MINISTERIO DE SALUD

No. 528 - 2011/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 11 de Julio del 2011

Visto el Expediente Nº 11-042211-001, que contiene el Informe Nº 18-2011-/ET:MEFR/DPVS/DGPS/MINSA, de la Dirección General de Promoción de la Salud;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 2º de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;

Z. Solís V.

Que, el artículo 60º del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado por Decreto Supremo Nº 023-2005-SA, señala que la Dirección General de Promoción de la Salud es el órgano técnico – normativo, responsable de la conducción del proceso de Promoción de la Salud, así como de contribuir al desarrollo integral de la persona, familia y comunidad cuyas acciones inciden en los determinantes sociales que influyen en la salud de la población;

H. García D.

Que, en virtud de ello, la Dirección General de Promoción de la Salud, ha propuesto para su aprobación el Documento Técnico: Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil, con la finalidad de contribuir con la mejora de la salud y nutrición de la gestante, niñas y niños menores de 36 meses en el marco de los objetivos sanitarios de reducir la desnutrición crónica infantil, disminuir la mortalidad materna y neonatal;

Estando a lo propuesto por la Dirección General de Promoción de la Salud;

N. Olivera A.

Con las visaciones del Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Viceministra de Salud;

D. León Ch.

De conformidad con lo previsto en el literal l) del Artículo 8º de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud;

Z. Solís V.

García. D.

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Documento Técnico: "Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil", la misma que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.- La Dirección General de Promoción de la Salud, se encargará de la difusión del mencionado Documento Técnico.

Artículo 3º.- Las Direcciones de Salud de Lima y las Direcciones Regionales de Salud o las que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de la implementación y supervisión del referido Documento Técnico, dentro de sus respectivas jurisdicciones.

Artículo 4º.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal de Internet del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge normas.asp.

Olivera A.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

D. I. ón Ch.

OSCAR RAÚL UGARTE UBILLUZ
Ministro de Salud

DOCUMENTO TÉCNICO:

PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS Y ENTORNOS SALUDABLES

PARA EL CUIDADO INFANTIL

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

2011

Índice

Pág.

Introducción 4

I. FINALIDAD 6

II. OBJETIVO 6

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN 6

IV. BASE LEGAL 6

V. CONTENIDOS

5.1 Conceptos Básicos 8
- 5.1.1 Cuidado Infantil
- 5.1.2 Práctica Saludable
- 5.1.3 Entorno Saludable
- 5.1.4 Familia
- 5.1.5 Comunidad Organizada
- 5.1.6 Actores Sociales
- 5.1.7 Escenarios

5.2 Abordaje del Cuidado Infantil con enfoque de Promoción de la Salud. 10

5.3 Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil
- 5.3.1 Prácticas saludables priorizadas 13
- 5.3.2 Prácticas saludables y comportamientos esperados por grupo de edad 14
- 5.3.3 Entorno Saludables 21
- 5.3.4 Intervenciones por escenarios para el abordaje del Cuidado Infantil
  - 5.3.4.1 En los Establecimientos de Salud y Familias 22
    1. Brindar cuidados adecuados a la mujer durante la gestación. 22
    2. Atender el parto en un establecimiento de salud. 24
    3. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio. 25
    4. Brindar los cuidado adecuados al recién nacido. 26
    5. Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva. 28
    6. Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continúa con la LM hasta los 24 meses a más. 30
    Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas y niños de 6 a 24 meses. 32
    8. Llevar a las niñas y niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno. 33

H. Garcia. D.

9. Estimular de manera oportuna a la niña y el niño para favorecer el desarrollo psicomotriz. 34
10. Llevar a las niñas y los niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad. 35
11. Lavarse las manos con agua y jabón 36
12. Consumir agua segura 37
13. Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo. 38

5.3.4.2. Intervenciones en otros escenario: Comunidad, Gobierno local e Instituciones Educativas 39

VI ANEXOS

1. Anexo Nº 01: Principales evidencias de las prácticas saludables e intervenciones clave 45
2. Anexo Nº 02: Propuesta de indicadores para el monitoreo y evaluación de las intervenciones del cuidado infantil 56

VII BIBLIOGRAFÍA 60

Ministerio de Salud
D.G. de Promoción de la Salud
I. García. D.

Introducción:

La prioridad puesta en las metas relacionadas a la situación de la infancia y en particular a la desnutrición crónica infantil y la salud materno neonatal, es expresión no sólo del compromiso asumido por el Perú a través de la Declaración del Milenio y de los consensos alcanzados en el Acuerdo Nacional, sino que también es fruto del impulso que se ha dado a este tema en el país en los últimos años desde distintos espacios de la sociedad civil y de concertación.

Según datos estadísticos[1], la prevalencia de la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años del país es de 17.9%, situación que se agudiza en la zonas rurales donde el promedio se incrementa a 31,3% de niñas y niños; mientras que el 50.3% de los menores de 36 meses tiene anemia por deficiencia de hierro principalmente. En ese sentido, es preciso mirar el problema como el derivado de un listado importante de determinantes sociales de la salud, donde la educación de la madre, el acceso a los servicios de salud, las condiciones de saneamiento básico, la seguridad alimentaria, entre otros, son generadoras de las desigualdades sanitarias y forman el conjunto de inequidades en salud.

En este contexto, se han implementado políticas nacionales orientadas a focalizar acciones en las poblaciones que concentran las mayores inequidades sociales; para ello vuelca su accionar en mejorar la gestión por resultados a través de la implementación de programas estratégicos nacionales, como el Programa articulado nutricional, cuya característica se basa en intervenciones integradas y concertadas a nivel multisectorial. Otra de las políticas que fortalecen el abordaje de la primera infancia es la descentralización, que a través de su implementación gradual y dinámica, para organizar de mejor manera los tres niveles de gobierno: gobierno nacional, gobierno regional y gobierno local para el servicio a la ciudadanía. En relación a los aspectos de salud, la ley 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, establece que es responsabilidad de dichos gobiernos, coordinar con los Gobiernos Locales las acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.

Como tercera política nacional, tenemos el Aseguramiento Universal en Salud, la misma que se viene implementando gradualmente a nivel nacional, como respuesta a que en el 2008 el 43% de la población no contaba con ningún tipo de seguro[2], a pesar de los esfuerzos logrados por el Seguro Integral de Salud (SIS) de ampliar la cobertura e inclusión de la población adulta y adulta mayor, anteriormente limitada a las madres gestantes y la población infantil de zonas de pobreza y pobreza extrema (quintil 1 y 2).

La situación anterior ha permitido al Ministerio de Salud, asumir el liderazgo y ser el promotor principal de la política de aseguramiento universal en salud[3], que se define como un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual explicita las condiciones asegurables, procedimientos clínicos mínimos a financiar, así como la oportunidad y calidad de la prestación basados en estándares auditables. En el PEAS encontramos 140 condiciones asegurables y 34 condiciones explicitas[4]; 05 de las cuales están orientadas a población sana, 31 a condiciones obstétricas y ginecológicas y 22 pediátricas; estas consideraciones están relacionadas a la salud infantil a través del cuidado de la madre, recién nacido, la niña y el niño; desde el punto de vista recuperativo y asistencial.

García. D.

[1] ENDES Continua: Indicadores de Resultado de los Programas Estratégicos, 2010. Lima, Perú 2011.
[2] Fuente ENAHO Continua, Setiembre - 2008
[3] Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud: Ley N° 29344.
[4] Decreto Supremo N° 016-2009-SA Aprobación e implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS.

Asimismo, en el contexto del fortalecimiento del primer nivel de atención el aseguramiento universal y descentralización en salud con énfasis en la atención primaria de salud renovada se establecieron 21 procesos claves para la gestión de la promoción de la salud y la prevención del riesgo orientados a promover la articulación sectorial y comunitaria a través de tres aspectos claves: promover y fortalecer la gestión local con enfoque territorial, organizar y promover el trabajo comunitario en salud y la promoción de la gestión comunal. La gestión y el fortalecimiento de las instancias de articulación y coordinación distrital y comunal para promover acciones de promoción de la salud en los planes de desarrollo local concertado además de su ejecución, seguimiento y monitoreo según los ámbitos (distrital y comunal) favorecerá la articulación sectorial y comunitaria y por ende contribuirá con la mejora de la calidad, equidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud.

Es preciso mencionar que en el contexto de las políticas mencionadas, la salud infantil y su cuidado se beneficiará directa e indirectamente con la perspectiva de mejora en el uso de los recursos mediante la gestión por resultados y la participación de los diferentes niveles de gobierno en la intervención de promoción y prevención y mejora del acceso a los servicios de salud, sin embargo aun urge la necesidad de fortalecer las intervenciones en los niveles locales en un marco de transversalización de enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad; instrumentando el accionar de los trabajadores de salud con la familia, comunidad y actores sociales en el desarrollo de prácticas saludables que promuevan salud y desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años, con énfasis en los menores de 36 meses, mejorando consecuentemente el cuidado infantil.

En los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud[5], se señala que: "*...se debe apostar a largo plazo por la construcción colectiva de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de auto cuidado que se organicen en estilos de vida saludables y el logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud.*" Dentro de todo este marco de trabajo, la Dirección General de Promoción de la Salud ha identificado la necesidad de contar con un documento técnico que oriente al personal de salud, sobre aquellas acciones necesarias para promover prácticas y entornos saludables orientadas al cuidado infantil, es decir realizar el aterrizaje en una etapa de vida con el abordaje de los ejes temáticos que están relacionados a mejorar la salud y nutrición materna, neonatal e infantil[6], considerando para ello, el modelo causal multinivel de la desnutrición crónica infantil y la mortalidad materna neonatal.

Para el presente documento se ha tomado como grupo objetivo las niñas y niños menores de 36 meses, dado que este grupo de edad se constituye en el de mayor vulnerabilidad para el futuro desarrollo, tomando en cuenta los conceptos de desarrollo neurológico durante la primera infancia[7]. Para ello, destaca elementos clave para el abordaje de las prácticas saludables relacionadas al cuidado infantil, con énfasis en desnutrición crónica; que al ser del dominio de las personas, familias y comunidades, facilitará en ellos, la adopción de comportamientos saludables, la corresponsabilidad en el cuidado de su salud y la de su entorno, contribuyendo así, a la construcción de una cultura de la salud, es decir a la incorporación personal y social de un sistema de conocimientos y costumbres y valores referidos a la salud y su preservación, que perduren en el tiempo.

García. D.

[5] MINSA/ Consejo Nacional de Salud/ Comité Nacional de Promoción de la Salud, Lineamientos de Política de Promoción de la Salud, Perú, 2005.

[6] PARSALUD. Módulo II - Documento de factibilidad del PARSALUD. Diciembre 2008.

[7] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF, El mejor comienzo de la vida para toda la niñez, Julio 2003, disponible en: http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/files/CARD_early_childhoodSP.pdf, accedido el 31 de Mayo 2011.

I. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la salud y nutrición de la gestante, niñas y niños menores de 36 meses en el marco de los objetivos sanitarios de reducir la desnutrición crónica infantil, disminuir la mortalidad materna y neonatal.

II. OBJETIVO

Brindar pautas al personal de salud para la promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado de la gestante, niñas y niños menores de 36 meses.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación nacional, por las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales y las Gerencias Regionales de salud o las que hagan sus veces en el ámbito Regional, para ser aplicados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención; además de otras entidades que brinden servicios de atención integral a gestantes, madres que dan de lactar y madres con niños/as menores de 36 meses.

IV. BASE LEGAL

- Ley Nº 26842 "Ley General de Salud".
- Ley Nº 27337 "Código del niño y el adolescente".
- Ley Nº 27657 "Ley del Ministerio de Salud".
- D.S. Nº 013- 2002-SA, "Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud".
- D.S. Nº 003-2002-PROMUDEH, que aprueba el "Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010".
- D.S Nº 023-2005-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- D.S. Nº 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil.
- D.S. Nº 055-2007-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional CRECER Perú.
- Resolución Ministerial Nº 464 – 2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad".
- Resolución Ministerial Nº 668-2004/MINSA, que aprueba las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- Resolución Ministerial Nº 826 -2005/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de los Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial Nº 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud".
- Resolución Ministerial Nº 457-2005/MINSA, que aprueba el "Programa de Municipios y Comunidades Saludables".

Ministerio de Salud D.G. de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

- Resolución Ministerial Nº 277-2005/MINSA, que aprueba el "Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas".
- Resolución Ministerial Nº 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS Nº 040-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial Nº 402–2006-DGPS-MINSA, que aprueba el "Documento Técnico: Programa de Familias y Viviendas Saludables".
- Resolución Ministerial Nº 696-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial Nº 720-2006/MINSA, que aprueba el "Modelo de Abordaje de Promoción de la salud en el Perú".
- Resolución Ministerial Nº 193-2008/MINSA, que aprueba la NST 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 Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal".
- Resolución Ministerial Nº 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS Nº 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 Nº 457-2009/MINSA, que aprueba la NTS Nº 080-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.
- Resolución Ministerial Nº 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materna Infantil".
- Resolución Ministerial Nº 815-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Gestión Local para la Implementación y el Funcionamiento de la Casa Materna".
- Resolución Ministerial Nº 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS Nº 087-MINSA/DGSP-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 Nº 298-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible.

H. Garcia. D.

V. CONTENIDOS

5.1 Conceptos Básicos

5.1.1. Cuidado Infantil:

Es el conjunto de acciones[8] integrales, articuladas y secuenciales, dirigidas a lograr en las niñas y los niños, un crecimiento adecuado y desarrollo normal, en sus capacidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales, respetando sus derechos, revalorando su cultura e incorporando aspectos de género.

[8] Las acciones vinculadas al cuidado infantil están relacionadas al componente de Salud, Educación, Seguridad, Protección, entre otros.

Corresponde a la familia, los cuidadores, la comunidad organizada, actores sociales e instituciones del estado, desarrollar un conjunto de prácticas y entornos saludables encaminados a lograr este fin.

5.1.1.1. Crecimiento Adecuado:

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (+/- 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.[9]

5.1.1.2. Desarrollo Normal:

Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.[10]

5.1.2. Prácticas Saludables para el Cuidado Infantil:

Son acciones relacionadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de las familias, que parten de la identificación de las necesidades para cuidar o mejorar la salud de las gestantes, las niñas y los niños, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal. Siendo necesario contar con condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las prácticas saludables que garanticen estilos de vida saludables en las familias.

5.1.3. Entorno Saludable:

Ministerio de Salud
Promoción de la Salud
L. Garcia. D.

El entorno saludable es un concepto integral que reconoce el hogar, la escuela y la comunidad como espacios clave donde transcurre parte importante de la infancia y la adolescencia y donde se adquieren conocimientos y valores decisivos para la vida.[11]

El entorno o condiciones comprende dos dimensiones que se superponen y están interrelacionados; el "entorno inmediato", compuesto por los progenitores, familiares, amigos y miembros de la comunidad, en que la comunicación es el factor que más influye sobre el comportamiento; mientras que el "entorno más amplio", está referido a políticas públicas y legislación, ofertas de servicios, sistemas educativos, factores culturales, religión, factores sociopolíticos, socioeconómicos y el entorno físico, en los que las personas desarrollan su vida diaria, estableciéndose condiciones, no solo para proteger su salud, sino para potenciar al máximo e incrementar el nivel de calidad de vida.[12]

Por tanto el entorno inmediato durante la primera infancia, es transcendental sobre el modo en que su cerebro se desarrolla, cuanto más estimulante sea este entorno y esté

[9], [10] NTS Nº 087-MISNA/DGSP.V.01: Control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, aprobada por RM Nº 990-2010/MNSA.

