecimientos de Salud, con el propósito fundamental de organizar la vigilancia familiar y comunal, con un enfoque integral y de riesgo.
- **Servicios públicos con pertinencia cultural.** Incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación; es decir, se ofrecen tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades donde se interviene y se brinda atención. Para ello adaptan todos los procesos del servicio a las características geográficas ambientales, socio-económicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) de sus usuarios; e incorporan sus cosmovisiones y concepciones de desarrollo y bienestar, así como sus expectativas de servicio.
- **Sesiones demostrativas.** Son actividades educativas que hacen uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y están dirigidas a madres, padres y o cuidadores de las niñas y niños, cuya participación

es interactiva. Deben ser conducidas por personal de la salud capacitado.

- **Suplementación con hierro y micronutrientes.** Es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro (en forma de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico) con la finalidad de prevenir la anemia por deficiencia de hierro; lo prescribe el profesional de la salud que realiza el control de la niña o niño.
- **Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI).** Es un instrumento que evalúa el desarrollo mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Evalúa tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad. El test se encuentra estandarizado para niños de 2 a 5 años.
- **Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED).** Es un instrumento que permite medir el perfil general del desarrollo psicomotor del niño, detectando retrasos funcionales y orgánicos. Consta de doce hitos o áreas de desarrollo: control de cabeza y tronco sentado, control de cabeza y tronco en rotaciones, control de cabeza y tronco en marcha, uso de brazos y manos, visión, audición, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, comportamiento social, alimentación, vestido e higiene, juego, inteligencia y aprendizaje. El test se encuentra estandarizado para niños de 1 hasta 30 meses.
- **Visita domiciliaria.** Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.

5.2. MECANICA OPERATIVA.

- 5.2.1.** El control del crecimiento y desarrollo se debe realizar en todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, siendo gratuita para las niñas y niños protegidos por el SIS sin importar su establecimiento de adscripción y de los que carezcan de algún seguro de salud.
- 5.2.2.** Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben contar con un médico y una enfermera(o) capacitado para realizar el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 36 meses.
- 5.2.3.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred Zamácola deberán garantizar la logística necesaria (recursos humanos, infraestructura, equipos, mobiliario, insumos críticos, material médico quirúrgico, material lúdico y kit de evaluación de desarrollo) para que los Establecimientos de Salud realicen el Control de Crecimiento y Desarrollo. Para ello deben gestionar la asignación presupuestal correspondiente de las fuentes de Donaciones y Transferencias, Recursos Determinados y las que correspondan por Recursos Ordinarios.
- 5.2.4.** El Control de Crecimiento y Desarrollo incluye en su proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento.
 - a. *Valoración:* Implica la recopilación, organización, validación y registro de datos, utilizando técnicas e instrumentos como la observación, entrevista, exploración física, exámenes de ayuda diagnóstica, interconsulta, entre otros; el registro se realiza en los instrumentos establecidos para tal efecto.
 - b. *Diagnóstico:* Implica el análisis de los datos recolectados durante la valoración, los cuales permitirán identificar problemas reales y/o potenciales. Una identificación correcta del diagnóstico proporcionará una intervención eficaz.
 - c. *Intervención:* Involucra actividades y/o acciones a seguir, ya sea que se apliquen a nivel individual, familiar o a nivel de la

comunidad. Para diagnósticos de riesgo, las intervenciones van dirigidas a modificar o eliminar los factores de riesgo.

- d. *Seguimiento*. El seguimiento se realiza en cada contacto con la niña y el niño. Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de la valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignados en la historia clínica y el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, a fin de facilitar el seguimiento

- 5.2.5.** La Historia Clínica, el Carnet de Atención Integral del Niño y la Niña, el Libro de Seguimiento, así como el resto de instrumentos de registro que disponen los Establecimientos de Salud, son de uso obligatorio y deberán ser llenados correctamente y en forma oportuna.
- 5.2.6.** La población Infantil menor de 36 meses que recibe la atención integral del niño estará registrada mensualmente, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia la cabecera de la Microred, para su constante actualización y análisis de dicha información.
- 5.2.7.** Las actividades e intervenciones propias del Control de Crecimiento y Desarrollo podrán realizarse en los Establecimientos de Salud (Oferta fija), a través equipos extramurales (Oferta móvil) o mediante actividades de Telesalud.
- 5.2.8.** La Coordinadora de la Etapa de Vida Niño de la Microred de Salud Zamácola, es responsable de la implementación y aplicación de la presente Directiva en todos los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, así como de su planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, debiendo dar cuenta periódicamente al Comité de Gestión y a la Jefatura de la Microred.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1. Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud con enfoque por ciclos de vida, privilegiando las intervenciones preventivo promocionales y las actividades extramurales.
- 6.2. La Aplicación de la presente Directiva es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes prestarán el servicio de CRED de acuerdo a la Norma Vigente.
- 6.3. Periodicidad de Control de Crecimientos y Desarrollo. La periodicidad y frecuencia de los Controles de Crecimiento y desarrollo dependerán de la condición al momento del nacimiento y del estado de la niña o niño en el momento de la atención.

Los niños nacidos a término:

- Recién nacido recibirá necesariamente 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente un control cada semana.
- Menor de 1 año, recibirá 11 controles con un intervalo mínimo de 30 días.
- Niña o niño de 1 año, recibirá 6 controles.
- Niña o niño entre 2 años hasta 4 años 11 meses 29 días, recibirá 4 controles anuales.

Los niños prematuros o con bajo peso al nacer:

- Recién nacido recibirá sus controles a las 24 horas de haber salido de alta, luego cada 72 horas los primeros 15 días.
- Posteriormente cada 15 días hasta los tres meses de edad.
- Mensualmente hasta el año de edad.
- Niña o niño de 1 año, recibirá 6 controles.
- Niña o niño entre 2 años hasta 4 años 11 meses 29 días, recibirá 4 controles anuales.

- 6.4. **Control del Crecimiento y Desarrollo - Valoración.** Se desarrollarán las siguientes actividades, de acuerdo a lo normado por la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP "Norma Técnica de Salud para el Control del

Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.

- 6.4.1. *Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.*** La primera evaluación psicosocial se realiza en el primer control (recién nacido), integrando y reevaluando los factores identificados durante el control prenatal; en los controles siguientes se revalúa la situación de riesgo detectado en los controles anteriores.
- 6.4.2. *Evaluación física y neurológica.*** El examen físico se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión) e instrumentos. La valoración neurológica se realiza en función a la edad del niño o la niña.
- 6.4.3. *Evaluación de la función visual.*** La evaluación de la función y del sistema visual se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño. Las niñas y niños nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el especialista. En el 100% de recién nacidos prematuros se verificará el cumplimiento de la prevención secundaria de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP), según lo precisado en la NTS No 084-2010- MINSA/DGSP.V.01
- 6.4.4. *Evaluación de la función auditiva.*** La evaluación de la función y del sistema auditivo se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño. Las niñas y niños nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el especialista.
- 6.4.5. *Evaluación para descartar la presencia de enfermedades prevalentes.*** En cada control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explorará la presencia de alguna enfermedad, así como identificará la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual. La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas se realiza

siguiendo la metodología AIEPI. El dosaje de hemoglobina en niñas y niños se realizará a los 4, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año. En el caso de los niños que presenten anemia las atenciones se realizarán de acuerdo a la NTS 134-MINSA/2017 "Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas". El descarte de parasitosis en niñas y niños se realiza a partir del primer año de edad, una vez al año. Cuando un establecimiento de salud no cuente con uno de los métodos para el tamizaje o dosaje antes mencionados, se referirá a un establecimiento de mayor complejidad

- 6.4.6.** *Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunas.* Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá verificar el cumplimiento del Esquema Nacional de Vacunación vigente y administrar la vacuna si es que corresponde, según la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP "Norma Técnica en Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación".
- 6.4.7.** *Evaluación del esquema de suplementación de hierro.* Asimismo, deberá verificarse el cumplimiento de la suplementación de hierro y su entrega si fuere el caso según lo dispuesto por la NTS 134-MINSA/2017 "Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas".
- 6.4.8.** *Evaluación del crecimiento y estado nutricional.* La valoración antropométrica se deberá realizar en cada control del crecimiento y desarrollo a toda niña o niño a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y/o de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), la cual considerará la medición del peso, de la talla y del perímetro cefálico.
- 6.4.9.** *Evaluación del desarrollo.* Se realizará con las herramientas determinadas por la normatividad vigente.

- 6.4.10. Tamizaje de violencia y maltrato infantil.** La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) como de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se aplica la “Ficha de Tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar” y de detectarse signos de maltrato o violencia se realizará la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar a las instancias de apoyo local (Defensorías, DEMUNA, etc.).
- 6.4.11. Evaluación bucal.** Se realiza desde el primer control del crecimiento y desarrollo, y consiste en la revisión de la cavidad bucal de la niña o niño para verificar la aparición de los primeros dientes. Además, toda niña y niño debe ser revisado por un odontólogo o especialista en odontopediatría antes del año de edad, con el fin de recibir la aplicación de barniz de flúor y un refuerzo de las pautas para el cuidado de la salud bucal. Aquellas niñas y niños que presenten alteraciones o malformaciones congénitas serán referidos inmediatamente al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista.
- 6.4.12. Evaluación ortopédica.** Durante el control del crecimiento y desarrollo se deberá realizar el descarte de displasia de cadera, marcha y pie plano.
- 6.5. Control del Crecimiento y Desarrollo - Diagnóstico.** Se aplicarán los criterios señalados en el numeral 5.2. de la NTS N° 137-MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.
- 6.6. Control del Crecimiento y Desarrollo - Intervención.** Todo control del crecimiento y desarrollo debe ser acompañada por una consejería según sea el caso
- 6.6.1.** La Consejería a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños se debe enmarcar dentro de los lineamientos dados en la

normatividad vigentes y en los numerales 5.3.3. y 5.3.4. de la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP.

- 6.6.2.** Las consejerías a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños que están creciendo bien o que presentan problemas en su crecimiento y/o desarrollo, deben priorizar los temas de Lactancia Materna, Nutrición y Salud bucal.
- 6.6.3.** La Consejería de Lactancia Materna se realizará en el control del crecimiento y desarrollo en temas de lactancia materna exclusiva, extracción de la leche materna con énfasis en los primeros 6 primeros meses de vida, así como lactancia materna y alimentación complementaria, priorizando a aquellos niños prematuros y/o con bajo peso al nacer, según la metodología utilizada en la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”, aprobada con Resolución Ministerial N°462-2015-MINSA.
- 6.6.4.** La Consejería Nutricional se realiza durante el control del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, con énfasis entre los 0 a 6 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años y 2 a 4 años, según la metodología establecida en el documento técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”, aprobado con Resolución Ministerial N° 870-2009-MINSA. Suplementación con hierro o micronutrientes.
- 6.6.5.** Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá programar las actividades de sesión demostrativa, que se desarrollarán según Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, así como las sesiones de atención temprana del desarrollo.
- 6.6.6.** El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de derivar a la niña y niño al médico para el manejo y tratamiento de la parasitosis y anemia, la misma que se realizará según norma técnica y guías de práctica clínica

vigente, de preferencia en el mismo día o de tramitar su cita a la brevedad posible no mayor a 2 días hábiles

6.7. Control del Crecimiento y Desarrollo - Seguimiento. El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento, es el responsable del seguimiento y deberá desarrollar estrategias que aseguren la atención de las niñas y niños.

6.7.1. Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño. Las citas se establecerán considerando los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad para el control del crecimiento y desarrollo, pudiendo incrementarse su frecuencia cuando se identifiquen riesgos o problemas en la niña o niño.

6.7.2. La visita domiciliaria constituye la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, ya que permite: a) Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas clave y b) Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados

Se realizarán visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos:

- Niñas y niños nacidos en domicilio.
- Niñas y niños prematuros y/o bajo peso al nacer.
- Niñas y niños que no acuden a citas programadas.
- Niñas y niños que presentan crecimiento inadecuado.
- Niñas y niños con riesgo para el desarrollo.
- Niñas y niños con trastornos del desarrollo.
- Niñas y niños que reciben tratamiento para la anemia o suplementación con hierro deberán ser monitorizados a través de la visita domiciliaria, con el objetivo de ofrecerles una buena consejería y asegurar la adherencia. Esta actividad está a cargo de todo el personal de salud del establecimiento.

- Niñas y niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.

VII. RESPONSABILIDADES.

7.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

7.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

VIII. DISPOSICIONES FINALES.

- 8.1.** La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.
- 8.2.** La población objetivo, para el control del crecimiento y desarrollo, es la niña y niño de 0 días a 4 años 11 meses 29 días, con prioridad del menor de 36 meses. Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física de niñas y niños controlados por grupo de edad en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- 8.3.** La enfermera o médico que realiza el control del crecimiento y desarrollo requiere de capacitación y actualización permanente. Los contenidos mínimos de capacitación son: crecimiento y desarrollo, consejería, lactancia materna, atención temprana del desarrollo, antropometría, nutrición infantil, cuidado de la salud bucal, detección y manejo de violencia, buen trato, pautas de crianza, sistema de información y gestión.
- 8.4.** El recojo, procesamiento y análisis de la información de las actividades de control del crecimiento y desarrollo se hacen de acuerdo a la normatividad vigente. La información obtenida durante el control del crecimiento y desarrollo deberá ser registrada en los siguientes formatos: Historia Clínica de la Atención Integral de la Niña y el Niño, Carnet de

Atención Integral de Salud de la niña y niño, Ficha Única de Atención (FUA), Hoja de Información Sistemática (HIS), Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño (SIEN) y otros según normatividad vigente.

- 8.5. Un Establecimiento de Salud se considera que brinda satisfactoriamente la prestación de control de crecimiento y desarrollo cuando se obtiene un valor promedio de 80% en los logros de los indicadores seleccionados durante el proceso de evaluación anual de la presente Directiva Administrativa.
- 8.6. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán treinta (30) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

IX. ANEXOS.

ANEXO N° 01: PERIODICIDAD DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de 5 años

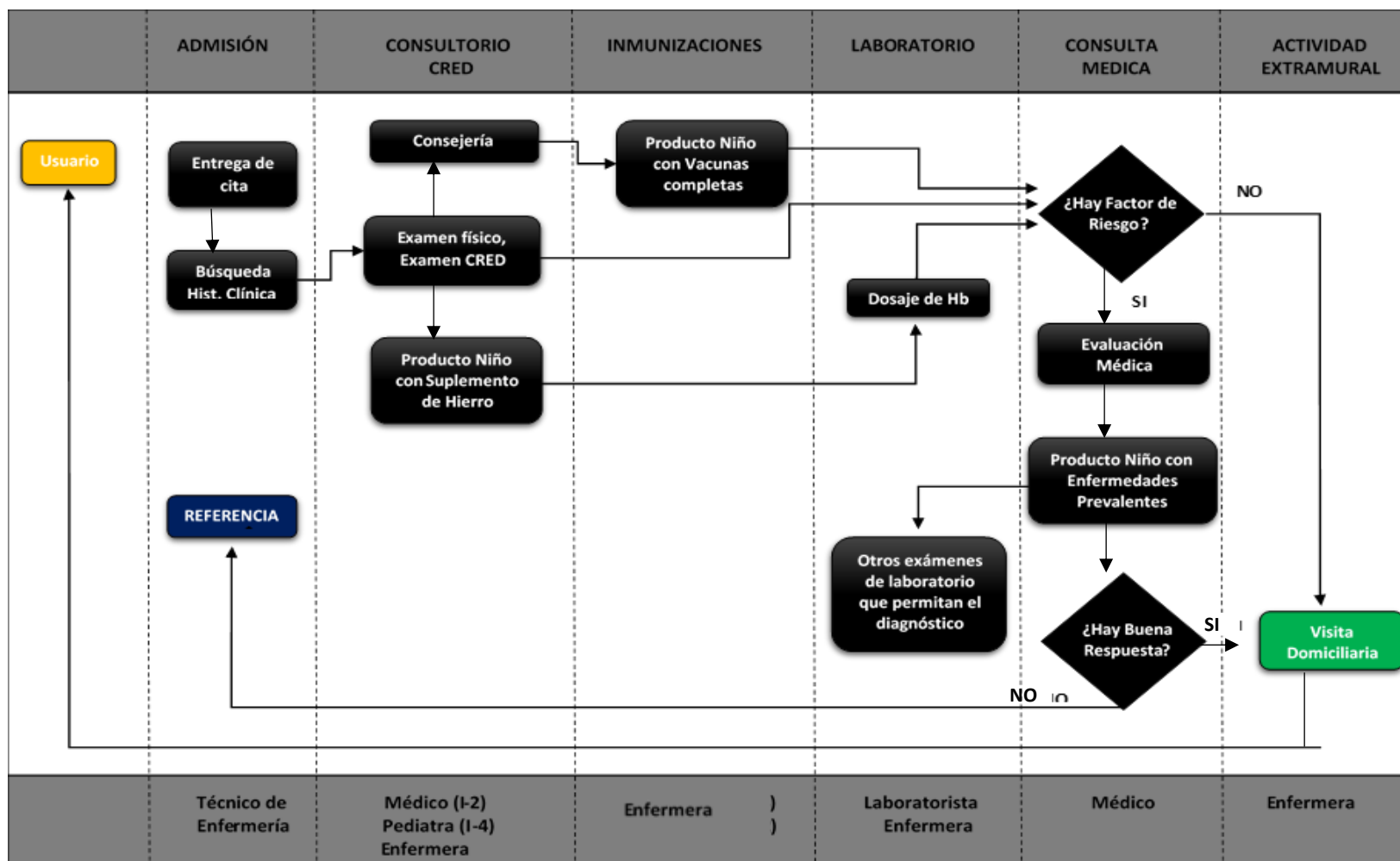
Edad	PERIODICIDAD	
	Niño a Término	Prematuro/Bajo Peso al Nacer
Recién Nacido	• 48 horas del Alta • Luego cada semana (7^{mo}, 15^{to} y 21^{er} días).	• 24 horas del Alta • Luego cada 72 horas (6^{to}, 9^{no}, 12^{do}, 15^{to} días) • Luego cada 7 días (21^{er} y 28^{vo} días)
Menor de 1 año	• 1 Control por mes (1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m) con intervalo de 30 días.	• 1 Control por quincena en el segundo mes (45d, 2m) • Luego 1 Control por mes (3 m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m)
1 año	• 1 Control bimensual (12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22m).	• 1 Control bimensual (12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22m).
2 años	• 1 Control trimestral (24m, 27m, 30m, 33m)	• 1 Control trimestral (24m, 27m, 30m, 33m)

3 años	• 1 Control trimestral (36m, 39m, 42m, 45m)	• 1 Control trimestral (36m, 39m, 42m, 45m)
4 años	• 1 Control trimestral (48m, 51m, 54m, 57m)	• 1 Control trimestral (48m, 51m, 54m, 57m)

**ANEXO N° 02: INSTRUMENTOS DE REGISTRO A SER UTILIZADOS EN
EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

INSTRUMENTOS DE REGISTRO
La historia clínica estandarizada que forma parte de una carpeta familiar e incluye: • Plan de atención integral. • Evaluación de la alimentación. • Formato de consulta.
Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
Instrumentos de evaluación del desarrollo: • Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del niño (TPED) • Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) • Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI)
Gráficos del patrón de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC (OMS 2006)
Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (VIF).
Carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años
Formato de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento
Registro de Visitas Domiciliarias realizadas y programadas
Registro de citas programadas para Control de Crecimiento y Desarrollo

**Anexo N° 03: Fluxograma de atención de niñas y niños menores de 5 años en la prestación de crecimiento y desarrollo
– cred**



Anexo N° 04: Fichas técnicas de los indicadores de evaluación

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de salud con equipamiento adecuado para realizar control del crecimiento de acuerdo a normatividad.</i>					
Definición	Los Establecimientos de Salud requieren de contar con la totalidad del equipamiento necesario para poder llevar a cabo el control de crecimiento y desarrollo en niños/niñas de acuerdo a lo establecido en las normas técnicas de salud vigentes.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Garantizar que los Establecimientos de Salud cuenten con el equipamiento necesario para brindar de manera correcta y con calidad la prestación de control de crecimiento y desarrollo en niños y niñas.					
Justificación	La prioridad del indicador está relacionada a la necesidad de contar con Establecimientos de Salud en condiciones óptimas para brindar la prestación de crecimiento y desarrollo (CRED) con calidad, eficiencia y eficacia, cumpliendo lo dispuesto en las normas técnicas de salud vigentes.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Ítems de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de ítems de la lista de verificación que se cumplen satisfactoriamente. Denominador: Total de ítems de la lista de verificación contenidos en el “Instrumento de medición”. Instrumento de medición. Hace referencia a lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años aprobada con la RM N° 537-2017/MINSA					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					
Fuente	Lista de verificación	Periodicidad		Semestral		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	95.0%	Meta Esperada		100.0%		

Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	4.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 1.0% anual.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de salud con kit completos para realizar control del desarrollo de acuerdo a normatividad.</i>					
Definición	Los Establecimientos de Salud requieren de contar con el Kit completo necesario para poder llevar a cabo el control de crecimiento y desarrollo en niños/niñas de acuerdo a lo establecido en las normas técnicas de salud vigentes.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Garantizar que los Establecimientos de Salud cuenten con el Kit completo necesario para brindar de manera correcta y con calidad la prestación de control de crecimiento y desarrollo en niños y niñas.					
Justificación	La prioridad del indicador está relacionada a la necesidad de contar con Establecimientos de Salud en condiciones óptimas para brindar la prestación de crecimiento y desarrollo (CRED) con calidad, eficiencia y eficacia, cumpliendo lo dispuesto en las normas técnicas de salud vigentes.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Ítems de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de ítems de la lista de verificación que se cumplen satisfactoriamente. Denominador: Total de ítems de la lista de verificación contenidos en el “Instrumento de medición”.					

	Instrumento de medición. Hace referencia a lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años aprobada con la RM N° 537-2017/MINSA		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Lista de verificación	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	95.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	4.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 1.0% anual.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar control del crecimiento y desarrollo en el niño.</i>				
Definición	Porcentaje de personal de salud (médico y enfermero) en el Establecimientos de Salud que ha recibido capacitación con un mínimo de 40 horas en Crecimiento y Desarrollo del niño y la niña.				
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud con personal que ha recibido capacitación para mejorar la prestación de control y crecimiento del niño y la niña vinculada a la reducción, prevención y control de la anemia infantil.				

Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados e la prestación de control y crecimiento del niño y la niña en los Establecimientos de Salud. Permitirá estandarizar los procedimientos y metodología del personal de salud para entregar adecuadamente las prestaciones vinculadas a la reducción, prevención y control de la anemia infantil.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud (médico/enfermero) capacitado}}{\text{Total de médicos y enfermeros del EESS}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de médicos y enfermeras que han sido capacitados y acreditados (con un mínimo de 40 horas lectivas) en crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Denominador: Número total de médicos y enfermeros adscritos al Establecimiento de Salud.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$= \frac{\% \text{ de cumplimiento} (\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Actas de capacitación	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	4.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual.		
Área responsable	Responsable de Capacitación		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 04

Nombre del Indicador	Recién nacidos con 2 controles CRED

Definición	Mide el porcentaje de recién nacidos que han recibido 02 (dos) controles CRED durante los primeros 15 (quince) días de nacido. Los controles pueden ser realizados en el Establecimiento de Salud o en la vivienda como parte de las actividades extramurales.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Contribuir con la disminución de la morbi-mortalidad neonatal, al identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del recién nacido. Asimismo, se promueve el desarrollo infantil temprano.					
Justificación	La NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP y la NTS N° 106-MINSA/2013/DGSP, establecen la realización de 04 (cuatro) controles CRED en el recién nacido durante el periodo neonatal.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{RN \text{ con dos controles CRED en los primeros 15 días}}{Total \text{ de Recién Nacidos en el padrón nominal}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños (registrados en el padrón nominal) que cumplen 28 días atendidos en el Establecimiento y registren 02 controles CRED dentro de los 15 días de nacido en el periodo de evaluación. Denominador: Número total de niños que cumplen 28 días de edad registrados en el padrón nominal en el periodo de evaluación.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCI	Periodicidad		Semestral		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	60.0%	Meta Esperada		70.0%		
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		5.0%		
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual y para la meta esperada 2.5% anual					
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)					

Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 05

Nombre del Indicador	Niños menores de 1 año con controles CRED completos.					
Definición	Mide el porcentaje de niños menores de 1 año que han recibido controles CRED completos para la edad en el periodo de evaluación. Los controles pueden ser realizados en el Establecimiento de Salud o en la vivienda como parte de las actividades extramurales.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso oportuno a la prestación de control de crecimiento y desarrollo (CRED) permitiendo identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño.					
Justificación	Según la evidencia recogida, la entrega de la prestación de control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED) reduce el riesgo de padecer de desnutrición infantil crónica y anemia infantil.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{niños menores de 1 año con controles CRED completos}}{\text{Total de niños menores de 1 año en el padrón nominal}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños (registrados en el padrón nominal) menores de 1 año atendidos en el Establecimiento y registren controles CRED completos para la edad en el periodo de evaluación. Denominador: Número total de niños menores de 1 año registrados en el padrón nominal en el periodo de evaluación.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$					
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCI	Periodicidad		Trimestral		

Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	35.0%	Meta Esperada	40.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual y para la meta esperada 3.0% anual		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 06

Nombre del Indicador	<i>Niños de 1 año con controles CRED completos para la edad.</i>					
Definición	Mide el porcentaje de niños de 1 año que han recibido controles CRED completos para la edad en el periodo de evaluación. Los controles pueden ser realizados en el Establecimiento de Salud o en la vivienda como parte de las actividades extramurales.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso oportuno a la prestación de control de crecimiento y desarrollo (CRED) permitiendo identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño.					
Justificación	Según la evidencia recogida, la entrega de la prestación de control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED) reduce el riesgo de padecer de desnutrición infantil crónica y anemia infantil.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{niños de 1 año con controles CRED completos}}{\text{Total de niños de 1 año en el padrón nominal}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños de 1 año (registrados en el padrón nominal) atendidos en el Establecimiento y registren controles CRED completos para la edad en el periodo de evaluación.					

	Denominador: Número total de niños de 1 año registrados en el padrón nominal en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCI	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	35.0%	Meta Esperada	45.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 2.5% anual y para la meta esperada 1.0% anual		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 07

Nombre del Indicador	<i>Niños de 2 año con controles CRED completos para la edad.</i>					
Definición	Mide el porcentaje de niños de 2 años que han recibido controles CRED completos para la edad en el periodo de evaluación. Los controles pueden ser realizados en el Establecimiento de Salud o en la vivienda como parte de las actividades extramurales.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso oportuno a la prestación de control de crecimiento y desarrollo (CRED) permitiendo identificar e intervenir precozmente sobre factores de riesgo o alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño.					
Justificación	Según la evidencia recogida, la entrega de la prestación de control de crecimiento y desarrollo					

	del niño (CRED) reduce el riesgo de padecer de desnutrición infantil crónica y anemia infantil.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{niños de 2 años con controles CRED completos}}{\text{Total de niños de 2 años en el padrón nominal}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños de 2 años (registrados en el padrón nominal) atendidos en el Establecimiento y registren controles CRED completos para la edad en el periodo de evaluación. Denominador: Número total de niños de 2 años registrados en el padrón nominal en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCl	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	40.0%	Meta Esperada	55.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual y para la meta esperada 2.5% anual		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO
EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS
MENORES DE 36 MESES EN LA PROVISIÓN DE SUPLEMENTACIÓN DE
MICRONUTRIENTES EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED DE SALUD
ZAMACOLA”

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de la mejora en el desempeño de la provisión de suplementación con micronutrientes.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la mejora del desempeño en la provisión de suplementación con micronutrientes.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para la provisión de suplementación con micronutrientes a los niños y las niñas menores de 36 meses de edad.
- Identificar oportunamente las situaciones de riesgo que pudieran generar en el niño o niña menor de 36 meses un cuadro de anemia o limitar su recuperación, para su atención efectiva y oportuna.
- Establecer las estrategias de monitoreo, seguimiento presencial y no presencial de las prestaciones de prevención y control de la anemia.
- Incentivar la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones realizadas, promoviendo prácticas saludables como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los dos años, alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses, lavado de manos, cuidado del niño enfermo, estimulación temprana, brindar suplemento de hierro o micronutrientes.
- Mejorar las coberturas de suplementación con micronutrientes en los niños y niñas menores de 36 meses con oportunidad en el ámbito de la Microred Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.

- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA que aprueba la NTS N° 160/MINSA/2020 “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 099-MINSA/2020/DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto de la COVID 19”.
- Resolución Ministerial N° 1162-2019-MINSA, que ordena la vigencia de diversos documentos de gestión hasta su integración en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.
- Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP.V.01 “Directiva Sanitaria Implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de salud para

la prevención, reducción y control de la anemia infantil y de la desnutrición crónica infantil”.

- Resolución Ministerial N° 747-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 081-MINSA/2018/DGIESP “Directiva Sanitaria Pautas para optimizar el acceso a prestaciones para la reducción, prevención y control de la anemia infantil en Establecimientos de Salud”
- Resolución Ministerial N° 644-2018/MINSA que modifica la NTS N° 137-MINSA /2017/DGIESP aprobada por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.

- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna".
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 "infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil".
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo", modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud".

- Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS, que aprueba la Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil".
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Ácido Fólico.** Es una de las vitaminas del complejo B de gran importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada antes y en las primeras semanas de la gestación disminuye el riesgo defectos del tubo neural (DTN).
- **Adherencia.** Es el grado en que el paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada.
- **Ajuste de hemoglobina según altitud.** Las personas que residen en lugares de mayor altitud, incrementan su hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre, por esta razón se hace una corrección del nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para diagnosticar anemia
- **Altitud.** Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- **Anemia por deficiencia de hierro.** Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF),
- **Anemia.** Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud

pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.

- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Atención oportuna.** Es el proceso mediante el cual se brindan las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia, para lograr la máxima cobertura.
- **Captación oportuna.** Es el proceso mediante el cual se coordinan los esfuerzos para disminuir las oportunidades perdidas de las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia.
- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Concentración de hemoglobina.** Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (g/dl) o gramos por litro (g/l)
- **Consejería.** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.
- **Consulta nutricional.** Es la atención especializada realizada por el profesional nutricionista dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional.
- **Contrarreferencia.** Es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la

referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejarlo o monitorizar el problema de salud integral.

- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT).** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.
- **Educación nutricional.** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser

humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).

- **Eritrocito (Hematíe).** Uno de los elementos de la sangre periférica, anucleado y bicóncavo en su forma madura; contiene hemoglobina para el transporte de oxígeno.
- **Eritropoyetina.** Hormona glucoproteínica secretada principalmente por los riñones en los adultos y en el hígado en el feto, que actúa sobre las células de la médula ósea y estimula la producción de eritrocitos.
- **Ferritina Sérica.** Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.
- **Fortificación casera.** esta intervención consiste en adicionar Micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo.
- **Hematocrito.** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona.
- **Hemoglobina.** Es una proteína compleja constituida por un grupo Hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.
- **Hemoglobinómetro portátil.** Es un equipo que se usa para realizar lecturas directas de hemoglobina.
- **Hierro Hemínico (hierro Hem).** Es el hierro que participa en la estructura del grupo Hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre

otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10 - 30%.

- **Hierro no Hemínico (hierro no Hem).** Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10% (tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción).
- **Hierro Polimaltosado.** Es un complejo de hierro de liberación lenta. La polimaltosa actúa como una envoltura alrededor del hierro trivalente, asegurando una liberación más lenta del complejo de hierro y produce menores efectos secundarios, en comparación con otras sales de hierro (sulfato, fumarato, etc.), permitiendo mayor tolerancia y el cumplimiento del tratamiento.
- **Hierro.** Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal.
- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la

atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.

- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Primera infancia.** La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.
- **Puerperio.** es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta hasta las seis semanas o 42 días post parto.
- **Referencia.** Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnología y competencia.
- **Requerimientos o necesidades nutricionales.** Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.
- **Salud intercultural.** Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico y social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud.
- **Sesiones demostrativas.** Son actividades educativas que hacen uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y están dirigidas a madres, padres y o cuidadores de las niñas y niños, cuya

participación es interactiva. Deben ser conducidas por personal de la salud capacitado.

- **Sulfato Ferroso.** Es un compuesto químico de fórmula FeSO_4 . Se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica.
- **Suplementación con hierro y micronutrientes.** Es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro (en forma de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico) con la finalidad de prevenir la anemia por deficiencia de hierro; lo prescribe el profesional de la salud que realiza el control de la niña o niño.
- **Visita domiciliaria.** Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.
- **Volumen Corpuscular Medio (VCM).** es un parámetro usado en el estudio de la sangre que mide el tamaño de los eritrocitos (glóbulos rojos) a través de la media del volumen individual y se utiliza para ayudar a diagnosticar la causa de la anemia.

5.2. MECANICA OPERATIVA.

- 5.2.1.** La prestación de suplementación de micronutrientes a niñas y niños menores de 36 meses forma parte de la atención integral de salud de la niña y el niño y se debe realizar en todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola de manera gratuita.

- 5.2.2.** Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben contar con un médico y una enfermera(o) capacitado para realizar la prestación de suplementación con micronutrientes en la niña y el niño menor de 36 meses.
- 5.2.3.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred Zamácola deberán garantizar la logística necesaria (recursos humanos, medicamentos, infraestructura, equipos médicos, mobiliario, insumos críticos y material médico quirúrgico,) para que los Establecimientos de Salud brinden la suplementación de micronutrientes. Para ello deben gestionar la asignación presupuestal correspondiente de las fuentes de Donaciones y Transferencias, Recursos Determinados y las que correspondan por Recursos Ordinarios.
- 5.2.4.** La suplementación con micronutrientes se inicia con o sin dosaje de hemoglobina y deberá siempre ser complementada con la consulta nutricional y consejería a la madre, familiar o cuidadores. La consejería correspondiente y el monitoreo de consumo se realiza en los Establecimientos de salud, domicilio, otros espacios de atención y cuidado infantil y a través de la Teleconsulta previa coordinación.
- 5.2.5.** La Historia Clínica, el Carnet de Atención Integral del Niño y la Niña, el Libro de Seguimiento, así como el resto de instrumentos de registro que disponen los Establecimientos de Salud, son de uso obligatorio y deberán ser llenados correctamente y en forma oportuna.
- 5.2.6.** La población Infantil menor de 36 meses que recibe la suplementación con micronutrientes será registrada mensualmente, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia la cabecera de la Microred, para su constante actualización y análisis de dicha información.

- 5.2.7.** Las actividades e intervenciones propias de la prestación de suplementación con micronutrientes podrán realizarse en los Establecimientos de Salud (Oferta fija), a través equipos extramurales (Oferta móvil) o mediante actividades de Telesalud.
- 5.2.8.** La Coordinadora de la Etapa de Vida Niño de la Microred de Salud Zamácola, es responsable de la implementación y aplicación de la presente Directiva en todos los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, así como de su planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, debiendo dar cuenta periódicamente al Comité de Gestión y a la Jefatura de la Microred.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1.** Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud con enfoque por ciclos de vida, privilegiando las intervenciones preventivo promocionales y las actividades extramurales.
- 6.2.** La Aplicación de la presente Directiva es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes brindaran la prestación de suplementación con micronutrientes de acuerdo a la Norma Vigente.
- 6.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANEMIA.**

6.3.1. Criterio Clínico. El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

Anamnesis. Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño para su registro.

Examen físico. Considera los siguientes aspectos a evaluar:

- Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- Buscar palidez de mucosas oculares
- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
- Examinar sequedad y caída del cabello.
- Observar mucosa sublingual.

- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

6.3.2. Criterio Laboratorial. Los niños con anemia suelen ser asintomáticos, por lo que es necesario realizar un despistaje regular para su diagnóstico. Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de Salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica.

Medición de la concentración de Hemoglobina o Hematocrito: La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia. Para determinar el valor de la hemoglobina en niños se utilizarán métodos directos como: a) método de la cianometahemoglobina (espectrofotómetro) y b) método de la azidametahemoglobina (Hemoglobinómetro). De no contar con ningún método de medición de hemoglobina, se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.

La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud. Cuando un Establecimiento de Salud no cuente por motivos de fuerza mayor con sus equipos operativos, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia, para lo cual los pacientes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina.

En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo el niño o niña en los últimos 3 meses (la orden de laboratorio deberá consignar esta localidad).

El personal de laboratorio o quien realice la determinación de hemoglobina o hematocrito registrará los valores de hemoglobina observada en el formato HIS (sin realizar el ajuste por altura). El o

la responsable de la atención del niño o niña verificará el ajuste por altitud respectivo. El valor ajustado de hemoglobina es el que se considerará para el diagnóstico de anemia. Los criterios para definir anemia son los establecidos por la Organización Mundial de la Salud.

En el caso de diagnosticarse anemia en cualquier grupo de edad, se debe iniciar el tratamiento inmediato según normatividad vigente.

Medición de la Ferritina sérica: Las concentraciones normales de Ferritina dependen de la edad y del sexo. Son elevadas al nacer y disminuyen progresivamente durante el primer año. Este indicador mide las reservas de hierro corporal. La medición se usa cuando la anemia persiste sin evolución favorable, a pesar de haber iniciado el tratamiento y contar con una buena adherencia al suplemento. Si la Ferritina es normal, la causa de la anemia no es la falta de hierro. Para una adecuada interpretación - en caso de sospecha de cuadro inflamatorio agudo - el punto de corte del valor de Ferritina Sérica se reajusta según el resultado de la medición de Proteína C Reactiva.

6.4. TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA.

El dosaje de Hemoglobina y/o Hematocrito para descartar anemia en los niños y niñas se realizará a los 6 meses de edad y en adelante cada 6 meses hasta que cumpla 2 años. A partir de los 2 años de edad se realizará un dosaje de Hemoglobina y/o Hematocrito por año. En caso no se haya realizado el dosaje a la edad de 6 meses, este se realizará en el siguiente control, o se programará la actividad para ser realizada en domicilio por un equipo de oferta móvil.

6.5. MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA.

6.5.1. Suplementación con Hierro.

Se debe administrar hierro con fines preventivos cuando la población en riesgo de desarrollar deficiencia de hierro no tiene acceso a alimentos fortificados con este nutriente, bajo consumo de alimentos ricos en estos nutrientes o existen requerimientos

La suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de 36 meses es una actividad obligatoria para el personal de los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

- Infantes prematuros y con bajo peso al nacer desde 1 a 35 meses de edad.
- Lactantes a término desde los 4 a 35 meses de edad.

El manejo preventivo de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos - (PNUME) vigente, de acuerdo al esquema establecido en la normatividad vigente. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico.

Las presentaciones disponibles son:

- 393

5 mg Zinc
160 ug Ácido Fólico
300 ug Vitamina A
30 mg Vitamina C

- Sobre de Micronutriente – polvo 1 sobre = 12.5 mg Hierro Elemental

5 mg Zinc
160 ug Ácido Fólico
300 ug Vitamina A
30 mg Vitamina C

6.5.3. Esquema de suplementación con Hierro.

La prevención de anemia con suplementación de hierro se realizará de la siguiente manera:

Niños/niñas nacidos a término con buen peso al nacer.

- La suplementación preventiva se iniciará a los 4 meses de edad con Sulfato Ferroso gotas o Complejo Polimaltosado gotas o Multivitamínico en solución, hasta cumplir los 6 meses de edad.
- Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad, se administrará Sulfato Ferroso gotas o Complejo Polimaltosado gotas o Multivitamínico en solución de forma diaria durante 6 meses; o Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres.
- Los niños/niñas de 24 hasta 35 meses de edad se administrará suplementación con Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres o Sulfato Ferroso jarabe o Complejo Polimaltosado jarabe en forma diaria durante 6 meses.

Niños/niñas nacidos a con bajo peso al nacer y/o prematuros

- La suplementación preventiva se iniciará a los 30 días de nacido con Sulfato Ferroso gotas o Complejo Polimaltosado gotas (dosis de 2mg/Kg/día) hasta cumplir los 6 meses de edad.

- Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad, se continuará con Sulfato Ferroso gotas o Complejo Polimaltosado gotas o Multivitamínico en solución de forma diaria durante 6 meses; o Micronutrientes en polvo hasta que complete el consumo de 180 sobres.
- Los niños de 24 hasta 35 meses de edad se administrará suplementación con Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres o Sulfato Ferroso jarabe o Complejo Polimaltosado jarabe en forma diaria durante 6 meses.

Niños/niñas de 24 a 35 meses de edad

- Los niños/niñas de 24 hasta 35 meses de edad se administrará suplementación con Micronutrientes en polvo hasta que complete los 180 sobres o Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico jarabe en forma diaria durante 6 meses.

El niño/niña que no recibió Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado o Multivitamínico en solución o Micronutrientes en polvo a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar a cualquier edad, hasta los 35 meses inclusive a los 3 años de edad cumplidos.

El suplemento de hierro se administra en una sola toma diaria, de preferencia recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de los alimentos. En caso se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en dos tomas, según criterio médico o del personal de salud tratante.

En el caso de suspensión del consumo de Micronutrientes en polvo o Multivitamínico en solución, se deberá reanudar según indicación del personal de salud hasta completar el esquema. Evitar tiempos prolongados sin suplementación.

6.5.4. Efectos adversos o colaterales del uso de suplementos de hierro.

Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado.

Sulfato Ferroso: Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia.

Complejo Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso.

Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el personal de salud debe reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas e Reacciones Adversas a medicamentos y remitirla las farmacias de cada Establecimiento de Salud, quienes entregaran a la responsable de SISMED de la Microred y su posterior envío a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa, según normatividad vigente.

6.5.5. *Consejería para la entrega de Suplementos de Hierro.*

Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos. Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, considerando los siguientes contenidos:

- La Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
- Manejo de posibles efectos colaterales al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.
- El reconocimiento temprano de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento con hierro, puede reducir la necesidad de transfusión de sangre posterior
- El personal de salud recomendará consumir los suplementos de hierro con Ácido Ascórbico o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece la liberación más rápida de hierro a nivel gastrointestinal. Sin embargo, si es que ello aumenta la tasa de efectos secundarios y ocasiona malestares, será necesario sugerir la siguiente toma del suplemento con agua.

- Se debe brindar información y orientación a la madre o cuidador del niño o niña, entregándole material educativo adecuado.
- La importancia y beneficios del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia.
- Los beneficios del consumo de micronutrientes en el niño entre los 6 y 36 meses de vida.
- La importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina.
- La importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).

6.5.6. Monitoreo y seguimiento.

Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo a la prestación de suplemento de micronutrientes para la prevención de la anemia en niños y niñas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria y/o Telesalud.

Extramuro: Se realizará de acuerdo a lo señalado en el numeral 5.3.1. de la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DIGIESP-V.01 y deben cumplirse las siguientes acciones;

- Identificar al cuidador o tutor del paciente (madre, otro familiar u otro cuidador) responsable de brindar el suplemento de hierro al niño o niña.
- Verificar si la persona responsable de administrar el suplemento de hierro, conoce la cantidad, frecuencia y forma de administrarlo.
- Solicitar el gotero, frasco o sobres no consumidas aún del suplemento.

- Indagar y verificar sobre el lugar donde usualmente se guarda el suplemento.
- Evaluar la adherencia al tratamiento: preguntar si el niño o niña está tomando el suplemento; si lo acepta con facilidad, lo rechaza, o si presentó algún inconveniente.
- Verificar el volumen de contenido restante en el gotero o frasco por consumir, según la edad, dosis y tiempo de administración que corresponde a cada paciente.
- Indagar sobre los alimentos ricos en hierro de la localidad y recomendar su consumo diariamente, según sea factible.
- Fortalecer los mensajes claves relacionados:
 - a. Continuar con el tratamiento hasta finalizar.
 - b. Continuar con el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro propios del lugar donde vive.
 - c. Asistir al establecimiento de salud para los controles de evaluación de anemia o ante cualquier consulta.
 - d. Recordarles las consecuencias irreversibles de la anemia en el niño o niña.

Intramuro. (En el Establecimiento de Salud):

- En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución de aumento hemoglobina según lo establecido en esta Norma y/o cuando el médico o personal de salud tratante lo solicite según sea pertinente.
- En los casos de tratamiento de anemia, si en el primer control (al mes de iniciado el tratamiento) no se evidencia un aumento de por lo menos 1 g/dl de hemoglobina, o si se detiene la recuperación de los niveles de hemoglobina en cualquier control, se deberá evaluar la adherencia al tratamiento.
- En los casos de tratamiento o prevención, si no se detecta una buena adherencia al tratamiento, se evaluarán las razones, para tomar medidas correctivas:
 - a. Si se debe a que el niño o niña refiere efectos adversos que limitan que continúe el consumo del suplemento de

hierro, se le brindará, junto con la consejería, la alternativa de complejo polimaltosado.

- b. Si se debe a que el niño o niña no consume el hierro por costumbre o desinformación, se reforzará la consejería en el uso del suplemento y motivará a cumplir la indicación en la toma del producto.

Para el caso de niños menores de 3 años, que vienen recibiendo Micronutrientes y son diagnosticados con anemia, se deberá iniciar tratamiento por un periodo de 6 meses y suspender el consumo de Micronutrientes en esta etapa. Una vez concluido el periodo de tratamiento, continuar con el consumo de los Micronutrientes hasta completar los 360 sobres. Durante la emergencia sanitaria se tendrá en cuenta lo dispuesto por la Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA.

VII. RESPONSABILIDADES.

7.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

7.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

VIII. DISPOSICIONES FINALES.

- 8.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.
- 8.2. La población objetivo, para la prestación de suplemento con micronutrientes, es la niña y niño menor de 5 años, con prioridad del menor de 36 meses. Los criterios de programación definidos por el nivel

nacional, son utilizados para determinar la meta física de niñas y niños beneficiados por grupo de edad en las diferentes jurisdicciones sanitarias.

- 8.3. El personal de salud que presta servicios en el servicio de admisión o triaje, debe garantizar que todo niño menor de 60 meses que acude al Establecimiento de Salud, por cualquier motivo de atención o como acompañante, reciba oportunamente las prestaciones de dosaje de hemoglobina y suplementación preventiva con hierro, según la normatividad vigente, e informar a la madre la necesidad de recibir las prestaciones que correspondan.
- 8.4. La enfermera o médico que realiza la entrega de micronutrientes requiere de capacitación y actualización permanente, en suplementación de micronutrientes y tamizaje de hemoglobina, así como de la normatividad vigente.
- 8.5. El recojo, procesamiento y análisis de la información de las prestaciones de suplementación de micronutrientes se hacen de acuerdo a la normatividad vigente. La información obtenida deberá ser registrada en los siguientes formatos: Historia Clínica de la Atención Integral de la Niña y el Niño, Carnet de Atención Integral de Salud de la niña y niño, Ficha Única de Atención (FUA), Hoja de Información Sistemática (HIS), Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño (SIEN) y otros según normatividad vigente.
- 8.6. Un Establecimiento de Salud se considera que brinda satisfactoriamente la prestación de control de crecimiento y desarrollo cuando se obtiene un valor promedio de 80% en los logros de los indicadores seleccionados durante el proceso de evaluación anual de la presente Directiva Administrativa.
- 8.7. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán treinta (30) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

IX. ANEXOS.

ANEXO N° 01: CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS EN LA SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO EN NIÑOS Y NIÑAS

PRODUCTO	FORMA FARMACÉUTICA	COMPONENTE CONTENIDO
Sulfato Ferroso	Gotas	1 gota = 1.25 mg Hierro elemental
Complejo Polimaltosado	Gotas	1 gota = 2.50 mg Hierro elemental
Sulfato Ferroso	Jarabe	1 ml = 3.00 mg Hierro elemental
Complejo Polimaltosado	Jarabe	1 ml = 10.00 mg Hierro elemental
Multivitamínico líquido	Solución	12.50 mg Hierro elemental
		5.00 mg Zinc
		100.00 mg Ácido fólico
		200.00 mg Vitamina A (Retinol)
		20.00 mg Vitamina C
Polvo de micronutrientes	Sobre	12.50 mg Hierro elemental
		5.00 mg Zinc
		100.00 mg Ácido fólico
		200.00 mg Vitamina A (Retinol)
		20.00 mg Vitamina C

ANEXO N° 02: CALENDARIO PARA EL TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 36 MESES

EDAD	FRECUENCIA	OBSERVACIONES
Menores de 6 meses	Cada 2 meses	En niños prematuros y/o bajo peso al nacer
Hasta el año de edad	Cada 6 meses	Si no se realiza en la fecha indicada, se procederá al dosaje en el control posterior
Hasta los 2 años de edad	Cada 6 meses	
Hasta los 5 años de edad	Cada año	

ANEXO N° 03: CRITERIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN NIÑOS

EDAD	CON ANEMIA	SIN ANEMIA
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER		
1 ^{ra} Semana	≤ 13.0 g/dl	> 13.0 g/dl
2 ^{da} a 4 ^{ta} Semana	≤ 10.0 g/dl	> 10.0 g/dl
5 ^{ta} a 8 ^{va} Semana	≤ 8.0 g/dl	> 8.0 g/dl
NIÑOS A TÉRMINO		
< 2 meses	≤ 13.5 g/dl	13.5 a 18.5 g/dl
2 a 6 meses	≤ 9.5 g/dl	9.5 a 13.5 g/dl
6 meses a 5 años		
• Severa	≤ 7.0 g/dl	> 11.0 g/dl
• Moderada	7.0 a 9.9 g/dl	
• Leve	10.0 a 10.9 g/dl	

ANEXO N° 04: ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN EN NIÑOS

EDAD	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER			
Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/Kg/día	Sulfato ferroso gotas Complejo polimaltosado gotas	Consumo diario hasta los 6 meses cumplidos
Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad	10 a 12.5 mg de hierro elemental	Sulfato ferroso gotas Complejo polimaltosado gotas	Consumo diario durante 6 meses
	1 toma	Multivitamínico líquido	
	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta completar 180 sobres
Desde los 24 meses hasta los 35 meses de edad	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta completar 180 sobres
	30 mg de hierro elemental	Sulfato ferroso jarabe Complejo polimaltosado jarabe	Consumo diario durante 6 meses
NIÑOS A TÉRMINO			
		Sulfato ferroso	

Desde los 4	2	Complejo	Consumo
Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad	10 a 12.5 mg de	Sulfato ferroso	Consumo diario durante 6 meses
		Complejo	
	1 toma	Multivitamínico	
Desde los 24 meses hasta los 35 meses de edad	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta
	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta
	30 mg de hierro	Sulfato ferroso jarabe	Consumo diario durante

ANEXO N° 05: CALENDARIO DE VISITAS DOMICILIARIAS SIN ANEMIA A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 MESES

CONDICIÓN	VISITA DOMICILIARIA
Recién Nacido	Dentro de los primeros 7 días de nacido
Niño de 4 a 5 meses	Una visita mensual dentro del cuarto mes
	Una visita mensual dentro del quinto mes
Niño de 6 a 11 meses	Una visita al completar 30 días de iniciada la suplementación
	Una visita al completar 90 días de iniciada la suplementación
	Una visita al completar 180 días de iniciada la suplementación

ANEXO N° 06: FICHAS TECNICAS DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN

Se proponen los siguientes indicadores:

➤ **Indicadores de Seguimiento.**

- *Establecimiento de salud con kit completos para realizar tamizaje de hemoglobina de acuerdo a la normatividad.*
- *Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar tamizaje de hemoglobina.*
- *Niños de 4 meses con suplemento de hierro.*
- *Niños sin anemia de 6 a 11 meses que han recibido micronutrientes o jarabe o gotas completos para su edad*
- *Niños de 6 a 11 meses de edad con tamizaje de hemoglobina en los últimos 3 meses.*

- Niños que cumplen 24 meses en el mes de evaluación que cuentan con dos o más mediciones de hemoglobina en el último año.

➤ **Indicadores de Resultado**

- Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses.

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de salud con kit completos para realizar tamizaje de hemoglobina de acuerdo a la normatividad.</i>					
Definición	Los Establecimientos de Salud requieren de contar con la totalidad de equipos médicos e insumos médicos necesarios para poder llevar a cabo las pruebas para la determinación de hemoglobina en niños/niñas, gestantes y puérperas, de acuerdo a lo establecido en las normas técnicas de salud vigentes.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Garantizar que los Establecimientos de Salud cuenten con los equipos e insumos médicos críticos para brindar de manera correcta y con calidad las pruebas de tamizaje de hemoglobina en niños/niñas, gestantes y puérperas.					
Justificación	La prioridad del indicador está relacionada a la necesidad de contar con Establecimientos de Salud en condiciones óptimas para brindar la prestación de tamizaje de hemoglobina con calidad, eficiencia y eficacia, cumpliendo lo dispuesto en las normas técnicas de salud vigentes.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Ítems de la lista de verificación cumplidos}}{\text{Total de ítem a verificar}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de ítems de la lista de verificación que se cumplen satisfactoriamente. Denominador: Total de ítems de la lista de verificación contenidos en el “Instrumento de medición”. Instrumento de medición. Hace referencia a lo dispuesto en el Documento Técnico: Guía Técnica: “Procedimiento para la determinación de hemoglobina mediante Hemoglobinómetro portátil”					

Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Lista de verificación	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	95%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	4.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 1.0% anual.		
Área responsable	Comité de Mejora de la Calidad y/o encargadas de acreditación de la calidad de los servicios de salud, o quien haga sus veces en el Establecimiento de Salud.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar tamizaje de hemoglobina.</i>				
Definición	Porcentaje de personal de salud que ha recibido capacitación y ha sido acreditado para realizar el tamizaje de Hemoglobina a niños/niñas y gestantes en cada Establecimiento de Salud				
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, con personal que ha recibido capacitación para realizar el tamizaje de hemoglobina en niños/niñas y gestantes, que permita la reducción, prevención y control de la anemia infantil.				
Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados en la prestación de tamizaje de hemoglobina al niño/niña y gestantes en los Establecimientos de Salud. Permitirá estandarizar los procedimientos y metodología del personal de salud para entregar adecuadamente las prestaciones				

	vinculadas a la reducción, prevención y control de la anemia infantil.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud capacitado en tamizaje de Hb}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Personal de Salud (Médico/Enfermero/Obstetra/Nutricionista) del Establecimiento que ha sido capacitado y acreditado en técnicas para el tamizaje de hemoglobina en niños/niñas y gestantes. Denominador: Total de profesionales de la salud que se encuentran adscritos al Establecimiento (Médico/Enfermero/Obstetra/Nutricionista).		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$		
Fuente	Actas de Capacitación	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	4.0%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual.		
Área responsable	Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Personal o quien haga sus veces		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	Niños de 4 meses con suplemento de hierro.					
Definición	Porcentaje de niños registrados en el Padrón Nominal que cumplen 130 días de edad en el periodo de evaluación que han recibido gotas con hierro entre los 110 y 130 días de edad.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el inicio oportuno de la suplementación con gotas de hierro (sulfato ferroso o complejo					

	polimaltosado) con fines de prevención de la anemia en niños y niñas.		
Justificación	Se ha demostrado que la administración de suplementos de hierro diario desde los 4 meses reduce eficazmente la anemia. En el caso peruano, se observa la mayor prevalencia de anemia a los 6 meses de edad (60%); motivo por el cual y con el objetivo de aumentar las concentraciones de hemoglobina, reforzar las reservas de hierro y reducir el riesgo de anemia; desde los 4 meses se ha programado la administración de suplementos con hierro (gotas). Para el caso de niñas y niños nacidos prematuramente la suplementación inicia desde los 30 días hasta los 6 meses de edad.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ niños que inician suplementación a los 110} - 1}{N^{\circ} \text{ de niños que cumplen 130 días de edad}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas de 110 a 130 días de edad que han recibido gotas con hierro en el periodo de evaluación. Denominador: Número acumulado de niños y niñas que han cumplido 130 días de edad en el periodo de evaluación y están registrados en el padrón nominal.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$		
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCI	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	58.0%	Meta Esperada	65.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	2.5% anual en la meta esperada y de 5.0% anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 04

Nombre del Indicador	<i>Niños sin anemia de 6 a 11 meses que han recibido micronutrientes o jarabe o gotas completos para su edad</i>					
Definición	Porcentaje de niños de 170 a 369 días de edad que reciben suplementación con hierro (Micronutrientes), que no han tenido diagnóstico de anemia.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y oportunidad de las niñas y niños sin ANEMIA de 6 a 11 meses de edad a los Establecimientos de Salud y que reciben micronutrientes o jarabe o gotas completos para su edad.					
Justificación	En países donde la anemia es altamente prevalente, como el Perú; se recomienda la administración diaria de suplementos de hierro como intervención de salud pública en bebés y niños pequeños para aumentar las concentraciones de hemoglobina y las reservas de hierro, y reducir el riesgo de anemia, la deficiencia de hierro y la anemia por deficiencia de hierro a nivel poblacional. Por ello, a nivel nacional a partir de los 6 meses de edad se entrega suplemento de hierro en sus diferentes presentaciones aprobadas y dosis recomendadas en la norma técnica.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{N° de niños de 6 a 11 meses suplementados}}{\text{N° de niños de 6 a 11 meses sin anemia del padrón}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas entre 170 y 369 días de edad que reciben suplementación con hierro de acuerdo a su edad en el periodo de evaluación. Denominador: Número acumulado de niños y niñas de 170 y 369 días de edad en el periodo de evaluación sin diagnóstico de anemia, registrados en el padrón nominal.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} &\% \text{ de cumplimiento} \\ &= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$					

Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCl	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	55.0%	Meta Esperada	60.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	2.5% anual en la meta esperada y de 3.0% anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 05

Nombre del Indicador	<i>Niños de 6 a 11 meses de edad con tamizaje de hemoglobina en los últimos 3 meses.</i>					
Definición	Porcentaje de niños registrados en el Padrón Nominal de 180 a 364 días de edad en el mes de evaluación, que han tenido un tamizaje de anemia en los últimos 3 meses antes del mes de evaluación.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir de manera próxima, el acceso de la población de menores de 1 año, a las intervenciones del sector salud para detectar de manera oportuna los casos de anemia. El dosaje de hemoglobina forma parte de la atención integral de salud del niño y es considerada, la prueba para identificar anemia.					
Justificación	La identificación oportuna del nivel de hemoglobina en niñas y niños permite realizar las intervenciones pertinentes con la administración de hierro: Suplementación o tratamiento. El dosaje de hemoglobina para descartar anemia en las niñas y niños se realizará a los 6 meses de edad, y en adelante cada 6 meses hasta que cumpla 2 años.					

Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ acumulado de niños de 180 a 364 días de edad}}{N^{\circ} \text{ acumulado de niños de 180 a 364 días de edad}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas de 180 a 364 días de edad que cuentan con dosaje de hemoglobina en los últimos 3 meses. Denominador: Número acumulado de niños y niñas de 180 a 364 días de edad en el periodo de evaluación registrados en el padrón nominal.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$		
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCl	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	60.0%	Meta Esperada	68.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	4.0% anual en la meta esperada y de 6.0% anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 06

Nombre del Indicador	Niños que cumplen 24 meses en el mes de evaluación que cuentan con dos o más mediciones de hemoglobina en el último año.					
Definición	Proporción de niñas y niños que cumplieron 24 meses en el mes de evaluación y tuvieron dos o más mediciones de hemoglobina en el último año					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso de la población que cumple 24 meses, a las mediciones de					

	hemoglobina establecidas por el sector salud, como un medio para detectar, tratar y evaluar el tratamiento de los casos de anemia. El dosaje de hemoglobina es considerada la prueba para identificar anemia. Asimismo, se establece que durante el tratamiento de los casos de anemia, se debe realizar mediciones de control, según el grupo de edad, uno, tres y seis meses después de iniciado el tratamiento.		
Justificación	La anemia representa el más extendido problema de salud y nutrición pública, en menores de 6 a 24 meses sigue siendo un problema de salud pública en nuestro país, más del 40.0% de niños de este grupo de edad tienen anemia Así mismo, el dosaje de hemoglobina permite establecer el diagnóstico de anemia y el consiguiente tratamiento en los casos identificados.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ acumulado de niños de 24 meses de edad tam}}{N^{\circ} \text{ acumulado de niños de 24 meses de edad regi.}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas de hasta 24 meses y 29 días de edad que tienen dos o más dosajes de hemoglobina en el último año. Denominador: Número acumulado de niños y niñas de hasta 24 meses y 29 días de edad registrados en el padrón nominal en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ & = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$		
Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCl	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	55.0%	Meta Esperada	65.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	5.0% anual en la meta esperada y de 8.0% anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		

Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 07

Nombre del Indicador	<i>Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses.</i>				
Definición	Proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con un valor de hemoglobina por debajo de punto de corte para anemia.				
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado X
Propósito	Medir los niveles de hemoglobina de los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, para iniciar oportunamente el manejo terapéutico de la anemia.				
Justificación	La anemia representa el más extendido problema de salud y nutrición pública en el país. Se estima que más de 580 mil niños tienen algún grado de anemia. Estudios realizados en las últimas dos décadas muestran que la anemia, y en particular el déficit de hierro en el organismo de un niño en crecimiento, tiene graves efectos sobre el proceso de maduración cerebral y consecuencias negativas sobre la capacidad de aprendizaje, especialmente en la escuela. Por otro lado, tiene efectos negativos sobre la inmunidad, lo que hace al niño más susceptible de adquirir enfermedades infecciosas.				
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Número de niños de 6 a 35 meses de edad con anemia}}{\text{Número de niños de 6 a 35 meses de edad evaluados}} * 100$				
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con diagnóstico de anemia mediante dosaje de hemoglobina en el periodo de evaluación. Denominador: Número acumulado de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad a los que se realizó un tamizaje de hemoglobina en el periodo de evaluación.				
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$				

Fuente	Padrón nominal – Libro de seguimiento – HCl	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	42.0%	Meta Esperada	38.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	12.0%
Nivel de avance	Reducir en 2.0% anual la meta esperada y en 3.0% anual el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-AN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO
EN BASE A BUENAS PRÁCTICAS PARA EL CONTROL PRENATAL Y
PROVISIÓN DE SUPLEMENTO DE MICRONUTRIENTES EN GESTANTES Y
PUERPERAS EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA”

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia en gestantes y niños menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola a través de la mejora en el desempeño de la atención integral a la gestante y la provisión de suplementación con micronutrientes a gestantes y puérperas.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción y control de la Anemia Materno Infantil en la población de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la mejora del desempeño en la Atención Integral de Salud y la provisión de suplementación con micronutrientes a gestantes y puérperas.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para la Atención Integral de la Gestante con enfoque preventivo promocional, interculturalidad, equidad y de derechos.
- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para la provisión de suplementación con micronutrientes a mujeres gestantes y puérperas.
- Identificar oportunamente las situaciones de riesgo que pudieran generar en la gestante o puérpera un cuadro de anemia o limitar su recuperación, para su atención efectiva y oportuna.
- Establecer las estrategias de monitoreo, seguimiento presencial y no presencial de las prestaciones de prevención y control de la anemia en gestantes y puérperas.

