



GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE AYACUCHO

Resolución Directoral Regional Sectorial
Nº 657-2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR

Ayacucho, **27 MAY 2024**



VISTO: El Informe Nº 037-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DESP, Informe Nº 0060-2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR/OAJ e Informe Nº 031-2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DESP-DAIS-PPOR 1001 DIT, del Programa Presupuestal Orientado a Resultados, encargado de elaborar el "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS REGIÓN AYACUCHO" cuyo Lema es ¡POR MÁS NIÑOS AYACUCHANOS SANOS, INTELIGENTES Y FELICES! periodo 2024 y,

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, es un órgano desconcentrado de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Ayacucho, encargada de conducir, normar, regular, implementar y controlar el funcionamiento del Sistema Regional de Salud, en cumplimiento a la Política Nacional enmarcado en la visión, misión y objetivos estratégicos; para tal efecto es necesario garantizar su funcionamiento aplicando una política de gestión acorde a las necesidades y demandas de la población;

Que, el artículo V del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, refiere que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición, salud mental de la población y los de salud ambiental, así como los problemas de salud de la persona con discapacidad, del niño, del adolescente, de la madre y del adulto mayor en situación de abandono social;

Que, el literal a) del artículo 5º del Decreto Legislativo Nº 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, señala como una de las funciones rectoras del Ministerio de Salud, el formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevenir de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil en nuestra Región, sigue siendo uno de los principales problemas de la salud infantil, lo cual es producto de múltiples factores, relacionados directamente con la ingesta de alimentos y la salud del niño, como son la incidencia de bajo peso al nacer, la elevada morbilidad por enfermedades infecciosas, la deficiencia de consumo de micronutrientes, así como las condiciones físicas y sociales del ambiente, educación, acceso a información, estado de salud de la madre, ingreso familiar, condiciones de trabajo, entre otros determinantes sociales, donde el sector de salud tiene un rol relevante;

Que, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 del Instituto Nacional de Estadística e Informática establece que, en la Región Ayacucho la proporción de niños de 6 a 35 meses de edad con Anemia es de 51.5% y Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años 16.7%, por lo que, la Dirección Regional de Salud Ayacucho a



través del Programa Presupuestal Orientado a Resultados, elabora el "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS REGIÓN AYACUCHO" periodo 2024, cuyo Lema es ¡POR MÁS NIÑOS AYACUCHANOS SANOS, INTELIGENTES Y FELICES!",

Que, la propuesta del "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCION DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS REGIÓN AYACUCHO", periodo 2024, tiene por objetivo contribuir en la prevención de la Anemia y la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito de la Dirección Regional de Salud Ayacucho.

Que, encontrándose tal acción inmersa dentro de los programas de incentivos, que previene la Norma Administrativa del Sector Público y estar ella relacionada directamente con las funciones encomendadas y de conformidad con lo establecido en la Ley N°26842- Ley General de Salud; así como el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27449- Ley de Procedimiento Administrativo General y demás normas conexas concordantes y vigentes y en uso de las facultades establecidas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 003-2024-GRA/GG y la Resolución Ejecutiva Regional N° 191-2015-GRA/PRES, que restituye la Resolución Ejecutiva Regional N1240-2011-GRA/PRES de delegatura de atribuciones y competencias; 1240-2011-GRA/PRES de delegatura de atribuciones y competencias;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - **Aprobar** el "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCION DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS REGIÓN AYACUCHO", periodo 2024, el mismo que consta de X Títulos que circunscritos en 63 Folios, forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. **Encargar** a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de Salud, en el marco de sus competencias, la difusión e implementación del mencionado Plan Regional.

ARTÍCULO TERCERO. - La Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Redes de Salud, Microredes, Hospitales y Establecimientos de Salud, son responsables del cumplimiento obligatorio, implementación, supervisión y aplicación, dentro del ámbito de sus respectivas jurisdicciones de lo dispuesto en el citado Plan Regional.

ARTÍCULO CUARTO.- ENCARGAR a la Dirección de Gestión de la Información y Telecomunicaciones, la publicación de la presente Resolución Directoral Regional en el Portal Institución de la DIRESA Ayacucho en la dirección electrónica <http://www.saludavacucho.gob.pe/web/>.

REGÍSTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.



GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO

Dr. John R. Tinco Bautista
DIRECTOR REGIONAL

INFORME N° 037 -2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DESP.

SEÑOR : **Dr. JHON TINCO BAUTISTA**
Director Regional de Salud Ayacucho

ASUNTO : Solicita aprobación del Plan Regional de Anemia

REF. : Informe N° 031-2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-DESP-DAIS-PPOR DIT.

FECHA : Ayacucho, 16 de mayo 2024

Por el presente me dirijo a usted, y en atención al documento de la referencia, solicita la aprobación del Plan de Anemia de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, mediante acto resolutivo. Se adjunta al presente el expediente conteniendo 66 folios y 05 ejemplares de proyecto de resolución.

Es cuanto informo para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS


Lc. HITHZIAN CAROLINA VILA TORRES
DIRECTORA EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS



Reg. Doc.	8259027
Reg. Exp.	4387159

C.c.
Archivo
HHCVT/DESP
VGP/Sec.



"Año del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la
Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

INFORME N°0066 -2024-GRA/GG-GRDS-DIRESA-DR/OAJ.

A : Lic. ELVIS MANUEL ECHEVARRIA QUISPE.
Director de Atención Integral y Calidad en Salud.

DE : Abog. JAIME RODRIGUEZ ARIMANA
Director de la Oficina de Asesoría Jurídica

**ASUNTO : Sobre Plan Regional de Anemia, correspondiente al año 2024, para su
aprobación y proyección de resolución.**

REF. : Informe N°031-2024-GRA/GG-GRDS-DRSA-DESP-DAIS-PPORDIT.

FECHA : Ayacucho, 10 de mayo del 2024.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL
Y CALIDAD DE SALUD

1 / MAYO 2024

N° Reg. Doc.: Folios:
N° Reg. Exp.: Hora: 10:30
Firma: *[Firma]*

Para fines de pronunciamiento ha sido remitido a esta dirección el Informe de referencia, Sobre la aprobación mediante acto resolutivo del Plan Regional de Anemia, correspondiente al año 2024; sin embargo, el presente Plan Regional, cuenta con errores, las cuales están observadas en el mismo documento; Por lo mismo estas tendrán que ser corregidos a fin de dar la viabilidad el presente proyecto resolutivo del Plan Regional para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica en Niño menores de Cinco (05) años de la Región Ayacucho, a fin de resolver dentro del plazo de la norma.

- Adjunto documento en original a fojas Sesenta y cuatro (64).

Atentamente;

[Firma]
Abog. Jaime Rodríguez Arimano
C.A.U. 895
DIRECTOR

Ayacucho, 10 de mayo del 2024.

"El Director que suscribe, hace suyo el presente Informe y conforme a lo señalado, remítase con todo lo actuado al despacho de la Dirección de Atención Integral y Calidad en Salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, para los fines correspondientes".

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION DE ASESORIA JURIDICA

[Firma]
Abog. Jaime Rodríguez Arimano
C.A.U. 895
DIRECTOR

8243119
4375155



INFORME N° 031 -2024 –GRA/GG-GRDS-DRSA-DESP- DAIS-PPOR DIT

SEÑOR : Lic. ELVIS MANUEL ECHEVARRIA QUISPE
Director de Atención Integral y Calidad en Salud.

ASUNTO : Remito “Plan Regional de Anemia”, correspondiente al año 2024, para su Aprobación y Proyección de Resolución.

FECHA : Ayacucho, 06 de mayo 2024

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y remitir a su despacho el “**PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS REGIÓN AYACUCHO**”, periodo 2024; cuyo Lema es: ¡Por más Niños Ayacuchanos Sanos, Inteligentes y Felices!; para su aprobación y proyección de Resolución

Lo que cumplo en remitir para su conocimiento y derivación a las áreas correspondientes.

Atentamente,

DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD DE LAS PERSONAS
DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL Y CALIDAD EN SALUD
PROGRAMA N° 001 PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS REGIÓN AYACUCHO
Lic. **RONALDO JAIME GUTIERREZ ESCOBAR**
COORDINADOR REGIONAL

C.c:
Archivo
EMEQ/DAIS
RJGE/PPOR

DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL
Y CALIDAD DE SALUD
06 MAYO 2024
N° Reg. Doc.: Folios:
N° Reg. Exp.: Hora: 16:20
Firma: *[Signature]*

N° Reg. Doc. : 8226621
N° Reg. Exp. : 4362260

DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION EJECUTIVA DE
SALUD DE LAS PERSONAS
07 MAYO 2024
N° Reg. Doc.: Folios:
N° Reg. Exp.: Hora: 13:50
Firma: *[Signature]*

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
DIRECCION DE ASESORIA JURIDICA
08 MAY 2024
FIRMA: HORA:
REG. N°: FOLIO: *[Signature]*

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO

“PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO
INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
- REGIÓN AYACUCHO”

¡POR MÁS NIÑOS AYACUCHANOS SANOS, INTELIGENTES Y FELICES!



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	FINALIDAD	4
III.	OBJETIVOS	4
	3.1 OBJETIVO GENERAL:	4
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	5
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO	7
	6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	9
	6.2 ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO	10
	6.3 CAUSAS DEL PROBLEMA	15
	6.4 FACTORES Y DETERMINANTES DE LA ANEMIA EN NIÑOS	22
	6.5 POBLACION OBJETIVO	25
	6.6 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN DESDE SALUD	26
VII.	ARTICULACIÓN ESTRATEGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI	31
VIII.	PRESUPUESTO	36
IX.	ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN	386
X.	RESPONSABILIDADES	37
XI.	ANEXOS	38
XII.	BIBLIOGRAFIA	50
XIII.	MATRIZ DE OBJETIVOS ESPECIFICOS	55



I. INTRODUCCIÓN

La lucha contra la anemia infantil sufrió un retroceso a nivel nacional, la prevalencia de esta enfermedad en niños de 6 a 35 meses es de 43.1% (ENDES 2023). Esta cifra representa un incremento en un 0.7 % en comparación con el 2022 y un incremento de 4.3 puntos en comparación al año 2021 (38.8 %). Según la OMS la prevalencia nacional o local de anemia mayor al 40% se considera como un problema de salud pública severo. Para el 2023 Puno y Ucayali son las regiones con mayor nivel de anemia infantil en el Perú con un 70.4% y 59.4% respectivamente. Cabe resaltar que la prevalencia en la región del sur disminuyó en un 3,2% en relación al 2022. Sin embargo, 16 regiones del país registran un aumento en el nivel de anemia infantil. Las cifras demuestran que el Perú enfrenta un grave problema de salud pública, de acuerdo al indicador del ENDES en el 2023 [43.3%], el país se encuentra en esta situación por este retroceso, puesto que el 2021 el nivel nacional de anemia infantil (38,8%) fue menor a 40% después de diez años. En 10 regiones del país la enfermedad en niños de 6 a 35 meses superó el 50%. Además, ninguna región se encuentra en una categoría leve, es decir, por debajo del 20%.

Por otro lado, la **Desnutrición Crónica** en el Perú afectó al 11,5% de la población menor de cinco años, cifra que disminuyó en 0,2% en referencia al año anterior (ENDES 2023)

Los motivos e impactos del retroceso se atribuyen a la crisis políticas, ambientales y climáticas, como el fenómeno del Niño, a nivel nacional e internacional impactan negativamente en la prevención de la anemia, porque reducen la capacidad adquisitiva de las familias para obtener alimentos nutritivos. De acuerdo a los indicadores del INEI, el 36,7% de niños, niñas y adolescentes viven en situación de pobreza monetaria. Cuando un niño tiene anemia y vive en un entorno de pobreza, el problema es más crítico, porque permanecerá en el tiempo. El impacto de la enfermedad se da a nivel intelectual, emocional y social: La anemia afecta al desarrollo cognitivo, un niño que ha tenido anemia a edad temprana (menos de 3 años) reduce en 9% su coeficiente intelectual comparado a un niño que no tuvo esta enfermedad. Además, dependiendo del nivel de anemia que hayan tenido, los niños pueden comportarse más retraídos, menos sociables o irritables. Siendo necesario que la respuesta a la problemática de la anemia en el Perú debe abordarse de manera integral entre entidades públicas, privadas y todos los niveles de gobierno. Según recomendaciones de expertos las regiones con el apoyo de los ministerios, debe analizar en qué sectores se ha logrado un avance en la reducción de la anemia y a través de qué estrategias, aun cuando a nivel regional haya aumentado la prevalencia. Esto permitirá potenciar el trabajo preventivo, las autoridades deben asegurar que todos los ciudadanos cuenten con acceso a agua y saneamiento para reducir enfermedades como la parasitosis. Esta infección intestinal impide que los niños absorban los nutrientes adecuadamente.

Así también, llama la atención los casos de anemia de mujeres en edad reproductiva "Si quedan embarazadas, podrían tener un bebe que nazca con bajo peso o prematuro, lo que impactará negativamente en su estado de salud", y tendrá consecuencias de la anemia a temprana edad. Además, dependiendo del nivel de anemia que hayan tenido, los niños pueden comportarse más retraídos, menos sociables o irritables

La anemia se presenta principalmente en etapas de la vida y periodos en donde las necesidades de nutrientes se incrementan, como periodos de crecimiento y desarrollo rápidos, la primera infancia, la adolescencia y el embarazo, aunque también pueden presentarse en otras etapas de la vida, sus efectos negativos permanecen a lo largo de toda la vida si se presenta cuando se establece la



diferenciación de células cerebrales, como son los primeros 24 meses de vida y la gestación (The Lancet. Serie sobre nutrición materno infantil)

Entonces, la anemia en los primeros años de vida tiene una repercusión trascendente en el desarrollo de un país. Existen evidencia científica suficiente que muestra que la anemia afecta el desarrollo cognitivo, emocional y físico. En una etapa en la cual los principales órganos tienen su mayor velocidad de maduración y crecimiento, la anemia se convierte en una de las barreras para que el potencial de desarrollo infantil no se despliegue y por tanto sus efectos terminan afectando al futuro ciudadano. Por lo tanto, no sólo es un problema de salud sino un problema de desarrollo del país y las regiones. considerando en ese sentido la política del estado es clave para afrontar este problema, por lo cual el gobierno ha puesto como una de sus prioridades la disminución y reducción de la anemia y la DCI.

Reducir la anemia es uno de los objetivos para erradicar todas las formas de malnutrición. Ahora bien, los progresos han sido limitados y sigue habiendo 614 millones de mujeres y 280 millones de niños en todo el mundo afectados por este problema señala la OMS. El hierro es un elemento esencial con funciones importantes, como el transporte de oxígeno, la síntesis del ADN y el metabolismo muscular. La carencia de hierro es la principal causa de la anemia, la deficiencia nutricional más prevalente en todo el mundo: afecta al 33% de las mujeres no embarazadas, al 40% de las embarazadas y al 43 % de los niños.

En Ayacucho, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años es de 16. 7% el cual disminuyó en 2.6% en referencia al año anterior, mientras que el 51.5 % de los niños menores de tres años padecen de anemia. Esta cifra responde a un incremento de 0.8% en referencia al año anterior (ENDES 2023), así como una de cada tres madres gestantes.

Los niños de las áreas rurales con mayor nivel de pobreza y falta de educación de los padres, son los que registran con mayor frecuencia anemia, ésta también afecta a los niños de las ciudades con mayores niveles de ingresos y mejor nivel educativo en la familia. El plan ha sido formulado utilizando el modelo causal de determinantes sociales de la salud, proyectando ser un documento orientador y priorizando la implementación de intervenciones claves que contribuyen a la reducción de estas dos alteraciones nutricionales, promoviendo la participación de las familias, los actores sociales a través de la multisectorialidad a nivel Regional, Provincial y Distrital con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud y la participación de los sectores del estado y sociedad civil.

II. FINALIDAD

Contribuir a mejorar el estado de salud y nutrición de la primera infancia como condición indispensable del desarrollo del capital humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar con inclusión, equidad e igualdad de género.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niños menores de 3 años, adolescentes y gestantes; asimismo la Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años de edad en la región Ayacucho.



3.2 Objetivos específicos:

- Garantizar el acceso a la atención integral de salud que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el curso de la vida, así como la atención integral de adolescentes y gestantes.
- Promover la educación a la población para el consumo de alimentos saludables con disponibilidad de alimentos fuente de hierro de origen animal y proteínas, priorizando a la población materno infantil.
- Brindar asistencia técnica a Gobiernos Locales para asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal, orientado al desarrollo de las intervenciones para la prevención y control de la anemia y la desnutrición crónica.
- Implementar acciones comunicacionales dirigidas a los públicos objetivos primarios y secundarios para la prevención y reducción de la anemia a nivel regional.
- Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia en niñas y niños, adolescentes y gestantes y DCI a nivel regional, en base a la interoperabilidad de los sistemas de monitoreo, con énfasis en el seguimiento nominal de las intervenciones y orientado a establecer los escenarios de riesgos y la alerta temprana para la toma de decisiones.
- Gestionar evidencias, tecnologías e innovaciones en las prioridades para el diagnóstico, tratamiento y prevención de anemia, para contribuir a la modificación y mejora de la implementación de las intervenciones efectivas para la reducción y prevención de la anemia en la región Ayacucho.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS EN LA REGIÓN AYACUCHO " es de alcance regional y de aplicación obligatoria por todas las redes de salud, micro redes, Establecimientos de Salud (EES), así como las instituciones de ES SALUD, sanidad que contribuirán en la lucha frontal contra la anemia y la desnutrición crónica.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N° 31315, Ley de seguridad Alimentaria y Nutricional.
- Ley N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2014, creación del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud
- Decreto Supremo N° 068-2018-PCM, que aprueba el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.
- Decreto Supremo N° 003-2019-MIDIS, se aprueba la Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia"
- Decreto Supremo N° 006-2021-MIDIS que aprueba las "Disposiciones para la articulación y actuación conjunta para la implementación del Programa Presupuestal orientado a Resultados de Desarrollo Infantil Temprano (PPoR DIT)"
- Decreto Supremo N° 005-2021-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421 Ley Marco De Telesalud.

- Decreto Supremo N° 016-2021-SA, que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".
- Decreto Legislativo N.º 1490, que fortalece los alcances de la Telesalud.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprobó el documento técnico "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 539-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 123-MINSA/DIGEMID-V.01, "Norma Técnica de salud que regula las actividades de farmacovigilancia y Tecnovigilancia de productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y productos Sanitarios"
- Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP "Norma técnica de Salud para la niña y el niño menor de 5 años".
- Resolución Ministerial 250-2017/MINSA que aprueba la NTS 134-2017/MINSA Manejo Preventivo Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas y modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID" Gestión del sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED.
- Resolución Ministerial N° 1001-2019/MINSA, que aprueba la NTS N°157-MINSA/2019/DGIESP Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes.
- Resolución Ministerial N°030-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad".
- Resolución Ministerial 146-2020, que aprueba la Directiva N°286/2020/DIGTEL, Directiva Administrativa de Implementación y Desarrollo de los Servicios de Teleorientación y Telemonitoreo".
- Resolución Ministerial 967-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Guías alimentarias para niñas y niños menores de dos años de edad.
- Resolución Ministerial N°363-2022 Aprobar la Guía Técnica: Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobínometro portátil.
- Resolución Ministerial N°118-2023/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sesiones de Aprendizajes en Alimentación Saludable para Adolescentes en el marco del Modelo de Cuidado integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad".



VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS CONCEPTUALES

Definiciones Operativas

Anemia: Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de 2 desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.

Anemia por deficiencia de hierro: Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF).