[11] UNICEF, CEPAL. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los ODM No 05 – Julio 2007: El Derecho a entornos saludables para la infancia y adolescencia. Disponible en: http://www.eclac.cl/dds/noticias/desafios/0/29270/Desafios5_EntornosSaludables.pdf, accedido marzo 2011.

[12] Concepto adaptado de la Definición operacional de entornos saludables considerada en el Programa de Familias y Viviendas Saludables. MINSA. 2006

libre de violencia, mejor será el progreso de la niña o niño, en el desarrollo físico (salud), emocional, y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos[13].

Los entornos responsables de propiciar condiciones enriquecedoras para la niñez abarcan desde el espacio íntimo de la familia hasta el contexto socioeconómico y político, determinado por los gobiernos, organismos internacionales y sociedad civil.

5.1.4. Familia:

Se considera una familia, al conjunto de personas que tienen lazos afectivos y/o de consanguinidad que consumen alimentos preparados en una misma olla y comparten una vivienda de manera continua.[14]

5.1.5. Comunidad Organizada:

Es aquella comunidad en la que la autoridad comunal, las y los líderes y la población en general se agrupan para conseguir un objetivo común, mediante la división de las funciones y el trabajo, a través de una jerarquización de la autoridad y responsabilidad, frente a las necesidades y problemáticas de las familias que la integran.[15]

5.1.6. Actores Sociales:

Son todas las personas o colectivo de personas que desempeñan roles de liderazgo, que al interactuar con los determinantes sociales pueden contribuir a mejorar la salud y nutrición de su comunidad. Un actor social puede ser individual o representante de instituciones, organizaciones, partidos políticos y otros que propugne trabajar con liderazgo, concertación, compromiso y en un espacio territorial.

Ministerio de Salud
D.G. de Promoción de la Salud
García. D.

5.1.7. Escenarios:

Los escenarios constituyen espacios territoriales, caracterizados por la dinámica social que se genera dentro de los mismos; donde las personas desarrollan sus actividades diarias y el lugar donde se integran los procesos relacionados con las condiciones de vida y de salud. En ese sentido, los escenarios brindan la oportunidad de intervenciones de amplio alcance que pueden estar dirigidas a un cambio relacionado tanto de la conducta orientada a la salud, como del entorno, con la finalidad de alcanzar niveles adecuados de salud.

Los escenarios claves identificados por Promoción de la Salud son: vivienda, comunidad, municipio, instituciones educativas y centro laboral; constituyéndose cada uno de ellos en un ámbito de acción sobre públicos diversos.[16]

---

[13] Lori G. Irwin, Arjumand Siddiqi, Clyde Hertzman. Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente Ecualizador –Informe final. Canadá; HELP, Junio 2007.

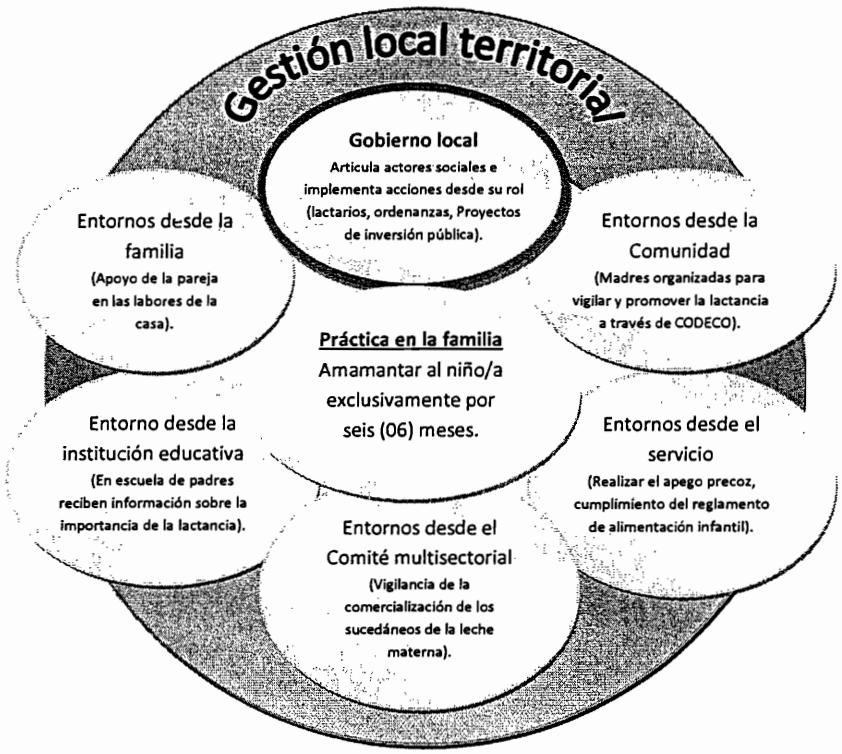
[14] Concepto adaptado de la Definición operacional de familia considerada en el Programa de Familias y viviendas saludables. MINSA. 2006

[15] Ministerio de Salud. Documento para la Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. 1era edición. Lima – Perú: Prinley S.R.L.; 2010.

[16] MINSA. Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud. Lima – Perú: MINSA; 2006

5.2 Abordaje del Cuidado Infantil con enfoque de Promoción de la Salud

El cuidado infantil es responsabilidad de la familia y la comunidad organizada, para ello la gestión local territorial se constituye en un elemento clave para la creación de condiciones o entornos favorables para la adopción de prácticas saludables. La gestión local territorial, entendida como el proceso de articulación distrital o comunal, es liderada por el alcalde o sus autoridades y cuenta con la participación de los diferentes actores sociales. Tiene como fin identificar, planificar, implementar y monitorear intervenciones que favorezcan condiciones y entornos para que las personas adopten las prácticas que contribuyan con la mejora de la salud de las madres, niñas y niños[17].



El gráfico muestra como -desde la gestión local territorial comunal o distrital- se pueden generar condiciones o entornos a través de la participación de los **actores sociales**, quienes desde su rol permiten la sostenibilidad a una práctica saludable y una responsabilidad social compartida.[18]

Con el fortalecimiento de la gestión local, se estará promoviendo la participación ciudadana, la cual busca facilitar el dialogo y reconocimiento de las expectativas y necesidades de la población, contribuyendo a instalar la vigilancia ciudadana implicando corresponsabilidad para el cumplimiento de compromisos de los distintos actores como mecanismo en las acciones de salud; así como mejorar el acceso, oportunidad y aceptabilidad de los servicios de salud[19].
Para el abordaje del **cuidado infantil** en el marco de la gestión local distrital o comunal se debe de tener en cuenta:

[17] Ministerio de Salud. Documento para la Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. 1era edición. Lima – Perú: Prinley S.R.L.; 2010.
[18] Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Lima – Perú: MINSA; 2005.
[19] Ministerio de Salud. Documento Técnico: Lineamientos de política para la Vigilancia Ciudadana en Salud. Lima – Perú: MINSA; 2011.

1. Fortalecimiento de competencias:

Será necesario que el personal de salud se encuentre sensibilizado y consciente de su responsabilidad como ejecutor y facilitador de los procesos que permitan implementar la gestión local distrital o comunal para el cuidado infantil para mejorar la calidad de vida de las niñas y niños.

En ese sentido, un elemento importante es el fortalecimiento de competencias, del personal de salud para mejorar sus conocimientos, habilidades y prácticas básicas[20], que lo ayuden en su intervención con la comunidad y le permitan implementar trabajos con un enfoque más participativo.

El fortalecimiento de competencias del personal de salud debe partir de un diagnóstico de las necesidades de capacitación del mismo, que permita identificar y establecer la brecha de competencias para el cuidado infantil, para luego formular e implementar planes de capacitación acorde a las necesidades existentes.

Otro elemento importante en este aspecto, son las acciones encaminadas a fortalecer las capacidades de los **agentes comunitarios de salud,** que son el principal nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad. Para ello, se cuenta con el documento técnico: *Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes, y de las niñas y niños menores de 5 años*, aprobado por R.M. Nº 702- 2009/MINSA.

Ministerio de Salud
D.C. de Promoción de la Salud
García. D.

2. Organización del establecimiento de salud para el trabajo comunitario:

Se refiere a las acciones previas para la organización del trabajo con la comunidad que debe expresarse en un **plan de intervención**, el cual puede ser realizado a nivel comunal o distrital. Para ello, deberá tomarse en cuenta las siguientes herramientas:

- Mapeo de la jurisdicción asignada al establecimiento, en caso de ser cabecera del distrito y referente para el trabajo con Municipios deberá incluir a los establecimientos de menor capacidad resolutiva.
- Censo comunal actualizado de niñas y niños de cada una de sus comunidades, el padrón actualizado de niñas y niños, entre otros.
- Sectorización de la jurisdicción.
- Fichas familiares actualizadas y organizadas por sector.
- Mapeo de actores sociales de la localidad (incluido los agentes comunitarios).
- Identificación de otros actores con roles similares en la comunidad: promotores y madres líderes de JUNTOS, facilitadores PRONAA, entre otros.

3. Trabajando en la gestión local para el abordaje de las prácticas saludables relacionadas al cuidado infantil:

La gestión local implica necesariamente realizar el análisis del grado de avance que han tenido los procesos de participación e involucramiento de las autoridades y

[20] Ministerio de Salud. Metodología para la formulación de perfiles de competencias para el personal de salud del primer nivel de atención. 1era edición. Lima – Perú; 2005.

diferentes actores sociales en la comunidad o distrito de intervención. Luego, debe advertir la pertinencia de las acciones que a continuación se detallan:

- Reuniones anuales, la cuales deberán ser para la inducción, organización y planificación de actividades.

- Talleres anuales de fortalecimiento de capacidades en gestión local territorial, consideraciones básicas para la formulación de proyectos de inversión pública y temas relacionados al cuidado infantil, insumo que servirá para la generación de políticas públicas en relación a la salud de la niña y niño menor de 36 meses.

- Reuniones de monitoreo de los planes concertados o planes operativos elaborados de manera constructiva con los actores sociales.

Es indispensable que en el desarrollo de estas acciones el personal de salud, se convierta en el facilitador o referente técnico de estos procesos.

Las acciones esperadas en el desarrollo de este componente son:

- Fortalecimiento o conformación del comité multisectorial, comité local de salud o quien haga de sus veces en el distrito o comunidad. Este Comité debe poseer una ordenanza municipal de reconocimiento.

- El debe analizar la situación de las niñas y niños con información actualizada y plasmar acciones en el plan de desarrollo local que favorezcan las condiciones o entornos para la adopción de prácticas saludables para el cuidado infantil.

Ministerio de Salud
Dirección de Promoción de la Salud
Garcia. D.

Para el abordaje del cuidado infantil es IMPORTANTE que el personal del establecimiento de salud (equipo multidisciplinario) INTERIORICE el **rol del facilitador**, el cual le permite trabajar e interactuar organizadamente con la comunidad y sus diferentes actores sociales, quienes desde su función en la comunidad asumen una responsabilidad compartida en el cuidado de la salud infantil. Asimismo, el personal de salud desempeña el **rol prestador** a través del mejoramiento continuo de la **atención integral** de la salud de la madre, la niña y el niño. La atención integral implica actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud.

5.3 Prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil.

5.3.1 Prácticas saludables priorizadas

En base al modelo causal de la desnutrición crónica infantil y mortalidad materna neonatal, se han priorizado 13 prácticas saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo óptimo de las niñas y los niños menores de 36 meses (Para revisar la evidencia de cada una de las practicas priorizadas ver anexo Nº 01)

1. Brindar cuidados adecuados a la mujer durante la gestación.
2. Atender el parto en un establecimiento de salud.
3. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.
4. Brindar los cuidados adecuados al recién nacido.
5. Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva.
6. Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continúa con la lactancia materna (LM) hasta los 24 meses a más.
7. Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas y niños de 6 a 24 meses.
8. Llevar a las niñas y niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.
9. Estimular de manera oportuna a la niña y el niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.
10. Llevar a las niñas y los niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.
11. Lavarse las manos con agua y jabón.
12. Consumir agua segura
13. Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo.

Ministerio de Salud
Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

5.3.2 Prácticas saludables y comportamientos esperados por grupo de edad

Para brindar un adecuado cuidado infantil, es necesario que el personal de salud identifique los comportamientos a promover por grupo de edad, con las madres, padres, cuidadores y familia. Lo anterior, permitirá la instalación de prácticas saludables que, al hacerse sostenibles favorecerán la salud de las niñas y niños.

Cabe precisar que al promover comportamientos y, a través de ellos prácticas saludables, se están fortaleciendo los vínculos afectivos que las niñas y los niños entablan con sus padres y con otras figuras que cumplen las funciones parentales, los que se consolidan en las relaciones de apego. En una relación de apego, las niñas y los niños son agentes sociales activos que buscan protección, cuidado y comprensión de sus madres, padres u otros cuidadores, a los que necesita para su supervivencia, crecimiento y bienestar. Al tomar conciencia las madres, padres y/o cuidadores sobre las señales que manifiesta la niña/niño con su comportamiento, la interpreta, encuentra una respuesta apropiada frente a ella y actúa.[21]

Un comportamiento esperado, transversal a las prácticas orientadas al cuidado infantil, será lograr que la madre o padre: **Respondan de manera apropiada a las señales de llanto, sueño o risa de su hija o hijo, ayudándolo a sentirse seguro, amado, confiado y protegido.**

Ministerio de Salud
Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en las gestante y su pareja
1. Brindar cuidados adecuados a la mujer durante la gestación.	• Madre acude a su primer control en el primer trimestre del embarazo. • Consume tres comidas principales al día más un refrigerio adicional durante la gestación. • Consume alimentos de origen animal como principal fuente de hierro, vitamina A, zinc, calcio y ácido fólico. • Consume diariamente frutas y verduras de diferentes colores a fin de cubrir sus requerimientos de micronutrientes y fibras. • Toma comprimidos de ácido fólico (12 primeras semanas) y suplemento de hierro (a partir de las 16 semanas de embarazo). • Consume sal yodada. • Recibe las dosis de vacunas de toxoide tetánico durante su embarazo. • Prepara un plan de parto con apoyo de la familia, comunidad y el personal de salud. • Acude al establecimiento de salud al reconocer las señales de peligro: fiebre, ardor al orinar, vómitos abundantes, dolor de cabeza, sangrado, hinchazón de pies, manos y cara, el bebe no se mueve, perdida de liquido (aunque sea gotas), contracciones o fuertes dolores de barriga antes de tiempo.

[21] Child and Youth Studie Goup, The Open University. Relaciones de apego: La primera infancia en perspectiva I: La calidad del cuidado en los primeros años. 1era ed. Reino Unido: MK7 6 AA; 2007.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en las gestante y su pareja
	• Realiza actividad física moderada para fomentar su salud física y mental. • Evita fumar, ingerir alcohol y otras drogas durante la gestación. • Madre trabajadora ejerce sus derechos relacionados al periodo prenatal.
2. Estimular de manera oportuna a la niña/niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.	• Acude a sus sesiones de psicoprofilaxis y estimulación prenatal. • El padre y familia brinda tranquilidad y apoyo emocional a la gestante. • El padre y la familia realiza actividades de estimulación prenatal: acaricia el vientre, habla al bebe, otros.
3. Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva.	• Madre se prepara física y emocionalmente para la lactancia materna.
4. Lavarse las manos con agua y jabón.	• Se lava las manos con agua y jabón aplicando la técnica adecuada, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer a la niña/niño, después de hacer sus necesidades.
5. Consumir agua segura	• Consume agua clorada o hervida.
6. Atender su parto en un establecimiento de salud.	• Acude a la casa materna o al establecimiento de salud, según acceso geográfico, para la atención oportuna del parto. • Pone en acción su plan de parto.

