



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social



DOCUMENTO DE TRABAJO



Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre
06 y 36 meses de edad en tres regiones del país



DOCUMENTO DE TRABAJO

Título

Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país

Elaboración:

Julio Mayca, Sandra Manrique, Chaska Velarde y Beatriz Urquía.

Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS.

En base al "Estudio cualitativo sobre Conocimientos, Percepciones y Prácticas de actores comunales, familias y personal de salud y del PNCM respecto al consumo de multimicronutrientes en niñas y niños de 06 meses a menos de 36 meses de edad en 3 regiones del Perú" realizado por el Instituto de Investigación Nutricional con el financiamiento de Convenio de Préstamo TAL Social con el Banco Mundial.

Año de elaboración:

2016

Eje de política:

Nutrición Infantil, Desarrollo Infantil Temprano.

Programas Sociales e Instrumentos de Política Social

Programa Nacional Cuna Más

Resumen ejecutivo:

El presente documento recoge los principales hallazgos y recomendaciones de un estudio cualitativo hecho al Programa Nacional Cuna Más (PNCM) el 2016. El objetivo del estudio original fue explorar y describir los conocimientos, percepciones y prácticas de familias, actores comunales, personal del PNCM y del sector salud respecto al consumo de multimicronutrientes (MMN) en niños entre 06 y 36 meses de edad en Piura, Huancavelica y Ucayali. Se aplicaron 181 entrevistas, 7 grupos focales, 17 entrevistas de salida y 53 observaciones. Se observó que la capacitación sobre los MMN incluye el manejo de la norma vigente, preparación y registro de MMN, pero no incluye consejería, atender dudas, o dificultades.

Entre los resultados destaca el conocimiento de los usuarios sobre los MMN en lo que concierne a su preparación, componentes y posibles efectos negativos. Los actores comunales entienden como sus responsabilidades: garantizar que el MMN llegue a los establecimientos de salud, capacitación y consejería, registro de información, consumo del MMN en el Servicio de Cuidado Diurno (SCD), y seguimiento en el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF). Se detectó además que la recepción y entrega del MMN requiere que las cuidadoras reciban la receta en la consulta de CRED, recojan el MMN de la farmacia y regresen a la consulta para recibir la Consejería, la que no permite un diálogo fluido, ni atender a los problemas, ni brindar preparaciones alternativas. En relación al consumo del MMN se halló que las cuidadoras intentan administrarlo a los niños al menos una vez al día, siendo una dificultad la ocurrencia de eventos no deseados (diarreas o heces oscuras) seguida de la aceptabilidad. Sobre la opinión y valoración de los MMN, se comprobó que tanto las representaciones y prácticas favorables como las negativas inciden en las decisiones de su consumo.

Reservados algunos derechos:

Este documento ha sido elaborado por el equipo de profesionales de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del MIDIS. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del MIDIS, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Cita de fuente:

El documento debe citarse de la siguiente manera: MIDIS (2016). "Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país". Documento de Trabajo elaborado por Julio Mayca, Sandra Manrique, Chaska Velarde y Beatriz Urquía del MIDIS, Lima, Perú.



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Políticas
y Evaluación Social

Dirección General
de Seguimiento
y Evaluación

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”
“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”

DOCUMENTO DE TRABAJO

Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país^{1,2,3}

Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE)
Viceministerio de Políticas y Evaluación Social (VMPEs)
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)

Lima, diciembre de 2016

¹ Este documento fue elaborado por Julio Mayca, Sandra Manrique, Chaska Velarde y Beatriz Urquía, de la Dirección General de Seguimiento y Evaluación del MIDIS.

² El título original del estudio fue “Estudio cualitativo sobre Conocimientos, Percepciones y Prácticas de actores comunales, familias y personal de salud y del PNCM respecto al consumo de multimicronutrientes en niñas y niños de 06 meses a menos de 36 meses de edad en 3 regiones del Perú” realizado por el Instituto de Investigación Nutricional con el financiamiento de Convenio de Préstamo TAL Social con el Banco Mundial.

³ Los resultados y análisis presentados en este documento no cubren todos los temas desarrollados en el estudio original.