- Mejorar las coberturas del control prenatal reenfocada con oportunidad en el ámbito de la Microred Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios Públicos.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.

- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA que aprueba la NTS N° 160/MINSA/2020 “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 099-MINSA/2020/DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto de la COVID 19”.
- Resolución Ministerial N° 1162-2019-MINSA, que ordena la vigencia de diversos documentos de gestión hasta su integración en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.
- Resolución Ministerial N° 644-2018/MINSA que modifica la NTS N° 137-MINSA /2017/DGIESP aprobada por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.

- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA "Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna".
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 "infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil".
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Materna"

- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo", modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva"
- Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS, que aprueba la Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil".
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Ácido Fólico.** Es una de las vitaminas del complejo B de gran importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada antes y en las primeras semanas de la gestación disminuye el riesgo defectos del tubo neural (DTN).
- **Adherencia.** Es el grado en que el paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada.
- **Ajuste de hemoglobina según altitud.** Las personas que residen en lugares de mayor altitud, incrementan su hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre, por esta razón se hace una corrección del nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para diagnosticar anemia
- **Altitud.** Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- **Anemia por deficiencia de hierro.** Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF),
- **Anemia.** Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.
- **Atención de la gestante.** Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.
- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.

- **Atención oportuna.** Es el proceso mediante el cual se brindan las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia, para lograr la máxima cobertura.
- **Captación oportuna.** Es el proceso mediante el cual se coordinan los esfuerzos para disminuir las oportunidades perdidas de las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia.
- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Concentración de hemoglobina.** Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (g/dl) o gramos por litro (g/l)
- **Consejería.** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la gestante y familiares a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante el desarrollo del embarazo y el crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.
- **Consulta nutricional.** Es la atención especializada realizada por el profesional nutricionista dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional.
- **Contrarreferencia.** Es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejarlo o monitorizar el problema de salud integral.

- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Educación nutricional.** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Eritrocito (Hematíe).** Uno de los elementos de la sangre periférica, anucleado y bicóncavo en su forma madura; contiene hemoglobina para el transporte de oxígeno.
- **Eritropoyetina.** Hormona glucoproteínica secretada principalmente por los riñones en los adultos y en el hígado en el feto, que actúa sobre las células de la médula ósea y estimula la producción de eritrocitos.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Ferritina Sérica.** Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.

- **Fortificación casera.** esta intervención consiste en adicionar Micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo.
- **Gestante atendida.** Referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual.
- **Gestante controlada.** Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.
- **Hematocrito.** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona.
- **Hemoglobina.** Es una proteína compleja constituida por un grupo Hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.
- **Hemoglobinómetro portátil.** Es un equipo que se usa para realizar lecturas directas de hemoglobina.
- **Hierro Hemínico (hierro Hem).** Es el hierro que participa en la estructura del grupo Hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10 - 30%.
- **Hierro no Hemínico (hierro no Hem).** Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10% (tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción).
- **Hierro Polimaltosado.** Es un complejo de hierro de liberación lenta. La polimaltosa actúa como una envoltura alrededor del hierro trivalente, asegurando una liberación más lenta del complejo de hierro y produce menores efectos secundarios, en comparación con otras

sales de hierro (sulfato, fumarato, etc.), permitiendo mayor tolerancia y el cumplimiento del tratamiento.

- **Hierro.** Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal.
- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Primera infancia.** La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de

extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.

- **Puerperio.** es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta hasta las seis semanas o 42 días post parto.
- **Referencia.** Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnología y competencia.
- **Requerimientos o necesidades nutricionales.** Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.
- **Salud intercultural.** Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico y social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud.
- **Sesiones demostrativas.** Son actividades educativas que hacen uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y están dirigidas a la gestante y sus familiares, cuya participación es interactiva. Deben ser conducidas por personal de la salud capacitado.
- **Sulfato Ferroso.** Es un compuesto químico de fórmula FeSO_4 . Se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica.
- **Suplementación con hierro.** Es administración profiláctica de sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y a la puérpera. Se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación y durante el puerperio.
- **Visita domiciliaria.** Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto) a la familia de la gestante, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, adherencia a los suplementos

de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.

- **Volumen Corpuscular Medio (VCM).** es un parámetro usado en el estudio de la sangre que mide el tamaño de los eritrocitos (glóbulos rojos) a través de la media del volumen individual y se utiliza para ayudar a diagnosticar la causa de la anemia.

5.2. MECANICA OPERATIVA.

- 5.2.1.** El Control Prenatal se debe realizar en todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, siendo gratuita para las gestantes protegidos por el SIS sin importar su establecimiento de adscripción y de los que carezcan de algún seguro de salud.
- 5.2.2.** La prestación de suplementación de micronutrientes a gestantes y puérperas forma parte de la atención integral de salud de la niña y el niño y se debe realizar en todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola de manera gratuita.
- 5.2.3.** Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben contar con un médico y una obstetra capacitados para realizar la atención integral de la Gestante que incluye el Control Prenatal y la Suplementación con micronutrientes a gestantes y puérperas.
- 5.2.4.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred Zamácola deberán garantizar la logística necesaria (recursos humanos, medicamentos, infraestructura, equipos médicos, mobiliario, insumos críticos y material médico quirúrgico,) para que los Establecimientos de Salud brinden la Atención Integral a la Gestante: Control Prenatal y la suplementación de micronutrientes. Para ello deben gestionar la asignación presupuestal correspondiente de las fuentes de Donaciones y Transferencias,

Recursos Determinados y las que correspondan por Recursos Ordinarios.

- 5.2.5.** La Historia Clínica, el Radar de Gestantes, el Libro de Seguimiento, así como el resto de instrumentos de registro que disponen los Establecimientos de Salud, son de uso obligatorio y deberán ser llenados correctamente y en forma oportuna.
- 5.2.6.** Las gestantes que reciben la Atención Integral de la Gestante: El Control Prenatal y la Suplementación con micronutrientes será registrada mensualmente, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia la cabecera de la Microred, para su constante actualización y análisis de dicha información.
- 5.2.7.** Las actividades e intervenciones propias de la Atención Integral de la Gestante podrán realizarse en los Establecimientos de Salud (Oferta fija), a través equipos extramurales (Oferta móvil) o mediante actividades de Telesalud, de acuerdo a normatividad vigente.
- 5.2.8.** La Responsable del Programa Presupuestal Materno Neonatal y las Coordinadoras de la Etapa de Vida Joven y Adulto de la Microred de Salud Zamácola, son responsables de la implementación y aplicación de la presente Directiva en todos los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, así como de su planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, debiendo dar cuenta periódicamente al Comité de Gestión y a la Jefatura de la Microred.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1.** Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud con enfoque

por ciclos de vida, privilegiando las intervenciones preventivo promocionales y las actividades extramurales.

- 6.2. La Aplicación de la presente Directiva es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes brindaran la prestación de suplementación con micronutrientes de acuerdo a la Norma Vigente.

6.3. **CONTROL PRENATAL REENFOCADA.**

6.3.1. En todos los establecimientos de salud de la Microred de Salud Zamácola, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr un recién nacido/a sano, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad, bajo los siguientes preceptos:

- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos.
- La atención prenatal debe ser realizada por médico Gineco-Obstetra (cabecera de microred), médico cirujano u obstetra
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico Gineco-obstetra, para lo cual los Establecimientos deberán coordinar la respectiva referencia con la cabecera de la microred u otro Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.

- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural. de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones.
- Realizar las pruebas de laboratorio como: Prueba rápida para detección de sífilis, VIH y Hepatitis, grupo sanguíneo y factor Rh, dosaje de hemoglobina, determinación de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico y determinación de glucosa (glucómetro).
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.

6.3.2. La primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico Gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera.

6.3.3. En la primera consulta de la atención prenatal reenfocada se brindará información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y la gestante recibirá información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.

- Los procedimientos de la primera atención prenatal, se realizarán de acuerdo a lo señalado en el numeral 6.1.2. de la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica en Salud: Atención Integral de Salud Materna”.
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.

- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita. Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de realizar o solicitar en el primer control prenatal.
- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.
- Mantener los registros completos o Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal. Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud. Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera. Registrar la atención en el formato de registro del HIS.

6.3.4. En las atenciones prenatales posteriores, se deberá cumplir con:

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral, así como indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma.

- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- Todos los demás procedimientos señalados en numeral 6.1.2. de la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica en Salud: Atención Integral de Salud Materna”.

6.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANEMIA.

6.4.1. Criterio Clínico. El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

Anamnesis. Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral de la gestante para su registro.

Examen físico. Considera los siguientes aspectos a evaluar:

- Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- Buscar palidez de mucosas oculares
- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
- Examinar sequedad y caída del cabello.
- Observar mucosa sublingual.
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

6.4.2. Criterio Laboratorial. Las gestantes con anemia suelen ser asintomáticos, por lo que es necesario realizar un despistaje regular para su diagnóstico. Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito.

Medición de la concentración de Hemoglobina o Hematocrito: La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia. Para determinar el valor de la hemoglobina en gestantes se utilizarán métodos directos como:

- a) método de la cianometahemoglobina (espectrofotómetro) y
- b) método de la azidametahemoglobina (Hemoglobinómetro).

c) de no contar con estos métodos se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.

La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud y debe llevarse a cabo en el consultorio como parte del Control Prenatal en la Atención Integral de la Gestante

Cuando un Establecimiento de Salud no cuente por motivos de fuerza mayor con sus equipos operativos, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia, para lo cual los pacientes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina.

En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo la gestante en los últimos 3 meses (la orden de laboratorio deberá consignar esta localidad).

El personal de laboratorio o quien realice la determinación de hemoglobina o hematocrito registrará los valores de hemoglobina observada en el formato HIS (sin realizar el ajuste por altura). El o la responsable de la atención de la gestante verificará el ajuste por altitud respectivo.

6.5. TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA.

El dosaje de Hemoglobina y/o Hematocrito para descartar anemia en la gestante se realizará en el paquete de exámenes de laboratorio de la gestante, de acuerdo a calendario según normatividad vigente. En caso no se haya realizado el dosaje de hemoglobina en la fecha programada, este se realizará en el siguiente control, o se programará la actividad para ser realizada en actividad extramural en el domicilio por un equipo de oferta móvil.

6.6. MANEJO PREVENTIVO DE LA ANEMIA.

6.6.1. Determinación de Hemoglobina.

La determinación de hemoglobina de la siguiente manera:

- La primera medición de hemoglobina se realizará en la primera atención prenatal.
- La segunda medición de hemoglobina se realizará luego de 3 meses con relación a la medición anterior.
- La tercera medición de hemoglobina se solicitará antes del parto.
- Una cuarta medición se solicitará 30 días después del parto.

En los casos que la gestante inicia la atención prenatal después de las 32 semanas de gestación, la determinación de hemoglobina se realiza en esta atención. En caso que no se detecte anemia, se hará una siguiente medición de hemoglobina entre la semana 37 y 40 y la última a los 30 días post parto.

El manejo preventivo de la anemia se realizará en las gestantes o puérperas que no tienen diagnóstico de anemia.

6.6.2. *Suplementación con Hierro.*

Se debe administrar hierro con fines preventivos cuando la población en riesgo de desarrollar deficiencia de hierro no tiene acceso a alimentos fortificados con este nutriente, bajo consumo de alimentos ricos en estos nutrientes o existen requerimientos muy altos, los que deben ser cubiertos en un período corto de tiempo.

La suplementación preventiva con ácido fólico y hierro en gestantes y puérperas es una actividad obligatoria para el personal de los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

La Suplementación es una medida efectiva para corregir y prevenir la deficiencia de hierro.

6.6.3. *Medicamentos a utilizarse en la suplementación.*

El manejo preventivo de la anemia en gestantes se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos - (PNUME) vigente, de acuerdo al

esquema establecido en la normatividad vigente. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico.

En el caso de las gestantes y puérperas la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral de la gestante y puérpera.

Las presentaciones disponibles son:

- Sulfato ferroso tableta conteniendo 60 mg de Hierro Elemental
- Complejo Polimaltosado tableta conteniendo 100 mg de Hierro Elemental
- Sulfato ferroso tableta (60 mg Hierro Elemental + Ácido Fólico 400 ug)
- Ácido Fólico tableta 400 ug

6.6.4. Esquema de suplementación.

La prevención de anemia con suplementación de micronutrientes se realizará de la siguiente manera:

Gestantes hasta las 13 semanas de gestación.

- La gestante recibirá desde el primer Control Prenatal hasta la semana 13 de gestación 400 ug diarios de ácido fólico.

Gestantes a partir de las 14 semanas de gestación.

- La gestante recibirá 60 mg de sulfato ferroso junto a 400 ug de ácido fólico en forma diaria.

Gestantes que inicia el control prenatal después de las 32 semanas.

- La gestante recibirá 120 mg de sulfato ferroso junto a 800 ug de ácido fólico en forma diaria.

Puérpera.

- La puérpera recibirá 60 mg de sulfato ferroso junto a 400 ug de ácido fólico en forma diaria hasta 30 días después del parto.

En caso que la gestante no hubiera iniciado la suplementación con hierro en la semana 14 de gestación, lo hará inmediatamente después de la primera atención prenatal.

Cuando la adherencia al sulfato ferroso más ácido fólico no sea adecuada (< 75%) o se presentan efectos adversos que limitan su continuidad se podrá emplear como alternativa el Hierro Polimaltosado

6.6.5. Efectos adversos o colaterales del uso de suplementos de hierro.

Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado. Para minimizar la intolerancia al Sulfato Ferroso se recomienda empezar con una dosis baja de 30 mg de hierro elemental por día y aumentar gradualmente en un lapso de 4 a 5 días, según tolerancia con dosis divididas. También puede recomendarse la toma de los suplementos con las comidas, aunque la absorción de hierro puede disminuir, por lo que de ser posible tomar los suplementos con el estómago vacío; sin embargo, en algunos casos no se puede tolerar.

Sulfato Ferroso: Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia.

Complejo Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso.

Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el personal de salud debe reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas e Reacciones Adversas a medicamentos y remitirla las farmacias de cada Establecimiento de Salud, quienes entregaran a la responsable de SISMED de la Microred y su posterior envío a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa, según normatividad vigente.

6.6.6. Consejería para la entrega de Suplementos de Hierro.

Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de

su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos. Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, conforme a lo señalado en la Guía Técnica “Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera” (aprobada con RM N° 460-2015/MINSA) considerando los siguientes contenidos:

- La Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
- Manejo de posibles efectos colaterales al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.
- El reconocimiento temprano de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento con hierro, puede reducir la necesidad de transfusión de sangre posterior
- El personal de salud recomendará consumir los suplementos de hierro con Ácido Ascórbico o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece la liberación más rápida de hierro a nivel gastrointestinal. Sin embargo, si es que ello aumenta la tasa de efectos secundarios y ocasiona malestares, será necesario sugerir la siguiente toma del suplemento con agua.
- Se debe brindar información y orientación a la gestante o puérpera, entregándole material educativo adecuado.
- La importancia y beneficios del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia.
- La importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina.
- La importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).
- El tratamiento con hierro se administra de manera separada con ciertos antibióticos (quinolonas, tetraciclinas), L-tiroxina,

levodopa, inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (aluminio, zinc)

6.6.7. Monitoreo y seguimiento.

Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo a la atención integral de la gestante: Control prenatal y Suplemento de micronutrientes para la prevención de la anemia en la gestante y la puérpera. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria y/o Telesalud.

Extramuro: Se realizará de acuerdo a lo señalado en el numeral 5.3.3. de la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DIGIESP-V.01 y deben cumplirse las siguientes acciones;

- Verificar si la persona responsable de administrar el suplemento de hierro, conoce la cantidad, frecuencia y forma de administrarlo.
- Solicitar las tabletas no consumidas aún del suplemento.
- Indagar y verificar sobre el lugar donde usualmente se guarda el suplemento.
- Evaluar la adherencia al tratamiento: preguntar si la gestante o puérpera está tomando el suplemento; si lo acepta con facilidad, lo rechaza, o si presentó algún inconveniente.
- Indagar sobre los alimentos ricos en hierro de la localidad y recomendar su consumo diariamente, según sea factible.
- Fortalecer los mensajes claves relacionados:
 - a. Continuar con el tratamiento hasta finalizar.
 - b. Continuar con el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro propios del lugar donde vive.
 - c. Asistir al establecimiento de salud para los controles de evaluación de anemia o ante cualquier consulta.
 - d. Recordarles las consecuencias irreversibles de la anemia en la gestante o puérpera, el niño o niña.

Intramuro. (En el Establecimiento de Salud):

- En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución de aumento hemoglobina según lo establecido en esta Norma y/o cuando el médico o personal de salud tratante lo solicite según sea pertinente.
- En los casos de tratamiento de anemia, si deberá realizar dosaje de hemoglobina en forma mensual (al mes de iniciado el tratamiento) hasta la recuperación de los niveles de hemoglobina, se deberá evaluar la adherencia al tratamiento.
- En los casos de tratamiento o prevención, si no se detecta una buena adherencia al tratamiento, se evaluarán las razones, para tomar medidas correctivas:
 - a. Si se debe a que la gestante o puérpera refiere efectos adversos que limitan que continúe el consumo del suplemento de hierro, se le brindará, junto con la consejería, la alternativa de complejo polimaltosado.
 - b. Si se debe a que la gestante o puérpera no consume el hierro por costumbre o desinformación, se reforzará la consejería en el uso del suplemento y motivará a cumplir la indicación en la toma del producto.

Registrar la información de las visitas domiciliarias realizadas en el cuaderno o base de datos de seguimiento para poder evaluar su progreso. Realizar el registro en el sistema de información hospitalaria (HIS) y en el formato único de atención, de corresponder, de las visitas realizadas. Registrar la información en la Historia Clínica, fecha de la visita domiciliaria de anemia, situación encontrada, acuerdos y compromisos, en la hoja de visita domiciliaria y luego archivarla en la Historia Clínica correspondiente.

VII. RESPONSABILIDADES.

7.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y

evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

7.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

VIII. DISPOSICIONES FINALES.

- 8.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.
- 8.2. La población objetivo es la gestante y puérpera. Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física de gestantes y puérperas beneficiadas en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- 8.3. La Microred de Salud debe asegurar que el conjunto de sus establecimientos haya captado al 100% de gestantes en su ámbito de influencia, siguiendo la estrategia de sectorización de calles, manzanas, barrios, comunidades, caseríos o anexos, haciendo uso del mapeo o radar de gestantes y del sistema de vigilancia comunitaria, u otro utilizado por la institución.
- 8.4. Disponer las acciones para el seguimiento oportuno de gestantes y puérperas priorizando las que presenten algún factor de riesgo físico, psicológico o social.
- 8.5. El personal de salud que presta servicios en el servicio de admisión o triaje, debe garantizar que toda gestante y puérpera que acude al Establecimiento de Salud, por cualquier motivo de atención o como acompañante, reciba oportunamente las prestaciones de control prenatal, control de puerperio y suplementación preventiva con micronutrientes, según la normatividad vigente, e informarle la necesidad de recibir las prestaciones que correspondan.

- 8.6. La obstetra o médico que realiza el control prenatal, control de puerperio y la entrega de micronutrientes requiere de capacitación y actualización permanente.
- 8.7. El recojo, procesamiento y análisis de la información de los controles prenatales, controles de puerperio y de suplementación de micronutrientes se hacen de acuerdo a la normatividad vigente. La información obtenida deberá ser registrada en los siguientes formatos: Historia Clínica de la Atención Integral de la Gestante, Carnet de Atención Perinatal, Ficha Única de Atención (FUA), Hoja de Información Sistemática (HIS), Sistema de Información del Estado Nutricional de la Gestante (SIEN) y otros según normatividad vigente.
- 8.8. Un Establecimiento de Salud se considera que brinda satisfactoriamente la prestación de control de crecimiento y desarrollo cuando se obtiene un valor promedio de 80% en los logros de los indicadores seleccionados durante el proceso de evaluación anual de la presente Directiva Administrativa.
- 8.9. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán treinta (30) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

IX. ANEXOS.

ANEXO N° 01: CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS EN LA SUPLEMENTACIÓN DE GESTANTES Y PUERPERAS

PRODUCTO	FORMA FARMACÉUTICA	COMPONENTE CONTENIDO
Sulfato Ferroso	Tabletas	60 mg Hierro elemental
Complejo Polimaltosado	Tabletas	100 mg Hierro elemental
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	Tabletas	60 mg Hierro elemental
Ácido Fólico	Tabletas	400 ug Ácido fólico

**ANEXO N° 02: CALENDARIO PARA EL TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA
EN GESTANTES Y PUERPERAS**

TAMIZAJE	PERIODO
Primer tamizaie	Durante el primer control prenatal – inicio de la suplementación
Segundo tamizaie	Durante la semana 25 y la semana 28 de gestación
Tercer tamizaie	Durante la semana 37 y la semana 40 de gestación (antes del parto)
Cuarto tamizaie	A los 30 días postparto – fin de la suplementación

**ANEXO N° 03: CRITERIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN
GESTANTES Y PUERPERAS**

EDAD	CON ANEMIA	SIN ANEMIA
MUJER GESTANTE DE 15 AÑOS O MÁS		
Severa	≤ 7.0 g/dl	≥ 11.0 g/dl
Moderada	7.0 a 9.9 g/dl	
Leve	10.0 a 10.9 g/dl	
PUERPERAS		
Severa	≤ 8.0 g/dl	≥ 12.0 g/dl
Moderada	8 a 10.9 g/dl	
Leve	11.0 a 11.9 g/dl	

**ANEXO N° 04: ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN EN GESTANTES Y
PUERPERAS**

SUPLEMENTO	DOSIS	PRESENTACIÓN	DURACIÓN
GESTANTE HASTA LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN			
Ácido Fólico	400 ug Ácido fólico	Tabletas	Consumo 1 tableta diaria
GESTANTE A PARTIR DE LA 14 SEMANA DE GESTACIÓN			
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	60 mg Hierro elemental	Tabletas	Consumo 1 tableta diaria hasta el parto
	400 ug Ácido fólico		
Complejo Polimaltosado junto con Ácido Fólico	100 mg Hierro elemental	Tabletas	Consumo 1 tableta diaria hasta el parto
	400 ug Ácido fólico	Tabletas	

GESTANTE QUE INICIA CPN DESPUÉS DE LA 32 SEMANA DE GESTACIÓN				
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	60 mg	Hierro elemental	Tabletas	Consumo 2 tabletas diarias hasta el parto
	400 ug	Ácido fólico		
PUERPERA				
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	60 mg	Hierro elemental	Tabletas	Consumo 1 tabletas diaria hasta 30 días post parto
	400 ug	Ácido fólico		

ANEXO N° 05: CALENDARIO DE VISITAS DOMICILIARIAS POR ANEMIA A GESTANTES Y PUERPERAS

CONDICIÓN	VISITA DOMICILIARIA
PERIODO GESTACIONAL	
1 ^{ra} visita	Después del 1er CPN y de la batería de laboratorio (14 a 27 semanas)
2 ^{da} visita	Después de la segunda batería de laboratorio (28 a 40 semanas)
PUERPERIO	
1 ^{ra} visita	A los 7 días de producido el parto
2 ^{da} visita	Entre los 28 y 30 días de producido el parto

ANEXO N° 06: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DE EVALUACIÓN

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Gestante con paquete preventivo completo.</i>
Definición	Proporción de mujeres con parto institucional en un Establecimiento de Salud, que durante su gestación recibieron el paquete preventivo de servicios: • 4 exámenes auxiliares (examen de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje sífilis) y entrega de ácido fólico en el primer trimestre de gestación; y • 6 o más atenciones prenatales y 6 o más entregas de tabletas de hierro (ácido fólico y sulfato ferroso) en el transcurso del embarazo.

Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y la oportunidad de las mujeres gestantes, para recibir el servicio de paquete preventivo completo ofertado por el Establecimiento según norma técnica.					
Justificación	La atención prenatal reenfocada debe mejorar las probabilidades de la madre y el niño para concluir saludablemente el embarazo. Esto implica el cumplimiento de un plan de atención que requiere el despistaje o monitoreo de varias condiciones de salud, por métodos clínicos, de laboratorio y de imágenes					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de gestantes con CPN reenfocado}}{N^{\circ} \text{ púerperas con parto institucional}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de gestantes que cumplen los criterios de haber recibido el Control Prenatal Reenfocado (paquete preventivo de servicios). Denominador: Púerperas con parto institucional en el periodo de evaluación según registros del CNV.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ & = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$					
Fuente	Hoja Control Prenatal HCl - CNV	Periodicidad		Semestral		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	50.0%	Meta Esperada		60.0%		
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		6.0%		
Nivel de avance	5.0% anual en la meta esperada y de 8.0% anual en el valor umbral.					
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-MN)					
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.					
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%					

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	Gestante suplementada con micronutrientes.					
Definición	Proporción de mujeres con parto institucional en un Establecimiento de Salud, que durante su gestación recibieron por lo menos de 6 (seis) entregas de tabletas de hierro (ácido fólico y sulfato ferroso), una de ellas en el primer control de puerperio.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y la oportunidad de las mujeres gestantes, para recibir suplementación con micronutrientes por el Establecimiento según norma técnica, limitando el riesgo de padecer de anemia en la madre y el niño.					
Justificación	Se ha demostrado que durante la gestación los niveles de hemoglobina tienden a reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro. La administración de suplementos de hierro evita la anemia nutricional, puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto, además, reduce el riesgo de anemia en el primer año en el recién nacido.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de gestantes que recibieron suplementación (}}{N^{\circ} \text{ de puerperas con parto institucional}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de gestantes que durante la gestación recibieron por lo menos 6 entregas de suplemento de hierro (ácido fólico + sulfato ferroso) una de ellas en el control de puerperio. Denominador: Puérperas con parto institucional en el periodo de evaluación según registros del CNV.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} &\% \text{ de cumplimiento} \\ &= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$					
Fuente	Hoja Control Prenatal HCl - CNV		Periodicidad		Semestral	
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	70.0%		Meta Esperada		75.0%	
Valor Basal	Pendiente		Peso Ponderado		5.0%	

Nivel de avance	3.0% anual en la meta esperada y de 5.0% anual en el valor umbral.
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-MN)
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Gestante con tamizaje de hemoglobina en el I y III trimestre.</i>					
Definición	Proporción de gestantes que cuentan con tamizaje de anemia en el I y III Trimestre del embarazo hasta el último control previo al parto, según norma técnica..					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y la oportunidad de las mujeres gestantes, para recibir la prestación de tamizaje de hemoglobina en el Establecimiento de Salud según norma técnica, limitando el riesgo de padecer de anemia en la madre y el niño.					
Justificación	La anemia en la gestante es un problema de salud pública y afecta a 1 de cada 5 mujeres gestantes. Se ha demostrado que durante la gestación los niveles de hemoglobina tienden a reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro. El dosaje de hemoglobina permite establecer el diagnóstico de anemia y el consiguiente tratamiento en los casos identificados.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de gestantes con tamizaje de Hb en el I y III T}}{N^{\circ} \text{ de puerperas con parto institucional}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de gestantes que durante la gestación se les realizó tamizaje de Hb en el I y III trimestre del embarazo. Denominador: Puérperas con parto institucional en el periodo de evaluación según registros del CNV.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					

Fuente	Hoja Control Prenatal HCl - CNV	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	85.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	5.0%
Nivel de avance	3.0% anual en la meta esperada y de 5.0% anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-MN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 04

Nombre del Indicador	<i>Prevalencia de anemia en gestantes.</i>				
Definición	Proporción de gestantes con un valor de hemoglobina por debajo de punto de corte para anemia, en cualquier momento del embarazo.				
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado X
Propósito	Medir los niveles de hemoglobina de las gestantes, para iniciar oportunamente el manejo terapéutico de la anemia en las gestantes.				
Justificación	Se ha demostrado que durante la gestación los niveles de hemoglobina tienden a reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro. Una detección temprana de la anemia nutricional puede ayudar a prevenir complicaciones severas durante el embarazo y el parto. La detección de La anemia y su inmediato tratamiento, reduce BPN, prematuridad y el riesgo de anemia en el primer año en el recién nacido.				
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Número de gestantes con diagnóstico de anemia}}{\text{Número de gestantes evaluadas}} \times 100$				
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de gestantes con diagnóstico de anemia mediante dosaje de hemoglobina en el periodo de evaluación.				

	Denominador: Número acumulado de gestantes a los que se realizó por lo menos un tamizaje de hemoglobina en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Hoja Control Prenatal HCl - CNV	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	20.0%	Meta Esperada	18.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	12.0%
Nivel de avance	Reducción 1.5% anual en la meta esperada y de 2.0% anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística – Servicio de Enfermería (PP-MN)		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

Anexo N° 05: Establecimientos de salud que proveen atención a niños con anemia, parasitosis intestinal, edas, iras y vacuna completa para la edad

**DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO
EN EL MANEJO DE NIÑOS CON ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA
INFANCIA: IRAS, EDAS Y PARASITOSIS INTESTINAL EN EL ÁMBITO DE LA
MICRORED DE SALUD ZAMACOLA”**

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola a través de la mejora en el desempeño en el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de las enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la mejora del desempeño en el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de las enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el niño y la niña menores de 36 meses de edad.
- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de la enfermedad diarreica aguda (EDAs) en el niño y la niña menores de 36 meses de edad.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para el diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de la parasitosis intestinal en el niño y la niña menores de 36 meses de edad.
- Incentivar la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones realizadas, promoviendo prácticas saludables como lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los dos años, alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses, lavado de manos y uso de agua segura en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- Mejorar las coberturas de atención del niño y la niña menor de 36 meses que padecen de EDAs, IRAs y parasitosis intestinal en el ámbito de la Microred Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PNAIA 2012-2021 y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación”.
- Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°010-MINSA/INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V.01” Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”.

- Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/DGS-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años”.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.
- Resolución Ministerial N° 599-2012/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1 “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud.
- Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

1.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.

- **Atención oportuna.** Es el proceso mediante el cual se brindan las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia, para lograr la máxima cobertura.
- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Consejería.** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores, a la gestante y familiares a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante el desarrollo del embarazo y el crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.
- **Contrarreferencia.** Es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejarlo o monitorizar el problema de salud integral.
- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.

- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT).** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).
- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud

brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.

- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Primera infancia.** La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.
- **Referencia.** Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnología y competencia.
- **Salud intercultural.** Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico y social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud.

1.2. MECANICA OPERATIVA.

- 1.2.1.** El diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento del niño y la niña con enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal, se debe realizar en todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- 1.2.2.** Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben contar con médicos capacitados para realizar el diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de niños y niñas afectados por enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal.

- 1.2.3.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred Zamácola deberán garantizar la logística necesaria (recursos humanos, medicamentos, infraestructura, equipos médicos, mobiliario, insumos críticos y material médico quirúrgico,) que sean requeridos. Para ello deben gestionar la asignación presupuestal correspondiente de las fuentes de Donaciones y Transferencias, Recursos Determinados y las que correspondan por Recursos Ordinarios.
- 1.2.4.** La Historia Clínica, así como el resto de instrumentos de registro que disponen los Establecimientos de Salud, son de uso obligatorio y deberán ser llenados correctamente y en forma oportuna.
- 1.2.5.** Las actividades realizadas serán registradas de manera diaria, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia la cabecera de la Microred, para su constante actualización y análisis de dicha información.
- 1.2.6.** Las actividades e intervenciones propias para el diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal, podrán realizarse en los Establecimientos de Salud (Oferta fija), a través equipos extramurales (Oferta móvil) o mediante actividades de Telesalud, de acuerdo a normatividad vigente.
- 1.2.7.** El Responsable de la Etapa de Vida Niño de la Microred de Salud Zamácola, son responsables de la implementación y aplicación de la presente Directiva en todos los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, así como de su planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, debiendo dar cuenta periódicamente al Comité de Gestión y a la Jefatura de la Microred.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 2.1.** Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores,

en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud con enfoque por ciclos de vida, privilegiando las intervenciones preventivo promocionales y las actividades extramurales.

- 2.2. La Aplicación de la presente Directiva es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes realizarán las actividades e intervenciones para el diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, Parasitosis Intestinal) de acuerdo a la Norma Vigente.

VII. MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

3.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Asma bronquial en menores de 5 años.** Todo caso que se presente a partir de los 2 años de edad y menor de 5 años, que cursa con episodios de obstrucción bronquial, caracterizado por sibilancias o tos persistente, con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, reversibles espontáneamente o con tratamiento.
- **Defunción intramural** (conocida anteriormente como defunción intrahospitalaria). Todo caso de neumonía o infección respiratoria aguda grave, adquirida en la comunidad, que fallece en un establecimiento de salud, después de permanecer internado 24 horas o más. El diagnóstico de fallecimiento se deberá constatar con la historia clínica y/o con el certificado de defunción.
- **Defunción Extramural** (conocida anteriormente como defunción extrahospitalaria). Todo caso de neumonía o Infección respiratoria aguda grave, adquirida en la comunidad que fallece en el domicilio, comunidad o en el establecimiento de salud con menos de 24 horas de internamiento. El diagnóstico de fallecimiento se deberá constatar con el certificado de defunción.
- **Hospitalización por neumonía.** Todo caso de cualquier edad, internado con diagnóstico de neumonía, neumonía grave o infección respiratoria aguda grave, con permanencia igual o mayor a 24 horas.
- **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).** Es toda infección que compromete una o más partes del aparato respiratorio y que tiene una

duración menor de 14 días, causada por microorganismos virales, bacterianos u otros con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

- ***Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).*** Síndrome caracterizado por aparición súbita de fiebre igual o superior a 38°C, tos o dolor de garganta más dificultad para respirar y que, por compromiso de su estado general debería ser hospitalizado.
- ***Infecciones respiratorias agudas de vías respiratorias altas en menores de 5 años.*** Todo menor de 5 años que presente tos, acompañado de fiebre o rinorrea y que tiene una duración menor de 15 días, pero que no presenta dificultad respiratoria ni señales de alarma.
- ***Neumonía.*** Infección aguda del parénquima pulmonar causada por microorganismos virales, bacterianos u hongos.
- ***Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).*** Trastorno inflamatorio del parénquima pulmonar que compromete alvéolos o intersticio causado por virus o bacterias, adquirida en el ambiente comunitario e incluyen aquellas diagnosticadas hasta las 48 horas de su hospitalización.
- ***Neumonía en menores de 5 años.*** Todo caso en menores de 5 años que además de presentar tos, fiebre o rinorrea, presenta respiración rápida y/o dificultad respiratoria. En los establecimientos de salud de mayor complejidad además de los signos clínicos, el diagnóstico puede ser confirmado o descartado por evidencia radiológica de un infiltrado pulmonar agudo compatible con neumonía.
- ***Neumonía grave en menores de 5 años.*** Todo episodio de neumonía en menores de 5 años, que además presente algún signo de alarma (Dificultad respiratoria severa, presencia de tiraje sub-costal, estridor o sibilantes, cianosis central, incapacidad para alimentarse o beber, vómitos persistentes, convulsiones, letargia o

coma) o alguna complicación. En menores de 2 meses de edad se considerará caso grave todo caso de neumonía.

- **Notificación consolidada.** Es la notificación de manera agrupada, según diagnóstico, grupo de edad y lugar probable de infección (departamento, provincia y distrito) con frecuencia semanal.
- **Síndrome de Obstrucción Bronquial (SOB) en menores de 5 años.** Se utiliza esta definición en niños menores de 2 años que presenta sibilancias o tos persistente, con presentación frecuentemente nocturna, con o sin dificultad respiratoria, única o recurrente, que traduce una disminución de la luz bronquial.

3.2. ETIOLOGIA.

Los agentes patógenos que pueden causar infecciones respiratorias aguda en niños y niñas involucran con frecuencia a:

- **Virus.** Rinovirus, coronavirus, virus sincicial respiratorio (VRS), adenovirus, influenza, parainfluenza, virus Epstein-Barr, herpesvirus, entre otros.
- **Bacterias.** Streptococcus pneumoniae, Streptococcus del Grupo A, Haemophilus influenzae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Moraxella catarrhalis y ocasionalmente otras.
- **Otros.** Algunas especies de hongos muy ocasionalmente y en pacientes inmunodeprimidos.

3.3. FISIOPATOLOGIA.

La fisiopatología de las infecciones respiratorias agudas dependerá en mucho del cuadro clínico que se presente. El contagio usualmente se realiza por vía aérea, a través de las gotitas de Pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. Suelen propagarse por vecindad e la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre.

3.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Los principales factores de riesgo asociados son:

- Estacionalidad. Las IRAs de origen viral suelen incrementarse en las épocas frías en forma de brotes epidémicos

- Edad. Son mucho más frecuentes y graves en niños pequeños, en menores de un año (especialmente menores de 2 meses).
- Niños con bajo peso al nacer, con anemia o desnutrición.
- Niños no vacunados o con calendario vacunal incompleto.
- Niños que no reciben lactancia materna exclusiva.
- Familias con nivel socioeconómico bajo.
- Bajo grado de instrucción de los cuidadores.
- Índices altos de hacinamiento.
- Malos hábitos de vida e higiene.
- Exposición al aire doméstico contaminado.
- Tabaquismo pasivo.
- Asistencia a lugares de concentración: guarderías, cines, etc.

3.5. CUADRO CLINICO.

- **Signos y síntomas.** Las infecciones respiratorias pueden tener un curso autolimitado, pero sin el cuidado y tratamiento oportuno pueden progresar a formas más severas. Se requiere una adecuada evaluación del paciente: anamnesis y exploración física.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN
<i>Del aparato respiratorio</i>	• Tos. • Secreción nasal (rinorrea). • Obstrucción nasal. • Estornudos. • Dolor de garganta. • Expectorcación. • Dolor de oídos. • Dolor torácico.
<i>Generales e inespecíficos</i>	• Fiebre. • Escalofríos. • Decaimiento. • Inapetencia. • Cefalea. • Irritación ocular. • Mialgias. • Diarreas. • Dolor abdominal. • Convulsiones.
<i>De alarma</i>	• <i>Sensorio alterado.</i>

	• Quejido. • Retracciones costales. • Aleteo nasal. • Polipnea/Taquipnea. • Cianosis. • Hipotermia. • Sibilancias.

3.6. **DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico se realiza en función al cuadro clínico que presenta el niño o niña, varía de acuerdo a cada entidad nosológica y para ello se debe recurrir al uso de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud que se encuentran vigentes: Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, que aprueba las “Guías de Práctica Clínica para la atención de las Patologías más frecuentes y cuidados esenciales en la niña y el niño” y aquellas normas que han sido aprobadas por la Autoridad de Salud local.

3.7. **TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.**

Los niños y niñas afectados con Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) recibirán el tratamiento correspondiente en función al cuadro diagnosticado, severidad y capacidad resolutive del establecimiento de salud.

El Servicio de Triage es el encargado de identificar en primera instancia la presencia de signos de alarma en el niño menor de 5 años que acude por una Infección Respiratoria Aguda y comunicar al médico de urgencia/emergencia o de consulta externa para la priorización y atención oportuna del mismo.

Es responsabilidad del médico el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del niño o niña con cuadros de infección respiratoria aguda (IRAs), así como la referencia oportuna a un establecimiento de mayor resolución de ser el caso, según los protocolos vigentes.

La responsable de la etapa de vida niño se encargará de programar visitas domiciliarias a aquellos niños con cuadros severos de IRAs y neumonía de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/DGS-V.01

“Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años”.

3.8. NOTIFICACIÓN.

La notificación de casos de IRA es de carácter obligatorio en todos los Establecimientos de Salud del ámbito jurisdiccional de la Microred Salud Zamácola.

El personal de salud que brinda la atención del paciente con IRA (Neumonía, IRA de vías respiratorias altas), Asma o SOBA, es el responsable que consignará los datos y el diagnóstico según la clasificación CIE 10, en la historia clínica, formatos HIS, libro de emergencia y/o el libro de egresos hospitalarios y, en el caso de defunciones por esta causa los certificados de defunción.

VIII. MANEJO DE LAS INFECCIONES DIARREICAS AGUDAS.

4.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).** Se caracteriza por la disminución de la consistencia (líquidas o acuosas) y el aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones generalmente más de 3 en un periodo de 24 horas de duración, que pueden ir acompañadas de vómito y o fiebre. La duración del episodio debe ser menor de 14 días. Los lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva pueden tener deposiciones sueltas habitualmente; sin embargo, si estas se hacen más frecuentes que lo usual considerar el diagnóstico de EDA.
- **Gastroenteritis.** Infección del tracto digestivo, caracterizado por diarrea con o sin vómito. Esta alteración es transitoria y de comienzo súbito. Para esta directiva, la enfermedad diarreica aguda y la gastroenteritis implican un mismo proceso infeccioso.
- **Otras infecciones intestinales.** De acuerdo a la ubicación de la infección en el tracto digestivo se presentan las siguientes definiciones de otras infecciones intestinales que producen EDAs.
 - **Colitis:** Inflamación del colon.
 - **Enteritis:** Inflamación del intestino delgado.

- **Gastroenterocolitis/Enterocolitis.** Inflamación del intestino delgado y grueso.
- **Tipos de diarreas.** La diarrea se clasifica en tres categorías:
 - **Diarrea aguda acuosa.** Deposiciones de consistencia disminuida.
 - **Diarrea aguda disintérica.** Diarrea que contiene sangre y moco.
 - **Diarrea persistente.** Diarrea de 14 días o más de duración.
 - **Diarrea crónica.** Cuando persiste por más de cuatro semanas.
- **Diarrea infecciosa y no infecciosa.** La diarrea infecciosa es de etiología viral, bacteriana o parasitaria. Las diarreas no infecciosas son de causa o etiología inflamatoria, alérgica, endocrina, medicamentosa o por mala absorción.
- **Deshidratación.** La deshidratación es el desequilibrio hidroelectrolítico producto de la pérdida de agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) que ocurre durante la enfermedad diarreica aguda cuando estas pérdidas no se reemplazan adecuadamente. El grado de deshidratación se establece en función de los signos y síntomas que reflejan la cantidad de líquido perdido, por lo que durante la evaluación se podrá encontrar:
 - Sin signos de deshidratación (menos de 5% de déficit del peso corporal).
 - Algún grado de deshidratación (del 5 al 10% de déficit del peso corporal).
 - Deshidratación grave (más del 10% de déficit del peso corporal).
- **Terapia de rehidratación.** Administración de soluciones apropiadas por vía oral o endovenosa para corregir la deshidratación por diarrea.

4.2. ETIOLOGIA.

Los agentes patógenos que pueden causar diarrea aguda en niños y niñas con frecuencia son:

- **Virus.** Norovirus, rotavirus, adenovirus, astrovirus y otros atípicos.
- **Bacterias.** Shiguella sp., Campylobacter jejuni, Salmonella no typhi, Escherichia coli, Vibrio cholerae, Aeromonas sp.

- **Parásitos.** Giardia lamblia, Cryptosporidium, Isospora belli, Entamoeba histolytica, Blastocystis hominis.

4.3. FISIOPATOLOGIA.

En condiciones normales, el proceso de absorción de líquidos predomina sobre el proceso de secreción de líquidos resultando en una absorción neta de agua. La diarrea ocurre cuando se altera este mecanismo y se produce una disminución en la absorción de líquidos o un aumento en la salida de líquidos hacia la luz intestinal.

La presencia de patógenos intestinales o sus productos (enterotoxinas) provocan los cambios antes descritos mediante un proceso inflamatorio de la mucosa intestinal que conlleva a exudado de moco, proteínas y sangre a la luz intestinal (invasión mucosa/submucosa) o por alteraciones en la función de las proteínas transportadoras que ocasionan la pérdida de agua y electrolitos a través de las heces (enterotoxinas).

4.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

La diarrea es de origen multifactorial y responde a inadecuadas condiciones socioeconómicas, sanitarias y de higiene, que devienen en la ingesta de alimentos o agua contaminada. Los principales factores de riesgo asociados son:

- Familias que habitan en lugares sin saneamiento básico adecuado
- Familias que no cuentan con provisión de agua segura
- Familias con nivel socioeconómico bajo.
- Bajo grado de instrucción de los cuidadores.
- Índices altos de hacinamiento.
- Malos hábitos de vida e higiene.
- Niños y niñas menores de 2 años y/o anemia o desnutrición.

4.5. CUADRO CLINICO.

- **Signos y síntomas.** La diarrea aguda es una enfermedad que por lo general se autolimita. Se requiere una adecuada evaluación del paciente: anamnesis y exploración física.

SIGNOS Y SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN

<i>Del aparato digestivo</i>	• Diarrea. • Náuseas. • Vómitos. • Dolor Abdominal. • Meteorismo. • Pujo. • Tenesmo.
<i>Generales e inespecíficos</i>	• Fiebre • Decaimiento. • Inapetencia. • Convulsiones.
<i>De deshidratación</i>	• Sensorio alterado. • Sed aumentada. • Signo del pliegue. • Fontanela deprimida. • Mucosa oral y lengua seca. • Llanto sin lágrimas. • Ojos hundidos. • Taquicardia. • Llenado capilar lento > de 2 segundos. • Pérdida de peso. • Oliguria. • Hipotensión. • Taquipnea. • Patrón respiratorio acidótico.

4.6. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se realiza en función al cuadro clínico que presenta el niño o niña, varía de acuerdo a cada entidad nosológica y para ello se debe recurrir al uso de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud que se encuentran vigentes: Resolución Ministerial N° 755-2017/MINSA, que aprueba las “Guías de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en la Niña y el Niño” y aquellas normas que han sido aprobadas por la Autoridad de Salud local.

Es importante la valoración y diagnóstico del grado de severidad de la deshidratación, lo cual podrá orientar al profesional el tipo de tratamiento que corresponde al paciente en cada caso de manera individualizada.

4.7. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Los niños y niñas afectados con Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) recibirán el tratamiento correspondiente en función al cuadro diagnosticado, severidad y capacidad resolutive del establecimiento de salud.

El Servicio de Triage es el encargado de identificar en primera instancia la presencia de signos de alarma en el niño menor de 5 años que acude por una Enfermedad Diarreica Aguda y comunicar al médico de urgencia/emergencia o de consulta externa para la priorización y atención oportuna del mismo.

Es responsabilidad del médico el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del niño o niña con cuadros de enfermedad diarreica aguda (EDAs), así como la referencia oportuna a un establecimiento de mayor resolución de ser el caso, según los protocolos vigentes.

La responsable de la etapa de vida niño se encargará de programar visitas domiciliarias a aquellos niños con cuadros severos de EDAs de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/DGS-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años”.

Los niños y niñas que padezcan de un cuadro de enfermedad diarreica aguda deberán recibir adicionalmente al tratamiento que corresponda, suplementación con zinc (sulfato de zinc) a la dosis de 20 mg de zinc elemental al día durante 10 días.

4.8. NOTIFICACIÓN.

La notificación de casos de EDA es de carácter obligatorio en todos los Establecimientos de Salud del ámbito jurisdiccional de la Microred de Salud Zamácola.

El personal de salud que brinda la atención del paciente con EDA, es el responsable que consignará los datos y el diagnóstico según la clasificación CIE 10, en la historia clínica, formatos HIS, libro de emergencia y/o el libro de egresos hospitalarios y, en el caso de defunciones por esta causa los certificados de defunción.

IX. MANEJO DE LA PARASITOSIS INTESTINAL.

5.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **Agente etiológico.** Se refiere a cualquiera de los parásitos capaces de causar infestación y enfermedad en una persona, por su colonización del intestino o porque una etapa de su ciclo de vida la desarrolla en el intestino.
- **Alimento de riesgo.** Aquellos alimentos que puedan haber estado expuestos a ser contaminados por los parásitos, o por sus huevos, larvas y/o quistes.
- **Ciclo Biológico.** Etapas secuenciales del desarrollo de un parásito. Si existen fases sexuales, comprenden desde el cigoto hasta la generación de gametos (protozoarios), o desde el huevo hasta el estadio adulto (helmintos y artrópodos).
- **Ciclo de Transmisión.** Ciclo evolutivo que desarrolla el parásito junto a los factores externos (climáticos, culturales, biológicos, etc.) que facilitan la llegada del parásito al hospedero susceptible.
- **Fuente.** Persona, animal, objeto o sustancia desde donde el agente infeccioso pasa a un hospedador.
- **Helminto.** Nombre genérico que se aplica y como se les conoce a los gusanos parásitos, que son los agentes etiológicos de las helmintiasis.
- **Hospedero.** Organismo que da albergue y/o alimento a otro individuo.
- **Malabsorción.** Es una patología del aparato digestivo caracterizadas por la dificultad para la absorción de uno o varios nutrientes, vitaminas o minerales de la dieta hacia la sangre. Muchas de estas enfermedades, aunque no todas, cursan con diarrea por lo que la malabsorción siempre se debe tener en cuenta a la hora de valorar a un paciente con diarrea.
- **Parásito.** Todo ser vivo que habita en la superficie o en el interior de otro denominado hospedero, del que obtiene sustancias nutritivas y el medio ambiente adecuado para su desarrollo y/o multiplicación, y al que puede llegar a producir daño.
- **Parasitosis Intestinal.** Infecciones causadas por distintos parásitos, los que, dependiendo de su número, localización en el intestino y

características de su ciclo biológico, pueden ser asintomáticas o causar síntomas importantes como anemia, diarrea o desnutrición.

- **Protozoario.** Llamados también protozoos, son organismos unicelulares de tipo eucariota que se desarrollan en el agua, aunque también hay muchos que subsisten en un entorno húmedo. Los protozoos se reproducen de manera sexual, asexual o incluso a través de un intercambio de material genético. Algunos de ellos son causantes de enfermedad en el hombre.
- **Reservorios.** Son seres vivos en donde los parásitos pueden vivir y multiplicarse y ser fuente de infección para un hospedador susceptible.
- **Vector.** Animal invertebrado que propaga la enfermedad entre un vertebrado infectado y otro sano.

5.2. ETIOLOGIA.

Son diversos los parásitos que pueden afectar a las personas.

- **Protozoarios.** *Entamoeba coli*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Balantidium coli*, *Blastocystis hominis*.
- **Helmintos.** *Enterobius vermicularis* (oxiuro), *Ascaris lumbricoides*, *Hymenolepis nana*, *Taenia solium*, *Taenia saginata*, *Fasciola hepática*.

5.3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Las parasitosis intestinales se transmiten usualmente por la ingesta de comida infectada sin cocer y a través de las manos y alimentos contaminados. En niños y niñas el apego a mascotas es una fuente importante de contagio.

Los principales factores de riesgo asociadas a la presencia de parasitosis intestinal son:

- Malos hábitos personales de higiene, en especial buenas prácticas de lavado de manos.
- Consumo de agua y alimentos contaminados, mal lavados o mal cocidos.
- Falta de servicios de agua y desagüe.
- Hacinamiento.

- Desnutrición.
- Portadores asintomáticos.

5.4. CUADRO CLINICO.

Los síntomas asociados son por lo general: baja de peso, hiporexia/anorexia, debilidad, palidez, dolor abdominal, dispepsia, flatulencia, diarrea y en ocasiones puede observarse la presencia de sangre en heces o del propio parásito.

5.5. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se realiza en función a la presencia de factores de riesgo (criterio epidemiológico) y a la presencia de los signos y síntomas propios del cuadro clínico de cada uno de los agentes etiológicos que presenta el niño o niña.

El diagnóstico debe ser confirmado mediante pruebas laboratoriales:

- Examen directo de heces. En heces frescas, para la observación de huevos, quistes y trofozoitos.
- Método de concentración (Faust y Baerman). Para la detección de huevos y parásitos.
- Test de Graham. Útil para la detección de huevos de oxiuros y tenias.

Es importante realizar los exámenes laboratoriales de manera semestral por el alto número de pacientes asintomáticos portadores.

5.6. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Los niños y niñas afectados por parásitos intestinales recibirán el tratamiento correspondiente en función al cuadro diagnosticado, severidad y capacidad resolutive del establecimiento de salud.

Es responsabilidad del médico el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del niño o niña con cuadros por parásitos intestinales, así como la referencia oportuna a un establecimiento de mayor resolución de ser el caso, según los protocolos vigentes.

La responsable de la etapa de vida niño se encargará de programar visitas domiciliarias a las familias con niños afectados por parásitos intestinales de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/DGS-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño

Menor de Cinco Años”, con la finalidad de eliminar o reducir los factores de riesgo a nivel de la vivienda y la familia.

Los Establecimientos de Salud, programaran con una frecuencia de dos veces al año “campañas de desparasitación masiva” para el control de afecciones parasitarias por geohelminthos prevalentes en la zona.

X. RESPONSABILIDADES.

6.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

6.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

XI. DISPOSICIONES FINALES.

- 7.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizaran las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.
- 7.2. La población objetivo son los niños y niñas menores de 59 meses. Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física beneficiadas en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- 7.3. El personal de salud responsable de la atención del niño y la niña, coordinará la entrega de una cita para la próxima atención, brindando las facilidades necesarias y en coordinación con el servicio de admisión.
- 7.4. El personal de salud que presta servicios en el servicio de admisión o triaje, debe garantizar que todo niño o niña que acude al Establecimiento de Salud con signos y síntomas compatibles con las enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal, reciban la atención, tratamiento y seguimiento correspondiente según la normatividad vigente.

- 7.5. El personal de salud responsable de la administración del tratamiento al niño y la niña con diagnóstico de enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal requiere de capacitación y actualización permanente.
- 7.6. Un Establecimiento de Salud se considera que brinda satisfactoriamente la atención a niños y niñas afectados por enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs y parasitosis intestinal cuando se obtiene un valor promedio de 80% en los logros de los indicadores seleccionados durante el proceso de evaluación anual de la presente Directiva Administrativa.
- 7.7. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán treinta (30) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

XII. ANEXOS.

Anexo N° 01: Signos y Síntomas para la Evaluación de la Deshidratación en Niños/Niñas con EDA

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
OBSERVE Estado de Conciencia * Ojos Boca y lengua Lágrimas Sed *	Alerta Normales Húmedas Presentes Bebe normal sin sed	Intranquilo, irritable Hundidos Secas Escasas Sediento, bebe rápido y muy ávido	Letárgico o inconsciente Muy hundidos y secos Muy secas Ausentes Bebe mal, no es capaz de beber o lactar.
EXPLORE Signo del pliegue *	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (más de 2 segundos)
DECIDA	Sin signos de deshidratación	2 o más signos Algún grado de deshidratación	2 o más signos incluyendo por lo menos un "signo clave" Deshidratación grave
TRATE	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C

		Pese al niño o niña	Pese al niño o niña

(*) Signos claves de deshidratación

Anexo N° 02: Códigos de diagnóstico de Enfermedad Diarreica
Aguda

CIE-10	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD
A00.9	Cólera, no especificado
A01.0	Fiebre tifoidea (infección debida a <i>Salmonella typhi</i>)
A01.4	Fiebre paratifoidea, no especificada
A02.9	Infección debida a <i>Salmonella</i>, no especificada
A03.0	Shigelosis debida a <i>Shigella dysenteriae</i>
A03.9	Shigelosis de tipo no especificado
A04.0	Infección debida a <i>Escherichia coli</i> enteropatógena
A04.1	Infección debida a <i>Escherichia coli</i> enterotoxigénica
A04.2	Infección debida a <i>Escherichia coli</i> enteroinvasiva
A04.3	Infección debida a <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica
A04.5	Enteritis debida a <i>Campylobacter</i>
A04.6	Enteritis debida a <i>Yersinia enterocolitica</i>
A04.7	Enterocolitis debida a <i>Clostridium difficile</i>
A04.9	Infección intestinal bacteriana, no especificada
A06.0	Disentería amebiana aguda
A07.0	Balantidiasis
A07.1	Giardiasis
A07.8	Otras enfermedades intestinales especificadas debidas a protozoarios
A07.9	Enfermedad intestinal debida a protozoarios, no especificada
A08.0	Enteritis debida a Rotavirus
A08.3	Otras enteritis virales
A08.4	Infección intestinal viral, sin otra especificación
A09.0	Diarrea acuosa y gastroenteritis de presunto origen infeccioso: incluye colitis, enteritis, enterocolitis, gastroenteritis, gastroenterocolitis
A09.9	Gastroenteritis y colitis de origen no especificado
E86	Deshidratación/Depleción de volumen
R57.1	Shock hipovolémico

Anexo N° 03: Códigos de diagnóstico de Enfermedad
Respiratoria Aguda

CIE-10	DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD
J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
J02.0	Faringitis estreptocócica
J02.9	Faringitis aguda no especificada

J03.0	Amigdalitis aguda estreptocócica
J03.9	Amigdalitis aguda no especificada
J04.0	Laringitis aguda
J04.1	Traqueítis aguda
J04.2	Laringotraqueítis aguda
J05.0	Laringitis obstructiva aguda (Crup)
J06.8	Otras infecciones agudas de sitios múltiples de las vías respiratorias superiores
J06.9	Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada
J11.0	Influenza con otras manifestaciones respiratorias debida a virus de la influenza
J11.1	Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado
J12.8	Neumonía debida a otros virus
J12.9	Neumonía viral no especificada
J15.8	Otras neumonías bacterianas
J15.9	Neumonía bacteriana no especificada
J18.0	Bronconeumonía no especificada
J18.9	Neumonía no especificada
J21.9	Bronquiolitis aguda no especificada
J45.0	Asma predominantemente alérgica
J45.1	Asma no alérgica
J45.9	Asma no especificada
J44.9	Asma no especificada y SOBA (para ser usado por personal no médico)
J44.8	SOBA (grado de severidad: leve, moderado y severo)

Anexo N° 04: Ficha Técnica de los Indicadores

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia y anemia en niños y gestantes.</i>					
Definición	Porcentaje de personal de salud (médico, obstetra y enfermero) en el Establecimientos de Salud que ha recibido capacitación con un mínimo de 40 horas en el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia y de la anemia en niños y gestantes.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud con personal que ha recibido capacitación en el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia y de la anemia en niños y gestantes.					

Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados en el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia y de la anemia en niños y gestantes en los Establecimientos de Salud. Permitirá estandarizar los procedimientos y metodología del personal de salud para entregar adecuadamente las prestaciones vinculadas a la reducción, prevención y control de la anemia infantil.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud (médico/obstetra/enfermero)}}{\text{Total de médicos, obstetras y enfermeros d}} \times 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de médicos, obstetras y enfermeras que han sido capacitados y acreditados (con un mínimo de 40 horas lectivas) en el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia y de la anemia en niños y gestantes. Denominador: Número total de médicos, obstetras y enfermeros adscritos al Establecimiento de Salud.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} \times 100}$		
Fuente	Actas de capacitación	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual.		
Área responsable	Responsable de Capacitación		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Niños menores de 36 meses con enfermedades prevalentes de la infancia</i>

	(EDA, IRA, parasitosis intestinal) que han requerido referencia a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad					
Definición	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses de edad, que en el periodo de evaluación han sido diagnosticados con enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, parasitosis intestinal) y han requerido ser referidos a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutoria para el manejo y tratamiento de la anemia.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y oportunidad de las niñas y niños con diagnóstico de enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, parasitosis intestinal) y que por su gravedad requieren la continuidad de su atención en un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutoria.					
Justificación	Este indicador permite asegurar que la niña o niño con diagnóstico de enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, parasitosis intestinal), pueda continuar su atención en un Establecimiento de Salud de mayor complejidad, en donde, se le realizará la evaluación correspondiente (por médico especialista: pediatra u otro) y el manejo terapéutico de su patología de acuerdo a sus necesidades.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Niños} < 36 \text{ meses con enfermedades prevalentes}}{\text{Total de niños} < 36 \text{ meses con enfermedades prevalentes}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de niños y niñas menores de 36 meses de edad con diagnóstico de enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, parasitosis intestinal) que han sido referidos a un Establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución y complejidad para ser evaluados por Médico Especialista (Pediatra u Otro). Denominador: Número de niñas y niños menores de 36 meses de edad que en el periodo de evaluación hayan sido diagnosticados con enfermedades prevalentes de la infancia (IRA, EDA, parasitosis intestinal).					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$= \frac{\% \text{ de cumplimiento} (\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					

Fuente	HIS - REFCON	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	5.0%	Meta Esperada	3.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Se mantendrá sin cambios.		
Área responsable	Responsable de Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Prevalencia de IRAs en niños y niñas menores de 36 meses de edad.</i>					
Definición	Proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad que han acudido a un Establecimiento de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola y se les ha realizado el diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda (IRA) por lo menos una vez durante el periodo de evaluación, según los criterios establecidos por la normatividad vigente y guías de práctica clínica.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X
Propósito	Establecer los índices de prevalencia de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños y niñas menores de 36 meses de edad a nivel del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, el cual servirá como indicador para la propuesta de nuevas estrategias para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia como son las infecciones respiratorias agudas.					
Justificación	Se ha demostrado que, durante la primera infancia, las infecciones respiratorias agudas pueden afectar el crecimiento y desarrollo del niño y la niña predisponiéndolo a diversas patologías como son la desnutrición crónica infantil y la anemia. Ante cuadros de Infecciones Respiratorias agudas, los niveles de hemoglobina tienden a					

	reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Niños y niñas} < 36 \text{ meses con diagnóstico de}}{\text{Niños y niñas} < 36 \text{ meses registrados en padrón}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas menores de 36 meses de edad que cursaron con por lo menos un cuadro de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el periodo de evaluación. Denominador: Número acumulado de niños y niñas menores de 36 meses de edad en el periodo de evaluación registrados en el padrón nominal.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$		
Fuente	HIS	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	%	Meta Esperada	%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Reducción % anual en la meta esperada y de % anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 04

Nombre del Indicador	<i>Prevalencia de EDAs en niños y niñas menores de 36 meses de edad.</i>					
Definición	Proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad que han acudido a un Establecimiento de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola y se les ha realizado el diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) por lo menos una vez durante el periodo de evaluación, según los criterios establecidos por la normatividad vigente y guías de práctica clínica.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X

Propósito	Establecer los índices de prevalencia de las Enfermedad Diarreica Agudas en niños y niñas menores de 36 meses de edad a nivel del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, el cual servirá como indicador para la propuesta de nuevas estrategias para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia como son las enfermedades diarreicas agudas.		
Justificación	Se ha demostrado que, durante la primera infancia, las enfermedades diarreicas agudas pueden afectar el crecimiento y desarrollo del niño y la niña predisponiéndolo a diversas patologías como son la desnutrición crónica infantil y la anemia. Ante cuadros de Infecciones Respiratorias agudas, hay pérdida de hierro por lesión de la mucosa intestinal y los niveles de hemoglobina tienden a reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Niños y niñas} < 36 \text{ meses con diagnóstico de}}{\text{Niños y niñas} < 36 \text{ meses registrados en padrón}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas menores de 36 meses de edad que cursaron con por lo menos un cuadro de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el periodo de evaluación. Denominador: Número acumulado de niños y niñas menores de 36 meses de edad en el periodo de evaluación registrados en el padrón nominal.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ &= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$		
Fuente	HIS	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	%	Meta Esperada	%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Reducción % anual en la meta esperada y de % anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 05

Nombre del Indicador	<i>Prevalencia de Parasitosis Intestinal en niños y niñas menores de 36 meses de edad.</i>					
Definición	Proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad que han acudido a un Establecimiento de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola y se les ha realizado el diagnóstico de Parasitosis Intestinal por lo menos una vez durante el periodo de evaluación, según los criterios establecidos por la normatividad vigente y guías de práctica clínica.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X
Propósito	Establecer los índices de prevalencia de las Parasitosis Intestinal en niños y niñas menores de 36 meses de edad a nivel del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, el cual servirá como indicador para la propuesta de nuevas estrategias para la atención de las enfermedades prevalentes de la infancia como son la parasitosis intestinal.					
Justificación	Se ha demostrado que, durante la primera infancia, la parasitosis intestinal puede afectar el crecimiento y desarrollo del niño y la niña predisponiéndolo a diversas patologías como son la desnutrición crónica infantil y la anemia. Ante cuadros de Parasitosis Intestinal, hay pérdida de hierro por lesión de la mucosa intestinal o dificultad para la absorción de micronutrientes (malabsorción) y los niveles de hemoglobina tienden a reducirse y esto es más marcado en los que tienen pocas reservas de hierro.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Niños < 36 meses con diagnóstico de parasitosis}}{\text{Niños y niñas < 36 meses registrados en padrón}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños y niñas menores de 36 meses de edad que cursaron con por lo menos un cuadro de Parasitosis Intestinal en el periodo de evaluación.					