H. Garcia. D.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de recién nacidos (0 a 28 días)
1. Brindar los cuidados adecuados al recién nacido.	• Exigir que el **recién nacido** (RN) sea colocado en el pecho materno para brindarle calor, afecto y propiciar el inicio precoz de la lactancia materna. • Limpia diariamente el cordón umbilical con alcohol puro. • Realiza la higiene corporal del RN.
2. Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva.	• Amamanta al RN durante la primera hora después del parto. • Amamanta aplicando técnicas correctas a libre demanda y de forma exclusiva.
3. Llevar a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.	• Lleva al RN para atención dentro de los siete días de nacido para que reciba el paquete básico de atención.
4. Estimular de manera oportuna a la niña/niño para favorecer el desarrollo	• Realiza acciones de estimulación de acuerdo a la edad de la niña y el niño. • Responde de manera apropiada a las señales de llanto, sueño o risa de su hija o hijo, ayudándolo a sentirse seguro, amado, confiado y protegido.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de recién nacidos (0 a 28 días)
psicomotriz.	• Expresa afecto a la niña/niño en los diferentes momentos de contacto con ella/él: al bañarlo, al amamantarlo, al brindarle masajes. • Acude a los talleres de estimulación temprana programadas en el establecimiento de salud o en su comunidad.
Llevar a las niñas/niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.	• Verifica que el RN haya recibido las vacunas que le corresponden según esquema.
6 Lavarse las manos con agua y jabón.	• Se lava las manos con agua y jabón aplicando la técnica adecuada, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer a la niña/niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales al bebe.
Consumir agua segura	• Consume agua clorada o hervida.
8. Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo.	• Lleva al RN al establecimiento de salud en caso de presentar al menos una señal de peligro: no puede mamar o vomita todo lo que toma, el ombligo está rojo y con pus, está muy flaquito y ha perdido peso, respira agitado y con ruidos, está moradito, está muy caliente o muy frio, no se mueve parece dormido, se pone muy amarillo, tiene granos en todo el cuerpo, tiene diarrea o caquita con sangre, sus ojos tienen pus. • Sigue alimentando con leche materna al RN enfermo con diarrea o infecciones respiratorias y durante la convalecencia, con mayor frecuencia y más tiempo a la vez. Sigue las indicaciones y recomendaciones del personal de salud, en caso haya sido llevado a un establecimiento de salud.
9. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.	• Acude acompañada a la consulta de control del puerperio a los siete y 30 días del parto para que reciba el paquete básico de atención. • Acude al establecimiento de salud en caso de presentar señales de peligro: fiebre y escalofríos, sangrado vaginal, secreción vaginal mal oliente, molestias en la episiotomía, enrojecimiento, dolor y calor en las mamas, molestias urinarias. • Adopta un método de planificación familiar a los 42 días de haber alumbrado. • Madre consume tres comidas principales al día más dos raciones adicionales durante el periodo de lactancia. • Consume alimentos de origen animal como principal fuente de hierro, vitamina A, zinc, calcio y ácido fólico. • Consume diariamente frutas y verduras de diferentes colores a fin de cubrir sus requerimientos de micronutrientes y fibras. • Toma suplemento de hierro hasta dos meses después del parto según dosis indicada por el personal de salud. • Expresan afecto a la madre y la apoyan con el cuidado del RN. • Madre trabajadora ejerce sus derechos relacionados al periodo de puerperio y lactancia. Padre trabajador ejerce su derecho relacionado a la licencia por paternidad.
Prácticas saludables	**Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de niñas/niños de 1 a 6 meses**
1. Amamantar a los	• Amamanta aplicando técnicas correctas a libre demanda y de forma

Ministerio de Salud
Dirección de la Salud
García. D.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de recién nacidos (0 a 28 días)
lactantes por seis meses de forma exclusiva.	exclusiva. • Madre conoce técnicas para extracción manual y conservación de la leche. • Madre trabajadora ejerce sus derechos relacionados al periodo de lactancia (hora de lactancia y uso de lactario).
2. Llevar a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.	• Lleva a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo todos los meses.
3. Estimular de manera oportuna a la niña/niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.	• Realiza acciones de estimulación de acuerdo a la edad de la niña y el niño. • Expresa afecto a la niña/niño en los diferentes momentos de contacto con ella/él: al bañarlo, al amamantarlo, al brindarle masajes. • Responde de manera apropiada a las señales de llanto, sueño o risa de su hija o hijo, ayudándolo a sentirse seguro, amado, confiado y protegido. • Acude a los talleres de estimulación temprana programadas en el establecimiento de salud o en su comunidad.
4. Llevar a las niñas/niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.	• Lleva a las niñas/niños a que se les aplique el esquema completo de inmunizaciones de manera oportuna.
5. Lavarse las manos con agua y jabón.	• Se lava las manos con agua y jabón aplicando la técnica adecuada, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer a la niña/niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales al bebe. • Lava las manos de la niña/niño.
6. Consumir agua segura: Clorada o hervida.	• Consume agua clorada o hervida.
7. Brindar cuidados adecuados la niña y al niño enfermo.	• Lleva a la niña/niño menor de 6 meses al establecimiento de salud en caso de presentar al menos una señal de peligro: no puede comer o beber, vomita todo lo que toma o come, convulsiones, somnolencia o alguna de las señales de peligro de EDA, IRA, fiebre, desnutrición o anemia. • Sigue alimentando con leche materna a la niña/niño enfermo con diarrea o infecciones respiratorias y durante la convalecencia, con mayor frecuencia y más tiempo a la vez. • Sigue las indicaciones y recomendaciones del personal de salud, en caso haya sido llevado a un establecimiento de salud.
8. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.	• Madre consume tres comidas principales al día más dos raciones adicionales durante el periodo de lactancia. • Toma suplemento de hierro hasta dos meses después del parto según dosis indicada por el personal de salud. • Continúa con un método de planificación familiar.

Ministerio de Salud
D.G. de Promoción de la Salud
H. García. D.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de niñas/niños de 6 a 12 meses
1. Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas/niños, mientras se continúa con la LM hasta los 24 meses a más.	• Da alimentos de origen animal ricos en hierro, como mínimo 3 veces por semana. • Brinda a la niña/niño de entre 6 y 8 meses, tres comidas espesas al día y continua con la LM, por lo menos 8 veces al día. • Brinda a la niña/niño de entre 9 y 11 meses, tres comidas picadas o en trozos al día y continua con la LM, por lo menos 6 veces al día. • Brinda a la niña/niño a los 12 meses, comidas tipo segundo, en un plato mediano, 3 comidas principales y 2 refrigerios. • Da menestras por lo menos 3 veces por semana. • Da una fruta y 1 verdura cada día de color naranja, amarillo, verde oscuro, rojo de la estación. • Asigna a la niña/niño un plato, cubierto y taza propia. • Realiza higiene bucal de la niña/niño. • Madre trabajadora ejerce sus derechos relacionados al periodo de lactancia.
2. Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas/niños de 6 a 24 meses.	• Da el jarabe de suplemento de hierro, media hora antes del almuerzo con agua o jugos ricos en ácido ascórbico (cítricos). • Incorpora en dos cucharadas de comida espesa un sobre de multimicronutriente y da toda la porción a la niña y al niño. • Recibe el suplemento de Vit A (en zonas vulnerables). • Incorpora en las comidas de la niña y el niño sal yodada.
3. Llevar a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.	• Lleva a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo todos los meses.
4. Estimular de manera oportuna a la niña/niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.	• Realiza acciones de estimulación de acuerdo a la edad de la niña/niño. • Expresa afecto a la niña/niño en los diferentes momentos de contacto con ella/él: al bañarlo, al amamantarlo, al alimentarlo, al brindarle masajes. • Responde de manera apropiada a las señales de llanto, sueño o risa de su hija o hijo, ayudándolo a sentirse seguro, amado, confiado y protegido. • Acude a los talleres de estimulación temprana programadas en el establecimiento de salud o en su comunidad.
5. Llevar a las niñas/niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.	• Lleva a las niñas/niños a que se les aplique el esquema completo de inmunizaciones de manera oportuna.
6. Lavarse las manos con agua y jabón.	• Se lava las manos con agua y jabón aplicando la técnica adecuada, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer a la niña/niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales al bebe. • Lava las manos de la niña/niño.
7. Consumir agua segura.	• Consume agua clorada o hervida.

Garcia. D.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de niñas/niños de 12 a 36 meses
1. Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas/niños, mientras se continúa con la LM hasta los 24 meses a más.	• Brinda a la niña/niño tres comidas principales y variadas, 2 refrigerios y lactancia materna hasta los 24 meses. • A partir de los 24 meses, da comidas solidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar. • Da alimentos de origen animal ricos en hierro, como mínimo 3 veces por semana • Da menestras por lo menos 3 veces por semana. • Da una fruta y 1 verdura cada día de color naranja, amarillo, verde oscuro, rojo de la estación. • Asigna a la niña/niño un plato, cubierto y taza propia. • Realiza y/o acompaña la higiene bucal de la niña/niño. • La niña/niño comparte la mesa familiar al momento de las comidas.
2. Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas/niños de 6 a 24 meses.	• Da el jarabe de suplemento de hierro, media hora antes del almuerzo con agua o jugos ricos en ácido ascórbico (cítricos). • Incorpora en dos cucharadas de comida espesa un sobre de multimicronutriente y da toda la porción a la niña y al niño. • Recibe el suplemento de Vit A (en zonas vulnerables). • Incorpora en las comidas de la niña y el niño, la sal yodada.
3. Llevar a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.	• Lleva a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a norma vigente.
4. Estimular de manera oportuna a la niña/niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.	• Realiza acciones de estimulación de acuerdo a la edad de la niña y el niño. • Expresa afecto a la niña/niño en los diferentes momentos de contacto con ella/él: al bañarlo, al amamantarlo, al alimentarlo, al brindarle masajes, al jugar. • Responde de manera apropiada a las señales de llanto, sueño o risa de su hija o hijo, ayudándolo a sentirse seguro, amado, confiado y protegido. • Acude a los talleres de estimulación temprana programadas en el establecimiento de salud o en su comunidad.
5. Llevar a las niñas/niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.	• Lleva a las niñas/niños a que se les aplique el esquema completo de inmunizaciones de manera oportuna.
6. Lavarse las manos con agua y jabón.	• Se lava las manos con agua y jabón aplicando la técnica adecuada, antes de preparar los alimentos, antes de comer y dar de comer a la niña/niño, después de hacer sus necesidades, y después de cambiar los pañales al bebe. • Lava y/o acompaña el lavado de manos de la niña/niño antes de comer y después de hacer sus necesidades
7. Consumir agua segura.	• Consume agua clorada o hervida.

Ministerio de Salud
Dirección de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Prácticas saludables	Comportamientos esperados en madres, padres y/o cuidadores de recién nacidos (0 a 28 días)
8. Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo.	• Lleva a la niña/niño menor de 12 a 36 meses al establecimiento de salud en caso de presentar al menos una señal de peligro: no puede comer o beber, vomita todo lo que toma o come, convulsiones, somnolencia o alguna de las señales de peligro de EDA, IRA, fiebre, desnutrición o anemia. • Continúa alimentando a la niña/niño enfermo con diarrea o infecciones respiratorias y durante la convalecencia, con una dieta nutricionalmente completa en porciones más pequeñas más veces al día. • Sigue las indicaciones y recomendaciones del personal de salud, en caso haya sido llevado a un establecimiento de salud.
9. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.	• Continúa con un método de planificación familiar.

El monitoreo de estas prácticas debe realizarse de manera periódica mediante indicadores trazadores. Para ello el personal de salud, cuenta con una serie de metodologías e instrumentos que se vienen utilizando a nivel local para conocer la situación de las prácticas saludables en el marco de los programas estratégicos. Entre ellos podemos mencionar:

- Tecnología de Decisiones Informadas (TDI): CENAN
- Sistema de Información Comunitario para la Gestión de Salud y Desarrollo Local (SISMUNI): Programa de municipios y comunidades saludable - MCH/USAID
- Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil - LQAS: AIEPI Componente de la familia y el hogar - OPS/OMS

El listado de indicadores se presenta en el anexo Nº 02

García. D.

5.3.3 Entornos saludables

La generación de entornos o condiciones saludables favorece la sostenibilidad de los comportamientos y la adopción de prácticas saludables en las familias y comunidad que contribuirán con la mejora de la salud de las madres, niños y niñas. Para ello se requiere de una intervención con enfoque concertado y coordinado en el que participen los diferentes actores sociales.

Entre los principales entornos saludables, podemos mencionar:

Escenario	Entornos saludables
Establecimientos de salud	1. Infraestructura, recursos humanos, insumos y equipamiento necesario para brindar atención integral de calidad y con calidez 2. Establecimientos adecuados con enfoque intercultural para la atención del parto 3. Organización del trabajo comunitario: mapeo, sectorización
Hogar	1. Vivienda saludable: • Cocina mejorada (fogón, alacena, refrigeradora ecológica) • Lavadero • Letrina o desagüe • Distribución y organización de ambientes de la vivienda • Biohuertos • Tenencia responsable de animales domésticos • Manejo adecuado de residuos sólidos • Otros 2. Normas de convivencia 3. Valores
Instituciones educativas	1. Plan curricular y plan anual de trabajo que incorporan ejes temáticos de salud 2. Escuela de padres que contempla la promoción de prácticas y entornos saludables 3. Ambiente psicosocial: acciones de promoción de relaciones interpersonales constructivas, armónicas y respetuosas de la comunidad educativa. 4. Ambientes favorables: • Aulas espaciosas, ventiladas e iluminadas • Aéreas de recreación y aéreas verdes • Instalaciones sanitarias diferenciadas: agua y desagüe/letrina • Manejo adecuado de residuos sólidos • Kioscos saludables • Comedores saludables, entre otros.
Comunidad/ municipio	1. Ofertas de servicios: • Sistema de agua y desagüe (letrinas) • Sistema de eliminación de residuos sólidos • Luz eléctrica 2. Políticas públicas y legislación que promueve el cuidado infantil 3. Red social de protección y apoyo a la infancia 4. Comunidad organizada para el cuidado infantil 5. Factores culturales, sociopolíticos, religiosos, económicos

Ministerio de Salud D.G. de Promoción de la Salud
García, D.