Adherencia: Es el grado en que el/la paciente cumple con el régimen de consumo de suplementos ya sea preventivo o terapéutico prescrito. Incluye la buena disposición para seguir el tratamiento de acuerdo a dosis, horario y tiempo indicado. Se considera que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% de la dosis indicada.¹

Acceso a los alimentos: Se refiere a la posibilidad de los hogares de obtener alimentos en la cantidad y calidad necesaria para satisfacer las necesidades nutricionales, a través de la adquisición de estos, la asistencia social, donaciones o de la autoproducción. Los principales determinantes del acceso son: El nivel y la distribución de los ingresos económicos, los precios de los alimentos y la producción primaria (en caso de hogares productores), así como el alcance de los programas de asistencia vinculados a la alimentación².

Alimentación saludable: Es una alimentación variada, preferentemente en estado natural o con procesamiento mínimo, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que toda persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades.

Atención inmediata del/la recién nacido/a: Es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo/a recién nacido/a que se inician inmediatamente al nacimiento, hasta las 2 primeras horas, con el propósito de reducir eventuales riesgos de desequilibrios, daños, complicaciones, secuelas o muerte.³

Agua para consumo humano: Agua que cumple con los límites máximos permisibles para el consumo humano y para todo uso doméstico habitual, incluida la higiene personal.

Acceso a agua potable: Es la disposición de agua suficiente, salubre, físicamente accesible, asequible y de una calidad aceptable, para uso personal y doméstico.⁴

Complemento alimentario nutricional: Es una fuente concentrada de vitaminas, minerales y otros micro y macronutrientes que se añade o suma en la alimentación ingerida para completar requerimientos de la población priorizada o vulnerable y conseguir un efecto nutricional o fisiológico deseado.

¹ Minsa. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas. RM N° 250-2017-MINSA

² Perú: Evaluación de la Seguridad Alimentaria ante Emergencias (ESAE)-, 2021- MIDIS, MIDAGRI, WFP. <http://evidencia.midis.gob.pe/esae-2022/documentodiscusion>

³ Minsa. NTS N° 106- MINSVA/ DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal. RM N° 828-2013/MINSA

⁴ Adaptado de la definición de OMS-2022



Control de crecimiento y desarrollo: Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el/la profesional de la salud de enfermería y o médico con el objeto de vigilar de manera adecuada oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y riesgos las deficiencias y discapacidades es individual integral y oportuno periódico y secuencial⁵.

Disponibilidad alimentaria: Es una dimensión de la seguridad alimentaria que establece si los alimentos se encuentran efectiva o potencialmente presentes en forma física o no, y trata además aspectos de producción, reservas alimentarias, mercados y transporte, así como alimentos silvestres.

Evaluación: Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a la valoración sistemática, basada en evidencias, el logro de los objetivos de una política, programa o proyecto en curso o concluido, desde su diseño, su puesta en práctica y sus resultados. Su propósito es determinar la pertinencia de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo a través del adecuado proceso de la toma de decisiones⁶.

Fortificación: Es la práctica de incrementar deliberadamente el contenido de un micronutriente esencial, es decir, vitaminas y minerales (incluyendo elementos traza) en un alimento, de manera que mejore la calidad nutricional del suministro alimentario y proporcione un beneficio de salud pública con un riesgo mínimo para la salud.⁷

Inseguridad alimentaria: Una persona padece inseguridad alimentaria cuando carece de acceso regular a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y para llevar una vida activa y saludable. Esto puede deberse a la falta de disponibilidad de alimentos y/o a la falta de recursos para obtenerlos. La inseguridad alimentaria puede experimentarse a diferentes niveles de severidad.

Inocuidad de los alimentos: La garantía de que los alimentos no causaran daño al consumidor cuando se preparen y/o consuman de acuerdo con el uso a que se destinan.

Monitoreo: Es uno de los procesos de la función de control gerencial destinado a verificar el cumplimiento de las actividades programadas y el marco del cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas de salud⁸.

Neonato/a: Nacido/a vivo/a de una gestación, cuya edad abarca desde el momento de nacimiento hasta los 28 días de edad⁹.

Proteína de alto valor biológico: Son las que contienen todos los aminoácidos esenciales. Es decir, aquellos que nuestro organismo es incapaz de sintetizar y deben ser aportados por la dieta. El grupo de alimentos: Carnes, pescado y huevo, son especialmente ricos en proteínas de alto valor biológico, así como en grasas, hierro, vitaminas B1, B12, niacina y ácido fólico.⁹

⁵ Minsa. NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años RM N° 537-2017/MINSA

⁶ Minsa. Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud. RM 653-2020/MINSA

⁷ Allen, Lindsay H, De Benoist, Bruno, Dary, Omar, Hurrell, Richard & Organización Mundial de la Salud. (2017). Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/255541>

⁸ RM 653-2020/MINSA

⁹ Manual básico de nutrición clínica y dietética. Mesejo A., Martínez J., Martínez, Cecilia Valencia 2012



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

Sector Salud: El Sector salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas, privadas y mixtas de nivel nacional, regional o local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en ley, y tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva.

DIRESA: Es el ente rector en salud de toda la región quien hace cumplir las distintas normativas emanadas del MINSA, políticas públicas que contribuyan a mejorar la salud de la población ayacuchana y tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva.

Seguridad alimentaria: Situación que se da cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.¹⁰

Suplementación: Esta intervención consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, en gotas, jarabe o tabletas para reponer o mantener niveles adecuados de hierro en el organismo.¹⁴

Sesión educativa: Actividad considerada como la organización básica, lógica y secuencial de situaciones de aprendizaje, dosificada para la adquisición de capacidades. Responde al desarrollo de un programa, unidad o módulo de aprendizaje.¹¹

Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC): Es el conjunto de servicios, redes, softwares y dispositivos de hardware que se integran en sistemas de información interconectados y complementarios, con la finalidad de gestionar datos e información de manera efectiva, mejorando la productividad de los ciudadanos, gobierno y empresas, dando como resultado una mejora en la calidad de vida.

Teleorientación: Es el conjunto de acciones que desarrolla un/a profesional de la salud mediante el uso de las TIC, para proporcionar a la persona usuaria de salud consejería y asesoría con fines de promoción de la salud, prevención, recuperación o rehabilitación de las enfermedades.¹²

Teleconsulta: Es la consulta a distancia que se realiza entre un/a profesional de la salud, en el marco de sus competencias, y una persona usuaria mediante el uso de las TIC, con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud.²²

Teleinterconsulta: Es la consulta a distancia mediante el uso de las TIC, que realiza un personal de la salud a un/a profesional de la salud para la atención de una persona usuaria, pudiendo esta

¹⁰ FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. 2022. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles. Roma. FAO. <https://doi.org/10.4060/cc0639es>

¹¹ Minsa. Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. RM 298-2011/MINSA.

¹² Minsa. Decreto Supremo N° 005-2021-SA que aprueba el Reglamento de la Ley 30421, Ley marco de Telesalud.

estar o no presente; con fines de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según sea el caso, cumpliendo con las restricciones reguladas a la prescripción de medicamentos y demás disposiciones que determine el Ministerio de Salud ²².

Telemonitoreo: Es la monitorización o seguimiento a distancia de la persona usuaria, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en las que se transmite la información clínica de la persona usuaria, y si el caso lo amerita según criterio médico los parámetros biomédicos y/o exámenes auxiliares, como medio de control de su situación de salud. Se puede o no incluir la prescripción de medicamentos de acuerdo al criterio médico y según las competencias de otros profesionales de la salud.²²

Visita domiciliaria: Es una actividad extramural realizada por el personal de la salud y líderes de la comunidad capacitados, mediante la cual se acompañan, verifican y fortalecen prácticas claves de lactancia materna, alimentación, suplementación y tratamiento de anemia, estado vacunal de acuerdo a la edad, consumo de agua potable y segura y hace seguimiento a los acuerdos asumidos por la madre, padre, cuidador/a, gestante o puérpera.

Vulnerabilidad alimentaria: Es cuando una persona enfrenta factores que la colocan en riesgo de sufrir inseguridad alimentaria o malnutrición.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

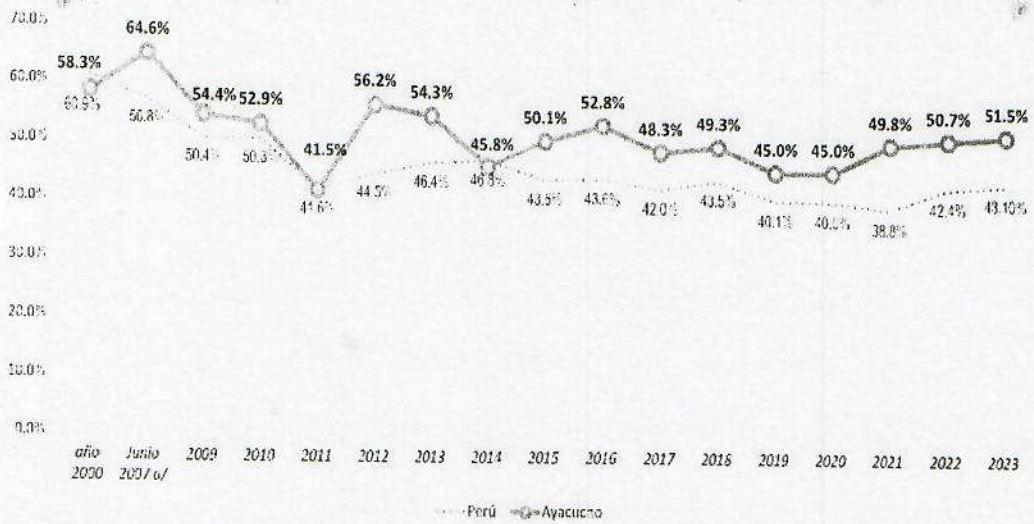
6.2.1 ANTECEDENTES

Anemia en niñas y niños

A nivel nacional según la ENDES, en el año 2023 la prevalencia de anemia en los niños de 6 a 35 meses de edad fue de 43.1%, observándose un ligero incremento en razón de 2022. La misma que fue clasificado por la OMS como un problema de salud pública severo ($\geq 40\%$). pp. (43.1); asimismo la prevalencia de anemia en la región Ayacucho en el mismo grupo de edad al 2023 es de 51.5%, incrementándose en 0.8% respecto al año anterior, como se observa en el Gráfico N°1.

GRAFICO N° 1
PORCENTAJE DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES A NIVEL NACIONAL Y REGIONAL
SEGÚN TENDENCIA - 2000 AL 2023





FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Anemia en gestantes

En el Perú, la anemia en gestantes tiene una tendencia variante, según ENDES por años, el cual se muestra según el cuadro adjunto

Cuadro N° 1
Porcentaje de Gestantes con Anemia
(Porcentaje)

Característica seleccionada	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	29.6	30.5	28.2	25.3	27.0	22.9
Área de residencia						
Urbana	28.8	30.2	28.7	23.3	25.7	22.5
Rural	32.3	31.5	26.2	32.9	30.8	24.2
Región natural						
Costa	30.0	29.8	29.0	21.6	(24,5)	21.3
Sierra	29.0	32.4	20.0	33.3	30.9	19.6
Selva	29.0	30.3	34.1	28.0	28.9	32.9

Nota: () Comprende a estimadores con coeficiente de variación mayor a 15% considerados como referenciales
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional de niños y gestantes Perú (SIEN 2022), la prevalencia fue de 19.9 %. y según grados, el 11.8% fue anemia leve, 7.8 % de anemia moderada y 0.3 % de anemia grave y en la región Ayacucho el 24.2 % de las gestantes tienen anemia, y según grados y según grados, el 14.3% fue anemia leve, 9.8 % de anemia moderada y 0.1 % de anemia grave, de acuerdo con el Cuadro N°2.

Durante el embarazo la expansión de la masa de glóbulos rojos y el desarrollo y mantenimiento de la unidad materno-placentaria-fetal dan como resultado un aumento sustancial en los requerimientos de hierro que van desde 0.8 mg/día en el primer trimestre hasta 7.5 mg/día en el tercer trimestre. Esta anemia se ve agravada por el inicio temprano de la maternidad, el alto número de nacimientos, los breves intervalos entre nacimientos y el acceso inoportuno a la atención



prenatal y la suplementación. Situación preocupante para el Perú y para nuestra región, puesto los efectos negativos de la anemia permanecen a lo largo de toda la vida, si se presenta cuando se ejecuta la diferenciación de células cerebrales, como son los primeros 24 meses de vida y la gestación.

CUADRO N° 2
Anemia en gestantes que accedieron a establecimientos de salud por niveles, región Ayacucho, periodo enero a diciembre 2022

DEPARTAMENTO	N° DE EVALUADOS	ANEMIA TOTAL		ANEMIA LEVE ¹		ANEMIA MODERADA ²		ANEMIA SEVERA ³	
		N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%	N° DE CASOS	%
AYACUCHO	11 041	2 671	24.2	1 578	14.3	1 080	9.8	13	0.1
PERÚ	234 073	46 562	19.9	27 714	11.8	18 238	7.8	610	0.3

Fuente: Sistema de Información del Estado Nutricional en gestantes que acceden al establecimiento de salud -2022

Anemia en mujeres adolescentes

La anemia en mujeres adolescentes de 12 a 17 años, según la ENDES, en el año 2021 (19.5%), para el año 2022 se incrementó en 3.4pp (22.9%), y en el 2023 un incremento de 3,9%. siendo la quinta parte de la población adolescente femenina a nivel nacional presenta anemia (Cuadro N° 3).

Por otro lado, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas expresó su preocupación por la alta tasa de mortalidad materna como resultado de abortos inseguros y por la alta tasa de mortalidad materna en adolescentes y mujeres rurales. A raíz del caso K.L., el precitado Comité exigió que Perú, entre otros aspectos, tome medidas para asegurar la suplementación con ácido fólico para prevenir enfermedades con defecto en el tubo neural como anencefalia¹³. Por ello, como parte de las políticas públicas en nuestro país se ha implementado la fortificación de alimentos y la suplementación preventiva con ácido fólico y hierro a todas las mujeres adolescentes de 12 a 17 años.

Cuadro N° 3
Porcentaje de mujeres adolescentes de 12 a 17 años de edad con Anemia según área de residencia y región

Característica seleccionada	2018	2019	2020	2021	2022
Total	21.8	23.4	22.4	19.5	22.9
Área de residencia					
Urbana	22.2	23.8	22.6	19.7	22.5
Rural	20.5	22.3	21.7	19.1	24.2
Región natural					
Costa	22.2	24.0	24.8	18.5	21.3
Sierra	17.6	18.4	15.8	18.5	19.6
Selva	27.4	29.7	23.2	25.1	32.9

Nota: Información disponible a partir del año 2018, se inició a recoger información de mujeres desde los 12 años.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Las adolescentes presentan riesgo de anemia debido a los elevados requerimientos de este hierro por pérdidas menstruales, al bajo consumo de hierro de origen animal en la alimentación y a la elevada



prevalencia de adolescentes embarazadas, afectando funciones esenciales del organismo, tales como la respuesta inmunológica, la capacidad del trabajo físico, el desarrollo mental (bajo rendimiento escolar) y motor.

Cuadro N° 4

Anemia en mujeres adolescentes de 12 a 17 años de edad que accedieron a EE.SS., periodo 2021 – 2022.

DEPARTAMENTO	AÑO 2021			AÑO 2022		
	N° DE ADOLESCENTES MUJERES CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA	N° DE CASOS DE ANEMIA EN ADOLESCENTES MUJERES	%	N° DE ADOLESCENTES MUJERES CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA	N° DE CASOS DE ANEMIA EN ADOLESCENTES MUJERES	%
AMAZONAS	4,907	291	6	5,441	391	7
ANCASH	8,127	538	7	11,771	846	7
APURIMAC	6,401	271	4	11,873	646	5
AREQUIPA	2,104	349	17	5,145	583	11
AYACUCHO	9,579	335	3	14,818	742	5
CAJAMARCA	21,063	409	2	28,405	663	2
CALLAO	1,494	175	12	3,131	326	10
CUSCO	4,844	375	8	12,726	541	4
HUANCAVELICA	8,011	417	5	12,657	642	5

En Ayacucho, en el año 2021 se tuvo 335 casos de anemia en mujeres adolescentes y para el año 2022 se tenía un total de 742 casos diagnosticados. Esta cifra, en términos porcentuales representa un incremento de 2% (407 casos) de anemia en adolescentes mujeres respecto al año 2021.

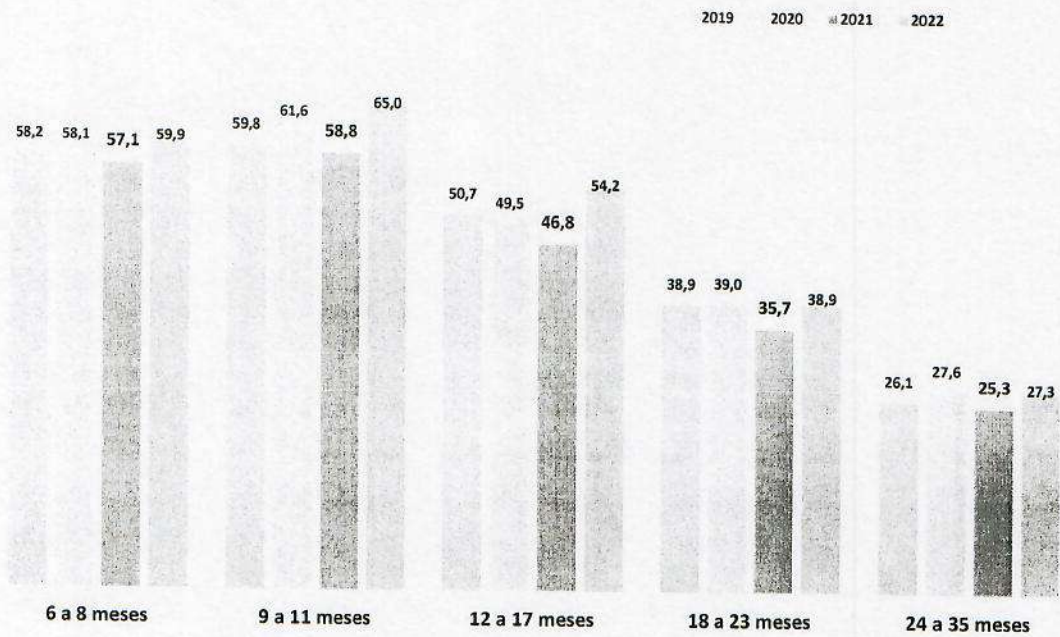
6.2.2 PROBLEMA (MAGNITUD Y CARACTERIZACIÓN)

Es preciso mencionar que la prevalencia de la anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses y gestantes que afecta el desarrollo cognitivo, social, emocional y la calidad de vida de las personas, repercutiendo en la baja productividad y limitaciones en el desarrollo social y económico del país. En el Perú, la anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad se ha mantenido por más de 2 décadas, según la OMS, como un "problema de salud pública grave" ($\geq 40\%$). Durante los años 2021, 2022, 2023 se presenta un ligero incremento de 1%, 0.8% alcanzando a 51.5 %, situación que obliga a replantear las intervenciones que permitan la reducción real, efectiva y sostenida. El grupo de edad con mayor prevalencia de anemia es el de 6 a 11 meses de edad, 65% de niños se encuentran afectados, amerita optimizar y priorizar las intervenciones durante la gestación y los primeros 18 meses de vida del niño y de la niña para disminuir el riesgo de anemia en este grupo de edad.