	Denominador: Número acumulado de niños y niñas menores de 36 meses de edad en el periodo de evaluación registrados en el padrón nominal.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} & \% \text{ de cumplimiento} \\ & = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$		
Fuente	HIS	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	%	Meta Esperada	%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Reducción % anual en la meta esperada y de % anual en el valor umbral.		
Área responsable	Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO
EN EL MANEJO DE PERSONAS AFECTADAS CON ANEMIA EN EL ÁMBITO
DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA”

1. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia en gestantes y niños menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola a través de la mejora en el desempeño del manejo de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas.

2. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción y control de la Anemia Materno Infantil en la población de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la mejora del desempeño del manejo de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para el manejo y tratamiento de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas con enfoque de interculturalidad, equidad y de derechos.
- Identificar oportunamente las situaciones de riesgo que pudieran generar en la gestante o puérpera un cuadro de anemia o limitar su recuperación, para su atención efectiva y oportuna.
- Establecer las estrategias de monitoreo, seguimiento presencial y no presencial de las prestaciones de diagnóstico, manejo y tratamiento de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas.

3. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

4. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.

- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios Públicos.
- Ley N° 29885, Ley que declara de interés nacional la creación del Programa de Tamizaje Neonatal Universal.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA que aprueba la NTS N° 160/MINSA/2020 “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 099-MINSA/2020/DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto de la COVID 19”.
- Resolución Ministerial N° 1162-2019-MINSA, que ordena la vigencia de diversos documentos de gestión hasta su integración en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.
- Resolución Ministerial N° 644-2018/MINSA que modifica la NTS N° 137-MINSA /2017/DGIESP aprobada por Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la

implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”.

- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna".
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 “infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil".
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica en Salud para la Atención Integral de Salud Materna”

- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01 "Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre-término con riesgo de Retinopatía del prematuro".
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo", modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, aprueba el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, aprueba las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva"
- Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, que aprobó el documento "Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil".

- Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS, que aprueba la Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil".
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

5. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Ácido Fólico.** Es una de las vitaminas del complejo B de gran importancia antes y durante el embarazo ya que se ha comprobado que su ingesta adecuada antes y en las primeras semanas de la gestación disminuye el riesgo defectos del tubo neural (DTN).
- **Adherencia.** Es el grado en que el paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada.
- **Ajuste de hemoglobina según altitud.** Las personas que residen en lugares de mayor altitud, incrementan su hemoglobina para compensar la reducción de la saturación de oxígeno en sangre, por esta razón se hace una corrección del nivel de hemoglobina según la altitud de residencia, para diagnosticar anemia
- **Altitud.** Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- **Anemia por deficiencia de hierro.** Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF),
- **Anemia.** Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud

pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.

- **Atención de la gestante.** Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.
- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Atención oportuna.** Es el proceso mediante el cual se brindan las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia, para lograr la máxima cobertura.
- **Captación oportuna.** Es el proceso mediante el cual se coordinan los esfuerzos para disminuir las oportunidades perdidas de las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia.
- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Concentración de hemoglobina.** Es la cantidad de hemoglobina presente en un volumen fijo de sangre. Normalmente se expresa en gramos por decilitro (g/dl) o gramos por litro (g/l)
- **Consejería.** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores, a la gestante y familiares a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante el desarrollo del embarazo y el crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

- **Consulta nutricional.** Es la atención especializada realizada por el profesional nutricionista dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional.
- **Contrarreferencia.** Es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente, porque cuentan con la capacidad de manejarlo o monitorizar el problema de salud integral.
- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT).** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.
- **Educación nutricional.** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.
- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.

- **Eritrocito (Hematíe).** Uno de los elementos de la sangre periférica, anucleado y bicóncavo en su forma madura; contiene hemoglobina para el transporte de oxígeno.
- **Eritropoyetina.** Hormona glucoproteínica secretada principalmente por los riñones en los adultos y en el hígado en el feto, que actúa sobre las células de la médula ósea y estimula la producción de eritrocitos.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).
- **Ferritina Sérica.** Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.
- **Fortificación casera.** esta intervención consiste en adicionar Micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo.
- **Gestante atendida.** Referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual.
- **Gestante controlada.** Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante.

- **Hematocrito.** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona.
- **Hemoglobina.** Es una proteína compleja constituida por un grupo Hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.
- **Hemoglobinómetro portátil.** Es un equipo que se usa para realizar lecturas directas de hemoglobina.
- **Hierro Hemínico (hierro Hem).** Es el hierro que participa en la estructura del grupo Hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10 - 30%.
- **Hierro no Hemínico (hierro no Hem).** Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10% (tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción).
- **Hierro Polimaltosado.** Es un complejo de hierro de liberación lenta. La polimaltosa actúa como una envoltura alrededor del hierro trivalente, asegurando una liberación más lenta del complejo de hierro y produce menores efectos secundarios, en comparación con otras sales de hierro (sulfato, fumarato, etc.), permitiendo mayor tolerancia y el cumplimiento del tratamiento.
- **Hierro.** Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo

conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal.

- **Historia Clínica Electrónica.** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Primera infancia.** La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.
- **Puerperio.** es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta hasta las seis semanas o 42 días post parto.
- **Referencia.** Es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnología y competencia.

- **Requerimientos o necesidades nutricionales.** Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.
- **Salud intercultural.** Es el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico y social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias. Implica reducir las barreras culturales existentes para la atención de la salud.
- **Sesiones demostrativas.** Son actividades educativas que hacen uso de la metodología denominada “aprender haciendo” y están dirigidas a madres, padres y o cuidadores de las niñas y niños, así como a la gestante y sus familiares, cuya participación es interactiva. Deben ser conducidas por personal de la salud capacitado.
- **Sulfato Ferroso.** Es un compuesto químico de fórmula FeSO_4 . Se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azul-verdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica.
- **Suplementación con hierro y micronutrientes.** Es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro (en forma de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico) con la finalidad de prevenir la anemia por deficiencia de hierro; lo prescribe el profesional de la salud que realiza el control de la niña o niño o el control prenatal y puerperio.
- **Visita domiciliaria.** Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, gestante y puérpera, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo

y espacios de juego en casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.

- **Volumen Corpuscular Medio (VCM).** es un parámetro usado en el estudio de la sangre que mide el tamaño de los eritrocitos (glóbulos rojos) a través de la media del volumen individual y se utiliza para ayudar a diagnosticar la causa de la anemia.

5.2. MECANICA OPERATIVA.

- 5.2.1.** El diagnóstico, manejo y tratamiento del niño, niña, gestante y puérpera se debe realizar en todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- 5.2.2.** Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben contar con médico, obstetra y enfermera capacitados para realizar diagnóstico, manejo y tratamiento de niños, niñas, gestantes y puérperas afectados por la anemia.
- 5.2.3.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred Zamácola deberán garantizar la logística necesaria (recursos humanos, medicamentos, infraestructura, equipos médicos, mobiliario, insumos críticos y material médico quirúrgico,) que sean requeridos. Para ello deben gestionar la asignación presupuestal correspondiente de las fuentes de Donaciones y Transferencias, Recursos Determinados y las que correspondan por Recursos Ordinarios.
- 5.2.4.** La Historia Clínica, el Radar de Gestantes, el Libro de Seguimiento, así como el resto de instrumentos de registro que disponen los Establecimientos de Salud, son de uso obligatorio y deberán ser llenados correctamente y en forma oportuna.
- 5.2.5.** Las actividades realizadas serán registradas de manera diaria, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia la cabecera de la Microred, para su constante actualización y análisis de dicha información.

- 5.2.6.** Las actividades e intervenciones propias para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas, podrán realizarse en los Establecimientos de Salud (Oferta fija), a través equipos extramurales (Oferta móvil) o mediante actividades de Telesalud, de acuerdo a normatividad vigente.
- 5.2.7.** Los Responsable de los Programa Presupuestal Articulado Nutricional y Materno Neonatal, así como los Coordinadores de las Etapas de Vida Niño, Joven y Adulto de la Microred de Salud Zamácola, son responsables de la implementación y aplicación de la presente Directiva en todos los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, así como de su planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, debiendo dar cuenta periódicamente al Comité de Gestión y a la Jefatura de la Microred.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

- 6.1.** Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud con enfoque por ciclos de vida, privilegiando las intervenciones preventivo promocionales y las actividades extramurales.
- 6.2.** La Aplicación de la presente Directiva es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes realizaran las actividades e intervenciones para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas de acuerdo a la Norma Vigente.

6.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANEMIA.

6.3.1. Criterio Clínico. El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

Anamnesis. Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral de la gestante para su registro.

Examen físico. Considera los siguientes aspectos a evaluar:

- Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- Buscar palidez de mucosas oculares

- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
- Examinar sequedad y caída del cabello.
- Observar mucosa sublingual.
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

6.3.2. Criterio Laboratorial. Las personas con anemia suelen ser asintomáticos, por lo que es necesario realizar un despistaje regular para su diagnóstico. Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito.

Medición de la concentración de Hemoglobina o Hematocrito: La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia. Para determinar el valor de la hemoglobina en gestantes se utilizarán métodos directos como:

- a) método de la cianometahemoglobina (espectrofotómetro) y
- b) método de la azidametahemoglobina (Hemoglobinómetro).
- c) de no contar con estos métodos se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.

La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud y debe llevarse a cabo en el consultorio como parte del Control Prenatal en la Atención Integral de la Gestante

Cuando un Establecimiento de Salud no cuente por motivos de fuerza mayor con sus equipos operativos, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia, para lo cual los pacientes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina.

En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde

viene residiendo la gestante en los últimos 3 meses (la orden de laboratorio deberá consignar esta localidad).

El personal de laboratorio o quien realice la determinación de hemoglobina o hematocrito registrará los valores de hemoglobina observada en el formato HIS (sin realizar el ajuste por altura). El o la responsable de la atención de la gestante verificará el ajuste por altitud respectivo.

6.4. TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA.

El dosaje de Hemoglobina y/o Hematocrito para descartar anemia en el niño, la niña, la gestante y puérpera se realizará durante la atención integral por ciclo de vida, de acuerdo a calendario según normatividad vigente. En caso no se haya realizado el dosaje de hemoglobina en la fecha programada, este se realizará en el siguiente control, o se programará la actividad para ser realizada en actividad extramural en el domicilio por un equipo de oferta móvil.

6.5. MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ANEMIA.

6.5.1. Determinación de Hemoglobina.

Para la determinación de hemoglobina se procede de la siguiente manera:

En niños y niñas:

- En menores de 6 meses con prematuridad y/o bajo peso al nacer cada 2 meses.
- Desde los 6 meses hasta los dos años, un tamizaje cada 6 meses.
- Desde los dos años hasta los cinco años, un tamizaje anual.
- De obtener valores con anemia según los criterios propuestos por la OMS, se realizará el tamizaje de hemoglobina al mes, tres meses y seis meses posteriores al inicio del tratamiento.

En gestantes y puérperas:

- La primera medición de hemoglobina se realizará en la primera atención prenatal.

- La segunda medición de hemoglobina se realizará luego de 3 meses con relación a la medición anterior.
- La tercera medición de hemoglobina se solicitará antes del parto.
- Una cuarta medición se solicitará 30 días después del parto.

En los casos que la gestante inicia la atención prenatal después de las 32 semanas de gestación, la determinación de hemoglobina se realiza en esta atención. En caso se detecte anemia, se hará una siguiente medición de hemoglobina en forma mensual hasta alcanzar valores normales.

6.5.2. Medicamentos a utilizarse en el tratamiento de la anemia.

El manejo terapéutico de la anemia en niños, niñas, gestantes y puérperas se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos - (PNUME) vigente, de acuerdo al esquema establecido en la normatividad vigente. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico.

En el caso de los niños y niñas la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño. En el caso de las mujeres gestantes y puérperas será entregada por el profesional que realiza la atención prenatal. Las presentaciones disponibles son:

- Sulfato ferroso tableta conteniendo 60 mg de Hierro Elemental
- Complejo Polimaltosado tableta conteniendo 100 mg de Hierro Elemental
- Sulfato ferroso tableta (60 mg Hierro Elemental + Ácido Fólico 400 ug)
- Ácido Fólico tableta 400 ug
- Sulfato ferroso - gotas 1 gota = 1.25 mg Hierro Elemental

- Sulfato ferroso – jarabe 1 ml = 3 mg Hierro Elemental
- Complejo Polimaltosado – gotas 1 gota = 2.5 mg Hierro Elemental
- Complejo Polimaltosado – jarabe 1 ml = 10 mg Hierro Elemental
- Multivitamínico líquido – solución 5 ml = 12.5 mg Hierro Elemental

5 mg Zinc

160 ug Ácido Fólico

300 ug Vitamina A

30 mg Vitamina C

- Sobre de Micronutriente – polvo 1 sobre = 12.5 mg Hierro Elemental

5 mg Zinc

160 ug Ácido Fólico

300 ug Vitamina A

30 mg Vitamina C

6.5.3. Esquema de tratamiento.

6.5.3.1. Los niños y niñas que tienen diagnóstico de anemia según los criterios de la OMS, deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer.

Niños prematuros y/o con bajo peso al nacer.

- a. El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.
- b. Se administrará tratamiento con hierro en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.

Niños Nacidos a Término y/o con Buen Peso al Nacer menores de 6 meses

- a. El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- b. Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, según norma vigente en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.

Niños de 6 meses a 11 años de edad

- a. El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día.
- b. Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.

En todos los casos, se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

6.5.3.2. Las gestantes y puérperas que tienen diagnóstico de anemia según los criterios de la OMS, deberán recibir hierro con la finalidad de superar el déficit de hierro y mejorar las reservas de hierro en el organismo.

Gestantes y puérperas.

- a. El tratamiento de la anemia en gestantes y puérperas con diagnóstico de anemia, consiste en administrarles una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental más 800 ug de Ácido Fólico durante 6 meses.
- b. Cuando la hemoglobina de la mujer gestante o puérpera con anemia, alcance valores de normalidad se continuará con la misma dosis por un lapso de 3 meses adicionales. Concluido el mismo se continuará con una dosis de prevención hasta los 30 días post parto para reponer las reservas de hierro.

En las gestantes con anemia se realizará la determinación de hemoglobina de manera mensual, con el objeto de

evaluar la respuesta al tratamiento con hierro y la adherencia.

6.5.3.3. Tratamiento de la anemia severa en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas

- a.** El niño, adolescente, mujer gestante y puérpera, con problemas de anemia severa, deberá ser evaluado, en la medida de lo posible, por un profesional médico en los establecimientos de salud.
- b.** En los casos de anemia severa, diagnosticada en establecimientos de menor capacidad resolutive, se dará la prescripción médica inmediata, como si fuera un caso de anemia moderada. Luego se referirá inmediatamente a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive, donde se evaluarán, según el caso específico, las opciones de tratamiento y el criterio médico. En caso de contar con servicio de hematología, referir al mismo.
- c.** Los pacientes que hayan tenido una evolución favorable al tratamiento de anemia severa y tengan diagnóstico de anemia leve o moderada, deberán ser contra referidos a su Establecimiento de Salud de origen, a fin de concluir con su tratamiento durante el periodo de 6 meses y reponer los depósitos de hierro en el organismo

6.5.4. Efectos adversos o colaterales del uso de hierro.

Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado. Para minimizar la intolerancia al Sulfato Ferroso puede recomendarse la toma de los suplementos con las comidas, aunque la absorción de hierro puede disminuir, por lo que de ser posible tomar los suplementos con el estómago vacío; sin embargo, en algunos casos no se puede tolerar.

Sulfato Ferroso: Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia.

Complejo Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso.

Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el personal de salud debe reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas e Reacciones Adversas a medicamentos y remitirla las farmacias de cada Establecimiento de Salud, quienes entregaran a la responsable de SISMED de la Microred y su posterior envío a la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa, según normatividad vigente.

6.5.5. Criterios del alta en el tratamiento de anemia.

El médico o personal de salud tratante indicará el alta cuando el niño o adolescente o mujer gestante o puérpera haya cumplido con el tratamiento establecido y si en el control de hemoglobina se confirman los valores “normales” y la recuperación total del paciente, según normatividad vigente.

6.5.6. Pronóstico y Complicaciones.

El pronóstico dependerá de la evolución del paciente, el mismo que podrá ser valorado según los controles de hemoglobina que se realicen y otros exámenes solicitados, siempre y cuando sea posible realizarlo en el Establecimiento de Salud.

En la mayoría de anemias leves y moderadas no se observan complicaciones, tales como taquicardia, disnea de esfuerzo, entre otros. Estas se presentan en las anemias severas, cuando la hemoglobina es menor a 5 g/dl. Todas las posibles complicaciones son prevenibles con un adecuado y oportuno manejo de la anemia.

6.5.7. Consejería para la entrega de Suplementos de Hierro.

Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de

su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos. Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, conforme a lo señalado en la normatividad vigente considerando los siguientes contenidos:

- La Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
- Manejo de posibles efectos colaterales al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.
- El reconocimiento temprano de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento con hierro, puede reducir la necesidad de transfusión de sangre posterior.
- El personal de salud recomendará consumir los suplementos de hierro con Ácido Ascórbico o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece la liberación más rápida de hierro a nivel gastrointestinal. Sin embargo, si es que ello aumenta la tasa de efectos secundarios y ocasiona malestares, será necesario sugerir la siguiente toma del suplemento con agua.
- Se debe brindar información y orientación a la madre, familiares o cuidadores de los niños y niñas, así como a la gestante o puérpera, entregándole material educativo adecuado.
- La importancia y beneficios del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia.
- La importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina.
- Los beneficios del consumo de micronutrientes en el niño entre los 6 y 36 meses de vida y el cumplimiento de los controles CRED y calendario de vacunaciones.

- La importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).

6.5.8. Monitoreo y seguimiento.

Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo a la atención integral del niño y la niña: Controles de crecimiento y desarrollo, suplemento de micronutrientes e inmunizaciones y de la atención integral de la gestante: Control prenatal y Suplemento de micronutrientes para la prevención de la anemia en el niño, la niña, la gestante y la puérpera. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria y/o Telesalud.

Extramuro: Se realizará según lo dispuesto por la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DIGIESP-V.01 y deben cumplirse las siguientes acciones;

- Verificar si la persona responsable de administrar el suplemento de hierro, conoce la cantidad, frecuencia y forma de administrarlo.
- Solicitar los envases no consumidas aún del suplemento.
- Indagar y verificar sobre el lugar donde usualmente se guarda el suplemento.
- Evaluar la adherencia al tratamiento: preguntar si el niño o niña, la gestante o puérpera está tomando el suplemento; si lo acepta con facilidad, lo rechaza, o si presentó algún inconveniente.
- Indagar sobre los alimentos ricos en hierro de la localidad y recomendar su consumo diariamente, según sea factible.
- Fortalecer los mensajes claves relacionados:
 - a. Continuar con el tratamiento hasta finalizar.
 - b. Continuar con el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro propios del lugar donde vive.
 - c. Asistir al establecimiento de salud para los controles de evaluación de anemia o ante cualquier consulta.

- d. Recordarles las consecuencias irreversibles de la anemia en la gestante o puérpera, el niño o niña.

Intramuro. (En el Establecimiento de Salud):

- En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución de aumento hemoglobina según lo establecido en esta Norma y/o cuando el médico o personal de salud tratante lo solicite según sea pertinente.
- En los casos de tratamiento de anemia, si deberá realizar dosaje de hemoglobina de acuerdo a lo dispuesto en la presente directiva y se deberá evaluar la adherencia al tratamiento.
- En los casos de tratamiento o prevención, si no se detecta una buena adherencia al tratamiento, se evaluarán las razones, para tomar medidas correctivas:
 - a. Si se debe a que el niño o niña, la gestante o puérpera refiere efectos adversos que limitan que continúe el consumo del suplemento de hierro, se le brindará, junto con la consejería, la alternativa de complejo polimaltosado.
 - b. Si se debe a que el niño o niña, la gestante o puérpera no consume el hierro por costumbre o desinformación, se reforzará la consejería en el uso del suplemento y motivará a cumplir la indicación en la toma del producto.

Registrar la información de las visitas domiciliarias realizadas en el cuaderno o base de datos de seguimiento para poder evaluar su progreso. Realizar el registro en el sistema de información hospitalaria (HIS) y en el formato único de atención, de corresponder, de las visitas realizadas. Registrar la información en la Historia Clínica, fecha de la visita domiciliar de anemia, situación encontrada, acuerdos y compromisos, en la hoja de visita domiciliar y luego archivarla en la Historia Clínica correspondiente.

7. RESPONSABILIDADES.

7.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

7.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

8. DISPOSICIONES FINALES.

8.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.

8.2. La población objetivo son los niños y niñas menores de 36 meses, la gestante y puérpera que es diagnosticado con anemia. Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física beneficiadas en las diferentes jurisdicciones sanitarias.

8.3. El personal de salud responsable de la atención del niño, niña, gestante o puérpera coordinará la entrega de una cita para la próxima atención, brindando las facilidades necesarias y en coordinación con el servicio de admisión.

8.4. El personal de salud que presta servicios en el servicio de admisión o triaje, debe garantizar que todo niño, niña, gestante o puérpera que acude al Establecimiento de Salud con diagnóstico de anemia, reciba la atención y tratamiento correspondiente según la normatividad vigente, en coordinación con el personal que brinda la atención al paciente.

8.5. El personal de salud responsable de la administración del tratamiento al niño, niña, gestante o puérpera con diagnóstico de anemia requiere de capacitación y actualización permanente.

8.6. Un Establecimiento de Salud se considera que brinda satisfactoriamente la prestación de control de crecimiento y desarrollo cuando se obtiene un

valor promedio de 80% en los logros de los indicadores seleccionados durante el proceso de evaluación anual de la presente Directiva Administrativa.

- 8.7. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán treinta (30) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

9. ANEXOS.

ANEXO N° 01: MEDICAMENTOS Y DOSIS A USAR EN EL MANEJO RECUPERATIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS Y GESTANTES

GRUPO A TRATAR	A PARTIR DE	DOSIS A USAR	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
<i>Niños prematuros o con Bajo Peso al Nacer *</i>	<i>A los 30 días de nacido</i>	<i>4 mg/kg de peso/día</i>	<i>6 meses</i>
<i>Niños a término menores de 6 meses *</i>	<i>Al diagnóstico</i>	<i>3 mg/kg de peso/día</i>	<i>6 meses</i>
<i>Niños mayores de 6 meses de edad *</i>	<i>Al diagnóstico</i>	<i>3 mg/kg de peso/día</i>	<i>6 meses</i>
<i>Gestantes y puérperas**</i>	<i>Al diagnóstico</i>	<i>120 de hierro elemental 800 ug de Ac. fólico</i>	<i>Hasta 3 meses después de alcanzar normalidad</i>

* Controles de Hb al mes, 3 meses y 6 meses ** Controles de Hb mensuales

ANEXO N° 02: FICHAS TÉCNICA DE LOS INDICADORES

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Niños de 6 a 11 meses de edad con anemia que inician tratamiento con gotas o jarabe con hierro.</i>					
Definición	Total de niños diagnosticados con anemia en el mes anterior cuando tenían de 170 a 369 días, que inician tratamiento oportuno (reciben tratamiento con gotas o jarabe con hierro como máximo 30 días después del diagnóstico de anemia).					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	

Propósito	Medir el grado de acceso y oportunidad de las niñas y niños con ANEMIA de 6 a 11 meses de edad del Estado, inician tratamiento con gotas o jarabe con hierro.		
Justificación	En el Perú, toda niña o niño con diagnóstico de anemia deberá recibir inmediatamente hierro en forma de gotas o jarabe, de Sulfato ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico. Se administrará el tratamiento con hierro durante 6 meses continuos con el objetivo de aumentar las concentraciones de hemoglobina, las reservas de hierro y la recuperación de la anemia por deficiencia de hierro oportunamente.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Niños con anemia que reciben oportunamente tratamiento}}{\text{Niños con anemia en padrón nominal}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de niños de 6 a 11 meses de edad (170 a 369 días) que durante el periodo de evaluación fueron diagnosticados con anemia (códigos: D500, D508, D509 o D649, registrados en el HIS) y recibieron oportunamente tratamiento con hierro (código U310, como máximo 30 días posteriores al diagnóstico). Denominador: Número acumulado de niños de 6 a 11 meses de edad (170 a 369 días) que durante el periodo de evaluación fueron diagnosticados con anemia y están registrados en el padrón nominal.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	HIS, Padrón nominal	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	90.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual y 3.0% anual para la meta esperada.		
Área responsable	Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Gestante con anemia que es evaluada por médico e inicia tratamiento recuperativo con sales de hierro.</i>					
Definición	Total de gestantes diagnosticados con anemia en el periodo de evaluación que es evaluada por médico ginecólogo o médico general e inicia tratamiento oportuno con sales de hierro (tratamiento recuperativo) como máximo 30 días después del diagnóstico de anemia.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y oportunidad de las mujeres gestantes con ANEMIA a la administración de sales de hierro como tratamiento recuperativo.					
Justificación	En el Perú, toda gestante con diagnóstico de anemia deberá recibir inmediatamente hierro en a dosis terapéuticas (tratamiento recuperativo). Se administrará el tratamiento hasta alcanzar los valores normales, con el objetivo de aumentar las concentraciones de hemoglobina, las reservas de hierro y la recuperación de la anemia por deficiencia de hierro oportunamente y evitar que el recién nacido tenga el riesgo de desarrollar anemia.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Gestante con anemia evaluada y tratada oportuna}}{\text{Gestantes con anemia identificada}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número acumulado de gestantes que durante el periodo de evaluación fueron diagnosticados con anemia (código: O990, registrados en el HIS) que fueron evaluadas por médico y recibieron oportunamente tratamiento con hierro (código U310, como máximo 30 días posteriores al diagnóstico). Denominador: Número acumulado de gestantes que durante el periodo de evaluación fueron diagnosticados con anemia y están debidamente identificadas.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					

Fuente	HIS, Ficha CLAP	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada	90.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5.0% anual y 3.0% anual para la meta esperada.		
Área responsable	Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Niños menores de 36 meses con anemia y que han requerido referencia a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad.</i>					
Definición	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses de edad, que en el periodo de evaluación han sido diagnosticados de anemia y han requerido ser referidos a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive para el manejo y tratamiento de la anemia.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y oportunidad de las niñas y niños con diagnóstico de anemia y que no responden satisfactoriamente al tratamiento a la continuidad de la atención en un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive.					
Justificación	Este indicador permite asegurar que la niña o niño con diagnóstico de anemia severa o de anemia leve o moderada que no responde satisfactoriamente al tratamiento, pueda continuar su atención en un Establecimiento de Salud de mayor complejidad, en donde, se le realizará la evaluación correspondiente (por médico especialista: pediatra o hematólogo) y la entrega de tratamiento acorde a sus necesidades.					

Fórmula de cálculo del logro alcanzado	<i>Niños menores de 36 meses con anemia referido</i> $\frac{\text{Total de niños menores de 36 meses con anemia}}{\text{Total de niños menores de 36 meses con anemia}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de niños y niñas menores de 36 meses de edad con diagnóstico de anemia que han sido referidos a un Establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución y complejidad para ser evaluados por Médico Pediatra y/o Hematólogo. Denominador: Número de niñas y niños menores de 36 meses de edad que en el periodo de evaluación hayan sido diagnosticados con anemia.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	HIS - REFCON	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	8.0%	Meta Esperada	5.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Se mantendrá sin cambios.		
Área responsable	Responsable de Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA MEJORA DEL DESEMPEÑO
EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 36 MESES EN LA
ADMINISTRACIÓN DE INMUNIZACIONES EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED
DE SALUD ZAMACOLA”

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad proteger a la población infantil menor de 36 meses de edad de los riesgos de contraer enfermedades prevenibles por vacunas e indirectamente reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de la mejora en el desempeño de la prestación de administración de inmunizaciones.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la mejora del desempeño en la prestación de administración de inmunizaciones.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para la administración de inmunizaciones al niño y la niña menores de 36 meses de edad con enfoque preventivo promocional, interculturalidad, equidad y de derechos.
- Mejorar las coberturas de inmunizaciones en los niños y niñas menores de 36 meses con oportunidad en el ámbito de la Microred Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios Públicos.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 016-2016–SA, que aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.
- Decreto Supremo N° 003-2015–MC, que aprobó la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.

- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA que aprueba la NTS N° 160/MINSA/2020 “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú”.
- Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 099-MINSA/2020/DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto de la COVID 19”.
- Resolución Ministerial N° 220-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 093-MINSA/2020/DGIESP “Directiva Sanitaria que establece disposiciones y medidas para operativizar las inmunizaciones en el Perú en el contexto de la Covid 19”
- Resolución Ministerial N° 1162-2019-MINSA, que ordena la vigencia de diversos documentos de gestión hasta su integración en la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.
- Resolución Ministerial N° 719-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 141/MINSA/2018/DGIESP “Norma Técnica en Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación”.
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica",
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la

implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”.

- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 497-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica en salud para el manejo de la cadena de frío en las inmunizaciones”
- Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 “infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo”, modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.

- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

1.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Actividades complementarias de vacunación.** Se caracterizan por estar orientadas a una población objetivo. Se implementan en un periodo de tiempo definido y se programan con la finalidad de complementar las acciones regulares de vacunación o ante un evento de riesgo epidemiológico por enfermedades prevenibles por vacunas en eliminación o control. El ámbito de su ejecución puede ser local ante cristal regional en cuyo caso la decisión de implementar las es responsabilidad. autoridad de salud
- **Actividades Regulares de vacunación.** Son actividades diarias de vacunación, de carácter preventivo, que forman parte de la atención integral de las personas, con la finalidad de garantizar su protección contra enfermedades prevenibles por vacunación. Estas se realizan tanto a nivel intramural (Establecimientos de Salud) como extramural, a cargo de personal de la salud capacitado.
- **Adyuvantes.** Son sustancias incorporadas a la fórmula de las vacunas, con la finalidad de incrementar la inmunogenicidad del antígeno y potenciar la respuesta inmune específica. Permiten la obtención de títulos más elevados de anticuerpos con una cantidad menor de antígeno y un número más reducido de dosis.

- **Anticuerpo.** Son moléculas de la inmunidad humoral específica cuya principal función es la defensa contra microorganismos y toxinas producidas por los distintos agentes microbianos.
- **Antígeno.** Sustancia o grupo de sustancias que son capaces de estimular la producción de una respuesta inmune, específicamente de anticuerpos.
- **Articulación intersectorial a nivel local.** Consiste en enlazar acciones con otras IPRESS públicas o privadas del ámbito local, para desarrollar acciones y resolver las necesidades de salud de las personas, en correspondencia a sus funciones en el ámbito territorial relacionado.
- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Atención oportuna.** Es el proceso mediante el cual se brindan las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia, para lograr la máxima cobertura.
- **Barrido.** Es una actividad complementaria de vacunación masiva que se realiza con el objetivo de desarrollar una barrera sanitaria en un determinado ámbito geográfico en riesgo epidemiológico por la presencia de un caso confirmado de una enfermedad sujeta a erradicación o eliminación o frente a la acumulación de susceptibles.
- **Bloqueo.** vacunación que se realiza ante la notificación de un caso sospechoso de una enfermedad prevenible por vacunación sujeta a eliminación control con la finalidad de administrar una determinada vacuna que previene la enfermedad en cuestión en la población que reside en un ámbito determinado Generalmente de 5 manzanas a la redonda en torno a la ubicación de la vivienda del caso ha notificado teniendo en cuenta la cadena de transmisión.
- **Captación oportuna.** Es el proceso mediante el cual se coordinan los esfuerzos para disminuir las oportunidades perdidas de las prestaciones que contribuyen a reducir, prevenir y controlar la anemia.

- **Carpeta familiar.** Es aquella que contiene datos referentes a una familia en su conjunto y a la vivienda en la que ésta reside. En esta carpeta se archivan la ficha familiar y las historias clínicas individuales de todos los miembros de dicha familia. La carpeta familiar se archiva en el archivo común.
- **Cita.** Es el acto mediante el cual el paciente adquiere la oportunidad de una Atención de Salud en una IPRESS.
- **Consejería.** La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores, a la gestante y familiares a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante el desarrollo del embarazo y el crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.
- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT).** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.
- **Dosis de refuerzo.** Es la dosis de vacuna que se administra después de haber recibido el esquema básico o serie primaria de vacunación, con la finalidad de incrementar o prolongar el efecto inmune de la misma.
- **Enfermedades prevenibles por vacunación.** Son aquellas enfermedades que se pueden prevenir mediante el uso de las vacunas entre ellas la difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis, influenza, sarampión, poliomielitis, rubeola, parotiditis, varicela, tuberculosis, meningitis, fiebre amarilla, neumonía, diarrea por rotavirus, cáncer de cuello uterino, entre otras.
- **Esquema de Vacunación.** Es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de vacunación e inmunización.

- **Esquema de Vacunación.** Es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas oficialmente para el país y es parte de la política nacional de vacunación e inmunización.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Etapas de vida.** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).
- **Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).** Cualquier evento adverso asociado a la vacunación o inmunización que tiene una asociación temporal y no necesariamente causal. Es una definición operacional que desencadena el proceso de la investigación que concluye con su clasificación final y la implementación de medidas correctivas.
- **Inmunidad.** Es la capacidad que tienen los organismos para resistir y defenderse de la agresión de agentes extraños.
- **Inmunogenicidad.** Es la capacidad que tiene un antígeno de inducir una respuesta inmune detectable.
- **Niño con vacuna completa.** Es la niña o el niño que de acuerdo a su edad ha recibido las vacunas según el Esquema Nacional de Vacunación vigente, a través del proceso de inmunización.
- **Paciente.** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- **Personal de la Salud.** Es el compuesto por profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.

- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Primer Nivel de Atención.** Es el conjunto de IPRESS donde se atiende el 7080% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño, con menor tecnificación de sus recursos y mayor especialización en las acciones en la comunidad. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.
- **Primera infancia.** La primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Es una etapa de extraordinario desarrollo del cerebro que sienta las bases del aprendizaje posterior.
- **Toxoides.** Toxinas de origen bacteriano modificadas que han perdido su capacidad de producir enfermedad, pero conservan su poder antigénico, es decir, generan una respuesta inmune específica contra la enfermedad infecciosa respectiva.
- **Vacuna conjugada.** Vacuna de antígenos T-independientes que se conjugan de forma covalente a proteínas transportadoras o carrier para convertirlos en antígenos T-dependientes con el objeto de que sean inmunógenos y generen memoria inmunológica.
- **Vacuna monovalente.** Es un preparado que contiene antígenos de un solo serotipo del microorganismo.
- **Vacuna.** Es la suspensión de microorganismos virales, bacterianos vivos, inactivados o sus fracciones, sub unidades o partículas proteicas de los mismos, que, al ser administradas, inducen en el receptor una respuesta inmune específica contra la enfermedad infecciosa respectiva.
- **Vacunación Segura.** Es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización y comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos normalizados, estandarizados o

protocolizados que se observan desde la formulación de una vacuna, su producción, transporte, almacenamiento y conservación, distribución, manipulación, reconstitución, administración (inyección segura), eliminación (bioseguridad) y la vigilancia epidemiológica e investigación de los ESAVI.

- **Vacunación.** Comprende a todos los procesos desde su producción, transporte, almacenamiento, distribución, preparación, manipulación y concluye en el acto físico de su administración, previa actividad educativa de manera periódica dirigida a los padres de familia y población general, para que reconozcan la importancia de la vacunación.
- **Vacunas inactivadas.** Vacunas compuestas por gérmenes muertos que han perdido su capacidad patogénica, pero conservan la capacidad inmunogénica. Se obtiene tratando los antígenos vivos mediante procedimientos físicos o químicos que destruyen su infectividad sin afectar la inmunogenicidad.
- **Vacunas vivas atenuadas.** Vacunas compuestas por microorganismos infecciosos vivos (bacterias o virus) que muestran bajos niveles de virulencia. Conservan la capacidad inmunogénica y estimulan la inmunidad protectora, pero han perdido el poder patógeno.
- **Vacunatorio.** Espacio físico exclusivo dentro de los establecimientos de salud, donde se realizan las actividades de orientación, consejería y administración de vacunas por un personal debidamente certificado.

1.2. MECANICA OPERATIVA.

- 1.2.1.** La inmunización del niño y la niña se debe realizar en base a lo señalado por el Esquema Nacional de Vacunación aprobado por la Resolución Ministerial N° 719-2017/MINSA por todos los establecimientos de salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- 1.2.2.** Todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola deben contar con personal de la salud (médico y

enfermera) capacitados para realizar las actividades de inmunizaciones en el niño y niña menor de 36 meses.

- 1.2.3.** Los Establecimientos de Salud deben cumplir con la gratuidad de la vacunación, asegurar la cadena de frío y contar con instalaciones físicas de acuerdo a normatividad vigente.
- 1.2.4.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola deberán garantizar la logística necesaria (recursos humanos, medicamentos, infraestructura, equipos médicos, mobiliario, insumos críticos y material médico quirúrgico,) que sean requeridos. Para ello deben gestionar la asignación presupuestal correspondiente de las fuentes de Donaciones y Transferencias, Recursos Determinados y las que correspondan por Recursos Ordinarios
- 1.2.5.** La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola, deben realizar los trámites necesarios para contar con la provisión de vacunas y jeringas que permitan garantizar el cumplimiento del esquema nacional de vacunación.
- 1.2.6.** La Historia Clínica, el Carné de atención integral del niño o niña, así como el resto de instrumentos de registro que disponen los Establecimientos de Salud, son de uso obligatorio y deberán ser llenados correctamente y en forma oportuna.
- 1.2.7.** Las actividades realizadas serán registradas de manera diaria, siendo verificable a través del sistema de información en la que estará ingresado en cada uno de los puntos de digitación, realizando la alimentación y envío de la información hacia la cabecera de la Microred, para su constante actualización y análisis de dicha información.
- 1.2.8.** Las actividades e intervenciones propias para el cumplimiento del esquema nacional de vacunación, podrán realizarse en los Establecimientos de Salud (Oferta fija), a través equipos extramurales (Oferta móvil) o mediante actividades de Telesalud (Teleorientación), de acuerdo a normatividad vigente.

1.2.9. La Responsable del Programa Presupuestal Articulado Nutricional de la Microred de Salud Zamácola, es responsable de la implementación y aplicación de la presente Directiva en todos los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola, así como de su planificación, organización, ejecución, monitoreo y evaluación, debiendo dar cuenta periódicamente al Comité de Gestión y a la Jefatura de la Microred.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

2.1. Los Establecimientos de Salud de la Microred deberán estar articuladas funcionalmente entre sí y con los Establecimientos de otros prestadores, en las cuales se haga énfasis en la atención integral de salud con enfoque por ciclos de vida, privilegiando las intervenciones preventivo promocionales y las actividades extramurales.

2.2. La Aplicación de la presente Directiva es de responsabilidad del personal de los Establecimientos de Salud, quienes realizarán las actividades e intervenciones necesarias para el cumplimiento del esquema nacional de vacunación de acuerdo a la normatividad vigente.

2.3. ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN.

El esquema nacional de vacunación incluye las siguientes vacunas:

- VACUNA BCG
- VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B (HvB)
- VACUNA PENTAVALENTE
- VACUNA TOXOIDE DIFTOTETANO PEDIÁTRICO (DT)
- VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (Hib)
- VACUNA CONTRA LA POLIOMIELITIS: inyectable y oral (IPV, b-APO)
- VACUNA CONTRA ROTAVIRUS
- VACUNA ANTINEUMOCÓCICA
- VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (SPR)
- VACUNA CONTRA SARAMPION
- VACUNA CONTRA VARICELA
- VACUNA ANTIAMARILICA (AMA)

- VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, PERTUSIS Y TÉTANOS (DPT)
- VACUNA dT ADÚLTO
- VACUNA COMBINADA dTpa (gestantes)
- VACUNA CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)
- VACUNA CONTRA LA INFLUENZA

2.4. ESQUEMAS DE VACUNACIÓN EN EL NIÑO O NIÑA.

2.4.1. Esquema de vacunación en el niño menor de 5 años, Actividad Regular

GRUPO ETARIO	EDAD	VACUNA
Recién Nacido	Recién Nacido	1 dosis de BCG 1 dosis de HvB
Menor de 1 año	2 meses	1 ^{ra} dosis vacuna pentavalente
		1 ^{ra} dosis vacuna antipolio inyectable (IPV)
		1 ^{ra} dosis vacuna rotavirus
		1 ^{ra} dosis vacuna neumococo
	4 meses	2 ^{da} dosis vacuna pentavalente
		2 ^{da} dosis vacuna antipolio inyectable (IPV)
		2 ^{da} dosis vacuna rotavirus
		2 ^{da} dosis vacuna neumococo
Menor de 1 año	6 meses	3 ^{ra} dosis vacuna pentavalente
		1 ^{ra} dosis Vacuna antipolio oral (VPO)
		1 ^{ra} dosis Vacuna Influenza pediátrica
	7 meses	2 ^{da} dosis Vacuna Influenza pediátrica
De 1 año	12 meses	1 ^{ra} dosis Vacuna SPR
		3 ^{ra} dosis Vacuna neumococo
		1 dosis Vacuna contra varicela
		1 dosis Vacuna Influenza pediátrica
	15 meses	1 dosis Vacuna antiamarílica (AMA)
	18 meses	1 ^{er} refuerzo de Vacuna DPT
		1 ^{er} refuerzo Vacuna Antipolio Oral (APO)
		2 ^{da} dosis de Vacuna SPR

De 2 años	2 años 11 meses 29 días	1 dosis Vacuna Influenza pediátrica
		1 dosis Vacuna contra varicela
		1 dosis de Vacuna antiamarílica (AMA), solo si no la ha recibido anteriormente.
De 3 años	3 años 11 meses 29 días	1 dosis Vacuna Influenza Adulto
		1 dosis de Vacuna antiamarílica (AMA), solo si no la ha recibido anteriormente.
De 4 años	4 años 11 meses 29 días	1 dosis Vacuna Influenza Adulto
		2 ^{do} Refuerzo Vacuna DPT
		2 ^{do} Refuerzo Vacuna Antipolio Oral (APO)
		1 dosis de Vacuna antiamarílica (AMA), solo si no la ha recibido anteriormente.

2.4.2. Esquema de vacunación especial para niños y niñas portadores del VIH o nacido de madre portadora del VIH

GRUPO ETARIO	EDAD	VACUNA
Recién Nacido	Recién Nacido	1 dosis de BCG
		1 dosis de HvB
Menor de 1 año	2 meses	1 ^{ra} dosis vacuna pentavalente
		1 ^{ra} dosis vacuna antipolio inyectable (IPV)
		1 ^{ra} dosis vacuna rotavirus
		1 ^{ra} dosis vacuna neumococo
	4 meses	2 ^{da} dosis vacuna pentavalente
		2 ^{da} dosis vacuna antipolio inyectable (IPV)
		2 ^{da} dosis vacuna rotavirus
		2 ^{da} dosis vacuna neumococo
	6 meses	3 ^{ra} dosis vacuna pentavalente
		3 ^{ra} dosis Vacuna antipolio inyectable (IPV)
	7 meses	1 ^{ra} dosis Vacuna Influenza pediátrica

	8 meses	2 ^{da} dosis Vacuna Influenza pediátrica
De 1 año	12 meses	1 ^{ra} dosis Vacuna SPR
		3 ^{ra} dosis Vacuna neumococo
		1 ^{ra} dosis Vacuna contra varicela
	15 meses	2 ^{da} dosis Vacuna contra varicela
	18 meses	1 ^{er} Refuerzo de Vacuna DPT
		2 ^{da} dosis Vacuna SPR
		1 dosis de Vacuna antipolio inyectable (IPV)
De 4 años	20 a 23 meses	1 dosis Vacuna Influenza pediátrica
	4 años	2do Refuerzo Vacuna DPT
	11 meses 29 días	1 dosis de Vacuna antipolio inyectable (IPV)

2.4.3. Otros esquemas especiales de vacunación.

GRUPO ETARIO	EDAD	VACUNA	
Recién Nacido con bajo peso al nacer o prematuro	Recién Nacido	1 dosis de BCG 0.05-0.1 ml intradérmico.	
		1 dosis de HvB 0.5 ml intramuscular	
Contacto de TBC pulmonar BK (+)	De 1 a 4 años, 11 meses y 29 días	1 dosis de BCG 0.1 ml intradérmico.	
Menores de 5 años con comorbilidad crónica	De 2 años a 4 años, 11 meses y 29 días	1 dosis Vacuna contra neumococo 0.5 ml Intramuscular	
Pacientes con VIH-SIDA	De acuerdo a edad	Neumococo	Según prescripción médica
		Hepatitis B	
		Influenza	
Personas que conviven con pacientes inmunodeprimidos	De acuerdo a edad	Con esquema completo	Según prescripción médica.

			Contraindicad a vacuna APO
Pacientes esplénicos y oncohematológico s	Todas las edades	Neumococ o	1 dosis de 0.5 ml vía IM. Según prescripción médica.
		Influenza	
		Hepatitis B	

2.5. ESQUEMAS DE VACUNACIÓN INTERRUMPIDOS/ INOPORTUNOS.

En caso de interrupción del esquema de vacunación de cualquier vacuna en niñas y niños, continuará con las faltantes sin considerar el tiempo transcurrido desde la última dosis, No es necesario reiniciar el esquema en ninguna circunstancia.

La administración de dosis de una vacuna a un intervalo menor del recomendado (4 semanas), puede disminuir la respuesta inmunitaria y, por lo tanto, no debería ser considerada como válida.

Para vacunar a una persona sana no se requiere orden médica. se debe completar el esquema para la edad según calendario vigente.

VACUNA	VACUNACIÓN INOPORTUNA - OBSERVACIONES
BCG	Puede recuperarse la vacunación hasta el día 28 de nacido. En caso se detecte una niña y niño menor de 12 meses que no ha sido vacunado deberá aplicarse la vacuna.
HvB	Si no se administró en las primeras 24 horas de nacido deberá recibirla en la vacuna pentavalente (2, 4 y 6 meses de edad). Mayores de 5 años recibirán 3 dosis a intervalo de un mes entre cada dosis.
PENTAVALENTE	Inicia desde la captación y se administra cada dos meses hasta los 4 años un 11 meses 29 días.
IPV	Inicia desde la captación y se administra dos dosis cada dos meses hasta los 4 años 11 meses 29 días.
APO	Inicia después de la captación y se completa La tercera dosis a los 2 meses después de ir hasta los 4 años 11 meses y 29 días.
ROTAVIRUS	La edad máxima para la primera dosis es de 5 meses y 29 días y la segunda dosis hasta los 7 meses y 29 días.

NEUMOCOCO	Captación tardía en menor de 1 año se colocará dos dosis a intervalos de 1 mes y la tercera normal a los 12 meses. Niñas y niños mayores de 1 año hasta 4 años 11 meses 29 días no vacunados previamente dos dosis con intervalo de un mes entre dosis.
SPR	Se colocará la primera dosis a la captación y la segunda a los 6 meses de la primera, si la captación fue cerca de los 5 años (menos de 6 meses a cumplir los cinco años) se completará con SR.
SR	Si es mayor de 5 años y nunca recibió SPR/SR deberá administrarse SR y una dosis de refuerzo a las 4 semanas.
DPT	Se colocará la primera dosis de refuerzo a la captación y la segunda dosis según esquema. La captación será como máximo hasta los 4 años 11 meses 29 días.
FIEBRE AMARILLA	A la captación en dosis única, máximo hasta los 59 años.
INFLUENZA	Se aplicará de acuerdo al esquema de vacunación.
VARICELA	Hasta 2 años, 11 meses 29 días.

2.6. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE VACUNACIÓN.

Las actividades a realizarse serán aquellas descritas en el numeral 5.5. de la Directiva Sanitaria N° 141-MINSA/2028/DGIESP “Directiva Sanitaria que aprueba el esquema nacional de vacunación”, la NTS N° 136-MINSA/2017/DGIESP “Norma Técnica en Salud para el manejo de la cadena de frío en las inmunizaciones” y en la Resolución Ministerial N° 214-2020/MINSA.

2.7. RECOMENDACIONES DURANTE LA VACUNACIÓN.

Por cuestiones operativas y poder identificar un posible ESAVI, se sugiere administrar la vacuna IPV, Neumococo y Pentavalente en las niñas y niños menores de 1 año en el siguiente orden:

- Vacuna IPV y Neumococo en zonas anatómicas separadas: en musculo vasto externo que corresponde al tercio medio y cara antera lateral externo del muslo derecho.
- Vacuna Pentavalente: en el músculo vasto externo que corresponde al tercio medio y cara antero lateral externo del muslo izquierdo.

Es obligatorio para todo el personal de salud. vacunadores. supervisoras (es) y anotadores leer el inserto de la vacuna.

- 2.8. Los aspectos técnicos a tener en cuenta en la vacunación tanto dentro de los establecimientos de salud como a nivel comunitario se regirán a lo señalado en el anexo 01 de la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP.
- 2.9. En caso de presentarse un ESAVI debe cumplirse con la notificación respectiva y la atención inmediata según corresponda, en un Establecimiento de Salud con la capacidad resolutive necesaria.
- 2.10. Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo a la atención integral del niño y la niña: Controles de crecimiento y desarrollo, suplemento de micronutrientes e inmunizaciones. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria y/o Telesalud.
- 2.11. Registrar la información de las inmunizaciones realizadas en el cuaderno o base de datos de seguimiento para poder evaluar su progreso. Realizar el registro en el sistema de información hospitalaria (HIS) y en el formato único de atención, de corresponder.

VII. RESPONSABILIDADES.

3.1. A NIVEL DE LA MICRORED.

La Jefatura de la Microred y el Comité de Gestión son responsables de la difusión, asistencia técnica, implementación, monitoreo, supervisión y evaluación de la presente Directiva Administrativa en los Establecimientos de Salud de la jurisdicción de la Microred de Salud Zamácola.

3.2. A NIVEL DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Los Responsables de los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa, son responsables de la aplicación de lo dispuesto, en lo que les corresponde.

VIII. DISPOSICIONES FINALES.

- 4.1. La Microred de Salud y los Establecimientos de Salud comprendidos en el ámbito de su jurisdicción, utilizarán las disposiciones y herramientas contenidas en las normas específicas (señaladas en la base legal), para cumplir con lo establecido en la presente Directiva Administrativa.

- 4.2. La población objetivo son los niños y niñas menores de 5 años. Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física beneficiadas en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- 4.3. El personal de salud responsable de la atención del niño y de la niña, coordinará la entrega de una cita para asegurar el cumplimiento del esquema nacional de vacunación, brindando las facilidades necesarias y en coordinación con el servicio de admisión.
- 4.4. El personal de salud que presta servicios en el servicio de admisión o triaje, debe garantizar que todo niño o niña que acude al Establecimiento de Salud acceda a recibir las vacunas de acuerdo a su edad según la normatividad vigente.
- 4.5. El personal de salud responsable de la administración de vacunas al niño o niña requiere de capacitación y actualización permanente.
- 4.6. Un Establecimiento de Salud se considera que brinda satisfactoriamente la prestación de inmunizaciones cuando se obtiene un valor promedio de 80% en los logros de los indicadores seleccionados durante el proceso de evaluación anual de la presente Directiva Administrativa.
- 4.7. Los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola tendrán treinta (30) días como plazo máximo, para dar inicio a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa.

IX. ANEXOS.

ANEXO N° 01: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Niños que cumplen 12 meses de edad en el mes de evaluación que reciben vacunas completas según edad y calendario de vacunación.</i>
Definición	Proporción de niñas y niños que cumplieron 12 meses en el mes de evaluación, que reciben vacunas completas según edad (antipolio (IPV, APO), pentavalente, neumococo, influenza, rotavirus, SPR), y calendario de vacunación, según norma MINSA

Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso oportuno a un conjunto de servicios, implementados por el Ministerio de Salud. Dichos servicios se han identificado como esenciales en el modelo causal del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) tendiente a disminuir la prevalencia de anemia y desnutrición.					
Justificación	Según la evidencia usada para la formulación del PAN, la entrega de los servicios de CRED, y la vacunación oportuna, contribuirán a reducir el riesgo de la desnutrición crónica infantil. Asimismo, la entrega oportuna de estos servicios, contribuirá a reducir el riesgo de la anemia.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	<i>Niños y niñas de 12 meses con vacunas completas</i> <i>Niños y niñas de 12 meses en padrón nominal</i> * 100					
Procedimiento de medición	Numerador: Número total de niños y niñas que cumplieron 12 meses de edad (hasta 12 meses y 29 días) en el periodo de evaluación y que recibieron el número adecuado de dosis de vacunas de acuerdo al calendario de vacunaciones según normatividad MINSA. Denominador: Número total de niños y niñas de hasta 12 meses y 29 días en el periodo de evaluación que se encuentran registrados en el padrón nominal.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	<i>% de cumplimiento</i> <i>= (logro alcanzado – valor umbral) / (meta esperada – valor umbral) * 100</i>					
Fuente	HIS – Libro de Seguimiento - HCI	Periodicidad			Trimestral	
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	80.0%	Meta Esperada			85.0%	
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado			%	
Nivel de avance	Para el valor umbral 2.0% anual y 2.5% anual para la meta esperada.					
Área responsable	Responsable de Estadística					
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.					

Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

DOCUMENTO TECNICO
“GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 36 MESES, GESTANTES Y PUÉRPERAS
EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA”

1. FINALIDAD.

El presente documento técnico tiene como finalidad contribuir con la protección de la población infantil menor de 36 meses de edad y a la gestante de los riesgos que conlleva la anemia mediante el desarrollo de una Guía de Práctica Clínica Rápida para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la anemia en niños y gestantes, mejorando así su calidad de vida.

2. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Establecer y estandarizar los criterios para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la anemia en niños y gestantes, contribuyendo al control y reducción de los índices de anemia en la población de niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y estandarizar los criterios para la entrega de las intervenciones sanitarias priorizadas y del paquete de atención integral del niño y niña que contribuyan al control y reducción de los índices de anemia en la población de niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- Establecer y estandarizar los criterios para la entrega de las intervenciones sanitarias priorizadas y del paquete de atención integral a la gestante y puérpera que contribuyan al control y reducción de los índices de anemia en la población de niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

3. AMBITO DE APLICACIÓN.

Las Guías de Práctica Clínica Rápidas que se parte del presente documento técnico son de aplicación en los Establecimientos de Salud que conforman la

Microred de Salud Zamácola, están dirigidas a todos los profesionales de la salud que laboran en dichos establecimientos.

4. PROCESOS A ESTANDARIZAR.

Los procesos a estandarizar corresponden a la:

- Atención Integral del niño y niña menor de 5 años
- Atención Integral de la gestante

5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

1. ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y DE LA NIÑA

- **CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO - EVALUACIÓN.** El

Control del Crecimiento y Desarrollo del niño y de la niña considera diversos componentes:

~ **Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.** Se realiza desde el primer control en el recién nacido y debe tomar en cuenta diversos factores de riesgo individuales, sociales y medio ambientales.

- Niño o niña sin controles	- Enfermedad crónica en el niño/niña
- Niño o niña en adopción	
- Ausencia de cuidador estable	- Alteración del desarrollo psicomotor
- Menor de 34 semanas de gestación	- Malnutrición por déficit en el niño
- Peso al nacer menor de 2500 gramos	- Discapacidad física
- Enfermedad biológica/congénita en el RN	- Comportamiento alterado del sueño
	- Comportamiento alterado de la alimentación
	- Alteración de la salud mental
	- Niño sin acceso a educación

~ **Evaluación física y neurológica.** El examen se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad del niño o la niña, asegurando las medidas de bioseguridad, la privacidad y la temperatura adecuada del ambiente.

~ **Evaluación de la función visual.** Se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad del niño o la niña, siendo su objetivo la identificación de anomalías de la visión y su referencia oportuna para evaluación y tratamiento. Son factores de riesgo los siguientes:

- Recién nacidos prematuros	- Ametropías altas de padres o hermanos
- Niños con hipoxia al nacer	- Síndrome de Down y otras cromosomopatías
- Historia familiar de retinoblastoma, catarata congénita o glaucoma congénito	- Anormalidades congénitas
	- Retardo de crecimiento intrauterino
	- Traumas craneofaciales
	- Enfermedades sistémicas

~ **Evaluación de la función auditiva.** Se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad del niño o la niña, siendo su objetivo la identificación precoz de cualquier elemento (factores de riesgo, antecedentes conductuales), que pudiera relacionarse a una hipoacusia (congénita o adquirida) y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.

- Permanencia por más de 5 días en UCIN	- Prematurez
- Infecciones neonatales	- Uso de fármacos ototóxicos
- Infecciones en el periodo de lactante	- Alteración del desarrollo psicomotor
- Alteraciones craneofaciales	- Retraso severo del lenguaje
- Peso menor a 2000 gramos	- Fractura hueso temporal
	- Otitis media aguda recurrente

~ **Evaluación para descartar enfermedades prevalentes.** En cada control se explora la presencia de alguna enfermedad, se hará uso de la técnica de AEIPI para la detección de EDAs e IRAs y se realizará la interconsulta o referencia correspondiente para el

manejo adecuado de la misma. El descarte de parasitosis se realiza una vez al año a partir del primer año de vida y el tamizaje de hemoglobina se realiza de acuerdo a lo establecido en la NTS 134-MINSA/2017, en caso de no poder realizarse en el Establecimiento de Salud se refiere a la cabecera de la Microred.

- ~ **Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación.** En cada control se debe verificar el cumplimiento del Esquema Nacional de vacunación y administrar la vacuna si es que corresponde.
- ~ **Evaluación del cumplimiento del esquema de suplementación de hierro.** En cada control se debe verificar el cumplimiento del Esquema de suplementación con hierro y administrar si es que corresponde de acuerdo a la normatividad vigente.
- ~ **Evaluación del crecimiento y estado nutricional.** Se realiza en cada control de crecimiento desde el nacimiento hasta los 60 meses de edad, sea a través de oferta fija u oferta móvil, se realiza de acuerdo a la edad y sexo. La evaluación antropométrica registra el peso, talla, perímetro cefálico (hasta los 36 meses de edad) y los datos obtenidos deben registrarse en la historia clínica, carnet de crecimiento y desarrollo.
- ~ **Evaluación del Desarrollo.** Se realiza en función a la edad del niño o niña y se usan las siguientes escalas: a) *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP)*, b) *Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI)* y c) *Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED)*.

La evaluación del niño menor de 60 meses considera lo siguiente:

- De 0 a 30 meses	- De 2 a 5 años con TEPSI
evaluación con TPDE	- Mayor de 2 meses sin controles
- De 0 a 24 meses con EEDP	previos con EEDP

- ~ **Tamizaje de Violencia y Maltrato.** Se realiza en cada uno de los controles (oferta fija u oferta móvil) y se utiliza la “Ficha de Tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar”, en caso de detección de

signos de maltrato o violencia se refiere y comunica a las instancias correspondientes.

- ~ **Evaluación bucal.** Se realiza desde el primer control, con la revisión de la cavidad bucal del niño en busca de la aparición de los primeros dientes y la detección de posibles lesiones de caries u otras patologías. Todo niño debe ser evaluado por un odontólogo antes del año de edad para la aplicación de barniz fluorado. Los niños con alteraciones o malformaciones congénitas deben tener una interconsulta o referencia con especialista para su evaluación correspondiente.
- ~ **Evaluación ortopédica.** Durante el control se debe realizar: a) *Descarte de la displasia de cadera* a través del signo de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción, b) *Descarte de Pie plano*, a partir de los dos años, distinguiendo si es rígido o flexible y c) *Evaluación de la marcha*, se observa la simetría del cuerpo, las curvaturas de la columna y al caminar buscar signos de claudicación o inestabilidad en la marcha. El hallazgo de cualquier anomalía requiere de su referencia para evaluación.
- **CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO - DIAGNÓSTICO.**
 - ~ **Crecimiento.** Considera la tendencia y velocidad del proceso, pudiendo ser: a) *Adecuado*, si se evidencia ganancia de peso e incremento de talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad, la tendencia de la curva es paralela a las curvas de referencia o b) *Inadecuado*, si no hay ganancia o ganancia mínima de talla y/o pérdida de peso, ganancia mínima o excesiva de peso.

Si el crecimiento se encuentra alterado, se debe de identificar los factores causales, analizarlos y establecer las medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o cuidadores del niño. Se debe citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, de ser necesario considerar referir para evaluación y tratamiento a la cabecera de microred u otro Establecimiento de Salud de mayor complejidad.

Para la evaluación y clasificación del estado nutricional se consideran los siguientes parámetros:

Recién nacidos - Peso para la edad gestacional. Se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional aplicando previamente luego del nacimiento el Test de Capurro.

Punto de corte	Clasificación
< P10	Pequeño para la edad gestacional (retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Recién nacidos - Peso al nacer. la clasificación del peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño.

Punto de corte	Clasificación
<1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
>4000 gramos	Macrosómico

Niños/niñas menores de 5 años. Para la evaluación del estado nutricional según la edad y sexo se utilizan los siguientes indicadores.