5.3.4. Intervenciones por escenarios para el abordaje del cuidado infantil

5.3.4.1 En los establecimientos de salud y familias

1 Brindar cuidados adecuados a la mujer durante la gestación

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la Intervención**	**Documento de Referencia para la intervención**
Afiliación al SIS en el marco del Aseguramiento universal de salud	El proceso de Aseguramiento universal, está orientado a lograr que toda la población, disponga de un seguro de salud, sobre la base del Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Para la afiliación al SIS, el personal de salud, deberá: • Asegurarse que la madre cuente con DNI. • Verificar los datos en el SISFOH. • Determinar el tipo de régimen de SIS: contributivo, semi contributivo o subsidiado. • Afiliar a la madre	Ley y reglamento 29344. Aseguramiento universal en salud. Directiva Administrativa 111-MINSA/SIS.V.01. RM Nº 401-2007/MINSA.
Atención prenatal reenfocada	Conjunto de acciones dirigidas a la gestante, con enfoque de equidad de género, derechos e interculturalidad, que incluyen como mínimo 6 atenciones durante el embarazo. Esta actividad incluirá: • Evaluación integral de la gestante • Evaluación y educación nutricional • Exámenes completos de laboratorio (incluye pruebas de tamizaje para VIH/Sífilis e imágenes-ecografía) • Detección de violencia basada en género • Administración de vacuna antitetánica, sulfato ferroso y ácido fólico • Elaboración del plan de parto • Educación en signos de alarma • Consejería en salud sexual y reproductiva • Adicionalmente se debe completar la atención con: • Examen Odontológico • Prevención de cáncer ginecológico (toma de PAP y examen de mama) • Psicoprofilaxis y estimulación prenatal.	Definiciones operacionales del programa salud materno neonatal en el marco del presupuesto por resultado. RM Nº 098-2010/MINSA. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM Nº 668-2004/MINSA

Ministerio de Salud ... G. García. D.

Familia

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Consejería integral en salud sexual y reproductiva	Proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que las personas logren tomar decisiones voluntarias e informadas. La consejería en salud sexual y reproductiva, consiste en proporcionar información a las personas a demás de brindar apoyo para el análisis de sus circunstancias individuales y así tomar una decisión personal o de pareja en forma satisfactoria.	Manual de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva. RM Nº 290-2006/MINSA.
Consejería nutricional	Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella. Los contenidos temáticos a desarrollar están dirigidos a promover una adecuada ganancia de peso durante la gestación a fin de asegurara una buena nutrición de la madre y el bebe.	Documento técnico de consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. RM Nº 870-2009/MINSA.
Visita domiciliaria integral del agente comunitario de salud (ACS)	Es la visita programada que realiza la o el ACS cada cierto tiempo a las familias del sector que le han asignado para conversar, observar, aprender, enseñar y tomar acuerdos sobre las mejoras de algunas prácticas claves del cuidado de la salud de las niñas y niños menores de 5 años y las gestantes. Si el ACS encuentra una gestante ejecuta acciones para la promoción del embarazo saludable y del parto en el establecimiento de salud más cercano, acompañándolos si es necesario.	Documento técnico: Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes, y de las niñas y niños menores de 5 años. RM Nº 702- 2009 MINSA

H. Garcia. D

2 Atender su parto en un establecimiento de salud

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Funcionamiento de las casas maternas para asegurar el parto institucional	Proceso por el cual el personal de salud capta a la gestante cualquiera fuera el momento. La sensibiliza y negocia con la familia para el uso de la **casa materna.** Asimismo brinda atención a la gestante durante su estancia en la **casa materna.**	Gestión local para la implementación y funcionamiento de la casa materna. RM Nº 815- 2010/ MINSA
Parto institucional	Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacido en buenas condiciones. Para ello se tienen en cuenta las siguientes consideraciones: profesional capacitado, ambientes adecuados, atención de calidad y calidez, promoción para la participación activa de la pareja (siempre y cuando exista condiciones). Conjunto de acciones que facilitan el manejo adecuado de las emergencias obstétricas, según los diferentes niveles de capacidad resolutiva. Parte de un flujo que precisa acciones desde la comunidad y a nivel de los servicios.	Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM Nº 668-2004/MINSA Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. RM Nº 695- 2006/ MINSA
Promoción del parto vertical con enfoque intercultural	El personal capacitado -con conceptos claros para la atención del parto vertical con adecuación intercultural- tendrá en cuenta los diferentes niveles de complejidad del establecimiento de salud y promoverá el acceso de la población alto andina y amazónica para la atención del parto con calidad.	Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural. NT 003-MINSA/DGPS-V01

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visita domiciliaria integral del agente comunitario de salud (ACS)	Visita programada que realiza el ACS para seguimiento de la gestante y promoción del parto institucional. Contempla la verificación del cumplimiento de su atención prenatal reenfocada y si cuenta con su plan de parto.	Documento técnico: Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes, y de las niñas y niños menores de 5 años. RM Nº 702- 2009 MINSA

García. D.

3 Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Consulta puerperal	La consulta de la puérpera (madre del RN) deberá hacerse a los 7 y a los 30 días simultáneamente con la consulta del recién nacido. Esta atención debe ser aprovechada para brindar consejería en salud integral, especialmente en planificación familiar.	Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM Nº 668-2004/MINSA.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visitas domiciliarias de atención y seguimiento	El personal de salud capacitado realiza las visitas domiciliarias con el objetivo de desarrollar acciones de atención y seguimiento.	Norma técnica de planificación familiar NT Nº 032-MINSA/DGSP-V.01 2005
Orientación y consejería después del parto	Es una actividad integral que se brinda durante el embarazo y post parto y permite a la usuaria (madre del RN) conocer aspectos importantes y tomar decisiones en forma voluntaria e informada que satisfagan sus necesidades de salud. El personal de salud debe brindar información orientación y consejería a la madre y familia sobre temas relacionados a los cuidados post parto, anticoncepción y cuidados del recién nacido.	Norma técnica de planificación familiar. RM Nº 536-2005/MINSA.
Visita familiar integral del ACS	La visita familiar integral a las mamas después del parto tiene por objetivo orientar a la familia sobre los cuidados post parto: • Higiene • Apoyo emocional de la familia • Orientación a la pareja sobre el tiempo mínimo (3 años) recomendado para un nuevo embarazo. • Alimentación (3 comidas y 2 refrigerios) y consumo de suplemento de hierro (hasta 2 meses post parto) • Reconocimiento de señales de peligro • Control post parto en el establecimiento de salud	Documento técnico: Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes, y de las niñas y niños menores de 5 años. RM Nº 702- 2009 MINSA

Ministerio de Salud Dirección de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

4 Brindar los cuidados adecuados al recién nacido

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Prácticas integrales para la atención del parto	Prácticas clínicas que aseguran que los recién nacidos y sus madres se beneficien de una atención integral durante el parto, entre ellas: apego/contacto precoz, pinzamiento de cordón umbilical y alojamiento conjunto).	Más allá de la supervivencia infantil. OPS, 2007
Intervenciones articuladas para reducir la mortalidad neonatal	Intervenciones estandarizadas basadas en evidencias científicas, cuya efectividad se potencia para la reducción de la morbimortalidad neonatal. Entre ellas: • Intervenciones en la etapa prenatal • Intervenciones en el recién nacido • Intervenciones para la atención del neonato.	Norma técnica de salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal. MINSA. RM Nº 862- 2008 MINSA
Brindar la atención integral al recién nacido	Se prevé la entrega del siguiente paquete: atención inmediata del RN normal y con patología, según normatividad vigente, lactancia materna, inmunizaciones, control del recién nacido, sesión de estimulación temprana, intervenciones educativo comunicacionales, entre otros.	Guía técnica de operativización del MAIS MINSA
Control de crecimiento y desarrollo oportuno	Se le realiza en el establecimiento de salud (EESS) una evaluación céfalo caudal, tomando en cuenta la evaluación física y neurológica, ganancia de peso, evaluación de alimentación, identificación de factores de riesgo individual familiar y del entorno. Así mismo verificación de la obtención temprana del Código Único de Identidad CUI verificación de vacunas, entre otros.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA

Ministerio de Salud D.G. de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visita domiciliaria	Actividad realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del recién nacido, evaluar el cuidado esencial neonatal, verificar y fortalecer prácticas clave en el cuidado del RN. Tomar en cuenta realizar la actividad: • Para los recién nacidos en EESS a las 48 horas del alta. • Para los recién nacidos en el domicilio, inmediatamente después de tomado conocimiento. • Para los que no acuden a control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM N° 990 – 2010/MINSA
Consejería en prácticas saludable	Proceso de comunicación interpersonal en el que se brinda la información necesaria para que la madre, padre y cuidador/a tomen decisiones voluntarias e informadas respecto a las prácticas saludables, relacionadas al cuidado del recién nacido.	

5 Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Contacto precoz	Contacto piel a piel de la madre con el recién nacido inmediatamente después del parto. Ésta práctica promueve la adaptación del recién nacido, la lactancia materna, además de mejorar el control de la temperatura y el vínculo entre la madre y la niña/niño.	Curso taller promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y niño. MINSA, UNICEF; 2009
Alojamiento conjunto	El alojamiento conjunto consiste en la cohabitación de madres y bebés para favorecer la lactancia materna. Disminuye la morbilidad y mortalidad del recién nacido, el bebé se expone menos a infecciones cuando está junto a su madre que en una sala-cuna, entre otras.	
Promover el cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa	Es una estrategia que busca impulsar desde los servicios de salud la protección, fomento y apoyo a la lactancia materna como papel esencial de los servicios de maternidad, a fin de facilitar la práctica de amamantamiento. 1. Tener en cuenta una política para promover la lactancia materna en el establecimiento de salud. 2. Entrenar al personal de salud para poner en práctica la política de lactancia materna. 3. Informar a todas las mujeres embarazadas y a los padres sobre los beneficios de la lactancia materna. 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la primera hora después del parto. 5. Enseñar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aun separadas de sus bebés. 6. No dar a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna. 7. Durante la hospitalización prácticas del alojamiento conjunto. 8. Fomentar la lactancia materna a demanda de la niña o niño. 9. No dar biberones, chupones u otros objetos artificiales que entorpecen la succión y aumenta la posibilidad de ocasionar enfermedades en la niña y el niño. 10. Promover la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna.	
Vigilancia del cumplimiento del reglamento de alimentación infantil	El personal de salud en el ámbito nacional deberá realizar acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna; los mismos que están orientados a prácticas adecuadas de alimentación complementaria; tales como: no gestionar muestras de fórmulas para lactantes, no aceptar incentivos financieros o materiales, regulación sanitaria, vigilancia de las infracciones del reglamento de alimentación infantil, entre otros.	Reglamento de alimentación infantil Decreto Supremo Nª 009-2006-SA.MINSA

Ministerio de Salud
Dirección de Promoción de la Salud
L. Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Consejería nutricional	Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella. Los contenidos temáticos a desarrollar están dirigidos a promover el inicio precoz, exclusividad, cantidad y frecuencia de la lactancia materna.	Documento técnico de consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. RM Nº 870-2009/MINSA.
Enseñar y promover técnicas de amamantamiento	Las técnicas de amamantamiento estimulan la adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas y favorece una lactancia materna exitosa. Además contempla las técnicas de extracción manual de leche, la conservación y la forma adecuada de dársela a la niña y el niño.	Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. RM Nº 126–2004/MINSA
Visita domiciliaria para apoyar la lactancia materna	Actividad realizada por el personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del recién nacido, evaluar el cuidado esencial neonatal, verificar y fortalecer prácticas clave para el cuidado del RN, tales como la lactancia materna, entre otros.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA

Ministerio de Salud
D.G. de Promoción de la Salud
H. Garcia. D

6 Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los 24 meses a más

Establecimientos de salud

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Consejería nutricional	Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella. Los contenidos temáticos a desarrollar están dirigidos a promover la alimentación complementaria por edad de la niña/niño.	Documento técnico de consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. RM Nº 870-2009/MINSA.
Promover el consumo adecuado de los alimentos provenientes del PIN.	El Programa Integral de Nutrición (PIN) en el marco del subprograma infantil contempla la atención a las niñas y niños de 6 a 36 meses, madres gestantes y madres que dan de lactar. Su objetivo es brindar un complemento alimentario, a fin de prevenir la malnutrición e las zonas priorizadas (quintil I y II).	Lineamientos para la ejecución del Programa integral de nutrición. MIMDES. R.D. Nº 395-2006-MIMDES-PRONAA

Ministerio de Salud
D.G. de Promoción de la Salud
Hi. García. D.

Familia

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Sesión demostrativa en preparación de alimentos.	Actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales en: niñas y niños menores de 3 años, gestantes y mujeres que dan de lactar, a través de una participación activa y un trabajo grupal. La actividad contempla: • Demostración del lavado de manos. • Especificaciones en la preparación de alimentos para las niñas/niños de 6 a 8, de 9 a 11, mayor de un año y gestantes.	Guía del facilitador en sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil. MINSA.
Visita domiciliaria para reforzar mensajes en alimentación y nutrición.	El proceso educativo de la consejería extramural realizado por el personal de salud o agente comunitario de salud. Se debe dar periódicamente en el hogar de los menores o las gestantes con la finalidad de apoyar en los usuarios el proceso de mejora de prácticas relacionadas al cuidado de la nutrición.	Documento técnico de consejería nutricional. RM Nº 870-2009/MINSA
Promover biohuertos familiares	Unidad productiva, que utiliza abonos e insecticidas orgánicos para obtener productos ecológicos y naturales, útiles para mejorar la dieta alimentaria de la familia. Por tanto esta estrategia está dirigida al tema de seguridad alimentaria.	Módulo de biohuertos rurales. CARE

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Promover la crianza de animales menores	Crianza de animales menores para el autoconsumo y sus ventas esporádicas, a fin de mejorar la alimentación e ingreso familiar. Según las características de la Región se puede promover la crianza de otros animales menores para consumo.	Módulo de crianza tecnificada de cuy en la familia. CARE

i. García. D.

7 Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas/niños de 6 a 24 meses

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Entrega y administración de suplementos	Suplementación preventiva con hierro tiene como objetivo reducir la incidencia de anemia nutricional. Se prescribe en niñas y niños de 6 a 36 meses. Para ello, se tomará en cuenta la suspensión de la suplementación en caso de administración de antibióticos, las recomendaciones en caso de vivir en zonas endémicas de malaria (antes de iniciar el tratamiento). En caso de la entrega de multimicronutriente es necesario que el personal de salud enfatice en la mezcla del sobrecito en dos cucharadas de comida espesa.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA
Consejería nutricional	Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella. Los contenidos temáticos a desarrollar están dirigidos a promover la administración del suplemento de hierro y bridar las recomendaciones para su continuidad.	Documento técnico de consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. RM Nº 870-2009/MINSA.

H. Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visita domiciliaria de seguimiento	Seguimiento del consumo de los suplementos y desarrollo de estrategias de adherencia al proceso de suplementación. Para ello, se realizará un número no menor de 3 visitas, durante el periodo que dure el proceso de suplementación.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA
Análisis cualitativo de yodo en sal de consumo humano	Actividad de verificación del consumo de sal yodada en los hogares que se realiza como parte de la visita domiciliaria, para lo cual se utiliza el yoditest.	Norma técnica de salud para la implementación del listado priorizado de intervenciones sanitarias RM Nº 193 – 2008/MINSA

8 Llevar a las niñas/niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Control de crecimiento y desarrollo oportuno	Conjunto de procedimientos para la evaluación periódica del crecimiento y desarrollo, así como la detección oportuna de riesgos o factores determinantes de riesgos. Su propósito es implementar acciones de prevención y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y el niño. El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial. Asimismo se constituye un espacio de socialización del plan de atención individualizada del niño/niña entre el personal de salud y los padres y/o cuidadores.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la Intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visita domiciliaria	Acciones que permiten: la captación, acompañamiento y seguimiento. • Captación: RN en el establecimiento a las 48 horas del alta, RN en domicilio inmediatamente tomado conocimiento. • Acompañamiento: para consolidar las prácticas en el cuidado del niño y la niña. • Seguimiento: como parte del monitoreo del plan de atención de salud individualizado.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA

Garcia. D.