Contenido

Abreviaturas y acrónimos	5
Resumen	7
I. Introducción.....	8
II. Objetivos	8
2.1. Objetivo general	8
2.3. Objetivos específicos	8
III. Metodología	9
Cuadro 1: Resumen de las técnicas y su número aplicadas en campo.....	9
IV. Resultados.....	10
V. Conclusiones.....	21
VI. Recomendaciones.....	23
VII. Referencias bibliográficas	26

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AT	Acompañante técnico
AC	Acompañante comunitario
ACS	Agente Comunitario de Salud
CCD	Centro de Cuidado Diurno
CCNN	Comunidades nativas
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CIAI	Centro Infantil de Atención Integral
CIEI-IIN	Comité Institucional de Ética de Investigación, Instituto de Investigación Nutricional
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
CSCD	Coordinadora del Servicio de Cuidado Diurno a nivel de la Unidad Territorial
CSAF	Coordinadora del Servicio de Acompañamiento a Familias de la Unidad Territorial
CG	Comité de Gestión
CGSCD	Comité de Gestión del Servicio de Cuidado Diurno
CGSAF	Comité de Gestión del Servicio de Acompañamiento Familiar
CP - CCPP	Cuidadora principal – Cuidadores Principales
CV	Consejo de Vigilancia
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DGSE	Dirección General de Seguimiento y Evaluación
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DS	Directiva Sanitaria
EES	Establecimiento de Salud
EAR	Requerimiento (de nutriente) Promedio Estimado (siglas en inglés: Estimated Average Requirement)
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales
FSAF	Facilitadora SAF
FUA	Formulario Único de Atención
HIS	Sistema de Información en Salud (siglas en inglés: Health Information System)
IIN	Instituto de Investigación Nutricional
JUT	Jefe de Unidad Territorial

MC o MCCC	Madre Cuidadora de Centro de Cuidado Diurno
MG	Madre Guía
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MMN	Multimicronutrientes
LM	Lactancia Materna
PAN	Programa Articulado Nutricional
PNCM	Programa Nacional Cuna Más
PS	Personal de Salud
RUSI	Registro Único de Seguimiento Integral del Niño
SAF	Servicio de Acompañamiento a Familias
SCD	Servicio de Cuidado Diurno
SD	Sesión demostrativa
SIEN	Sistema de Información del Estado Nutricional
SIS	Seguro Integral de Salud
SIVICO	Servicio de Vigilancia Comunitaria
TDI	Tecnología de Decisiones Informadas
TdR	Términos de Referencia
UT	Unidad Territorial
UT-PNCM	Unidad Territorial del PNCM
VD	Visita Domiciliaria

DOCUMENTO DE TRABAJO

Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país

RESUMEN

Objetivo: explorar y describir los conocimientos, percepciones y prácticas de familias, actores comunales, personal del PNCM y de salud respecto a los MMN en niños de 06 a 36 meses de edad en Piura, Huancavelica y Ucayali. En cada región se seleccionaron 2 provincias y en cada provincia un distrito con SAF o SCD o ambos.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo, y se aplicaron 181 entrevistas, 7 grupos focales, 17 entrevistas de salida, y 53 observaciones. Los actores considerados por el estudio incluyen: a) cuidadores principales de niños entre los 6 y 36 meses de edad, b) madres cuidadoras del SCD del PNCM, c) facilitadores del SAF del PNCM, d) equipo técnico del PNCM, e) profesionales y técnicos de salud responsables de la atención de niños, f) líderes comunitarios, g) agentes comunitarios de salud y h) autoridades del gobierno local.

Resultados: Las dimensiones especificadas fueron: La capacitación sobre los MMN incluye el manejo de la norma vigente, preparación y registro de los MMN. No incluye consejería, atender dudas, o dificultades. Los conocimientos relacionados al MMN se plantean en su preparación, sus componentes, y sus posibles efectos negativos. Las responsabilidades de los actores comunales se resumen en: Garantizar que el MMN llegue a los EESS, capacitación y consejería, registro de información, asegurar el consumo del MMN en el SCD, y seguimiento en el SAF.