Indicador	Definición	Grupo de edad a utilizar
Peso para la edad (P/E)	Peso global	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	Estado nutricional actual	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	Crecimiento longitudinal	≥ a 29 días a < 5 años
Perímetro cefálico para edad (PC/E)	Macrocefalia o microcefalia	≥ a 29 días a < 3 años

Se define el punto de corte de normalidad para las curvas antropométricas en Desviación Estándar (DS). Así, tenemos que la normalidad se encuentra entre + 2 DS a – 2 DS.

PUNTOS DE CORTE DS	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
>+ 3	-----	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Bajo peso	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

No considerar para intervención, como obesos o con sobrepeso, a niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva. Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) presentan mayor velocidad de crecimiento en el primer trimestre. El aplanamiento de la curva luego del 4to mes no debe ser motivo de suspensión de la LME o introducción de suplementos lácteos. La ganancia de peso debe ser analizada en relación al canal de crecimiento y al examen cuidadoso del niño.

En los niños prematuros o con bajo peso al nacer es importante que la curva de crecimiento sea en sentido ascendente en forma paralela a las curvas de referencia.

~ **Desarrollo.** La evaluación del Desarrollo del niño o la niña dependerá de la escala utilizada en la evaluación.

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP). Para esta escala de evaluación del desarrollo psicomotor, se obtiene los diagnósticos por intermedio de dos procedimientos:

a. *Por el perfil de desarrollo psicomotor.* Es una apreciación del rendimiento de la niña y niño, a través de las distintas áreas del desarrollo (coordinación, social, lenguaje y motor). De esta manera se aprecia la desviación de la curva del desarrollo. Marcar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica, en meses de la niña o niño, atravesando las 4 áreas del desarrollo. Se observan los últimos ítems aprobados de cada área, encerrándolos en un círculo y uniéndolos. Si la línea está hacia adelante (derecha), el desarrollo psicomotor tiene un buen o alto rendimiento; si está quebrada y va

hacia atrás (izquierda), debe considerarse una de las áreas como riesgo y como retraso si es más de uno o proyectado a más de dos áreas.

b. Por el coeficiente de desarrollo. Para obtener el Coeficiente de Desarrollo (CD) debe convertirse la razón (EM/EC) a un puntaje estándar, el valor obtenido se clasificará según los puntajes:

- Mayor o igual a 85 : Normal
- Entre 84 a 70 : Riesgo
- Menor o igual 69 : Retraso

Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED).

Para obtener el diagnóstico de este tamizaje se encierra en un círculo la edad cronológica trazando una línea en todas las áreas evaluadas. Luego se unirán las marcas de todos y cada uno de los hitos logrados. Con esta línea continua se obtiene el perfil de desarrollo psicomotor de la niña o niño evaluado.

El diagnóstico que se obtiene puede ser:

- *Desarrollo normal:* si el perfil de desarrollo psicomotor obtenido no muestra desviación.
- *Adelanto del desarrollo psicomotor:* si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual.
- *Trastorno del desarrollo:* si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual.
- *Riesgo para trastorno del desarrollo:* si no hay desviación de la línea a la izquierda, pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.

Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI). El diagnóstico de interpretación de este instrumento se clasifica a través de dos procedimientos:

a. Por el puntaje de desarrollo psicomotor obtenido: Puntaje T. Para obtener el Puntaje T (PT) se suman los ítems aprobados por áreas del desarrollo psicomotor (coordinación, lenguaje y motora), calificándose como puntaje bruto (PB). El valor obtenido se clasificará según los siguientes puntajes:

- Mayor o igual a 40 : Normal.
- Entre 39 a 20 : Riesgo.
- Menor o igual 19 : Retraso.

b. Por el perfil de desarrollo psicomotor. Permite observar en forma gráfica el rendimiento total basados en el puntaje T y de los subtest obtenidos en las distintas áreas del desarrollo de coordinación, lenguaje y motora.

- **CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO - INTERVENCIÓN.**

El Control del Crecimiento y Desarrollo del niño y de la niña requiere de diversas intervenciones para la mejora de su eficiencia y efectividad:

~ **Consejería.** Todo control de crecimiento y desarrollo debe estar acompañado de una consejería según sea el caso, siguiendo todas las pautas y lineamientos para dicho fin.

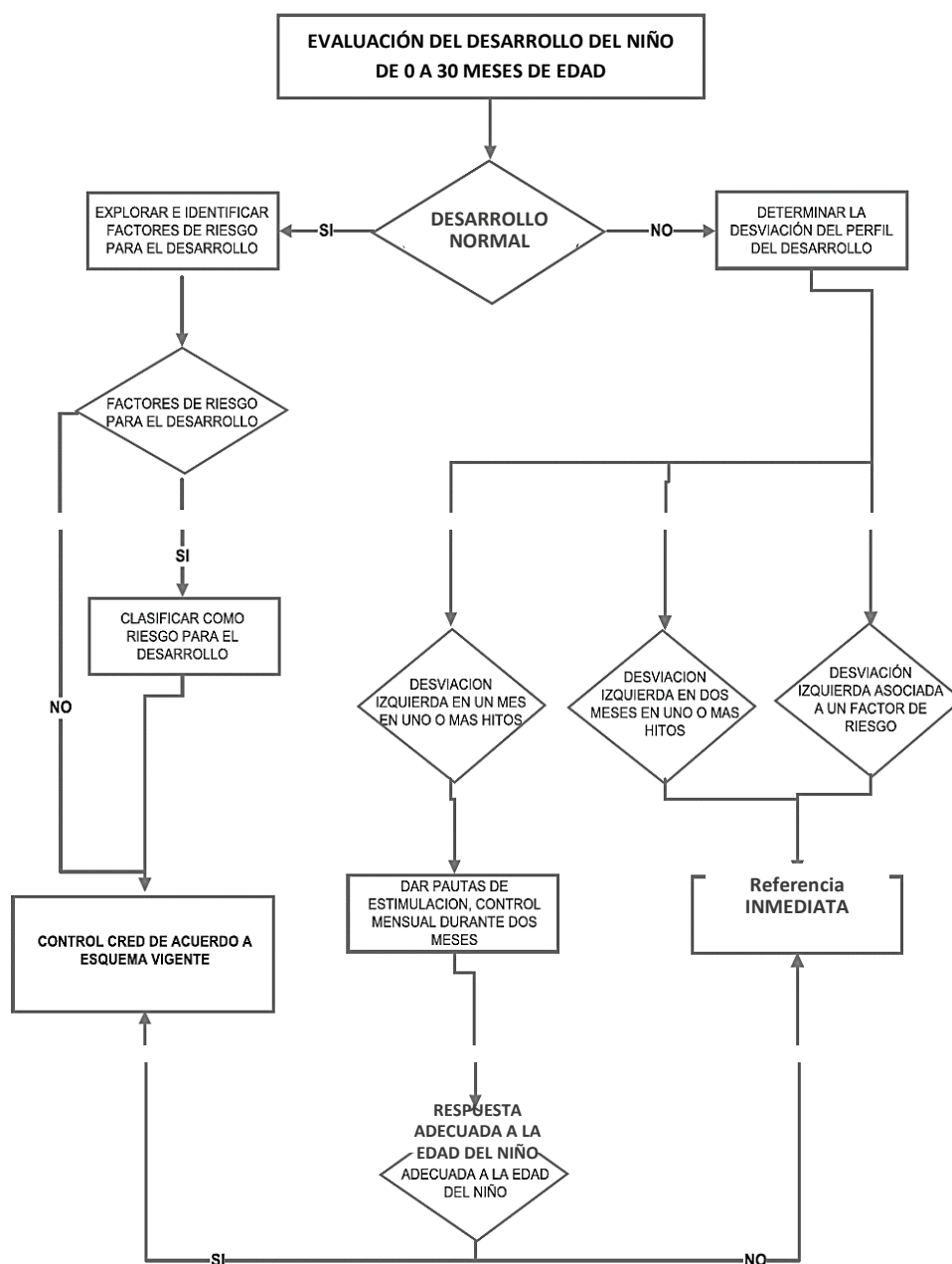
Las consejerías se brindarán prioritariamente en los siguientes temas:

- *Lactancia materna.* Usa la metodología descrita en la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna” aprobada por la Resolución Ministerial N° 462-2015-MINSA.
- *Nutrición.* Usa la metodología descrita en el documento técnico “Consejería nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil” aprobada con Resolución Ministerial N° 870-2009-MINSA.
- *Lavado de manos.* Usa la metodología señalada en la Directiva Sanitaria N° 048 MINSA/DGPS-V.01 “Directiva Sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú”, aprobada por Resolución Ministerial N° 773-2012/MINSA.
- *Salud bucal.* Se debe orientar a los padres, madres o cuidadores sobre hábitos de higiene oral y asesoría nutricional según la edad del niño o niña.
- *Uso de micronutrientes.* Se debe brindar información relevante sobre la importancia del consumo de micronutrientes, los posibles efectos colaterales y la forma de conservación.

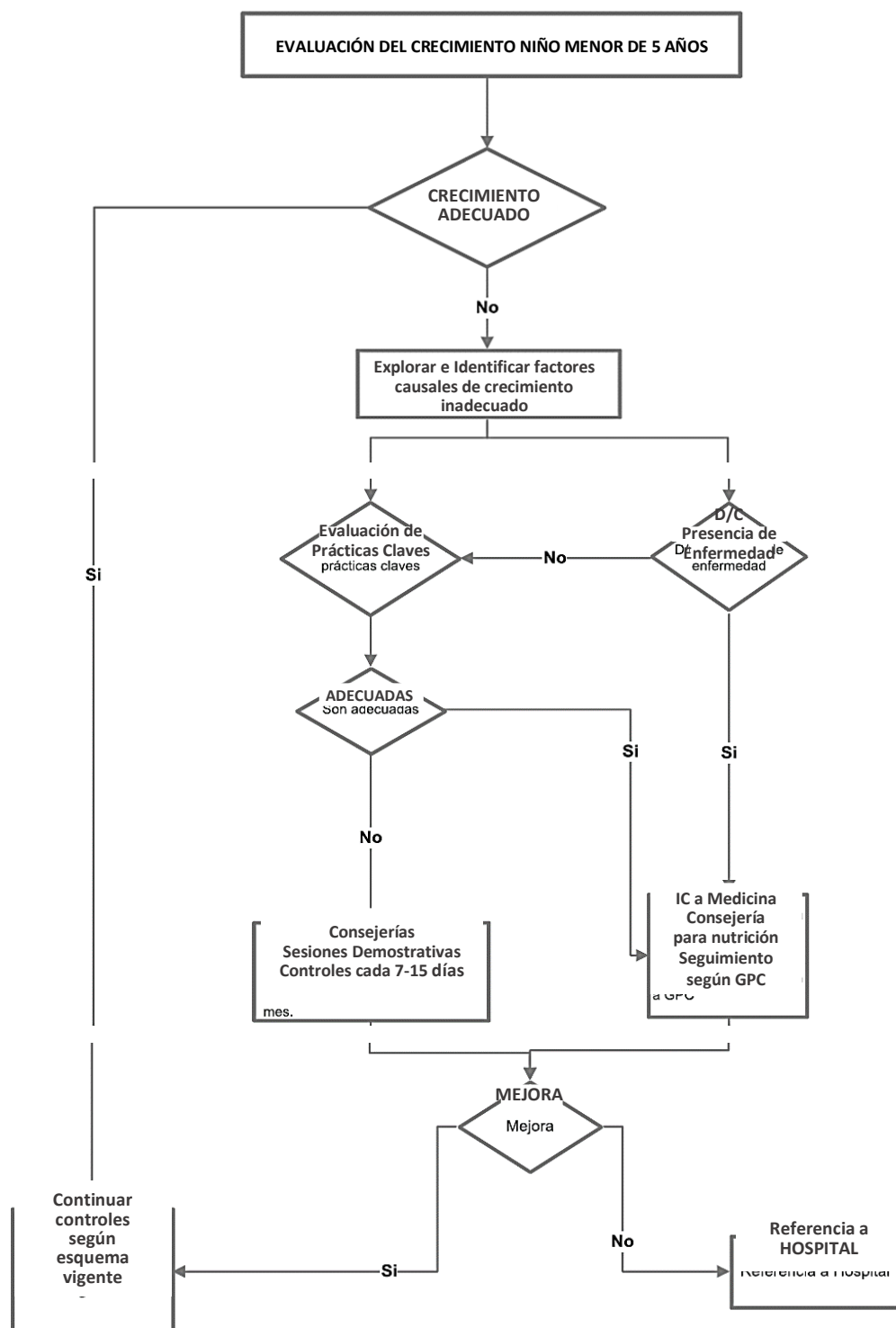
- ~ **Sesiones demostrativas.** Durante el control de crecimiento y desarrollo, el personal de salud deberá programar las actividades de sesión demostrativa, que deben enmarcarse dentro de los lineamientos establecidos por el Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil”, aprobada por Resolución Ministerial 958-2012/MINSA.
- **CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO - SEGUIMIENTO.** El personal de salud que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable del seguimiento y deberá desarrollar estrategias que aseguren la atención de los niños y niñas.
 - ~ **Sistema de citas programadas.** Para el seguimiento de niños y niñas se deberá utilizar un sistema de citas programado, que será determinado en cada control, de mutuo acuerdo con los padres o cuidadores, según las necesidades del niño o niña y comunicado al servicio de admisión para su registro y coordinación.
 - ~ **Visitas domiciliarias.** Busca realizar el acompañamiento a la familia para fortalecer prácticas y hábitos saludables, además de, evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.
 - ~ **Telemonitoreo/Teleorientación.** Permite el seguimiento del niño en relación al cumplimiento de los acuerdos negociados, cumplimiento y adherencia a tratamientos o suplementación, además de, dar respuesta a las dudas, interrogantes y preguntas de los padres o cuidadores sobre temas específicos del crecimiento y desarrollo del niño o niña.

El seguimiento, en especial las visitas domiciliarias, deben priorizar a los niños y niñas con riesgos verificados o latentes y se debe de promover la participación activa de los Agentes Comunitarios de Salud.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA DE 0 A 30 MESES



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO O NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



PRUEBAS PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES VISUALES

PRUEBA DE DETECCIÓN	APLICACIÓN DE LA PRUEBA	ALTERACIÓN	EDADES PARA CONTROL	INDICACIONES PARA REFERENCIA AL OFTALMÓLOGO
INSPECCIÓN OCULAR	El evaluador, a una distancia de 30 centímetros, dirige la fuente de luz hacia los ojos de la niña y el niño, valora las características de los párpados, pestañas, conjuntiva, transparencia de la córnea, presencia y forma de la pupila, así como la presencia de lagrimeo permanente o secreciones.	El resultado anormal está dado por la presencia de cualquier alteración anatómica o morfológica del ojo y/o sus anexos.	RN a 5 años	Anormalidad estructural
REFLEJO DE PARPADEO	Se explora aplicando una luz repentinamente sobre los ojos, provocando así el parpadeo de defensa. Aparece desde el nacimiento.	La ausencia de este reflejo nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa. (Gessell, Fleming, Koupernik).	RN a 5 años	Respuesta a la luz pobre o ausente.
REFLEJO PUPILAR	Consiste en la contracción de la pupila por acción de la luz sobre la retina y se explora con una linterna u oftalmoscopio directo. Aparece en el nacimiento y permanece siempre.	El resultado anormal está dado por la respuesta a la luz pobre o asimétrica.	RN a 5 años	Respuesta a la luz pobre o asimétrica.
REFLEJO ROJO BINOCULAR Test de Bruckner o Reflejo rojo retiniano	A una distancia de 1 metro se dirige la luz del oftalmoscopio directo hacia ambos ojos del examinado y se observa, a través del mismo, buscando en el área de las pupilas presencia de un reflejo naranja-rojizo, bilateral y simétrico.	El resultado anormal está dado por ausencia, disminución o asimetría del reflejo. Sospechar de Catarata Congénita o Retinoblastoma.	RN a 5 años	Ausente, opaco, asimétrico, presencia de un reflejo blanco o manchas negras en el reflejo rojo.
SEGUIMIENTO AMBOS OJOS	A una distancia de 50 cm por delante de los ojos del/la niño(a) se busca que mire el objeto y lo siga con la mirada a medida que el examinador desplaza el objeto de un lado a otro. El ambiente debe estar bien iluminado, con los dos ojos descubiertos y en simultáneo.	Se considera anormal cuando a los 3 meses no sigue el objeto de colores llamativos durante el examen.	3 meses	Incapacidad de fijación y seguimiento.
FIJACIÓN MONOCULAR	Para evaluar el OD se ocluye el OI, se coloca a una distancia de 50 cm por delante de los ojos de la niña (o), buscando que mire el objeto con el ojo descubierto. Luego el evaluador verifica que siga con la mirada mientras desplaza el objeto de un lado a otro. Seguidamente se procede a evaluar el OI.	Anormal, cuando a los 6m de edad o más hay ausencia de fijación. También indicativo de un hallazgo negativo el hecho en que la/el niña(o) llore o rechace la oclusión de uno de los ojos (del ojo que ve mejor). Sospecha de Ambliopía Profunda.	6, 12 y 36 meses	Incapacidad de fijación y seguimiento.

REFLEJO LUMINOSO CORNEAL Test de Hirschberg	Se realiza mediante una fuente de luz situada a 30 cm del puente nasal observando si hay reflejo luminoso en la pupila de ambos ojos, de manera simétrica.	Desalineamientos.	6 meses a 5 años	Asimétrico o desplazado. Signos de Estrabismo.
COVER TEST cubrir/descubrir	Se procederá a cubrir uno de los ojos, con un cono de cartulina blanca, al ser éste destapado luego de tres segundos, se observará un movimiento inmediato de fijación, esto significará que hay estrabismo. En caso que sea normal el ojo no se moverá.	Detectar tempranamente desalineamientos oculares como estrabismos o atropías.	6 meses a 5 años	Movimiento de uno o ambos ojos no tapados.
AGUDEZA VISUAL	Se utiliza la cartilla de Snellen de la "E" direccional, adaptada para 3 metros, de preferencia (puede utilizarse también la de 6 metros), en un lugar bien iluminado. Enseñarle al niño a contestar "para qué lado están las patitas del dibujo (E)". Utilizar un oclisor para cubrir el ojo izquierdo e iniciar la evaluación del ojo derecho. Solicitar al menor que señale con su mano la direccionalidad de las barras de la letra "E" contenidas en cada fila, de izquierda a derecha. Empezar por la letra "E" más grande (superior), hasta que el niño manifieste que no ve la letra señalada o se equivoque en su direccionalidad. Anotar la agudeza visual que corresponde a la fracción ubicada al inicio de la última línea que pudo leer completa o la última línea en la que leyó más de la mitad de las letras u optotipos. Ocluir el ojo derecho y repetir secuencia con ojo izquierdo. En los niños que ya usan lentes evaluarlos con lentes puestos.	Es normal que la/el niña(o) a esta edad tenga una agudeza visual de 20/20 a 20/40. La diferencia de agudeza visual entre ambos ojos no debe superar 1 línea.	3 a 5 años	Agudeza visual $\leq$ 20/50 en cualquiera de los dos ojos o que la agudeza visual de un ojo con relación al otro difiera en dos líneas o más de la Cartilla de Snellen.

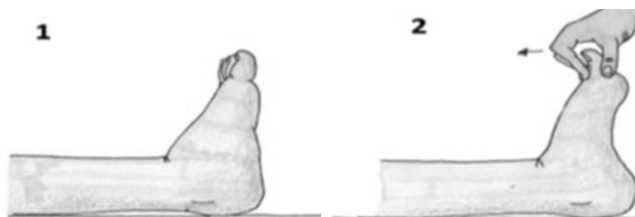
DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE LA AUDICIÓN

DEFICIENCIA AUDITIVA CONGÉNITA	✓ El recién nacido no se asusta con un fuerte ruido ✓ No reacciona ante sonidos inesperados ✓ A los cuatro meses de edad: no gira su cabeza a la fuente de un sonido o a la dirección al sonido de la voz Ante la sospecha derivar al especialista.
PÉRDIDA AUDITIVA	✓ A partir de los 6 meses a más edad: no dice sílabas ni palabra. ✓ Al año de edad: ve a la madre pero no responde a su llamada. ✓ Dificultad en escuchar y entender las conversaciones. ✓ No reaccionan al sonido de las campanas de la puerta o el timbre del teléfono. ✓ Dificultad para comprender las órdenes.
DEFICIENCIA AUDITIVA LEVE	✓ Parece oír algunos sonidos pero no todos los sonidos. ✓ Dificultad para comprender un discurso susurrante.
DEFICIENCIA AUDITIVA MODERADA	✓ Dificultad en las siguientes conversaciones por teléfono. ✓ Escuchar música o la televisión a un volumen superior a otras personas. ✓ Pobre desarrollo del lenguaje, a menudo preguntan por el altavoz para repetir y tienen más dificultad para ser comprendidos. ✓ Presentan retraso en aprender a hablar, hablan claro, en voz alta o invitan al orador a repetir los mismos y subir el volumen del televisor o radio. ✓ En edades preescolares se presentan trastornos del aprendizaje de distintos grados.
DEFICIENCIA AUDITIVA SEVERA	✓ No pueden oír palabras gritos y necesitan el lenguaje de señas para la comunicación. ✓ En los preescolares necesitan el lenguaje de señas para la comunicación.

EVALUACIÓN ORTOPÉDICA



DETECCIÓN DE DISPLASIA DE CADERA



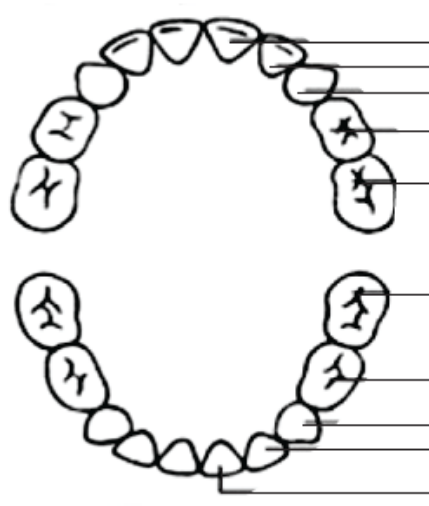


DETECCIÓN DE PIE PLANO

RECOMENDACIONES DE SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD

EDAD	RECOMENDACIONES
0 – 12 meses	● Evitar transmitir la saliva de la madre, padre o cuidador al bebé (no soplar la comida, no dar besos en la boca a la niña o niño). ● Levantar el labio del bebé para observar la erupción de los dientes. Si existen cambios de color en el esmalte de los incisivos superiores, informar a la madre y derivar al odontólogo. ● Se recomienda iniciar la higiene bucal, apenas hace su aparición el primer diente. ● Cepillar los dientes en cuanto salgan, levantando el labio, dos veces al día, para toda la vida, con una pasta dental familiar* de 10001500 ppm de flúor en cantidad “granito de arroz”. No enjuagar con agua después del cepillado (ver gráfico 3). ● Hacia el año, evitar el biberón nocturno y toda fuente de azúcares refinados (galletas, pasteles, caramelos, helados, jugos industriales, entre otros). ● Primera visita al odontólogo. ○ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses.
12 – 36 meses	● Levantar el labio de la niña o niño para observar si existen cambios de color en el esmalte de los incisivos superiores. Derivar al especialista. ● Cepillado dental 2 veces al día (realizado por los padres), levantando el labio, uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta dental familiar* de 10001500 ppm de flúor en cantidad “granito de arroz”. No enjuagar con agua después del cepillado (ver gráfico 3). ● Evitar al máximo azúcares refinados (jugos de cajita, galletas, tortas, gelatina, cereales con azúcar, leches chocolatadas, entre otros). ● Sugerir el cambio del biberón por una tacita de entrenamiento. ● Visitas regulares con el odontólogo de acuerdo al riesgo de caries. ○ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses.
3 – 5 años	● Confirmar la presencia de 20 dientes primarios. ● Examinar la boca del niño/a para descartar cavidades, fracturas o cambios de color en los dientes. Derivar al especialista. ● Consumo esporádico de azúcares (máximo una vez al día). ● Cepillado dental 2 veces al día (asistido por los padres), uno de ellos antes de dormir. Se usará una pasta dental familiar* de 10001500 ppm de flúor en cantidad “alverjita”. ● Uso de hilo dental entre molares, una vez al día, antes del cepillado de la noche. ● Visitas regulares con el Odontólogo de acuerdo al riesgo de caries. ○ Colocación de barniz de flúor al menos cada 6 meses. ○ Colocación de Selladores de fisuras de acuerdo a la necesidad.

ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PRIMARIOS



The diagram shows two rows of primary teeth. The top row represents the upper arch (Dientes Superiores) and the bottom row represents the lower arch (Dientes Inferiores). Lines connect specific teeth in the diagram to their corresponding eruption and shedding ages in the table.

Dientes Superiores	Erupción	Se caen
Incisivo central	8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral	9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)	16-22 meses	10-12 años
Primer molar	13-19 meses	9-11 años
Segundo molar	25-33 meses	10-12 años

Dientes Inferiores	Erupción	Se caen
Segundo molar	23-31 meses	10-12 años
Primer molar	14-18 meses	9-11 años
canino (colmillo)	17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral	10-16 meses	7-8 años
Incisivo central	6-10 meses	6-7 años

EVALUACIÓN DE LOS PARES CRANEALES

PAR CRANEANO	PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN
OLFATORIO (I)	Se valora utilizando sustancias de olores conocidos (davo de olor, café, perfume, etc); evaluar cada fosa nasal por separado (solicitar que el niño o niña mantenga la boca y ojos cerrados). En el recién nacido se explora poco por lo difícil de obtener una respuesta.
ÓPTICO (II)	La visión se valora con la respuesta de parpadeo a la luz intensa. Se puede buscar el seguimiento ocular cuando se pasa por el frente un objeto luminoso y de forma circular. La visión se valora con diferentes pruebas de evaluación: ● Reflejo del parpadeo como respuesta a la luz intensa. La ausencia de este reflejo, nos indicaría desde edad temprana una deficiencia visual severa. (Gesell, Fleming, Koupnik). ● Presencia del Reflejo rojo binocular: debe estar presente. Si está ausente, blanco, pálido, opacidad o asimétrico hay que realizar referencia inmediata. Normalidad estructural a la inspección externa de ambos ojos. ● Fijación y seguimiento ocular cuando se pasa por el frente un objeto luminoso y de forma circular desde los 3 a 6 meses de edad. ● Fijación y seguimiento en cada ojo (monocular) de 6 a 12 meses de edad y hasta que el niño tenga la edad suficiente para cooperar con la toma de agudeza visual verbalmente. ● De 3 a 5 años de edad: se toma la agudeza visual (monocular). Referir con 20/50 o peor en cualquiera de los dos ojos o existencia de 2 líneas de diferencia entre ambos ojos (GPC de errores refractivos MINSA).
ÓCULOMOTORES (III-IV-VI)	Valorar pupilas y observar presencia de anisocoria, miosis o midriasis. Los movimientos oculares se valoran con rotación de la cabeza y búsqueda de ojos de muñeca, teniendo en cuenta que la mirada lateral está presente desde el nacimiento y la mirada vertical y movimientos conjugados se presentan a partir del tercer mes.
TRIGÉMINO (V)	Se valora buscando la succión, aunque también intervienen otros pares. Se busca la sensibilidad de la cara con un estímulo táctil, observando la retirada del estímulo. Al examinar el reflejo corneano se observa la simetría en la respuesta.
FACIAL (VII)	Observe simetría de la cara, durante movimientos espontáneos y provocados (llanto).
FACIAL (VII)	Observe simetría de la cara, durante movimientos espontáneos y provocados (llanto).
AUDITIVO (VIII)	Explore haciendo un ruido que lleve a obtener una respuesta de parpadeo o un reflejo de Moro. La rama vestibular se explora tomando al niño por el tronco y en posición vertical, se le hace girar hacia un lado y luego hacia el otro y se observa la respuesta de desviación ocular al lado opuesto que gira.
GLOsofaríngeo y NEUMOGÁSTRICO (IX-X)	Se valora junto con otros pares: movimientos de succión, deglución, reflejo nauseoso e intensidad del llanto.
ESPINAL (XI)	Se valora observando movimientos de la cabeza, principalmente los movimientos laterales, con visualización y palpación del esternocleidomastoideo.
HIPOGLOSO (XII)	Observe movimientos de la lengua y simetría

EVALUACIÓN DE LOS REFLEJOS PRIMARIOS EN EL RECIÉN NACIDO

REFLEJOS	IMPORTANCIA	EDAD DE DESAPARICIÓN	PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN
TONICO ASIMÉTRICO DEL CUELLO (Posición del esgrimista)	La persistencia sugiere una alteración neurológica	Antes de los dos meses	Mantener en posición de cúbito supino, girar la cabeza del bebe hacia un lado colocando la mandíbula sobre su hombro. El brazo y la pierna del lado hacia el que sea girado presentan extensión mientras que los miembros del lado contralateral presentan flexión. Se repite la maniobra con giro de la cabeza hacia el otro lado
DE SUCCIÓN	Es importante para la adecuada alimentación del bebe.	Hasta la madurez	Se introduce el dedo meñique entre los labios de la niña y el niño, este inicia el chupeteo con fuerza, succionando un mínimo de 5 a 6 veces con energía de forma continua y sin fatiga.
DE BÚSQUEDA	Valoración de la simetría, fuerza y tono de los músculos de la cara	De 3 a 9 meses	Se toca o acaricia la comisura de los labios provocando el giro de la cabeza, buscando el estímulo (puede ser durante la lactancia la madre le ofrece el pezón).
MORO	Da a conocer que la niña o niño responde a los sonidos y tendrá que ver en el futuro con el equilibrio.	4 meses	Se puede provocar, al hacer un ruido con las manos golpeando la mesa de examen clínico, hacia los lados del bebe. El reaccionará con un sobresalto como si se "asustara". Veremos una reacción de todo su cuerpo, extendiendo brazos y piernas.
PRESIÓN PALMAR	Este reflejo representa la futura prensión de la mano en el niño.	4 meses	Colocar el dedo índice en la palma de la mano de la niña y el niño y hacer una ligera presión. La respuesta es la flexión de los dedos del niño, como si agarrara su dedo.
PRESIÓN PLANTAR	Este reflejo representa la futura marcha adecuada en él bebe.	9 meses	Presionar con el dedo la zona de la planta del pie (inmediatamente por debajo de los dedos del pie del bebe). La respuesta es la flexión de los dedos del pie del bebe.
PARADA ESTÁTICA O DE APOYO	Su ausencia sugiere hipotonía o flacidez. La extensión y abducción fijas de los miembros inferiores (movimientos en tijeras) sugiere espasticidad secundaria.	2 a 6 meses	Se sostiene al bebe sujetándole por el tronco y después se le descende hasta que los pies estén en contacto con una superficie plana. Las caderas, rodillas y tobillos presentan extensión del bebe intenta mantenerse de pie soportando parcialmente su peso corporal (20 a 30 seg.) y después deja de hacerlo con los pies.
DE MARCHA	Su ausencia sugiere hipotonía o flacidez	2 a 3 meses	Se sostiene al bebe sujetándole por el tronco y después se le descende hasta que los pies estén en contacto con una superficie plana. Y se le provoca ir hacia adelante observando movimientos coordinados como la marcha.
DE GALANT	Permite el cambio de los movimientos de todo el cuerpo a los movimientos de un lado del	A los 9 meses logra la homolateralidad	Se coloca al bebe de cúbito ventral sobre sus manos, se roza con el dedo los dos lados de la columna (desde las vértebras cervicales hasta la coxígea) Primero hacia un lado y luego al otro. La respuesta es la curvación de la columna hacia el lado estimulado.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

GRUPO ETARIO	EDAD	VACUNA
Recién Nacido	Recién Nacido	1 ^{ra} dosis de BCG
		1 dosis de HvB
Menor de 1 año	2 meses	1 ^{ra} dosis vacuna pentavalente
		1 ^{ra} dosis vacuna antipolio inyectable (IPV)
		1 ^{ra} dosis vacuna rotavirus
		1 ^{ra} dosis vacuna neumococo
	4 meses	2 ^{da} dosis vacuna pentavalente
		2 ^{da} dosis vacuna antipolio inyectable (IPV)
		2 ^{da} dosis vacuna rotavirus
		2 ^{da} dosis vacuna neumococo
Menor de 1 año	6 meses	3 ^{ra} dosis vacuna pentavalente
		1 ^{ra} dosis Vacuna antipolio oral (VPO)
		1 ^{ra} dosis Vacuna Influenza pediátrica
	7 meses	2 ^{da} dosis Vacuna Influenza pediátrica
De 1 año	12 meses	1 ^{ra} dosis Vacuna SPR
		3 ^{ra} dosis Vacuna neumococo
		1 dosis Vacuna contra varicela
		1 dosis Vacuna Influenza pediátrica
	15 meses	1 dosis Vacuna anti amarílica (AMA)
	18 meses	1 ^{er} refuerzo de Vacuna DPT
		1 ^{er} refuerzo Vacuna Antipolio Oral (APO)
		2 ^{da} dosis de Vacuna SPR
De 2 años	2 años 11 meses 29 días	1 dosis Vacuna Influenza pediátrica
		1 dosis Vacuna contra varicela
		1 dosis de Vacuna anti amarílica (AMA), solo si no la ha recibido anteriormente.
De 3 años	3 años 11 meses 29 días	1 dosis Vacuna Influenza Adulto
		1 dosis de Vacuna anti amarílica (AMA), solo si no la ha recibido anteriormente.
De 4 años	4 años 11 meses 29 días	1 dosis Vacuna Influenza Adulto
		2 ^{do} Refuerzo Vacuna DPT
		2 ^{do} Refuerzo Vacuna Antipolio Oral (APO)
		1 dosis de Vacuna anti amarílica (AMA), solo si no la ha recibido anteriormente.

CALENDARIO PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTO DE HIERRO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES

EDAD	DOSIS	PRODUCTO	DURACIÓN
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER			
Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/Kg/día	Sulfato ferroso gotas	Consumo diario hasta los 6 meses cumplidos
		Complejo polimaltosado gotas	
Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad	10 a 12.5 mg de hierro elemental	Sulfato ferroso gotas	Consumo diario durante 6 meses
		Complejo polimaltosado gotas	
	1 toma	Multivitamínico líquido	
	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta completar 180 sobres
Desde los 24 meses hasta los 35 meses de edad	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta completar 180 sobres
	30 mg de hierro elemental	Sulfato ferroso jarabe	Consumo diario durante 6 meses
		Complejo polimaltosado jarabe	
NIÑOS A TÉRMINO			
Desde los 4 meses hasta los 6 meses	2 mg/Kg/día	Sulfato ferroso gotas	Consumo diario hasta los 6 meses cumplidos
		Complejo polimaltosado gotas	
Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad	10 a 12.5 mg de hierro elemental	Sulfato ferroso gotas	Consumo diario durante 6 meses
		Complejo polimaltosado gotas	
	1 toma	Multivitamínico líquido	
	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta completar 180 sobres
Desde los 24 meses hasta los 35 meses de edad	1 sobre	Polvo de micronutrientes	Consumo diario hasta completar 180 sobres
	30 mg de hierro elemental	Sulfato ferroso jarabe	Consumo diario durante 6 meses

CALENDARIO DE VISITAS DOMICILIARIAS PARA EL SEGUIMIENTO EN LA ENTREGA DE SUPLEMENTO DE HIERRO

CONDICIÓN	VISITA DOMICILIARIA
Recién Nacido	Dentro de los primeros 7 días de nacido
Niño de 4 a 5 meses	Una visita mensual dentro del cuarto mes
	Una visita mensual dentro del quinto mes
Niño de 6 a 11 meses	Una visita al completar 30 días de iniciada la suplementación
	Una visita al completar 90 días de iniciada la suplementación
	Una visita al completar 180 días de iniciada la suplementación

**PERIODICIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CONTROLES DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5
AÑOS**

EDAD	CONCENTRACIÓN	PERIODICIDAD
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7,14 y 21 días de vida.
De 01- 11 meses	11	1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses
De 1 año - 1 año, 11 meses	6	1 año, 1 año 2 meses, 1 año 4 meses, 1 año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses.
De 2 años – 2 años 11 meses	4	2 años, 2 años 3 meses, 2 años 6 meses, 2 años 9 meses,
De 3 años – 3 años 11 meses	4	3 años, 3 años 3 meses 3 años 6 meses, 3 años 9 meses
De 4 años –4 años 11 meses	4	4 años, 4 años 3 meses 4 años 6 meses, 4 años 9 meses

2. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE

La atención integral de salud materna comprende las atenciones pre-gestacionales (pre-concepcional), prenatal reenfocada, del parto institucional y puerperio. Se rige según lo estipulado en la NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01 aprobado por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA.

- **ATENCIÓN PREGESTACIONAL.** Es realizada por el equipo multidisciplinario y se interviene a la mujer con vida sexual activa preferiblemente desde un año previo a la intención del embarazo, incluye dos (2) consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en el caso de encontrarse alguna patología. Esto incluye:
 - ~ *Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales.*
 - ~ *Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.*
 - ~ *Tamizaje de violencia familiar.*
 - ~ *Despistaje de cáncer de cuello uterino y examen de mamas.*
 - ~ *Evaluación y tratamiento odontológico.*
 - ~ *Suplemento con micronutrientes (Ácido fólico 1 mg/día, 3 meses antes de la concepción).*
 - ~ *Orientación y consejería en estilos de vida saludable y planificación familiar.*
 - ~ *Evaluación y cumplimiento de calendario de inmunizaciones.*
- **ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA.** Consiste en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr un recién nacido sano, si deterioro de la salud de la madre, en el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad. Se realizan las siguientes actividades:
 - ~ **Consultas de Atención Prenatal.** Debe ser realizada por médico Gineco-obstetra, médico cirujano u obstetra según nivel de

complejidad del Establecimiento de Salud. Toda complicación detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico Gineco-obstetra.

En la atención prenatal se debe proveer lo siguiente:

- Anamnesis y examen clínico de la gestante o puérpera.
 - Detección y manejo temprano de complicaciones. Uso de pruebas de laboratorio y referencia en caso ser necesario.
 - Elaboración del Plan de Parto según normatividad vigente
 - Educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, embarazo y puerperio.
 - Evaluación nutricional, orientación y consejería en buenas prácticas de alimentación.
 - Suplementación con micronutrientes de acuerdo a edad gestacional con ácido fólico, hierro y calcio.
 - Promoción y preparación para la lactancia materna.
- **1ra. Consulta de Atención Prenatal.** Debe tener una duración no menor a 30 minutos e incluye los siguientes procedimientos:
- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal.
 - Valoración obstétrica según edad gestacional: Altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.
 - Valoración ginecológica: Examen de mamas, tamizaje de cáncer de cuello uterino y valoración pélvica.
 - Exámenes auxiliares basales: Se solicitará ecografía obstétrica antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación de pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas. Se realizarán pruebas rápidas para sífilis y VIH, detección de grupo sanguíneo y factor Rh, dosaje de glucosa y dosaje de hemoglobina. Así mismo, se practicará una prueba de orina (Tira reactiva de orina) o Examen completo de orina (sedimento y bioquímico). De ser necesario se solicitará otros exámenes auxiliares.

- Evaluación nutricional, orientación y consejería en buenas prácticas de alimentación.
 - Suplementación con micronutrientes de acuerdo a edad gestacional con ácido fólico, hierro y calcio.
 - Vacunación antitetánica y contra influenza estacional: La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de Vacuna DT al término de la primera consulta y la vacuna contra influenza a partir de las 20 semanas de gestación
 - Referencia en caso de complicación obstétrica.
- **Atenciones Prenatales posteriores.** Debe tener una duración no menor a 15 minutos e incluye los siguientes procedimientos:
- Interrogar por signos y síntomas de alarma.
 - Verificar el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.
 - Control de funciones vitales, incremento de peso de la gestante.
 - Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
 - Evaluación de la edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas)
 - Evaluación nutricional.
 - Interpretación de exámenes auxiliares
 - Suplementación con micronutrientes de acuerdo a edad gestacional con ácido fólico, hierro y calcio.
 - A partir de las 28 semanas: Determinar situación, posición, presentación fetal y número de fetos. Solicitar el segundo kit de pruebas de laboratorio. Realizar la prueba de Gantt o roll-over test.
 - A partir de las 35 semanas: Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica, determinación de encajamiento fetal y presentación fetal.
 - Referencia en caso de complicación obstétrica.

- ~ **Suplemento de Micronutrientes.** La administración de micronutrientes en la gestante es una actividad de mucha importancia, el suplemento con ácido fólico reduce la incidencia de malformaciones neurológicas en el producto, el hierro evita la anemia en la mujer gestante y proporciona una transferencia adecuada al feto de manera tal que sus reservas en el niño al nacer son suficientes para evitar la anemia en los primeros seis meses de vida y finalmente el calcio proporciona protección frente a la preeclampsia, pues se ha observado que en gestante con ingesta disminuida de calcio presentan un mayor riesgo para desarrollar la preeclampsia.

La administración profiláctica de ácido fólico se inicia de ser posible 3 meses antes de la concepción y se extiende hasta las 13 semanas de gestación, posteriormente debe ser suministrado conjuntamente con sulfato ferroso.

La administración de suplementos de hierro que se brindan a la gestante debe iniciarse a partir de las 14 semanas de gestación y extenderse durante todo el puerperio. Pueden utilizarse diversos productos que provean las cantidades suficientes de hierro elemental.

La administración de calcio a la gestante se inicia desde las 20 semanas y debe continuarse hasta la finalización del embarazo.

- ~ **Exámenes de Laboratorio.** Los exámenes de laboratorio son practicados preferentemente en el propio consultorio de ser posible durante el control prenatal.

Aquellos exámenes que deben realizarse de manera rutinaria para la detección de riesgos comunes en todas las gestantes incluyen los siguientes:

- *Tamizaje de hemoglobina.* Debe realizarse tres tamizajes como mínimo, en el primer control prenatal, entre las 25 y 27 semanas y después de las 33 semanas. Si la gestante presenta anemia la determinación de Hemoglobina es mensual hasta la normalización.

- *Grupo Sanguíneo y factor Rh.* Debe realizarse en el primer control prenatal y antes del parto.
 - *Prueba Rápida para Sífilis y VIH.* Debe realizarse en el primer control prenatal y repetirse a partir de las 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor de tres (3) meses de la primera prueba.
 - *Determinación de glucosa en sangre.* Debe realizarse una primera determinación en el primer control prenatal y la segunda determinación entre las 25 a 33 semanas de gestación.
 - *Examen completo de orina (Tira reactiva o físico-químico + sedimento).* Se realizará en el primer control prenatal y a partir de la semana 33 se hará urocultivo.
 - *Detección de proteinuria.* Se realizará en cada control prenatal y de asociarse con otros signos predictores (roll over test) se solicitará pruebas cuantitativas y referencia a médico Gineco-obstetra.
- ~ ***Ecografía obstétrica.*** La primera ecografía obstétrica debe ser solicitada antes de las 14 semanas de gestación y tiene por finalidad confirmar la edad gestacional, en mujeres gestantes mayores de 35 años se debe solicitar la evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas. La segunda ecografía obstétrica debe ser solicitada después de las 27 semanas de gestación con la finalidad de evaluar el crecimiento fetal intrauterino. De ser necesario puede solicitarse exámenes ecográficos adicionales según criterio de evaluación médico.
- ~ ***Psico-profilaxis obstétrica.*** Es un conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio para lograr un recién nacido con potencial desarrollo físico, mental y sensorial. El número óptimo de sesiones a brindar a la gestante es de seis (6) sesiones por gestante.

- ~ **Atención odontológica.** Es un conjunto de intervenciones y actividades de salud bucal brindada a la gestante que incluye la instrucción para la higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental, la cual es realizada por el odontólogo del Establecimiento de Salud.
- ~ **Valoración del Estado Nutricional.** Es una actividad destinada a la evaluación de la gestante en relación a su peso, talla, edad gestacional, utilizando para ello las tablas CLAP. Junto a ello se debe realizar una detección precoz de anemia y brindar su tratamiento oportuno.
- ~ **Visita Domiciliaria.** Es la actividad extramural realizada por el personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de capacitación, acompañamiento y seguimiento (Plan de Parto), dirigida a la gestante. La visita domiciliaria se realiza a la gestante que no acude oportunamente a su control prenatal y en la que se han identificado riesgos potenciales.

El paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante incluye:

- Educación en autocuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificación de la preparación de los pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Información a la gestante y la familia sobre la importancia de la atención prenatal y el cumplimiento de las indicaciones dadas (exámenes de laboratorio).
- Verificación del cumplimiento y adherencia a la administración de micronutrientes y/o medicación prescrita.
- Verificación del cumplimiento del calendario de vacunación.
- Verificación e interpretación de los resultados de laboratorio. De ser posible realizar dichos tamizajes en el domicilio durante la visita domiciliaria.
- Identificación de la presencia de Violencia familiar y basada en género.
- Identificación de factores de riesgo en salud mental.

- Segunda y tercera entrevista de Plan de parto.

- **ATENCIÓN DEL PARTO INSTITUCIONAL.** Se realiza en Establecimiento de Salud de Primer Nivel de Atención I-4 hacia donde las gestantes son referidas con la anticipación suficiente y según lo acordado en el Plan de parto establecido durante la atención prenatal. La atención es realizada por médico Gineco-obstetra u obstetra con el acompañamiento de profesional médico pediatra o médico general y personal de enfermería debidamente entrenado y capacitado.

Se debe considerar el internamiento antes de los 4 cm de dilatación considerando las siguientes variables:

- ~ *Distancia del domicilio al Establecimiento de Salud.*
- ~ *Accesibilidad geográfica y horaria.*
- ~ *Grado de stress de la gestante (adolescente, pródromo prolongado, feto valioso, gestante no controlada.*
- ~ *Antecedentes Gineco-obstétricos.*
- ~ *Otros factores de riesgo*

Durante el alumbramiento sin complicaciones se debe tener en cuenta la práctica de corte de cordón umbilical tardío como medida preventiva para la prevención de la anemia del recién nacido. En caso de complicaciones se deberá proceder de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas vigente.

Realizar la referencia oportuna de la gestante, puérpera y/o recién nacido si las condiciones del Establecimiento de Salud no permiten garantizar la atención adecuada y segura.

- **ATENCIÓN DEL PUERPERIO.** Comprende varias etapas.
 - ~ **Puerperio inmediato.** Comprende las primeras dos horas post-parto, se debe vigilar y controlar estrictamente la contracción uterina, signos vitales, presencia de sangrado vaginal cada 15 minutos. Se debe buscar activamente por signos de alarma y/o complicaciones. En caso de complicaciones actuar de acuerdo a las Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas vigente y proceder con la referencia segura hacia un Establecimiento de

Salud de mayor capacidad resolutive. La atención estará a cargo de profesional médico gineco-obstetra, *médico general u obstetra*.

- ~ ***Puerperio intermedio***. Comprende desde las dos horas hasta las 24 horas post parto, lo brinda personal con competencias (médico, obstetra). Se debe promover el alojamiento conjunto y se debe realizar la consejería y orientación en lactancia materna. Cada 30 minutos durante la tercera hora, cada hora en la cuarta, quinta y sexta hora y luego cada 6 horas, debe controlarse los signos y funciones vitales, contracción uterina, sangrado vaginal y condición de la episiorrafía. En caso de complicaciones actuar de acuerdo a guías de práctica clínica vigentes.
- ~ ***Puerperio mediato***. Comprende desde las 24 horas hasta los 7 días post parto. Se realiza en los Establecimientos de Salud del Primer nivel de atención por personal con competencias (médico, obstetra). Se debe vigilar la involución uterina y características de los loquios. Detectar precozmente complicaciones: hemorragia e infección puerperal. Orientación y consejería (segunda consejería) en lactancia materna y se debe orientar y proveer métodos de planificación familiar. Se realiza determinación de hemoglobina y se provee suplementación con sales de hierro.
- ~ ***Puerperio tardío***. Comprende desde el 8vo día hasta los 42 días post parto. Se realiza en los Establecimientos de Salud del Primer nivel de atención por personal con competencias (médico, obstetra). Tiene por finalidad reforzar las buenas prácticas de higiene, alimentación, lactancia materna y seguimiento del método de planificación elegido.
- ~ ***Visita Domiciliaria***. Es la actividad extramural realizada por el personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de capacitación, acompañamiento y seguimiento dirigida a la puérpera. El paquete de actividades en la visita domiciliaria a la puérpera incluye:
 - Brindar educación en higiene y alimentación para la madre y el recién nacido.

- Brindar educación para el cuidado del recién nacido.
- Promover, educar y vigilar en prácticas saludables para una adecuada lactancia materna.
- Realizar el tamizaje de salud mental para la identificación de cuadros de depresión, psicosis puerperal y otros.
- Identificación de casos de violencia familiar y violencia basada en género.
- Información, educación y orientación en Planificación Familiar.
- Información y educación en la identificación de los signos de alarma en la madre.
- Información y educación en la identificación de los signos de alarma en el recién nacido.
- Verificación del cumplimiento y adherencia a la administración de micronutrientes y/o medicación prescrita.

Todas las actividades que se desarrollan en el cuidado integral de la gestante y puérpera deberán ser correctamente registradas en los aplicativos informáticos y en las herramientas que se encuentran disponibles para tal fin.

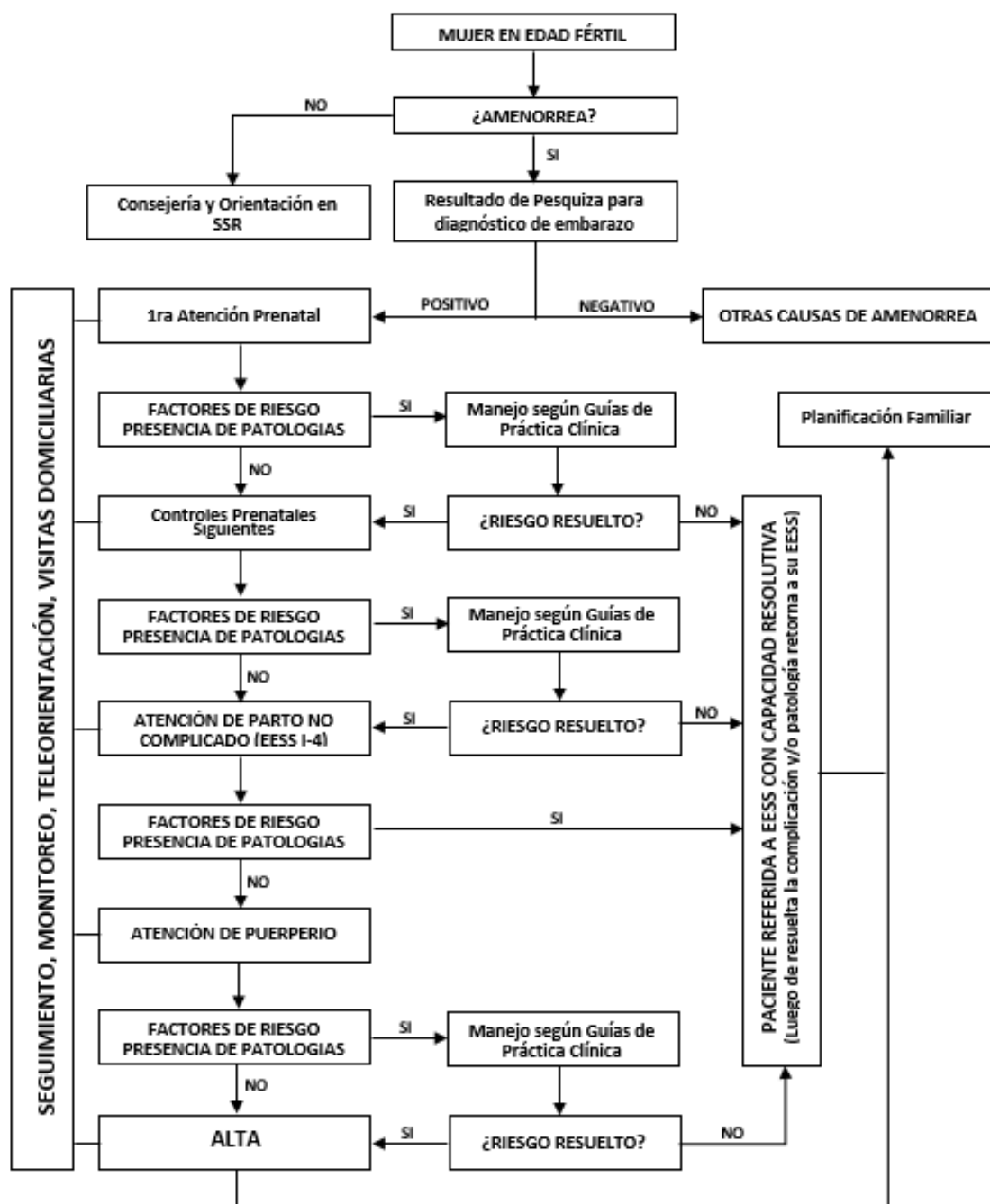
La Historia clínica materno perinatal (CLAP) es de uso obligatorio tanto para la copia que se custodia en el Establecimiento de Salud como en aquella que se le entrega a la gestante.

El servicio de obstetricia debe acordar con la gestante o la puérpera la fecha del siguiente control, en esta última debe además hacerse coincidir las fechas con la evaluación del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido en el servicio de enfermería, dichas fechas deben ser coordinadas con el servicio de admisión para su registro correspondiente.

Los servicios de urgencias de todos los Establecimientos de Salud deben estar debidamente preparados y equipados para la apertura de las claves obstétricas de emergencia cuando estas sean requeridas, son atendidas por profesional médico (médico gineco-obstetra o médico general) con la asistencia de obstetra y la participación del resto del personal según

competencias. Se debe realizar la referencia oportuna lo más rápido posible a un Establecimiento de mayor capacidad resolutive de acuerdo a la severidad de la complicación detectada.

FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER GESTANTE Y PUÉRPERA



**CALENDARIO DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA
MUJER GESTANTE Y PUÉRPERA**

ESQUEMA BASICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

ACTIVIDAD	1ra Atenci	2da Atenci	3ra Atenci	4ta Atenci	5ta Atenci	6ta Atenci
<i>Confirmación del embarazo</i>	X					
<i>Evaluación nutricional</i>	X					
<i>Detección de signos de alarma</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Antropometría</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Funciones vitales</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Examen gineco-obstétrico</i>	X					
<i>Evaluación clínica de la pelvis</i>	X				X	
<i>Estimación edad gestacional</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Medición de altura uterina</i>		X	X	X	X	X
<i>Auscultación de latidos fetales</i>		X	X	X	X	X
<i>Diagnóstico de presentación y situación fetal</i>				X	X	X
<i>Grupo sanguíneo y factor Rh</i>	X					X
<i>Determinación de Hb</i>	X			X	X	
<i>Examen de orina/Urocultivo</i>	X				X	
<i>Dosaje de Glucosa</i>	X			X		
<i>Tamizaje de VIH-Sífilis</i>	X				X	
<i>Determinación de proteinuria</i>	X	X	X	X	X	X
<i>Vacunación DT</i>		X	X			
<i>Tamizaje de Ca cuello uterino</i>	X					
<i>Evaluación odontológica</i>		X	X			
<i>Ecografía Obstétrica</i>	X		X			
<i>Bienestar fetal Test no estresante</i>					X	X

Administración de Ac. Fólico	X					
Administración de AF + Hierro		X	X	X	X	X
Administración de Calcio			X	X	X	X
Orientación SSyR y PF	X	X	X	X	X	X
Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal		X	X	X	X	X

- Los controles en la gestante son mensuales hasta la semana 32, quincenales entre las 32 y 36 semanas y semanales a partir de las 36 semanas.
- La puérpera recibe suplemento con hierro o con ácido fólico + sales de hierro durante 30 días en el puerperio.
- La puérpera debe tener un control de hemoglobina antes del alta.
- La puérpera debe recibir por lo menos dos consejerías en promoción de lactancia materna antes del alta.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN GESTANTES Y PUERPERAS

EDAD	CON ANEMIA	SIN ANEMIA
MUJER GESTANTE DE 15 AÑOS O MÁS		
Severa	≤ 7.0 g/dl	≥ 11.0 g/dl
Moderada	7.0 a 9.9 g/dl	
Leve	10.0 a 10.9 g/dl	
PUERPERAS		
Severa	≤ 8.0 g/dl	≥ 12.0 g/dl
Moderada	8 a 10.9 g/dl	
Leve	11.0 a 11.9 g/dl	

ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN EN GESTANTES Y PUERPERAS

SUPLEMENTO	DOSIS	PRESENTACIÓN	DURACIÓN
GESTANTE HASTA LAS 13 SEMANAS DE GESTACIÓN			
Ácido Fólico	400 ug Ácido fólico	Tabletas	Consumo 1 tableta diaria

GESTANTE A PARTIR DE LA 14 SEMANA DE GESTACIÓN				
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	60 mg	Hierro elemental	Tabletas	Consumo 1 tableta diaria hasta el parto
	400 ug	Ácido fólico		
Complejo Polimaltosado junto con Ácido Fólico	100 mg	Hierro elemental	Tabletas	Consumo 1 tableta diaria hasta el parto
	400 ug	Ácido fólico	Tabletas	
GESTANTE QUE INICIA CPN DESPUÉS DE LA 32 SEMANA DE GESTACIÓN				
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	60 mg	Hierro elemental	Tabletas	Consumo 2 tabletas diarias hasta el parto
	400 ug	Ácido fólico		
PUERPERA				
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	60 mg	Hierro elemental	Tabletas	Consumo 1 tabletas diaria hasta 30 días post parto
	400 ug	Ácido fólico		
GESTANTE A PARTIR DE LA 14 SEMANA DE GESTACIÓN				
Carbonato de Calcio	500 mg de Calcio		Tabletas	Consumo 1 tableta diaria hasta el parto

La dosis para el manejo de la anemia en gestantes y puérperas consiste en la administración de 120 mg de hierro elemental + 800 ug de ácido fólico diarios hasta tres (3) meses después de la normalización de los valores de hemoglobina.

6. BIBLIOGRAFIA.

- Abós Olivares, E., Cortes Villuendas, M. T., Franco García, E., García López, S., Giraldo Castellano, P., Giralt Raichs, M., & Otros. (Febrero de 2004). *Guía clínica de actuación diagnóstica y terapéutica en la anemia ferropénica*. Recuperado el 16 de Julio de 2017, de http://www.fehha.org/pub/publicaciones/docs/guia_AF.pdf
- MINSA - Dirección General de Salud de las Personas. (2007). *Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia*

con enfoque de derechos. Manual de lectura. (4ta Edición ed.). Lima: SINCO Editores. Recuperado el 23 de Diciembre de 2020, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>

MINSA. (24 de Diciembre de 2013). *Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA - Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.* Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf

MINSA. (12 de Abril de 2017). *Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA: NTS para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.* Recuperado el 28 de Diciembre de 2020, de Instituto Nacional de Salud: https://anemia.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-08/RM_250-2017-MINSA.PDF

MINSA. (12 de Abril de 2017). *Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA: NTS para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.* Recuperado el 28 de Diciembre de 2020, de Instituto Nacional de Salud: https://anemia.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-08/RM_250-2017-MINSA.PDF

MINSA. (10 de Julio de 2017). *Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA - Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años.* Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>

DOCUMENTO TECNICO
“GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA Y DE LA ANEMIA EN
NIÑOS Y GESTANTES”

1. FINALIDAD.

El presente documento técnico tiene como finalidad contribuir con la protección de la población infantil menor de 36 meses de edad y a la gestante de los riesgos que conlleva la anemia mediante el desarrollo de Guías de Práctica Clínica Rápidas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las principales enfermedades prevalentes de la infancia y de la anemia en niños y gestantes, mejorando así su calidad de vida.

2. OBJETIVO.

Establecer y estandarizar los criterios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades prevalentes de la infancia y de la anemia en niños y gestantes, contribuyendo al control y reducción de los índices de anemia en la población de niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

3. AMBITO DE APLICACIÓN.

Las Guías de Práctica Clínica Rápidas que se parte del presente documento técnico son de aplicación en los Establecimientos de Salud que conforman la Microred de Salud Zamácola, están dirigidas a todos los profesionales de la salud que laboran en dichos establecimientos.

4. PROCESOS A ESTANDARIZAR.

Los procesos a estandarizar corresponden a las siguientes patologías:

- Enfermedad Diarreica Aguda
- Enfermedad Diarreica Disentérica
- Enfermedad Diarreica Persistente
- Parasitosis Intestinal
- Rinofaringitis Aguda
- Faringoamigdalitis Aguda
- Otitis Media Aguda
- Neumonía

- Bronquiolitis
- Asma Bronquial/SOBA
- Anemia en niños
- Anemia en gestantes

5. GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICAS.

1. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA – EDA

- **Definición.** La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida y una duración menor a 14 días. Generalmente se considera la existencia de diarrea cuando hay más de dos deposiciones de menor consistencia, o una deposición de menor consistencia con presencia de moco y/o sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas, suelen acompañarse de vómitos y/o fiebre.
- **Epidemiología.** La diarrea aguda persiste en nuestro país como un problema de salud pública, después de las infecciones respiratorias son el principal motivo de consulta en los Establecimientos de Salud. Es una causa importante de morbilidad, relacionada fundamentalmente con el grado de deshidratación, la cual a su vez depende de la edad, siendo los niños y niñas menores de 5 años los más susceptibles, pero en especial los lactantes.

En nuestro país la prevalencia de diarrea en niños menores de 36 meses según la ENDES es de 15.0% en el año 2019 y de 16.9% en la región Arequipa. El mayor porcentaje de eventos fue debido a diarrea acuosa y una baja proporción a diarrea disintérica.

- **Etiología.** La diarrea aguda infantil es fundamentalmente de origen viral, siendo los rotavirus, astrovirus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos los principales agentes etiológicos. En una pequeña proporción están involucradas como agentes etiológicos las bacterias, en especial en determinadas épocas del año, mientras que los parásitos son una causa infrecuente de diarrea en niños sanos.