9 Estimular de manera oportuna a la niña/niño para favorecer el desarrollo psicomotriz

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Estimulación prenatal	Proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aun en el útero, optimizando su desarrollo mental y sensorial. Se promoverán las intervenciones que contribuyan a proteger el desarrollo sensorial intrauterino para lograr mejores respuestas neuro-motoras en la niña y el niño, así como la maduración adecuada de las diferentes áreas de desarrollo.	Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM Nº 668-2004/MINSA. Ley Nº 28124 Ley de promoción de la estimulación prenatal y temprana
Estimulación temprana del desarrollo y cuidado integral del niño/niña de acuerdo a su edad.	Conjunto de actividades puntuales, para mejorar las habilidades y destrezas de la niña o niño de acuerdo a la edad, en las áreas de desarrollo: lenguaje, motor, social, emocional y cognitiva	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA

Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visita domiciliaria	El personal de salud capacitado realiza las visitas domiciliarias con el objetivo de desarrollar acciones de seguimiento sobre todo a los niños/as con riesgo o trastorno del desarrollo.	Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM Nº 990 – 2010/MINSA

10 Llevar a las niñas/niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Provisión y distribución de vacunas según esquema nacional de vacunación	A nivel nacional, las vacunas serán distribuidas desde el almacén central hasta las regiones de acuerdo a su programación y requerimiento. A nivel regional, a través de las Direcciones Regionales, se distribuirán los insumos a los centros de acopio respectivos. A nivel local a través de las redes o microrredes se entregaran a los establecimientos de salud y estos a su vez (previa autorización de las redes o microrredes) suministraran a los sectores de salud públicos y privados, según su programación y requerimiento.	Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación NT Nª 080-MINSA/ DGSP-V.01. MINSA
Aplicación del esquema nacional de vacunación	Conjunto de actividades dirigidas a administrar antígenos de acuerdo al esquema de vacunación establecido; tomando en cuenta la vía de aplicación, dosificación, tiempo de conservación y duración de la vacuna.	

Ministerio de Salud
Dir. de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Visita familiar integral del ACS	La visita familiar integral para observar, preguntar y enseñar si está cumpliendo con el esquema de vacunación de sus niños. Así como los cuidados frente a las reacciones post vacunales.	Documento técnico: Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes, y de las niñas y niños menores de 5 años. RM Nº 702- 2009 MINSA

11 Lavarse las manos con agua y jabón

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Lavado de manos como estrategia de reducción de las infecciones intrahospitalarias	Acciones orientadas a la higienización de las manos del personal de salud, para evitar las infecciones nosocomiales; por contaminación exógena; entendiendo al lavado de manos, como la estrategia más simple, económica e importante procedimiento en la prevención de las infecciones intrahospitalarias, logrando reducir su incidencia hasta en un 50% cuando se realiza de manera adecuada. Por ello, desde el sector se debe promover el: • Lavado de manos social. • Lavado de manos clínico con antiséptico. • Lavado de manos quirúrgico.	Prevención y control de enfermedades intrahospitalarias: Guía para el lavado de mano. MINSA-

H. Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Sesión demostrativa	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, gestante y en la mujer que da de lactar. La sesión demostrativa de lavado de manos (incluida dentro de la sesión demostrativa en preparación de alimentos) estipula un tiempo no menor de 15 minutos y establece las técnicas del lavado de manos con agua y jabón y la participación de todos los participantes.	Guía del facilitador en sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil. MINSA.
Visita domiciliaria para reforzar mensajes claves sobre lavado de manos con agua y jabón.	Estrategia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, entre las que se refuerza el **lavado de manos con agua y jabón**, entre otras prácticas que contribuyan al cuidado infantil.	

12 Consumir agua segura

Establecimientos de salud		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Vigilancia de la calidad del agua para el consumo	Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas orientadas al mejoramiento gradual de la calidad físico química y microbiológica del agua para consumo humano y la calidad sanitaria de los sistemas de abastecimiento de agua ubicados en el área urbano y rural, con el objetivo de contribuir a proteger la salud pública.	Definiciones operacionales y criterios de programación del programa estratégico articulado nutricional presupuesto por resultados RM Nº 076 2010/MINSA
Gestión de la calidad del agua para consumo humano	La gestión de la calidad del agua de consumo humano contempla la vigilancia sanitaria, vigilancia epidemiológica de enfermedades trasmitidas por el agua, control y supervisión de la calidad del agua, fiscalización sanitaria del abastecimiento del agua, autorización-registro y aprobación sanitaria de los sistemas de abastecimiento y la promoción y educación en la calidad y uso del agua	Reglamento del agua para el consumo humano Decreto Supremo Nº 031-2010-SA.

Ministerio de Salud D.G. de Promoción de la Salud
L. Garcia. D.

Familia		
Intervención	**Especificaciones de la intervención**	**Documento de referencia para la intervención**
Consejería integral en visita domiciliaria para el uso de agua segura	La consejería integral a la madre/padre o cuidador, partiendo del análisis de una situación de salud determinada del niña /niño, es para ayudar a tomar decisiones, donde el uso del agua segura es una práctica saludable en el cuidado infantil y el desarrollo integral del niño para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil	

13 Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo

Establecimientos de salud

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Atención integral de la familia	Conjunto de acciones articuladas para el cuidado esencial que la persona requiere para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, los agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad. Para la operativización de estas acciones se cuenta con el curso de AIEPI clínico con enfoque de derechos.	Guía nacional de operativización del modelo de atención integral de salud. RM Nº 696-2006/MINSA Curso clínico de AIEPI con enfoque de derechos MINSA
Consejería nutricional	Proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería con una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella. Los contenidos temáticos a desarrollar están dirigidos a promover alimentación de la anemia de la niña y el niño durante y después de la enfermedad, enfatizando en las acciones a realizar en el niño menor y mayor de 6 meses.	Documento técnico consejería nutricional " En el marco de la atención de salud materna infantil" RM N° 870-2009/MINSA

Ministerio de Salud
Dirección de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Familia

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Visita familiar integral del ACS	Visita programada que realiza el agente comunitario de salud cada cierto tiempo a las familias del sector que le han asignado para conversar, observar, aprender, enseñar y tomar acuerdos sobre las mejoras de algunas prácticas saludables del cuidado de las niñas y niños enfermos y la identificación de señales de peligro o situaciones de riesgo, para referirlos inmediatamente al establecimiento de salud más cercano.	Documento técnico: Preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes, y de las niñas y niños menores de 5 años. RM Nº 702- 2009 MINSA

5.3.4.2 Intervenciones en otros escenarios: Comunidad, Gobierno Local e Instituciones Educativas

COMUNIDAD

Las acciones que se desarrollarán en la comunidad para generar las condiciones que promuevan las prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil, se conciben a partir de las necesidades de las familias y en función a las prioridades locales, las mismas que se evidencian en el Plan de desarrollo comunal y se incorporan en el Plan de desarrollo local concertado a nivel distrital, por lo que se plantea realizar intervenciones como: la vigilancia comunitaria en salud como uno de los procesos fundamentales de la gestión comunal en general y de manera más específica a otras prácticas saludables priorizadas: la promoción de la formación de grupos de apoyo a la lactancia materna, capacitación a las Juntas administradoras de servicios de saneamiento (JASS), promover la gestión local para la implementación de la casa materna y promover la instalación de biohuertos y crianza de animales menores a nivel comunal.

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Vigilancia comunitaria en salud	Tiene como objetivo fortalecer la capacidad comunitaria de la población para organizarse, movilizar recursos, apoyar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños menores de 3 años, además del cuidado de las gestantes y de la puérpera (madre del RN) para la identificación de señales de peligro. En este sentido, se promueve la estrecha relación entre los servicios de salud, la comunidad, ACS, autoridades y líderes comunales. La vigilancia comunitaria influye oportunamente en los factores de riesgo y en algunos determinantes que afectan la salud de la población, estos pueden ser de carácter biológicos, sociales, culturales, políticos, ambientales o económicos. La vigilancia comunitaria para el seguimiento de las gestantes y referencia al establecimiento de salud, así como para el control prenatal se trabajará a través del radar de gestantes, especialmente en el seguimiento de las gestantes de alto riesgo y a nivel de la puérpera en la identificación de señales de peligro, durante los 42 días después del parto. Asimismo, la atención y prevención de las emergencias obstétricas debe ser realizada en toda la red de salud, desde la comunidad hasta el establecimiento con mayor capacidad resolutiva a través del sistema de referencia y contra referencia.	Buen Inicio. UNICEF Guía metodológica para la implementación de comunidades saludables. DVS/DGPS – MINSA 2005 Documento técnico " Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera la casa materna " Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. RM Nº 668-2004/MINSA.
Promover la formación de grupos de apoyo a la lactancia materna.	Grupos de mujeres ayudando a mujeres, pequeños grupos de embarazadas o mamás que están amamantando o han amamantado, que se reúnen periódicamente con el fin de compartir experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna. Para la conformación de los grupos de apoyo se tomarán las siguientes pautas: • Determinar quienes conforman el grupo y el lugar de reunión. • Estrategias de motivación. • Difusión de los grupos de apoyo. • Cronograma de reuniones. • Elegir una coordinadora.	Grupos de apoyo a la lactancia materna. UNICEF

Ministerio de Salud D.G. de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Capacitación de las Juntas administradoras de servicios de saneamiento (JASS)	La JASS es una asociación civil que se encarga de manera exclusiva a la prestación de servicios de saneamiento en uno o más centros poblados del ámbito rural, siendo una de sus responsabilidades la provisión de agua cualitativamente y cuantitativamente apta para el consumo. En ese sentido, se constituye el personal de salud capacita a sus integrantes sobre la importancia del agua segura para el consumo humano además de la promoción del lavado de manos. Las JASS y las organizaciones comunales y civiles representantes de los consumidores, al ser capacitadas en: aspectos de la gestión de la calidad del agua para el consumo humano, identificación y mantenimiento de las fuentes piletas públicas, establecerán los mecanismos de información al gobierno local en el marco de la vigilancia sanitaria.	Ley general de servicios de saneamiento, No 26338, y su Reglamento, aprobado por D.S. No 023-2005-Vivienda. Reglamento de la cantidad del agua para el consumo humano. DS N° 031-2010-SA.
Promover la gestión local para la implementación de la casa materna.	El personal de salud promoverá la gestión local participativa, en la cual las autoridades, líderes y población organizada serán los que cumplen el rol fundamental en la identificación de la necesidad, en el diseño, construcción, implementación, funcionamiento y fortalecimiento de la casa materna. En este sentido, se deberá tener en cuenta que las comunidades beneficiarias o sus representantes estén informados y sensibilizados en la necesidad y ventajas de la implementación de una casa materna, que la red de servicios de salud identifiquen los Establecimientos de Salud con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB), Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) para la atención oportuna del parto y el sistema de referencia y contra referencia activa y adecuada, autoridades reconocidas y el involucramiento de los actores sociales claves.	Documento para la gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. RM N° 815-2010/MINSA.
Promover la instalación de biohuertos y crianza de animales menores a nivel comunal.	La necesidad de mejorar la ingesta y diversificarla sin demandar grandes costos para la familia, ha llevado a aprovechar las condiciones de ruralidad para implementar el cultivo de biohuertos y la crianza de animales menores. Esta estrategia contribuirá con la seguridad alimentaria, dará sostenibilidad a las intervenciones a nivel familiar y se generarán iniciativas a nivel de la comunidad organizada como CODECO, junta vecinal, entre otros. En este sentido, el personal de salud promoverá la incorporación de estas estrategias en los planes comunales y su posterior inclusión en el Plan de desarrollo local concertado a nivel distrital, convirtiendo a la comunidad en interlocutor válido para el gobierno local y no sólo en actor demandante de beneficios.	La familia saludable en la chacra rural. CARE

H. Garcia. D.

GOBIERNO LOCAL

Las acciones que se desarrollarán en el gobierno local para generar las condiciones que promuevan las prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil se conciben a partir de prioridades locales que se encuentren en el Plan de desarrollo local concertado a nivel distrital, que a su vez evidencien las acciones del Plan de desarrollo comunal, por lo que se plantea realizar intervenciones como: abogacía a las autoridades locales, capacitación o fortalecimiento de capacidades al gobierno local y asesoramiento al gobierno local para orientar recursos financieros a invertir en salud.

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Abogacía a las autoridades locales	Incidencia política sobre una idea o propuesta es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones sobre un problema o tema de importancia para ponerlo en agenda y actuar sobre éste y sus soluciones. Para realizar la abogacía deberá tomar en cuenta: • Definir el problema • Análisis del contexto. • Establecer objetivos. • Identificar la audiencia objetivo. • Mensajes y medios de comunicación. • Establecer alianzas • Captar fondos. Teniendo como propósito la generación de políticas públicas y proyectos de inversión pública social hacia proyectos e iniciativas de seguridad alimentaria, alimentación y nutrición con énfasis en lactancia materna y alimentación complementaria; así como, la vigilancia del crecimiento y desarrollo saludables de la niña/niño menor de 36 meses y madres gestantes, apoyo para el cumplimiento del esquema de vacunación, las familias adopten el lavado de manos como una práctica saludable, priorizando el saneamiento básico, crear las condiciones en la localidad para que se encuentren construidos algunos sistemas de abastecimiento de agua para pequeñas poblaciones, fortalecimiento de capacidades en los líderes locales, promover en las familias la práctica del consumo de agua segura a través de los métodos de cloración y/o hervido del agua. Promover el monitoreo del cumplimiento del programa integral de nutrición. Asimismo, están orientadas a promover prácticas en salud sexual reproductiva con énfasis en maternidad saludable y salud del neonato y promover la gestión y sostenibilidad de la instalación de las casas de espera, a fin de lograr acuerdos convenios, proyectos entre otros que se generen.	Manual de advocacy o abogacía en promoción de la salud. MINSA Definiciones operacionales del programa salud materno neonatal en el marco del presupuesto por resultado Dccumento Técnico "Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa de espera la casa materna " CARE Municipios y comunidades: fichas temáticas de salud. Norma técnica Nº 001-2008 de implementación Regional y local de la estrategia nacional CRECER
Capacitación o fortalecimiento de capacidades al gobierno local.	Dentro de las tres líneas de acción propuestas en la implementación del Programa de municipios y comunidades saludables, una de ellas es la de fortalecimiento de competencias orientadas a atender las principales necesidades de salud como parte del desarrollo local, que deberá traducirse en acciones encaminadas a la promoción y prevención de enfermedades. Siendo lo esencial, fortalecer las capacidades de la instancia de coordinación local y otros miembros del gobierno local, en contenidos temáticos de alimentación y nutrición, que priorice la lactancia materna y alimentación complementaria en el marco de la seguridad alimentaria, higiene y saneamiento básico orientado mejorar las prácticas saludables y salud sexual y reproductiva con énfasis en la maternidad saludable, para que desde su rol municipal permita concretar actividades que contribuyan con la reducción de la desnutrición crónica infantil y disminuir la mortalidad materna neonatal.	Programa de municipios y comunidades saludables. MINSA R.M. Nº 457-2005/MINSA Definiciones operacionales del programa salud materno neonatal en el marco del presupuesto por resultado. RM Nº 098-2010/MINSA.