Gráfico N° 2

Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses por grupos de edad. 2019-2023





Fuente: INEI-Endes 2019-2022

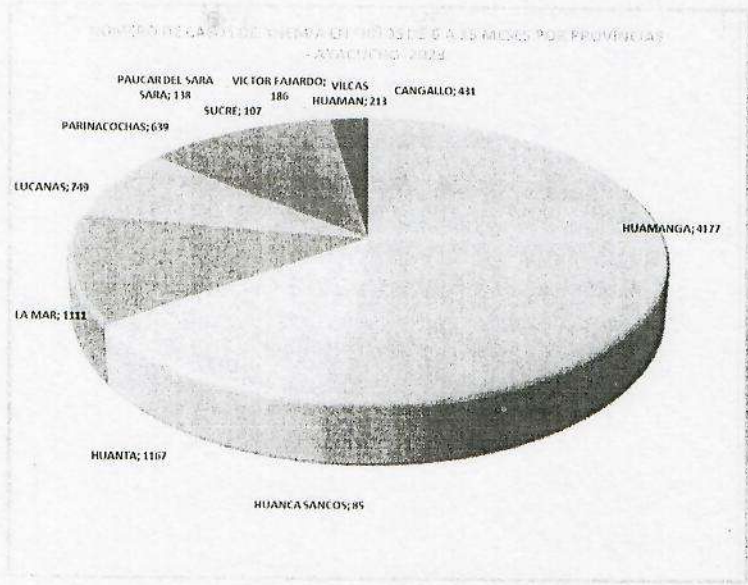
En el Perú, el grupo de edad con mayor prevalencia de anemia es el de 6 a 11 meses de edad, 60% de niñas y niños se encuentran afectados; en el año 2019, el grupo de edad de 6 a 8 meses llegó a 58.2%, incrementándose en el año 2022 a 59.9%; en las niñas y niños de 9 a 11 meses, en el año 2019, la prevalencia fue 59.8% y 65% e el año 2022, incrementándose en 5.2 pp; comportamiento similar en el grupo de niñas y niños de 12 a 17 meses donde se incrementó 3.5 pp; en el grupo de edad de 18 a 23 meses no hay diferencia entre los años 2019 y el 2022 (38.9%); en el grupo de 24 a 35 meses, se incrementó la prevalencia de anemia en 1.2 pp (27.3%), como se observa en el gráfico N° 2. En ese sentido, amerita optimizar y priorizar las intervenciones durante la gestación y los primeros 18 meses de vida del niño y de la niña para disminuir el riesgo de anemia en este grupo de edad.

Gráfico N° 3

Anemia en niños de 6 a 35 meses de edad Ayacucho 2023 - HIS MINSA

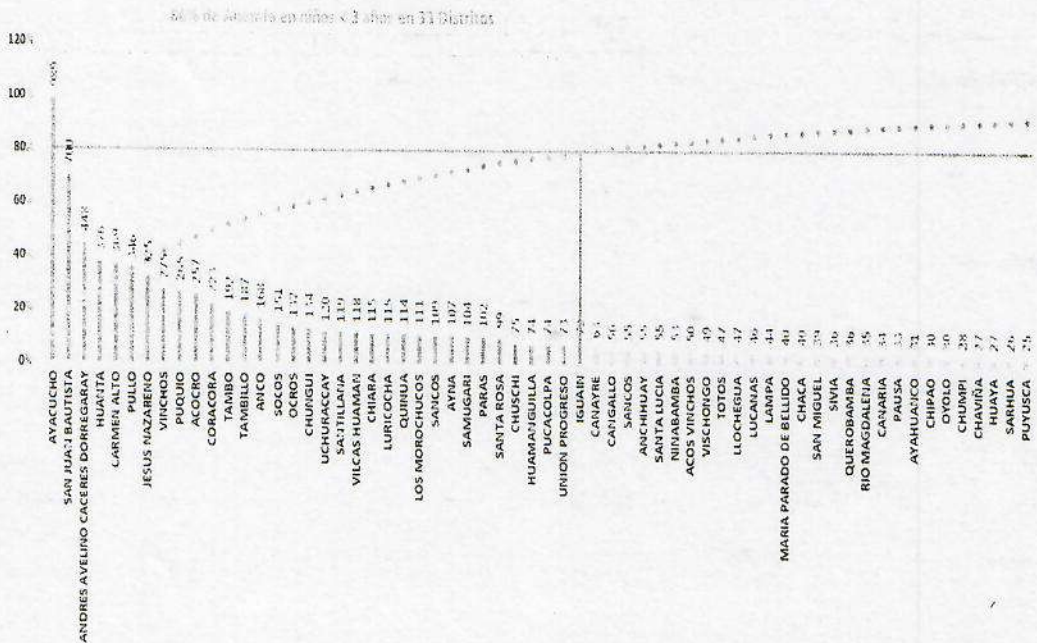
xp





En Ayacucho, el número de casos de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses, según provincias se concentra en la provincia de Huamanga 4177, seguido de la provincia de Huanta 1167, La Mar 1111, Lucanas 749 y Parinacochas 639, donde se concentran la mayor cantidad de población.

Gráfico N°4
Pareto Anemia en niños de 6 a 35 meses de edad Ayacucho 2023 - HIS MINSA



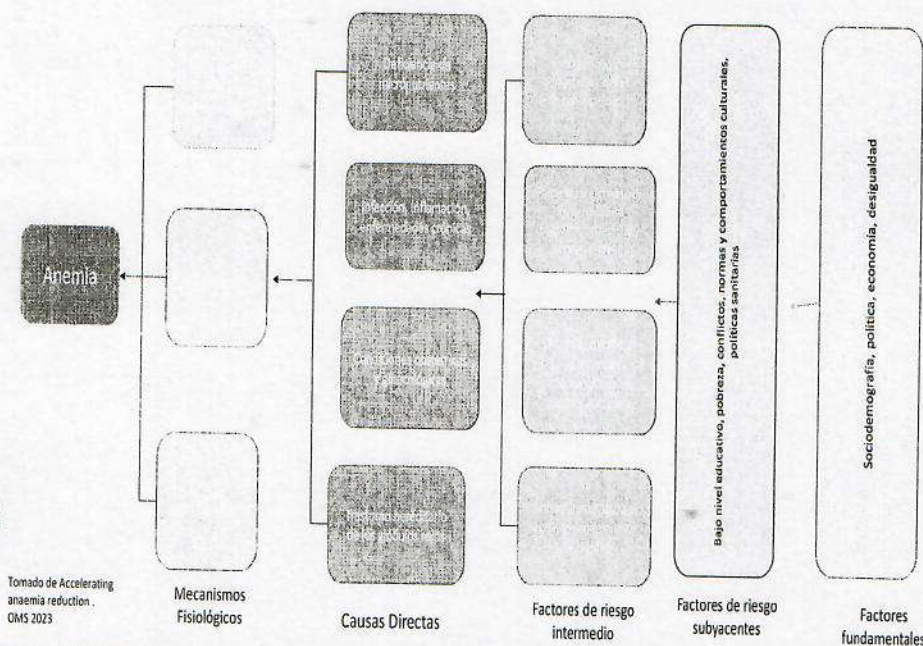
Según el Pareto que concentran el mayor número de prevalencia de anemia en niños menores de 3 años, se identifica el 80% en 33 distritos de la Región Ayacucho, siendo tres distritos con mayor prevalencia de anemia, Ayacucho, San Juan Bautista y Andrés Avelino Cáceres.

6.3 CAUSAS DEL PROBLEMA

El presente **PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS EN LA REGIÓN AYACUCHO** considera el modelo causal de la anemia planteado en la literatura internacional¹⁴, el cual es adoptado en el país por Zavaleta¹⁵. Se reconocen los 1,000 días de vida como un periodo de oportunidad, dado el acelerado crecimiento físico y el desarrollo cerebral, cognitivo e intelectual desde la gestación. El menor de 24 meses, dada su elevada velocidad de crecimiento, tiene necesidades incrementadas de hierro y otros nutrientes hematopoyéticos, cuya carencia no permitiría una apropiada formación de los glóbulos rojos y de la hemoglobina y por ende anemia. Es necesario lograr que la población vulnerable cubra su requerimiento diario de hierro y otros nutrientes hematopoyéticos, así como controlar las otras causas inmediatas de la anemia, como la morbilidad por infecciones prioritariamente parasitosis, malaria, entre otras.

Esta situación está asociada a inadecuadas prácticas de alimentación y nutrición de la población vulnerable, inadecuadas prácticas de higiene y de lavado de manos, limitado acceso a agua adecuadamente clorada para un consumo seguro e insuficiente saneamiento básico. Los y las recién nacidos y recién nacidas de gestantes que han padecido anemia durante el embarazo, carecen de las reservas necesarias de hierro y tendrán anemia en los primeros meses de vida, así como mayor riesgo de nacer prematuros o prematuras o tener bajo peso, con demandas aún mayores de hierro y otros macro y micronutrientes.

Gráfico N° 5
Modelo Causal de los determinantes de la anemia



Fuente: Accelerating anaemia reduction: a comprehensive framework for action. Geneva: World Health Organization;2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Asimismo, en el presente Plan se ha considerado la articulación con el Modelo Conceptual del Programa Presupuestal orientado a Resultados para el Desarrollo Infantil Temprano (DIT), que contempla las etapas de desarrollo por las que transita el niño y la niña, en las cuales se consideran

¹⁴ Balarajan Y, Ramakrishnan U, Ozaltin E, Shankar AH, Subramanian SV. Anaemia in low-income and middle-income countries. Lancet. 2011 Dec 17;378(9809):2123-35. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62304-5. Epub 2011 Aug 1. PMID: 21813172.
¹⁵ Zavaleta N y Irizarry L. 2016. Nutrición en el Perú 2016. Situación nutricional y sus Implicancias de Política Pública. Nota Técnica. Banco Interamericano de Desarrollo BID. División de Protección Social y Salud

Los periodos de rápido crecimiento, especialmente durante la infancia y el embarazo, generan demandas sustanciales de hierro, lo que explica la vulnerabilidad fisiológica de las niñas y niños y las mujeres. La deficiencia de hierro ocurre cuando la ingesta de hierro total o biodisponible es inadecuada para satisfacer las demandas de hierro o para compensar el aumento de las pérdidas. La falta de hierro disponible da como resultado bajas concentraciones de hemo y anemia microcítica hipocrómica.

De acuerdo con los Institutos Nacionales de Salud (NIH), las niñas y niños hasta antes de los 6 meses requieren consumir hierro biodisponible alrededor de 0.27 mg/día. El riesgo de anemia y deficiencia de hierro en los niños pequeños se incrementa cuando no se les alimenta con leche materna (aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es altamente biodisponible - 50% de biodisponibilidad) y proporciona parte del hierro que necesitan además de proteger su sistema inmunitario; se incrementa también cuando no se realiza el corte oportuno del cordón umbilical (2-3 minutos) o cuando deja de latir, cuando proviene de una gestante con anemia en el tercer trimestre de la gestación, cuando tiene un acceso inadecuado a alimentos complementarios enriquecidos y suplementos de hierro, y por la sobreexposición a infecciones durante el crecimiento infantil^{19,20}. Se hace necesario fortalecer la intervención del corte oportuno del cordón umbilical inclusive en el parto de nacimientos por cesárea, que se estima debería situarse entre 5.0% y 15.0% de todos los nacimientos como solución final a complicaciones del embarazo y parto; sin embargo, en el Perú, el parto por cesárea se encuentra en tendencia al incremento, así mismo en la región Ayacucho se incrementa a 27%, situación que contribuye al incumplimiento de procesos importantes para la prevención como pinzamiento tardío del cordón, lactancia materna en la primera hora y contacto precoz.

En el Perú, el patrón de alimentación de la población vulnerable es determinante, debiendo ser una alimentación balanceada, inocua, equilibrada y principalmente suficiente que permita cubrir los macronutrientes, sobre todo proteínas de alto valor biológico, y los micronutrientes hematopoyéticos necesarios para evitar los principales tipos de anemia por deficiencia nutricional como el hierro, vitamina B12 y ácido fólico. En relación al hierro, los niños peruanos tienen un consumo de hierro principalmente tipo no hemo (origen vegetal), por tanto, de baja biodisponibilidad.

La cantidad diaria (RDA) o ingesta recomendada (RNI) del niño de 6 a 12 meses de edad sano o sana es de 11 mg/día, siempre y cuando tenga una biodisponibilidad mayor al 10%. Si en la dieta diaria el hierro tiene una biodisponibilidad de 5% (basada sólo alimentos vegetales como cereales, leguminosas, tubérculos), el requerimiento de hierro de este grupo etario se incrementa a 18.6 mg/día²¹. Los requerimientos de hierro en relación con la ingesta energética son los más alto de la vida, es posible cumplir con estos altos requisitos si la dieta tiene un alto contenido constante de carnes en general y alimentos ricos en ácido ascórbico²².

La encuesta VIANEV- 2015 evaluó el consumo de hierro total (aportado por alimentos de origen animal y vegetal, suplementos nutricionales y alimentos fortificados y/o enriquecidos) y reportó en las niñas y niños de 6 a 11 meses un consumo de 6.2 mg de hierro/día (56.36%); los niños de 12 a 23 meses, de 8.0 mg (72.7%); y las niñas y niños de 24 a 35 meses, de 8.8 mg/día (80%)²³; observándose que el consumo de hierro se incrementa conforme incrementa la edad de los niños, sin embargo aún insuficiente en micronutrientes críticos. Cuando no se consideran los suplementos

¹⁹ Chaparro CM. Preparando el escenario para la salud y el desarrollo infantil: prevención de la deficiencia de hierro en la primera infancia. *J Nutr* 2008; 138:2529-33

²⁰ Ramakrishnan U. Anemias nutricionales. Boca Raton, Estados Unidos: CRC Press, 2001.

²¹ World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Vitamin and mineral requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand, 21-30 September 1998. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42716/1/9241546123.pdf>

²² Gonzales Urrutia Rocio. Biodisponibilidad del hierro. *Rev Costa Rica salud pública*. 2005; 14 (26): 6-12.

²³ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición/INS. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (DEVAN) - Área de Epidemiología Nutricional (VIANEV). Informe de Recolección de Datos de Vigilancia Alimentaria Nutricional por Etapas de Vida Niños de 0-35 meses. Lima, 2016.



nutricionales en la evaluación, los niños de 6 a 11 meses consumen 5.0 mg de hierro/día (45.4%); niños de 12 a 23 meses consumen 7.2 mg de hierro/día (65.4%); y, los niños de 24 a 35 meses consumen 8.6 mg/día (78%). La alimentación complementaria a los 6 meses de edad de las niñas y niños peruanos se basa en cereales, los que tienen una biodisponibilidad de hierro de 5% ²⁴.

Posteriormente, la encuesta VIANEV- 2019 reportó un consumo de hierro total de 6.09 mg de hierro/día en las niñas y niños de 6 a 11 meses (55.3% del requerimiento de 11 mg/día); un consumo de 9.48 mg de hierro/día (86.1%) las niñas y niños de 12 a 23 meses; un consumo de 11.1 mg/día (100%) en los niños de 24 a 35 meses; y, a nivel urbano, el consumo en las niñas y niños de 6 a 35 meses fue de 9.92 mg/día, y a nivel rural fue de 8.95 mg/día. Tal cual se evidencia, los niños de 24 a 35 meses han cubierto su requerimiento de hierro diario; sin embargo, aún encontramos una prevalencia de 25% de anemia en este grupo etario, por lo que se necesitaría además mejorar el tipo de hierro que están consumiendo. El requerimiento de hierro es de 11 mg/día siempre y cuando la dieta tenga una biodisponibilidad de categoría intermedia (10% - 15% de biodisponibilidad) o categoría alta (>15% de biodisponibilidad)^{25,26}. Si la dieta tiene una biodisponibilidad de categoría baja (1 -9% de biodisponibilidad), el requerimiento de hierro se incrementa a 18.6 mg/día.

Al evaluar el tipo de hierro consumido, se observa que el 70.6% de niños de 6 a 35 meses a nivel nacional, consumió hierro hemínico proveniente de alimentos de origen animal, y el 100% de niños consumió hierro no hemínico proveniente de alimentos de origen vegetal; sin embargo, la proporción de hierro hemínico en la dieta de las niñas y niños es de sólo 16.9%. Los alimentos de origen animal que consumieron son: 42.3% consumió pollo (es uno de los alimentos de origen animal con el menor contenido de hierro), el 16.6% hígado de pollo, 8.8% carne de res, 6.3% molleja, 3.6% carne de cerdo y sólo el 1.7% sangre de ave (es uno de los alimentos de origen animal con el mayor contenido de hierro junto con el bazo de res). Lo que es peor al analizar por grupo de edad, el consumo de algún tipo de carne y sus derivados sólo está presente en la alimentación del 44% de los niños de 6-11 meses de edad ²⁷. Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, a través de la ENDES 2023 niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días en la región Ayacucho es de 40 %.

A. Deficiencia de vitamina B12 :

La vitamina B12 es sintetizada únicamente por microorganismos y su principal fuente es la ingestión de productos animales. La absorción de vitamina B12 implica un proceso complejo mediante el cual las enzimas gástricas y el ácido facilitan su liberación de las fuentes alimenticias. Su deficiencia provoca anemia macrocítica megaloblástica. Existe evidencia de que el feto acumula en promedio 0.1–0.2 µg/día durante los embarazos de mujeres con dietas que contienen suficiente vitamina B12. Se ha informado que las niñas y niños nacidos de vegetarianas u otras mujeres con niveles bajos de vitamina B12 desarrolla posteriormente signos de deficiencia de vitamina B clínica y alto riesgo de desarrollar neuropatía.

Se desconoce la prevalencia mundial de la deficiencia de vitamina B12, pero la evidencia de varios países en desarrollo sugiere que la deficiencia está muy extendida y está presente durante toda la vida²⁸. En América del Sur, al menos el 40% de las niñas y niños y adultos tienen deficiencia de

²⁴ Directriz Suplementos diarios de hierro en lactantes y niños. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2016

²⁵ GONZALEZ URRUTIA, Rocío. Biodisponibilidad del hierro. Rev. costarric. salud pública [online]. 2005, vol.14, n.26 [cited 2023-04-24], pp.6-12. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000100003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1409-1429.

²⁶ GAITAN C, Diego; OLIVARES G, Manuel; ARREDONDO O, Miguel y PIZARRO A, F. BIODISPONIBILIDAD DE HIERRO EN HUMANOS. Rev. chil. nutr. [online]. 2006, vol.33, n.2 [citado 2023-04-24], pp.142-148. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717- 7518. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000200003>.

²⁷ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición/INS. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (DEVAN) - Área de Epidemiología Nutricional (VIANEV). Informe de Recolección de Datos de Vigilancia Alimentaria Nutricional por Etapas de Vida Niños de 0-35 meses. Lima, 2016.

²⁸ Más estable SP, Allen RH. La deficiencia de vitamina B12 como un problema mundial. Año Rev Nutr 2004;24:299–326.

vitamina B12²⁹. Las principales causas de la deficiencia de vitamina B12 son una ingesta dietética inadecuada, especialmente consumo de dietas vegetarianas y la escasez de cualquier producto cárnico en la dieta, vísceras, pescado, huevos y lácteos ^{30,31}. Las encuestas de consumo de alimentos en el Perú no determinan el consumo de vitamina B12; sin embargo, siendo fuente de esta vitamina sólo los alimentos de origen animal, podemos relacionar los hallazgos encontrados en la encuesta de consumo VIANEV/DEVAN/CENAN/INS, donde se informa que el consumo de algún tipo de carne y sus derivados sólo está presente en la dieta del 44% de las niñas y niños de 6-35 meses, con un consumo de 1.23 mg de hierro.

B. Deficiencia de ácido fólico

El ácido fólico es necesario para la síntesis y maduración de eritrocitos, las concentraciones de folato pueden provocar cambios en la morfología celular y la muerte intramedular de los eritrocitos y una vida útil reducida de los eritrocitos. Durante el embarazo, aumentan las demandas de folato y las mujeres que inician el embarazo con un nivel deficiente de folato a menudo desarrollan anemia megaloblástica; además, la lactancia impone demandas adicionales con la absorción preferencial de folato por las glándulas mamarias sobre los requisitos maternos. Se desconoce la contribución de la deficiencia de folato a la anemia a nivel de la población porque existen pocos datos mundiales, aunque se cree que es baja en los países en desarrollo³². Las encuestas de consumo de alimentos en el Perú no determinan el consumo de ácido fólico.