CAUSAS DE DIARREA AGUDA	CAUSAS INFECCIOSA DE DIARREA AGUDA	
• Infecciones - Entéricas - Extraintestinales • Alergia alimentaria - Proteínas de la leche de vaca - Proteínas de la soja • Trastornos absorción/digestión - Déficit de lactasa • Déficit de sacarasa/isomaltasa • Cuadros Quirúrgicos - Apendicitis aguda • Ingesta de fármacos - Laxantes - Antibióticos • Intoxicación por metales pesados - Zinc, Cobre, etc.	• Virales - <i>Rotavirus del Grupo A</i> - <i>Adenovirus entérico</i> - <i>Astrovirus</i> - <i>Calicivirus humanos</i> - Norovirus - Sapovirus • Parasitarias - <i>Giardia lamblia</i> - <i>Blastocystis hominis</i> - <i>Cryptosporidium</i>	• Bacterianas - <i>Salmonella</i> <i>Salmonella typhi</i> <i>Salmonella paratyphi</i> <i>Salmonella no tífica</i> - <i>Shiguella</i> <i>Shiguella flexneri</i> <i>Shiguella dysenteriae</i> - <i>Campylobacter</i> <i>Campylobacter jejuni</i> - <i>Yersinia</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> - <i>Escherichia coli</i> <i>E. coli enteropatógena</i> <i>E. coli enteroinvasiva</i> <i>E. coli enterotoxigénica</i> <i>E. coli enterohemorrágica</i> - <i>Aeromonas</i>

- **Fisiopatología.** En condiciones normales la mayor proporción de agua que llega al intestino es absorbida y una pequeña cantidad se pierde a través de las heces. Cuando el equilibrio entre la capacidad de absorción el agua (y por consiguiente de los electrolitos en ella disueltos) o el proceso de secreción se altera, se produce la diarrea, estas alteraciones son debidas a diversas afectaciones intestinales y obedecen principalmente a tres mecanismos:
 - ~ *Mecanismo osmótico.* Originado fundamentalmente por los virus que lesionan las microvellosidades intestinales provocando malabsorción de solutos osmóticos en la luz intestinal y pérdida de agua.

- ~ *Mecanismo enterotóxico.* Mediada a través de la liberación de enterotoxinas que producen una alteración de la función del enterocito, alterando la función de las proteínas transportadoras, trasformando el proceso de absorción en un proceso de secreción de agua y electrolitos.
- ~ *Mecanismo enteroinvasivo.* Donde existe una destrucción del borde en cepillo de las células epiteliales del intestino, para penetrar en el interior de las células, produciendo un desequilibrio entre la secreción (exudado de moco, proteínas y sangre) y la absorción de líquidos con una excesiva secreción de agua y electrolitos.

FISIOPATOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DIARREA		
PARÁMETROS	NO INFLAMATORIAS (SECRETORAS/ENTEROTOXINAS)	INFLAMATORIAS (INVASORAS)
Pérdidas de Na⁺	30 a 40 mEq/L	60 a 120 mEq/L
Gérmenes	SECRETORAS - E. coli enteropatogénica - Rotavirus - Adenovirus - Giardia lamblia - Cryptosporidium ENTEROTOXINAS - E. coli enterotoxigénica - Clostridium perfringens - Clostridium difficile - Vibrio cholerae - Bacillus cereus - Streptococcus aureus - Aeromonas	- E. coli enteroinvasor a - Salmonella - Shiguella - Yersinia - Campylobacter - Clostridium difficile - Entamoeba histolytica
Clínica <i>Heces</i> <i>Leucocitos en heces</i> <i>Fiebre</i> <i>Vómitos</i> <i>Dolor Abdominal</i> <i>Alteración Estado General</i>	Acuosa +/- + ++ + (nivel umbilical) +	Sangre, moco, pus ++ ++ + ++ (pujo y tenesmo) ++
Localización	Intestino delgado	Intestino Grueso

- **Diagnóstico.** La diarrea aguda usualmente es un cuadro autolimitado en su evolución, en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención, corresponde para el diagnóstico una adecuada anamnesis y un cuidadoso examen físico. La anamnesis debe considerar las características de las deposiciones, en cuanto a su frecuencia, volumen, consistencia, olor, color, presencia de moco y sangre, así como de síntomas asociados. Se debe indagar por la alimentación recibida, viajes recientes, contactos con cuadros similares (en el ámbito familiar y en colegios y guarderías), así como también de otras causas probables no infecciosas.

La exploración física debe estar centrada en la evaluación del grado de deshidratación del niño que permita la administración del tratamiento correspondiente.

No se requiere la realización de exámenes de laboratorio, debido a que la mayoría de casos son de origen viral. Estos podrán realizarse en aquellos que resulte necesario, de acuerdo a la valoración epidemiológica y clínica del niño.

- **Estimación del grado de deshidratación.** La morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 36 meses de edad y en especial los menores de 2 meses está en relación directa al grado de deshidratación que genere la enfermedad diarreica aguda, por lo que es necesario realizar una valoración adecuada del grado de deshidratación que presenta el niño y la actuación posterior con el tratamiento más adecuado, lo cual incluye la administración de líquidos de rehidratación oral y de ser necesario terapias de hidratación parenteral en los volúmenes adecuados para evitar las complicaciones de la deshidratación provocada por la diarrea.

VALORACIÓN DEL GRADO DE DESHIDRATACIÓN DEL NIÑO

PARÁMETRO	DESHIDRATACIÓN LEVE	DESHIDRATACIÓN MODERADA	DESHIDRATACIÓN SEVERA
<i>Estado de conciencia</i>	Alerta	Intranquilo/Irritable	Letárgico/Inconsciente

<i>Pérdida de peso</i>	< 5 %	5-10 %	> 10 %
<i>Mucosas</i>	Húmedas	Secas	Muy secas
<i>Signo del pliegue</i>	Desaparece inmediato	Desaparece lentamente	Tarda en desaparecer
<i>Lágrimas</i>	Presentes	Escasas	Ausentes
<i>Sed</i>	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe ávido	Incapaz de beber/lactar
<i>Globo ocular</i>	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
<i>Depresión fontanela</i>	No se aprecia	Levemente	Deprimida
<i>Respiración</i>	Normal	Profunda	Profunda y rápida
<i>Perfusión</i>	Normal	Fría	Acrocianosis
<i>Volumen de Orina</i>	Escaso	Oliguria	Oliguria/Anuria
PLAN DE MANEJO	PLAN A	PLAN B	PLAN C

- **Tratamiento.** El tratamiento de la diarrea aguda se orienta en cumplir con los siguientes objetivos: a) Prevenir y tratar la deshidratación, b) Evitar el daño nutricional del niño y c) Reducir la duración y severidad de la diarrea.
 - ~ *Plan A.* Consiste en el suministro de sales de rehidratación oral (o suero casero) en una cantidad mayor a la acostumbrada, con la finalidad de reponer las pérdidas por la diarrea y/o vómitos. Además, se le debe suministrar estos líquidos después de cada deposición y/o vómito en volúmenes similares a las pérdidas observadas. La terapia de rehidratación oral debe de iniciarse en el Establecimiento de Salud, si tolera la solución de SRO por dos horas y no se deshidrata se le deriva a su domicilio, de lo contrario pasa al Plan B.
 - ~ *Plan B.* Los niños reciben terapia de rehidratación con SRO en el Establecimiento de Salud durante 4 horas y debe ser proporcionado por personal entrenado. Las SRO se administra a razón de 50 -100 ml/Kg de peso en 3 a 4 horas. El niño es reevaluado cada dos horas, luego de las 4 horas, si no hay signos

de deshidratación y tiene adecuada tolerancia oral se pasa al Plan A. Si continúa con signos de deshidratación se continua con el Plan B por 2 horas más. Si aparecen signos de deshidratación grave o hay fracaso en el tratamiento, pasar al Plan C.

- ~ *Plan C.* El manejo es institucional, participa pediatra o médico general con el apoyo de enfermera debidamente capacitados. En los Establecimientos de Salud I-2 y I-3 se debe proceder a la canalización de una vía adecuada y al suministro de bolos iniciales de cloruro de sodio al 0.9% o solución lactato de Ringer (20 ml/Kg en 10 a 15 minutos) y proceder a su traslado a un Establecimiento de Salud I-4 u Hospital, donde se continuará con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud.

PLAN A: Volumen para la administración de SRO		
EDAD	VOLUMEN DE SRO PARA DAR DESPUES DE EVACUACIÓN	N° SOBRES DE SRO A ENTREGAR PARA LA CASA
Menores de 2 años 2 a 10 años	50 - 100 ml ($\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ taza grande) 100 - 200 ml ($\frac{1}{2}$ a 1 taza grande)	1 – 2 sobres por día 2 – 4 sobres por día

PLAN B: Volumen para la administración de SRO en las 4 horas					

EDAD	< 4 meses	4-11 meses	12-23 meses	2-4 años	5-12 años
PESO	< 5 Kg	5 - 7.9 Kg	8 – 10.9 Kg	11 – 15.9 Kg	16 – 30 Kg
MILILITROS	200 – 400	400 - 600	600 – 800	800 – 1200	1200 - 2200
TAZAS	1 - 2	2 – 3	3 – 4	4 – 6	6 - 11

Todo niño o niña con cuadro de diarrea aguda deberá recibir tratamiento con sales de zinc, no se debe utilizar antibióticos en la enfermedad diarreica aguda, excepto en el cólera o condiciones propias del niño que lo ameriten.

Dosis para la suplementación con Zinc en EDA

CONDICIÓN	EDA	PRODUCTO	DOSIS	DURACIÓN	OBSERVACIONES
Todo tipo de diarrea	Niños y niñas entre 6 a 59 meses	Jarabe de Sulfato de Zinc	20 mg/día a base de Zinc elemental	10 días	2 cucharaditas de 5 ml de jarabe = 20 mg de zinc
		Tabletas dispersables de Sulfato de Zinc	20 mg/día a base de Zinc elemental	10 días	Tableta dispersable, debe disolverse en 5 a 20 ml de agua, leche materna o SRO

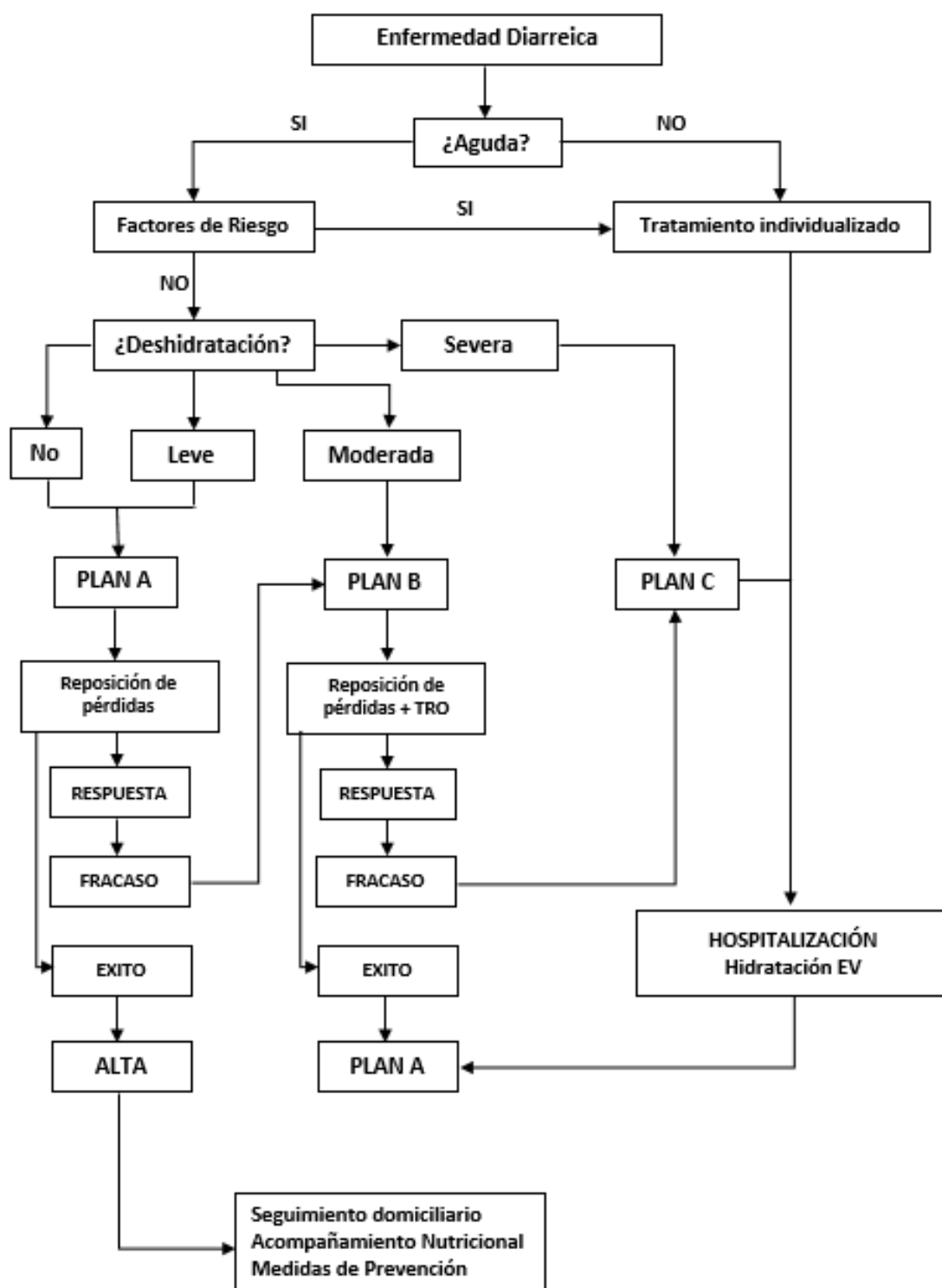
El médico y todo el personal de salud son responsables de realizar el monitoreo al tratamiento de la EDA en el niño o niña, para ello se requiere realizar como mínimo 1 visita domiciliaria presencial dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento y continuar con telemonitoreo hasta que el niño acude a nuevo control en el Establecimiento de Salud.

- **Criterios de Referencia.** Un niño o niña con enfermedad diarreica aguda atendido en un Establecimiento del primer nivel de atención, debe ser referido a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad y capacidad resolutive, en los siguientes casos:
 - ~ Diarrea de alto flujo. Tasa fecal mayor de 10 ml/Kg/hora o deposiciones abundantes y muy frecuentes.
 - ~ Vómitos persistentes. Más de tres vómitos por hora durante la rehidratación oral y no manejables que impidan la terapia de rehidratación oral.
 - ~ Deshidratación grave. Paciente con disminución del nivel de conciencia, piel pálida o moteada, extremidades frías, taquicardia, taquipnea, pulsos periféricos débiles, tiempo de llenado capilar prolongado y/o hipotensión.
 - ~ Rechazo o incapacidad de recibir solución de Sales de Rehidratación Oral (SRO) debido a letargia, crisis convulsivas,

compromiso de conciencia que pudieran estar indicando la presencia de un estado de shock.

- ~ Distensión abdominal importante e íleo, o síntomas que sugieran una enfermedad grave como un proceso abdominal quirúrgico.
 - ~ En caso que haya evidencias en las cuales se pueda considerar que la familia no puede administrar el tratamiento en casa o brindar el cuidado necesario al niño o a la niña.
 - ~ Cuando el niño o niña presenta un reingreso con nueva consulta por deshidratación durante el mismo episodio diarreico.
 - ~ Cuando se observan signos y síntomas que hacen pensar en la sospecha de trastornos electrolíticos como son hiponatremia, hipocalcemia, hipokalemia, entre otros.
 - ~ Paciente con desnutrición severa.
 - ~ Dificultad para el mantenimiento de la hidratación, a pesar de la rehidratación endovenosa continua.
 - ~ Paciente con persistencia de oliguria o anuria una vez hidratado, considerando el riesgo de insuficiencia renal aguda.
 - ~ Enfermedad concomitante y factores de riesgo de mortalidad: edema en miembros inferiores, síndrome convulsivo, proceso infeccioso mayor asociado como neumonía, sepsis, meningitis u otras enfermedades neurológicas.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de enfermedad diarreica aguda en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA



2. ENFERMEDAD DIARREICA DISENTERICA

- **Definición.** La diarrea disenterica consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de volumen escaso o moderado, además de la presencia de sangre visible y moco. La diarrea disenterica puede estar acompañada de síntomas como fiebre, dolor abdominal intenso, pujo y tenesmo.
- **Epidemiología.** La diarrea disenterica toma relevancia a pesar de no ser la forma más frecuente de diarrea (menos del 10% de los casos reportados), por la mortalidad a la cual está asociada, se estiman cifras entre el 8 a 10% de muertes atribuidas a la diarrea disenterica. La mayoría de los casos son reportados en niños entre los 6 meses y 3 años de edad y se postula que ello se debe a que a partir de los 6 meses el niño comienza a recibir alimentación complementaria a la leche materna y la probabilidad de ingesta de alimentos y líquidos contaminados se incrementa.
- **Etiología.** La diarrea disenterica en más del 97% es causada por agentes bacteriano, pero aún debe considerarse a *Entamoeba histolytica* como etiología de la misma.

CAUSAS DE LA DISENTERIA
<i>Shigella sp</i>
<i>Campylobacter jejuni</i>
<i>Escherichia coli</i> <i>enteroinvasiva</i>
<i>Escherichia coli</i> <i>enterohemorrágica</i>
<i>Salmonella sp</i>
<i>Entamoeba histolytica</i>

- **Fisiopatología.** La acción enteroinvasivo es el principal mecanismo por el cual los microorganismos generan un cuadro de diarrea disenterica, existe una destrucción del borde en cepillo con una primera fase de colonización, seguida de la fase de penetración del germen en el enterocito, la fase de proliferación y finalmente una fase de daño celular e inflamación, produciendo un desequilibrio entre la secreción (exudado

de moco, proteínas y sangre) y la absorción de líquidos con una excesiva secreción de agua y electrolitos.

- **Cuadro Clínico.** La diarrea disintérica se caracteriza por la presencia de sangre en las deposiciones, lo cual es reportado por la madre o familiares del niño o la niña y debe ser el punto clave de partida para el desarrollo del diagnóstico. Debido al mecanismo que producen los gérmenes a nivel de la mucosa intestinal, puede presentarse dolor abdominal. La fiebre es un síntoma frecuente. La anorexia y la pérdida de peso son síntomas que pueden observarse en niños pequeños.

CUADRO CLÍNICO DE LA DISENTERIA
<i>Deposiciones con consistencia disminuida</i>
<i>Presencia de moco y sangre en heces</i>
<i>Fiebre, es posible casos de hipotermia</i>
<i>Convulsiones (con o sin fiebre)</i>
<i>Dolor abdominal, pujo y tenesmo</i>
<i>Anorexia y pérdida de peso</i>

- **Diagnóstico.** Para el diagnóstico de diarrea disintérica, el punto cardinal es la presencia de sangre en heces. El diagnóstico etiológico requiere de exámenes de laboratorio como el examen en fresco de heces (en búsqueda de parásitos, leucocitos y hematíes), examen de Graham ante la sospecha de *Campylobacter*, cultivos de heces (coprocultivo), entre otros.
- **Tratamiento.** El tratamiento de la diarrea disintérica tiene los mismos objetivos que el manejo de la diarrea aguda. La administración de antibióticos de manera sistémica no es la práctica común y debe reservarse para casos especiales en función al agente etiológico, gravedad o severidad del cuadro clínico y factores de riesgo del niño como la edad, desnutrición y estado de inmunocompetencia.

ANTIBIÓTICOS EN EL MANEJO DE LA DIARREA DISENTÉRICA				
AGENTE	INDICACIÓN	1 ^{RA} ELECCIÓN	ALTERNATIVAS	OBSERVACIONES
<i>Campylobacter</i>	Enfermedad grave o prolongada Inmunodeprimido Bacteriemia	Eritromicina Cefalosporinas 3 ^{ra} Aminoglucósidos	Azitromicina	Infección generalmente autolimitada
<i>Escherichia coli</i>	Enfermedad grave o prolongada Escherichia coli enteroinvasiva	Cefalosporinas 3 ^{ra}	Cotrimoxazol	Los antibióticos pueden incrementar el riesgo de SHU
<i>Salmonella sp</i>	< de 3 meses Inmunodeprimidos Bacteriemia Anemia hemolítica Portador crónico	Amoxicilina/ácido clavulánico por 1-2 semanas	Cotrimoxazol Ceftriaxona	No usar en casos no complicados (favorece estado de portador)
<i>Salmonella typhi</i>	Todos los casos	Cefalosporinas 3 ^{ra}	Cloranfenicol	Portador crónico: Amoxicilina ampicilina cotrimoxazol
<i>Shigella</i>	Todos los casos	Enfermedad grave: Cefalosporinas 3 ^{ra} Otros casos: Cotrimoxazol Ampicilina Azitromicina	Cefixima	Elección según perfil de sensibilidad local
<i>Entamoeba histolytica</i>	Todos los casos	Metronidazol	Furazolidona	

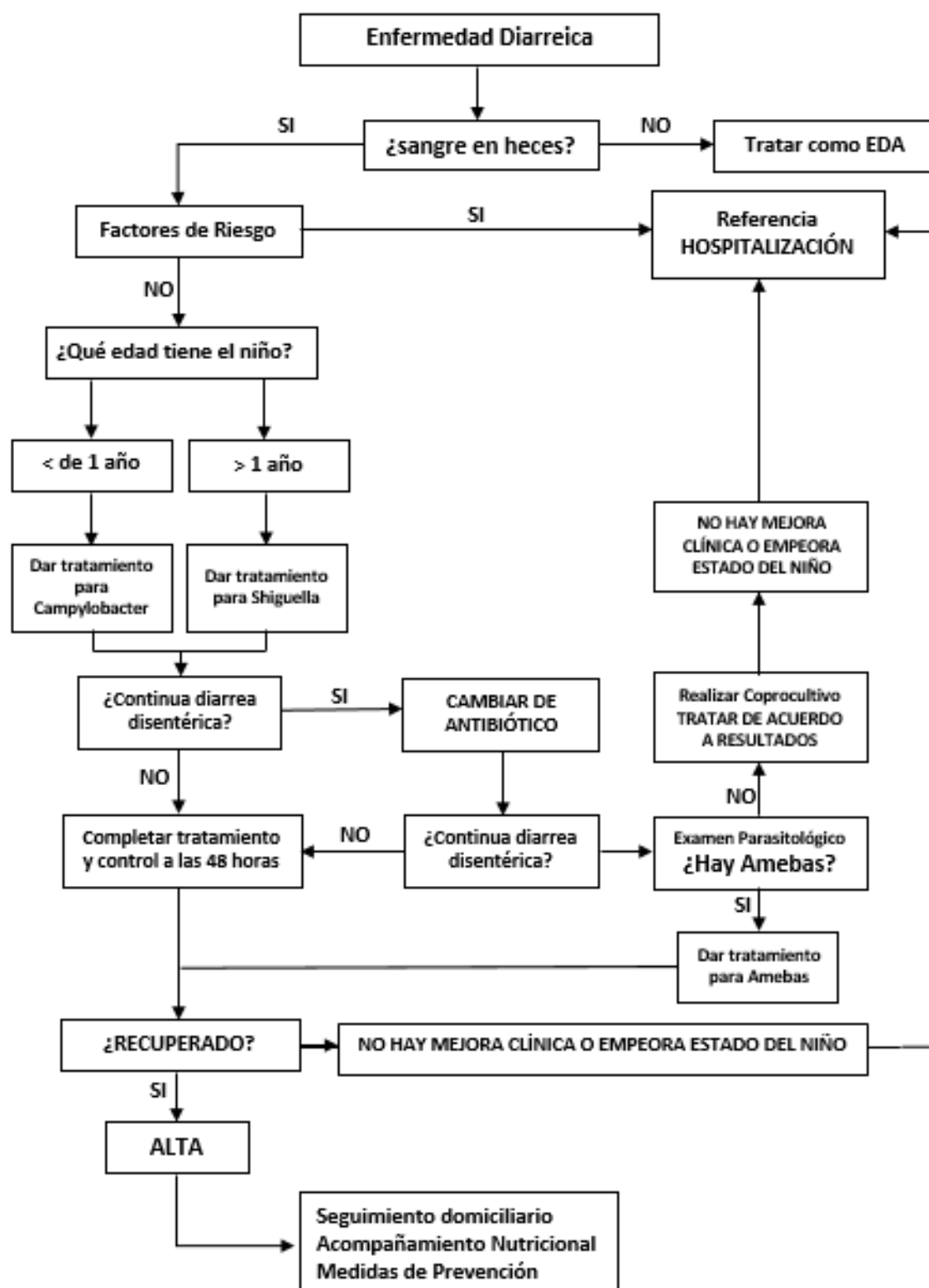
DOSIS DE LOS ANTIBIÓTICOS EMPLEADOS MÁS FRECUENTEMENTE			
Ampicilina	100 mg/kg/día IV 4 dosis 7 días	Cotrimoxazol	5-8 mg/kg/día (TMP) VO 2 dosis
Azitromicina	10 mg/kg/día VO 4 dosis 5 días	Eritromicina	40 mg/kg/día VO 3-4 dosis 7 días

Ceftriaxona	50 mg/kg/día IM/IV 1 dosis 5	Furazolidona	7.5 mg/kg/día VO 4 dosis 7 días
Cloranfenicol	100 mg/kg/día VO 4 dosis 14 días	Metronidazol	30 mg/kg/día VO 3-4 dosis 10 días

El médico y todo el personal de salud son responsables de realizar el monitoreo al tratamiento de la EDA disintérica en el niño o niña, para ello se requiere realizar como mínimo 1 visita domiciliaria presencial dentro de las 48 horas de iniciado el tratamiento y continuar con telemonitoreo hasta que el niño acude a nuevo control en el Establecimiento de Salud.

- **Criterios de Referencia.** Un niño o niña con enfermedad disintérica atendido en un Establecimiento del primer nivel de atención, debe ser referido a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad y capacidad resolutoria, en los siguientes casos:
 - ~ Diarrea de alto flujo. Tasa fecal mayor de 10 ml/Kg/hora o deposiciones abundantes y muy frecuentes.
 - ~ Paciente con desnutrición severa.
 - ~ Dificultad para el mantenimiento de la hidratación, a pesar de la rehidratación endovenosa continua.
 - ~ Paciente con persistencia de oliguria o anuria una vez hidratado, considerando el riesgo de insuficiencia renal aguda.
 - ~ Si después de iniciar el tratamiento, a las 48 horas no hay mejora en el estado del niño o existe deterioro del mismo.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de enfermedad diarreica disintérica en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON ENFERMEDAD DIARREICA DISENTÉRICA



3. DIARREA PERSISTENTE (CRÓNICA)

- **Definición.** La diarrea persistente (crónica) es aquella que se caracteriza por tener una duración de 14 días o más. El tiempo a considerar incluye la suma de aquellos periodos (uno o dos días) en que el niño no presenta deposiciones anormales.
- **Etiología.** En la mayoría de casos de diarrea persistente es muy difícil el poder identificar al agente causal, aunque se señalan como los más frecuentes a: *Escherichia coli* enteroinvasora, *Escherichia coli* enteroagregativa (ECAgg), *Shigella* y *Cryptosporidium*.
- **Fisiopatología.** Los mecanismos fisiopatológicos son múltiples, el mecanismo enterotoxigénico provocará diarrea secretoria, mientras que a través del mecanismo enteroinvasivo y adherente el resultado será un daño importante de las microvellosidades intestinales y disfunción de la célula epitelial (enterocito) que se traduce en una menor actividad de las enzimas que intervienen en la digestión de los azúcares, los cuales permanecen en la luz intestinal y generan la diarrea por un efecto osmótico. La activación de las enzimas pancreáticas esta disminuida por insuficiente producción de enterocinasas, alterando la digestión de grasas y proteínas y por tanto se agrava la diarrea y el estado nutricional del niño.
- **Cuadro clínico.** El cuadro clínico es variado, los episodios se caracterizan por su duración de 14 o más días, pudiendo encontrarse momentos asintomáticos en el curso de la enfermedad. Es frecuente la falta de apetito, dispepsias, flatulencia, náuseas y a veces vómitos. En ocasiones la diarrea puede acompañarse de sangre y mucosidad.
- **Diagnóstico.** El diagnóstico se realiza por la presencia de deposiciones diarreicas de larga duración y luego de descartar otras patologías como el síndrome de malabsorción, Intolerancia a la lactosa, inmunodeficiencias, alergia a proteínas de la leche o uso de medicamentos.

- **Tratamiento.** Responde adecuadamente al tratamiento nutricional. La administración de antibióticos debe reservarse a casos específicos y de acuerdo a los hallazgos laboratoriales. En caso de presentarse deposiciones con sangre se inicia inmediatamente tratamiento frente a *Shigella*.

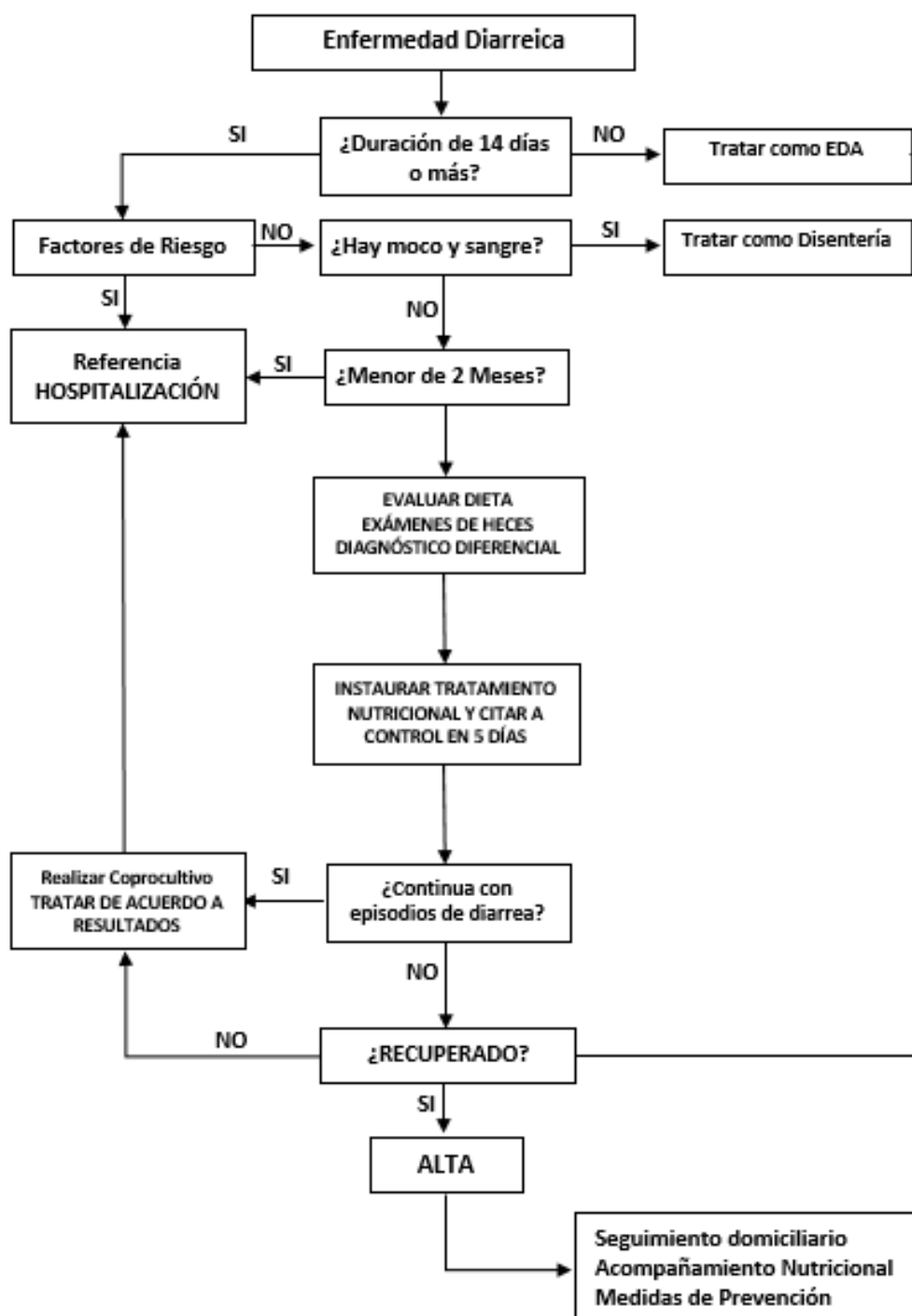
ANTIBIÓTICOS EN EL MANEJO DE LA DIARREA PERSISTENTE		
AGENTE	ANTIBIÓTICO	DOSIS / TIEMPO DE TRATAMIENTO
<i>Shigella sp</i>	<i>Ampicilina</i> <i>Cotrimoxazol</i>	100 mg/kg/día IV 4 dosis, 7 días 10 mg/kg/día (TMP) VO 2 dosis, 5 días
<i>E. coli enteropatógena</i>	<i>Cotrimoxazol</i> <i>Furazolidona</i>	10 mg/kg/día (TMP) VO 2 dosis, 5 días 5 – 8 mg/kg/día VO 4 dosis, 5 días
<i>Giardia lamblia</i>	<i>Metronidazol</i> <i>Furazolidona</i>	15 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días 7.5 mg/kg/día VO 4 dosis, 7 días
<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Metronidazol</i>	40 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días
<i>Strongyloides stercoralis</i>	<i>Thiabendazol</i>	25-50 mg/kg/día VO 2 dosis, 5 días

El médico y todo el personal de salud son responsables de realizar el monitoreo al tratamiento de la diarrea persistente o crónica en el niño o niña, para ello se requiere realizar como mínimo 1 visita domiciliaria presencial dentro de los 5 días de iniciado el tratamiento y continuar con telemonitoreo hasta que el niño acude a nuevo control en el Establecimiento de Salud.

- **Criterios de Referencia.** Un niño o niña con diarrea persistente atendido en un Establecimiento del primer nivel de atención, debe ser referido a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad y capacidad resolutoria, en los siguientes casos:
 - ~ Presenta desnutrición moderada o severa, o que pierden peso a pesar del tratamiento.

- ~ Son portadores de un proceso infeccioso asociado (neumonía, sepsis, etc.)
 - ~ Niños con deshidratación o con dificultad para el mantenimiento de la hidratación, a pesar de la rehidratación endovenosa continua.
 - ~ Paciente con persistencia de oliguria o anuria una vez hidratado, considerando el riesgo de insuficiencia renal aguda.
 - ~ Si después de iniciar el tratamiento, a los 5 días no hay mejora en el estado del niño o existe deterioro del mismo.
 - ~ Niños menores de 2 meses (siempre deben ser manejados en un hospital).
 - ~ Casos especiales en los que el seguimiento del niño o la continuidad del tratamiento estén en riesgo de no cumplirse.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de enfermedad diarreica persistente o crónica en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON ENFERMEDAD DIARREICA PERSISTENTE (CRÓNICA)



4. PARASITOSIS INTESTINAL

- **Definición.** La parasitosis intestinal es una infección causada por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de helmintos o por la penetración de larvas a través de la piel, según su número, localización en el intestino y las características de su ciclo biológico pueden ser asintomáticas o causar síntomas importantes como anemia, diarrea o desnutrición.
- **Etiología.** Las parasitosis intestinales son causadas por diversas especies de protozoarios y helmintos, a continuación, se listará los más importantes por su frecuencia y patogenicidad.

PRINCIPALES PARASITOS INTESTINALES		
PARÁSITO	TRANSMISIÓN	OBSERVACIONES
PROTOZOOS <i>Blastocystis hominis</i> <i>Cryptosporidium parvum</i> <i>Entamoeba histolytica</i> <i>Entamoeba coli</i> <i>Giardia lamblia</i> <i>Balantidium coli</i> <i>Isospora belli</i> <i>Microsporidium sp</i>	<i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i>	<i>Muy frecuente, presente en aguas estancadas</i> <i>Alta frecuencia</i> <i>Muy frecuente en especial en niños</i> <i>Infrecuente</i>
NEMÁTODES <i>Ascaris lumbricoides</i> <i>Enterobius vermicularis</i> <i>Trichuris trichura</i> <i>Strongyloides stercoralis</i> <i>Ancylostoma duodenale</i> <i>Necator americanus</i>	<i>Oral – Fecal</i> <i>Oral – Fecal</i> <i>Oral</i> <i>A través de la piel</i> <i>A través de la piel</i> <i>A través de la piel</i>	<i>Con sintomatología respiratoria</i> <i>Altamente frecuente en niños</i> <i>Prevalente en suelos húmedos y tropicales</i> <i>Prevalente en suelos húmedos y tropicales</i> <i>Prevalente en suelos húmedos y tropicales</i>
TREMÁTODES <i>Fasciola hepática</i>	<i>Oral</i>	<i>Ingesta de plantas acuáticas (berros, etc.)</i>
CÉSTODES <i>Taenia solium</i>	<i>Oral</i>	

<i>Taenia saginata</i> <i>Hymenolepis nana</i>	<i>Oral</i> <i>Oral – Fecal</i>	<i>Consumo de carne de cerdo poco cocida</i> <i>Consumo de carne de res poco cocida</i> <i>Frecuente, intervienen roedores e insectos</i>

- **Epidemiología.** Algunas parasitosis intestinales son de distribución nacional, mientras que algunas otras se encuentran focalizadas en algunas regiones del país, donde son más prevalentes por las condiciones generadas por el clima, sistemas de saneamiento básico, consumo de agua, entre otros factores. Muchas de ellas tienen altas prevalencias en niños y niñas, en especial menores de 5 años y son factor importante en las altas prevalencia de anemia infantil y desnutrición crónica.
- **Diagnóstico.** Para el diagnóstico etiológico de las parasitosis intestinales se requiere de la confirmación de la presencia del parásito o de sus huevos, larvas o quistes en las heces de la persona afectada. Las pruebas de laboratorio útiles en el diagnóstico de parasitosis intestinal son:
 - ~ *Exámenes directos*
 - Examen directo microscópico (en solución salina o lugol)
 - Examen directo macroscópico
 - Test de Graham
 - ~ *Exámenes por coloración*
 - ~ *Métodos de concentración*
 - Métodos de concentración por sedimentación
 - Método de sedimentación y flotación (Técnica de Faust-Baermann)
 - Método de concentración por tamizado (Técnica de Kato)
- **Manifestaciones clínicas.** La sintomatología es muy variada e inespecífica y va a depender en mucho del agente etiológico que se encuentre presente: Baja de peso, falta de apetito, decaimiento, palidez, sangre en heces, dolor abdominal, diarrea, flatulencia.

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES		
PARASITO	FORMA EN HECES	SÍNTOMAS
<i>Giardia lamblia</i>	Quiste, trofozoíto	Diarrea, malabsorción, dolor abdominal
<i>Blastocystis hominis</i>	Quiste	Diarrea
<i>Entamoeba histolytica</i>	Quiste, trofozoíto	Diarrea, disentería, abscesos
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Huevos, gusano adulto	Dolor abdominal, vómito, meteorismo
<i>Enterobius vermicularis</i>	Raro en heces – Test de Graham	Prurito anal, dolor abdominal
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Larva rabaditiforme	Tos, náuseas, pirosis, diarrea, anorexia
<i>Ancylostoma duodenale</i>	Huevos, larva rabaditiforme	Náuseas, pirosis, diarrea, anemia
<i>Necator americanus</i>	Huevos, larva rabaditiforme	Náuseas, pirosis, diarrea, anemia
<i>Fasciola hepática</i>	Rara vez huevos en heces	Fiebre, ictericia
<i>Taenia saginata</i>	Huevos, proglótides	Meteorismo, náuseas, prurito anal
<i>Taenia solium</i>	Huevos, proglótides	Meteorismo, náuseas, prurito anal
<i>Hymenolepis nana</i>	Huevos	Dolor abdominal, meteorismo, diarrea

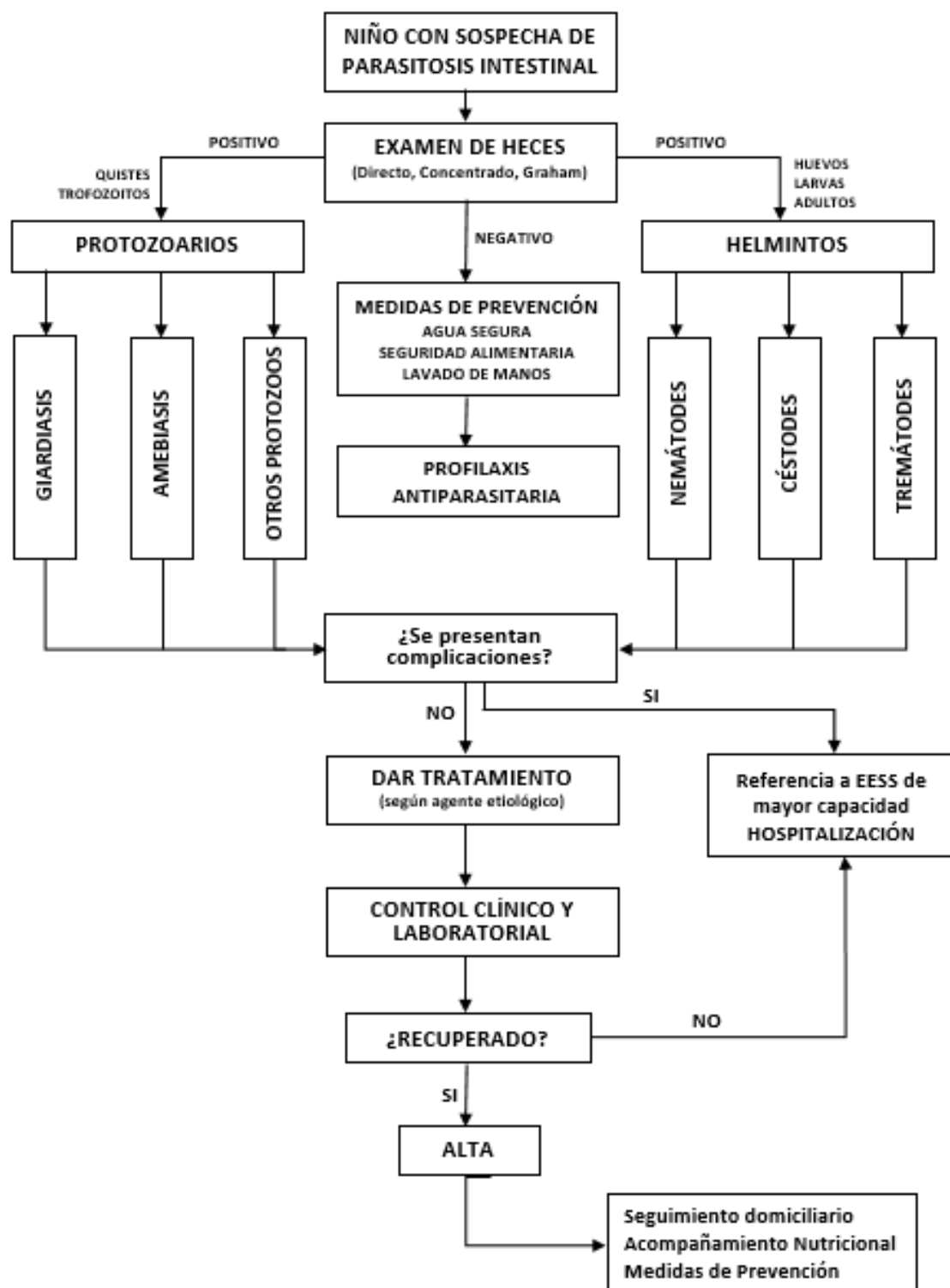
- **Tratamiento.** El tratamiento depende del agente etiológico, y el fármaco utilizado.

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS PARASITOSIS INTESTINALES		
PARASITO	FÁRMACO	INDICACIÓN
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol Furazolidona Tinidazol	15 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días 7.5 mg/kg/día VO 4 dosis, 7 días 50 mg/kg/día VO, dosis única
<i>Blastocystis hominis</i>	Furazolidona	5 – 8 mg/kg/día VO 4 dosis, 5 días
<i>Entamoeba histolytica</i>	Metronidazol Tinidazol	40 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días 50 mg/kg/día VO 1 dosis, 3 días
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Mebendazol Albendazol	100 mg VO 2 dosis, 3 días 400 mg VO, dosis única
<i>Enterobius vermicularis</i>	Mebendazol Albendazol	100 mg VO 2 dosis, 3 días 400 mg VO, dosis única
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Thiabendazol Ivermectina	50 mg/kg/día VO 2 dosis, 3 días 150-200 mg/kg VO, dosis única

<i>Ancylostoma duodenale</i>	<i>Mebendazol</i> <i>Albendazol</i>	500 mg VO, dosis única o 100 mg VO 2 dosis, 3-5 días 400 mg VO, dosis única
<i>Necator americanus</i>	<i>Mebendazol</i> <i>Albendazol</i>	500 mg VO, dosis única o 100 mg VO 2 dosis, 3-5 días 400 mg VO, dosis única
<i>Fasciola hepática</i>	<i>Triclabendazol</i>	10 mg/kg/día VO una dosis
<i>Taenia saginata</i>	<i>Niclosamida</i> <i>Praziquantel</i>	50 mg/kg/día VO dosis única 5-10 mg/kg/día VO dosis única
<i>Taenia solium</i>	<i>Niclosamida</i> <i>Praziquantel</i>	50 mg/kg/día VO dosis única 5-10 mg/kg/día VO dosis única
<i>Hymenolepis nana</i>	<i>Niclosamida</i>	50 mg/kg/día VO una dosis, 7 días

- **Criterios de Referencia.** A todo niño o niña con complicaciones graves: abdomen agudo quirúrgico, parasitosis extra intestinales, desnutrición severa, anemia moderada a severa.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de parasitosis intestinal en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON PARASITOSIS INTESTINAL



5. RINOFARINGITIS (RESFRIADO COMÚN)

- **Definición.** La rinofaringitis es una infección viral de las vías respiratorias altas, de carácter autolimitado y benigno, que se presenta durante todo el año, pero con una mayor frecuencia durante las estaciones otoño invernales. Se les conoce también como resfriado común o catarro común.
- **Epidemiología.** La rinofaringitis es el principal motivo de consulta en los Establecimientos de Salud en niños, quienes pueden acudir por 5 o más eventos durante al año, siendo más frecuente en el menor de 2 años. El periodo de incubación es bastante corto y la duración de cuadro clínico es de 3 a 7 días en promedio. La transmisión se produce por vía respiratoria a través de las gotitas de Pflugger que son expulsadas al hablar, estornudar o toser, también ocurre por contacto directo a través de las manos.
- **Etiología.** Los agentes que causan la rinofaringitis son predominantemente virus, ocasionalmente son agentes bacterianos generalmente como proceso sobreagregado. Los agentes más importantes son: rinovirus, el virus sincicial respiratorio (VRS), adenovirus, parainfluenza y algunos enterovirus (ECHO y coxsackie).

AGENTES ETIOLOGICOS

- *Rinovirus (alrededor de 100 serotipos)*
- *Virus sincicial respiratorio*
- *Adenovirus*
- *Parainfluenza*
- *ECHO virus*
- *Coxsackie*

- **Fisiopatología.** La invasión de las células epiteliales de las vías respiratorias altas ocasiona la liberación de mediadores de la inflamación y por tanto alteran la permeabilidad vascular que se manifiesta clínicamente como edema y obstrucción nasal.

Posteriormente ocurre la descamación del epitelio afectado lo cual autolimita la enfermedad.

- **Cuadro clínico y diagnóstico.** La rinofaringitis se manifiesta inicialmente con congestión nasal y secreciones acuosas, a lo cual posteriormente se puede agregar otros síntomas como: fiebre, irritabilidad, malestar general e inapetencia. Dependiendo el agente etiológico se puede observar cuadros de diarrea de poca severidad. Al evolucionar el cuadro se puede presentar otros síntomas inespecíficos como cefalea, estornudos, coriza, tos productiva de grado variable y con secreción que puede llegar a ser purulenta pero no de origen bacteriano. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de los signos y síntomas antes descritos con una aparición abrupta siendo la congestión nasal con rinorrea, estornudos y tos las que determinan el diagnóstico.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA RINOFARINGITIS	
PRINCIPALES	SECUNDARIOS
<i>Rinorrea</i>	<i>Malestar general</i>
<i>Obstrucción nasal</i>	<i>Irritabilidad</i>
<i>Estornudos</i>	<i>Dolor torácico</i>
<i>Tos</i>	<i>Irritación ocular</i>
<i>Dolor de garganta</i>	<i>Vómitos</i>
<i>Cefalea</i>	<i>Diarrea</i>
<i>Fiebre</i>	<i>Mialgias</i>

- **Tratamiento.** El tratamiento de la rinofaringitis se orienta en cumplir con lo siguiente: a) Alivio de la fiebre, b) Continuidad de la alimentación, c) Aumento en la ingesta de líquidos, d) Alivio de los síntomas y e) Evitar complicaciones con el reconocimiento de signos de alarma de manera oportuna.

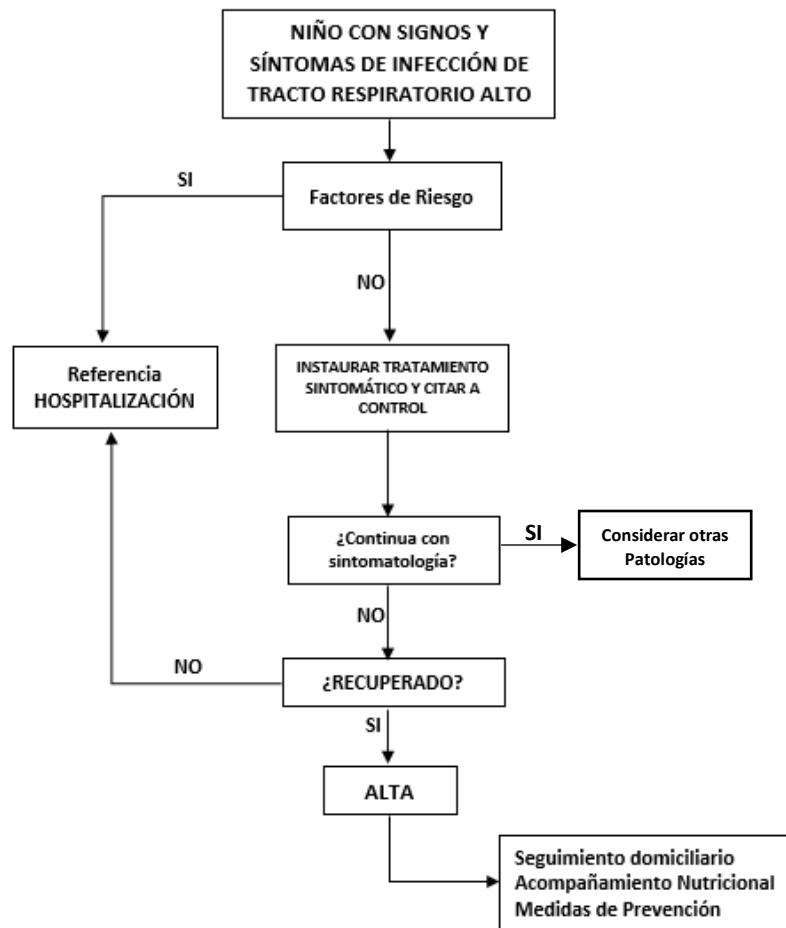
MANEJO DE LA FIEBRE		
EDAD	TEMPERATURA	OBSERVACIONES
De 2 meses a 4 años	<i>Febrícula o Fiebre baja (hasta 38.4°C):</i>	El objetivo es evitar posibles

	Aplicación de medios físicos Paracetamol condicional	convulsiones y las molestias de la fiebre (escalofríos). Es importante mantener al niño con ropa ligera para evitar pérdida de líquidos.
	Fiebre alta (mayor a 38.5°C): Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis VO cada 6 horas hasta cese de fiebre	
Menor de 2 meses	La fiebre puede ser un signo de peligro Aplicar medios físicos No administrar paracetamol	Efectuar una exigente evaluación por la probabilidad de infección sistémica

Se debe seguir alimentando al niño de la manera habitual, si es lactante incentivar a la madre a amamantarlo con mayor frecuencia. Se debe de incrementar la ingesta de líquido para reponer las pérdidas de agua insensibles, en especial si el niño presenta fiebre. La permeabilidad de las fosas nasales es importante y se recomienda no usar otros fármacos como antitusígenos o antihistamínicos. El médico y todo el personal de salud son responsables de realizar el monitoreo al tratamiento del niño o niña con IRA.

- **Criterios de Referencia.** El manejo es en el primer nivel de atención, la referencia solo en cuadros complicados.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de rinofaringitis aguda en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON RINOFARINGITIS



6. FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

- **Definición.** Proceso inflamatorio de la mucosa de la faringe y/o amígdalas faríngeas, de origen habitualmente infeccioso que puede cursar con eritema, edema, exudado, úlcera o vesículas. Muchos virus y bacterias son capaces de producir faringoamigdalitis y la mayoría de casos en niños están causados por virus con una evolución benigna y autolimitada. La etiología depende de la edad, estación del año y área geográfica.
- **Epidemiología.** Las faringoamigdalitis son procesos que se observan con mayor frecuencia en los meses de mayor frío para la mayoría de microorganismos que lo producen, sin embargo, otros tienen periodos de mayor prevalencia específicos como los rinovirus que son más prevalentes en otoño y primavera, influenza de abril a junio y afecciones de adenovirus pueden suceder en verano.

La transmisión se produce por vía respiratoria a través de las gotitas de Pflugger que son expulsadas al hablar, estornudar o toser, también ocurre por contacto directo a través de las manos. El contagio está favorecido por el hacinamiento y contacto íntimo.

- **Etiología.** La etiología más frecuente de la faringoamigdalitis es viral, en especial en los menores de 3 años. Las faringoamigdalitis por *Estreptococos* hemolíticos del Grupo A son muy raras en menores de 18 meses, pero incrementa su incidencia en los grupos de niños de mayor edad.

AGENTES ETIOLOGICOS	
VIRUS	BACTERIAS
-Adenovirus -Epstein Barr virus -Coxsackie A -Herpes simple 1 y 2 -Influenza A y B -Parainfluenza -Rinovirus	- <i>Estreptococo</i> β - hemolítico grupo A - <i>Estreptococos</i> β - hemolítico grupos C y G - <i>Mycoplasma</i> <i>pneumoniae</i>

- <i>Coronavirus</i> - <i>Citomegalovirus</i>	- <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> - <i>Chlamydia pneumoniae</i> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Corynebacterium diphtheriae</i>

- **Fisiopatología.** La invasión de las células epiteliales de las vías respiratorias altas (faringe, laringe, amígdalas, etc.) ocasiona la liberación de mediadores de la inflamación y por tanto alteran la permeabilidad vascular que se manifiesta clínicamente como edema y producción de exudados. En el caso de la afección por bacterias, se puede producir toxinas, las cuales ingresan a la circulación sanguínea provocando parte de los cuadros clínicos observados.
- **Cuadro clínico y diagnóstico.** Distinguir el cuadro clínico provocado por una infección viral de otra producida por el Estreptococo puede resultar difícil, aun así, hay algunas signos y síntomas que pueden orientar hacia uno u otro agente etiológico.

Los cuadros bacterianos, en especial los causados por el Estreptococo β -hemolítico del grupo A, se pueden manifestar con la presencia de síntomas como: fiebre, dolor de garganta, odinofagia, y otros síntomas generales. Algunos signos como un eritema difuso, inflamación de la faringe y la úvula e hipertrofia del tejido linfático circundante. Las amígdalas pueden estar recubiertas de un exudado blanco amarillento y la aparición de un signo bastante característico que son las pápulas eritematosas con centro pálido denominadas “lesiones donuts”. Es frecuente las adenopatías cervicales, aliento fétido y en algunas condiciones un rash cutáneo de tipo escarlatiforme.

La presencia de rinorrea, afonía, tos, conjuntivitis, diarrea y/o aftas, son orientadoras para pensar en una etiología viral, y se acompañan de síntomas generales como fiebre, malestar general, diarrea, vómitos y la presencia de exudados mucosos y enantemas que varían de acuerdo al agente etiológico. A nivel de piel pueden también aparecer diversos exantemas.

El diagnóstico de las faringoamigdalitis suele ser clínico y debe hacerse el diagnóstico diferencial entre las causadas por el *Estreptococo* β -hemolítico del grupo A, a las causadas por otras bacterias y virus, ello por las implicancias clínicas que la primera puede causar a corto y largo plazo (fiebre reumática y glomerulonefritis aguda).

Laboratorialmente, la determinación de los títulos de Antiestreptolisina O (ASLO) pueden ser de ayuda si hay un cuadro clínico muy sugerente, el cultivo de material faríngeo también permite la identificación del germen causante

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA RINOFARINGITIS	
SOSPECHA DE ORIGEN BACTERIANO	SOSPECHA DE ORIGEN VIRAL
<i>Dolor de garganta de inicio brusco</i> <i>Odinofagia</i> <i>Fiebre</i> <i>Exantema escarlatiforme</i> <i>Cefalea</i> <i>Náuseas, vómitos y dolor abdominal</i> <i>Eritema y/o exudados amigdalinos</i> <i>Lesiones en “donuts”</i> <i>Úvula roja y eritematosa</i> <i>Adenopatías cervicales dolorosas</i>	<i>Conjuntivitis</i> <i>Rinorrea</i> <i>Afonía</i> <i>Tos</i> <i>Diarrea</i> <i>Exantemas y/o enantemas</i> <i>Hepatomegalia/Esplenomegalia</i> <i>Adenopatías generalizadas</i>

La faringoamigdalitis si no es tratada adecuadamente puede dar lugar a complicaciones, en especial si son de origen bacteriano, entre las más frecuentes se tiene las siguientes:

~ <i>Otitis media aguda</i>	<i>Sinusitis</i>
~ <i>Mastoiditis</i>	<i>Fiebre Reumática</i>
~ <i>Meningitis</i>	<i>Absceso retrofaríngeo</i>
~ <i>Absceso periamigdalino</i>	<i>Neumonía</i>

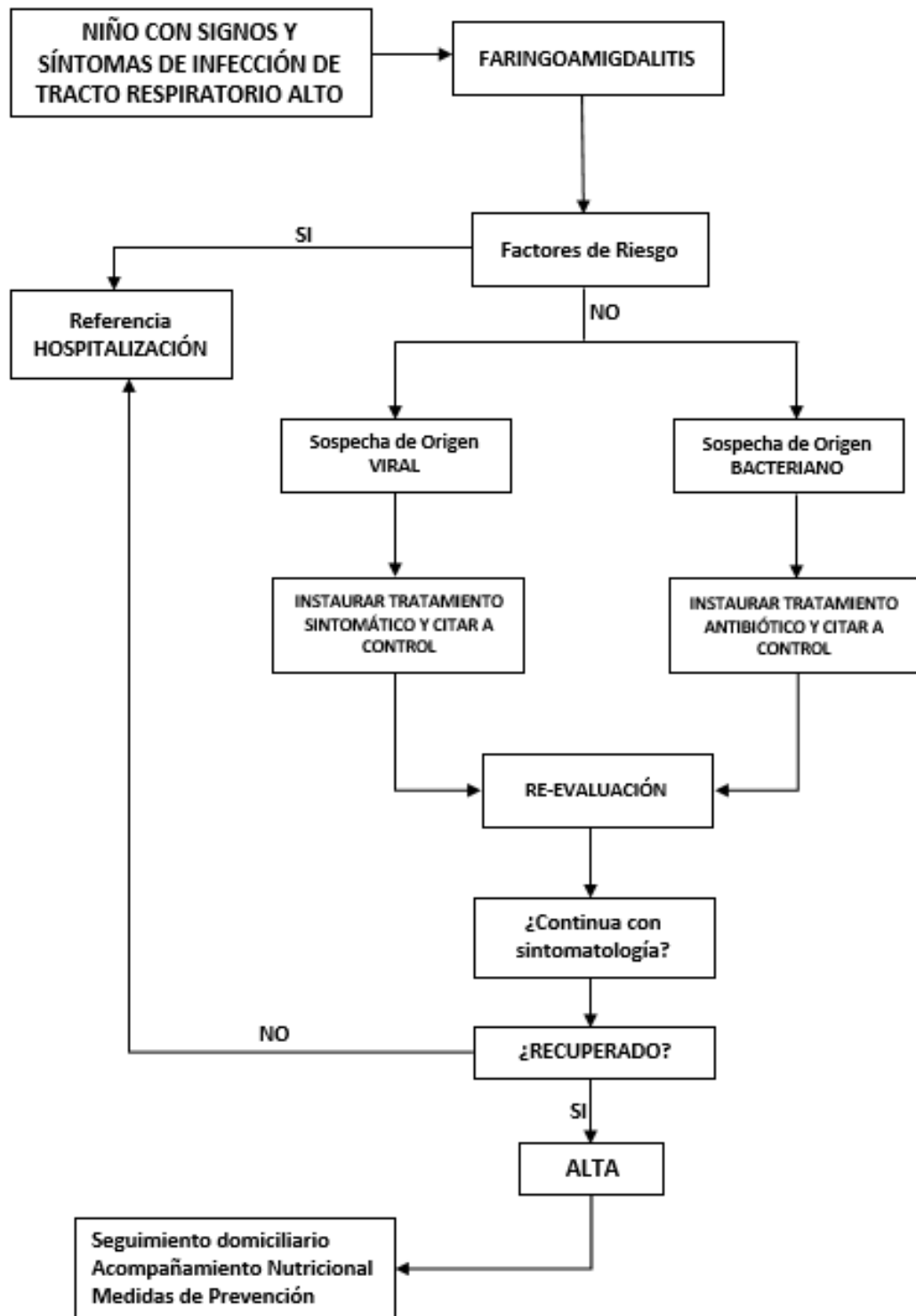
- **Tratamiento.** El tratamiento de la faringoamigdalitis de origen viral es sintomático. En el caso de la faringoamigdalitis por *Estreptococo* β -hemolítico del grupo A el tratamiento con penicilinas es el de elección,

pudiéndose usarse alternativas terapéuticas en casos de alergias a las penicilinas o la presencia de otras bacterias patógenas.

TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS		
CONDICIÓN	FÁRMACO	DOSIS
<i>Niños no alérgicos a la penicilina</i>	Fenoximetilpenicilina V Penicilina G benzatínica Amoxicilina	< 12 años: 250 mg cada doce horas, 10 días > 12 años: 500 mg cada doce horas, 10 días < 12 años: 600,000 UI intramuscular, dosis única > 12 años: 1'200,000 UI intramuscular, dosis única 40-50 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días
<i>Niños con alergia a las penicilinas</i>	Eritromicina Clindamicina	30-40 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días 20-30 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días
<i>Fracaso terapéutico o condición de portador</i>	Azitromicina Clindamicina Amoxicilina/Ac Clavulánico	20 mg/kg/día VO 1 dosis, 3 días. (máx 500 mg/día) 20-30 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días 40-50 mg/kg/día VO 3 dosis, 10 días

- **Criterios de Referencia.** El manejo es en el primer nivel de atención, la referencia a Establecimientos de Salud de mayor complejidad ante la presencia de cuadros complicados o el diagnóstico de absceso de garganta.
Siempre considerar la vulnerabilidad del menor de 2 años y pacientes con comorbilidades que puedan afectar su estado de inmunidad.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de faringoamigdalitis aguda en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA



7. OTITIS MEDIA AGUDA

- **Definición.** La Otitis media aguda se define como la presencia sintomática de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto) en la cavidad media del oído.
- **Epidemiología.** La otitis media aguda es una enfermedad muy frecuente en lactantes y niños pequeños. En las estadísticas de morbilidad se le reconoce como una de las principales causas de consulta externa en los Establecimientos de Salud. Es frecuente que un niño haya presentado por lo menos un cuadro de otitis media aguda antes del primer año de vida.
- **Etiología.** La etiología es variada y pueden ser de origen tanto viral como bacteriano, entre los más frecuentes se puede mencionar al *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus aureus* y *Moraxella catarrhalis*.
- **Fisiopatología.** La alteración de los mecanismos de protección del oído, generan y facilitan la invasión y la consecuente proliferación de gérmenes que desencadenan la infección. La obstrucción y las características de las trompas de Eustaquio en los niños pequeños también serían factores contribuyentes en la génesis de la otitis media aguda.
- **Cuadro clínico.** La mayor parte de los cuadros de otitis media aguda se inician como una infección respiratoria viral.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA OTITIS MEDIA AGUDA	
ESPECÍFICOS	INESPECÍFICOS
<i>Otalgia</i> <i>Tocarse la oreja</i> <i>Falta de descanso</i> <i>Despertar frecuente por la noche</i> <i>Hipoacusia</i> <i>Otorrea</i> <i>Eritema timpánico</i>	<i>Fiebre</i> <i>Rinitis</i> <i>Tos</i> <i>Irritabilidad</i> <i>Llanto</i> <i>Rechazo a la alimentación</i> <i>Náuseas y vómitos</i> <i>Molestias abdominales</i>

La otalgia es un adecuado predictor de la presencia de un cuadro de otitis media aguda, y mucho más, si esta se asocia a falta de descanso nocturno y llanto excesivo. Puede hallarse hipoacusia, otorrea, irritabilidad, entre otros.