Ministerio de Salud
Dirección de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

Asesoramiento al gobierno local para orientar recursos financieros a invertir en salud.	Luego de la incorporación de un tema priorizado por el gobierno local, el personal de salud brindará el asesoramiento correspondiente a fin de que los gobiernos locales re direccionen el presupuesto municipal hacia los temas de salud en las diferentes modalidades como presupuesto por resultado, presupuesto participativo, plan de incentivos municipales, entre otros. Generando las condiciones que permitan a las familias adoptar o fortalecer las prácticas saludables y entornos saludables priorizados para el cuidado infantil, tales como: • Implementación o mejoramiento de centros de vigilancia comunal nutricional en las comunidades del distrito para dar seguimiento al crecimiento y desarrollo del niño/niña menor de 36 meses y madres gestantes. Debiendo estos centros estar a cargo de las autoridades comunales y los agentes comunitarios de salud capacitados y tendrán el apoyo de los fondos de la municipalidad. • Condiciones laborales de las madres que dan de lactar, implementación de lactarios institucionales, para contar con un ambiente especialmente acondicionado para que las mujeres se extraigan su leche materna, asegurando su adecuada conservación, en instituciones públicas donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil, entre otros. • Condiciones de saneamiento básico que permita adoptar el lavado de manos como práctica saludable y promover el consumo de agua segura, así como garantizar la limpieza pública, para el crecimiento saludable de las niñas y niños. • Implementar o mejorar un centro comunal de estimulación temprana y estimulación prenatal. Estos centros deberán estar a cargo de las autoridades comunales y los agentes comunitarios de salud capacitados y tendrán el apoyo de los fondos de la municipalidad. • Fortalecer las competencias de los agentes comunitarios de salud, para el uso del Manual preparando al agente comunitario de salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de la gestante y de las niñas y niños menores de 5 años y equiparlos correctamente. • Contar con un espacio en la comunidad para vigilar el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños, así como el desarrollo de una maternidad saludable en donde se realizarán sesiones educativas y demostrativas relacionadas a las prácticas claves con familias, padres, madres y cuidadores. • Fortalecimiento y mantenimiento de las casas materna ya existentes e implementación donde no existen con el objetivo de garantizar un parto institucional y así reducir el número de muertes materna y del recién nacido en distrito.	Definiciones operacionales del programa salud materno neonatal en el marco del presupuesto por resultado. RM Nº 098-2010/MINSA. Orientaciones para ejecutar el plan de incentivos municipales y tener logros en salud – 2da Edición-MINSA 2011. Documento para la gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. RM Nº 815-2010/MINSA

H. Garcia. D.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Las acciones que se desarrollarán en las instituciones educativas son las que de manera complementaria contribuirán en la promoción de las prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil y deben estar en función a las necesidades de las familias y prioridades locales, por lo que se plantea realizar intervenciones como: capacitación a docentes según temática, asistencia técnica a los docentes de las instituciones educativas y promover el trabajo a nivel de la escuela de padres.

Intervención	Especificaciones de la intervención	Documento de referencia para la intervención
Capacitación a docentes	El personal de salud facilita el desarrollo de los talleres de capacitación a los docentes, en el eje temático de alimentación y nutrición por etapas de vida (lactancia materna, grupo de alimentos, alimentos de origen animal), sesiones demostrativas de lavado de manos, consumo de agua segura. La intervención en instituciones educativas busca fortalecer competencias de los alumnos/as para mejorar su salud, la de su familia y de su comunidad, a través de un proceso de capacitación dirigido al docente. En este sentido, el docente capacitado implementará en el aula acciones según el material educativo (cartillas) del Plan Cuido a Mi Familia, que es una estrategia que propicia la participación y corresponsabilidad de la familia en el cuidado y autocuidado de la salud, estas acciones están basadas en la extensión de mensajes clave al hogar sobre la promoción de prácticas saludables (lavado de manos) desde las aulas (alumno) hacia las familias. Asimismo con el objetivo de instaurar la práctica cotidiana del lavado de manos con agua y jabón a nivel de la familia, los docentes de las instituciones educativas son los actores claves. Teniendo en cuenta que los niños y niñas poseen un enorme potencial para aprender nuevos comportamientos, llevar información y propiciar la inclusión de nuevos hábitos en los padres de familia.	Programa de promoción de la salud en instituciones educativas. MINSA RM 227-2005. Material educativo del plan cuido a mi familia, DGPS – MINSA. Módulo para docentes del nivel primario – aprendiendo y enseñando. A .B PRISMA. Julio 2006.
Asistencia técnica a los docentes de las instituciones educativas	En el marco del proceso de capacitación dirigido a docentes, se espera que el personal docente proyecte acciones educativas en el aula y en los espacios de interacción con los padres y la comunidad educativa según ejes temáticos. Asimismo, el personal de salud acompañará y brindará asistencia técnica correspondiente durante el año escolar.	Programa de promoción de la salud en instituciones educativas. MINSA RM 227-2005. Plan Cuido a Mi Familia, DGPS – MINSA.
Promover la incorporación de las prácticas saludables en las escuelas de padres.	En los niveles de inicial y primaria la presencia de padres y madres de familia en el proceso educativo de sus hijos suele ser activa y cercana; el contacto diario del profesor con los niños facilita la comunicación entre la escuela y la familia. En este sentido, las convocatorias son más directas y el docente tiene la posibilidad de involucrar a los padres de	

Ministerio de Salud – Promoción de la Salud
García. D.

	familia en el cuidado de la salud de los niño/niñas y adolescentes. De ésta manera la familia no solo participa en la adopción de los comportamientos saludables sino también asegurar las prácticas promovidas. Por lo que se espera que los padres sensibilizados sobre las diferentes temáticas (lavado de manos e higiene corporal), participen en actividades de difusión a nivel de su comunidad.	

. Garcia. D.

VI. ANEXOS

Anexo Nº 01

1.- Principales evidencias de las prácticas saludables e intervenciones clave

1. Brindar cuidados adecuados a la mujer durante la gestación.

Se ha señalado que la madre que no asiste a su control prenatal de manera precoz y periódica o recibe un control deficiente tiene mayores posibilidades de morbilidad y mortalidad perinatal, materna y neonatal.

Principales Evidencias:[22, 23, 24]

a. El control prenatal representa una oportunidad para incrementar el acceso a un parto en condiciones seguras, en un ambiente de emergencia obstétrica y atención neonatal institucional calificada. Se han reportado menos complicaciones durante el embarazo y parto. Menos pre-eclampsia, infección del tracto urinario, anemia postparto y mortalidad materna, así como menor bajo peso al nacer.

b. El 53% de mujeres embarazadas asiste por lo menos a un chequeo prenatal con personal de salud calificado durante el embarazo.

c. Las mujeres que reciben atención prenatal experimentan menor mortalidad materna y perinatal, y mejores resultados en su embarazo.

d. Si se logra aumentar en un 90% la vacunación con el toxoide tetánico, es posible evitar entre 5 y 10% de muertes neonatales actuales.

e. El riesgo de parto pretermino se incrementa con bajos niveles de hemoglobina en el primer y segundo trimestre.

f. Las mujeres con anemia moderada en el primer trimestre tienen dos veces mayor riesgo de parto pretermino y bajo peso, y si es severa el riesgo se incrementa tres veces. La anemia en el tercer trimestre no afecta en el resultado.

g. La anemia por deficiencia de hierro en la mujer embarazada es causa de mortalidad materna y perinatal. También está altamente asociada a prematurez y bajo peso al nacer. Los estudios señalan que la suplementación con hierro a las mujeres durante el embarazo tiene efectos beneficiosos sobre los resultados perinatales.

h. La suplementación con acido fólico reduce la incidencia de defectos del tubo neural en un 72%.

i. En poblaciones donde la incidencia de tétanos es elevada pude reducir la mortalidad neonatal entre 35- 58% y reducir la incidencia de tétanos neonatal entre un 88-100%.

H. García. D.

[22] The Lancet. Editorial. Kickstarting the revolution in health-systems research. 2004; 363:1745
[23] Zhou LM, et al. Relation of hemoglobine measured at different times in pregnancy to preterm birth and low bith weight in Shangai, China. Am j Epidemiol 1998; 148:998-1006.
[24] OPS. AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencias. Washington, D.C.: OPS; 2009.

2. Atender el parto en un establecimiento de salud.

La atención del parto en el establecimiento de salud es un conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones. Se estima que, durante las primeras 24 horas después del parto, ocurren entre el 25 al 45% de las muertes neonatales y el 45% de las muertes maternas.

Principales Evidencias[25, 26, 27, 28]

a. Los partos atendidos por personal calificado y en un servicio de salud tienen menos complicaciones y presentan menos morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal

b. Durante el parto y posparto el riesgo de muerte es mayor, período en que se da 2 de cada 4 muertes maternas en países en desarrollo-, que para algún otro momento durante la maternidad (y que las complicaciones relacionadas con la salud materna contribuyen a la muerte de por lo menos 1,5 millones de recién nacidos en la primera semana de vida y de 1,4 millones de nacidos muertos.

c. Se calculó la razón de probabilidades (*odds ratio*) de la muerte tipo I contra los demás tipos (II, III y IV) de muerte materna el estudio concluyó confirman que las mujeres que no reciben atención prenatal y dan a luz en su domicilio tienen 6 veces más probabilidades de morir que aquellas que reciben atención prenatal y dan a luz en un establecimiento de salud.

d. Existe evidencia que la atención prenatal tendría utilidad para la ocurrencia de partos seguros. Un estudio en la India ha revelado que, aquellas mujeres con un relativamente elevado nivel de atención prenatal tuvieron casi cuatro veces más posibilidades de ser asistidas durante el parto por personal competente, condición indispensable para recibir cuidados obstétricos esenciales en caso de requerirse.

e. Del mismo modo, un análisis reciente de la ENDES 2000 muestra que el riesgo de muerte materna era 9,82 (8,75-11,02) veces mayor en ausencia de atención prenatal. Aparentemente, el mecanismo explicativo es el mismo observado en la India. Más allá del valor predictivo de la atención prenatal, ésta juega un papel importante en lograr que las gestantes elijan el parto institucional y, de esta manera, adquieran mayor protección en caso de aparecer complicaciones eventualmente mortales. Esto se verifica cuando, de la información recogida por ENDES 2000, se observa que en ausencia de atención prenatal el riesgo de parto domiciliario fue 8,88 (8,75-9,03) veces mayor.

Ministerio de Salud
Dirección de la Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

3. Brindar cuidados adecuados a la madre durante el puerperio.

El periodo del puerperio comprende desde la salida de la placenta hasta los 42 días después del parto, durante este periodo la madre se encuentra en riesgo de presentar complicaciones que pueden poner en riesgo su vida.

[25] Ministerio de la Protección Social. Primer informe nacional de calidad de la atención en salud. Incas – Colombia; 2009.
[26] Benavides, Bruno. Reducción de la mortalidad materna en el Perú, ¿por dónde empezar? Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
[27] OPS. AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencias. Washington, D.C.: OPS; 2009.
[28] OPS. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficios para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: OPS; 2007.

Principales Evidencias: [29, 30]

a. Estudios han demostrado que el MELA (Método de Lactancia y Amenorrea) es tan eficaz como cualquier otro método no quirúrgico de planificación familiar, mantiene una eficacia del 99,5 % durante los 6 meses. Según el consenso de Bellagio (1998), la diferencia entre lactancia general y el método de la amenorrea de la lactancia, es que este ultimo debe de cumplir con ciertos requisitos: que no se haya reanudado la menstruación, que no haya transcurrido más de 6 meses del parto y que no se haya comenzado con la alimentación complementaria.

b. La lactancia extiende el período de amenorrea e inactividad ovárica, aumentando los niveles séricos de prolactina en respuesta al estímulo de succión en cada amamantada.

c. La anticoncepción durante el posparto adquiere una dimensión especial si se tiene en cuenta que el método seleccionado debe garantizar el mantenimiento de la lactancia y la salud del binomio madre-hijo. Además de la importancia de un adecuado espaciamiento de los embarazos, como primera medida para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

d. Al respecto los criterios más importantes a tener en cuenta son: la práctica de la lactancia, el contenido hormonal del método, el momento de su introducción y la intención de planificación familiar: espaciar o limitar los nacimientos.

4. Brindar cuidados adecuados al recién nacido.

Casi el 40 % de las defunciones en menores de 5 años se produce durante los 28 primeros días de vida (periodo neonatal). Hay tres causas que por sí solas dan cuenta del 80% de esas muertes corresponden a: infecciones, asfixia y nacimiento prematuro.

Principales Evidencias: [31, 32, 33, 34]

a. El pinzamiento tardío del cordón umbilical, realizado entre los 2 y 3 minutos, es fisiológico e incrementa el hematocrito neonatal hasta en un 50%, cuando se le compara con el pinzamiento precoz. Aumenta las reservas de hierro del recién nacido disminuyendo la prevalencia de anemia en los primeros 4 a 6 meses de vida. Además mejora la oxigenación cerebral en recién nacidos prematuros en las primeras 24 horas de vida.

b. El contacto de piel a piel de madre y recién nacido, mejora la efectividad de la primera mamada y reduce el tiempo para lograr una succión efectiva, asimismo regula o mantienen la temperatura infantil. A largo plazo, mejora el comportamiento de afecto y apego de la madre, además existe una asociación positiva entre el estado de la lactancia al mes y a los 4 meses postparto y una mayor duración del lactancia materna.

c. Los cuidados rutinarios e inmediatos a los recién nacidos sanos evitan hipotermia, hipoglicemia, anemia, enfermedad hemorrágica del recién nacido, infección ocular, cambio o pérdida de un recién nacido y retraso de la lactancia materna exclusiva.

---

[29] Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method of family planning. Lancet 1992; 2:968-70.

[30] Kazi A, Kennedy K, Visness C, Khan T. Effectiveness of the lactational amenorrhoea method in Pakistan. Fertil Steril 1995; 64:717-23.

[31] Bang a, Reddy MH, Deshmukh MD, Child mortality in Mahararshtra. Economic Political Weekly 2002;37:4947-65

[32] Organización Mundial de la Salud. The Global Burden of Disease: 2004, Ginebra, 2008 (ISBN 978 92 4 156371 0).

[33] OPS. AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencias. Washington, D.C.: OPS; 2009.

[34] OPS. Más allá de la supervivencia: Practicas integrales durante la atención del parto, beneficios para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: OPS; 2007.

d. Las causas de la muerte neonatal indican: 28% nacimiento prematuro, 36% infecciones graves (neumonía, tétanos y diarrea), 23% asfixia.

e. La aplicación de una solución antiséptica local y luego mantener limpio y seco el cordón umbilical evita la onfalitis y sepsis del recién nacido.

5. Amamantar a los lactantes por seis meses de forma exclusiva.

La leche materna proporciona todos los nutrientes requeridos por la mayoría de los lactantes hasta los 6 meses de edad. La leche materna es una fuente no contaminada de nutrientes y agentes antibacterianos/antivirales y también ayuda al desarrollo del sistema inmune.

Principales Evidencias:[35]

a. Las niñas y niños alimentados con LME, durante los primeros 2 a 3 meses de vida crecen más rápido que los niños que no lo son y no presentan déficit de crecimiento.

b. Los ácidos grasos de la leche materna ayudan al desarrollo del cerebro y la vista de las niñas/niños.

c. La promoción del inicio temprano de la lactancia materna es una intervención de mayor impacto en la reducción de la mortalidad neonatal, 16% de muertes se evitan si la LM inicia el primer día, y 22% si inicia la primera hora.

d. Los lactantes menores de 2 meses alimentados con leche materna, tienen 6 veces menos probabilidad de morir por una enfermedad infecciosa que los que no la reciben.

e. Existe una asociación entre la lactancia materna y la mortalidad, morbilidad, desarrollo y enfermedades crónica infantiles.

f. La lactancia materna está más fuertemente asociada a la reducción de mortalidad por diarrea que con las de las infecciones respiratorias agudas bajas.

g. Los infantes amamantados tienen de 2 a 3 veces menos probabilidad de sufrir deshidratación por diarrea.