C. Deficiencia de vitamina A

La vitamina A juega un papel importante en la eritropoyesis y se ha demostrado que mejora la concentración de hemoglobina y aumenta la eficacia de los suplementos de hierro. La deficiencia de vitamina A es el resultado de una ingesta dietética baja de vitamina A preformada de productos animales y carotenoides de frutas y verduras³³

En la encuesta VIANEV -2019 se ha observado un importante incremento del consumo de vitamina A, la proporción de niños de 6 a 35 meses que cubrió sus requerimientos de vitamina A aumentó a 94.7%. Al desagregar por edad, observamos que el 90.7% de niños de 6 a 11 meses, el 95.6% de las niñas y niños de 12 a 23 meses y el 95.9% de los niños de 24 a 35 meses de edad cubrió su requerimiento de vitamina A. Absorción y el metabolismo deficiente del hierro y otros micronutrientes o del aumento de las pérdidas de nutrientes.

Enfermedades infecciosas:

Las enfermedades infecciosas pueden contribuir a la anemia a través de la absorción y el metabolismo deficiente del hierro y otros micronutrientes o del aumento de las pérdidas de nutrientes

A). Protozoarios o helmintos transmitidos por el suelo:

Donde las condiciones ecológicas (trópicos y subtropicos) permiten el desarrollo de las larvas, las

²⁹ Modood ul M, Anwar M, Saleem M, Wiqar A, Ahmad M. Un estudio de los niveles séricos de vitamina B12 y folato en pacientes con anemia megaloblástica en el norte de Pakistán. *J Pak Med Assoc* 1995;45:187.

³⁰ Antonio AC. Prevalencia de cobalamina (vitamina B-12) y deficiencia de folato en la India: audi alteram partem. *Soy J Clin Nutr* 2001;74:157

³¹ Bondevik GT, Schneede J, Refsum H, Lie RT, Ulstein M. Niveles de homocisteína y ácido metilmalónico en mujeres nupiales embarazadas. ¿Debe considerarse la suplementación con cobalamina? *Eur J Clin Nutr* 2001;55:856

³² Metz J. Una alta prevalencia de evidencia bioquímica de vitamina B12 o deficiencia de folato no se traduce en una prevalencia comparable de anemia. *Alimentos Nutr Toro* 2008;29(2) suplementos:S74.

³³ Fishman SM, Christian P, West KP. El papel de las vitaminas en la prevención y el control de la anemia. *Nutrición de salud pública* 2000; 3: 125-50

infecciones por geohelminthos transmitidas por el suelo son muy comunes, principalmente por anquilostomiasis, ascariasis y tricuriasis; se dispersan en exceso o se acumulan en áreas de pobreza, donde el agua, el saneamiento y la infraestructura deficientes, dando como resultado la endemidad, a menudo concentrada en pequeñas poblaciones dentro de estas áreas^{34,35} La coinfección de varias especies es común, por lo que los niños pueden estar multiparasitados. Los anquilostomas causan pérdida crónica de sangre al adherirse a la mucosa y submucosa del intestino delgado, y la gravedad depende de la intensidad de la infección, de la especie de anquilostoma, de las reservas de hierro del huésped y otros factores, como la edad y la comorbilidad ^{36,37}. Es así que el tratamiento de la anemia con desparasitación ha demostrado ocasionar un aumento significativo en la hemoglobina media y mayor respuesta en aquellos niños provistos de suplementos de hierro ³⁸

En el Perú, la enteroparasitosis es considerada un grave problema de salud pública con una prevalencia en zonas endémicas fluctuantes del 30 al 60%. Los parásitos más comunes son los protozoarios sobre los helmintos en niñas y niños a partir de 1 año de edad. El mayor porcentaje de enteroparasitosis está registrado en zonas marginales y está representado por *G. lamblia*, *E. histolytica*/*E. dispar*, *H. nana* y *A. lumbricoides*.³⁹ Se han realizado varios estudios en relación con infecciones enteroparasitarias en comunidades rurales y urbanas⁴⁰. Varias investigaciones muestran mayores niveles de prevalencia en las comunidades rurales (35 a 66%) que en las urbanas (29 a 34%) ^{41, 42}.

B). La Malaria

La interacción entre la malaria y la suplementación con hierro y ácido fólico ha sido objeto de intensa investigación y controversia en los últimos años⁴³. Una revisión sistemática de 68 ensayos aleatorizados y aleatorizados por grupos⁴⁴, cubriendo 42,981 niños, no identificó ningún efecto adverso de la suplementación con hierro sobre el riesgo de malaria clínica o muerte, tanto en niños anémicos como no anémicos, en áreas endémicas de malaria. Por lo tanto, el tratamiento de los niños con anemia con suplementos de hierro debe ir acompañado de una detección y un tratamiento adecuado de la malaria en zonas endémicas⁴⁵.

Causas genéticas:

Los trastornos genéticos de la hemoglobina, que resultan de la variación estructural o la producción reducida de cadenas de globina de hemoglobina, pueden provocar anemia. Las estimaciones de la carga de los trastornos de la hemoglobina indican que al menos el 5.2% de la población mundial y más del 7% de las embarazadas son portadores de una variante significativa de la hemoglobina⁴⁶. Cada año nacen más de 330,000 niños con estos trastornos (83% de anemia falciforme y 17 % de

³⁴ Hotez PJ, Brooker S, Bethony JM, Bottazzi ME, Loukas A, Xiao S. Infección por anquilostomiasis. *N Engl J Med* 2004;351:799–807

³⁵ Bethony J, Brooker S, Albonico M, et al. Infecciones por geohelminthos transmitidas por el suelo: ascariasis, tricuriasis y anquilostomiasis. *Lancet* 2006; 367:1521–32

³⁶ Albonico M, Stoltzfus RJ, Savioli L, et al. Evidencia epidemiológica de un efecto diferencial de las especies de anquilostomiasis, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*, sobre el estado del hierro de los niños. *Int J Epidemiol* 1998; 27:530–37

³⁷ Gulani A, Nagpal J, Osmond C, Sachdev HPS. Efecto de la administración de fármacos antihelmínticos intestinales sobre la hemoglobina: revisión Bothwell TH. Requerimientos de hierro en el embarazo sistemática de ensayos controlados aleatorios. *BMJ* 2007; 334:1095

³⁸ Brooker S, Hotez PJ, Bundy DA. Anemia relacionada con anquilostomiasis entre mujeres embarazadas: una revisión sistemática. *PLoS Negl Trop Dis* 2008;2: e291.

³⁹ Lannacone J., Osorio M., y otros. Enteroparasitosis en el Perú y su relación con el Índice de desarrollo humano. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 59(5):368-376. November 2021

⁴⁰ Hernández PC, Morales L, Chaparro-Olaya J, Sarmiento D, Jaramillo JF, Ordoñez GA, et al. Intestinal parasitic infections and associated factors in children of three rural schools in Colombia. A cross-sectional study. *PLoS One*. 2019;14:e0218681. doi: 10.1371/journal.pone.0218681

⁴¹ Alshar MJA, Mehni MB, Rezaei M, Mohebbi M, Baigi V, Amiri S, et al. Prevalence and associated risk factors of human intestinal parasitic infections: a population-based study in the southeast of Kerman province, southeastern Iran. *BMC Infect Dis*. 2020;20:12. doi: 10.1186/s12879-019-4730-8

⁴² Langbang D, Dhodapkar R, Parija SC, Premarajan KC, Rajkumari N. Prevalence of intestinal parasites among rural and urban population in Puducherry, South India - A community-based study. *J Family Med. Prim Care*. 2019;8: 1607-12. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_196_19

⁴³ Prentice AM. Metabolismo del hierro, malaria y otras infecciones: ¿a qué viene tanto alboroto? *J Nutr* 2008; 138:2537–41.

⁴⁴ Ojukwu J, Okebe J, Yahav D, Paul M. Suplementos orales de hierro para prevenir o tratar la anemia entre los niños en áreas donde la malaria es endémica. *Revisión del sistema de la base de datos Cochrane* 2009;4:CD006589.

⁴⁵ Meremikwu M, Donagan S, Esu E. Quimioprofilaxis y tratamiento intermitente para prevenir la malaria en niños. *Revisión del sistema de la base de datos Cochrane* 2008;2:CD003756.

⁴⁶ Modell B, Darlison M. Epidemiología global de los trastornos de la hemoglobina e 28 indicadores de servicio derivados. *Toro Órgano Mundial de la Salud* 2008;86:480–87.



talasemias).

Los trastornos de células falciformes están asociados con la anemia hemolítica crónica, y se estima que 2.28 de cada 1000 concepciones en todo el mundo se ven afectadas por trastornos de células falciformes. Las talasemias son muy prevalentes en muchos países del Mediterráneo, Oriente Medio y el sur y sureste de Asia; se estima que 0.46 de cada 1000 concepciones en todo el mundo se ven afectadas por las talasemias.

6.4 FACTORES Y DETERMINANTES DE LA ANEMIA EN NIÑOS:

Los determinantes de la prevalencia de la anemia en una población implican una interacción compleja de factores políticos, ecológicos, sociales y biológicos. Asimismo, encontramos algunos otros factores determinantes de la anemia, tales como:

A. Factores socioeconómicos:

Definidos por la riqueza del hogar. Se ha establecido claramente que el riesgo de anemia entre las mujeres que viven en los quintiles de riqueza más bajos es un 25% más alto que aquellas del quintil de riqueza más alto. La pobreza en el Perú desde el año 2016 al 2019 se encontraba en cifras poco variables de 20%⁸⁵. En el año 2020, debido principalmente a la pandemia de la COVID-19 y su efecto en las economías a nivel mundial, se incrementó a 30.1%, mientras que, en el año 2021, el 25.9% de la población del país, se encontraba en situación de pobreza, es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos. Una de las características de la pobreza es que afecta más a niños y adolescentes. En el año 2022, más del 37.0% de la población de 0 a 4 años se encontraba en situación de pobreza.

Ayacucho la pobreza La evolución de los índices de pobreza en los últimos 10 años en la región Ayacucho: 2013 (51.9%), 2014 (47.4%), 2015 (40.7%), 2016 (37.5%), 2017 (35.6%), 2018 (37.5%), 2019 (39.4%), 2020 (46.4%), 2021 (36.0%), **2022 (40.5%)**. En este grupo de regiones con el índice más alto de pobreza monetaria, además de Ayacucho, también se encuentran Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Loreto, Pasco y Puno con porcentajes de entre el 39.4% y el 43.3%.

B. El nivel educativo de la madre:

De acuerdo al reporte de la ENDES 2022, el 49,6% de las madres de niños con anemia tienen estudios primarios o sin estudios; el 45,2% de madres de niños con anemia tienen nivel de educación secundaria; y, el 34,7% de madres de niñas y niños con anemia tienen nivel de estudios superior.

La anemia es un marcador de desventaja socioeconómica y los más pobres y menos educados tienen mayor riesgo de exposición a los factores de riesgo de la anemia y sus secuelas⁴⁷. Una de las características de la población en situación de pobreza es presentar menor capital educativo que la población no pobre. En el Perú, el 37.6% de los pobres de 15 años y más de edad solamente lograron estudiar algún año de educación primaria o no tienen educación y los pobres que alcanzaron el nivel superior universitaria sólo fue el 4.4%, mientras que los no pobres que llegaron a este nivel fue el 17.8%. Las cifras de analfabetismo si bien está disminuyendo en la región Ayacucho aun persiste siendo el 10% en razón al promedio nacional 5 %. Condicional al nivel socioeconómico de la mujer, el riesgo relativo de anemia difiere según el entorno urbano o rural. Según la ENDES - 2023, se ha

⁴⁷ Warrell D, Cox T, Firth J, Benz E. Libro de texto de medicina de Oxford. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2003.

evidenciado una diferencia de 13 pp. de prevalencia de anemia en la niña y el niño de 6 a 35 meses del entorno urbano con respecto al entorno rural, con cifras de 48.7% y 35.3%, respectivamente, y afectando más a los que viven en la Sierra (48,8%) y poseen un quintil de riqueza inferior pobre y muy pobre (50.9%), mientras que el quintil de riqueza superior (rico y muy rico) resultó un factor protector⁴⁸.

C. La anemia materna:

Esta se asocia significativa y positivamente con la anemia en las niñas, inclusive más fuerte que los factores socioeconómicos,⁴⁹ es el predictor más fuerte de anemia en niñas y niños^{50,51,52}. Los hijos de madres con anemia ferropénica en el tercer trimestre nacen con depósitos disminuidos de hierro, porque un recién nacido o una recién nada tiene reservas de hierro que provienen fundamentalmente del aporte de hierro materno durante la vida intrauterina^{53,54}.

Otro factor asociado es la edad de la madre, se ha demostrado una mayor probabilidad de anemia en los niñas y niños cuyas madres son más jóvenes (15 a 24 años)^{55,56}; la anemia en niños menores de 3 años es 30% más probable cuando la madre tiene menos de 19 años. La mayoría de las mujeres adolescentes o jóvenes que viven en países en vías de desarrollo no han planificado tener hijos, inician el embarazo con escaso hierro en los depósitos corporales, las reservas de hierro en el embarazo influyen directamente en la salud del feto, y esto podría significar un mayor riesgo para la deficiencia de hierro en la infancia. El Perú logró disminuir la tasa de fertilidad adolescente, de 62.3 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2012 a 54.1 en el año 2020.

Se ha demostrado también que aquellos niños que viven por encima de 4.000 msnm tienen 3.7 veces más probabilidad de padecer anemia que quienes residen a menos de 1.000 msnm⁸². Otros factores asociados que agudizan el problema de la anemia son las condiciones de vivienda y saneamiento, las malas prácticas de higiene y el consumo de agua insuficientemente clorada, con niveles por debajo de 0,5 mg/L.⁵⁷

D. Inseguridad alimentaria:

La seguridad alimentaria es cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana. En cambio, la inseguridad alimentaria es cuando existe una "disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos, o la capacidad limitada e incierta para adquirir alimentos adecuados en formas socialmente aceptables" (WFP, 2009).

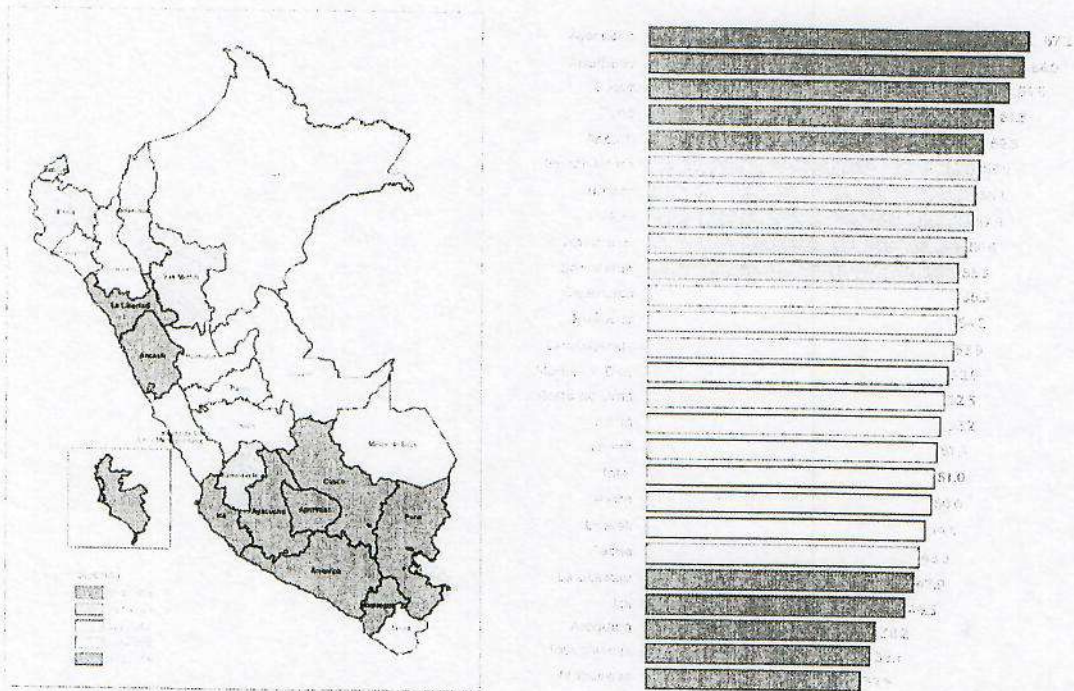
En el año 2021, de acuerdo al Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, la inseguridad alimentaria afecta al 51.0% de los hogares, de los cuales 3.5% se encuentran en inseguridad alimentaria severa, según el Grafico N° 8. Los departamentos con mayor prevalencia de inseguridad alimentaria son Ayacucho, Apurímac, Cusco, Puno y Ancash, mientras que La Libertad, Ica, Arequipa, Lima Metropolitana y Moquegua tienen una menor prevalencia de inseguridad alimentaria.

⁵⁴ Rao R, Georgieff MK. Iron in fetal and neonatal nutrition. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007;12:54-63.

⁵⁵ Velásquez JE, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete L, Loyola J, Vigo WE, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2007-2013. *Biomédica*. 2016;36(2):220-229. DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2896>



Gráfico N° 7
Perú: Índice de Inseguridad alimentaria según departamentos, Agosto-Noviembre 2021
 (En Porcentaje)



Según el indicador de consumo de alimentos, el 19.2% de los hogares peruanos tienen acceso pobre o limitado a una dieta diversificada y nutritiva, lo que se considera como hogares en situación de inseguridad alimentaria. Además, el reporte muestra que la región Ayacucho, tiene un consumo de alimentos deficiente. En relación al indicador de vulnerabilidad económica, los departamentos con un mayor porcentaje de hogares que no cuentan con estabilidad económica respecto a sus ingresos principales



En el año 2022, en el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura - FAO, Estado de la inseguridad alimentaria y la nutrición en el mundo, se estimó que el Perú cuenta con 16.6 millones de peruanos en inseguridad alimentaria, es decir, el doble de lo reportado antes de la pandemia de la Covid-19, por lo que, más de la población del Perú tiene dificultades a acceder a alimentos nutritivos, inocuos y en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de la población. Este problema va de la mano con el incremento de la pobreza, en el año 2019 fue de 20.2% y en el año 2022 es 27.5%, es decir, un incremento de más de 2 millones 694 mil. Precisando que la región Ayacucho la pobreza es de 37 % en razón al promedio nacional. Además, debemos considerar los cambios climáticos, el aumento de precios, las sequías e inundaciones afecta la producción de alimentos, como el ciclón "Yaku" que provocó intensas lluvias, afectando grandes áreas de cultivos agrícolas.



E. Corte oportuno del cordón umbilical y lactancia materna dentro de la primera hora al nacimiento:

La OMS recomienda que el corte oportuno del cordón umbilical permite incrementar las reservas de

hierro del lactante pequeño y de la lactante pequeña en más del 50 % a los 6 meses de vida entre los neonatos nacidos y neonatas nacidas a término. En el año 2011, se realizaron estudios de la transfusión placentaria donde se refiere que un retraso del corte del cordón umbilical de al menos 2 a 3 minutos en un recién nacido y una recién nacida a término proporciona unos 24 a 35 ml de sangre de la circulación placentaria por kg de peso corporal, esto representa cerca de un tercio del volumen sanguíneo total calculado del recién nacido y de la recién nacida (estimado como promedio en unos 80 a 90 ml/kg). De acuerdo al Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, al mes de setiembre de 2023, se cuenta que el 34% de niños nacidos se les realiza el corte del cordón umbilical de forma inmediata, por lo tanto, no se garantizan sus depósitos y niños tienen menor volumen sanguíneo, mayor riesgo de hemorragia intraventricular y sepsis neonatal, menor hemoglobina, hematocrito y presión arterial, mayor necesidad de transfusiones sanguíneas por hipotensión o anemia.