- **Diagnóstico.** Debe practicarse la otoscopía, aun con las dificultades que esta presenta en niños pequeños y lactantes. Puede observarse opacificación, abombamiento y disminución o ausencia de movilidad de la membrana timpánica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA OTITIS MEDIA AGUDA
OTITIS MEDIA AGUDA CONFIRMADA
<i>Otorrea de aparición en las últimas 24-48 horas, u Otalgia de aparición en las últimas 24-48 horas más abombamiento timpánico con o sin fuerte enrojecimiento</i>
OTITIS MEDIA AGUDA PROBLABLE
<i>Sin otalgia. Evidencia de exudado en oído medio con fuerte enrojecimiento timpánico + catarro reciente. Sin otoscopía. Otalgia explícita en el niño mayor, llanto injustificado de presentación brusca, especialmente nocturno y después de varias horas de cama, en el lactante + catarro reciente.</i>

La otitis media aguda puede complicarse dando lugar a mastoiditis aguda, parálisis facial, laberintitis, meningitis, absceso cerebral y otras menores como retracciones timpánicas, perforación timpánica, otorrea crónica y colesteatoma.

- **Tratamiento.** El tratamiento inicial es sintomático con el uso de analgésicos tales como el paracetamol o ibuprofeno. Según valoración clínica, factores de riesgo y posible agente etiológico puede brindarse tratamiento antibiótico.

Los niños menores de 6 meses recibirán siempre terapia antibiótica, los niños de 6 meses a 2 años de edad recibirán terapia antibiótica si existe seguridad una OMA confirmada, si se trata de una OMA probable solo se brindará la administración de antibióticos en caso de un cuadro

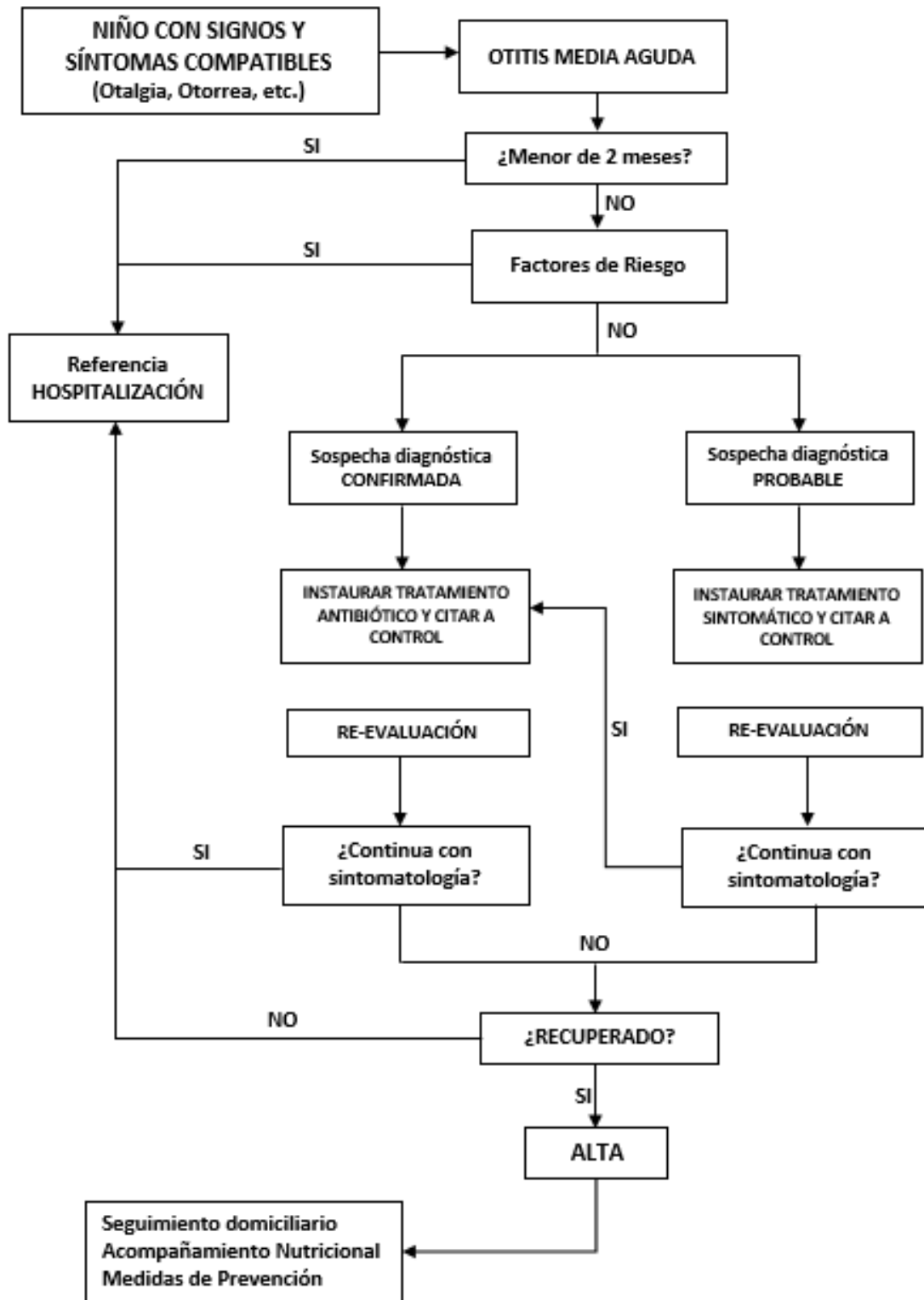
severo. En niños mayores de 2 años se mantendrá conducta expectante y solo en casos de cuadro severo se administran antibióticos.

TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA		
CONDICIÓN	FÁRMACO	DOSIS
Niño con posible OMA	Procurar efectuar un diagnóstico de seguridad. Si el cuadro es leve: Mantener conducta expectante. Si cuadro es severo: Valorar el inicio de terapia antibiótica	Antibióticos solo en cuadros severos, menores de 6 meses reciben antibióticos.
Niño con diagnóstico evidente y afectación leve	Amoxicilina Amoxicilina/Ac clavulánico Azitromicina	80-90 mg/kg/día VO 3 dosis, 5-7 días 80-90 mg/kg/día VO 3 dosis, 7-10 días 20 mg/kg/día VO 1 dosis, 5 días
Niño con diagnóstico evidente y afectación severa	Amoxicilina/Ac clavulánico Ceftriaxona	80-90 mg/kg/día VO 3 dosis, 7-10 días 50 mg/kg/día IM 1 dosis, 3 días

- **Criterios de Referencia.** El manejo es en el primer nivel de atención, la referencia a Establecimientos de Salud de mayor complejidad ante la presencia de cuadros complicados o en alguno de los siguientes supuestos:
 - ~ Otitis media recurrente (Tres o más episodios en un periodo de 6 meses, cuatro o más episodios en un periodo de un año)
 - ~ Otitis que no responden al tratamiento (falla terapéutica) y que hayan recibido por lo menos dos series de terapia antibiótica.
 - ~ Otitis media con efusión persistente por un periodo mayor de tres meses y que el cuadro sea de afectación bilateral.

- ~ Otitis media con intolerancia a múltiples antibióticos o que presenten una marcada intolerancia digestiva a su administración.
- ~ Presencia de complicaciones tales como:
 - ✓ Mastoiditis.
 - ✓ Parálisis facial.
 - ✓ Trombosis venosa lateral.
 - ✓ Meningitis.
 - ✓ Absceso cerebral.
 - ✓ Laberintitis.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de otitis media aguda en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON OTITIS MEDIA AGUDA



8. NEUMONIA

- **Definición.** La Neumonía es una infección pulmonar que compromete los alveolos, intersticio, pleura visceral, vías respiratorias y estructuras vasculares, causada por virus, bacterias u otros patógenos como hongos y parásitos.
- **Epidemiología.** En niños menores de 5 años, la neumonía es la primera causa de muerte a nivel mundial, para el periodo 1985-2015 el CDC-Perú ha reportado a las infecciones respiratorias bajas como la primera causa de mortalidad y en que en el año 2015 alcanzó una tasa de 60.7/100,000 habitantes. El Ministerio de Salud a través del Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú, los niños menores de 1 año presentan el mayor riesgo de enfermar con neumonía y el grupo de 1 a 4 años concentra el mayor número de casos notificados, con una tasa de incidencia acumulada de 100.6/10,000 habitantes y un índice de letalidad de 1.04 muertes por cada 100 casos de neumonía.
- **Etiología.** La etiología de la neumonía está representada en poco más de la mitad de casos por agentes virales en niños y niñas menores de 5 años y entre los agentes bacterianos predomina la presencia de *Streptococcus pneumoniae*.

ETIOLOGÍA DE LA NEUMONIA EN NIÑOS			
EDAD	BACTERIAS	VIRUS	OTROS
Menor 1 mes	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Citomegalovirus</i> <i>Herpes virus</i> <i>Virus sincicial respiratorio</i> <i>Enterovirus</i> <i>Adenovirus</i> <i>Rubeola</i> <i>Influenza A y B</i> <i>Parainfluenza</i>	<i>Candida sp</i> <i>Toxoplasma</i> <i>Treponema pallidum</i>
1 – 3 meses	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Virus sincicial respiratorio</i>	

	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Bordetella pertussis</i> <i>Listeria monocytogenes</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Pseudomona aeruginosa</i>	<i>Citomegalovirus</i> <i>Influenza A y B</i> <i>Parainfluenza</i> <i>Adenovirus</i> <i>Metapneumovirus</i>	
Hasta 4 años	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	<i>Virus sincicial respiratorio</i> <i>Influenza A y B</i> <i>Parainfluenza</i> <i>Adenovirus</i>	
5 a 12 años	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> <i>Coxiella burnetti</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	<i>Influenza A y B</i> <i>Virus Epstein - Barr</i>	<i>Coccidioides</i> <i>Histoplasma capsulatum</i> <i>Blastomyces dermatitidis</i>

- **Fisiopatología.** La neumonía es una infección aguda, ocasionada por un desequilibrio entre las defensas del huésped y la patogenicidad e invasividad del agente causal. Los agentes patógenos ingresan a la vía aérea (por aspiración, inhalación) o por diseminación hematógena, y deben superar los mecanismos de defensa del tracto respiratorio: mecanismos de barrera e inmunológicos (humoral y celular). Los gérmenes que las superen, colonizan el parénquima pulmonar ocasionando inflamación del intersticio y/o de los alvéolos, con exudado

de fluidos, que generan una disminución de la distensibilidad pulmonar, obstrucción de las vías aéreas pequeñas y alteración de la relación ventilación-perfusión.

- **Cuadro clínico.** Los principales signos y síntomas sugerentes de una neumonía son la presencia de fiebre, taquipnea y tos. Entre ellos la taquipnea es de mayor sensibilidad en especial en niños menores de 5 años.

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN NIÑOS	
EDAD	TAQUIPNEA
Menor de 2 meses	≥ 60 respiraciones por minuto
De 2 a 12 meses	≥ 50 respiraciones por minuto
De 1 a 5 años	≥ 40 respiraciones por minuto
De 5 a 12 años	≥ 20 respiraciones por minuto

El esfuerzo respiratorio es un segundo signo cardinal que debe evaluarse a través del uso de los músculos respiratorios accesorios en la respiración del niño (retracciones costales).

En las afecciones bacterianas se describe un comienzo súbito con fiebre y escalofríos, compromiso del estado general, dolor torácico y tos con expectoración purulenta. En las de origen viral se acompaña de un cuadro similar a un estado catarral con febrícula o fiebre leve a moderada, faringitis, coriza, conjuntivitis y otros no respiratorios como diarrea. En caso de presencia de broncoespasmo, cefalea, mialgias y tos seca debe pensarse en etiología por *Mycoplasma* o *Chlamydia*.

- **Diagnóstico.** Una adecuada anamnesis y la exploración física en búsqueda los signos claves (fiebre, tos, taquipnea) son importantes para el diagnóstico de la neumonía.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA NEUMONÍA	
CRITERIOS CLÍNICOS	CRITERIOS APOYO DIAGNÓSTICO
Fiebre	Hemograma
Taquipnea	Radiografía de tórax

<i>Tos</i> <i>Esfuerzo respiratorio</i> <i>Murmullo vesicular disminuido</i> <i>Sibilancias</i> <i>Presencia de crépitos</i> <i>Broncofonía</i> <i>Soplo tubárico</i>	<i>Cultivo frotis nasofaríngeo (B. pertussis)</i> <i>Cultivo de esputo</i> <i>Hemocultivo y antibiograma</i> <i>Detección de antígenos bacterianos</i> <i>PCR</i> <i>Serología</i> <i>Despistaje de Tuberculosis</i>
EN LA NEUMONÍA GRAVE	
<i>Dificultad respiratoria marcada: aleteo nasal, quejido.</i> <i>Dificultad para beber o lactar</i> <i>Vómitos frecuentes</i> <i>Alteración del sensorio</i>	<i>Cianosis Central</i> <i>Apnea intermitente</i> <i>Convulsiones</i> <i>Saturación de oxígeno $\geq$ 92%</i> <i>En el neonato toda neumonía es GRAVE</i>

- **Tratamiento.** Son seis acciones las que deben aplicarse para el manejo del paciente con diagnóstico de neumonía y responden al acrónimo **FALTAN** y deben ser coordinadas con los padres o cuidadores del niño.
 - ~ **(F) Fiebre.** Control de la temperatura, se administra paracetamol ante cuadros con temperatura axilar $> 38^{\circ}\text{C}$.
 - ~ **(A) Alimentación.** Fomentar la lactancia materna en menores de 6 meses, en niños mayores brindar alimentación habitual.
 - ~ **(L) Líquidos.** Incrementar la ingesta de líquidos y compensar pérdidas insensibles.
 - ~ **(T) Tos.** Evitar el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, etc.
 - ~ **(A) Alarma.** Solicitar que se traslade al niño al Establecimiento de Salud más cercano ante la presencia de algún signo de alarma o empeoramiento del cuadro.
 - ~ **(N) Nariz.** Mantener permeables las vías aéreas, en especial una buena limpieza de fosas nasales, para ello puede usarse una solución salina comercial o casera.

A nivel de los Establecimientos de Salud se debe dar un adecuado soporte hidroelectrolítico, ya sea por vía oral o través de la infusión de soluciones endovenosas isotónicas de requerirse.

De presentarse necesidad por saturación de oxígeno menor a 92%, signos de insuficiencia respiratoria o presencia de cianosis se debe administrar oxígeno mediante cánula binasal o máscara de oxígeno.

La terapia antibiótica debe de seleccionarse teniendo en cuenta el agente etiológico, el grupo etario, severidad del cuadro y el perfil de sensibilidad a los antimicrobianos.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA NEUMONÍA		
CONDICIÓN	FÁRMACO	DOSIS
Menor de 2 meses	Ampicilina + amikacina	50 mg/kg/dosis + 15 mg/kg/dosis (1 ^{ra} dosis)
De 2 a 6 meses	Ampicilina	150-200 mg/kg/día EV 4 dosis, (dar 1 ^{ra} dosis)
Más de 6 meses (no complicada)	Amoxicilina Cloranfenicol	90 mg/kg/día VO 3 dosis, 7-10 días 50 mg/kg/día VO 4 dosis, 7 días
Gérmenes atípicos	Eritromicina Claritromicina Azitromicina	50 mg/kg/dosis VO 4 dosis, 7 días 15 mg/kg/dosis VO 2 dosis, 7 días 10 mg/kg/dosis VO 1 dosis, 5 días

En el menor de 2 meses, se coloca la primera dosis del antibiótico y se procede a la referencia del niño a un Establecimiento de Salud con capacidad resolutive.

En la neumonía adquirida en la comunidad causada por *Streptococcus pneumoniae*, no se recomienda el uso de macrólidos (Azitromicina, Claritromicina, Eritromicina) o Cotrimoxazol (Sulfametoxazol + Trimetopim) como opción de tratamiento debido a la alta tasa de resistencia antibiótica observada en los estudios de sensibilidad.

El médico y todo el personal de salud son responsables de realizar el monitoreo al tratamiento de la neumonía en el niño o niña, para ello se

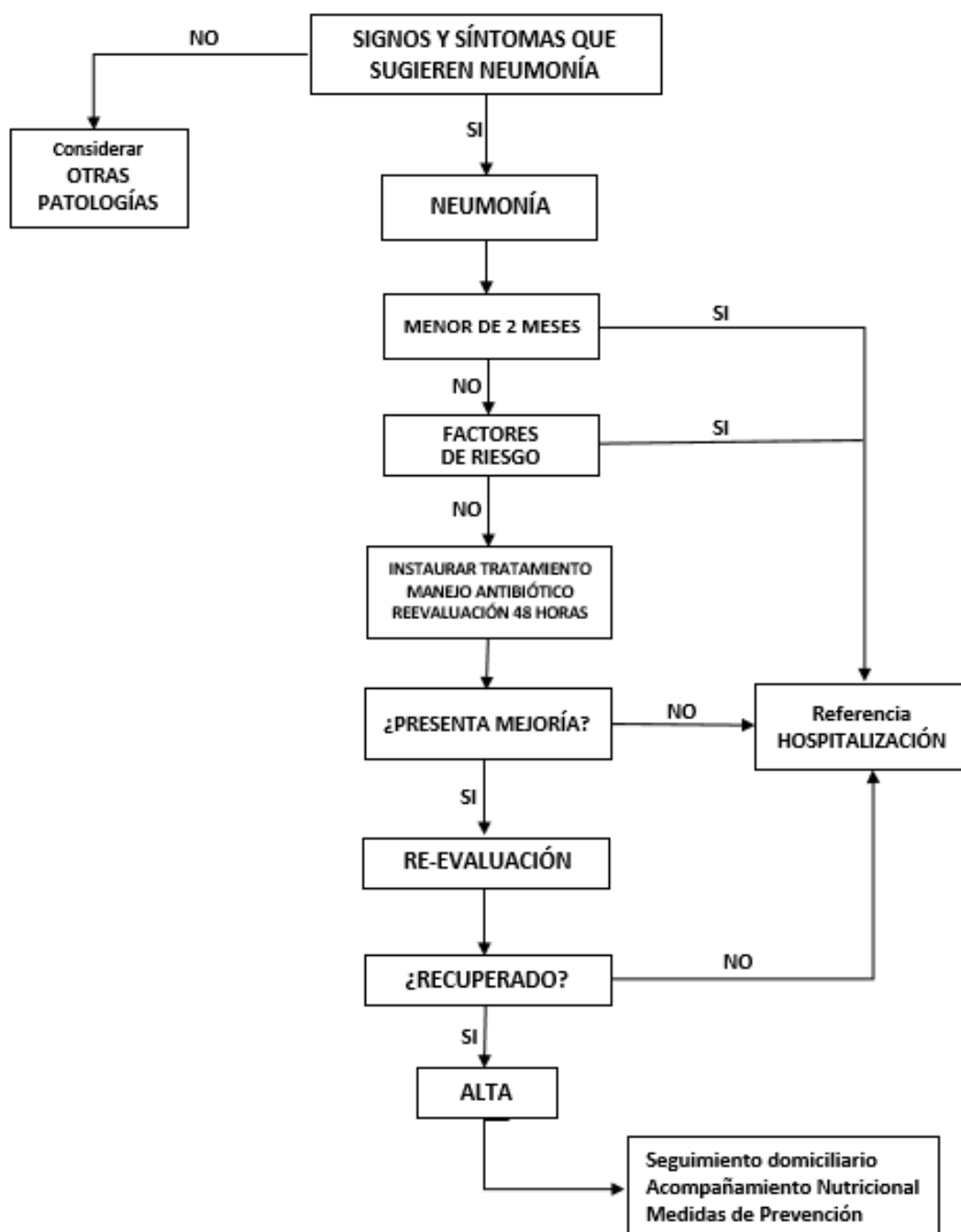
requiere realizar como mínimo 1 visita domiciliaria presencial dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento y/o si el niño o niña no acude a reevaluación a las 48 horas y se debe continuar con telemonitoreo hasta que el niño complete periodo de 7 días de tratamiento.

- **Criterios de Referencia.** El manejo del niño o niña puede realizarse en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención siempre y cuando no presente factores de riesgo, la gravedad sea leve o moderada o no sea menor de 2 meses (en este grupo toda neumonía es considerada GRAVE).

La referencia a Establecimientos de Salud de mayor complejidad se realizará ante la presencia de cuadros complicados o en alguno de los siguientes supuestos:

- ~ Niño menor de 2 meses.
- ~ Saturación de Oxígeno $\leq 92\%$.
- ~ Cianosis.
- ~ Dificultad respiratoria.
- ~ Apnea.
- ~ Intolerancia oral.
- ~ Mal estado general.
- ~ Fracaso de la terapia ambulatoria (48-72 horas sin respuesta)
- ~ Presencia de complicaciones tales como:
 - ✓ Derrame pleural paraneumónico.
 - ✓ Absceso pulmonar.
 - ✓ Neumotórax.
 - ✓ Neumonía necrotizante.
 - ✓ Neumatocele.
 - ✓ Sepsis.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de neumonía en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON NEUMONÍA



9. BRONQUIOLITIS AGUDA

- **Definición.** La bronquiolitis se define como el primer episodio de tos con sibilancias y/o estertores, precedido de rinitis aguda o catarro por 3 a 5 días en los niños menores de 2 años.
- **Epidemiología.** Se puede señalar que las infecciones respiratorias bajas son un problema importante en nuestro país y que, en el caso de bronquiolitis, tiene una tendencia a incrementarse en especial en el grupo de niños más pequeños (menores de 1 año). Del total de niños que desarrollan un cuadro de bronquiolitis, entre un 2 a 5% van a requerir un ingreso hospitalario y de ellos 1 de cada 5 puede requerir atención en UCI pediátrica.
- **Etiología.** La etiología en la bronquiolitis está asociada a infecciones virales ocasionadas principalmente por el virus sincicial respiratorio (VSR) en alrededor del 70% de los casos, los rinovirus, virus parainfluenza, Metapneumovirus humano, virus de la influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humanos también pueden dar origen a esta patología.
- **Fisiopatología.** El Virus Sincicial Respiratorio se transmite por contacto directo con las secreciones respiratorias de una persona infectada (por aerosoles en el ambiente) o por contacto indirecto a través de material infectado con secreciones respiratorias (vajillas, juguetes, manos, pasamanos de escaleras, mesas, cunas, etc.) que pueden ingresar por mucosa nasal, conjuntival y/o bucal. La infección se inicia en el tracto respiratorio superior extendiéndose al epitelio respiratorio inferior (bronquiolos). La inflamación en bronquiolos se caracteriza por daño ciliar, infiltración celular, edema de la submucosa y adventicia, pudiendo ocasionar necrosis tisular. El edema, la secreción de moco y el daño del epitelio respiratorio generan obstrucción parcial o total de la vía aérea, atelectasias y alteración de la relación ventilación/perfusión, ocasionando hipoxemia, polipnea y taquipnea en el paciente infectado.
- **Cuadro clínico.** El cuadro clínico puede iniciarse con síntomas respiratorios de las vías respiratorias altas (rinorrea) a lo cual

posteriormente puede acompañarse tos persistente con o sin elevación de la temperatura corporal y progresar a cuadros más severos. Al examen físico puede observarse dificultad respiratoria: taquipnea, retracciones subcostales, intercostales y supraclaviculares, sibilancias o estertores. En niños más pequeños puede observarse apnea.

Cuando el niño no presenta factores de riesgo, la evolución tiende a ser favorable y logra remitir en un periodo de 2 a 3 semanas. La frecuencia respiratoria es uno de los primeros en remitir, disminuyendo en el lapso de 2 a 5 días, mientras que la presencia de otros signos y síntomas puede mantenerse por mayor tiempo, especialmente en lactantes.

FRECUENCIA RESPIRATORIA EN NIÑOS	
EDAD	TAQUIPNEA
Menor de 2 meses	≥ 60 respiraciones por minuto
De 2 a 12 meses	≥ 50 respiraciones por minuto
De 1 a 5 años	≥ 40 respiraciones por minuto

- **Diagnóstico.** El diagnóstico de la Bronquiolitis es básicamente clínico, se caracteriza por ser el primer episodio de tos persistente, sibilancias y/o estertores en niños menores de 2 años precedido de síntomas respiratorios altos de 3 a 5 días de duración.
- **Tratamiento.** Son seis acciones las que deben aplicarse para el manejo del paciente con diagnóstico de neumonía y responden al acrónimo **FALTAN** y deben ser coordinadas con los padres o cuidadores del niño.
 - ~ **(F) Fiebre.** Control de la temperatura, se administra paracetamol ante cuadros con temperatura axilar $> 38^{\circ}\text{C}$.
 - ~ **(A) Alimentación.** Fomentar la lactancia materna en menores de 6 meses, en niños mayores brindar alimentación habitual.
 - ~ **(L) Líquidos.** Incrementar la ingesta de líquidos y compensar pérdidas insensibles.
 - ~ **(T) Tos.** Evitar el uso de antitusígenos, expectorantes, antihistamínicos, descongestionantes, etc.

- ~ **(A) Alarma.** Solicitar que se traslade al niño al Establecimiento de Salud más cercano ante la presencia de algún signo de alarma o empeoramiento del cuadro.
- ~ **(N) Nariz.** Mantener permeables las vías aéreas, en especial una buena limpieza de fosas nasales, para ello puede usarse una solución salina comercial o casera.

El nivel de severidad en la bronquiolitis puede determinarse de acuerdo a los siguientes parámetros:

SCORE DE ESCALA DE SEVERIDAD DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA					
PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Sibilancias	No	Al final de la espiración	En toda la espiración	Inspiratoria Espiratorias	Hipoflujo
Crepitantes	No	Presentes en un campo	Presentes en 2 campos	Presentes en 3 campos	Presentes en 4 campos
Esfuerzo	Ningún esfuerzo	Tiraje subcostal o intercostal inf.	Además tiraje supraesternal o aleteo	Además aleteo nasal y tiraje supraesternal	
Relación I/E	Normal	Simétrica	Invertida		
Frecuencia Respiratoria	Normal	Elevado	Muy elevado		
Frecuencia cardíaca	Normal	Elevado	Muy elevado		

A nivel de los Establecimientos de Salud se debe dar un adecuado soporte hidroelectrolítico, ya sea por vía oral o través de la infusión de soluciones endovenosas isotónicas de requerirse.

De presentarse necesidad por saturación de oxígeno menor a 92%, signos de insuficiencia respiratoria o presencia de cianosis, quejido se debe administrar oxígeno mediante cánula binasal o máscara de oxígeno.

En niños menores de 2 años se pueden nebulizar con solución salina 0.9%. No debe utilizarse Beta 2 agonistas (nebulización), adrenalina (nebulización), corticoides (inhalados), antibióticos, metilxantinas, mucolíticos, antitusígenos, expectorantes ni antihistamínicos en menores de 2 años

El médico y todo el personal de salud son responsables de realizar el monitoreo al tratamiento de la neumonía en el niño o niña, para ello se requiere realizar como mínimo 1 visita domiciliaria presencial dentro de las 72 horas de iniciado el tratamiento y/o si el niño o niña no acude a reevaluación a las 48 horas y se debe continuar con telemonitoreo hasta que el niño complete periodo de tratamiento.

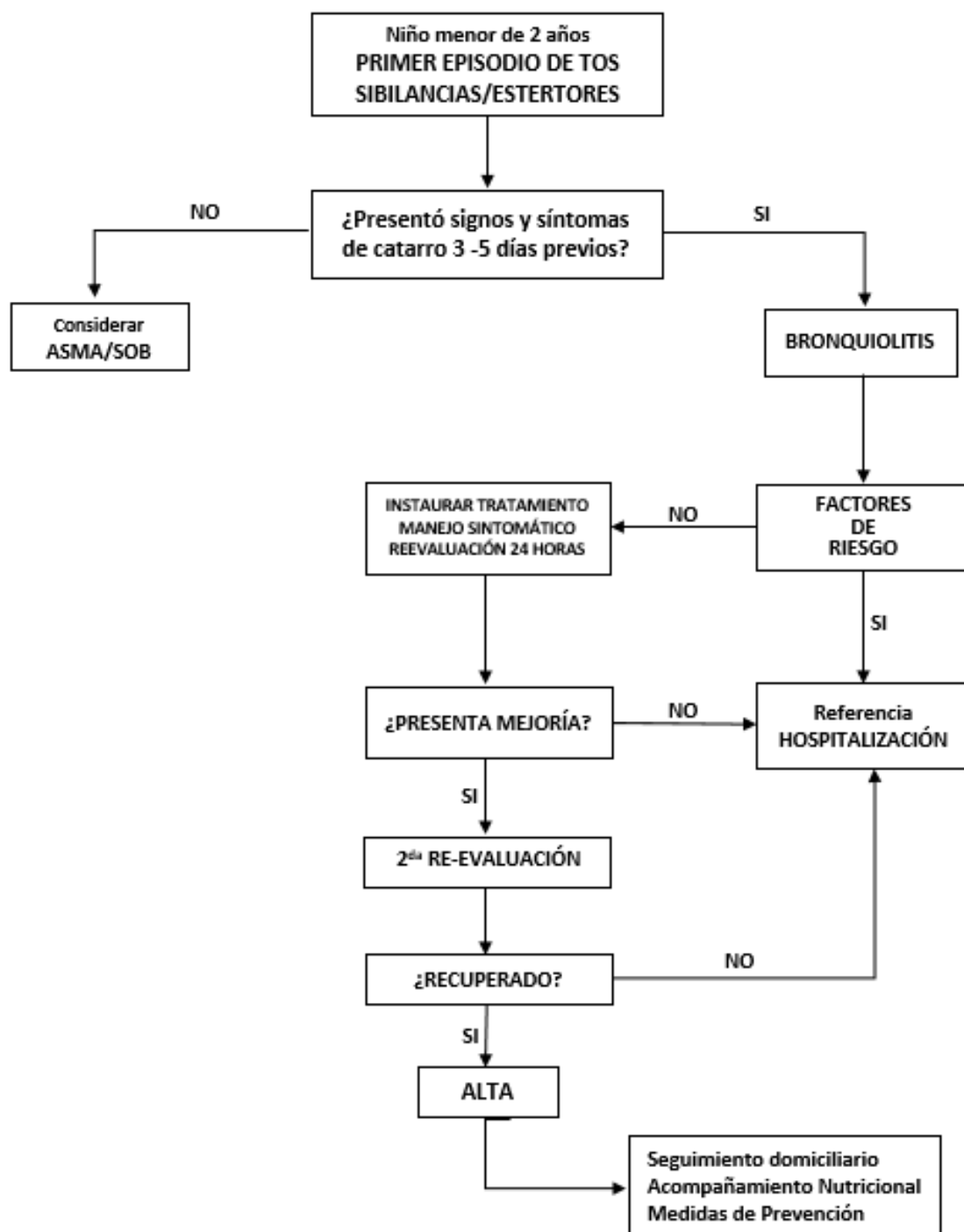
- **Criterios de Referencia.** El manejo del niño o niña puede realizarse en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención ya que la bronquiolitis suele ser un cuadro autolimitado, que evoluciona sin complicaciones.

La referencia a Establecimientos de Salud de mayor complejidad se realizará ante la presencia de cuadros complicados o en alguno de los siguientes supuestos:

- ~ Historia de prematuridad.
- ~ Saturación de Oxígeno $\leq 92\%$.
- ~ Niños menores de 3 meses.
- ~ Enfermedad Cardiopulmonar.
- ~ Inmunodeficiencia.
- ~ Historia de apnea.
- ~ Inadecuada tolerancia oral a líquidos.
- ~ Dificultad respiratoria: taquipnea, tirajes, entre otros.
- ~ Presencia de complicaciones tales como:
 - ✓ Atelectasia.
 - ✓ Neumonía.
 - ✓ Neumotórax.
 - ✓ Infecciones asociadas.
 - ✓ Deshidratación.

- ~ Si el niño no mejora o empeora a pesar del tratamiento recibido.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de bronquiolitis aguda en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON BRONQUIOLITIS AGUDA



10. ASMA BRONQUIAL

- **Definición.** El asma es una enfermedad inflamatoria (inflamación crónica) de las vías respiratorias que se asocia frecuentemente a estados de atopia. El proceso inflamatorio hace que las vías respiratorias sean vulnerables a episodios de dificultad para respirar (ataques de asma).
- **Epidemiología.** El asma bronquial al parecer es una condición clínica frecuente, aunque presenta amplias variaciones según la ubicación geográfica. Está condicionada por diversos factores como son la predisposición genética (antecedentes personales de atopia y antecedentes familiares de asma), factores medioambientales y hábitos personales y familiares. Existen algunos desencadenantes bien definidos del asma entre los que puede mencionarse los resfriados, la presencia de alérgenos, el ejercicio, sustancias irritantes, cambios atmosféricos, situaciones de stress emocional, entre otros.

FACTORES DE DESARROLLO DE ASMA	
DEPENDIENTES DEL PACIENTE	MEDIOAMBIENTALES
<i>Genes que predisponen a la atopia</i> <i>Genes que predisponen a hiperreactividad bronquial</i> <i>Obesidad</i> <i>Sexo</i>	<i>Alérgenos</i> <i>Infecciones (usualmente virales)</i> <i>Tabaquismo pasivo</i> <i>Polución</i> <i>Dieta</i> <i>Clima</i>

- **Fisiopatología.** El asma es un proceso inflamatorio crónico que condiciona la resistencia al flujo aéreo de las vías respiratorias, están comprometidos diversos tipos de células inflamatorias y múltiples mediadores químicos. Se señalan dos tipos de mecanismos: a) Mecanismo inmunológico, mediado o no por IgE y más frecuente en niños mayores, donde la inflamación crónica es el resultado de una compleja interacción celular y los efectos de numerosos mediadores químicos y b) Mecanismo no inmunológico, donde fundamentalmente

participan la células endoteliales, células epiteliales y fibroblastos las cuales producen neuropéptidos y citoquinas que amplifican y mantienen la respuesta inflamatoria.

- **Cuadro Clínico y Diagnóstico.** El diagnóstico está basado fundamentalmente en los hallazgos de la anamnesis y de la evaluación clínica realizada al niño. Debe de sospecharse de asma cuando se presentan algunos síntomas respiratorios como: tos seca, sibilantes, fatiga, disnea, opresión torácica, taquipnea y taquicardia.

INDICADORES DE PROBABILIDAD DE PADECER ASMA	
ALTA PROBABILIDAD	BAJA PROBABILIDAD
<i>Síntomas frecuentes, sobre todo por la noche o inicio de la mañana. Tras el ejercicio físico. Desencadenado por aire frío y seco, exposición a mascotas, emociones, risas, etc. Historia familiar de atopia, alergia o asma Historia personal de atopia y alergia</i>	<i>Síntomas exclusivamente con catarros. Catarros aislados en ausencia de sibilantes o dificultad respiratoria. Durante un episodio de crisis asmática Auscultaciones sin alteraciones Espirometría normal Ausencia de respuesta al ensayo de tratamiento con broncodilatador</i>

Se debe realizar el diagnóstico diferencial en niños menores de 5 años con las siguientes patologías:

- *Reflujo gastroesofágico*
- *Fibrosis quística*
- *Malformaciones cardiopulmonares*
- *Displasia broncopulmonar*
- *Problemas laríngeos*
- *Bronquiectasias*
- *Tuberculosis pulmonar*
- *Aspiración de cuerpo extraño*
- *Rinosinusitis crónica*
- *Infección recurrente de vías bajas*

- **Tratamiento.** El objetivo del tratamiento farmacológico es lograr el control pleno y total de la enfermedad, a través de:
 - *Ausencia de síntomas diurnos y nocturnos.*
 - *Ausencia de reagudizaciones*
 - *Actividad física sin limitaciones*
 - *Buena tolerancia farmacológica, sin efectos adversos.*

Previo al tratamiento debe valorarse la severidad del episodio clínico

VALORACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL EPISODIO DE ASMA			
PUNTUACIÓN	Frecuencia	Sibilancias	Uso de ECM
0	< 30 x min	No	No
1	31 a 45 x min	Final de la	Aumento leve
2	45 a 60 x min	Toda la	Aumentado
3	> 60 x min	Inspiración y	Actividad

El episodio se clasifica como: **LEVE** si se puntúa con **0 a 3**
 MODERADO si se puntúa con **4 a 6**
 GRAVE si se puntúa con **7 a 9**

El tratamiento de cualquier crisis debe ser iniciada en los Establecimientos de Salud del primer nivel y en el caso de no respuesta de los casos leve y moderado y todos los casos graves se referirá a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad para el manejo por especialista.

Los fármacos a utilizar son:

- *Agonistas β_2 de acción corta.* Salbutamol en inhalador presurizado de dosis medida 100 ug/dosis con cámara espaciadora y mascarilla o nebulizado.
- *Bromuro de Ipatropio.* A una dosis de 250 ug/dosis de manera conjunta con los agonistas β_2 de acción corta en casos de episodios graves.
- *Glucocorticoides.* Beclometasona en inhalador 50 ug/dosis, administrados con cámara espaciadora y mascarilla.

- *Corticoides sistémicos.* Son eficaces y beneficiosos si son aplicados de manera precoz en las primeras horas del episodio, se prefiere la vía oral (prednisona 1-2 mg/kg/día durante 3 a 5 días) en casos moderados o con antecedentes de casos graves. Dexametasona por vía intramuscular si no hay tolerancia oral o endovenosa en las crisis graves.

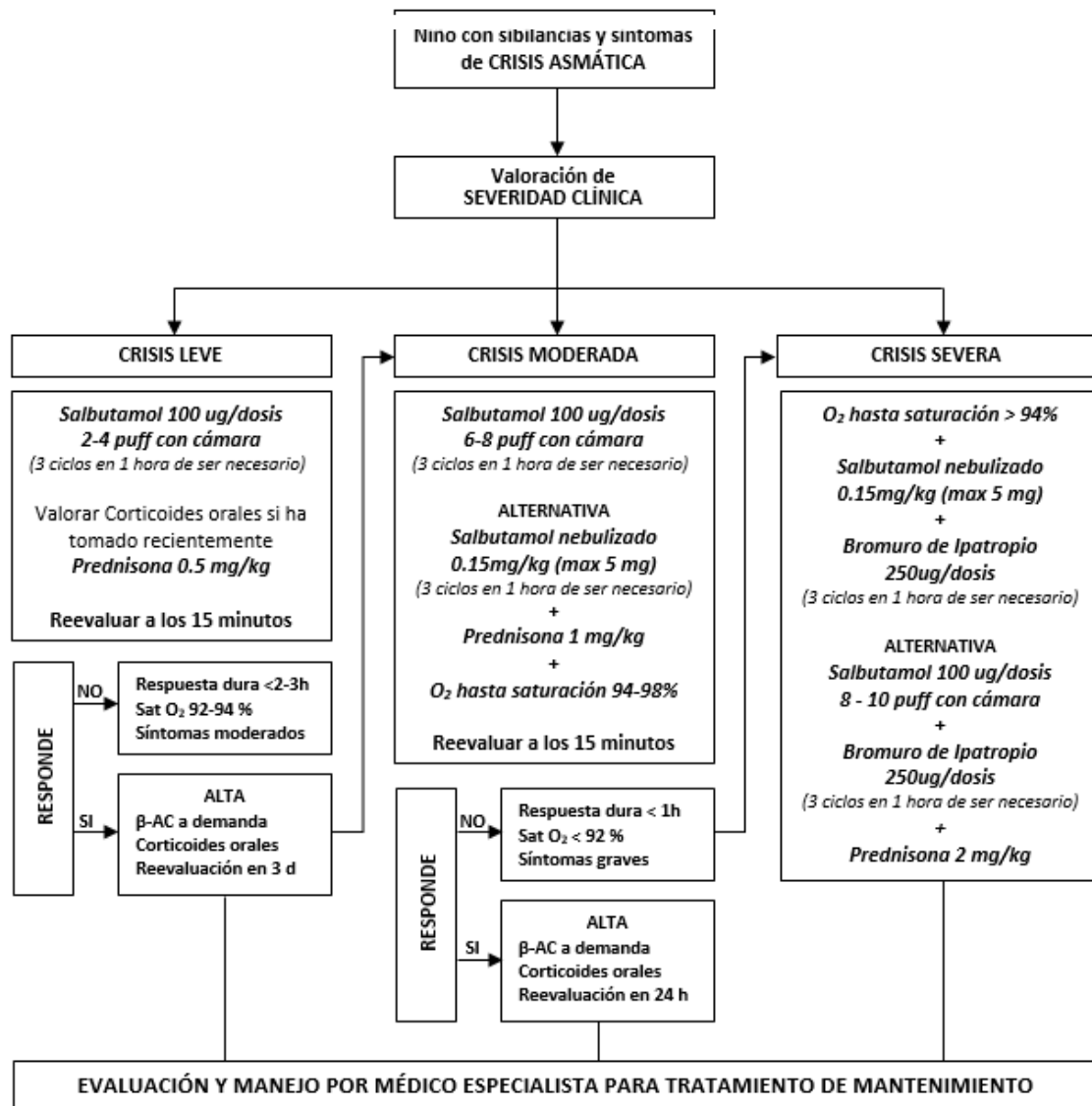
No utilizar mucolíticos, antihistamínicos, antitusígenos y antibióticos.

- **Criterios de Referencia.** El manejo del niño o niña puede realizarse en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención, pero requiere de la evaluación de médico especialista en Establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución.

La referencia a Establecimientos de Salud de mayor complejidad se realizará ante la presencia de cuadros complicados o en alguno de los siguientes supuestos:

- ~ Dudas diagnósticas
 - ~ Sospecha de comorbilidad y patologías base
 - ~ Episodios frecuentes y poco control de síntomas
 - ~ Episodios graves que requieran ingreso en UCIP
 - ~ Uso frecuente de ciclos de corticoides orales
 - ~ Presencia de complicaciones
 - ~ Si el niño no mejora o empeora a pesar del tratamiento recibido.
- **Flujograma de atención.** Se presenta el flujograma de atención al recibir un niño o niña con cuadro de crisis de asma bronquial en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO O NIÑA CON CRISIS AGUDA DE ASMA BRONQUIAL



11. ANEMIA EN NIÑOS, GESTANTES y PUÉRPERAS

- **Definición.** La anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina, el hematocrito o el número de glóbulos rojos por debajo de los valores considerados normales para la edad, el género y la altura a la que se habita
- **Clasificación.** En función a un criterio etiopatogénico las anemias pueden clasificarse en:

- **Regenerativas (Periféricas)**
 - ❖ **Pérdidas Sanguíneas.**
 - Agudas.
 - Crónicas.
 - ❖ **Hemólisis.**
 - *Corpusculares.*
 - ✓ Alteraciones de la membrana.
 - ✓ Déficit enzimático.
 - ✓ Alteraciones en la Hemoglobina.
 - *Extracorpóriculas.*
 - ✓ Agentes tóxicos.
 - ✓ Agentes infecciosos.
 - ✓ Causas mecánicas.
 - ✓ Inmunológicas.
 - ✓ Hiperesplenismo.
- **Arregenerativas (Centrales)**
 - ❖ **Alteraciones en las células madres.**
 - ❖ **Por invasión medular.**
 - Leucemias.
 - Linfomas.
 - Neoplasias.
 - ❖ **Déficit y/o trastornos metabólicos.**
 - Hierro.
 - Vitamina B₁₂ y Ácido fólico.
 - Hormonas.

En función a criterios morfológicos las anemias se pueden clasificar en:

- **Anemias Microcíticas.** Tienen un VCM < a 80 fl.
 - ❖ **Anemia ferropénica.**
 - ❖ **Talasemias.**
- **Anemias Normocíticas.**
 - ❖ **Aplasia Medular.**
 - ❖ **Infiltración medular.**
 - ❖ **Hemolíticas, excepto reticulocitosis.**
 - ❖ **Secundarias a enfermedades crónicas.**
- **Anemias Macrocíticas.** Tienen un VCM > a 100 fl.
 - ❖ **Hematológicas.**
 - Anemias megaloblásticas.
 - Reticulocitosis.
 - Síndrome mielodisplásico.
 - ❖ **No hematológicas.**
 - Alcoholismo.
 - Hipotiroidismo.
 - Insuficiencia hepática.

- **Etiología.** La anemia se presenta por diversas causas o mecanismos, pero el común denominador es la falta de eritrocitos circulantes, lo que se debe a uno de los siguientes tres factores:

- *Producción deficiente.*
- *Destrucción o pérdida de sangre.*
- *Combinación de los factores anteriores.*

Estos factores van a condicionar fundamentalmente la causa más frecuente de anemia que es la denominada anemia ferropénica.

La etiología más frecuente de la anemia se presenta a continuación:

- **Requerimientos incrementados de Hierro.**
 - ❖ Mujeres en edad fértil (menstruación).
 - ❖ Embarazo.
 - ❖ Lactancia.
 - ❖ Infantes y niños en crecimiento.
 - ❖ Tratamiento con eritropoyetina.
- **Incremento de pérdidas.**
 - ❖ Sangrado gastrointestinal.
 - ❖ Metrorragias.
 - ❖ Hematuria persistente.
 - ❖ Hemolisis intravascular.
 - ❖ Donadores regulares de sangre.
 - ❖ Infecciones parasitarias.
- **Disminución de la ingesta.**
 - ❖ Dieta vegetariana.
 - ❖ Factores socio-económicos.
- **Absorción disminuida.**
 - ❖ Patología del tracto gastrointestinal alto.
 - ❖ Gastrectomía.
 - ❖ Medicación.

- **Cuadro clínico.** Los signos y síntomas que suelen presentarse en el paciente con anemia van a depender del grado de hipoxia tisular que exista, así como de la velocidad de instauración de la anemia, la edad y el estado previo de la salud, así como de otras patologías concomitantes.

Los signos y síntomas más frecuentes de la anemia son:

- **Manifestaciones generales**
 - ❖ *Astenia.*
- **Manifestaciones Cardiovasculares**
 - ❖ *Palpitaciones.*
 - ❖ *Disnea.*
 - ❖ *Taquicardia e Hipotensión.*
- **Manifestaciones neurológicas**
 - ❖ *Cefalea*
 - ❖ *Mareo y vértigo*
 - ❖ *Somnolencia, confusión e irritabilidad*
 - ❖ *Ruidos en los oídos (tinnitus)*
- **Manifestaciones en la piel**
 - ❖ *Palidez*
 - ❖ *Fragilidad de las uñas*
- **En casos de anemia severa o de rápida instalación.**
 - ❖ *Piel fría y húmeda*
 - ❖ *Disminución del volumen de orina*
 - ❖ *Dolor precordial (angor)*
- **Otros síntomas y signos dependerán del tipo de anemia y su causa o etiología.**
 - ❖ *Hemólisis.*
 - *Ictericia.*
 - ❖ *Leucemia.*
 - *Esplenomegalia*
 - ❖ *Deficiencia de hierro*
 - *Pica.*
 - *Coiloniquia.*
 - *Caída de pelo.*
 - ❖ *Anemia aplásica.*
 - *Fiebre.*
 - *Púrpura.*

- **Tratamiento.** El manejo de la anemia en niños y gestantes va a depender fundamentalmente de la causa de la misma, pero básicamente involucra la administración de sales de hierro y el tratamiento de las patologías y condiciones clínicas que las provocan.

Siendo la anemia por déficit de hierro la más frecuente tanto en niños como gestantes, en esta guía se hará énfasis en el manejo de esta.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ANEMIA EN NIÑOS, GESTANTES Y PUÉRPERAS

EDAD	CON ANEMIA	SIN ANEMIA
RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y/O BAJO PESO AL NACER		
1 ^{ra} Semana	≤ 13.0 g/dl	> 13.0 g/dl
2 ^{da} a 4 ^{ta} Semana	≤ 10.0 g/dl	> 10.0 g/dl
5 ^{ta} a 8 ^{va} Semana	≤ 8.0 g/dl	> 8.0 g/dl
NIÑOS A TÉRMINO		
< 2 meses	≤ 13.5 g/dl	13.5 a 18.5 g/dl
2 a 6 meses	≤ 9.5 g/dl	9.5 a 13.5 g/dl
6 meses a 5 años		
• Severa	≤ 7.0 g/dl	> 11.0 g/dl
• Moderada	7.0 a 9.9 g/dl	
• Leve	10.0 a 10.9 g/dl	
GESTANTE		
Severa	≤ 7.0 g/dl	≥ 11.0 g/dl
Moderada	7.0 a 9.9 g/dl	
Leve	10.0 a 10.9 g/dl	
PUERPERAS		
Severa	≤ 8.0 g/dl	≥ 12.0 g/dl
Moderada	8 a 10.9 g/dl	
Leve	11.0 a 11.9 g/dl	

DOSIS A USAR EN EL MANEJO RECUPERATIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, GESTANTES Y PUÉRPERAS

GRUPO A TRATAR	A PARTIR DE	DOSIS A USAR	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
<i>Niños prematuros o con Bajo Peso al Nacer *</i>	<i>A los 30 días de nacido</i>	<i>4 mg/kg de peso/día</i>	<i>6 meses</i>
<i>Niños a término menores de 6 meses *</i>	<i>Al diagnóstico</i>	<i>3 mg/kg de peso/día</i>	<i>6 meses</i>
<i>Niños mayores de 6 meses de edad *</i>	<i>Al diagnóstico</i>	<i>3 mg/kg de peso/día</i>	<i>6 meses</i>
<i>Gestantes y puérperas**</i>	<i>Al diagnóstico</i>	<i>120 de hierro elemental 800 ug de Ac. fólico</i>	<i>Hasta 3 meses después de alcanzar normalidad</i>

* Controles de Hb al mes, 3 meses y 6 meses

** Controles de Hb mensuales

CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, GESTANTES Y PUERPERAS

PRODUCTO	FORMA FARMACÉUTICA	COMPONENTE CONTENIDO
Sulfato Ferroso	Gotas	1 gota = 1.25 mg Hierro elemental
Complejo Polimaltosado	Gotas	1 gota = 2.50 mg Hierro elemental
Sulfato Ferroso	Jarabe	1 ml = 3.00 mg Hierro elemental
Complejo Polimaltosado	Jarabe	1 ml = 10.00 mg Hierro elemental
Sulfato Ferroso	Tabletas	60 mg Hierro elemental
Complejo Polimaltosado	Tabletas	100 mg Hierro elemental
Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	Tabletas	60 mg Hierro elemental 400 ug Ácido fólico
Ácido Fólico	Tabletas	400 ug Ácido fólico

El personal de salud de los Establecimientos de Salud debe realizar visitas de seguimiento y monitoreo con la finalidad de verificar el cumplimiento y adherencia del tratamiento y reforzar las prácticas saludables en buena alimentación y nutrición.

Se debe de realizar consultas de control realizados por médico pediatra o médico general con una frecuencia mensual en el caso de anemia en niños y por médico gineco-obstetra o médico general en el caso de anemia en gestantes y puerperas.

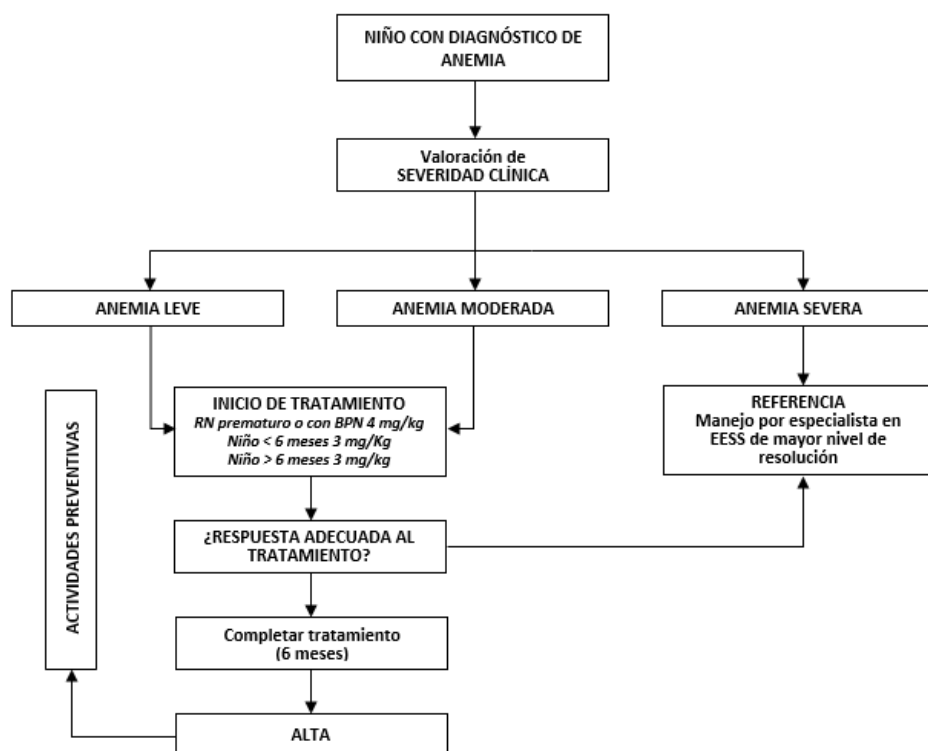
El dosaje de hemoglobina se debe realizar de manera mensual en las gestantes y puerperas con anemia y en el caso de niños esta determinación de hemoglobina se realiza al 1^{er} mes, 3^{er} mes y 6^{to} mes de iniciado el tratamiento.

- **Criterios de Referencia.** El manejo del niño o niña, la gestante y/o puerpera puede realizarse en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención, a excepción de aquellos casos en los cuales el diagnóstico sea de anemia severa, donde se requiere de la evaluación de médico especialista en Establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución.

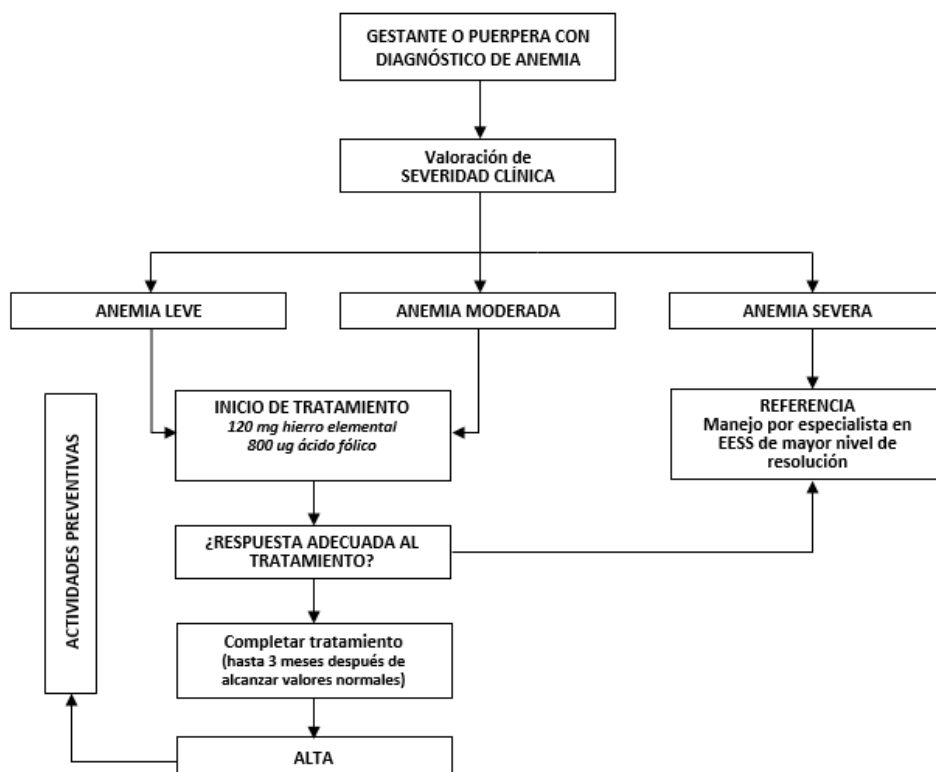
La referencia a Establecimientos de Salud de mayor complejidad se realizará ante la presencia de cuadros complicados o en alguno de los siguientes supuestos:

- ~ Diagnóstico de anemia severa
 - ~ Sospecha de causas diferentes a déficit de hierro
 - ~ Presencia de comorbilidades.
 - ~ Si no hay mejora o el cuadro empeora a pesar del tratamiento recibido. En el caso de niños si no hay mejora en los niveles de hemoglobina hasta el tercer mes de tratamiento requiere ser referido a un Establecimiento de Salud de mayor nivel de resolución para atención por especialista.
- **Flujograma de atención.** A continuación, se presenta los flujogramas de atención para niños y niñas, gestantes y puérperas con cuadro de anemia en un Establecimiento de Salud del primer nivel de atención.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO/NIÑA CON ANEMIA



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA GESTANTE O PUÉRPERA CON ANEMIA



6. BIBLIOGRAFIA

- Abós Olivares, E., Cortes Villuendas, M. T., Franco García, E., García López, S., Giraldo Castellano, P., Giralt Raichs, M., & Otros. (Febrero de 2004). *Guía clínica de actuación diagnóstica y terapéutica en la anemia ferropénica*. Recuperado el 16 de Julio de 2017, de http://www.fehha.org/pub/publicaciones/docs/guia_AF.pdf
- Aguado Noriega, J., & Villalobos Arévalo, P. (Mayo de 2019). *Guía de práctica clínica del asma infantil en atención primaria*. Recuperado el 27 de Enero de 2021, de Sociedad de Neumología Pediátrica: <https://neumoped.org/wp-content/uploads/2019/07/GUIA-ASMA-PEDIATRIA-2019.pdf>
- Alcazar, L. (Diciembre de 2012). *Impacto económico de la anemia en el Perú*. GRADE; Acción contra el hambre. Recuperado el 04 de Abril de 2017, de http://www.grade.edu.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf
- Alvez Gonzáles, F., & Sánchez Lastres, J. M. (s.f.). 4. *Faringoamigdalitis aguda*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría.: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/faringoamigdalitis.pdf>
- Asensi Monzo, M. T., Duelos Marcos, M., & García Merino, A. (2018). Manejo Integral del Asma en Atención Primaria. (AEPap, Ed.) *Curso de Actualización Pediátrica 2018*, 489-506. Recuperado el 28 de Enero de 2021
- Asociación Española de Pediatría. (2017). *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Neumología Pediátrica* (2da Edición ed.). (M. V. Velasco Gonzáles, M. C. Luna Paredes, M. Sánchez Solís de Querol, S. Eueda Esteban, E. Sánchez Sánchez, M. L. García García, . . . R. Villa Asensí, Edits.) Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Recuperado el 22 de Diciembre de 2020, de <https://neumoped.org/wp->

- content/uploads/2019/02/Protocolos-Diagn%C3%B3sticos-y-terap%C3%A9uticos-en-Neumolog%C3%ADa-Pedi%C3%A1trica.pdf
- Bercedo Sanz, A., Suárez López de Vergara, R. G., & Torregrosa Bertet, M. J. (2007). *Guía de buena práctica clínica en asma infantil*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. Recuperado el 28 de Enero de 2021, de https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Asma_infantil.pdf
- Callén Blecua, M., Praena Crespo, M., García Merino, A., & Mora Gandarillas, I. (21 de Julio de 2015). *Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y Tratamiento en Atención Primaria*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2020, de Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo del GVR: https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/bronquiolitis_p_gvr_4-gr_2015.pdf
- Calvo Rey, C., García García, M. L., Casas Flecha, I., & Pérez Breña, P. (s.f.). *19. Infecciones respiratorias virales*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/irsv.pdf>
- Dallman, P. R. (1981). Anemia of prematurity. *Annual Review of Medicine*, 32, 143-160. doi:<http://doi.org/10.1146/annurev.me.32.020181.001043>
- del Castillo Martín, F., Baquero Artigao, F., García Miguel, A., & Méndez Echevarría, A. (s.f.). *8. Otitis Media Aguda*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría.: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/oma.pdf>
- García de la Rubia, S., & Pérez Sánchez, S. (2016). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatría Integral*, XX(2), 80-93. Recuperado el 27 de Ene de 2021, de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf
- García Herrero, M. A., Olivas López de Soria, C., & López Lois, M. G. (Octubre de 2019). *17 Deshidratación Aguda*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2020, de Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en

Urgencias de Pediatría:

https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/17_Deshidratacion.pdf

Gavilán Martín, C., García Avilés, R., & Gonzáles Montero, R. (s.f.). 13.

Gastroenteritis aguda. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/gea.pdf>

Hernández Nieto, L., Hernández García, M., Pintado Cros, T., Juncá Piera, J., Vives Corrons, J., & Matín Vega, C. (1995). *Sección 14: Hematología*.

Recuperado el 5 de Agosto de 2017, de Enfermedades del Sistema Eritrocitario - Anemias:

http://www.faseh.edu.br/biblioteca_/arquivos/acervo_digital/Hematologia.pdf

INS. (Mayo de 2015). *ANEMIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DEL PERÚ:*

ASPECTOS CLAVE PARA SU AFRONTE. Recuperado el 16 de Junio de 2019, de

https://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINANCIAL_v.03mayo2015.pdf

Jaime Perez, J. C., & Gómez Almaguer, D. (2012). *Hematología: La sangre y sus enfermedades* (3ra ed.). Mexico.DF, Mexico: Mc Graw Hill

Interamericana Editores S.A de C.V. Recuperado el 31 de Julio de 2017, de

<http://www.nparangaricutiro.gob.mx/Libros/Hematologia.La.sangre.y.sus.enfermedades.pdf>

Medina Claros, A. F., Mellado Peña, M. J., García López Hortelano, M.,

Piñeiro Perez, R., & Martín Fontelos, P. (s.f.). 9. *Parasitosis Intestinal*.

Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría:

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf

Mendez Echevarría, A., García Miguel, M. J., Baquero Artigao, F., & del

Castillo Martín, F. (s.f.). 7. *Neumonía adquirida en la comunidad*.

Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico

terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. Asociación Española de Pediatría:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/neumonia.pdf>

MINSA - Dirección General de Salud de las Personas. (2007). *Curso Clínico de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia con enfoque de derechos. Manual de lectura*. (4ta Edición ed.). Lima: SINCO Editores. Recuperado el 23 de Diciembre de 2020, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf>

MINSA. (23 de Marzo de 2006). *Resolución Ministerial N° 291-2006-MINSA. Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Patalogías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251732-291-2006-minsa>

MINSA. (24 de Diciembre de 2013). *Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA - Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf

MINSA. (3 de Diciembre de 2014). *Resolución Ministerial N° 935-2014-MINSA. Guías de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/199084-935-2014-minsa>

MINSA. (2017). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 31 de Mayo de 2017, de Buscador de Normas Legales: Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf

MINSA. (12 de Abril de 2017). *Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA: NTS para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Recuperado el 28 de

Diciembre de 2020, de Instituto Nacional de Salud:

https://anemia.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-08/RM_250-2017-MINSA.PDF

MINSA. (10 de Julio de 2017). *Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA - Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>

MINSA. (1 de Septiembre de 2017). *Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarréica Aguda en la Niña y el Niño*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>

MINSA. (6 de Noviembre de 2019). *Resolución Ministerial N° 1041-2019-MINSA - Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Neumonía en la Niña y el Niño*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/421615/resolucion-ministerial-n-1041-2019-minsa.pdf>

MINSA. (21 de Junio de 2019). *Resolución Ministerial N° 556-2019-MINSA - Guía de Práctica Clínica para diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis en niños menores de 2 años*. Recuperado el 18 de Diciembre de 2020, de Gobierno del Perú:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322702/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__556-2019-MINSA.PDF

Palomo G., I., & Lira V., P. (2009). Anemia y Síndrome Anémico. En I. Palomo G., J. Pereira G., & J. Palma B., *Hematología - Fisiopatología y Diagnóstico* (págs. 105 - 114). Talca, Chile: Editorial Universidad de Talca. Recuperado el 25 de Julio de 2017, de <http://www.educacion-holistica.org/notepad/documentos/Medicina/Hematolog%C3%ADa/Hematologia.%20Fisiopatologia%20y%20Diagnostico.pdf>

- Pascual Martínez, A., Adeva Alfonso, J., Manso Sánchez, L., Pérez Ramírez, S., Ruiz Mateos, B., Ferre Aracil, C., & Lozano Gamero, V. (2013). *Manual AMIR : Hematología* (6ta ed.). Academia de Estudios MIR, S.L. Recuperado el 30 de Julio de 2017, de <https://drive.google.com/file/d/0B5sRNsSIYPfFQ1pfWXdzWjZ3dVU/view>
- Ramos Boluda, E., Sarriá Osés, J., Acuña Quirós, M. D., & Álvarez Coca, J. (s.f.). 3. *Diarrea Crónica*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_cronica.pdf
- Román Riechmann, E., Barrio Torres, J., & López Rodríguez, M. J. (s.f.). 2. *Diarrea Aguda*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf
- Romero Gonzáles, J., & López Casado, M. A. (s.f.). 17. *Parasitosis Intestinal*. Recuperado el 17 de Diciembre de 2020, de Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis.pdf>
- Sánchez Santos, L., & Rodríguez Nuñez, A. (s.f.). *Gastroenteritis aguda en la infancia. Terapéutica secuencial actual en Atención Primaria*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Sociedad Española de Pediatría y Atención Primaria.: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2016/04/Gastroenteritis-BR.pdf>

Anexo N° 06: Establecimientos de salud que familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses

**DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA PROVISIÓN DE CONSEJERÍA EN PRACTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INFANTIL A TRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 36 MESES Y GESTANTES EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA”**

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y puérperas en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral y bienestar a través de la visita domiciliaria.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola fortaleciendo la adopción de prácticas adecuadas de nutrición y salud a través de la visita domiciliaria.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer los criterios para la implementación de la visita domiciliaria para la prevención, reducción y control de la anemia en niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y puérperas en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.
- Estandarizar los procedimientos técnicos para la realización de la visita domiciliaria a los niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y puérperas en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo 055-2007-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional CRECER.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP-V.01 Directiva Sanitaria para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de la salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°105-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para población Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.

- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”.
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA-INS-V 0.1 “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 006-MINSA-INS-V 0.1 “Lineamientos de Nutrición Materna”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Datos personales.** Es toda información sobre una persona natural que la identifica o la hace identificable a través de medios que pueden ser razonablemente utilizados.
- **Datos sensibles.** Son los datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular, datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información relacionada a la salud o a la vida sexual. La información de salud constituye datos sensibles.
- **Desarrollo Infantil Temprano (DIT).** Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.
- **Educación nutricional.** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos

alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.

- **Episodio de Atención de Salud.** Es aquel que se origina cada vez que un paciente recibe una prestación en un servicio final de una IPRESS y comprende al conjunto de acciones realizadas en promoción, prevención, recuperación o rehabilitación en salud.
- **Establecimiento de salud.** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
- **Factores Condicionantes de la Salud, Nutrición y Desarrollo del Niño.** Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.
- **Factores de Riesgo.** Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.
- **Personal de la Salud.** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Visita domiciliaria.** Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en

casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.

5.2. DISPOSICIONES GENERALES.

- Los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola deberán cumplir con los procedimientos previos de sectorización de su territorio y con la asignación de sectoristas responsables, tal como se norma en los documentos de Atención Integral vigente.
- El responsable del Establecimiento de Salud en coordinación con los responsables de los Programas Presupuestales de Articulado Nutricional y Materno Perinatal deberán elaborar el mapeo de niños, niñas, gestantes y puérperas que inicien suplementación o tratamiento de anemia, así como de los riesgos encontrados.
- La Visita Domiciliaria es realizada por personal de salud capacitado, tiene como finalidad fortalecer prácticas claves como son: a) Lactancia Materna, b) Alimentación saludable, c) suplementación y tratamiento de anemia d) Estado vacunal de acuerdo a edad y e) Promoción del lavado de manos y uso de agua segura.
- El tiempo de duración de la primera visita domiciliaria debe ser de 60 minutos, las siguientes visitas de seguimiento tendrán una duración no menor de 20 minutos.
- Las visitas domiciliarias en niños, niñas, gestantes y puérperas se realizan de acuerdo al siguiente calendario:

NIÑOS Y NIÑAS SIN ANEMIA
Una visita dentro de los primeros 7 días de nacido
Dos visitas entre los 4 y 5 meses (1 mensual)
Tres visitas entre los 6 y 11 meses: a los 30, 90 y 180 días de iniciada la suplementación)
NIÑOS Y NIÑAS CON ANEMIA
Tres visitas entre 6 y 11 meses: a los 30, 60 y 90 días de iniciado el tratamiento
GESTANTE CON/SIN ANEMIA
Primera visita: Después del 1er control prenatal y de realizada el kit de exámenes de laboratorio (14-27 semanas

Segunda visita: Después del segundo kit de exámenes de laboratorio (28-40 semanas de gestación)
PÚERPERA CON/SIN ANEMIA
Primera visita: En los primeros 7 días post-parto
Segunda visita: Entre los 28 y 30 días post-parto

- El personal de salud debe coordinar con los actores sociales para no coincidir en las fechas de realización de las visitas domiciliarias.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Implementación de las Visitas Domiciliarias.

- **Antes de la Visita Domiciliaria.** Se debe realizar las siguientes actividades:
 - ~ Identificación de niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y púerperas de la jurisdicción a visitar.
 - ~ Establecer la zona de ruta a seguir para la realización de las visitas.
 - ~ Conformar el equipo (personal de salud) que ejecutará las visitas domiciliarias y los horarios de las mismas con su debida anticipación.
 - ~ Establecer los motivos, objetivos y determinar el contenido a brindar en cada visita domiciliaria.
 - ~ Actualizar los datos generales en la ficha de visita domiciliaria con la información de acceso público.
 - ~ En lo posible, contactar al usuario o sus familiares para coordinar la espera y lograr visitas domiciliarias efectivas.
 - ~ Preparar el material e instrumentos a utilizar durante la visita domiciliaria.
- **Durante la Visita Domiciliaria.** Se debe proceder y cumplir con lo siguiente:
 - ~ Presentarse como Personal de Salud, identificarse y saludar cordial y respetuosamente.

- ~ Solicitar la aceptación de los responsables del niño o niña (padre, madre, cuidador), gestante o puérpera para realizar la entrevista, explicándole de manera clara y sencilla los objetivos de la misma.
- ~ Solicitar en el caso de niños y niñas: a) Carnet de Crecimiento y Desarrollo CRED, b) Tarjeta El camino del buen crecimiento “mis acuerdos y compromisos”. Luego proceder a revisar y verificarla información consignada en ellos: Peso al nacer, controles CRED, dosaje de hemoglobina, entrega de suplementos, calendario vacunal y acuerdos y compromisos asumidos.
- ~ En caso de gestante o puérpera, solicitar carnet de atención materno perinatal y de ser posible resultados de exámenes auxiliares y de apoyo al diagnóstico realizados, revisar y verificar edad gestacional, dosaje de hemoglobina, suplementación con micronutrientes, signos de alarma, calendario vacunal, acuerdos y compromisos asumidos.
- ~ De cumplir con acuerdos y compromisos brindar las felicitaciones correspondientes y motivar a la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera sobre la necesidad de mejorar y mantener las prácticas saludables, caso contrario investigar las causas de no cumplimiento.
- ~ En el caso de no existir acuerdos y compromisos previos estos se establecerán durante la visita domiciliaria, en caso de aquellos que no se cumplieron, se plantearan nuevos de manera conjunta con alternativas de solución que no dificulten su logro.
- ~ Si se observa que los suplementos de micronutrientes no fueron entregados o estos resultaron insuficientes, se procederá a entregarle el que corresponda.
- ~ Si el niño, la niña, gestante o puérpera dejó el suplemento o tratamiento con hierro (falta de adherencia) por más de 3 meses, no realizó los controles o presentó algún efecto colateral a los mismos, deberá recibir en la visita domiciliaria la consejería correspondiente y referir al Establecimiento de Salud con la tarjeta

de ATENCIÓN PREFERENTE (posteriormente coordinará con el servicio de admisión la reserva de la cita).

- ~ Se debe reforzar también otras prácticas saludables como son: a) Lactancia Materna Exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad, b) Buena nutrición, tanto en el niño menor de 1 año (alimentación complementaria) como en la gestante y puérpera, c) Lavado de manos y d) Uso de agua segura.
- ~ Finalmente, se sintetizan los acuerdos y compromisos a los cuales la madre, el padre, el cuidador, la gestante o la puérpera han llegado, se da lectura a ellos y se les solicita la firma de la ficha de visita domiciliaria, exhortándolos a acudir a las citas programadas, a sus controles, el cumplimiento de los acuerdos y compromisos. Se procede a la despedida y agradecimiento.
- **Después de la Visita Domiciliaria.** Cumplir con las siguientes actividades:
 - ~ Registrar la información de las visitas realizadas en las herramientas que el Establecimiento ha destinado para tal fin con la finalidad de poder evaluar su progreso.
 - ~ Registrar en los sistemas informáticos que correspondan las visitas realizadas (HISMINSA, FUA, WAWARED, e-Qhali, etc.).
 - ~ Adjuntar las fichas de visitas domiciliarias efectuadas en la historia clínica o correspondiente.

VII. RESPONSABILIDADES.

- Los Establecimientos de Salud son los responsables de aplicar lo establecido en la presente Directiva Sanitaria.
- Son responsables directos el encargado del Establecimiento de Salud junto a los encargados de los servicios de Enfermería y Obstetricia.
- El Comité de gestión de la Microred de Salud Zamácola es la responsable del seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- Las herramientas e instrumentos a utilizar para llevar a cabo las Visitas Domiciliarias están contenidas en el punto 6.1.1. y en los Anexos de la

Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP-V.01 aprobada por la Resolución Ministerial N° 834-2019/MINSA.

- La visita domiciliaria debe incluir también la revisión de los riesgos señalados por la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años” aprobada por Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA en los niños y niñas y la NTS N°105-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna aprobada por Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA en las gestantes y puérperas.
- Las consejerías que se brinden a la madre, padre, cuidador, gestante o puérpera debe estar enmarcada a lo señalado en la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna” aprobada por Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA y el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil” aprobada por Resolución Ministerial 870-2009/MINSA.

IX. ANEXOS

- Ficha Técnica de Indicadores de seguimiento y cumplimiento.

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Familias con niños menores de 36 meses o gestantes que reciben visita domiciliaria para provisión de consejería en prácticas saludables para el cuidado infantil.</i>					
Definición	Porcentaje de familias con niños y niñas menores de 36 meses de edad o gestantes, que en el periodo de evaluación han recibido visitas domiciliarias para la provisión de consejería en prácticas saludables para el cuidado infantil según normatividad vigente.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Medir el grado de acceso y oportunidad de las familias con niñas, niños y gestantes a recibir intervenciones sanitarias en su domicilio en prácticas saludables para el cuidado infantil, que permitan reducir los índices de anemia infantil en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.					
Justificación	Este indicador permite asegurar que la familia con niñas, niños o gestantes reciba información a través de la consejería en prácticas saludables para el cuidado infantil, disminuyendo los riesgos					

	en actitudes y comportamientos que deriven en cuadros de anemia en niños y gestantes..		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Familias con niños o gestantes que reciben visita}}{\text{N° de familias censadas con niños o Gestantes}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de familias con niños menores de 36 meses o gestantes que han recibido por lo menos 2 visitas domiciliarias en el periodo de evaluación y se les haya brindado consejería en prácticas saludables para el cuidado infantil. Denominador: Número familias con niños menores de 36 meses de edad o gestantes censadas en el ámbito del Establecimiento de Salud en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\frac{\% \text{ de cumplimiento}}{= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100}$		
Fuente	Padrones nominales	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	25.0 %	Meta Esperada	40.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Un incremento anual del 10% en el valor umbral y de 5% en la Meta Esperada.		
Área responsable	Responsable de Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

**DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA PROVISIÓN DE SESIONES
DEMOSTRATIVAS Y EDUCATIVAS A FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE
36 MESES Y GESTANTES EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED DE SALUD
ZAMACOLA”**

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y puérperas en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de la prestación de intervenciones preventivo promocionales como las sesiones demostrativas de preparación de alimentos en el marco de la atención integral de la salud.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la realización de sesiones demostrativas de preparación de alimentos.

b. Objetivo Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para la realización de sesiones demostrativas de preparación de alimentos dirigida a poblaciones vulnerables y de riesgo a padecer anemia: niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y mujeres en periodo de lactancia en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.

- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo 055-2007-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional CRECER.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA/2019/DGIESP-V.01 Directiva Sanitaria para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de la salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°105-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para población Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 111-2005/MINSA, que aprueba los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”.
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA-INS-V 0.1 “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 006-MINSA-INS-V 0.1 “Lineamientos de Nutrición Materna”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del

Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. CONCEPTOS BÁSICOS.

5.1.1. Sesión demostrativa

Es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, de la gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “aprender haciendo”.

La sesión demostrativa está dirigida a madres, padres o personas responsables del cuidado de la niña o niño menor de tres años, las gestantes y mujeres que dan de lactar; líderes y autoridades comunales o miembros de organizaciones que preparan alimentos como comedores infantiles, comités de gestión comunal, entre otros.

5.1.2. Metodología “aprender haciendo”

La metodología pedagógica denominada “aprender haciendo” (learning by doing), establece que los contenidos teóricos son necesarios para avanzar en el aprendizaje de cualquier área de conocimiento, pero para lograr retenerlos y dotarlos de utilidad es mejor experimentar con ellos, este proceso pervive en el tiempo, de acuerdo con la siguiente cita atribuida a Aristóteles: Lo que tenemos que aprender a hacer, lo aprendemos haciendo.

5.2. IMPORTANCIA DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA.

Las sesiones demostrativas de preparación de alimentos son importantes porque permiten:

- Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad.
- Conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada.

- Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales.
- Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y la anemia.
- Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos.

5.3. DE LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DE LAS SESIONES

La coordinación para la realización y convocatoria de las sesiones demostrativas de preparaciones de alimentos recae en la responsable del Servicio de Nutrición, en forma conjunta con la responsable de Promoción de la Salud en cada uno de los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

El desarrollo de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos estará a cargo de por lo menos dos trabajadores de la salud capacitados en la metodología de sesiones demostrativas de preparación de alimentos, quienes actuarán como facilitadoras.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1. LA CONVOCATORIA.

A cargo del responsable del Establecimiento de Salud en coordinación con la responsable de Promoción de la Salud y la responsable del Servicio de Nutrición o de la ESN Alimentación y Nutrición Saludable, quienes solicitarán el padrón de niños y niñas menores de 36 meses y madres gestantes, de los cuales se seleccionará un mínimo de seis (6) y un máximo de quince (15) personas.

Los participantes deben ser padres y/o madres, personas responsables del cuidado de niños o niñas menores de 36 meses, gestantes y mujeres en periodo de lactancia. Pueden participar líderes y autoridades comunales y miembros de organizaciones como comedores, entre otros.

6.2. DEL LOCAL Y LA FECHA.

Se debe seleccionar una fecha y horario apropiado que permita la participación mayoritaria de las personas invitadas, así como del personal de salud que actuará como facilitador.

El local debe cumplir con algunos requisitos como son una buena ventilación e iluminación, contar con la provisión de agua segura tanto

para el lavado de manos como el lavado de los utensilios y poseer la amplitud suficiente para asegurar un espacio de 4 mesas y 15 sillas.

6.3. DEL MATERIAL REQUERIDO.

El kit de materiales para la realización de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos es responsabilidad única y exclusiva del responsable del Establecimiento de Salud, quien deberá solicitarlo en préstamo a la cabecera de la Microred de Salud.

El Comité de Gestión de la Microred hará llegar el requerimiento para la adquisición del Kit de materiales a la Red de Salud Arequipa Caylloma para su provisión o en su defecto realizará el requerimiento de compra ante el Consejo Directivo de la CLAS para su adquisición haciendo uso de los recursos provenientes por las fuentes de Recursos Determinados (FED) y Donaciones y Transferencias (SIS).

La relación de materiales y utensilios que componen el kit se encuentra descrito y señalado en el acápite 6.3.1.5. del Documento Técnico “Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, aprobada por Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA.

6.4. DE LA METODOLOGÍA.

La metodología a emplear se describe ampliamente en el Documento Técnico “Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, aprobada por Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA y el cual debe ser utilizado como guía para el desarrollo de cada sesión.

6.5. DE LA SUPERVISIÓN.

Tiene por objetivo verificar el adecuado desempeño del personal en el desarrollo y aplicación de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil y es responsabilidad del Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola. Para tal fin se usará la ficha del Anexo 5, la cual se aplica según lo indicado en el instructivo contenido en el Anexo 6 del Documento Técnico “Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, aprobada por Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA.

VII. RESPONSABILIDADES.

- Los Establecimientos de Salud son los responsables de aplicar lo establecido en la presente Directiva Sanitaria.
- Son responsables directos el encargado del Establecimiento de Salud junto a los encargados del servicio de Nutrición (ESN Alimentación y Nutrición Saludable) y responsable de Promoción de la Salud.
- El Comité de gestión de la Microred de Salud Zamácola es la responsable del seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

VIII. ANEXOS

- Ficha Técnica de Indicadores de seguimiento y cumplimiento.

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Madres o cuidadores de niños menores de 36 meses que acuden y participan de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil.</i>					
Definición	Porcentaje de niños y niñas menores de 36 meses de edad cuyas madres o cuidadores, en el periodo de evaluación, han participado activamente de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos según normatividad vigente.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Brindar información teórica- práctica en la preparación de alimentos a las madres o cuidadores de niños menores de 36 meses de edad que permitan reducir los índices de anemia infantil en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.					
Justificación	Este indicador permite asegurar que la familia (madre o cuidadores) con niños menores de 36 meses reciban información a través de las sesiones demostrativas de preparación de alimentos, disminuyendo los riesgos en actitudes y comportamientos que deriven en cuadros de anemia en niños.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Madres o cuidadores que asisten a las sesiones de preparación de alimentos}}{\text{N° de familias censadas con niños menores de 36 meses}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de madres o cuidadores de niños menores de 36 meses que han					

	participado como mínimo en una sesión demostrativa de preparación de alimentos en el periodo de evaluación. Denominador: Número familias con niños menores de 36 meses de edad censadas en el ámbito del Establecimiento de Salud en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Padrones nominales	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	40.0 %	Meta Esperada	60.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Un incremento anual del 10% en el valor umbral y de 5% en la Meta Esperada.		
Área responsable	Responsable de Servicio de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

DIRECTIVA SANITARIA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM
DIRECTIVA SANITARIA “CRITERIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y
FUNCIONAMIENTO DE GRUPOS DE APOYO COMUNAL PARA LA
PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL ÁMBITO DE LA MICRORED DE
SALUD ZAMACOLA”

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de la implementación de grupos de apoyo comunal que promuevan y protejan la lactancia materna exitosa, mejoren la alimentación complementaria.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la implementación de Grupos de Apoyo Comunal.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer las disposiciones de carácter técnico y normativo a desarrollar por parte del personal de salud que fomente la implementación y funcionamiento de Grupos de Apoyo Comunal que promuevan la lactancia materna y alimentación suplementaria, así como el lavado de manos en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Sanitaria son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.

- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS, que aprobó Los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo 055-2007-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional CRECER.
- Decreto Supremo N° 009-2006-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”

- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprobó la NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal.
- Resolución Ministerial N° 958-2012-MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para población Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial 111-2005/MINSA, que aprueba los “Lineamientos de Política de Promoción de la Salud”.
- Resolución Ministerial 610-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 010-MINSA-INS-V 0.1 “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial 126-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 006-MINSA-INS-V 0.1 “Lineamientos de Nutrición Materna”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Actores claves de la comunidad:** Son aquellas personas u organizaciones naturales o jurídicas que tienen la capacidad y los medios para influir en las madres, familias o comunidad para la implementación de grupos de apoyo.

- **Facilitador/a:** Es el profesional de salud encargado de promover los procesos de implementación de grupos de apoyo a través de un proceso de enseñanza aprendizaje, el diálogo y la reflexión permanente, fortaleciendo capacidades y potencialidades, además es capacitado en esta metodología.
- **Grupo de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa:** Es un grupo de mujeres gestantes, mujeres que están dando de lactar o que han dado de lactar, madres de menores de dos (2) años y cuidadores, que participan en sesiones de grupos de ayuda mutua, a fin de recibir información, reflexionar y apoyarse mutuamente en lo que se refiere a lactancia materna y que es liderado por las propias madres.
- **Uso de tecnologías de información y comunicación como soporte a los grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa:** Es el aprovechamiento de plataformas y redes sociales virtuales para socializar y compartir experiencias e información que favorezcan la lactancia materna exitosa, así como de los sistemas de información, aplicativos informáticos y otros mecanismos informatizados institucionales y/o personales como herramientas de soporte.
- **Lactancia materna exitosa:** Es aquella en la que el niño o niña obtiene los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable, considerando que fisiológicamente la mayoría de las madres pueden producir cantidades de leche adecuada a las necesidades de sus hijos o hijas.
- **Madre guía:** Es una madre que la identifican como líder o consejera en su comunidad, con experiencia personal positiva en lactancia materna que facilita el intercambio de experiencias, apoyo e información adecuada en temas de lactancia materna y cuidado infantil.
- **Madres integrantes de los grupos de apoyo:** Son las mujeres gestantes, mujeres que están dando o han dado de lactar, madres de menores de dos (2) años y cuidadoras.

- **Monitoreo y evaluación de la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa:** Es el seguimiento y la estimación de los indicadores de la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo realizado a nivel nacional, regional y local.
- **Personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa:** Es el profesional de salud, técnico de salud o equipo multidisciplinario de salud capacitado a quien se le ha encomendado promover la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo en la jurisdicción del establecimiento de salud correspondiente.
- **Supervisión de la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa:** Es un proceso de enseñanza - aprendizaje realizado por el responsable de promoción de la salud de la instancia superior correspondiente y que forma parte del plan de supervisión dirigido al personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo en su jurisdicción.

5.2. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Alimentación complementaria más lactancia materna hasta los veinticuatro meses de edad de la niña y el niño:** Proceso de introducción de alimentos adicionales diferentes a la lactancia materna que se inicia a partir de los seis meses de edad, para cubrir las necesidades nutricionales de la niña y del niño. Asimismo, se debe mantener la lactancia materna porque continúa siendo una importante fuente de nutrientes, y por mantener el vínculo afectivo interpersonal madre - niño/niña.
- **Ayuda Mutua:** Es el apoyo que se prestan las personas de manera voluntaria y solidaria en la comunidad, con las amistades y la familia, cuando están atravesando situaciones difíciles o desconocidas, dando apoyo emocional, compartiendo experiencia, prestando un

servicio o proporcionando los medios necesarios para resolver o superar una situación determinada.

- **Comité de Lactancia Materna:** Es un equipo multidisciplinario de salud conformado por un mínimo de tres profesionales o técnicos de salud designados por la máxima autoridad del establecimiento de salud que cuente con servicio de maternidad o de recién nacido.
- **Comunidad:** Es el conjunto de personas que comparten una cultura, objetivos comunes y que viven en un mismo espacio geográfico. Se ubican en áreas urbanas y rurales.
- **Facilitación:** Es el apoyo para el adecuado proceso de enseñanza - aprendizaje que permite alcanzar objetivos referidos a la promoción, implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo.
- **Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses de la niña y el niño:** Alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos. La LME garantiza los aportes de nutrientes necesarios y suficientes para el crecimiento y desarrollo del bebé, así como el aporte de defensas para el organismo y establece el vínculo afectivo entre la madre, la niña o niño, el padre y el entorno familiar.
- **Promoción y protección de la lactancia materna:** Intervenciones desarrolladas por las instituciones públicas y privadas orientadas a la LME en los primeros seis meses de edad y continúa hasta los veinticuatro meses de edad de la niña y el niño.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

- La Jefatura de la Microred de Salud Zamácola está a cargo de consolidar la relación del personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa propuestos por los Responsables de cada uno de los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.
- La Jefatura de la Microred de Salud Zamácola coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y/o la Gerencia Regional de Salud

Arequipa la capacitación del personal de salud encargado de su jurisdicción.

- El personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo está a cargo de:
 - ~ Capacitar a las madres guías en la implementación y el funcionamiento de los grupos de apoyo, así como en temas de lactancia materna, alimentación y cuidado infantil.
 - ~ Incidir ante las juntas vecinales comunales, organizaciones sociales de base, voluntariado, entre otros actores claves de la comunidad que contribuyan a la implementación de los grupos de apoyo.
 - ~ Brindar asistencia técnica a las madres guías cuando estas lo requieran.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. Grupo de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa:

Para promover la implementación de los grupos de apoyo, la autoridad del establecimiento de salud y el personal de salud encargado, realizarán cuatro procesos que involucren diferentes actores:

- a. *Coordinación y planificación para la implementación de los grupos de apoyo.* Este proceso tiene el propósito de establecer mecanismos de articulación entre el Establecimiento de Salud y la comunidad, involucrando al personal de salud y actores claves de la comunidad para promover la implementación de grupos de apoyo. Los pasos de este proceso comprenden lo siguiente:
 - ~ Identificación del personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo.
 - ~ Establecimiento de compromisos con los actores claves de la comunidad para promover la implementación de grupos de apoyo. Para ello el personal de salud encargado identificará los actores claves de la comunidad y se socializará y sensibilizará sobre los objetivos, características y funciones de los grupos de apoyo, luego de lo cual acordarán el desarrollo de acciones

conjuntas para la implementación de grupos de apoyo, el que será registrado en un libro de actas que se llevará para consignar el desarrollo de esta estrategia.

- ~ Elaboración del plan de implementación de los grupos de apoyo. El personal de salud encargado elaborará el plan de implementación de grupos de apoyo, el mismo que será consensuado con los actores claves de la comunidad y aprobado por la Jefatura de la Microred de Salud Zamácola.

b. *Capacitación y asistencia técnica a la madre guía.* Este proceso es coordinado por el personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo, consiste en el desarrollo de capacidades y potencialidades que faciliten el funcionamiento de los mismos. Estas actividades están dirigidas a las madres guía seleccionadas de manera participativa con la comunidad para la conducción de los grupos de apoyo.

Los pasos de este proceso son los siguientes:

- ~ Selección participativa de las madres guía. El personal de salud encargado, de manera conjunta con los actores claves de la comunidad seleccionarán a las madres guía, las mismas que deberán contar necesariamente con el siguiente perfil: a) Tener experiencia propia y positiva de lactancia materna durante seis meses o más, b) Ser líder en su comunidad, c) Tener disposición de compartir su experiencia con otras madres, d) Demostrar interés en el cuidado infantil y desarrollo de su comunidad, e) Gozar de la confianza y aceptación de las madres integrantes y la comunidad, f) Contar con el apoyo de su familia y comunidad y g) Participar en la capacitación de los grupos de apoyo.
- ~ Capacitación a las madres guía. El personal de salud encargado para promover la implementación de grupos de apoyo llevará a cabo el taller de capacitación dirigido a las madres guía, el mismo que tendrá doce horas de duración.

c. *Acompañamiento y asesoría a la madre guía.* El personal de salud encargado para promover la implementación de los grupos de apoyo

realizará el acompañamiento y asesoría mediante soporte técnico a las madres guía que facilitarán las sesiones de forma cercana a fin de fortalecer el funcionamiento. Esta actividad está a cargo del personal de salud encargado para promover la implementación. Los pasos de este proceso comprenden lo siguiente:

- ~ Para la implementación del grupo de apoyo:
 - Definición de las estrategias para la convocatoria de las madres integrantes de los grupos de apoyo, de acuerdo al contexto de la comunidad.
 - Invitación a las mujeres gestantes, mujeres que están dando o han dado de lactar, madres de menores de dos años y cuidadoras para que integren los grupos de apoyo.
 - Designación de un nombre propio para el grupo, que sea corto, representativo y que haga alusión a las características del grupo.
 - Elaboración de las normas de convivencia del grupo de apoyo.
 - Acuerdo del lugar, hora y periodicidad de las reuniones, motivando que las reuniones no se espacien más de un mes.
 - Elaboración de una lista con los temas de interés que guarden relación con la lactancia materna, alimentación y cuidado infantil.
- ~ Para el funcionamiento del grupo de apoyo:
 - Preparación de las sesiones de acuerdo a los temas priorizados por las madres integrantes del grupo.
 - Desarrollo de estrategias para mantener contacto con las madres integrantes, en diversos momentos y espacios, para facilitar el apoyo.
 - Organización del cuidado de los niños y niñas para que las madres integrantes puedan participar durante las reuniones del grupo.

- Desarrollo de habilidades comunicacionales para mantener la atención y la adecuada relación del grupo.
- Desarrollo de estrategias para lograr la continuidad de asistencia al grupo.
- Facilitación de las sesiones de los grupos de apoyo. Las mismas que tendrán cinco momentos durante su desarrollo.

d. Monitoreo y evaluación de la implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo. Se realizará por parte del Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola, a través de indicadores; los mismos que responden a las actividades de implementación y funcionamiento de los grupos de apoyo. Tienen por finalidad valorar las metas de las acciones realizadas, orientar o reprogramar actividades de los grupos de apoyo.

6.2. Registro de actividades

El registro de las actividades realizadas por el personal de los Establecimientos de Salud debe de efectuarse en el formato de “Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud – Formato HIS”, con los códigos establecidos en el Manual de Registro y Codificación de Promoción de la Salud vigente.

6.3. Financiamiento

Para la realización de los procesos de implementación y funcionamiento los de grupos de apoyo, se considerará el financiamiento del Programa Presupuestal Articulado Nutricional y Salud Materno del Presupuesto Por Resultados (PpR), el cual será gestionado ante la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa, así mismo podrá ser financiada por los recursos provenientes de la fuente de financiamiento Recursos Determinados obtenidos por el cumplimiento de los Indicadores y Compromisos de Gestión del Convenio FED-MIDIS.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

- El lugar elegido para el desarrollo de las sesiones de los grupos de apoyo, dependerá de las madres integrantes del grupo, se recomienda un local comunal, un establecimiento de salud, un centro de promoción y vigilancia

comunal del cuidado de la madre y el niño, entre otros que eligieran las propias madres.

- En los establecimientos de salud donde esté conformado el Comité de Lactancia Materna, éste asumirá la responsabilidad de promover la implementación de los grupos de apoyo.
- Los grupos de apoyo podrán ser implementados a partir de grupos de madres disponibles localmente, tales como: grupos de madres de vaso de leche, grupos de madres de comedores, grupos de madres de Cuna Más, grupos de madres de psicoprofilaxis, grupos de gestantes de estimulación prenatal, entre otros.
- Los grupos de apoyo podrán incluir la participación de padres y demás integrantes de la familia, si están motivados para participar.
- Es recomendable que los grupos de apoyo se encuentren localizados geográficamente en zonas de fácil acceso y que su distribución abarque el mayor número de asentamientos urbanos y/o asociaciones de vivienda.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 1

DURACIÓN Y CONTENIDOS DE LAS SESIONES DE CAPACITACIÓN DE LAS MADRES GUÍA

SESIONES	TEMAS	DURACIÓN
Primera sesión	Habilidades comunicacionales y conducción de grupos de apoyo	Tres (3) horas
Segunda sesión	Lactancia materna y embarazo	Tres (3) horas
Tercera sesión	Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses	Tres (3) horas
Cuarta sesión	Lactancia materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses	Tres (3) horas
Total de horas		Doce (12) horas

SESIONES	TEMAS	DURACIÓN
Primera sesión	Habilidades comunicacionales	Dos (2) horas
Segunda sesión	Conducción de grupos de apoyo	Dos (2) horas
Tercera sesión	Lactancia materna y embarazo	Dos (2) horas
Cuarta sesión	Lactancia materna y el recién nacido	Dos (2) horas
Quinta sesión	Lactancia materna y el niño o niña menor de seis meses	Dos (2) horas
Sexta sesión	Lactancia Materna y el niño o niña de seis (6) a veinticuatro (24) meses	Dos (2) horas
Total de horas		Doce (12) horas

ANEXO 2

PERFIL DEL FACILITADOR

El facilitador o facilitadora, es un profesional de salud del establecimiento, que deberá contar con las siguientes características:

- Realiza la atención de la salud de niñas y niños menores de dos años.
- Demuestra dominio de los contenidos de los documentos normativos sobre prácticas saludables para el cuidado infantil con énfasis en lactancia materna emitidas por el Ministerio de Salud.
- Identifica conflictos en la atención y el cuidado integral de la salud de las niñas y niños menores de dos años y contribuye a su solución.
- Demuestra dominio de la metodología educativa de adultos.
- Valora y respeta las costumbres y las manifestaciones de la cultura local.
- Establece adecuada intercomunicación horizontal y fluida, usando lenguaje sencillo, coloquial, con manejo básico del idioma local.
- Tolera situaciones de presión, manteniendo control emocional frente a los imponderables, dificultades o conflictos en el proceso de capacitación
- Tiene iniciativa y actúa proactivamente en casos no contemplados, respondiendo rápida y oportunamente.
- Es innovador, creativo y tiene apertura para renovar estrategias y procesos educativos.
- Maneja programas básicos de cómputo e Internet.

ANEXO 3: FICHA TÉCNICA DE LOS INDICADORES

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos implementados y en funcionamiento.</i>					
Definición	Es el porcentaje de Grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos que han sido implementados y están operativos en el ámbito de cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Brindar información teórica-práctica en prácticas saludables que ayuden en la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación					

	complementaria y lavado de manos a madres de OSB en zonas de difícil acceso o con factores de riesgo altos.		
Justificación	Este indicador permite asegurar el funcionamiento de grupos de apoyo comunal en las OSB y zonas de difícil acceso o de alto riesgo para la entrega de información a través de las sesiones de capacitación de la importancia de la lactancia materna y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos como mecanismo para evitar cuadros de anemia en niños.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de Grupos de Apoyo Comunal en funcionamiento}}{N^{\circ} \text{ de Grupos de Apoyo Comunal contenidos en el plan}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de grupos de apoyo comunal consignados en el plan anual, que en el periodo de evaluación se encuentran implementados y operativos. Denominador: Número de grupos de apoyo comunal consignados y propuestos en el plan anual para ser implementados en el ámbito del Establecimiento de Salud en el periodo de evaluación.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Informes PROMSA	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	75.0 %	Meta Esperada	80.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Un incremento anual del 5% en el valor umbral y de 5% en la Meta Esperada.		
Área responsable	Responsable de Promoción de la Salud		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

**Anexo N° 07: Establecimientos de salud que amplían su oferta de servicios
con equipos itinerantes y telesalud**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-
ZAM**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA “AMPLIACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS
DE SALUD CON LA IMPLEMENTACIÓN DE OFERTA MOVIL Y TELESALUD
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED DE SALUD
ZAMACOLA”**

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de la ampliación de la oferta de servicios de salud con la implementación de oferta móvil y Telesalud.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante la ampliación de la oferta de servicios de salud con la implementación de oferta móvil y Telesalud.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para el soporte técnico administrativo en las prestaciones realizadas a través de Equipos Itinerantes (oferta móvil) por parte de la Microred de Salud Zamácola.
- Establecer y operativizar los estándares de los procedimientos para el soporte técnico administrativo en las prestaciones por Telesalud realizadas en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27337, Ley que aprueba el Nuevo Código de Niños y Adolescentes.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- Ley N° 28124, Ley de promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana.
- Ley N° 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto Inicial.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el Intercambio Prestacional en salud en el sector público.
- Decreto Legislativo N° 1303, Decreto Legislativo que optimiza Procesos vinculados a Telesalud.
- Decreto Legislativo N° 1353, Decreto Legislativo que crea la Autoridad Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública, fortalece el régimen de protección de datos personales y la regulación de la gestión de intereses.
- Decreto Legislativo N° 1412, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Gobierno Digital.

- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 030-2002-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba las Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA. que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, que aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 003-2013-JUS. que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA. que aprueba el Reglamento de la Ley n°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 026-2016-PCM. que aprueba medidas para el fortalecimiento de la infraestructura oficial de firma electrónica y la implementación progresiva de la firma digital en el Sector Público y Privado.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 009-2017-SA. aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Decreto Supremo N° 003-2019-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud modificada con Decreto Legislativo N° 1303, Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados a Telesalud.
- Decreto Supremo N° 030-2020-SA Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA. que aprueba la NTS N° 067MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud en Telesalud.

- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA. que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN, Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- Resolución Ministerial N° 1337-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud. 2018-2021. (PLAN BICENTENARIO).
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 1344-2018/MINSA. que aprueba el Documento Técnico: El Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas—SIHCE- e-Qhali para el Primer Nivel de Atención, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 029-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Criterios de Priorización del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 117-2020/MINSA. que aprueba la Directiva Administrativa N° 285-MINSA-2020-DIGTEL: Directiva para la implementación y desarrollo de los servicios de telemedicina síncrona y asíncrona,
- Resolución Ministerial N° 116-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 284-MINSA-2020-DIGTEL: Directiva de Telegestión para la implementación y desarrollo de Telesalud.
- Resolución Ministerial N° 146-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 286-MINSA/2020/DIGTEL: Directiva Administrativa para la Implementación y Desarrollo de los Servicios de Teleorientación y Telemonitoreo.

- Resolución Ministerial N° 653-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría sectorial del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NTS N° 018MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 343-2015/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 207-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para la Programación de los Turnos del Trabajo Médico en los Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 120-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 230-MINSA/2017/OGTI "Directiva Administrativa que establece los estándares y criterios técnicos para el desarrollo de los sistemas de información en salud".
- Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".
- Resolución Jefatural N° 231-2017/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa que regula el Registro de las prestaciones brindadas a los asegurados en el marco de Telesalud en IPRESS públicas.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Acreditación.** Es el procedimiento de evaluación de los establecimientos y servicios de salud, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de

estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción. Acreditación presupone evaluación de la estructura, de los procesos y resultados, y el establecimiento o servicio será acreditado cuando la disposición y organización de los recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final es una prestación de salud de calidad.

- **Acto de Salud.** Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el Médico Cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad. La recuperación incluye la evaluación clínica, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, según las competencias de cada profesional de la salud.
- **Acto Médico.** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- **Cartera de Atención de Salud.** Conjunto de diferentes atenciones que brinda un establecimiento de salud, basado en sus recursos humanos y recursos tecnológicos. En el caso de establecimientos de salud públicos, la Cartera de Atención de Salud responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.
- **Confidencialidad.** Es la garantía que la información de los pacientes será protegida para que sea conocida solo por usuarios autorizados. Dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a esta información.

- **Consentimiento del Tratamiento de Datos Personales.** Es el consentimiento libre, previo, expreso, informado e inequívoco que otorga el paciente o su representante legal por escrito a la IPRESS consultante para que la información referida a su identificación y salud sea enviada y tratada en la IPRESS consultora estrictamente para los servicios de Telemedicina, pudiendo revocar dicho consentimiento en cualquier momento, con las excepciones estipuladas en la legislación vigente aplicable. Si el paciente no supiese firmar imprimirá su huella digital en señal de conformidad.
- **Consentimiento Informado.** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.
- **Datos personales relacionados con la salud.** Es aquella información concerniente a la salud (incluyendo la enfermedad) pasada, presente, o pronosticada, física o mental, de una persona, incluyendo el grado de discapacidad y su información genética, se consideran como datos sensibles.
- **Datos Sensibles.** Datos personales constituidos por los datos biométricos que por sí mismos pueden identificar al titular; datos referidos al origen racial y étnico; ingresos económicos; opiniones o convicciones políticas, religiosas, filosóficas o morales; afiliación sindical; e información relacionada a la salud o a la vida sexual. Incluye a los datos personales relacionados con la salud.
- **Demanda espontánea.** Surge a raíz de necesidades percibidas, generalmente relacionadas a la atención de morbilidad.

- **Demanda inducida.** Resulta de necesidades de atención preventiva no necesariamente percibidas como necesidades por la comunidad, pero sí por el Estado y/o por las organizaciones de salud, que proporcionan a esta comunidad la cobertura de las mismas a través de actividades específicas.
- **Demanda por servicios de salud.** Es la cantidad de atención médica requerida por una población a uno o más prestadores en un periodo de tiempo; está referida a los servicios y resulta de la voluntad de las personas para ir adonde se brindan las atenciones, para esperar o para pagar por ellas.
- **Diagnóstico por Imagen.** Realización, procesamiento e interpretación de los estudios por radiaciones ionizantes y no ionizantes.
- **Firma Digital.** Es aquella firma electrónica que utilizando una técnica de criptografía asimétrica, permite la identificación del signatario y ha sido creada por medios que éste mantiene bajo su control, de manera que está vinculada únicamente al signatario y a los datos a los que refiere, lo que permite garantizar la integridad del contenido y detectar cualquier modificación ulterior, tiene la misma validez y eficacia jurídica que el uso de una firma manuscrita, siempre y cuando haya sido generada por un Prestador de Servicios de Certificación Digital debidamente acreditado que se encuentre dentro de la Infraestructura Oficial de Firma Electrónica - IOFE, y que no medie ninguno de los vicios de la voluntad previstos en el Título VIII del Libro IV del Código Civil.
- **Firma Electrónica.** Es cualquier símbolo basado en medios electrónicos utilizados o adoptado por una parte con la intención precisa de vincularse, autenticar y garantizar la integridad de un documento electrónico o un mensaje de datos cumpliendo todas o algunas de las funciones características de una firma manuscrita. Se incluye dentro de esta definición a la firma o signatura informática.
- **Formato Único de Atención de Teleconsulta (FUAT).** Es un instrumento físico o electrónico que contiene datos de identidad, tipo

de servicio que se le indica, el motivo, así como información clínica resumida del paciente, utilizado por la IPRESS consultante y consultora para el acceso al servicio de Telemedicina.

- **Historia Clínica Electrónica- HCE.** Es la Historia Clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud, cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.
- **Historia Clínica.** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- **Interoperabilidad.** Es la capacidad de los sistemas de diversas organizaciones para interactuar con objetivos consensuados y comunes con la finalidad de obtener beneficios mutuos. La interacción implica que los establecimientos de salud compartan información y conocimiento mediante el intercambio de datos entre sus respectivos sistemas de tecnología de información y comunicaciones para, finalmente, optimizar el uso de los recursos en los servicios de salud.
- **Interpretación Diagnóstica e Informe a Distancia.** Es el documento físico o electrónico emitido por un profesional médico especialista de una IPRESS consultora después de un examen clínico o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico en un proceso asistencial concreto de la IPRESS consultante, el cual es remitido a través de las TIC.

- **IPRESS consultante.** Institución Prestadora de Servicios de Salud ubicada principalmente en un área geográfica con limitaciones de acceso o capacidad resolutive, y que cuenta con tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), a fin de acceder a servicios de Telemedicina de una o más IPRESS consultoras.
- **IPRESS consultora.** Institución Prestadora de Servicios de Salud registrada con el servicio de Telesalud en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-RENIPRESS que cuenta con tecnologías de la información y comunicación (TIC) y brinda servicios de Telemedicina a las IPRESS consultantes.
- **Oferta a distancia.** Referida al tipo de prestaciones que se otorgan sin darse el encuentro físico con la demanda. Este tipo de oferta está basado fundamentalmente en el desarrollo tecnológico y cuya expresión más evidente lo constituyen las atenciones telefónicas para orientación o consejería como parte de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como también la telemedicina.
- **Oferta de servicios de salud.** Está constituida por los recursos humanos, de infraestructura, equipamiento, de información, de organización, insumos, financieros, entre otros, que organizados adecuadamente enfrentan a los requerimientos de la demanda a través de la entrega o realización de las prestaciones de salud, que son muy diversas y variadas. Este tipo de oferta es tradicionalmente mayoritario y es donde se alcanza la mayor producción de servicios de salud.
- **Oferta Fija.** Constituida por la infraestructura asistencial que, dotada con los recursos humanos y recursos físicos y financieros necesarios, entrega las prestaciones en locales destinados para este fin, para lo cual es imprescindible que la demanda acuda a dichos establecimientos.
- **Oferta Móvil.** Este tipo de oferta está referido a todas las modalidades de entrega de servicios de salud en las que los recursos necesarios se movilizan al encuentro con la demanda. Dependiendo de los objetivos a cubrir se han diseñado un conjunto amplio de

modalidades. En general, se puede mencionar que este tipo de oferta se da de manera individual a través de la asistencia de personal de salud al domicilio u otro lugar en busca de los usuarios o pacientes, o de manera organizada a través del traslado de equipos de profesionales con el equipamiento necesario, conformando brigadas e incluso hasta hospitales que de manera programada o en respuesta a eventos se constituyen en lugares con inexistente o insuficiente oferta o con necesidad de complementar servicios.

- **Personal de la Salud.** Está compuesto por profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Personal de Soporte Informático.** Profesional en ingeniería de áreas relacionadas a las tecnologías de la información y comunicación, y/o técnico de tecnología de la información que brinda el soporte técnico para la implementación y desarrollo de Telesalud.
- **Programación de Turnos.** Instrumento de gestión clínica elaborado por el Jefe de Servicio, que registra ordenadamente las actividades que ejecuta el personal de salud, sujetos a cualquier régimen laboral, en las diferentes unidades productoras de servicios de salud en los Establecimientos de Salud, durante su jornada laboral.
- **Receta médica.** Es el documento de carácter sanitario que incluye en forma escrita la prescripción farmacológica o no farmacológica realizado por un profesional prescriptor orientado a solucionar o prevenir un problema de salud en un determinado paciente. La receta médica debe ser elaborada en forma clara y legible y cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y demás normas vigentes.
- **Red Informática.** Conjunto de equipos informáticos y de telecomunicaciones, hardware y software administrados a través de políticas y protocolos para la interconexión y el intercambio o transmisión de información entre ellos.
- **Seguridad de la Información.** Es el conjunto de acciones para preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la

información, además, de otras características como la autenticación, responsabilidad, no repudio y fiabilidad.

- **Sistema de Información asistencial.** Es aquel que integra todos los datos y la información relevante de los procesos y procedimientos involucrados en el ámbito de competencia del MINSA como ente rector del sector salud, señalando en el artículo 3° del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA.
- **Sistema de Información.** Es el conjunto de elementos que interactúan para el tratamiento y administración de datos e información generada que debe cubrir una necesidad o un objetivo, así como estar organizada y disponible para su uso posterior.
- **Sistema de Videoconferencia.** Tecnología que permite la comunicación simultánea entre dos o más interlocutores geográficamente dispersos mediante el intercambio de audio, video y datos. Estos sistemas de videoconferencia pueden ser basados en hardware el cual posee todos los componentes necesarios para su funcionamiento en un solo equipo o basados en software dependientes de algún dispositivo terminal (computadora, celulares, tabletas, etc.) para su funcionamiento.
- **Sistema Informático.** Es el conjunto de elementos informáticos, hardware y software, y de comunicaciones que interactúan con el fin de automatizar y apoyar las actividades de una organización comprendiendo la captura, procesamiento, traslado y distribución de datos.
- **Tecnologías de la Información y Comunicación - TIC.** Son aquellos procedimientos que permiten el tratamiento de la información, captura, almacenamiento, procesamiento, transmisión, entre otras acciones.
- **Teleapoyo al Diagnóstico.** Es el servicio de apoyo al diagnóstico a distancia mediante el uso de las TIC, en el proceso de atención, seguimiento y/o control del paciente, mediante la lectura, análisis e

interpretación y diagnóstico de imágenes médicas, patología clínica, anatomía patológica, entre otros.

- **Teleconsulta de emergencia.** Es una teleconsulta o teleinterconsulta prioritaria en casos en que el paciente se encuentre en situación de urgencia o emergencia, realizada entre el teleconsultante y el teleconsultor, pudiendo estar presente o no el paciente"
- **Teleconsulta.** Es la consulta mediante el uso de las TIC, que realiza un teleconsultante a un teleconsultor para el manejo de un paciente, pudiendo éste, estar o no presente.
- **Teleconsultante.** Personal de la salud que labora en una IPRESS consultante, quien solicita servicios de Telemedicina a uno o más teleconsultores de una IPRESS consultora.
- **Teleconsultor.** Médico especialista, cirujano, u otro profesional de la salud, que labora en una IPRESS consultora y brinda servicios de Telemedicina a uno o más teleconsultantes.
- **Teleinterconsulta.** Es el uso de las TIC, que realiza un Teleconsultor para brinda opinión, definir el diagnóstico, tratamiento o el destino de un paciente (hospitalización, referencia o alta) a otro Teleconsultor, que se encuentra en la Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de hospitalización, cuidados intensivos (UCI), centro quirúrgico, centro obstétrico y que no se encuentra en situación de urgencia o emergencia para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.
- **Telejunta Médica.** Es una teleconsulta síncrona, realizada por un conjunto de médicos de distintas especialidades para la toma conjunta de decisiones diagnósticas, terapéuticas y pronóstico de un paciente, solicitadas por un teleconsultante en la que comparten información clínica y conocimientos del paciente.
- **Telemedicina Asíncrona.** El teleconsultante del servicio de Telemedicina que usa las TIC, en tiempo diferido no se encuentra en comunicación directa con el teleconsultor, quiere decir que no está en línea (off-line).

- **Telemedicina Síncrona.** El teleconsultante del servicio de Telemedicina que usa las TIC, consulta o tiene comunicación directa con el teleconsultor en tiempo real a través de un medio de comunicación.
- **Telemedicina.** Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación prestados por personal de salud que utiliza las TIC, con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud a la población."
- **Telemonitoreo.** Es la transmisión de información del paciente (EKG, radiografías, datos clínicos, bioquímicos, etc.), como medio de controlar a distancia la situación del paciente y diferentes funciones vitales, es la monitorización remota de parámetros biométricos de un paciente. Suele utilizarse en salas de vigilancia intensiva o también en casos de cuidado domiciliario a pacientes crónicos.
- **Telesalud.** Servicio de salud a distancia prestado por personal de salud competente, a través de las TIC, para lograr que estos servicios y sus relacionados, sean accesibles principalmente a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. Este servicio se efectúa considerando los siguientes ejes de desarrollo de Telesalud: la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud, entre otras.
- **Teletratamiento.** Es el conjunto de procedimientos a distancia, farmacológicos y de rehabilitación que se ponen en práctica, para la curación o alivio de las enfermedades.
- **Tratamiento de Datos Personales.** Cualquier operación o procedimiento técnico, automatizado o no, que permite la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo supresión, comunicación por transferencia o por difusión o cualquier

otra forma de procedimiento que facilite el acceso, correlación o interconexión de los datos personales.

- **Tratamiento de la Información.** Es la recopilación, registro, organización, almacenamiento, conservación, elaboración, modificación, extracción, consulta, utilización, bloqueo, supresión, comunicación, transferencia, difusión o cualquier otra forma de procesamiento de datos.
- **Usuario de Telesalud.** Persona beneficiaria directa de los servicios de Telesalud.

5.2. DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Los trabajadores de salud que se harán cargo de las actividades de Telesalud y/o de los que conformarán los equipos itinerantes para la provisión de la oferta de servicios móviles serán aquellos que se encuentren laborando para la Microred de Salud Zamácola bajo cualquier régimen laboral, los que asigne la Red de Salud Arequipa Caylloma y/o la Gerencia Regional de Salud y aquellos que se contraten específicamente para esta finalidad.

La programación de los roles de turnos del personal asignado a las actividades de Telesalud y/o a los que integren los equipos itinerantes para la provisión de la oferta de servicios de salud móviles estará a cargo de la Responsable de Personal en coordinación con los responsables de cada Establecimiento de Salud y bajo la supervisión del Comité de Gestión de la Microred.

5.3. DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS, EQUIPOS Y MATERIALES.

Los requerimientos tecnológicos requeridos para el desarrollo de las actividades de Telesalud, los requerimientos de equipos, material e instrumentos médico quirúrgicos para la realización de las actividades propias de los equipos itinerantes en la provisión de oferta móvil serán proporcionadas por la Microred de Salud Zamácola, para lo cual el Comité de Gestión hará uso de los recursos directamente recaudados o de los provenientes de las fuentes de financiamiento de Donaciones y transferencias (SIS) y Recursos Determinados (FED), cumpliendo con lo señalado en la normatividad vigente.

5.4. DE LOS RECURSOS INFORMÁTICOS.

Para el desarrollo de las actividades de Telesalud y la provisión de prestaciones a través de oferta móvil se utilizarán los aplicativos informáticos que dispone el Ministerio de Salud y/o la Gerencia Regional de Salud Arequipa, siendo responsabilidad de la Microred de Salud la solicitud y trámite de las credenciales de acceso ante los órganos correspondientes.

5.5. DE LA PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES.

Para el desarrollo de las actividades de Telesalud y la provisión de prestaciones a través de oferta móvil se priorizarán aquellas actividades e intervenciones que se encuentren directamente relacionadas con la atención de niños y niñas menores de 36 meses, gestantes y puérperas, en especial aquellas que permitan la reducción y control de la anemia materno infantil.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1. ACTIVIDADES DE TELESALUD.

En los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola se llevarán a cabo las siguientes actividades de Telesalud, por parte de los profesionales de la salud designados para tal fin y que se encuentren asignados formalmente en el rol de programación de turnos.

1.1.1. Teleorientación.

- Definición. Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TICs, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.
- Los profesionales de la salud durante el proceso de atención mediante Teleorientación deben mantener información vigente sobre la política de la institución en la atención de los usuarios y sobre la normatividad vigente (normas técnicas en salud, guías de práctica clínica, etc.)
- Los profesionales de la salud solo brindarán las actividades de Teleorientación en los campos que por su perfil profesional les

está permitido, debiendo transferir la atención del usuario al profesional competente.

- El profesional de la salud identifica la pertinencia o no, de acuerdo a su especialidad de responder la Teleorientación solicitada por el usuario. Es responsable de la recomendación que brinda en el servicio de Teleorientación, además, emite las recomendaciones a los usuarios respecto a la pertinencia de acudir a un Establecimiento de Salud.
- El profesional de salud cumple con el registro de los formatos correspondientes al servicio de Teleorientación consignando la recomendación, y la firma manuscrita de no contar con firma digital, o firma digitalizada como microforma digital en el software de Telesalud.

1.1.2. Teleconsulta.

- Definición. Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud (Médico, Odontólogo u Obstetra) mediante el uso de las TICs, para proporcionar a la persona usuaria de salud una consulta (que realiza un teleconsultante a un teleconsultor) para el manejo de un paciente, pudiendo éste, estar o no presente.
- Los profesionales de la salud durante el proceso de atención mediante Teleconsulta deben mantener información vigente sobre la política de la institución en la atención de los usuarios y sobre la normatividad vigente (normas técnicas en salud, guías de práctica clínica, etc.)
- Los profesionales de la salud solo brindarán las actividades de Teleconsulta en los campos que por su perfil profesional les está permitido, debiendo transferir la atención del usuario al profesional competente.
- El profesional de la salud identifica la pertinencia o no, de acuerdo a su especialidad de responder la Teleconsulta solicitada por el usuario. Es responsable de la recomendación que brinda en el servicio de Teleconsulta, además, emite las

recomendaciones a los usuarios y la prescripción farmacológica de medicamentos e indicaciones de exámenes auxiliares de corresponder.

- El profesional de salud cumple con el registro de los formatos correspondientes al servicio de Teleconsulta consignando la recomendación, y la firma manuscrita de no contar con firma digital, o firma digitalizada como microforma digital en el software de Telesalud.

1.1.3. Telemonitoreo.

- Definición. Es el conjunto de acciones que desarrolla un profesional de la salud mediante el uso de las TICs, para proporcionar a la persona usuaria de salud, consejería y asesoría con fines verificar el curso de una enfermedad y el cumplimiento de las indicaciones dadas al usuario (seguimiento).
- Los profesionales de la salud durante el proceso de atención mediante Telemonitoreo deben mantener información vigente sobre la política de la institución en la atención de los usuarios y sobre la normatividad vigente (normas técnicas en salud, guías de práctica clínica, etc.)
- Los profesionales de la salud solo brindarán las actividades de Telemonitoreo en los campos que por su perfil profesional les está permitido, debiendo transferir la atención del usuario al profesional competente.
- El profesional de la salud identifica la necesidad de realizar el Telemonitoreo de acuerdo a los registros del Establecimiento de Salud.
- El profesional de salud es responsable de la recomendación que brinda en el servicio de Telemonitoreo, además, emite las recomendaciones a los usuarios y la prescripción farmacológica de medicamentos e indicaciones de exámenes auxiliares de corresponder.

- El profesional de salud cumple con el registro de los formatos correspondientes al servicio de Telemonitoreo consignando la recomendación, y la firma manuscrita de no contar con firma digital, o firma digitalizada como microforma digital en el software de Telesalud.

1.1.4. Teleinterconsulta.

- Definición. Es la consulta a distancia mediante el uso de las TICs, que realiza un personal de salud a otro profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo ésta estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.
- La Teleinterconsulta se podrá llevar a cabo desde los Establecimientos de Salud categoría I-2 a la cabecera de la Microred de Salud Zamácola (categoría I-4) para las especialidades de Pediatría y Gineco-Obstetricia. Para el resto de especialidades se debe coordinar la Teleinterconsulta con los Establecimientos de Salud designados por la Autoridad de Salud Regional y/o Nacional.
- El horario para la realización de la Teleinterconsulta debe ser coordinada con la debida anticipación y se debe contar con la Historia clínica del usuario y el resto de elementos necesario para poder llevarla a cabo de manera satisfactoria.
- El profesional de salud cumple con el registro de los formatos correspondientes al servicio de Teleinterconsulta de acuerdo al rol que le corresponde en el software de Telesalud y otros que sean requeridos por la normatividad vigente.

La Teleconsulta y la Teleorientación se inician a solicitud del usuario quien puede acceder a través de diversas plataformas (call center o servicio telefónico) e iniciar la actividad de manera síncrona (comunicación directa

en tiempo real), o a través de diversos aplicativos (web o Android) para la actividad asincrónica (en tiempo diferido).

El telemonitoreo (seguimiento) lo inicia un profesional de la salud para ser aplicado a un paciente ya conocido que requiere ser evaluado por padecimiento y/o tratamiento en curso.

La Teleinterconsulta lo inicia un profesional de la salud (teleconsultante) de un Establecimiento de menor categoría para conocer una segunda opinión de otro profesional de salud (teleconsultor) de un Establecimiento de mayor categoría.

De requerirse la entrega de medicamentos o insumos médicos, estos se harán en las farmacias de los Establecimientos de Salud, correspondiendo a los responsables las actuaciones necesarias de acuerdo a la normatividad vigente.

La realización de las pruebas de laboratorio y otros exámenes de apoyo al diagnóstico se hará en la cabecera de la microred, previa coordinación de las citas correspondientes.

Las actividades de Telesalud se regirán a lo normado por la Resolución Ministerial N° 1010-2020/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional de Telesalud 2020-2023” y otras normas conexas.

6.2. OFERTA MOVIL.

La Microred de Salud Zamácola dispondrá de un equipo de profesionales multidisciplinario, que se encargaran de realizar las actividades y prestaciones de salud a través de las Plataformas Itinerantes de Atención en Salud (PIAS), cumpliendo toda la normatividad existente para su realización y el registro de las actividades realizadas.

Las Plataformas Itinerantes de Atención en Salud (PIAS) a considerar son las siguientes:

1.1.1. Brigadas de atención domiciliaria.

Conformadas por un grupo corto de personal de salud que realiza la atención en el domicilio de los usuarios para brindar las prestaciones de salud de acuerdo a normatividad vigente, en zonas geográficas lejanas o de difícil acceso a los Establecimientos de

Salud o con población que presenta características altas de vulnerabilidad.

1.1.2. Equipos de atención itinerante.

Conformada por un grupo de profesionales multidisciplinario para brindar las prestaciones de salud preferentemente preventivo-promocionales de acuerdo a normatividad vigente, en locales comunales, según cronograma previamente establecido y coordinado en las zonas geográficas más distantes a los Establecimientos de Salud.

1.1.3. Campañas de atención integral.

Conformada por un equipo de profesionales multidisciplinario para brindar prestaciones de salud tanto preventivo-promocionales como recuperativos con la finalidad de complementar la oferta de los Establecimientos de Salud y que se programan con anticipación y se coordina la participación de otras instituciones, debiendo realizarse por lo menos cuatro (4) eventos al año.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

- El financiamiento para la realización de las actividades de Telesalud y aquellas realizadas a través de la oferta móvil serán asumidos por la Microred de Salud Zamácola con los recursos económicos proveniente de las fuentes de financiamiento disponibles.
- Los cronogramas y fechas de realización serán establecidos en coordinación entre el Comité de Gestión de la Microred de Salud Zamácola, los representantes del Gobierno Local, los representantes de otras entidades y los representantes de las organizaciones sociales de base de la comunidad.