H. Garcia. D.

6. Brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses a las niñas y los niños mientras se continúa con la Lactancia Materna hasta los 24 meses a más.

Después de los 6 meses de edad es más difícil que las niñas/niños alimentados exclusivamente con lactancia materna alcancen sus necesidades nutricionales a partir de la leche materna únicamente. Por ello es importante brindarles alimentos complementarios recién preparados que sean ricos en energía y nutrientes, mientras se continúa con la lactancia materna hasta los dos años.

Principales Evidencias:[36]

a. A medida que el bebe crece y es más activo, la leche materna sola no es suficiente para cubrir sus requerimientos nutricionales. Por ello a partir de los 6 meses se debe de introducir mezclas convenientemente preparadas de alimentos semisólidos para complementar el consumo de leche materna y así suplir los requerimientos de nutrientes esenciales y energía.

---

[35] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.

[36] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.

b. La leche materna después de los 6 meses, continua siendo una fuente de nutrientes esenciales tales como Vit. A, calcio y proteína, además que confiere cierta protección contra las enfermedades infecciosas.

c. Las prácticas de alimentación mejoradas para prevenir o tratar la desnutrición podrían salvar 800 mil vidas por año.

d. El consumo de cantidades suficientes de alimentos complementarios generalmente se traduce en un crecimiento adecuado de la niña/niño.

7. Brindar suplemento de hierro o multimicronutrientes a niñas y niños de 6 a 24 meses.

A partir de los 6 meses los requerimientos de hierro y otros micronutrientes como el zinc, deben de ser cubiertas con la alimentación complementaria. Los alimentos de origen vegetal, por si solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera se asegura el aporte de hierro, zinc, calcio y Vit. A

Principales Evidencias:[37, 38, 39]

a. La anemia es un problema generalizado de salud pública, asociado con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, especialmente en las embarazadas y niños pequeños.

b. Los niños menores de dos años de edad tienen un rápido crecimiento, por ello durante esta fase del ciclo de vida requiere una alta ingesta de hierro, la cual frecuentemente no es satisfecha por la dieta, especialmente en países con bajo ingreso.

c. La deficiencia de hierro podría estar impidiendo que el 40% - 60% de niños en los países en vías de desarrollo pueda crecer y alcanzar su potencial mental total.

d. La deficiencia de hierro está asociada con una reducción en la capacidad de trabajo de los niños y en la productividad del adulto.

e. La deficiencia de hierro puede estar asociada a la presencia de alteraciones en el crecimiento, letargo, anorexia, disminución de la inmunidad.

f. La deficiencia de hierro conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como su proceso de aprendizaje.

g. Las intervenciones para reducir la deficiencia de hierro están entre las más efectivas con relación a costos en la salud pública. Se estima que la razón costo-beneficio de las intervenciones para reducir la anemia es de 200:1.

h. El suministro adecuado de Suplementos de Vit. A se asocia a la mejoría del sistema inmune y reducción de riesgo de infección y muerte, asimismo ha reducido en un 23% la mortalidad en los niños/niñas de 6 a 60 meses de edad.

i. La suplementación de Vit. A como parte del manejo de los casos de sarampión puede reducir la tasa de letalidad en las del 50%.

j. El zinc promueve el crecimiento y desarrollo normal.

H. García. D

[37] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.

[38] Instituto Nacional de Salud - INS, Centro de Nutrición y Alimentación - CENAN. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Centro de Nutrición y Alimentación – Lima: Ministerio de Salud, INS, 2004

[39] Aldeman H, Horton S. Guía sobre anemia nutricional: Argumentos económicos para afrontar la anemia nutricional. Suiza: Sight and Life; 2007.

k. La suplementación con zinc está ligada con una mejor función inmune, reducción de la diarrea, y aumento en el crecimiento y en la función psicomotora.

l. La suplementación de zinc en casos de diarrea aguda, reduce la duración tanto como la gravedad del episodio. Se ha notificado una reducción del 28% de duración de la diarrea persistente, cuando los niños afectados recibieron un suplemento diario de 20mg de zinc por dos semanas.

m. Puede ser difícil satisfacer los requerimientos de zinc de los lactantes y niñas/niños pequeñas a través de los alimentos, por ello la suplementación del zinc puede ser especialmente útil en este periodo.

8. Llevar a las niñas y niños a su control de crecimiento y desarrollo oportuno.

El control de crecimiento y desarrollo es un conjunto de actividades sistemáticas desarrolladas por un profesional de salud, con el objetivo de vigilar de manera oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Principales Evidencias:[40, 41]

a. Estudios que comparan el control de crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida con las visitas de seguimiento posterior, demuestran que los primeros tienen el mismo impacto a pesar de haber disminuido las visitas. Por lo tanto la reducción de las visitas no tendría efectos directos sobre el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. El retraso del crecimiento temprano se asocia con el retraso en el desarrollo motor y con un deterioro de la función cognitiva y del rendimiento escolar.

H. Garcia. D.

9. Estimular de manera oportuna a la niña y el niño para favorecer el desarrollo psicomotriz.

La Estimulación es un conjunto de acciones e intervenciones que se brinda a las niñas y niños en las primeras etapas de sus vidas, para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades capacidades y habilidades físicas, intelectuales y sociales. La estimulación es dar respuesta oportuna a la necesidad de cuidar y velar por el desarrollo integral y armónico del niño y niña.

Principales Evidencias: [42]

a) El 39% de los menores de 5 años de edad en los países en vías de desarrollo tienen retraso en el crecimiento, lo que indica la existencia de factores perjudiciales que ponen en riesgo el desarrollo infantil.

b) Cuando los niños experimentan una variedad de estímulos emocionales y de comportamientos cognitivos y sociales óptimos en momentos clave durante su desarrollo, se produce una sana proporción de la modulación cortical.

c) Estudios recientes han descrito ampliamente los efectos que la desnutrición afectiva, táctil y emocional pueden causar en el neurodesarrollo de los niños/niñas.

---

[40] Garrido Torrecillas, F.J. Evidencias científicas en el control del niño sano, Actuaciones realmente necesarias. Disponible en: http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/image/USER/talleres_evidencias_cientificas_sano.pdf accedido enero del 2011.

[41] Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima – Perú: MINSA; 2010.

[42] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.

d) El estimulo que brindan las personas responsables del cuidado de la niña y el niño (entorno inmediato) favorece no solo el número de células del cerebro si no la calidad de las conexiones entre las mismas.
e) Los sistemas biológicos moldeados por las experiencias y relaciones tempranas propias del entorno inmediato (familias, comunidad) afectan directamente en la capacidad del desarrollo mental y social de un niño/niña.
f) Estudios en adultos determinaron que aquellos que nacieron y crecieron en un ambiente de pobreza pero que participaron de programas preescolares de aprendizaje activo durante el tercer o cuarto año de vida, muestran mayor nivel de responsabilidad social, mejor desempeño educativo y por ende mayores ingresos, asimismo se muestran más activos y comprometidos con el matrimonio. Otros estudios muestran mejor rendimiento en las pruebas de coeficiente intelectual en aquellas niñas y niños que participaron en programas de educación temprana.

10. Llevar a las niñas y los niños a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad.

Las enfermedades prevenibles mediante vacunación dan cuenta de aproximadamente del 10% de la carga de enfermedad en niñas/niños menores de 5 años. Por ello es importante asegurar que reciban el esquema completo de inmunizaciones de manera oportuna, segura y eficaz, a través de servicios accesibles, utilizados y de alta calidad.

Principales Evidencias: [43]

a. La inmunización contra el sarampión está asociada con reducciones de entre 30% y 86% en la mortalidad total. El aumento del 74% al 85% en la cobertura de inmunizaciones del sarampión en países en vías de desarrollo reducirá las muertes por IRA bajas en un 2% adicional y las muertes por diarrea en un 3% adicional.
b. La relación entre la inmunización del sarampión y la mortalidad totas es mayor de lo que se habría predicho con la eliminación del sarampión solamente.
c. La vacuna del sarampión produce estimulación general del sistema inmune.
d. La eficacia de la vacuna de BCG oscila entre el 0% y el 80% para tuberculosis pulmonar.

La eficacia de la vacuna de BCG oscila entre el 75% y el 86% para la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar.

Ministerio de Salud
Promoción de la Salud
H. García. D.

11. Lavarse las manos con agua y jabón.

Las enfermedades diarreicas son una de las tres primeras causas de mortalidad en niños menores de cinco años y están directamente relacionadas con la falta de higiene. La incidencia de este mal se puede reducir entre 47 y 50% con un frecuente lavado de manos con agua y jabón. Son tres los tiempos indispensables para el lavado de manos: antes de cocinar, después de ir al baño o cambiar los pañales y antes de comer.

[43] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.

Principales Evidencias:[44, 45]

a. La diarrea es la segunda causa de mortalidad en niñas/niños menores de 5 años, asimismo es un factor que contribuye seriamente a la morbilidad infantil, así como a un crecimiento y desarrollo deficiente.

b. Los recién nacidos cuyas madres reportaban lavado de manos durante el cuidado del bebé registraban 5 veces menos infección por rotavirus que aquellas que no se las lavaban.

c. Los episodios de diarrea disminuyen con el aumento del lavado de manos, con una incidencia del 23% en mujeres que no se lavaban las manos en un día, y 10% para las que se las lavaban ocho veces.

d. Se ha registrado una disminución del 27% en los episodios diarreicos en aquellos hogares donde había jabón.

e. Niñas/niños menores de 5 años que recibieron jabones y prácticas promocionales de lavado de manos redujeron incidencia de EDA (53%), IRA (50%) e impétigo (34%).

f. El lavado de manos es una medida sencilla y barata puede ayudar a reducir las infecciones de manera significativa.

g. La higiene de las manos se realiza solo entre un 15% y un 50% de las veces en las que debería llevarse a cabo.

h. El comportamiento del lavado de manos con jabón tiene un rol crucial dentro de las estrategias orientadas a reducir la morbimortalidad infantil vinculada a la diarrea. Se ha observado que las madres, en los relacionados a heces, se tendieron a una mejor práctica. Las madres lavaron las manos en el 33% de ocasiones, utilizando jabón sólo en el 19% de ellas, cuando están en contacto con heces, y cuando están en contacto con comidas las madres se lavaron las manos en el 28% y utilizaron jabón en el 6% de ocasiones.

12. Consumir agua segura

Los servicios básicos de agua y saneamiento es un derecho que redunda en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de las poblaciones beneficiarias.

H. Garcia. D.

Principales Evidencias[46, 47]

a. La ingestión de agua contaminada, la disponibilidad inadecuada del agua para la higiene personal y la falta de acceso al saneamiento contribuyen a que se produzca 1,5 millones de defunciones infantiles, el 88% de los cuales es causado por diarrea.

b. Se calcula que 80% de las enfermedades y más de un tercio de las defunciones en los países en desarrollo son causadas por el consumo de agua contaminada, y que un promedio de 10% del tiempo productivo de una persona se pierde por las enfermedades relacionadas con el agua. La población en mayor riesgo son los lactantes y los niños pequeños, las personas que están debilitadas o viven en condiciones insalubres, los enfermos y los ancianos.

---

[44] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.
[45] AB Prisma. Estudio del Comportamiento de lavado de manos con jabón en zonas urbano periféricas y rurales del Perú - setiembre 2004.
[46] The Lancet. Supervivencia Infantil. Washington, D.C.: OPS; 2005 Pág. 12
[47] Centro virtual de información del Agua. Disponible en: http://www.agua.org.mx accedido en enero del 2011.

13. Brindar cuidados adecuados a la niña y al niño enfermo.

La búsqueda de cuidado adecuado significa reconocer la necesidad de llevar a la niña o niño a un establecimiento de salud sin retraso.

Principales Evidencias[48, 49]

a. Las infecciones sin tratar son una causa importante de mortalidad y morbilidad infantil en los países en vías de desarrollo.

b. Una media del 23% de niñas/niños fatalmente enfermos nunca fueron llevados a un centro de salud.

c. El 40% de niñas/niños con enfermedades infecciosas que exhibían varios signos de gravedad no fueron llevados a un centro de salud.

a. Solo el 39% de quienes estaban a cargo del cuidado de la niña/niño fatalmente enfermo reconocía la situación. Las niñas/niños consumen entre 5 y 19% menos de energía cuando están enfermos.

b. La anorexia afecta a las niñas/niños entre el 31 y el 75% de los días que están enfermos, y que aumenta con la gravedad de la enfermedad.

c. La anorexia a la leche de origen animal y a los sólidos parece ser más grave que la anorexia a la leche materna, de hecho, a diferencia de otros alimentos, la frecuencia, duración y consumo de energía vía leche materna no disminuye durante la enfermedad a menos que esta se suspenda.

d. La prevalencia de la suspensión de alimentos, leche materna o líquidos durante la enfermedad oscila entre el 16 el 65%.

e. La alimentación de niñas/niños que padecen con diarrea con dietas nutricionalmente completas aumentan la energía neta y la absorción de nutrientes sin afectar la producción de heces.

f. Las niñas/niños que fueron alimentados con dietas nutricionalmente completas estaban 140g más pesados dos semanas después de ser admitidos al hospital por diarreas, que aquellos que fueron alimentados por dietas menos completas.

g. Las niñas/niños con diarrea alimentados con una dieta con alimentos básicos locales tenían episodios de 3 a 5 días más cortos en promedio que los alimentos con formulas liquidas completas y con alimentos no básicas como sopa espesa de harina.

h. Después de un episodio de enfermedad, el niño necesita una mayor ingesta de nutrientes para compensar las pérdidas ocurridas durante la enfermedad y permitir que recupere el ritmo de crecimiento, asimismo se deberá tener en cuenta que en el niño enfermo el apetito es menor durante un episodio de enfermedad.

Ministerio de Salud Dirección de Promoción de la Salud
H. Garcia. D.

[48] Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.
[49] Brown KH. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington, D.C.: OPS, 2007

Evidencias científicas que sustentan las intervenciones clave para el abordaje de prácticas.

a. Intervenciones con la familia

Orientación/Consejería	
• Las probabilidades de que se produzcan cambios de comportamiento sostenidos don mejores si la acción de orientación y consejería es temprana, prolongada e intensiva, y si hay contacto y capacitación.	Morrow et al., 1999, Green, 1999; Rea et al., 1999; Prasad y Costello, 1995; Lutter et al., 1994; Ashworth, 1998; Neyzi et al., 1991.
• La orientación brindada por pares también parece tener mayor impacto en los índices de lactancia materna exclusiva que la ayuda de profesionales.	Sikorski et al., 2002 Haider et al., 2000
• Mejorar el conocimiento de las madres a través de consejería individual, logro un 45.8% de madres con LME al 6to mes.	Hoyer S, et al., Succesfull breast feeding as a result of a health education programme for mothers. Journal of Advanced Nursing 2000; 325: 1158-67
Visita Domiciliaria/Visita Familiar Integral	
• Visitas en el hogar por orientadoras pares sobre LME, encontró que la LME era práctica después de 3 meses del postparto, en un 50% en aquellas madres que recibieron 3 visitas al hogar por orientadoras pares, y 67% aquellas que recibieron 6 visitas.	Morrow et al., 1999
• Estudios llevados a cabo en Bangladesh, India y Pakistán han mostrado que las visitas domiciliarias pueden reducir entre el 30% y el 61% de las muertes en recién nacidos en países en vías de desarrollo, en entornos de mortalidad elevada. Las visitas han mejorado la cobertura de prácticas clave de atención neonatal tales como el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva, el contacto piel a piel, el retraso del primer baño y el prestar atención a la higiene, como por ejemplo lavarse las manos con agua y jabón y realizar la curación del cordón umbilical en condiciones higiénicas.	Visitas domiciliarias al recién nacido: Una estrategia para aumentar la supervivencia OMS/UNICEF

b. Intervenciones con la comunidad y actores sociales

Abogacía	
• La evaluación de la educación, de la movilización y de la abogacía, tiene como resultados medibles y próximos de su eficacia, los logros que se obtengan en la alfabetización, en la participación social y en la construcción de políticas públicas.	Dr. Julio González-Molina. Revista médica del Uruguay. Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. 2002.