En relación a la lactancia materna dentro de la primera hora al nacimiento, de acuerdo al Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea - 2023, el 37% no inician la lactancia en la primera hora (107,526 niñas y niños) y, de acuerdo a la ENDES 2022, la prevalencia de niñas y niños que empiezan dentro de la primera hora de nacido es 46.6%. Esta cifra es preocupante, ya que contribuye en el consumo de sucedáneos, generando mayor riesgo de asma, alergias, enfermedad aguda de vías aéreas y cardiovascular, infección, mortalidad, obesidad; diabetes y menor desarrollo cognitivo, además, de los riesgos asociados a los componentes propios de las fórmulas, como la contaminación y la preparación errónea.

6.5 POBLACIÓN OBJETIVO

- Niñas y niños menores de 36 meses.
- Mujeres adolescentes.
- Gestantes.
- Puérperas
- Mujeres en edad fértil

Priorización de intervenciones en distritos

Considerando la población objetivo y los servicios con las que se cuenta se determinan los siguientes criterios:

- a. Distritos con mayor población de niños entre 6-36 meses de edad afectada con anemia.
- b. Distritos con mayor población pobreza y extremadamente pobreza.
- c. Distritos con mayor población afectada por déficit calórico.
- d. Distritos con menor disponibilidad y acceso a alimentos fuentes de hierro de origen animal y contenido de proteínas de alto valor biológico.
- e. Distritos con inseguridad alimentaria.
- f. Distritos con población expuesta a contaminación por metales pesados especialmente plomo y arsénico.
- g. Distritos con mayor población de niños menores de 36 meses, adolescentes mujeres que estudian en instituciones de educación básica regular (Primaria, secundaria).
- h. Distritos con mayor población menor de 3 años afectada por enfermedades prevalentes (infecciones respiratorias enfermedades diarreicas agudas, y parasitosis intestinal).



6.6 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN DESDE SALUD

6.6.1 Acceso al paquete de atención integral de salud en la niña y niño, adolescente, gestante y puérpera.

Es prioritario garantizar el acceso a las intervenciones sanitaria en los niños, priorizando a los menores de 36 meses, las adolescentes mujeres, gestantes y puérperas para prevenir y controlar la anemia, brindando el paquete según se detalla en el Cuadro N° 5

Cuadro N° 5
Paquete de intervenciones básicas por curso de vida para reducir la anemia y desnutrición crónica infantil

Gestación/ puerperio	Neonato (atención inmediata)	Niñez (0 a 5 años)	Adolescencia
<ul style="list-style-type: none"> - Consejería en Lactancia materna exclusiva y riesgos del uso de los sucedáneos. - Consulta médica - Atención nutricional - Atención prenatal desde el primer trimestre - Consejería nutricional - Suplementación preventiva en gestantes y puérperas - Tratamiento de la anemia en gestantes y puérperas - Consejería durante entrega de suplementos de hierro. - Mediciones de hemoglobina. - Exámenes auxiliares desde el primer trimestre - Teleorientación y telemonitoreo, teleconsulta, teleinterconsulta - Visita domiciliaria de seguimiento - Sesiones educativas en anemia a gestantes - Sesiones demostrativas de preparación de alimentos (promoción del consumo de alimentos fortificados) - Control de parasitosis a través de desparasitación masiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el Contacto piel a piel inmediata <ul style="list-style-type: none"> • Pinzamiento de cordón umbilical oportuno. • Inicio de la lactancia materna en la primera hora. - Vacunación de acuerdo a esquema según el calendario nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vacunación de acuerdo a esquema según el calendario nacional - Control de crecimiento y desarrollo (*) - Suplementación preventiva en la niña o niño sin anemia. - Tratamiento de la anemia en la niña o niño. - Medición de hemoglobina. - Suplementación con Vitamina "A" - Control de Parasitosis a través de desparasitación masiva. - Atención nutricional - Consulta médica - Visita domiciliaria para seguimiento de prácticas de alimentación y del consumo de suplementos - Teleconsulta, teleinterconsulta teleorientación, telemonitoreo para seguimiento de prácticas de alimentación y del consumo de suplementos - Sesiones educativas en anemia - Sesiones demostrativas de preparación de alimentos (promoción del consumo de alimentos fortificados) - Consejería nutricional en alimentación complementaria - Consejería en lactancia materna exclusiva. - Consejería durante la entrega del suplemento en la niña o niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica - Atención nutricional - Suplementación preventiva con hierro más ácido fólico en mujeres de 12 a 17 años - Tratamiento de la anemia en mujeres de 12 a 17 años - Mediciones de hemoglobina. - Control de Parasitosis a través de desparasitación masiva. - Consejería durante la entrega de suplementos de hierro más ácido fólico. - Promoción del consumo de alimentos fortificados.



INTERVENCIONES POR CURSO DE VIDA PARA PREVENIR LA ANEMIA Y DESNUTRICION CRONICA INFANTIL



(*) Según el Esquema de periodicidad de controles de niña y niño menor de cinco años. RM N° 537-2017/MINSA. Recién nacido: 4 controles: 48 horas de vida, 7, 12 y 21 días de vida. De 01-11 meses: 11 controles: 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses. De 1 año-1 año, 11 meses: 6 controles: 1 año, 1 años 2 meses, 1 año 4 meses, a año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses. De 2 años – 2 años 11 meses: 4: 2 años, 2 años 3 meses, 2 años 6 meses, 2 años 9 meses.

Según la Revisión Cochrane: "Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews"⁵⁸, se resume la evidencia de las revisiones sistemáticas con respecto a los efectos beneficiosos o perjudiciales de las intervenciones nutricionales específicas para prevenir y controlar la anemia en poblaciones anémicas o no anémicas, aparentemente sanas durante todo el ciclo de vida. Dicha revisión se realizó hasta agosto del año 2020 y encontró lo siguiente según el Cuadro N° 7

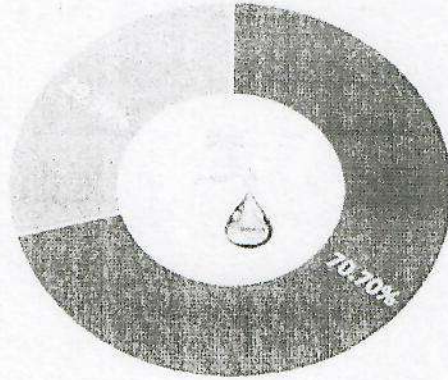
6.6.2 Acceso al agua potable y segura y saneamiento de las poblaciones en la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias:

La OMS ha definido el acceso a agua potable cuando existe disposición de agua, suficiente, salubre, físicamente accesible, asequible y de una calidad aceptable, para uso personal y doméstico. El Estado reconoce y garantiza el derecho universal y progresivo de toda persona al acceso al agua potable y segura, que es un bien público, social, cultural y sin fines de lucro. Todas las personas tienen el derecho a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico⁵⁹.

En la región Ayacucho según ENDES 2016-2023, en los últimos 5 años, la proporción de viviendas que cuentan con fuente de agua para beber por red pública se mantiene casi estable. En el año 2020, el 96.8% Sin embargo en cuanto a la medición si el agua de consumo cuenta con el cloro residual adecuado de (0.5 a 1) se puede diferir que solamente el 29 % realizan la cloración

⁵⁸ Da Silva Lopes K, Yamaji N, Rahman MO, Suto M, Takemoto Y, Garcia-Casal MN, Ota E. Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 26;9(9):CD013092. doi: 10.1002/14651858.CD013092.pub2. PMID: 34564844; PMCID: PMC8464655.

⁵⁹ Artículo 12 de la Constitución Política del Perú- sobre el agua



Además, se ha demostrado que al tener un pozo de tierra como fuente de agua existe mayor probabilidad de que los niños presenten anemia, debido a que generalmente se encuentran expuestos a contaminarse por filtración de aguas residuales, convirtiéndose así en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, afectando a los grupos más vulnerables, entre ellos las niñas y niños.

La Autoridad de Salud del nivel regional para la gestión de la calidad del agua para consumo humano, es Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA), que es responsable de la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, estableciendo prioritariamente los límites máximos permisibles en lo que a parámetros microbiológicos, parasitológicos, organolépticos, químicos orgánicos e inorgánicos y parámetros radiactivos debe cumplirse, con la finalidad de garantizar su inocuidad, prevenir los factores de riesgos sanitarios, así como de la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por el agua para consumo humano, promoviendo el bienestar de la población peruana.

En los establecimientos de salud, los Gobiernos Locales y toda entidad involucrada se realiza con prioridad, la promoción de lavado de manos y el fomento del consumo de agua potable y segura a través de la vigilancia de la calidad del agua. Si el agua está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, afectando a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos a niños. Es necesario y urgente que los actores dedicados a la gestión de la calidad del agua de consumo humano (Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento, proveedores del agua para consumo humano, Organizaciones comunales y civiles representantes de los consumidores), conjuntamente con la Diresa trabajen coordinadamente para garantizar el consumo de agua con presencia de cloro residual ≥ 0.5 mg/l.

6.6.3 *Gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal del as entidades de los 3 niveles de gobierno para el desarrollo de las intervenciones efectivas para la reducción y prevención de la anemia*

Muchas de las acciones que se programan en los planes tienen un componente esencial, son los aspectos técnicos que modulan y sustentan las acciones a realizarse, iniciándose principalmente con un diagnóstico de la problemática, que luego de un análisis se generan las alternativas de solución. Estas acciones a ejecutarse no siempre cuentan con la perspectiva o interés de los diferentes niveles de gobierno, especialmente por desconocimiento; sin embargo, está en los gobiernos subnacionales la "operativización" impulsando el desarrollo con éxito de las intervenciones; para ello, es necesario el compromiso político, programático y presupuestal. Este plan contempla las siguientes acciones:



- a. Promover la agricultura local y la comercialización en mercados/ferias/tiendas locales de alimentos culturalmente aceptables, con alto contenido en hierro hemínico para favorecer el consumo en las niñas y niños de 6 a 35 meses, con énfasis en el niño de 6 a 11 meses de edad y las gestantes.
- b. El gobierno regional y/o local impulsa con empresas de alimentos y organizaciones productoras de alimentos en el territorio la transformación de alimentos culturalmente aceptables con alto contenido de hierro hemínico, de acuerdo a la Ficha de Homologación del Alimento Infantil Fortificado⁶⁰, para ser incorporados en la alimentación de niñas y niños a partir de 6 meses de edad y gestantes.
- c. Implementar iniciativas en supermercados y asociaciones de mercados para la promoción e información pertinente sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y otros nutrientes, así como de alimentos fortificados con hierro para evitar la anemia en niñas y niños y gestantes, prioritariamente.
- d. Desarrollo de ferias regionales o locales y concursos de comidas sabrosas y nutritivas que utilizan alimentos ricos en hierro y otros nutrientes, dirigidos a las familias con niñas y niños a partir de los 6 meses de edad y gestantes.
- e. Fortalecer la articulación territorial, promoviendo la participación de los actores y sectores a través de planes locales que abordan las determinantes sociales relacionadas con la anemia y malnutrición.
- f. Fortalecer la vigilancia comunal en el cuidado de la salud y nutrición en gestantes, niñas y niños menores de 36 meses.
- g. Participación en espacios de articulación para la promoción y defensa de la buena salud y la niña, niño y gestante, en el marco de lo establecido en la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 019-2020-SA.

6.6.4 ACCIONES COMUNICACIONALES DIRIGIDAS A AUTORIDADES, FUNCIONARIOS, PRESTADORES DE SERVICIOS, REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES SOCIALES, FAMILIAS Y MADRES GESTANTES

El Plan regional cuenta con una estrategia de comunicación para la sensibilización en la población, la cual tiene como objetivo contribuir a la generación y fortalecimiento de conocimientos sobre la anemia en la población y a promover la mejora de prácticas de alimentación dirigidas a reducir la anemia y problemas de malnutrición; y, propone actividades focalizadas con enfoque educativo comunicacional de alcance nacional, incluyendo radio, televisión, redes sociales y otros medios, además involucra a todos los niveles de gobierno y está liderada por las autoridades de cada sector.

Las acciones de comunicación y difusión del presente Plan son coordinadas, a través de las oficinas de comunicación para la elaboración e implementación de una estrategia única de comunicación a nivel regional. Los sectores deben articular y destinar los recursos requeridos para posicionar los mensajes comunicacionales que permitan promover estilos de vida saludables en las familias y prácticas dirigidas a reducir la anemia y problemas de malnutrición.

La estrategia para sensibilizar a la población contempla 3 dimensiones:

- a. Incidencia política. Tiene como objetivo incidir en las autoridades de gobierno, tomadores de decisión y actores principales para consolidar sus compromisos y definir estrategias dirigidas

⁶⁰ MINSA. Resolución Ministerial N° 944-2018/MINSA Aprueba la Ficha de Homologación "Alimento Infantil Instantáneo, fortificado, en polvo, con leche y cereales".

- a. asegurar políticas públicas, recursos e inversiones que contribuyan a la reducción de la anemia materno infantil.
- b. Capacidades para sensibilizar en la población. Tiene como objetivo promover y fortalecer las competencias entre los prestadores de servicios clave como es el personal de salud y otros de servicios públicos pertinentes para lograr en el público objetivo, promover la mejora de prácticas de alimentación dirigidas a reducir la anemia materno infantil.
- c. Movilización social. Tiene como objetivo generar en la ciudadanía una corriente de opinión favorable a las actividades focalizadas, a nivel nacional, regional y local, movilizando su participación en favor del presente Plan Multisectorial.

6.6.5 Monitoreo, supervisión y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia a nivel regional

La Dirección Regional de Salud Ayacucho lidera la evaluación trimestral, semestral y anual del Plan durante el periodo de vigencia, además convoca y tiene como finalidad la valoración del cumplimiento de los objetivos y la oportuna respuesta ante los posibles riesgos identificados.

Urge en el país impulsar la generación de evidencias, mayor conocimiento en torno a la problemática de la anemia materno-infantil; de esta manera, deberíamos estar contribuyendo a mejorar la calidad de vida de nuestro capital social que es la persona, por ello que este Plan también apuesta por las ideas e iniciativas innovadoras desde los sectores o la sociedad civil organizada. Con la finalidad de concretar estas acciones, es necesario lo siguiente:

- a. Interoperabilidad de los sistemas de información

Es necesario contar con una red o sistema de información interoperable que permita el intercambio de información de forma nominal entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), los establecimientos de salud y toda entidad pública.

- b. Implementación de un software de seguimiento nominal de la niña, niño, mujer adolescente y gestante, que a la vez brinde "alerta temprana" para concretar en los establecimientos de salud el seguimiento del niño y de la niña, gestante, púérpera.

- c. Actualización de indicadores y definición de metas transversales en todos los sectores.

- Retomar los hitos de cumplimiento por cada sector involucrado.
- Rediseño de indicadores orientados a evaluar los resultados intermedios y finales, como parte del logro del producto que esperamos lograr.
- Indicadores que midan intervenciones como consejería nutricional, sesión demostrativa y visitas domiciliarias.
- Indicadores que midan resultados como resultados en niñas y niños, adolescentes y gestantes que iniciaron la suplementación preventiva y de tratamiento.
- Indicadores de desempeño y compromisos de mejora del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.



- d. Fortalecimiento del equipamiento, recursos informáticos y recursos humanos, especialmente en el primer nivel de atención.
- e. Investigación e innovación. Es necesario generar mayores evidencias costo evidencias sobre las intervenciones que se vienen realizando como país y tener la apertura a la innovación.

VII ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI Y CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.

Este plan está alineado con la Acción Estratégica AE 1.2. Reducción de la Desnutrición Infantil y Anemia, que contribuye con el Objetivo Estratégico OE1: Mejorar la salud de la población del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Sector al año 2025, aprobado con Resolución Ministerial N°364-2022/MINSA, cuya meta para el 2023 es del 36%.

De acuerdo al Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2021 del MINSA ampliado al año 2026, aprobado con Resolución Ministerial N°358-2023/MINSA, en el OEI.01 Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud en la población con énfasis en las prioridades nacionales, está prevista la acción estratégica AEI.01.05: Prevención, detección precoz y atención integral oportuna de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, mujeres adolescentes y gestante; y de la desnutrición crónica infantil. La mencionada acción estratégica es congruente con las actividades en el objetivo específico 1 del presente Plan.

Por otro lado, está alineado con el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2024- 2026 del Pliego 011: Ministerio de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N°427-2023/MINSA, con las siguientes actividades operativas:

- | | |
|------------------------|--|
| Código: AOI00011700399 | 4427607 - MONITOREO DE LOS PRODUCTOS DE LA FUNCIÓN SALUD DEL PPOR DIT. |
| Código: AOI00011700400 | 3324701 - DESARROLLO DE DOCUMENTOS TÉCNICOS NORMATIVOS. |
| Código: AOI00011700447 | 4427608 - EVALUACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LA FUNCIÓN SALUD DEL PPOR DIT. |
| Código: AOI00011700448 | 4427609 - SUPERVISIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LA FUNCIÓN SALUD DEL PPOR DIT. |

Asimismo, las intervenciones estratégicas para la prevención y el control de la anemia son parte de los productos específicos del Programa Presupuestal Orientado por Resultados del Desarrollo Infantil Temprano –PpoR DIT.

7.1 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

Descripción operativa

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Garantizar el acceso a la atención integral de salud que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el curso de la vida, así como la atención integral de las gestantes.

Actividad 1.1: Atenciones de prevención y tratamiento de la anemia con oportunidad y calidad a las adolescentes.



- Programar la atención nutricional, por lo menos, a todas las adolescentes con diagnóstico de anemia, así como el abordaje de los problemas de malnutrición y otras comorbilidades.
- *Tratamiento de adolescentes con anemia y seguimiento hasta su recuperación.*

Actividad 1.2: Atenciones de prevención y tratamiento de la anemia con oportunidad y calidad a las gestantes.

- Establecer la necesidad de profesionales responsables de brindar las atenciones de prevención y control de la anemia de las gestantes.
- Programar el requerimiento de equipos suficientes para la evaluación nutricional antropométrica (tallímetros y balanzas) y para la medición de la hemoglobina (hemoglobinómetros).
- Programar el requerimiento de medicamentos e insumos suficientes para la suplementación con hierro y ácido fólico de gestantes.
- Trabajo multidisciplinario entre la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición y la dirección de medicamentos o quien haga sus veces, a nivel de DIRESA /RED/Unidades ejecutoras, tomando en cuenta que entre los criterios de programación se encuentra las metas o coberturas.
- Identificar los mecanismos y espacios estratégicos para el monitoreo y seguimiento de la gestante con manejo preventivo o terapéutico.
- Fortalecer las capacidades del/de la profesional de salud con competencias para la atención de la salud materna.
- *Seguimiento de la adherencia a la toma de sulfato ferroso en gestante.*
- Programar la atención nutricional a las gestantes con suplementación preventiva y terapéutica, así como el abordaje de los problemas de malnutrición y otras comorbilidades.
- *Seguimiento de la adherencia a la toma de sulfato ferroso en gestantes.*
- *Tratamiento de gestantes con anemia y seguimiento hasta su recuperación.*

Actividad 1.3: Padrón nominado y seguimiento de MEF: Captación precoz del embarazo, atención preconcepcional.

Actividad 1.4: Atención prenatal calificado (prevención y tratamiento de anemia con oportunidad y calidad a las gestantes; tratamiento oportuno de infecciones).

- Sesiones demostrativas de lactancia materna en periodo prenatal
- *Atención de parto seguro.*

Actividad 1.5: Realizar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, para lo cual se debe realizar el pinzamiento del cordón umbilical 2 a 3 minutos post nacimiento e iniciar la lactancia materna en la primera hora del nacimiento.