VIII. RESPONSABILIDADES.

- El Jefe de la Microred de Salud Zamácola y su Equipo de Gestión son responsables de aplicar lo establecido en la presente Directiva Sanitaria.
- El Comité de gestión de la Microred de Salud Zamácola es la responsable del seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la presente Directiva Sanitaria.

IX. ANEXOS

- Ficha Técnica de Indicadores de seguimiento y cumplimiento.

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	Establecimiento de Salud con equipamiento adecuado para realizar actividades de Telemedicina de acuerdo a norma vigente.				
Definición	Es el porcentaje de Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola que han logrado un equipamiento adecuado para el desarrollo de las actividades de Telemedicina.				
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado o
Propósito	Ampliar la oferta de servicios de salud del Establecimiento a través de los servicios de Telemedicina, en especial en la población materno-infantil.				
Justificación	La oferta de servicios de Telemedicina permite mejorar las coberturas de atención en poblaciones vulnerables (materno-infantil), de difícil acceso al establecimiento, y por tanto reducir los índices de anemia infantil.				
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de EESS que se han adecuado para brindar Te}}{N^{\circ} \text{ total de Establecimientos existente}} * 100$				
Procedimiento de medición	Numerador: Número de Establecimientos de Salud en el ámbito de la Microred que han logrado cumplir con un adecuado equipamiento (infraestructura, equipos tecnológicos y recursos humanos) para brindar los servicios de Telemedicina, según normatividad vigente y nivel de complejidad. Denominador: Número total de Establecimientos de Salud adscritos a la Microred de Salud Zamácola.				
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\begin{aligned} &\% \text{ de cumplimiento} \\ &= \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100 \end{aligned}$				
Fuente	Comité de Calidad	Periodicidad		Semestral	
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola				
Valor Umbral	80.0 %	Meta Esperada		100.0%	
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		%	

Nivel de avance	Se mantiene invariable.
Área responsable	Comité de gestión y Comité de Calidad
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Personal de salud acreditado y capacitado para la realización de actividades de Telemedicina.</i>					
Definición	Porcentaje de personal de salud que ha recibido capacitación y ha sido acreditado para la realización de actividades de Telemedicina en cada Establecimiento de Salud.					
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado	
Propósito	Medir el nivel de avance del Establecimiento de Salud, con personal que ha recibido capacitación para adecuar y fortalecer los servicios de salud a través de la entrega de servicios de Telemedicina.					
Justificación	Este indicador permite contar con personal de salud con conocimientos actualizados en torno a la entrega de servicios de Telemedicina: Teleorientación, Telemonitoreo, Teleconsulta y Teleinterconsulta.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{Personal de salud acreditado y capacitado}}{\text{Personal de Salud adscrito al Establecimiento}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Personal de salud del Establecimiento de Salud que ha sido capacitado y acreditado en la entrega de servicios de Telemedicina. Denominador: Total de personal de salud que se encuentra adscrito al Establecimiento de Salud, incluye personal asistencial y administrativo.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} \times 100$					
Fuente	Datos de la oficina de	Periodicidad		Semestral		

	personal y capacitación.		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0 %	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Para el valor umbral 5% anual		
Área responsable	Oficina de Recursos Humanos, Oficina de Personal o quien haga sus veces		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que cuenta con programación mensual de equipos itinerantes.</i>				
Definición	Es el porcentaje de Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola que ha programado mensualmente equipos itinerantes para brindar oferta móvil de servicios de salud.				
Tipo de Indicador	Estructura	X	Proceso		Resultado
Propósito	Ampliar la oferta de servicios de salud del Establecimiento a través de la entrega de prestaciones asistenciales mediante equipos itinerantes (oferta móvil), en especial en la población materno-infantil.				
Justificación	La oferta de servicios de salud mediante equipos itinerantes (oferta móvil) permite mejorar las coberturas de atención en poblaciones vulnerables (materno-infantil), de difícil acceso al establecimiento, y por tanto reducir los índices de anemia infantil.				
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{\text{N° de EESS que han programado y ejecutado oferta móvil}}{\text{N° total de Establecimientos existentes}} \times 100$				
Procedimiento de medición	Numerador: Número de Establecimientos de Salud en el ámbito de la Microred que han programado y ejecutado actividades a través de equipos itinerantes para la entrega de prestaciones mediante oferta móvil según				

	normatividad vigente y programación anual aprobada por el Comité de gestión. Denominador: Número total de Establecimientos de Salud adscritos a la Microred de Salud Zamácola.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Reporte Estadística	Periodicidad	Semestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0 %	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Se mantiene invariables.		
Área responsable	Responsable de Estadística		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

**Anexo N° 08: Establecimientos de salud que aseguran los insumos críticos
para las intervenciones sanitarias priorizadas**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-
ZAM**

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA “EVALUACIÓN, REQUERIMIENTO Y
PROVISIÓN DE INSUMOS CRITICOS, MEDICAMENTOS Y EQUIPOS
MÉDICOS REQUERIDOS PARA LAS INTERVENCIONES SANITARIAS
PRIORIZADAS EN EL CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA”**

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad reducir la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola contribuyendo con su desarrollo integral a través de una adecuada provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

II. OBJETIVO.

a. Objetivo General.

- Contribuir a la reducción de la Anemia Infantil en la población infantil menor de 36 meses de los Establecimientos de Salud pertenecientes a la Microred de Salud Zamácola mediante una adecuada provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

b. Objetivos Específicos.

- Establecer y operativizar los procedimientos para la evaluación, requerimiento y provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

- Identificar oportunamente las situaciones de riesgo, que pudieran generar una rotura del proceso de evaluación, requerimiento y provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

Los aspectos técnico administrativos establecidos en la presente Directiva Administrativa son de aplicación y cumplimiento obligatorio en los Establecimientos de Salud del ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Decreto Legislativo N° 1155, que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, modificado por el DS N° 011.2017-SA.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2013/PCM, que aprueba la Política Nacional de la Modernización de la Gestión Pública.
- Decreto Supremo N° 001-2012 - MIMP que aprobó el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA 2012-2021” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su Decreto Supremo N° 020-2014-

SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

- Decreto Supremo N° 016-2011-SA, que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 014-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/DIGEMID “Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED”
- Resolución Ministerial N° 537-2017-MINSA, que aprueba la NTS N° 137 - MINSA /2017/DGIESP “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprobó la NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.
- Resolución Ministerial N° 1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 245-OGPPM/MINSA “Lineamientos para la implementación de la gestión por procesos y procedimientos en el Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242/MINSA/2017/DGAIN “Directiva Administrativa que establece la cartera de atención de salud en los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención”.
- Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Definiciones Operacionales y Criterios de Programación y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales", y sus actualizaciones.

- Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud que regula las actividades de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- Resolución Ministerial N° 833-2015-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Manual de Buenas Prácticas de Distribución y Transporte de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios".
- Resolución Ministerial N° 399-2015/MINSA, que aprueba el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, y sus actualizaciones y/o normas relacionadas.
- Resolución Ministerial N° 132-2015-MINSA, que aprueba el Documentos Técnico "Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros", y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 113-MINSA/DIGEIM-V.01 "infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 829-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 086-MINSA/DIGEMID V.01, Norma Técnica de Salud para la Organización y Funcionamiento de los Comités Farmacoterapéuticos a nivel nacional.
- Resolución Ministerial N° 013-2009-MINSA, que aprueba el "Manual de Buenas Prácticas de Dispensación", y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial No 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS No 063-MINSA/DGSP-V.01. "Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo", modificada por la Resolución Ministerial N° 072-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N° 850-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".

- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 1240-2004/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Medicamentos.
- Resolución Jefatural N° 118-1980-INAP/DNA, que aprueba las Normas generales del sistema de abastecimiento modificada por la Resolución Jefatural N° 133-80-INAP/DNA (SA 05 Unidad en el Ingreso Físico y Custodia Temporal de Bienes).
- Resolución Jefatural N° 335-1990-INAP/DNA, que aprueba el Manual de Administración de Almacenes para el Sector Público.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0189-2017-GRA/GRS/GR-OERRHH, que aprueba el Reglamento Interno del funcionamiento del Comité de Gestión de las Microredes y de los Comités Técnicos de los Establecimientos del I Nivel de Atención de la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Abastecimiento:** Comprende a los procesos de programación, adquisición, almacenamiento y, distribución y transporte hasta los establecimientos de salud de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (PDS).
- **Abastecimiento centralizado:** Abastecimiento que es financiado y ejecutado por el MINSA a través del CENARES para los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- **Abastecimiento descentralizado:** Abastecimiento que es financiado y ejecutado por la unidad ejecutora de salud para los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- **Atención de salud.** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.

- **Denominación Común Internacional:** es el nombre genérico exclusivo asignado a casi todos los principios activos utilizados en los medicamentos de todo el mundo.
- **Distribución:** Conjunto de operaciones que consiste en el traslado y transporte de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios hacia los establecimientos que los almacenan, dispensan o expenden.
- **Farmacia:** Farmacia del establecimiento de salud o que haga sus veces en los establecimientos del primer nivel de atención.
- **Gastos de operación:** Son los gastos generados para dar sostenibilidad al sistema de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Estos gastos son asumidos con los recursos de RDR, DyT y RO, en el marco de la normatividad correspondiente. Para los casos de DyT, se aplican las normas específicas del SIS.
- **Informe de consumo integrado (CI):** Informe de movimiento de ingreso, salida y existencias de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- **Intervenciones sanitarias:** Son las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para modificar favorablemente el comportamiento de la situación de salud de la persona, familia y comunidad.
- **Intervenciones sanitarias priorizadas por el MINSA:** Son las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para modificar favorablemente el comportamiento de la situación de salud de la persona, familia y comunidad, definidas por el MINSA.
- **Listado de medicamentos esenciales:** Es aquel que es definido por la DIRIS/ DISA/DIRESNGERESA, Hospital o Instituto Especializado o quien haga sus veces en el marco del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales - PNUME, y contiene los medicamentos esenciales que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de su ámbito y deben estar disponibles en todo momento y al alcance de la población que los necesita.

- **Otros prestadores:** Establecimientos públicos y privados no pertenecientes al MINSA y a los Gobiernos Regionales.
- **Pedido provisional de almacén — PPA:** Documento de control administrativo que acredita el traslado de bienes del almacén general de logística al almacén especializado de medicamentos o servicio de farmacia, según sea el caso (Anexo
- **Productos:** Se considera a los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- **Producto farmacéutico vital:** Es aquel medicamento esencial que no debe faltar en la farmacia y es utilizado como soporte de vida en emergencia o que es fundamental para proporcionar servicios de salud básicos y que por razones de salud pública no debe faltar en la farmacia.
- **Receta médica:** Es el documento de carácter sanitario que incluye en forma escrita la prescripción farmacológica o no farmacológica realizado por un profesional prescriptor orientado a solucionar o prevenir un problema de salud en un determinado paciente. La receta médica debe ser elaborada en forma clara y legible y cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos y demás normas vigentes.
- **Receta única estandarizada (RUE):** Es la receta médica que además de contener los requisitos establecidos en esta, se encuentra numerada e incluye los campos estandarizados contenidos en el Anexo N° 02.
- **Receta Especial:** Es la receta médica utilizada para la prescripción de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, según lo establecido en el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria y que se rige por las disposiciones de uso, control y fiscalización establecidas en el mencionado Reglamento y otras normativas relacionadas a las que se somete.
- **Transferencia de productos:** Es un mecanismo alternativo de abastecimiento que es ejecutado por las unidades ejecutoras. Por medio de este mecanismo, una unidad ejecutora entrega a otra

productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en forma regular (distribución) o excepcional.

- **Transferencia financiera del SIS:** es el recurso económico que transfiere el SIS en forma prospectiva o retrospectiva, para financiar el gasto de reposición y de gestión en las prestaciones de salud que se brinda a los asegurados SIS.
- **Unidad Ejecutora:** Es la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistemas Administrativos del Estado y; en tal sentido, son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran. Las unidades ejecutoras a cargo de la gestión del SISMED, comprende a la DIRES/DISA/DIRESA/GERESA o quien haga sus veces, Hospital o Instituto Especializado unidades ejecutoras, Red de Salud Unidad Ejecutora.
- **Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS):** Es la Unidad Productora de Servicios organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud, en relación directa con su nivel de complejidad.

5.2. CADENA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

Los profesionales a cargo de la atención de los pacientes que acuden a los Establecimientos de Salud, realizan la identificación de las necesidades de suministro de medicamentos, en conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes para cumplir con las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil y lo normado por el SISMED.

Se debe cumplir con cada uno de los componentes del proceso de abastecimiento: selección, programación, requerimiento, almacenamiento, distribución y dispensación.

El Jefe de la Microred es responsable del monitoreo y evaluación del cumplimiento del proceso de abastecimiento, conjuntamente con el Comité de Gestión.

El proceso de abastecimiento de medicamentos será conducido por el Químico Farmacéutico responsable de la Microred de Salud Zamácola en

colaboración con los responsables de farmacia de los Establecimientos de Salud.

El financiamiento del suministro de medicamentos corresponde a la fuente de financiamiento de donaciones y transferencias (SIS) y debe ser gestionada ante la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

5.3. CADENA DE SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

Los responsables de los Programas Presupuestales serán los encargados de establecer y definir las necesidades y requerimientos de dispositivos médicos y productos sanitarios que se necesiten para cumplir con las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil y lo normado por el SISMED.

Los dispositivos médicos y productos sanitarios requeridos deben de encontrarse incluidos en el Petitorio Nacional Único de Dispositivos Médicos Esenciales (PNUDME) y en los kits habilitados por los Programas Presupuestales.

El Jefe de la Microred es responsable del monitoreo y evaluación del cumplimiento del proceso de abastecimiento, conjuntamente con el Comité de Gestión.

El proceso de abastecimiento de dispositivos médicos y productos sanitarios será conducido por el Químico Farmacéutico responsable de la Microred de Salud Zamácola en colaboración con los responsables de farmacia de los Establecimientos de Salud.

El financiamiento del suministro de dispositivos médicos y productos sanitarios corresponde a las fuentes de financiamiento de donaciones y transferencias (SIS), Recursos Determinados (FED) y debe ser gestionada ante la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa. La fuente de financiamiento de Recursos Directamente Recaudados también puede financiar estos gastos.

5.4. ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MÉDICOS.

El Comité de gestión, previo informe de los responsables de los Programas Presupuestales y de la oficina de Logística de la Microred de Salud Zamácola, serán los responsables de establecer las necesidades de equipos médicos, así como de la elaboración del plan de adquisición de equipos médicos nuevos y del plan de mantenimiento de equipos médicos, para su aprobación y trámite ante la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1. SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.

6.1.1. A nivel de los Establecimientos de Salud.

El responsable de farmacia coordinará con los responsables de Programas Presupuestales y Responsables de los servicios los requerimientos de medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de atención de las intervenciones priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

La programación y requerimiento se realizará en función a las metas físicas establecidas en los documentos de gestión (PSL, POI, etc.) y serán elevadas a la Jefatura de la Microred para su revisión y consolidación, según las disposiciones que sean emitidas por la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud, en los formatos y aplicativos del SISMED.

El almacenamiento de los medicamentos remitidos desde el almacén central de la DIREMID a la farmacia de cada Establecimiento debe cumplir con las Buenas Prácticas de Almacenamiento.

Los medicamentos deben estar siempre disponibles para su entrega al usuario en la farmacia del Establecimiento o a los profesionales de la salud que realizan actividades extramurales o que brindan servicios de oferta móvil.

En el caso de vacunas y otros biológicos, se deberá contar con un stock suficiente en los consultorios donde serán utilizados, debiendo el responsable de farmacia, llevar el control de stock de manera diaria, así como la verificación de las fechas de vencimiento.

El responsable de farmacia del Establecimiento de Salud alertará oportunamente cuando el stock de algún medicamento alcance el valor del stock mínimo crítico (*El stock mínimo crítico debe abastecer el medicamento un periodo mínimo de seis meses*) y procederá con la solicitud de reprogramación del requerimiento para el o los medicamentos que se encuentren en dicha situación. La solicitud será dirigida a la Jefatura de la Microred y estará suscrita por el responsable del Establecimiento de Salud.

El responsable de farmacia cumplirá con reportar mensualmente los ingresos, salidas y stock final de cada uno de los medicamentos en los formatos y aplicativos del SISMED.

6.1.2. A nivel de la Microred de Salud.

El Jefe de la Microred coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa a través de la Dirección Regional de Medicamentos, insumos y drogas (DIREMID), los recursos económicos de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias que serán transferidos y destinados para el financiamiento de la compra de medicamentos para todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola.

El Químico Farmacéutico de la Microred tramitará ante la Red de Salud Arequipa Caylloma y la DIREMID la entrega del o los medicamentos que se encuentran por debajo del stock crítico mínimo hacia los Establecimientos de Salud, a fin de evitar su desabastecimiento.

El Químico Farmacéutico de la Microred, consolidará la información remitida por los Establecimientos de Salud y la información obtenida con el visto bueno de los responsables de los Programas Presupuestales y la aprobación del Comité de Gestión serán elevados a la Red de Salud Arequipa Caylloma.

6.2. SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS.

6.2.1. A nivel de los Establecimientos de Salud.

El responsable de farmacia coordinará con los responsables de Programas Presupuestales y Responsables de los servicios los requerimientos de dispositivos médicos y productos sanitarios necesarios para satisfacer la demanda de atención de las intervenciones priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.

La programación y requerimiento se realizará en función a las metas físicas establecidas en los documentos de gestión (PSL, POI, etc.) y serán elevadas a la Jefatura de la Microred para su revisión y consolidación, según las disposiciones que sean emitidas por la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud, en los formatos y aplicativos del SISMED.

El almacenamiento de los dispositivos médicos y productos sanitarios remitidos desde el almacén central de la DIREMID a la farmacia de cada Establecimiento o adquiridos por la CLAS Zamácola debe cumplir con las Buenas Prácticas de Almacenamiento.

Los dispositivos médicos y productos sanitarios deben estar siempre disponibles para su entrega al usuario en la farmacia del Establecimiento y los consultorios externos o a los profesionales de la salud que realizan actividades extramurales o que brindan servicios de oferta móvil. El responsable de farmacia, debe llevar el control de stock de manera diaria, así como la verificación de las fechas de vencimiento.

El responsable de farmacia del Establecimiento de Salud alertará oportunamente cuando el stock de algún dispositivo médico o producto sanitario alcance el valor del stock mínimo crítico (*El stock mínimo crítico debe ser suficiente para un abastecimiento de un periodo mínimo de seis meses*) y procederá con la solicitud de reprogramación del requerimiento para los productos (dispositivos médicos y productos sanitarios) que se encuentren en dicha situación. La solicitud será dirigida a la Jefatura de la Microred y estará suscrita por el responsable del Establecimiento de Salud.

El responsable de farmacia cumplirá con reportar mensualmente los ingresos, salidas y stock final de cada uno de los dispositivos médicos y productos sanitarios en los formatos y aplicativos del SISMED.

6.2.2. A nivel de la Microred de Salud.

El Jefe de la Microred coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa a través de la Dirección Regional de Medicamentos, insumos y drogas (DIREMID), los recursos económicos de la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias que serán transferidos y destinados para el financiamiento de la compra de dispositivos médicos y productos sanitarios para todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola. De requerirse y ser necesario podrán ser adquiridos directamente por la CLAS Zamácola con las diversas fuentes de financiamiento aprobadas y permitidas.

El Químico Farmacéutico de la Microred, consolidará la información remitida por los Establecimientos de Salud y la información obtenida con el visto bueno de los responsables de los Programas Presupuestales y la aprobación del Comité de Gestión serán elevados a la Red de Salud Arequipa Caylloma.

6.3. ADQUISICIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MEDICOS.

6.3.1. A nivel de los Establecimientos de Salud.

El responsable del Establecimiento terminado el levantamiento del inventario anual, realizará un informe detallado de los equipos médicos que posee el Establecimiento de Salud, detallando tiempo de uso, condición de conservación, fecha de último mantenimiento preventivo y fecha de último mantenimiento correctivo.

Además, presentará un informe de los equipos médicos que en función a las necesidades de cada Establecimiento de Salud son requeridos para reducir la demanda insatisfecha en la población de su jurisdicción.

6.3.2. A nivel de la Microred de Salud.

Los responsables de los programas presupuestales conjuntamente con los responsables de logística de la microred consolidarán la información recibida de los Establecimientos de Salud y elaborarán el Plan Anual de Mantenimiento (preventivo y correctivo) y el Plan Anual de Adquisiciones (por reposición y mejora tecnológica), los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Gestión y remitidos a la Red de Salud Arequipa Caylloma.

De ser necesario y contar con la autorización correspondiente, se puede contratar los servicios de mantenimiento y/o la adquisición de nuevos equipos médicos con las fuentes de financiamiento disponibles y autorizadas.

VII. DISPOSICIONES FINALES.

- 7.1. El Jefe de la Microred de Salud es responsable del cumplimiento de la presente directiva administrativa.
- 7.2. El Comité de Gestión realizará la supervisión, seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades realizadas en la farmacia de los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola.
- 7.3. El responsable de Economía de la Microred, informará sobre los saldos financieros de manera mensual, los cuales serán realizados de manera individual por cada Establecimiento de Salud y consolidado de la Microred, para ser aprobados por el Comité de gestión y elevados a la Red de Salud Arequipa Caylloma y a la Unidad Desconcentrada del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 7.4. Para aquellos detalles y disposiciones que no están considerados en la presente Directiva, serán aplicables las disposiciones contenidas en la normatividad del SISMED, las señaladas por el CENARES y los Programas Presupuestales.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 1

LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS PRIORIZADAS PARA EL CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL

N°	escripción	Categoría EESS
01	Vacuna antineumococica 16 ug INY 1 Dosis	Todos
02	Vacuna contra el rotavirus PVL 1 Dosis	Todos
03	Otras combinaciones de Multivitaminas PLV 1 g	Todos
04	Ácido Fólico 1 mg TAB	Todos
	Ácido Fólico 5 mg TAB	Todos
	Ácido Fólico 15 mg TAB	Todos
05	Ácido Fólico + Ferroso Sulfato heptahidratado 200 ug/250 mg TAB	Todos
	Ácido Fólico + Ferroso Sulfato heptahidratado 400 ug/300 mg TAB	Todos
	Ácido Fólico + Ferroso Sulfato heptahidratado 800 ug/300 mg TAB	Todos
06	Amoxicilina 500 mg TAB	Todos
07	Ferroso Sulfato 15 mg de Fe/5 ml JBE 120 ml	Todos
	Ferroso Sulfato 15 mg de Fe/5 ml JBE 180 ml	Todos
08	Ferroso Sulfato 25 mg de Fe/ml SOL 30 ml	Todos
	Ferroso Sulfato 25 mg de Fe/ml SOL 20 ml	Todos
	Hierro Polimaltosado 25 mg de Fe/ml 30 ml	Todos
	Hierro Polimaltosado 50 mg de Fe/ml 20 ml	Todos

ANEXO 2

LISTADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS PRIORIZADAS PARA EL CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL

N°	Descripción	Categoría EESS
01	Clorhexidina gluconato 4g/100 ml SOL 1 Litro	Todos
	Clorhexidina 2 g/100 ml SOL 1 Litro	Todos
	Clorhexidina 5 g/100 ml JABON 1 Litro	Todos
	Triclosan 0.5 g/100 ml JABON 1 Litro	Todos
	Triclosan 1 g/100 ml JABON 90 o 110 g	Todos
02	Tira Reactiva para orina (10/11 parámetros) x 100 determinaciones	Todos
03	Prueba Rápida para diagnóstico de Sífilis (varias presentaciones)	Todos
04	Prueba rápida para diagnóstico de VIH (varias presentaciones)	Todos
05	Prueba rápida para diagnóstico VIH-Sífilis (opcional a 03 v 04)	Todos
06	Lanceta descartable adulto	Todos
	Lanceta retráctil descartable adulto	Todos
07	Lanceta descartable pediátrica	Todos
	Lanceta retráctil descartable pediátrica	Todos
08	Grupo Sanguíneo (Anti A-B-D-Factor Rh)	Todos
09	Microcubeta descartable para Hemoglobinómetro	Todos
10	Hemoglobina método manual	I-3 y I-4
11	Algodón hidrófilo	Todos
12	Papel Toalla	Todos
13	Láminas y laminillas para uso en Laboratorio	I-3 y I-4
14	Frasco para muestra de orina	Todos
15	Tira Reactiva para Glucosa en sangre (uso con glucómetro)	Todos

ANEXO 3

LISTADO DE EQUIPOS MÉDICOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS PRIORIZADAS PARA EL CONTROL DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL

N°	Descripción	Categoría EESS
EQUIPOS DE ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS (Vacuna, CRED, Suplemento de Hierro)		
Equipos para cadena de frío – verificación en SIGA Patrimonio		
01	Refrigeradora para vacunas tipo ICE LINED 75 ~~L vacunas~~	Todos
	Refrigeradora conservadora de medicamentos	Todos
	Refrigeradora Eléctrica Industrial	Todos
02	Caja conservadora de temperatura - cooler	Todos
	Termo para transporte de biológicos y ~~vacunas~~	Todos
03	Registrador de datos de Temperatura (RE)	Todos
	Registrador de Datos – DATA LOGGER	Todos
Equipos para Atención de CRED y Suplementación de Hierro		
04	Balanza pediátrica de sobremesa	Todos
	Balanza pediátrica de mesa con tallímetro	Todos
	Balanza pediátrica mecánica de sobremesa	Todos
	Balanza pediátrica digital	Todos
	Balanza pediátrica electrónica	Todos
	Balanza de plataforma	Todos
05	Infantómetro	Todos
06	Tallímetro (mayor a 1/8 UIT)	Todos
07	Mesa metálica rodable para curaciones	Todos
	Coche metálico para curaciones	Todos
08	Hemoglobinómetro portátil	Todos
09	Mesa para examen médico lactante	Todos
	Mesa de examen pediátrico o similar	Todos
EQUIPOS PARA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA		

10	Lámpara eléctrica (mayor a 1/8 UIT) cuello de ganso rodante	Todos
	Lámpara incandescente tipo cuello de ganso	Todos
11	Detector de latidos fetales de sobremesa	Todos
	Equipo doppler vascular (latidos fetales)	I-4
	Equipo doppler fetal portátil	Todos
	Fetoscopio	I-4
12	Camilla metálica para examen ginecológico	Todos
13	Balanza de pie con tallímetro	Todos
	Balanza plataforma mecánica	Todos
	Balanza digital para adulto	Todos
	Balanza electrónica	Todos
14	Tallímetro	Todos
15	Glucómetro	Todos
16	Tensiómetro	Todos
17	Centrifuga para tubos	I-3 y I-4
	Centrifuga hematocrito estándar	I-3 y I-4

ANEXO 4

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

- *Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de stock de medicamentos para para la prestación de las intervenciones sanitarias priorizadas en la niña y niño (CRED, dosaje de Hemoglobina, vacunaciones, suplementación con hierro) y la gestante.*
- *Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de al menos 80% de insumos y equipos críticos para la prestación de las intervenciones sanitarias priorizadas en la niña y niño (CRED, dosaje de Hemoglobina, vacunaciones, suplementación con hierro) y la gestante.*
- *Establecimiento de Salud que asegura los insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas del niño, la niña y la gestante.*

FICHA N° 01

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de stock de medicamentos para el cumplimiento de la prestación de las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia en la niña y niño y la gestante.</i>					
Definición	Es el porcentaje de Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola que tiene disponibilidad de stock de medicamentos en el periodo de evaluación para el cumplimiento de la prestaciones de las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia en niños, niñas y la gestante.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Permitir que los Establecimientos puedan brindar de manera adecuada, oportuna y completa las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil.					
Justificación	La entrega oportuna, completa y de calidad de las intervenciones sanitarias priorizadas e el control de la anemia materno infantil impactan en					

	los resultados obtenidos en la reducción de los índices de anemia infantil, en especial en los niños y niñas menores de 36 meses.		
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de EESS que aseguran la disponibilidad de medicamentos}}{N^{\circ} \text{ total de Establecimientos existentes}} * 100$		
Procedimiento de medición	Numerador: Número de Establecimientos de Salud en el ámbito de la Microred que han logrado asegurar contar con stock suficiente de medicamentos, en el periodo de evaluación que permitan poder brindar oportunamente las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil. Denominador: Número total de Establecimientos de Salud adscritos a la Microred de Salud Zamácola.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Reporte Estadística	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0 %	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	60.0%
Nivel de avance	Se mantiene invariables.		
Área responsable	Responsable de Farmacia		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%		

FICHA N° 02

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de al menos 80% de dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos médicos para la prestación de las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia en la niña y niño y la gestante.</i>

Definición	Es el porcentaje de Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola que tiene disponibilidad de al menos 80% de dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos en el periodo de evaluación para el cumplimiento de la prestaciones de las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia en niños, niñas y la gestante..					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso	X	Resultado	
Propósito	Permitir que los Establecimientos puedan brindar de manera adecuada, oportuna y completa las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil.					
Justificación	La entrega oportuna, completa y de calidad de las intervenciones sanitarias priorizadas e el control de la anemia materno infantil impactan en los resultados obtenidos en la reducción de los índices de anemia infantil, en especial en los niños y niñas menores de 36 meses.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de EESS que aseguran la disponibilidad de pr}}{N^{\circ} \text{ total de Establecimientos existent}} * 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de Establecimientos de Salud en el ámbito de la Microred que han logrado asegurar contar al menos el 80% de los dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos en el periodo de evaluación que permitan poder brindar oportunamente las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil. Denominador: Número total de Establecimientos de Salud adscritos a la Microred de Salud Zamácola.					
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$					
Fuente	Reporte Estadística	Periodicidad		Trimestral		
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola					
Valor Umbral	80.0 %	Meta Esperada		100.0%		
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado		40.0%		

Nivel de avance	Se mantiene invariables.
Área responsable	Responsables de Farmacia y Logística
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%

FICHA N° 03

Nombre del Indicador	<i>Establecimiento de Salud que asegura los insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas del niño, la niña y la gestante.</i>					
Definición	Es el porcentaje de Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola que aseguran la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos médicos para poder brindar las intervenciones sanitarias priorizadas incluidas en el control de la anemia materno-infantil.					
Tipo de Indicador	Estructura		Proceso		Resultado	X
Propósito	Permitir que los Establecimientos puedan brindar de manera adecuada, oportuna y completa las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil.					
Justificación	La entrega oportuna, completa y de calidad de las intervenciones sanitarias priorizadas e el control de la anemia materno infantil impactan en los resultados obtenidos en la reducción de los índices de anemia infantil, en especial en los niños y niñas menores de 36 meses.					
Fórmula de cálculo del logro alcanzado	$\frac{N^{\circ} \text{ de EEES que aseguran la disponibilidad de insumos}}{N^{\circ} \text{ total de Establecimientos existentes}} \times 100$					
Procedimiento de medición	Numerador: Número de Establecimientos de Salud en el ámbito de la Microred que han logrado asegurar contar con stock suficiente de medicamentos, dispositivos médicos, productos sanitarios y equipos médicos que permitan poder brindar oportunamente las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil.					

	Denominador: Número total de Establecimientos de Salud adscritos a la Microred de Salud Zamácola.		
Cálculo del Porcentaje de cumplimiento	$\% \text{ de cumplimiento} = \frac{(\text{logro alcanzado} - \text{valor umbral})}{(\text{meta esperada} - \text{valor umbral})} * 100$		
Fuente	Reportes de Farmacia y de Logística (SIGA)	Periodicidad	Trimestral
Aplicabilidad	De aplicación en todos los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola		
Valor Umbral	80.0 %	Meta Esperada	100.0%
Valor Basal	Pendiente	Peso Ponderado	%
Nivel de avance	Se mantiene invariables.		
Área responsable	Responsable de los Servicios de Farmacia y Logística.		
Área a reportar	Jefatura de la Microred a través del Responsable del Establecimiento.		
Observaciones	Si el valor del logro alcanzado es menor al valor umbral se considera un porcentaje de cumplimiento del 0.0%. Para el cálculo del promedio ponderado se usa la fórmula siguiente: $I_p = \sum_{i=1}^n \frac{(I_i * P_i)}{100}$		

Anexo N° 09: Evaluación de los indicadores de seguimiento, resultado e impacto propuestos

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2021-GRA/GRS/GR-RSAC-MRS-MCD-ZAM

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS ASPECTOS METODOLOGICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y RESULTADO DEL PLAN DE GESTION PROPUESTO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONDUCENTE A LA REDUCCION DE LA ANEMIA INFANTIL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORED DE SALUD ZAMACOLA

I. FINALIDAD.

La presente Directiva tiene como finalidad contribuir a la mejora de los procesos de evaluación de los indicadores de seguimiento y resultado del Plan de gestión propuesto para el fortalecimiento de las actividades conducentes a la reducción de la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

II. OBJETIVO.

Establecer la metodología para la medición de los indicadores de seguimiento y resultado del Plan de gestión propuesto para el fortalecimiento de las actividades conducentes a la reducción de la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Directiva Administrativa es de cumplimiento obligatorio en cada uno de los Establecimientos de Salud que conforman la Microred de Salud Zamácola.

IV. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificaciones.
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

- Ley N° 29124, Ley que establece la Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y de las Regiones.
- Decreto Supremo N° 017-2008-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29124.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 1441-2018-GRA/GRS/GR-DESP, que aprueba la Directiva N° 003-2018-GRA/GRS/GR-DESP “Competencias a desarrollar en la Gerencia Regional de Salud Arequipa y en las Redes de Servicios de Salud en el marco de la Ley de Cogestión”.
- Resolución Gerencial Regional de Salud N° 0683-2018-GRA/GRS/GR-DESP, que aprueba la Directiva N° 001-2018-GRA/GRS/GR-DESP “Lineamientos para la contratación y pago de bienes y servicios en las Asociaciones CLAS del ámbito de la Gerencia Regional de Salud Arequipa”.

V. DISPOSICIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- **Área responsable de información.** Es la unidad, oficina o servicio encargados de generar y reportar la información necesaria para el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de los indicadores de monitoreo y seguimiento.
- **Área responsable técnica.** Es la unidad, oficina o servicio encargados de definir los aspectos técnicos y metodológicos, y brindar asistencia técnica relacionada a los indicadores de monitoreo y seguimiento, según sus competencias.
- **Ficha Técnica del Indicador.** Formato en el que se describe las características y tipo del indicador, los valores de logro esperados y umbrales, los procedimientos a seguir para identificar la meta y la medición del cumplimiento de los logros esperados y las responsabilidades de las áreas técnicas y de información.
- **Indicador de Desempeño.** Instrumento que proporciona información sobre la cobertura, efectividad, eficiencia y/o calidad de los servicios e intervenciones de salud.

- **Logro esperado.** Situación que se espera alcanzar en los indicadores, durante el periodo de evaluación.
- **Logro alcanzado.** Situación alcanzada en los indicadores, durante el periodo de evaluación.
- **Porcentaje Global de Cumplimiento.** Es el porcentaje que se obtiene al dividir la sumatoria de los puntos logrados por los indicadores individuales, dividido entre cien (100). Se calcula a nivel de cada uno de los Establecimientos.
- **Valor umbral.** Es el valor a partir del cual se evalúa positivamente un indicador.

5.2. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ EVALUADOR.

El Comité evaluador estará integrado por los siguientes miembros:

- Jefe de la Microred de Salud, quien la preside.
- Responsables de los Establecimientos de Salud.
- Responsable del PP Articulado Nutricional.
- Responsable del PP Materno Neonatal.
- Responsable de Logística.
- Responsable de Farmacia.
- Responsable de Estadística.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.

6.1. DE LAS FICHAS TÉCNICAS.

Las Fichas Técnicas de los indicadores de seguimiento y resultado se encuentran descritas en cada una de las Directivas que componen el Plan de Gestión propuesto para el fortalecimiento de las actividades conducentes a la reducción de la prevalencia de anemia infantil de los niños y niñas menores de 36 meses en el ámbito de la Microred de Salud Zamácola.

Las Fichas Técnicas que no se encuentran descritas en el Plan, serán desarrolladas en el anexo de la presente directiva.

6.2. PESOS PONDERADOS.

Los pesos ponderados son establecidos en el Comité de Gestión de la Microred de manera anual en base a los criterios técnicos y según los alcances dados por los Programas Presupuestales.

6.3. DETERMINACIÓN DEL PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO.

Es el cumplimiento general de los logros esperados en los indicadores de seguimiento y resultado.

Se calcula como el promedio ponderado de lo alcanzado a través de cada uno de los indicadores evaluados a través de la siguiente fórmula:

$$I_p = \sum_{i=1}^n \frac{(I_i * P_i)}{100}$$

VII. RESPONSABILIDADES

La aplicación de la presente Directiva Administrativa es de responsabilidad del Jefe de la Microred y del Comité de Gestión.

VIII. ANEXOS.

ANEXO 1: CUADRO RESUMEN DE LOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO POR PRODUCTOS PROPUESTOS

PRODUCTO 01.01.					
INDICADOR	VALOR LIMBRAI	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO ALCANZADO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Personal de salud acreditado y capacitado en el uso del Sistema	80	100	Según Ficha	Según Ficha	15.0 %
Personal de salud acreditado y capacitado en el manejo de la	80	100	Según Ficha	Según Ficha	15.0 %
Usuarios atendidos y registrados adecuadamente en el Registro	60	80	Según Ficha	Según Ficha	12.5 %
Solicitud de citas recibidas que fueron admitidas y programadas	75	80	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
Citas programadas que fueron atendidas oportunamente por el	60	75	Según Ficha	Según Ficha	15.0 %
Establecimiento de Salud que ha implementado el Archivo de	80	90	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
Historia Clínica con codificación en base al número de DNI del usuario	80	95	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
Historia Clínica con registro completo y correcto en el	80	90	Según Ficha	Según Ficha	12.5 %
PRODUCTO 02.01.					
INDICADOR	VALOR LIMBRAI	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO ALCANZADO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Personal de Salud que ha recibido orientación en la adecuación y	80	100	Según Ficha	Según Ficha	20.0 %
Establecimiento de Salud que cuenta con la cartera de Servicios de	80	100	Según Ficha	Según Ficha	40.0 %
Establecimiento de Salud que cuenta con un Sistema de	80	100	Según Ficha	Según Ficha	40.0 %

PRODUCTO 03.01.					
INDICADOR	VALOR LIMITE	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Personal de Salud que ha participado y aprobado el Programa de Capacitación Continua en "Salud	85	90	Según Ficha	Según Ficha	N/A
PRODUCTO 03.02.					
INDICADOR	VALOR LIMITE	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Establecimiento de Salud con equipamiento adecuado para realizar Control de Crecimiento y	95	100	Según Ficha	Según Ficha	5.0 %
Establecimiento de Salud con kit completos para realizar Control de Crecimiento y Desarrollo de	95	100	Según Ficha	Según Ficha	5.0 %
Establecimiento de Salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar el	80	100	Según Ficha	Según Ficha	5.0 %
Recién nacidos con 2 controles CRED.	60	70	Según Ficha	Según Ficha	7.0 %
Niños menores de 1 año con controles CRED completos para la edad	35	40	Según Ficha	Según Ficha	7.0 %
Niños de 1 años con controles CRED completos para la edad	35	45	Según Ficha	Según Ficha	7.0 %
Niños de 2 años con controles CRED completos para la edad	40	55	Según Ficha	Según Ficha	7.0 %
Establecimiento de Salud con kit completo para realizar tamizaje de hemoglobina de acuerdo a	95	100	Según Ficha	Según Ficha	6.0 %
Establecimiento de Salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para realizar	80	100	Según Ficha	Según Ficha	6.0 %
Niños de 4-5 meses con suplemento de hierro.	58	65	Según Ficha	Según Ficha	8.0 %
Niños sin anemia de 6-11 meses que han recibido micronutrientes o jarabe o gotas	55	60	Según Ficha	Según Ficha	8.0 %
Niños de 6-11 meses de edad con tamizaje de hemoglobina en los últimos 3 meses	60	68	Según Ficha	Según Ficha	7.0 %
Niños que cumplen 24 meses en el mes de evaluación que cuentan con dos o más	55	65	Según Ficha	Según Ficha	7.0 %
Gestante con paquete preventivo completo.	50	60	Según Ficha	Según Ficha	5.0 %

Gestante suplementada con micronutrientes.	70	75	Según Ficha	Según Ficha	5.0 %
Gestante con tamizaje de hemoglobina en el I y III Trimestre	80	85	Según Ficha	Según Ficha	5.0 %
PRODUCTO 03.03.					
INDICADOR	VALOR LIMBRAI	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Establecimiento de Salud con profesionales de la salud capacitados y acreditados para el manejo	80	100	Según Ficha	Según Ficha	20.0 %
Niños de 6-11 meses de edad con anemia que inician tratamiento con gotas o jarabe con hierro	80	90	Según Ficha	Según Ficha	25.0 %
Gestantes con anemia que es evaluada por médico e inician tratamiento con sales de hierro	80	90	Según Ficha	Según Ficha	25.0 %
Niños menores de 36 meses con anemia que han requerido referencia a Establecimiento de Salud	8	5	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
Niños menores de 36 meses con enfermedades prevalentes de la infancia (IPA, EDA, parasitosis)	5	3	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
Niños que cumplieron 12 meses en el mes de evaluación que reciben vacunas completas	80	85	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
PRODUCTO 03.04.					
INDICADOR	VALOR LIMBRAI	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Familias con niños menores de 36 meses o gestantes que reciben visita domiciliaria para	25	40	Según Ficha	Según Ficha	30.0 %
Madres o cuidadores de niños menores de 36 meses que acuden y participan de sesiones	40	60	Según Ficha	Según Ficha	40.0 %
Grupos de Apoyo Comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos que han sido	75	80	Según Ficha	Según Ficha	30.0 %

PRODUCTO 03.05.					
INDICADOR	VALOR LIMITE	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Establecimiento de Salud con equipamiento adecuado para realizar actividades de	80	100	Según Ficha	Según Ficha	30.0 %
Personal de Salud acreditado y capacitado para la realización de actividades de	80	100	Según Ficha	Según Ficha	30.0 %
Establecimiento de Salud que cuenta con programación mensual de equipos itinerantes	80	100	Según Ficha	Según Ficha	40.0 %
PRODUCTO 03.06.					
INDICADOR	VALOR LIMITE	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de stock de medicamentos para	80	100	Según Ficha	Según Ficha	60.0 %
Establecimiento de Salud que tiene disponibilidad de al menos 80% de dispositivos	80	100	Según Ficha	Según Ficha	40.0 %

Para el cálculo del Valor de Logro Alcanzado (VLA), se utilizará las fórmulas descritas en el ítem 7.1 del Plan de Gestión o de las Fichas Técnicas que se encuentran en los anexos de las Directivas correspondientes.

ANEXO 2: CUADRO RESUMEN DE LOS INDICADORES DE RESULTADO POR PRODUCTOS

INDICADOR	VALOR UMBRAL	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
PRODUCTO 01.01.					
Establecimiento de Salud que ha implementado un Sistema Integrado de	85	90	Según Ficha	Según Ficha	8.0 %
Establecimiento de Salud que ha implementado la Historia Clínica Electrónica	85	90	Según Ficha	Según Ficha	8.0 %
Establecimiento de Salud que ha adecuado e implementado satisfactoriamente los servicios	80	90	Según Ficha	Según Ficha	8.0 %
PRODUCTO 02.01.					
Establecimiento de Salud que ha adecuado y fortalecido su oferta de Servicios de Salud con	80	90	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
PRODUCTO 03.01.					
Establecimiento de Salud que ha desarrollado y concluido el Programa de Capacitación	80	90	Según Ficha	Según Ficha	6.0 %
PRODUCTO 03.02.					
Establecimiento de Salud que brinda los paquetes de atención integral a niños,	70	90	Según Ficha	Según Ficha	16.0 %
PRODUCTO 03.03.					
Establecimiento de Salud que brinda atención oportuna a niños con enfermedades	80	90	Según Ficha	Según Ficha	10.0 %
PRODUCTO 03.04.					

Establecimiento de Salud que asegura familias saludables con conocimientos para el cuidado	80	90	Según Ficha	Según Ficha	8.0 %
PRODUCTO 03.05.					
Establecimiento de Salud que ha ampliado su oferta de servicios de salud con Oferta Móvil y	80	100	Según Ficha	Según Ficha	12.0 %
PRODUCTO 03.06.					
Establecimiento de Salud que asegura los insumos críticos para las intervenciones	80	100	Según Ficha	Según Ficha	14.0 %

Para el cálculo del Valor de Logro Alcanzado (VLA), se utilizará las fórmulas descritas en el ítem 7.2 del Plan de Gestión o de las Fichas Técnicas que se encuentran en los anexos de las Directivas correspondientes, considerando los Pesos Ponderados consignados en el Anexo 1 de la presente Directiva Administrativa:

Se aplica la siguiente ecuación:

$$I_p = \frac{\sum_{i=1}^n (I_i \cdot P_i)}{100}$$

I_p es el Valor de Logro Alcanzado del Indicador de resultado

I_i es el Valor de Logro Alcanzado del Indicador de seguimiento

P_i es el peso ponderado del indicador de seguimiento

El porcentaje Global de Cumplimiento se calcula con la misma ecuación, pero se utilizan los Valores de Logro Alcanzados en los Indicadores de seguimiento y los Pesos Ponderados de los Indicadores de Seguimiento.

El resultado se califica como: **Excelente** cuando se alcanza un Porcentaje Global de cumplimiento superior a 90%.

Bueno cuando se alcanza un Porcentaje Global de cumplimiento entre 81% y

90%

Regular cuando se alcanza un Porcentaje Global de cumplimiento entre 71% y 80%

Malo cuando se alcanza un Porcentaje Global de cumplimiento entre 61% y 75%

Deficiente cuando se alcanza un Porcentaje Global de cumplimiento inferior a 61%

ANEXO 3: CUADRO RESUMEN DE LOS INDICADORES DE IMPACTO

INDICADOR	VALOR UMBRAL	VALOR LOGRO	VALOR LOGRO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	PESO PONDERADO
Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 36 meses	42	38	Según Ficha	Según Ficha	N/A
Prevalencia de anemia en gestantes y puérperas.	20	18	Según Ficha	Según Ficha	N/A
Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas en niñas y niños menores de 36	80	60	Según Ficha	Según Ficha	N/A
Prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en niñas y niños menores de 36 meses	70	60	Según Ficha	Según Ficha	N/A
Prevalencia de Parasitosis Intestinal en niñas y niños menores de 36 meses	50	45	Según Ficha	Según Ficha	N/A

ANEXO N° 10

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (I)

PRODUCTO 01.01.	<i>EESS que adecuan y fortalecen sus servicios de admisión, triaje y archivo</i>						
ACTIVIDAD 01.01.01.	<i>Directiva Administrativa "Reestructuración y Fortalecimiento de los servicios de admisión, triaje y archivo"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	5400	S/ 16.67	S/ 90,018.00	RO, RDR	Ninguno
	Infraestructura	unidad	1	S/ 40,000.00	S/ 40,000.00	RDR	Ninguno
	Equipos/Mobiliario	unidad	1	S/ 15,000.00	S/ 15,000.00	RO, SIS, RD	Ninguno
	Servicios (luz, internet, telefonía)	unidad	12	S/ 500.00	S/ 6,000.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento	unidad	2	S/ 750.00	S/ 3,000.00	RDR	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 320.00	S/ 3,840.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
ACTIVIDAD 01.01.02.	<i>Documento Técnico "Plan para la implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de citas y usuarios en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"</i>						
ACTIVIDAD 01.01.03.	<i>Técnico "Plan para la implementación de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento y monitoreo de niños, adolescentes y gestantes"</i>						

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

El software requerido es propiedad del MINSA y se encuentra disponible a todas las IPRESS del GORE Arequipa.

La Gerencia Regional de Salud Arequipa y la Red de Salud Arequipa Caylloma deben prestar toda la asistencia técnica necesaria a la Microred de Salud Zamácola.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (II)

PRODUCTO 02.01.	<i>EESS que adecuan su oferta de servicios con las necesidades de la población</i>						
ACTIVIDAD 02.01.01.	<i>Directiva Administrativa "Lineamientos para la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	750	S/ 16.67	S/ 12,502.50	RO, RDR	Ninguno
	Servicios (luz, internet, telefonía)	unidad	12	S/ 200.00	S/ 2,400.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento	unidad	2	S/ 150.00	S/ 600.00	RDR	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 80.00	S/ 960.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

El software requerido es propiedad del MINSA y se encuentra disponible a todas las IPRESS del GORE Arequipa.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (III)

PRODUCTO 03.01.	<i>EESS que cuentan con Personal de Salud capacitado en Salud Comunitaria y Manejo de la anemia</i>						
ACTIVIDAD 03.01.01.	<i>Programa de Capacitación continua y desarrollo de personal en salud comunitaria y manejo integral de la anemia.</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Servicios (luz, internet, telefonía)	unidad	45	S/ 10.00	S/ 450.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento	unidad	1	S/ 250.00	S/ 250.00	RDR	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	45	S/ 80.00	S/ 3,600.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
	Otros gastos e imprevistos	unidad	1	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

El personal requerido son profesionales invitados del MINSA/GERESA AREQUIPA y Red de Salud Arequipa Caylloma.

La capacitación será a través de medios digitales en sesiones sincrónicas/asincrónicas no demandando gastos por refrigerios, traslados, equipos, etc.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (IV)

PRODUCTO 03.02.	<i>EESS que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes</i>						
ACTIVIDAD 03.02.01.	<i>Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de los niños menores de 36 meses en la prestación de Control de Crecimiento y Desarrollo en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	10272	S/ 16.67	S/ 171,234.24	RO, RDR	Ninguno
	Servicios básicos (agua, desagüe, luz)	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	RO	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 200.00	S/ 2,400.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de Infraestructura	unidad	2	S/ 150.00	S/ 600.00	RDR	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 600.00	S/ 600.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 80.00	S/ 960.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

Los insumos, medicamentos y dispositivos médicos son provistos por CENARES y/o adquiridos mediante las fuentes de financiamiento RD (convenio FED) y DyT (Convenio SIS).

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

Se coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa para la provisión de personal SERUM's equivalente como apoyo a las actividades.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (V)

PRODUCTO 03.02.	EESS que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes						
ACTIVIDAD 03.02.02.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención del niño menor de 36 meses en la provisión de suplementación de micronutrientes en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	3077	S/ 16.67	S/ 51,293.59	RO, RDR	Ninguno
	Servicios básicos (agua, desagüe, luz)	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	RO	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de Infraestructura	unidad	2	S/ 150.00	S/ 600.00	RDR	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 500.00	S/ 500.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

Los insumos, medicamentos y dispositivos médicos son provistos por CENARES y/o adquiridos mediante las fuentes de financiamiento RD (convenio FED) y DyT (Convenio SIS).

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

Se coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa para la provisión de personal SERUM's equivalente como apoyo a las actividades.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (VI)

PRODUCTO 03.02.	<i>EESS que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes</i>						
ACTIVIDAD 03.02.03.	<i>Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para el control prenatal y provisión de suplemento de micronutrientes en gestantes y puérperas en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	15242	S/ 16.67	S/ 254,080.14	RO, RDR	Ninguno
	Servicios básicos (agua, desagüe, luz)	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	RO	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 50.00	S/ 600.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de Infraestructura	unidad	2	S/ 300.00	S/ 1,200.00	RDR	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 500.00	S/ 500.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 120.00	S/ 1,440.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
ACTIVIDAD 03.02.04.	<i>Documento Técnico "Guías de Práctica Clínica para la atención integral de niños menores de 36 meses, gestantes y puérperas en la prevención de la anemia".</i>						

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

Los insumos, medicamentos y dispositivos médicos son provistos por CENARES y/o adquiridos mediante las fuentes de financiamiento RD (convenio FED) y DyT (Convenio SIS).

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

Se coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa para la provisión de personal SERUM's equivalente como apoyo a las actividades.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (VII)

PRODUCTO 03.03.	EESS que proveen atención a niños con anemia, parasitosis intestinal, IRAs, EDAs y vacuna completa para la edad.						
ACTIVIDAD 03.03.01.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en el manejo de niños con enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs, parasitosis intestinal en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	5932	S/ 52.54	S/ 311,693.55	RO, RDR	Ninguno
	Servicios básicos (agua, desagüe, luz)	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	RO	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 25.00	S/ 300.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de Infraestructura	unidad	2	S/ 250.00	S/ 1,000.00	RDR	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 1,000.00	S/ 1,000.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 200.00	S/ 2,400.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

Los insumos, medicamentos y dispositivos médicos son provistos por CENARES y/o adquiridos mediante las fuentes de financiamiento RD (convenio FED) y DyT (Convenio SIS).

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

Se coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa para la provisión de personal SERUM's equivalente como apoyo a las actividades.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (VIII)

PRODUCTO 03.03.	EESs que proveen atención a niños con anemia, parasitosis intestinal, IRAs, EDAs y vacuna completa para la edad.						
ACTIVIDAD 03.03.02.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en el diagnóstico, seguimiento y la provisión del tratamiento en pacientes afectados con anemia en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	4068	S/ 67.54	S/ 274,752.72	RO, RDR	Ninguno
	Servicios básicos (agua, desagüe, luz)	unidad	12	S/ 50.00	S/ 600.00	RO	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 25.00	S/ 300.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de Infraestructura	unidad	2	S/ 150.00	S/ 600.00	RDR	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 100.00	S/ 100.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

Los insumos, medicamentos y dispositivos médicos son provistos por CENARES y/o adquiridos mediante las fuentes de financiamiento RD (convenio FED) y DyT (Convenio SIS).

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

Se coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa para la provisión de personal SERUM's equivalente como apoyo a las actividades.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (IX)

PRODUCTO 03.03.	<i>EESS que proveen atención a niños con anemia, parasitosis intestinal, IRAs, EDAs y vacuna completa para la edad.</i>						
ACTIVIDAD 03.03.03.	<i>Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de niños menores de 36 meses en la administración de Inmunizaciones en los Establecimientos de Salud de la Microred de Salud Zamácola"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	9220	S/ 16.67	S/ 153,697.40	RO, RDR	Ninguno
	Servicios básicos (agua, desagüe, luz)	unidad	12	S/ 50.00	S/ 600.00	RO	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 25.00	S/ 300.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de Infraestructura	unidad	2	S/ 150.00	S/ 600.00	RDR	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 500.00	S/ 500.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 250.00	S/ 3,000.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
ACTIVIDAD 03.03.04.	<i>Documento Técnico "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y la anemia en niños y gestantes".</i>						

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

Los insumos, medicamentos y dispositivos médicos son provistos por CENARES y/o adquiridos mediante las fuentes de financiamiento RD (convenio FED) y DyT (Convenio SIS).

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

Se coordinará con la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa para la provisión de personal SERUM's equivalente como apoyo a las actividades.

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (X)

PRODUCTO 03.04.	<i>EES que aseguran familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación para la prevención y control de la anemia del niño menor de 36 meses</i>						
ACTIVIDAD 03.04.01.	<i>Directiva Sanitaria "Criterios para la provisión de consejería en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, a través de la visita domiciliaria a familias con niños menores de 36 meses"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	2126	S/ 16.67	S/ 35,440.42	RO, RDR	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 150.00	S/ 1,800.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
ACTIVIDAD 03.04.02.	<i>Directiva Sanitaria "Criterios para la provisión de sesiones demostrativas y sesiones educativas a familias con niños menores de 36 meses y gestantes"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	978	S/ 16.67	S/ 16,303.26	RO, RDR	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 400.00	S/ 4,800.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
ACTIVIDAD 03.04.03.	<i>Directiva Sanitaria "Criterios para la implementación y funcionamiento de grupos de apoyo comunal para la protección y de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	324	S/ 16.67	S/ 5,401.08	RO, RDR	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 125.00	S/ 1,500.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (XI)

PRODUCTO 03.05.	<i>EESS que amplía su oferta de salud con equipos itinerantes y Telesalud</i>						
ACTIVIDAD 03.05.01.	<i>Directiva Administrativa "Ampliación de la oferta de servicios de salud con la implementación de oferta móvil y Telesalud"</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	8340	S/ 31.18	S/ 260,041.20	RO, RDR	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 50.00	S/ 600.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 500.00	S/ 500.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Servicios básicos (luz eléctrica)	unidad	12	S/ 50.00	S/ 600.00	RO	Ninguno
	Combustible	unidad	12	S/ 500.00	S/ 6,000.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 150.00	S/ 1,800.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

El personal se programará de acuerdo con la demanda de usuarios en la atención regular y las necesidades de atención detectadas.

Las actividades con oferta móvil y Telesalud se integrarán a las realizadas y programadas por la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Gerencia Regional de Salud Arequipa

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (XII)

PRODUCTO 03.06.	<i>EESS que aseguran los insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil.</i>						
ACTIVIDAD 03.06.01.	<i>Directiva Administrativa "Evaluación, requerimiento y provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil".</i>						
	<i>Recurso</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Requerimiento</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>	<i>Fuente Financiamiento</i>	<i>A cargo Proyecto</i>
	Personal	horas/trabajador	96	S/ 16.67	S/ 1,632.00	RO, RDR	Ninguno
	Servicios de Telefonía/Internet	unidad	12	S/ 10.00	S/ 120.00	RDR, RO	Ninguno
	Mantenimiento de equipos	unidad	1	S/ 50.00	S/ 50.00	RO, RDR, RD	Ninguno
	Servicios básicos (luz eléctrica)	unidad	12	S/ 10.00	S/ 120.00	RO	Ninguno
	Útiles de escritorio y consumibles	unidad	12	S/ 100.00	S/ 1,200.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

Los gastos requeridos son asumidos a través de las fuentes de financiamiento RO, RD, DyT (SIS) y RDR, no requiriendo ningún cargo por parte del proyecto

El personal requerido corresponde a personal de los DL 276 y DL 1057 y son administrados por la Red de Salud Arequipa Caylloma

No se considera el costo de medicamentos, insumos y equipos médicos ya que son provistos por DIREMID y/o CENARES (a través de DyT-SIS y RO)

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (RESUMEN)

Producto/Actividad	Descripción	Costo total	Fuente Financiamiento	A cargo Proyecto
Producto 01.01.	EESS que adecuan y fortalecen sus servicios de admisión, triaje y archivo.	S/ 146,588.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 01.01.01.	Directiva Administrativa "Reestructuración y fortalecimiento de los servicios de admisión, triaje y archivo en los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola"	S/ 146,588.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 01.01.02.	Documento Técnico "Implementación de un Sistema Integrado de Gestión y Registro de citas"	S/ -	---	Ninguno
Actividad 01.01.03.	Documento Técnico "Implementación de la Historia Clínica Electrónica para el seguimiento de niños, adolescentes y gestantes"	S/ -	---	Ninguno
Producto 02.01.	EESS que adecuan sus servicios de salud acorde con las necesidades de la población.	S/ 16,462.50	RDR	Ninguno
Actividad 01.01.01.	Directiva Administrativa "Lineamientos para la adecuación y mejora de la oferta de servicios de salud con enfoque por ciclos de vida en los Establecimientos de la Microred de Salud Zamácola."	S/ 16,462.50	RDR	Ninguno
Producto 03.01.	EESS que cuentan con personal capacitado en Salud Comunitaria y manejo de la anemia.	S/ 5,300.00	RDR, SIS	Ninguno
Actividad 03.01.01.	Programa de Capacitación Continua y Desarrollo de Personal en Salud Comunitaria y Manejo Integral de la anemia.	S/ 5,300.00	RDR, SIS	Ninguno
Producto 03.02.	EESS que brindan los paquetes de atención integral y suplementación con micronutrientes a niños y gestantes.	S/ 492,007.97	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.02.01.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de niños menores de 36 meses en la prestación de CRED"	S/ 176,994.24	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.02.02.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para la atención de niños menores de 36 meses en la provisión de suplemento de micronutrientes"	S/ 55,993.59	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.02.03.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en base a buenas prácticas para el Control Prenatal y la provisión de suplemento de micronutrientes en gestantes y púérperas"	S/ 259,020.14	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.02.04.	Documento Técnico "Guías de Práctica Clínica para la Atención Integral de niños menores de 36 meses, gestantes y púérperas en la prevención de la anemia"	S/ -	---	Ninguno

PLAN DE GESTIÓN DE COSTOS (RESUMEN)

Producto 03.03.	EESS que provee atención a niños con anemia, parasitosis, EDAs, IRAs y vacuna completa para la edad.	S/	751,443.67	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.03.01.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en el manejo de niños con enfermedades prevalentes de la infancia: IRAs, EDAs, parasitosis intestinal"	S/	315,193.55	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.03.02.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora del desempeño en el diagnóstico, seguimiento y la provisión del tratamiento de pacientes afectados con anemia"	S/	277,552.72	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.03.03.	Directiva Sanitaria "Criterios para la mejora en base a buenas prácticas para la atención de niños menores de 36 meses en la administración de inmunizaciones"	S/	158,697.40	SIS, RD, RO, RDR	
Actividad 03.03.04.	Documento Técnico "Guías de Práctica Clínica para la Atención de las enfermedades prevalentes de la Infancia y la anemia en niños y gestantes"	S/	-	---	Ninguno
Producto 03.04.	EESS que aseguran familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y entornos saludables a través de la visita domiciliaria en niños menores de 36 meses y gestantes.	S/	65,244.76	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.04.01.	Directiva Sanitaria "Criterios para la provisión de consejería en prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, a través de la visita domiciliaria a familias con niños menores de 36 meses"	S/	37,240.42	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.04.02.	Directiva Sanitaria "Criterios para la provisión de sesiones demostrativas y sesiones educativas a familias con niños menores de 36 meses y gestantes"	S/	21,103.26	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.04.03.	Directiva Sanitaria "Criterios para la implementación y funcionamiento de grupos de apoyo comunal para la promoción y protección de la lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos".	S/	6,901.08	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Producto 03.05.	EESS que amplían su oferta de salud con equipos itinerantes y Telesalud	S/	269,541.20	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.05.01.	Directiva Administrativa "Ampliación de la oferta de servicios de salud con la implementación de oferta móvil y telesalud"	S/	269,541.20	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Producto 03.06.	EESS que aseguran insumos críticos para las intervenciones sanitarias priorizadas	S/	3,122.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Actividad 03.06.01.	Directiva Administrativa "Evaluación, requerimiento y provisión de insumos críticos, medicamentos y equipos médicos requeridos para las intervenciones sanitarias priorizadas en el control de la anemia materno infantil"	S/	3,122.00	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno
Total Plan de Gestión		S/	1,749,710.10	SIS, RD, RO, RDR	Ninguno