La recepción y entrega de MMN requiere que las CP: reciben la receta en la consulta de CRED, van a la farmacia a recogerlos y luego regresan a la consulta para recibir consejería. La consejería tiende a ser directiva y no permite un diálogo fluido, no atiende los problemas o situaciones que la CP expone sobre su práctica, ni brinda alternativas a las preparaciones. Sobre el acompañamiento, a nivel del SCD, se da en la recepción y consumo. En el ámbito SAF, las Facilitadoras orientan a las CP respecto al MMN.

Sobre el consumo del MMN, las CP por lo menos intentan dárselo a los niños a su cargo una vez. La primera barrera es la ocurrencia de eventos no deseados (diarreas o heces oscuras) seguida de la aceptabilidad. En relación con la opinión y valoración de los MMN, las representaciones y prácticas favorables como las negativas inciden en las decisiones de su consumo. La gestión de la información incluye fecha de entrega, número de dosis y cuántos sobres ha consumido el último mes.

Conclusiones: Tanto las opiniones y valoraciones favorables como las negativas en torno al MMN, inciden en las decisiones y prácticas de consumo del MMN. En cuanto a la valoración del MMN que atribuyen las CP, el PS, personal del PNCM y colaboradores voluntarios, se presentan las siguientes ideas-fuerza: a) su aporte en la prevención de la anemia, b) su contribución en el desarrollo integral de los niños (físico, cognitivo, emocional y social), c) la protección que brinda contra las enfermedades, y d) el aumento del valor nutricional de los alimentos. En cuanto a las opiniones críticas o negativas, estas se encontraron sólo en algunas CP y se relacionarían con los efectos secundarios que se atribuyen al MMN como diarreas, además de la falta de aceptabilidad por parte del niño.

Los resultados mostraron deficiencias en la consejería la cual no sigue los pasos recomendados por MINSAL: es expositiva, se enfoca en lo que tiene que hacer la CP, no recoge la situación de la familia ni sus patrones de alimentación, y no presta atención a las dificultades ni posibilidades o alternativas en la alimentación del niño con el MMN. Tampoco se advierte en muchos casos, sobre la posibilidad de algún evento adverso. A pesar de estas prácticas, el discurso del PS presenta varias líneas importantes que aplicadas efectivamente, contribuirían al consumo del MMN, por ejemplo: señalan interés en las dificultades que plantea la CP, reconocen la necesidad de asegurar la comprensión de las indicaciones y la importancia de articular recomendaciones, discutir alternativas. Asimismo, valoran y reconocen las buenas prácticas y el compromiso de la CP, y señalan la importancia de tener tiempo suficiente para dar una consejería de calidad.

Palabras Clave: micronutrientes, anemia, niños, consejería.

Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país

I. INTRODUCCIÓN

La deficiencia de micronutrientes, especialmente la deficiencia de hierro, sigue siendo un problema en muchas partes del mundo en desarrollo. La anemia en niños tiene consecuencias negativas irreversibles en su desarrollo cognitivo, afectando su capacidad de aprendizaje y por lo tanto el rendimiento escolar, además de aumentar su morbilidad. En el Perú, la anemia afectó al 43.5% de niños y niñas entre 6 y 36 meses en el año 2015, ubicándose el porcentaje mayor en las zonas rurales (51.1%). Los MMN, evaluados en nuestro país desde el año 2007, recién son introducidos como norma para aminorar la anemia en el 2013. La Directiva más reciente (RM 055-2016/MINSA), especifica que los MMN deben ser promovidos desde los EESS hacia los hogares con niños pequeños, durante la consejería en los controles de CRED.

El PNCM también ha incluido la promoción del consumo de MMN dentro de sus actividades. El PNCM se implementa mediante los SCD y de SAF. En el SCD, las familias entregan los sobres de MMN al personal del centro de cuidado diurno, quienes lo incorporan en la comida del niño, mientras que en el SAF, la facilitadora promueve el uso de los MMN con la familia en sus visitas.