- Fortalecer las capacidades del profesional de la salud responsable de la atención del parto y de la atención inmediata neonatal, para la implementación del corte oportuno del cordón umbilical y el inicio del contacto piel a piel que involucra la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora al nacimiento.
- Garantizar la consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas de nacido y antes del alta, quien realiza la actividad debe ser realizado por el personal de la salud capacitado.

Actividad 1.6: Niños con tratamiento con anemia hasta lograr su recuperación.



Atención de parto seguro.

Actividad 1.5: Realizar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido, para lo cual se debe realizar el pinzamiento del cordón umbilical 2 a 3 minutos post nacimiento e iniciar la lactancia materna en la primera hora del nacimiento.

- Fortalecer las capacidades del profesional de la salud responsable de la atención del parto y de la atención inmediata neonatal, para la implementación del corte oportuno del cordón umbilical y el inicio del contacto piel a piel que involucra la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora al nacimiento.
- Garantizar la consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas de nacido y antes del alta, quien realiza la actividad debe ser realizado por el personal de la salud capacitado.

Actividad 1.6: Niños con tratamiento con anemia hasta lograr su recuperación.

- Dotar de recursos humanos suficientes para la atención médica y nutricional de los niños con anemia.
- Programar el requerimiento de medicamentos e insumos suficientes para el tratamiento de anemia en niños.
- Programar el seguimiento en el domicilio del consumo del suplemento de hierro y de las prácticas de alimentación con alimentos ricos en hierro y cuidados en el hogar para evitar las recaídas.
- Realizar la atención nutricional para el abordaje de los problemas de malnutrición, entre ellos la anemia, y otras comorbilidades.

Actividad 1.7: Esquema completo de suplementación preventiva de las niñas y niños sin anemia.

- La detección oportuna de la anemia es en cada establecimiento de salud
- En los establecimientos donde no se cuente con profesionales médicos el profesional responsable de identificar el caso proporcionara el suplemento de hierro.
- En los casos de anemia severa se referirá al niño a un establecimiento donde cuenten con profesional médico o de mayor capacidad resolutive.
- Establecer la necesidad de profesionales de la salud responsables de brindar las atenciones de tratamiento de los niños con anemia.
- Programar el requerimiento de equipos suficientes para la evaluación nutricional antropométrica (tallímetros y balanzas) y para la medición de la hemoglobina (hemoglobinómetros).
- Programar el requerimiento de medicamentos e insumos suficientes para la suplementación preventiva.
- Programar la consulta nutricional para la prevención de la anemia, así como el abordaje de la prevención de la malnutrición.
- Programación, implementación y reporte de visitas domiciliarias por personal de salud a niñas y niños menores de 3 años con énfasis en las niñas y niños menores de un año.
- Programación, implementación y reporte de teleorientación y telemonitoreo, teleconsulta y teleinterconsulta de las niñas y niños menores de 3 años, con énfasis en las niñas y niños menores de un año, que hayan sido atendidas y atendidos por cualquier causa en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- Organización de acciones de acercamiento de los servicios de salud a la ciudadanía, a través de actividades focalizadas, campañas, ferias, entre otras que permiten brindar los servicios de salud en espacios alternos al establecimiento de salud.



Actividad 1.8: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos y grupos de apoyo para los padres o adultos responsables del cuidado de las niñas y niños menores de 3 años.

- Dotar de recursos suficientes para realizar las sesiones demostrativas de preparación de alimentos, como son los kits de alimentos y utensilios para sesión demostrativa, material educativo de apoyo de las sesiones, movilidad local, entre otros.
- Dotar de recursos necesarios suficientes para realizar los grupos de apoyo en la localidad, como son el material educativo para las sesiones, movilidad local, materiales para el registro de actividades, materiales para la convocatoria, entre otros que son imprescindibles para su ejecución.
- Fortalecimiento de capacidades al personal de la salud.
- Asistencia técnica a equipos de redes para la programación de estas actividades y el monitoreo del cumplimiento de la programación.

Actividad 1.9: Seguimiento nominal de las atenciones de prevención y control de anemia de las adolescentes, gestantes, niñas y niños menores de 3 años con énfasis en las niñas y niños menores de 1 año.

- Herramienta de seguimiento nominal de los adolescentes, gestantes, niñas y niños menores de 3 años, el cual debe permitir alertas de incumplimiento de visitas, controles o esquemas, a fin de que personal de salud realice visita de seguimiento.
- Difundir y capacitar al personal de salud para el uso de la herramienta de seguimiento y ejecución.

Actividad 1.10: Diagnóstico y tratamiento de parasitosis intestinal a niñas y niños menores 3 años.

Actividad 1.11: Actualización y homologación permanente del Padrón Nominado con las municipalidades y los sectores involucrados (Salud, RENIEC, Educación, Programas Sociales etc.).

Actividad 1.12: Control CRED con enfoque de Desarrollo Infantil Temprano con el uso del kit del buen crecimiento de acuerdo a la norma técnica vigentes, priorizando al menor de 1 año.

Actividad 1.13: Consejería nutricional priorizando a los niños menores de 1 año: (Dentro de los 7 días de nacido, 4 meses, 6 meses y 9 meses).

Actividad 1.14: Esquema de vacunación completo para su edad menor de 5 años prioritariamente neumococo y rotavirus.

Actividad 1.15: Visitas domiciliarias y consejería integral, considerando el incremento de la anemia; (enfatar en la adherencia al consumo de hierro en niños y gestantes).

Actividad 1.16: Evaluaciones trimestrales con participación de Microrredes para identificar nudos críticos y reorientar intervenciones de forma oportuna, que permita el logro de metas

Actividad 1.17: Certificación de Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño que promueven la Lactancia materna en EE.SS. del I y II nivel de atención.

Actividad 1.18: Atención de los casos de IRA complicados, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.

Actividad 1.19: Atención de los casos de EDA complicados, de acuerdo a guía de práctica clínica



vigente.

Actividad 1.20: Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos: para vacunas, CRED, manejo de IRA, EDA y consumo mensual suplemento de hierro en polvo, gotas, jarabe, tabletas micro cubetas y sulfato de zinc.

Actividad 1.21: Establecimiento de una red del primer nivel de atención con capacidad de realizar hemograma automatizado en niñas y niños anémicas y anémicos que no responden al tratamiento.

Actividad 1.22: Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos: para atención integral de la gestante y adolescente.

Actividad 1.23: Entrega del paquete de atención integral de salud a las gestantes con calidad y oportunidad (APN 1er trimestre, exámenes auxiliares, suplementación con hierro y ácido fólico)

Actividad 1.24: Consejería nutricional priorizando a las Gestantes en el I y II Trimestre en temas (Alimentos ricos en hierro e importancia de la suplementación con hierro).

Actividad 1.25: Entrega del paquete de atención integral de salud al niño, con calidad y oportunidad de acuerdo a norma técnica (CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina, suplementación con hierro)

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Incrementar el acceso al agua potable y segura y saneamiento, con énfasis en la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias.

Actividad 2.1: Vigilancia de la calidad del agua en distritos con mayores casos de anemia y/o pobreza.

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal del gobierno local, orientadas al desarrollo de las intervenciones para la prevención y control de la anemia y con participación activa de la sociedad civil que garantice el valor público de las acciones del presente Plan.

Actividad 3.1: Identificación de áreas con mayor prevalencia de anemia y ámbitos con mayor actividad de minería informal, en acción combinada entre el Ministerio del Ambiente (AGRICULTURA y la DIRESA)

Actividad 3.2: Desarrollar acciones de educación y capacitación para reducir el riesgo de intoxicación por metales pesados y anemia, en ámbitos de mayor riesgo previamente identificados, en acción conjunta entre el DIRESA Y AGRICULTURA.

Actividad 3.3: Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.

Actividad 3.4: Continuar y fortalecer la estrategia de sectorización por el personal de salud operativo de los EESS, en el marco de gestión territorial.

Actividad 3.5. Identificación y retroalimentación de niños y gestantes que no estén acudiendo a recibir el paquete de atención y que tengan anemia y/o DCI, para el abordaje intersectorial, y asegurar la entrega del paquete al niño y gestante.



OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Implementar acciones comunicacionales dirigidas a autoridades, funcionarios, prestadores de servicios, representantes de organizaciones sociales, líderes comunales, familias y madres gestantes para la prevención y reducción de la anemia a nivel regional.

Actividad 4.1: Promover la difusión de mensajes educativos en las plataformas comunicacionales que cuenten las instituciones públicas y privadas, con énfasis en los medios digitales de manera orgánica.


Actividad 4.2: Elaborar mensajes y contenidos comunicacional con enfoque intercultural para el diseño de piezas comunicacionales que promuevan el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.

Actividad 4.3: Generar actividades focalizadas como campañas, jornadas, ferias, activación, pasacalles, entre otros con enfoque educativo-comunicación que promueva el cambio de comportamiento para la elección de alimentos ricos en hierro.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia a nivel regional, en base a la interoperabilidad de los sistemas de monitoreo con énfasis en el seguimiento nominal de las intervenciones y orientado a establecer los escenarios de riesgos multipeligro y la alerta temprana para la toma de decisiones.


Actividad 5.1: Desarrollo de un sistema informático interoperable que facilite el seguimiento nominal de niñas y niños menores de 3 años.

Actividad 5.2. Asegurar el soporte técnico permanente para el uso adecuado del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE y WAWARED) - Control de Calidad de Información del HISMINSA.




VIII. PRESUPUESTO

El presupuesto anual para la ejecución del "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS - REGIÓN AYACUCHO" será con los programas presupuestales que directamente articulan a los objetivos propuestos.



8.1 FINANCIAMIENTO

La implementación del "PLAN REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA ANEMIA MATERNO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS - REGIÓN AYACUCHO", se financia con cargo al presupuesto institucional.



IX. ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

De la supervisión y monitoreo

La DIRESA y sus áreas funcionales supervisará y monitoreará a las REDES DE SALUD de manera

periódica, el avance de las actividades programadas a fin de lograr los objetivos específicos planteados y por ende el cumplimiento de los indicadores programados, identificar nudos críticos y plantear acciones de mejora.

Las REDES DE SALUD deberán efectuar las acciones de monitoreo y supervisión de manera periódica dentro de su ámbito de responsabilidad, dado que los procesos de prestación para la prevención y control de la anemia se realizan en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, los cuales estarían contribuyendo al cumplimiento de las actividades programadas.

EVALUACIÓN DEL PLAN

En el nivel Regional,

Se realizará la evaluación del presente Plan de manera trimestral, con la finalidad de medir el avance y cumplimiento de las actividades programadas por cada objetivo específico, así como sus respectivos indicadores.

Las **Redes de Salud** adecuarán a su realidad el presente plan, a fin de programar evaluaciones periódicas: 1 semestral y 1 anual que permitan medir el avance del cumplimiento de las actividades programadas las cuales deberán estar alineadas al logro de los objetivos específicos del presente Plan.

X. RESPONSABILIDADES

- Nivel Regional

La DIRESA y las Redes de Salud, son los responsables de la adecuación del presente plan en sus jurisdicciones respectivas de obligatorio cumplimiento.

- Nivel Local

La dirección o jefatura de cada Red de Salud, microrred de salud o establecimientos de salud, son responsables de ejecutar las actividades estratégicas del Plan, informar sobre los avances al nivel inmediato superior cumpliendo con los aspectos que son de su competencia.



XI. ANEXOS



ANEXO N° 1
MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y METAS FISICAS

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (SI.)				
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE
Objetivo específico 1: Garantizar el acceso a la atención integral de salud que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el curso de la vida	Actividad 1.1: Atenciones de prevención y tratamiento de anemia con oportunidad y calidad a las adolescentes.	Mujer adolescente	36,700	0002	3000879	5006271	2.3	ADOLESCENTE
	Actividad 1.2: Padrón nominado y seguimiento de MEF (Captación precoz del embarazo, atención preconcepcional)	Padrón nominado MEF (EESS con población adscrita)	423	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2.3	MATERNO
	Actividad 1.3: Atención prenatal calificado (prevención y tratamiento de anemia con oportunidad y calidad a las gestantes; tratamiento oportuno de infecciones).	Gestante	10,000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2.3	MATERNO
	Actividad 1.4: Seguimiento de la adherencia a la toma de sulfato ferroso en gestante.	Visita domiciliaria	20,000	0002	3033172	5000037	2.3	MATERNO
	Actividad 1.5: Tratamiento de gestantes con anemia y seguimiento hasta su recuperación	Gestante	2,800	0002	3033172	5000037	2.3	MATERNO
	Actividad 1.6: Sesiones demostrativas de lactancia materna en periodo prenatal	Gestante	10,000	0002	3033172	5000037	2.3	MATERNO
	Actividad 1.7: Atención de parto seguro.	Gestante	9,000	0002	3033294	5000044	2.3	MATERNO
	Actividad 1.8: Realizar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido: corte oportuno del cordón umbilical y el	Niña y niño con corte oportuno del	9,000	0002	3033305	5000053	2.3	SALUD NEONATAL





inicio de la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora al nacimiento.	cordón umbilical e inicio de LM en la primera hora							
Actividad 1.9. Consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas de nacido y antes del alta.	RN egresan con lactancia materna exclusiva	9,000	0002	3033305	5000053	2.3	SALUD NEONATAL	
Actividad 1.10: Niños con tratamiento con anemia hasta lograr su recuperación.	Niña y niño con anemia con atención médica y nutricional	4,500	1001	3000878	5006270	2.3	NUTRICION	
Actividad 1.11: Esquema completo de suplementación preventiva de los niños sin anemia.	Niño Suplementado	4,500	1001	3033255	5000019	2.3	NUTRICION	
Actividad 1.12: Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos y grupos de apoyo para los padres o adultos responsables del cuidado de los niños menores de 1 año y gestantes.	Niña y niño menor de 1 año cuya madre asiste a una sesión demostrativa y gestantes	4,500	1001	3033251	5000014	2.3	PROMSA	
Actividad 1.13: Seguimiento nominal de las atenciones de prevención y control de anemia de las adolescentes, gestantes y niños menores de 3 años con énfasis en los niños menores de 3 años.	Niños menores de 3 años, adolescente, gestante con actividad de seguimiento	1	1001	3033255 3000005 3033172	5000019 5000058 5000037	2.3	CV NIÑO NUTRICION ADOLESCENTE	
Actividad 1.14: Desparasitación a niños menores de 5 años.	Niños menores de 5 años que reciben prevención de parasitosis intestinal	10,382	1001	3033414	5000035	2.3	CVN NUTRICION	



Actividad 1.15. Gobiernos Locales con Padrón Nominado homologado y actualizado y los sectores involucrados (Salud, RENIEC, Educación, Programas Sociales etc.).	Padron nominal actualizado y homologado mensualmente.	90%	1001	3000001	3324401	2.3	ESTADISTICA DIRESA
Actividad 1.16. Control CRED con enfoque de Desarrollo Infantil Temprano con el uso del kit del buen crecimiento de acuerdo a la norma técnica vigentes, priorizando al menor de 1 año.	Niño controlado	9,000	1001	3033255	5000018	2.3	DIT
Actividad 1.17 Consejería nutricional priorizando a los niños menores de 1 año: (Dentro de los 7 días de nacido, 4 meses, 6 meses y 9 meses).	Madres con consejería nutricional	9000	1001	3033255	5000018	2.3	NUTRICION DIT
Actividad 1.18. Esquema de vacunación completo Rotavirus y Neumococo para su edad menor 1 año y 1 año.	Niño vacunado	19,000	1001	3033254	5000017	2.3	INMUNIZACIONES DIT
Actividad 1.19. Visitas domiciliarias y consejería integral, considerando el incremento de la anemia; (enfaticar en la adherencia al consumo de hierro en niños y gestantes).	Niño visitado	4,500	1001	3033255	5000018	2.3	DIT PROMSA
Actividad 1.20. Evaluaciones trimestrales con participación de Microrredes para identificar nudos críticos y reorientar intervenciones de forma oportuna, que permita el logro de metas	Microrred Evaluada	3	1001	3000001	5004426	2.3	DAIS DIRESA
Actividad 1.21. Certificación de Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño que promueven la Lactancia materna en EE.SS. del I y II nivel de atención.	39 EESS Certificados	8	1001	3033251	5005982	2.3	DIT
Actividad 1.22. Atención de los casos de IRA complicada, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.	Niño atendido	5%	1001	3000877	5000029	2.3	DIT
Actividad 1.23. Atención de los casos de EDA complicadas, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.	Niño atendido	2%	1001	3000877	5000030	2.3	



Actividad 1.24. Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos: con normostock por 4 meses (suplemento de hierro en polvo, gotas, jarabe, tabletas, microcubetas y sulfato de zinc).	IPRES monitorizadas	3	1001	3000001	5004426	2.3	DIREMID NUTRICION CVN DIT
Actividad 1.25 Establecimiento de una red del primer nivel de atención con capacidad de realizar hemograma automatizado en niñas y niños anémicas y anémicos que no responden al tratamiento	Red con hemograma automatizado	7	1001	3000001	5004426	2.3	2.3
Actividad 1.26. Garantizar la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipamientos críticos: para atención integral de la gestante y adolescente.	IPRES monitorizadas		0002	3033172 3033294	5000037 5000044	23	MATERNO - ADOLESCENTE
Actividad 1.27. Entrega del paquete de atención integral de salud a las gestantes con calidad y oportunidad (APN 1er trimestre, exámenes auxiliares, suplementación con hierro y ácido fólico)	Gestante con paquete de AI	11,000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2.3	MATERNO NUTRICION
Actividad 1.28. Consejería nutricional priorizando a las Gestantes en el I y II Trimestre en temas (Alimentos ricos en hierro e importancia de la suplementación con hierro).	Gestantes con consejería nutricional	10000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2.3	MATERNO NUTRICION
Actividad 1.29. Entrega del paquete de atención integral de salud al niño, con calidad y oportunidad de acuerdo a norma técnica (CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina, suplementación con hierro, DNI)	Niño con paquete de AI	11,699	1001	3033255	5000018	2.3	DIT (CVN, INMUNIZACIONES Y NUTRICION)
Objetivo específico 2: Incrementar el acceso al agua potable y segura y saneamiento con	Centro Poblado supervisado	3	9002	3999999	5004428	2.3	SALUD AMBIENTAL

énfasis en la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias.

Objetivo específico 3:

Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades en los tres niveles de gobierno orientadas al desarrollo de las intervenciones para la prevención y control de la anemia, implementación de mecanismos de vigilancia que permitan la rendición de cuentas de los actores involucrados y con participación activa de la sociedad civil que garantice el valor público de las acciones del presente plan.

Objetivo específico 4:
Implementar estrategias de

Actividad 3.1: Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.

Actividad 3.2. Fortalecer la estrategia de sectorización por el personal de salud operativo de los EESS, en el marco de gestión territorial.

Actividad 3.3: Participar mensualmente de forma activa (asesor técnico) en las reuniones de la Instancia de articulación local - IAL, en el marco de la política regional incluir para crecer Ayacucho.