• En el análisis de la red de determinantes de la salud la ausencia de una política saludable, o la presencia de una "no saludable", claramente se relaciona como un determinante fundamental; consecuentemente la abogacía (acciones orientadas a ganar el compromiso político, el apoyo de una política, el apoyo sistémico y aceptación social para un programa o una meta), se consideran en la actualidad como una de las estrategias angulares de la promoción.	Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Key Documents: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 4. Jakarta, Indonesia, 1997.
Movilización Social	
• La movilización social puede aumentar la cobertura desde un 12% hasta un 55%, y es primordial para su ampliación.	Bilous et al., 1997 WHO, 1997
• Los procesos de movilización social para el desarrollo de la participación genuina y del empoderamiento (proceso a través del cual los grupos son capaces de expresar sus inquietudes, participar en las decisiones y lograr acciones), son otra de las estrategias relevantes de la Promoción de la Salud; tienen en cuenta que la población es sujeto y no sólo objeto del proceso.	Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Key Documents: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 4. Jakarta, Indonesia, 1997.
• La movilización social y la comunicación pueden alcanzar un impacto sobre el comportamiento frente a enfermedades como el dengue, pero que no funcionan por sí mismas. Mejoras en la infraestructura de la salud pública, vigilancia epidemiológica y entomológica, un efectivo manejo clínico, y preparación para enfrentar emergencias, son necesarios para alcanzar un más efectivo control del vector, además de "coordinación intersectorial, participación activa de la comunidad y refuerzo de las políticas y la legislación relacionadas con la salud".	OMS. Experiencias Internacionales en Movilización Social y Comunicación para la Prevención y el Control del Dengue. 2004
Fortalecimiento de capacidades	
• Cursos de entrenamiento a profesionales de salud para mejorar sus conocimientos (10 pasos para la LM exitosa), aumenta la tasa de LME post alta: de 44% a 77%.	Cattaneo RJ, el at., Evaluation of a community – based intervention to increase breastfeeding revalence. Public Health Med 2000; 22:138 – 45[50]

Ministerio de Salud Promoción de la Salud
H. García. D.

ANEXO Nº 02

2.- Propuesta de indicadores para el monitoreo y evaluación de las intervenciones del cuidado infantil

Indicador Trazador	
Indicador	**Descripción del Indicador**
Inicio temprano de la LM	Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento / Niños nacidos en los últimos 24 meses
Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses	Lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron solamente leche materna durante el día anterior / Lactantes de 0 a 5 meses de edad
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves.	Lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día anterior / Lactantes de 6 a 8 meses de edad
Diversidad alimentaria mínima	Niños de 6 a 36 meses de edad que recibieron alimentos de ≥ 4 grupos alimentarios durante el día anterior / Niños de 6 a 36 meses de edad
Frecuencia mínima de comidas: 3 comidas y 2 refrigerios niños/as 6 a 36 meses	Niños/as de 6 a 36 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves el número mínimo de veces o mas durante el día anterior / Niños/as de 6 a 36 meses
Consumo de alimentos ricos en hierro	Niños/as de 6 a 36 meses que durante el día anterior recibieron un alimento rico en hierro / Niños/as de 6 a 36 meses de edad
Lactancia materna continua hasta los 2 años	Niños/as de 20 a 23 meses de edad que fueron amamantados durante el día anterior / Niños/as de 20 a 23 meses de edad
Suplementación de hierro o multimicronutrientes	Niños/as de 6 a 36 meses de edad que recibieron suplemento de hierro o multimicronutrientes en la última semana / Niños/as de 6 a 36 meses de edad
Suplementación con Vit. A en aéreas priorizadas: **Niños/as 6 a 11 meses:** 100,000 UI 1dosis c/6 meses. **Niños/as 12 a 36 meses:** 200,000 UI 1dosis c/6 meses.	Niños/as de 6 a 36 meses de edad que recibieron suplemento con Vit A / Niños/as de 6 a 36 meses de edad

García. D.

Indicador Trazador	
Indicador	**Descripción del Indicador**
Control de crecimiento y desarrollo oportuno para la edad y según periodicidad: **RN:** 7 y 15 días de vida **01 – 11 meses:**1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9m, 10m, 11m **12 – 23 meses:** 12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22m **24 – 59 meses:** 24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45m, 48m, 51m, 54m, 57m.	Niños/as menores de 59 meses de edad reciben su control de CREDE oportuno ——— Niños/as menores de 59 meses de edad
Padres y/o cuidadores han leído una historia o un cuento a su(s) hijo(s) en el último mes	Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses de edad han leído una historia o un cuento a su(s) hijo(s) en el último mes ——— Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses de edad
Padres y/o cuidadores que han enseñado o preparado un juego a su(s) hijo(s) en el último mes	Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses de edad han enseñado o preparado un juego a su(s) hijo(s) en el último mes ——— Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses de edad
Cobertura: % de niños/as de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación	Niños/as de 12 a 23 meses con esquema completo de vacunación ——— Niños/as de 12 a 23 meses de edad
Vacunación según edad: * Esquema nacional de vacunación	Niños/as de menores de 12 meses con esquema completo de vacunación según edad ——— Niños/as menores de 12 meses de edad
Lavado de manos con agua y jabón en momentos recomendados	Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses, refieren que se lavan las manos con agua y jabón en los 5 momentos recomendados. ——— Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses de edad
Consumo de agua segura	Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses, refieren que consumen agua segura (clorada o hervida) ——— Padres y/o cuidadores de niños/as menores de 36 meses de edad
Alimentación del niño/a enfermo menor de 6 meses	Niños/as menores de 6 meses que recibieron más o igual cantidad de leche materna en el último episodio de diarrea o IRA ——— Niños/as menores de 6 meses de edad
Alimentación del niño/a enfermo de 6 a 36 meses	Niños/as de 6 a 36 meses que recibieron más o igual cantidad de una dieta nutricionalmente completa en el último episodio de diarrea o IRA ——— Niños/as de 6 a 36 meses de edad
Alimentación del niño/a enfermo de 6 a 24 meses (que aun lactan)	Niños/as de 6 a 36 meses que recibieron más o igual cantidad de leche materna en el último episodio de diarrea o IRA ——— Niños/as de 6 a 36 meses de edad que son amamantados

H. Garcia. D.

Indicador Trazador	
Indicador	**Descripción del Indicador**
Reconoce señales de peligro y busca ayuda en un establecimiento de salud.	RN que presento alguna señal de peligro en las últimas dos semanas y que fueron llevados a un establecimiento de salud / RN con señal de peligro
	Niños/as de 1 mes a 36 meses que tuvieron alguna señal de peligro de EDA, IRA, fiebre o DNT en las últimas dos semanas y que fueron llevados a un establecimiento de salud / Niños/as de 1 mes a 36 meses enfermo con EDA, IRA, fiebre o DNT
Control prenatal en el primer trimestre.	Mujeres gestante que tuvo su primer control prenatal en el primer trimestre / Mujeres Gestantes
Reconoce señales de peligro y busca ayuda en un establecimiento de salud.	Gestante con alguna señal de peligro en las últimas dos semanas que acudieron a un establecimiento de salud / Mujeres Gestantes
Parto Institucional	Mujeres cuyo último parto fue atendido en un establecimiento de salud / Mujeres madres de niños menores de 36 meses
Acude a la casa de espera, según acceso geográfico, para la atención oportuna del parto.	Mujeres que en su último parto hizo uso de la casa de espera / Mujeres madres de niños menores de 36 meses con difícil acceso geográfico
Planificación familiar post parto	Madre que da de lactar adopta un método de planificación familiar a los 45 post parto / Madre que da de lactar

H. Garcia. D

Principales Indicadores de Resultado de los Programas Estratégicos[51]

1. Programa Articulado Nutricional

- Menores de 5 años con desnutrición crónica
- Niños de 6 a menos de 36 meses con anemia.
- Niños nacidos con bajo peso al nacer (menos de 2,5 Kg.)
- Menores de 6 meses con lactancia exclusiva.
- Menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron infección respiratoria aguda (IRA).
- Menores de 36 meses que en las dos semanas anteriores a la encuesta tuvieron enfermedad diarreica aguda (EDA).
- Hogares con acceso a agua tratada.
- Hogares con saneamiento básico.
- Hogares rurales con saneamiento básico.
- Mujeres gestantes que recibieron suplemento de hierro en el último nacimiento anterior a la encuesta.

[51] MEF/INEI. ENDES Continua: Indicadores de Resultado de los Programas Estratégicos, 2010. Lima – Perú: INEI; 2011.

2. Programa Salud Materno Neonatal

- Tasa de mortalidad neonatal en los 10 años anteriores a la encuesta.
- Tasa global de fecundidad en los 3 años anteriores a la encuesta.
- Mujeres en edad fértil (MEF) que conoce algún método de planificación familiar.
- MEF en unión que usa algún método de planificación familiar.
- MEF en unión que usa algún método moderno de planificación familiar.
- Gestantes que en el último nacimiento recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación.
- Gestantes que en el último nacimiento recibieron seis o más controles prenatales.
- Partos institucionales de gestantes procedentes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta
- Partos en establecimiento de salud de gestantes del área rural del último nacimiento de los 5 años antes de la encuesta.
- Partos en establecimiento de salud de gestantes del área rural del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por profesional de la salud.
- Partos del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta atendido por profesional de la salud.
- Mujeres en unión con demanda insatisfecha de planificación familiar.

H. Garcia. D.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. CARE. Redes sostenibles para la seguridad alimentaria: La familia saludable en la chacra integral. 1era ed. Perú; SINCO Editores, 2006.
2. CARE. REDESA por la seguridad alimentaria y la reducción de la pobreza. 1era ed. Perú; SINCO Editores, 2005.
3. CEPAL. Experiencias en Innovación Social. Ciclo 2004 – 2005. Asociación Taller de Niños: Crecimiento y desarrollo colectivo. San Juan de Lurigancho. Lima, 2007.
4. Child and Youth Studie Goup, The Open University. Relaciones de apego: La primera infancia en perspectiva I: La calidad del cuidado en los primeros años. 1era ed. Reino Unido: MK7 6 AA; 2007.
5. Hill, Zelee. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington, DC: OPS; 2005.
6. Instituto Nacional de Salud - INS, Centro de Nutrición y Alimentación - CENAN. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Centro de Nutrición y Alimentación – Lima: Ministerio de Salud, INS, 2004.
7. Lori G. Irwin, Arjumand Siddiqi, Clyde Hertzman. Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente Ecualizador –Informe final. Canadá; HELP, Junio 2007.
8. MEF/INEI. ENDES Continua: Indicadores de Resultado de los Programas Estratégicos, 2010. Lima – Perú: INEI; 2011.
9. Ministerio de Salud. Municipios y Comunidades: Fichas Temáticas de Salud. Cuadernos de Promoción de la Salud Nº 06. Lima – Perú: MINSA; 2003.
10. Ministerio de Salud. Lineamientos de Promoción de la Salud. Lima - Perú: Digfo Graf E.I.R.L.; 2005.
11. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Programa de familias y viviendas saludables. Lima – Perú: GMC Digital SAC; 2006.
12. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima – Perú: MINSA; 2010.
13. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y reproductiva. Lima – Perú: Gráfica Ñañez; 2004.
14. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Preparando al Agente Comunitario de Salud para el Cuidado Integral de la Salud y Nutrición de las gestantes, y de las niños y niñas menores de 5 años. 1era edición. Lima – Perú: Editorial Supergráfica E.I.R.L.: 2009.
15. Ministerio de Salud. Manual de Advocacy o abogacía en Promoción de la Salud. Lima – Perú: Editorial e imprenta Diskcopy EIRL; 2005.
16. Ministerio de Salud. Curso Clínico de Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia con enfoque de derechos. Perú, 2007.
17. Ministerio de Salud. Documento Técnico de Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. Lima – Perú: Centro de Alimentación y Nutrición; 2010.
18. Ministerio de Salud. Guía del facilitador en Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil. 1era edición. Lima – Perú: Publimagen ABC; 2010.
19. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la

H. Garcia. D.

Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal. 2da reimpresión. Lima – Perú: Servicios Industriales & Editores SAC; 2008.

20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud que establece el esquema nacional de vacunación. Lima – Perú: MINSA; 2009.
21. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima – Perú: Hilmart S.A.; 2005.
22. Ministerio de Salud. Manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva. RM Nº 290-2006/MINSA. Perú, 2006.
23. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal. Lima- Perú: MINSA; 2008.
24. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima – Perú: MINSA; 2006.
25. Ministerio de Salud. Documento para la Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. 1era edición. Lima – Perú: Prinley S.R.L.; 2010.
26. Ministerio de Salud – INS. La medición de la talla y el peso: Guía para el personal de salud del primer nivel de atención. Lima – Perú: INS; 2004.
27. Ministerio de Salud. Decreto Supremo Nº 08-2010-SA Reglamento de la Ley 29324: marco de aseguramiento universal. Lima - Perú, 2010.
28. MINSA/DGPS. Orientaciones para ejecutar el plan de incentivos municipales y tener logros en salud. 2da Edición. Lima – Perú: MINSA; 2011.
29. Ministerio de Salud. Lineamientos de gestión propuestos por el Ministro de Salud Óscar Ugarte Ubilluz. Lima – Perú: MINSA; 2008.
30. MIMDES. Lineamientos para la ejecución del Programa Integral de Nutrición PIN. Programa Nacional de Asistencia Alimentaria. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima – Perú: MINDES/PRONAA; 2007.
31. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre del 2007. Washington, DC, EEUU: OPS; 2009.
32. OPS. Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil. Washington, D.C: EEUU: OPS; 2004.
33. OPS. AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencias. Washington, D.C.: OPS; 2009.
34. Organización Panamericana de la Salud. Más allá de la supervivencia infantil: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: OPS; 2007.
35. Presidencia de Consejo de Ministros. Norma Técnica Nª 001-2008 de implementación Regional y local de la Estrategia Nacional CRECER. Perú, 2008
36. Presidencia de la República. Decreto Supremo Nº 008-2004-SA. Disponen la fortificación obligatoria con micronutrientes de la harina de trigo destinada al consumo humano en el territorio nacional y de los productos derivados. Perú, 2004.
37. The Lancet: Supervivencia Infantil. Washington, D.C.: OPS; 2005.
38. The Lancet: Salud del Recién Nacido: una clave para la supervivencia infantil. Washington, D.C.: OPS; 2005.
39. UNICEF. Grupos de apoyo a la lactancia materna. Lima – Perú: UNICEF; Octubre 2001.

Garcia. D.