Actividad 4.1: Promover la difusión de mensajes educativos en las plataformas comunicacionales que cuenten las instituciones públicas y privadas, con

Distritos

33

1001

3033251

5005983

2.3

PROMSA

Ambito del EE.SS. Sectorizado

33

2.3

PROMSA

IAL activo

124

2.3

PROMSA Y NUTRICION

Espacio comunicacional

1

9002

3999999

5005326

2.3

PROMSA COMUNICACIONES



<p>comunicación a nivel nacional y local dirigidas a diversos públicos (autoridades, funcionarios, prestadores de servicios, representantes de organizaciones sociales, familias y madres gestantes) para contribuir en la reducción y prevención de la anemia.</p>	<p>énfasis en los medios digitales de manera orgánica.</p>							
	<p>Actividad 4.2: Elaborar mensajes y contenidos comunicacional con enfoque intercultural para el diseño de piezas comunicacionales que promuevan el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.</p>	<p>Pieza comunicacional</p>	<p>1</p>	<p>9002</p>	<p>3999999</p>	<p>5005326</p>	<p>2.3</p>	<p>PROMSA COMUNICACIONES</p>
	<p>Actividad 4.3: Generar actividades focalizadas como campañas, jornadas, ferias, activación, pasacalles, entre otros con enfoque educativo-comunicación que promueva el cambio de comportamiento para la elección de Alimentos ricos en hierro.</p>	<p>Actividad focalizadas</p>	<p>2</p>	<p>9002</p>	<p>3999999</p>	<p>5005326</p>	<p>2.3</p>	<p>DIT NUTRICION</p>
<p>Objetivo específico 5: Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia a nivel nacional, regional y local, en base a la interoperabilidad de</p>	<p>Actividad 5.1: Desarrollo de un sistema informático interoperable que facilite el seguimiento nominal de niñas y niños menores de 3 años.</p>	<p>Seguimiento Nominal de niños</p>	<p>1</p>	<p>9002</p>	<p>3999999</p>	<p>5000842</p>	<p>2.3</p>	<p>DIT</p>





los sistemas de monitoreo con énfasis en el seguimiento nominal de las intervenciones y orientado a establecer los escenarios de riesgos multipeligro y la alerta temprana para la toma de decisiones.	Actividad 5.2. Asegurar el soporte técnico permanente para le uso adecuado del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE y WAWARED) - Control de Calidad de Información del HISMINSA	Informe	1	9002	3999999	5000842	2.3	ESTADISTICA DIRESA
--	---	---------	---	------	---------	---------	-----	--------------------

**ANEXO N°2
MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO**

Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de medida	Linea Basal 2023	Meta programada	Fuente de Información	Responsable
				2024		
Objetivo General Prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños con énfasis en menores de 36 meses de edad y gestantes.	Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad.	Porcentaje	50.5%	48.5%	ENDES	DIT NUTRICION
Objetivo General Reducir la Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años.	prevalencia de DCI en niños menores de 5 años	porcentaje	16.7%	15.7%	ENDES	DIT NUTRICION
Objetivo específico 1: Garantizar el acceso a la atención integral de salud que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el curso de la vida.	Porcentaje de adolescentes suplementadas con sulfato ferroso + ácido fólico	porcentaje	60.2%	75%	HIS	ADOLESCENTE
	Porcentaje de gestantes suplementadas con sulfato ferrosol	porcentaje	95.0%	99%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de consejerías nutricional que recibe la gestante en el I y II Trimestre.	porcentaje	80%	95%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de gestantes con anemia	porcentaje	28.0%	20%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de sesiones demostrativas de lactancia materna en periodo prenatal	porcentaje	90.0%	95%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de parto institucional Seguro	porcentaje	99.6%	99.8%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido: corte oportuno del cordón umbilical y el inicio de la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora al Nacimiento	porcentaje	60.0%	70%	CNV HIS	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de RN Prematuros	porcentaje	13.3%	10%	CNV	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de RN con bajo peso	porcentaje	7.3%	5%	CNV	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de 02 consejería en lactancia materna en alojamiento conjunto (En las	porcentaje	40%	60%	HIS	SALUD NEONATAL





primeras 6 horas de nacido y antes del alta).					
Porcentaje de niños de 12 a 18 meses que se recuperan de la anemia.	Porcentaje	10.8%	14%	HIS MINSA	NUTRICION DIT
Porcentaje de niñas/niños de 12 meses, sin diagnóstico de anemia a los 6 meses, que continúan sin anemia.	Porcentaje	60%	68.0%	HIS MINSA	NUTRICION DIT
Niños menores de 36 meses con suplemento de Hierro y otros micronutrientes.	Porcentaje	62.7%	70%	HIS MINSA	NUTRICION DIT
Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben un paquete integrado de servicios: CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina para descarte de anemia y suplementación con hierro.	Porcentaje	38.0%	42%	HIS MINSA	DIT (CVN, INMUNIZACIONES Y NUTRICION)
Porcentaje consejería nutricional priorizando a los niños menores de 1 año: (Dentro de los 7 días de nacido, 4 meses, 6 meses y 9 meses).	Porcentaje	60.0%	80%	HIS MINSA	NUTRICION DIT
Porcentaje de Visitas domiciliarias y consejería integral; (enfatar en la adherencia al consumo de hierro en niños y gestantes).	Porcentaje	20.0%	70%	HIS MINSA	PROMSA
Número de Establecimientos de Salud Certificados como amigos de la madre y el niño que promueven la Lactancia materna en EE.SS. del I y II nivel de atención.	Numero	5	8	HIS MINSA	DIT
Numero de Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos: con normostock por 4 meses (suplemento de hierro en polvo, gotas, jarabe, tabletas, microcubetas y sulfato de zinc).	Numero	3	4	SISMED	DIREMID

	Numero de Evaluaciones trimestrales con participación de Microrredes para identificar nudos críticos y reorientar intervenciones de forma oportuna, que permita el logro de metas	Numero	0	3	SIRIS	DAIS DIRESA
	Porcentaje de gestantes con parto que recibieron el paquete de atención integral de salud de la gestantes de forma oportuna (APN 1er trimestre, exámenes auxiliares, suplementación con hierro y ácido fólico)	Porcentaje	32.0%	60.0%	SIRIS	DAIS DIRESA
Objetivo específico 2: Incrementar el acceso al agua segura y saneamiento básico con énfasis en la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias.	Proporción de hogares con acceso a agua para beber con suficiencia de cloro, según área de residencia urbana .	Porcentaje	56.0%	59.0%	ENAH0	MINSA
Objetivo específico 3: Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades en los tres niveles de gobierno orientadas al desarrollo de las intervenciones para la prevención y control de la anemia, implementación de mecanismos de vigilancia que permitan la rendición de cuentas de los actores involucrados y con participación activa de la sociedad civil que garantice el valor público de las acciones del presente plan.	Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.	Informe	1	33	Informe	PROMSA
	Porcentaje de gobiernos locales que homologan y actualizan el padrón nominal de niños menores de 6 años.	Porcentaje	80%	85.0%	Padrón nominal	ESTADISTICA
	Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.	Informe	1	33	Informe	PROMSA
Objetivo específico 4: Implementar estrategias de comunicación a nivel nacional y local dirigidas a diversos públicos (autoridades, funcionarios, prestadores de servicios, representantes de organizaciones sociales, familias y madres gestantes) para contribuir en la reducción y prevención de la anemia.	Numero de mensajes y contenidos comunicacional con enfoque intercultural para el diseño de piezas comunicacionales que promuevan el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.	Informe	1	2	Informe	COMUNICACIONES
	Numero de campañas, jornadas, ferias, activación, pasacalles, entre otros con enfoque educativo-comunicación que promueva el cambio de comportamiento para la elección de alimentos ricos en hierro.	Informe	1	2	Informe	COMUNICACIONES





Objetivo específico 5:

Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia a nivel nacional, regional y local, en base a la interoperabilidad de los sistemas de monitoreo con énfasis en el seguimiento nominal de las intervenciones y orientado a establecer los escenarios de riesgos multipeligro y la alerta temprana para la toma de decisiones.

Implementar de un sistema informático interoperable que facilite el seguimiento nominal de niñas y niños menores de 3 años.

Informe

0

1

HIS MINSA

ESTADISTICA

Implementar metodología para el Control de Calidad de Información del HISMINSA Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE y WAWARED)

Informe

0

1

HIS MINSA

ESTADISTICA

X. BIBLIOGRAFÍA

- Alcazar L. Impacto económico de la anemia en el Perú. Lima: GRADE-Acción contra el Hambre; 2012. Revista Semanti Scholar-Political Science, Medicine. Corpus ID:126770894
- ADA (American Dietetic Association). 1996. Position of the American dietetic Association: nutrition education for the public. *J Amer Diet Assoc* 96,11,1183-1187
- Albonjco M, Stoltzfus RJ, Savioli L, et al. Evidencia epidemiológica de un efecto diferencial de las especies de anquilostomiasis, *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*, sobre el estado del hierro de los niños. *Int J Epidemiol* 1998;27:530-37
- Afshar MJA, Mehni MB, Rezaeian M, Mohebbi M, Baigi V, Amiri S, et al. Prevalence and associated risk factors of human intestinal parasitic infections: a population-based study in the southeast of Kerman province, southeastern Iran. *BMC Infect Dis.* 2020;20:12. doi: 10.1186/s12879-019-4730-8
- Aparco, Juan Pablo y Huamán, Lucio. Recomendaciones para intervenciones con suplementos de hierro: lecciones aprendidas en un ensayo comunitario en cuatro regiones del Perú. *Rev. Peruana de medicina experimental y salud pública* 2017, vol.34, n.4 [citado 2023-03-21], pp.709-715. <http://www.fao.org/ag/humannutrition/nutritioneducation/es/>
- Baca N. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en condición de pobreza y pobreza extrema en el Perú: 2017. *SOLIDARI(E)DAD (E)-Revista Iberoamericana de Empresa Solidaria.* 2018;1(1):54-64.
- Balarajan Y, Ramakrishnan U, Ozaltin E, Shankar AH, Subramanian SV. Anaemia in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011 Dec 17;378(9809):2123-35. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62304-5. Epub 2011 Aug 1. PMID: 21813172.
- Bethony J, Brooker S, Albonico M, et al. Infecciones por geohelminthos transmitidas por el suelo: ascariasis, tricuriasis y anquilostomiasis. *Lancet* 2006;367:1521-32
- Brooker S, Hotez PJ, Bundy DA. Anemia relacionada con anquilostomiasis entre mujeres embarazadas: una revisión sistemática. *PLoS Negl Trop Dis* 2008;2:e291
- Cantwell R., Cleveland W. The long term neurological sequelae of anemia in infancy. *Pediatric Research* Cantwell 1974;,(8):342-342
- Camaschella C. Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med.* 2015;372(19):1832-43. doi: 10.1056/NEJMra1401038.
- C-Modules, C-Change, FHI360, 2011 <https://www.fhi360.org/projects/communication-change-c-change> 20 feb 2017
- Colomer J, Colomer C, Gutiérrez D, et al. La anemia durante el embarazo como factor de riesgo de deficiencia de hierro infantil: informe del estudio Valencia Infant Anemia Cohort. (VIAC). *Pediatr Perinat Epidemiol* 1990;4:196-204.
- Chaparro CM. Preparando el escenario para la salud y el desarrollo infantil: prevención de la deficiencia de hierro en la primera infancia. *j nutr* 2008; 138:2529-3
- Coutinho, Geraldo Gaspar Paes Leme, Goloni-Bertollo, Eny Maria, & Bertelli, Érika Cristina Pavarino. (2005). Iron deficiency anemia in children: a challenge for public health and for society. *Sao Paulo. Medical Journal*, 123(2), 88-92. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-3180200500020001>
- Choi HJ, Lee HJ, Jang HB, Park JY, Kang JH, Park KH, et al. Effects of maternal education on diet, anemia, and iron deficiency in Korean school-aged children. *BMC Public Health* 2011. 11: 870
- Cruz RE, Carbajal Gómez I, Mauricio S, Lozada M. Educación alimentaria como estrategia para la reducción de la anemia en ocho regiones del Perú - 2020. *Rev Investig Univ Priv Norbert Wien.* el 25 de febrero de 2022;11:1-9.



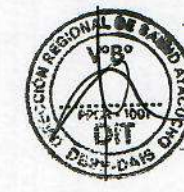
- De Benoist B et al., eds. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud-2008
- DeMaeyer E, Adiels-Tegman M. The prevalence of anaemia in the world. *World Health Statist Q* 1985; 38:302-16
- De Pee S, Bloem MW, Sari M, Kiess L, Yip R, Kosen S. La alta prevalencia de baja concentración de hemoglobina entre los bebés indonesios de 3 a 5 meses está relacionada con la anemia materna. *J. nutr.* 2002; 132:2215-21.
- Desalegn Wolide A, Mossie A, Gedefaw L. Nutritional iron deficiency anemia: Magnitude and its predictors among school age children, southwest ethiopia: a community based cross sectional study. *PLoS One.* 2014; 9: e114059
- Donato H, Cedola A, Rapetti MC, Buys MC, Gutiérrez M, Parias R, et al. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*,107(4). 2009; 107(4):353-361 Ezzati M, Lopez AD, Rodgers AA, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, OMS-2004
- Fundación contra el Hambre. Aproximación al Consumo de Alimentos y Prácticas de Alimentación y Cuidado Infantil en Niños y Niñas de 6 a 23 meses de Edad. Realizado en Familias de la provincia de Vilcas Huamán Ayacucho. ACH. Lima 2011. Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-06786.
- GAITAN C, Diego; OLIVARES G, Manuel; ARREDONDO O, Miguel y PIZARRO A, F. BIODISPONIBILIDAD DE HIERRO EN HUMANOS. *Rev. chil. nutr.* [online]. 2006, vol.33, n.2
- Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca J. Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2015;32(3):431-9.
- Gonzales Urrutia, Rocio. Biodisponibilidad del hierro. *Rev. costarric. salud pública* [online]. 2005, vol.14, n.26 [cited 2023-03-15], pp.6-12. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140914292005000100003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1409-1429
- Gulani A, Nagpal J, Osmond C, Sachdev HPS. Efecto de la administración de fármacos antihelmínticos intestinales sobre la hemoglobina: revisión Bothwell TH. Requerimientos de hierro en el embarazo sistemática de ensayos controlados aleatorios. *BMJ*2007; 334:1095
- Haas y Brownlie (2001). Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship *J Nutr.* 2001 Feb;131(2S-2):676S-688S; discussion 688S- 690S. doi: 10.1093/jn/131.2.676S
- Hernández PC, Morales L, Chaparro-Olaya J, Sarmiento D, Jaramillo JF, Ordoñez GA, et al. Intestinal parasitic infections and associated factors in children of three rural schools in Colombia. A cross-sectional study. *PLoS One.* 2019;14:e0218681. doi: 10.1371/journal.pone.0218681
- Hotez PJ, Brooker S, Bethony JM, Bottazzi ME, Loukas A, Xiao S. Infección por anquilostomiasis. *N Inglés J Med*2004;351:799-807
- Horton S, Ross J. The economics of iron deficiency. *Food Policy* 2003; 28: 51-75.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES, 2000-2021
- Iglesias Vázquez L, Valera E, Villalobos M, Tous M, Arija V. Prevalence of anemia in children from latin America and the caribbean and effectiveness of nutritional interventions: systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2019; 11: 183.
- Kassebaum NJ, Jasrasaria R, Naghavi M, Wulf SK, Johns N, Lozano R, et al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. *Blood.* 2014;123(5):615-24. doi: 10.1182/blood-2013-06-508325.



- Khanal V, Karkee R, Adhikari M, Gavidia T. Moderate-to-severe anaemia among children aged 6–59 months in Nepal: an analysis from Nepal demographic and health survey, 2011. *Clinical epidemiology and global health*.2016;4(2), 57-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2015.07.001>
- Lannacone J., Osorio M., y otros. Enteroparasitosis en el Perú y su relación con el Índice de desarrollo humano. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 59(5):368-376. November 2021
- Langbang D, Dhodapkar R, Parija SC, Premarajan KC, Rajkumari N. Prevalence of intestinal parasites among rural and urban population in Puducherry, South India - A community-based study. *J Family Med Prim Care*. 2019;8: 1607-12. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_196_19
- Lozoff B, De Andraca I, Castillo M, Smith J, Walter T, Pino P. Efectos conductuales y de desarrollo de la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en bebés sanos nacidos a término. *Pediatría*2003;112:846
- Lozoff B, Georgieff MK. Iron deficiency and brain development. *Semin Pediatr Neurol*. 2006 Sep;13(3):158-65. doi: 10.1016/j.spen.2006.08.004. PMID: 17101454
- McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993–2005. *Public Health* 2009; 12: 444
- Meinzen-Derr JK, Guerrero ML, Altaye M, Ortega-Gallegos H, Ruiz-Palacios GM, Morrow AL. El riesgo de anemia infantil se asocia con la lactancia materna exclusiva y la anemia materna en una cohorte mexicana. *j nutr*2006;136:452–58
- Meremikwu M, Donegan S, Esu E. Quimioprofilaxis y tratamiento intermitente para prevenir la malaria en niños. *Revisión del sistema de la base de datos Cochrane*2008;2:CD003756.
- Milman, Nils. (2012). Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(4), 293- Recuperado en 05 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322012000400009&lng=es&tng=es
- Milman N. Hierro y embarazo: un delicado equilibrio. *ann hematol* 2006; 85:559–65
- Mills A, Hanson K. Expanding access to health interventions in low and middle-income countries: constraints and opportunities for scaling-up. *J Int Dev* 2003; 15: 1–131
- Modell B, Darlison M. Epidemiología global de los trastornos de la hemoglobina e 28. indicadores de servicio derivados. *Toro Órgano Mundial de la Salud* 2008;86:480–87
- Nakin M., Peñaherrera M, Quiroz M., Mendoza H. y Tonguino M. Prevención frente a la presencia de anemia en el embarazo. *Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, ISSN-2588- 073X, Vol. 3, N°. 1, 2019, págs. 971-996
- Nguyen, P. H., Young, M., Gonzalez-Casanova, I., Pham, H. Q., Nguyen, H., Truong, T. V. & Ramakrishnan, U. (2016). Impact of preconception micronutrient supplementation on anemia and iron status during pregnancy and postpartum: a randomized controlled trial in rural Vietnam. *PloS one*, 11(12), e0167416
- Ortiz YJ, Ortiz KJ, Castro BS, Nuñez SC, Rengifo GL. Factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas. *Enfermería Global*. 2019; 18(56), 273-290
- Ojukwu J, Okebe J, Yahav D, Paul M. Suplementos orales de hierro para prevenir o tratar la anemia entre los niños en áreas donde la malaria es endémica. *Revisión del sistema de la base de datos Cochrane*2009;4:CD006589
- Perú en los indicadores mundiales. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico 2020



- Puzsko, B.; Sánchez, S, et al. (2017). El impacto de la educación alimentaria nutricional en el embarazo: una revisión de las experiencias de intervención. *Revista Chilena de Nutrición* Vol. 44, (1): p. 79-88. N°1. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100011>
- Prentice AM. Metabolismo del hierro, malaria y otras infecciones: ¿a qué viene tanto alboroto? *J Nutr* 2008;138:2537-41
- Sharma, K.K. Improving bioavailability of iron in Indian diets through food-based approaches for the control of iron deficiency anemia. *Revista Alimentación, Nutrición y Agricultura* 2003;32:51-61
- Shenton LM, Jones AD, Wilson ML. Factors Associated with Anemia Status Among Children Aged 6–59 months in Ghana, 2003–2014. *Maternal and Child Health Journal*. 2020; 24:483502. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02865-7>
- Stevens GA, Finucane MM, DeRegil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Health*. 2013;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9.
- Stoltzfus R. Defining iron-deficiency anemia in public health terms: a time for reflection. *J Nutr* 2001 ;131: 565S– 7S. Sage Journals Volume 24, Issue 4_suppl2. <https://doi.org/10.1177/15648265030244S206>
- Sukrat, B., Wilasrusmee, C., Siribumrungwong, B., McEvoy, M., Okascharoen, C., Attia, J., & Thakkestian, A. (2013). Hemoglobin concentration and pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BioMed research international*, 2013.
- Svarch E. Iron deficiency anemia in the infant. *Rev Cubana Pediatr*. 2015; 87(4): 395-8
- Rahmati, S., Delpisheh, A., Parizad, N., & Sayehmiri, K. (2016). Maternal Anemia and Pregnancy outcomes: a Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Pediatrics*, 4(8),3323-3342.
- Rao R, Georgieff MK. Iron in fetal and neonatal nutrition. *Semin Fetal Neonatal Med* 2007;12:54-63
- Ramakrishnan U. Anemias nutricionales. Boca Ratón, Estados Unidos: CRC Press, 2001.
- T.O. Scholl, M L Hediger, R L Fischer, J W Shearer. Anemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study. *Am J Clin Nutr*. 1992 May;55(5):985-8. doi: 10.1093/ajcn/55.5.985
- Tran, T. D., Tran, T., Simpson, J. A., Tran, H. T., Nguyen, T. T., Hanieh, S., ... & Fisher, J. (2014). Infant motor development in rural Vietnam and intrauterine exposures to anaemia, iron deficiency and common mental disorders: a prospective community-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 8.
- Velásquez JE, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete L, Loyola J, Vigo WE, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomédica*. 2016;36(2):220-229. DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2896>
- VIANEV 2016. Informe técnico: Estado nutricional, consumo aparente de lactancia materna y consumo de alimentos en niños menores de 3 años de la encuesta Vigilancia Alimentaria y Nutricional por etapas de vida
- Walter T. Effect of iron-deficiency anemia on cognitive skills and neuromaturation in infancy and childhood. *Food Nutr Bull*. 2003 Dec;24(4 Suppl):S104-10. doi:1177/15648265030244S207. PMID:17016952
- World Health Organization-2015
- WHO/UNICEF/UNU. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NHD/01.3). http://www.who.int/nut/documents/ida_assessment_prevention_control.pdf, accessed 27 Set.
- WHO, 2001. Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control. A guide for programme managers



- WHO/NMH/NHD/14.4. Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo sobre anemia. file:///C:/Users/rosit/Dropbox/Mi%20PC%20(DESKTOP-5DCDOON.Downloads WHO-NMH_NHD_14.4_spa.pdf
- Zavaleta N, Kvistgaardt AS, Gravertholt G, Respicio G, Guija H, Valencia N, and Lonnerdal B. Efficacy of an MFGM enriched complementary food in diarrhea, anemia and micronutrient status in infants. J Pediatr Gastroent Nutr 2011; 53(5):561-8. Balarajan et al. 2011
- Zavaleta N y Irizarry L. 2016. Nutrición en el Perú 2016. Situación nutricional y sus Implicancias de Política Pública. Nota Técnica. Banco Interamericano de Desarrollo BID. División de Protección Social y Salud.
- Zimmermann Michael B. Instituto Federal de Tecnología de Suiza. Guía sobre anemia nutricional. Declaración de la misión SIGTH
- NTS N° 213 /MINSA-DGIESP-2024 Norma Técnica de Salud: Prevención y Control de la Anemia por Deficiencia de Hierro en el Niño y la Niña, Adolescentes, Mujeres en Edad Fértil, Gestantes y Puérperas.



OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (SI.)				
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE
Objetivo específico 1: Garantizar el acceso a la atención integral de salud que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el curso de la vida	Actividad 1.1: Atenciones de prevención y tratamiento de anemia con oportunidad y calidad a las adolescentes.	Mujer adolescente	36.700	0002	3000879	5006271	2,3	ADOLESCENTE
	Actividad 1.2: Atención prenatal calificado (prevención y tratamiento de anemia con oportunidad y calidad a las gestantes; <u>tratamiento oportuno de infecciones</u>).	Gestante	10.000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2,3	MATERNO
	Actividad 1.3: Seguimiento de la adherencia a la toma de sulfato ferroso en gestante.	Visita domiciliaria	20.000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2,3	MATERNO
	Actividad 1.4: Tratamiento de gestantes con anemia y seguimiento hasta su recuperación.	Gestante	2.800	0002	3033172	5000037	2,3	MATERNO
	Actividad 1.5: Sesiones demostrativas de lactancia materna en periodo prenatal	Gestante	10.000	0002	3033172	5000037	2,3	MATERNO
	Actividad 1.6: Atención de parto seguro.	Gestante	9.000	0002	3033294	5000044	2,3	MATERNO
	Actividad 1.7: Realizar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido: corte oportuno del cordón umbilical y el inicio de la lactancia <u>materna exclusiva dentro de la primera hora al</u>	Niña y niño con corte oportuno del cordón	9.000	0002	3033305	5000053	2,3	SALUD NEONATAL
	Actividad 1.8: Consejería en lactancia materna dentro de las primeras 6 horas de nacido y antes del alta.	RN egresan con lactancia materna <u>exclusiva</u>	9.000	0002	3033305	5000053	2,3	SALUD NEONATAL
	Actividad 1.9: Niños con tratamiento con anemia hasta lograr su recuperación.	Niña y niño con anemia con atención	4.500	1001	3000878	5006270	2,3	NUTRICION
	Actividad 1.10: Esquema completo de suplementación preventiva de los niños sin anemia.	Niño Suplementado	4.500	1001	3033255	5000019	2,3	NUTRICION



OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/.)				
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE
	Actividad 1.11: Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos y grupos de apoyo para los padres o adultos responsables del cuidado de los niños menores de 1 año y gestantes.	Niña y niño menor de 1 año cuya madre asiste a una sesión demostrativa y gestantes	4.500	1001	3033251	5000014	2,3	PROMSA
	Actividad 1.12: Seguimiento nominal de las atenciones de prevención y control de anemia de las adolescentes, gestantes y niños menores de 3 años con énfasis en los niños menores de 3 años.	Niños menores de 3 años, adolescente, gestante con actividad de seguimiento	1	1001	3033255 3000005 3033172	5000019 5000058 5000037	2,3	CV NIÑO NUTRICION ADOLESCENTE
	Actividad 1.13: Desparasitación a niños menores 5 años.	Niños desparasitados	10.382	1001	3033414	5000035	2,3	DIT
	Actividad 1.14: Actualización y homologación permanente del Padrón Nominado con las municipalidades y los sectores involucrados (Salud, RENIEC, Educación, Programas Sociales etc.).	Padron nominal actualizado y homologado mensualmente.	90%	1001	3000001	3324401	2,3	ESTADISTICA DIRESA
	Actividad 1.15: Control CRED con enfoque de Desarrollo Infantil Temprano con el uso del kit del buen crecimiento de acuerdo a la norma técnica vigentes, priorizando al menor de 1 año.	Niño controlado	9.000	1001	3033255	5000018	2,3	DIT NUTRICION
	Actividad 1.16: Consejería nutricional priorizando a madres con niños menores de 1 año: (Dentro de los 7 días de nacido, 4 meses, 6 meses y 9 meses).	Madres con consejería nutricional	9.000	1001	3033255	5000018	2,3	DIT NUTRICION



OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (SI.)				
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE
	Actividad 1.17: Esquema de vacunación completo en el menor de 5 años , prioritariamente Neumococo y rotavirus menor 1 año y 1 año.	Niño vacunado	19.000	1001	3033254	5000017	2,3	DIT
	Actividad 1.18: Visitas domiciliarias y consejería integral, considerando el incremento de la anemia; (enfazar en la adherencia al consumo de hierro en niños y gestantes).	Niño visitado	4.500	1001	3033255	5000018	2,3	DIT PROMSA
	Actividad 1.19: Evaluaciones trimestrales con participación de Microrredes para identificar nudos críticos y reorientar intervenciones de forma oportuna, que permita el logro de metas	Microrred Evaluada	3	1001	3000001	5004426	2,3	DAIS DIRESA
	Actividad 1.20: Certificación de Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño que promueven la Lactancia materna en EE.SS. del I y II nivel de atención.(para el 2024 todas las microredes y hospitales)	Informe	8	1001	3033251	5005982	2,3	DIT
	Actividad 1.21: Atención de los casos de IRA complicada, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.	Niño atendido	5%	1001	3000877	5000029	2,3	DIT
	Actividad 1.22: Atención de los casos de EDA complicadas, de acuerdo a guía de práctica clínica vigente.	Niño atendido	2%	1001	3000877	5000030	2,3	DIT
	Actividad 1.23: Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos: con normo stock por 4 meses para manejo de IRAS ,EDAS (suplemento de hierro en polvo, gotas, jarabe, tabletas, microcubetas y sulfato de zinc (vacunas) de acuerdo a la NTS .	IPRES monitorizadas	3	1001	3000001	5004426	2,3	DIT



OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (SI.)					
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE	
	Actividad 1.24: Establecimiento del primer nivel de atención (1-3 - 1- 4-) con capacidad para realizar hemograma automatizado en niñas y niños anémicas y anémicos que no responden al tratamiento	IPRES monitorizadas	20						
	Actividad 1.25: Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos y medicamentos críticos para atención integral de la gestante y adolescente.	IPRES monitorizadas	426	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2,3	MATERO ADOLESCENTE	
	Actividad 1.26: Entrega del paquete de atención integral de salud a la gestantes con calidad y oportunidad (APN 1er trimestre, exámenes auxiliares, suplementación con hierro y ácido fólico)	Gestante con paquete de AI	11.000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2,3	MATERO	
	Actividad 1.27: Consejería nutricional priorizando a las Gestantes en el I y II Trimestre en temas (Alimentos ricos en hierro e importancia de la suplementación con hierro).	Gestantes con consejería nutricional	10.000	0002	3033172 3033294	5000037 5000044	2,3	MATERO NUTRICION	
	Actividad 1.28: Entrega del paquete de atención integral de salud al niño, con calidad y oportunidad de acuerdo a norma técnica (CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina, suplementación con hierro, DNI)	Niño con paquete de AI	11.699	1001	3033255	5000018	2,3	DIT	
Objetivo específico 2: Incrementar el acceso al agua potable y segura y saneamiento con énfasis en la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias.	Actividad 2.1: Vigilancia de la calidad del agua en distritos con mayores casos de anemia y/o pobreza.	Centro poblado	8	9002	3999999	5004428	2,3	SALUD AMBIENTAL	



OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (SI.)				
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE
Objetivo específico 3: Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades en los tres niveles de gobierno, orientadas al desarrollo de las intervenciones para la prevención y control de la anemia, implementación de mecanismos de vigilancia, que permitan la rendición de cuentas de los actores involucrados y con participación activa de la sociedad civil, que garantice el valor público de las acciones del presente plan.	Actividad 3.1: Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.	Distritos	33	1001	3033251	5005983	2,3	PROMSA
	Actividad 3.2: Desarrollar acciones de educación y capacitación para reducir el riesgo de intoxicación por metales pesados y anemia, en ámbitos de mayor riesgo previamente identificados, en acción conjunta entre las autoridades .	Distritos	20	18	3043997	3043997		METALES PESADO
	Actividad 3.3: continuar y Fortalecer la estrategia de sectorización por el personal de salud operativo de los EESS, en el marco de gestión territorial.	Ambito del EE.SS. Sectorizado	33	1001	3033251	5000103	2,3	PROMSA
	Actividad 3.4: Identificación y retroalimentación de niños y gestantes que no estén acudiendo a recibir el paquete de atención y que tengan anemia y/o DCI, para el abordaje intersectorial, y asegurar la entrega del paquete al niño y gestante	Ambito del EE.SS. Sectorizado	33	1001	3033251	5000014	23	PROMSA - DIT
	Actividad 3.5: Continuar y fortalecer la estrategia de sectorización por el personal de salud operativo de los EESS, en el marco de	Ambito del EE.SS. Sectorizado	415	1001	3033251	5000014		PROMSA
	Actividad 3.6: Participar mensualmente de forma activa (asesor técnico) en las reuniones de la Instancia de articulación local - IAL, en el marco de la política regional incluir para crecer Ayacucho.	IAL activo	124	1001	3033251	5000014	2,3	PROMSA





OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de Medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (SI.)				
			2024 (*)	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de Gasto	RESPONSABLE
Objetivo específico 4: Implementar estrategias de comunicación a nivel nacional y local dirigidas a diversos públicos (autoridades, funcionarios, prestadores de servicios, representantes de organizaciones sociales, familias y madres gestantes) para contribuir en la reducción y prevención de la anemia.	Actividad 4.1: Promover la difusión de mensajes educativos en las plataformas comunicacionales que cuenten las instituciones publicas y privadas, con énfasis en los medios digitales de manera orgánica.	Espacio comunicacional	1	9002	3999999	5005326	2,3	PROMSA COMUNICACION ES
	Actividad 4.2: Elaborar mensajes y contenidos comunicacional con enfoque intercultural para el diseño de piezas comunicacionales que promuevan el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.	Pieza comunicacional	1	9002	3999999	5005326	2,3	PROMSA COMUNICACION ES
	Actividad 4.3: Generar actividades focalizadas como campañas, jornadas, ferias, activación, pasacalles, entre otros con enfoque educativo-comunicación que promueva el cambio de comportamiento para la elección de alimentos ricos en hierro.	Actividad focalizadas	2	9002	3999999	5005326	2,3	DIT NUTRICION
Objetivo específico 5: Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia a nivel nacional, regional y local, en base a la interoperabilidad de los sistemas de monitoreo con énfasis en el seguimiento nominal de las intervenciones y orientado a establecer los escenarios de riesgos multipeligro y la alerta temprana para la toma de decisiones.	Actividad 5.1: Desarrollo de un sistema informático interoperable que facilite el seguimiento nominal de niñas y niños menores de 5 años.	Seguimiento Nominal de niños	1	9002	3999999	5000842	2,3	DIT
	Actividad 5.2. Asegurar el soporte técnico permanente para le uso adecuado del Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE y WAWARED) - Control de Calidad de Informacion del HISMINSA	Informe	1	9002	3999999	5000842	2,3	ESTADISTICA DIRESA

Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO

Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de medida	Línea Basal	Meta progra 2024	Fuente de Información	Responsable
Objetivo General Prevenir y reducir la prevalencia de anemia en niñas y niños con énfasis en menores de 36 meses de edad y gestantes.	Prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad.	Porcentaje	50,5%	48,5%	ENDES	DIT
Objetivo General Reducir la Desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años .	prevalencia de DCI en niños menores de 5 años	porcentaje	16,7%	15,7%	ENDES	DIT
Objetivo específico 1: Garantizar el acceso a la atención integral de salud que contribuyan al desarrollo infantil temprano en el curso de la vida.	Porcentaje de adolescentes suplementadas con sulfato ferroso + ácido fólico	porcentaje	60.2%	75%	HIS	ADOLESCENTE
	Porcentaje de gestantes suplementadas con sulfato ferroso	porcentaje	95,0%	99%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de gestantes con anemia	porcentaje	28,0%	20%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de consejerías nutricionales que recibe la gestante en el I y II Trimestre.	porcentaje	80%	95%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de parto institucional seguro	porcentaje	99.6%	99.8%	HIS	MATERNO
	Porcentaje de contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido: corte oportuno del cordón umbilical y el inicio de la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora al nacimiento	porcentaje	60,0%	70%	CNV HIS	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de RN Prematuros	porcentaje	13.3%	10%	CNV	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de RN con bajo peso	porcentaje	7.3%	5%	CNV	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de 02 consejería en lactancia materna en alojamiento conjunto (En las primeras 6 horas de nacido y antes del alta).	porcentaje	40%	60%	HIS	SALUD NEONATAL
	Porcentaje de niños de 12 a 18 meses que se recuperan de la anemia.	Porcentaje	10,8%	14%	HIS MINSA	DIT NUTRICION
	Porcentaje de niñas/niños de 12 meses, sin diagnóstico de anemia a los 6 meses, que continúan sin anemia.	Porcentaje	60%	68,0%	HIS MINSA	DIT NUTRICION
	Niños menores de 36 meses con suplemento de Hierro y otros micronutrientes.	Porcentaje	62,7%	70%	HIS MINSA	DIT NUTRICION
	Porcentaje de niñas/niños menores de 12 meses, que reciben un paquete integrado de servicios: CRED, vacunas, dosaje de hemoglobina para descartar anemia y suplementación con hierro.	Porcentaje	38,0%	42%	HIS MINSA	DIT
	Porcentaje Consejería nutricional priorizando a los niños menores de 1 año: (Dentro de los 7 días de nacido, 4 meses, 6 meses y 9 meses).	Porcentaje	60,0%	80%	HISMINSA	DIT / NUTRICION
Porcentaje de Visitas domiciliarias y consejería integral; (enfatar en la adherencia al consumo de hierro en niños y gestantes).	Porcentaje	20,0%	70%	HIS MINSA	PROMSA	



Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO

Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de medida	Línea Basal	Meta progra 2024	Fuente de Información	Responsable
	Numero de Establecimientos de Salud Certificados como amigos de la madre y el niño que promueven la Lactancia materna en EE.SS. del I y II nivel de atención.	Numero	5	8	HIS MINSA	DIT
	Numero de Monitoreo de la disponibilidad de medicamentos e insumos: con normostock por 4 meses (suplemento de hierro en polvo, gotas, jarabe, tabletas, microcubetas y sulfato de zinc).	Numero	3	4	SISMED	DIREMID
	Numero de Evaluaciones trimestrales con participación de Microrredes para identificar nudos críticos y reorientar intervenciones de forma oportuna, que permita el logro de metas	Numero	0	3	SIRIS	DAIS DIRESA
	Procentaje de gestantes con parto que recibieron el paquete de atención integral de salud de la gestantes de forma oportuna (APN 1er trimestre, exámenes auxiliares, suplementación con hierro y ácido fólico)	Porcentaje	32,0%	60,0%	SIRIS	DAIS DIRESA
Objetivo específico 2: Incrementar el acceso al agua segura y saneamiento básico con énfasis en la población rural, urbano-marginal y con alta prevalencia de enfermedades infecciosas e infestaciones parasitarias.	Proporcion de hogares con acceso a agua para beber con suficiencia de cloro, según area de residencia urbana .	Porcentaje	56,0%	59,0%	ENAH0	MINSA
Objetivo específico 3: Asegurar la gestión territorial con el compromiso político, programático y presupuestal de las entidades en los tres niveles de gobierno orientadas al desarrollo de las intervenciones para la prevención y control de la anemia, implementación de mecanismos de vigilancia que permitan la rendición de cuentas de los actores involucrados y con participación activa de la sociedad civil que garantice el valor público de las acciones del presente plan.	Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.	Informe	1	33	Informe	PROMSA
	Porcentaje de gobiernos locales que homologan y actualizan el padrón nominal de niños menores de 6 años.	Porcentaje	80%	85,0%	Padrón nominal	ESTADISTICA
	Intervenciones focalizadas en distritos de alto riesgo para la prevención de la Anemia.	Informe	1	33	Informe	PROMSA
Objetivo específico 4: Implementar estrategias de comunicación a nivel nacional y local dirigidas a diversos públicos (autoridades, funcionarios, prestadores de servicios, representantes de organizaciones sociales, familias y madres gestantes) para contribuir en la reducción y prevención de la anemia	Numero de mensajes y contenidos comunicacional con enfoque intercultural para el diseño de piezas comunicacionales que promuevan el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.	Informe	1	2	Informe	COMUNICACIONES
	Numero de campañas, jornadas, ferias, activación, pasacalles, entre otros.con enfoque educativo-comunicación que promueva el cambio de comportamiento para la elección de alimentos ricos en hierro.	Informe	1	2	Informe	COMUNICACIONES





Formato 3: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO

Declaración de objetivos	Indicador	Unidad de medida	Línea Basal	Meta progra 2024	Fuente de Información	Responsable
Objetivo específico 5: Disponer de mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones efectivas priorizadas para la reducción y prevención de la anemia a nivel nacional, regional y local, en base a la interoperabilidad de los sistemas de monitoreo con énfasis en el seguimiento nominal de las intervenciones y orientado a establecer los escenarios de riesgos multipeligro y la alerta temprana para la toma de decisiones.	Implementar de un sistema informático interoperable que facilite el seguimiento nominal de niñas y niños menores de 3 años.	Informe	0	1	HIS MINSA	ESTADISTICA
	Implementar metodología para el Control de Calidad de Información del HISMINSA Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE y WAWARED)	Informe	0	1	HIS MINSA	ESTADISTICA