El consumo de los MMN por los niños está sujeto a que una serie de procesos y actividades funcionen: desde las directivas del MINSA central, la compra de los insumos, su distribución a la región, distrito, comunidad, familia, y sobre todo el consumo y aceptabilidad por parte del niño o niña. Aspectos logísticos, organizativos, de recursos y costos, así como conocimiento, capacitación, voluntad y motivación, influyen para que el niño consiga estos MMN, en forma oportuna y adecuada. Para comenzar a entender los procesos y actividades relacionadas al consumo de MMN es necesario captar información de los diferentes actores involucrados, identificando los facilitadores y las barreras que puedan intervenir en distintos niveles: hogar, comunidad, EESS y distrito o región.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- 2.2. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo explorar y describir los conocimientos, percepciones y prácticas de familias, actores comunales, personal del PNCM y de salud respecto a la suplementación con MMN en niños y niñas de 06 a menos de 36 meses de edad en Piura, Huancavelica y Ucayali.

2.3. Objetivos específicos

- a. Explorar y describir los conocimientos y percepciones que tienen el personal y agentes comunitarios de Salud, Madres Cuidadoras, Facilitadoras, líderes comunitarios, Acompañantes Técnicos, familias usuarias y no usuarias del PNCM sobre la suplementación con MMN en niños de 06 a menos de 36 meses de edad.
- b. Explorar como se realiza el proceso de la suplementación con MMN a niñas y niños de 06 a menos de 36 meses de edad.
- c. Conocer y describir las experiencias y prácticas del personal y agentes comunitarios de Salud, Madres Cuidadoras, Facilitadoras, Acompañantes Técnicos, familias usuarias y no usuarias del PNCM sobre el manejo y consumo de MMN en niños de 06 a menos de 36 meses de edad.
- d. Conocer los aspectos relacionados con la aceptabilidad de los MMN por las familias (y/o cuidadores) y los niños de 06 a menos de 36 meses de edad.

III. METODOLOGÍA

El estudio se orientó a brindar información cualitativa - a profundidad, con enfoque intercultural - que sirva para entender los procesos de distribución, entrega, preparación y consumo; así como los de acompañamiento y monitoreo del proceso de suplementación con el MMN. Corresponde a un acercamiento exploratorio, transversal y de descripción cualitativa, sobre los conocimientos, percepciones y prácticas de los actores comunales, familias, personal de salud y equipo vinculado al funcionamiento del PNCM en tres regiones del país: Piura, Huancavelica y Ucayali.

Los actores considerados por el estudio incluyen: a) cuidadores principales de niños entre los 6 y 36 meses de edad, b) madres cuidadoras del SCD del PNCM, c) facilitadores del SAF del PNCM, d) equipo técnico del PNCM, e) profesionales y técnicos de salud responsables de la atención de niños, f) líderes comunitarios, g) agentes comunitarios de salud y h) autoridades del gobierno local que vivan y trabajen en el conjunto de distritos y provincias de las regiones de Piura, Huancavelica y Ucayali, seleccionadas para el desarrollo del presente estudio. La inclusión de todos estos actores tenía la intención de representar diferentes niveles de involucrados en la aceptabilidad del MMN: individual, interpersonal, comunidad, institucional y político.

La muestra para este estudio cualitativo se definió de manera propositiva y de conveniencia, guiados por el criterio de diversidad en la selección de la misma. En cada región se seleccionaron 2 provincias y en cada provincia un distrito con SAF o SCD o ambos servicios. La selección fue realizada en forma conjunta por el equipo de investigación y los equipos de MIDIS (DGSE y PNCM). Una vez ubicado el distrito a estudiar, se determinó el o los tipos de servicio del PNCM (SCD o SAF) presentes en cada uno. En tres distritos se trabajó con un tipo de servicio y en los otros tres con los dos tipos de servicio, derivando así en nueve casos o contextos a estudiar, como parte de la muestra. Así, se procedió a la selección de un Comité de Gestión para cada uno de los servicios vigentes en cada distrito, sea SCD y/o SAF. Los Comités de Gestión seleccionados debían tener más de 3 meses de funcionamiento previo al trabajo de campo, una cantidad promedio de usuarios (evitando los casos con pocos usuarios) y en base a una evaluación cualitativa inicial y rápida en torno a su funcionamiento, estar ubicados como casos exitosos, casos promedio, o casos con dificultades para obtener una mayor diversidad en los casos.

El recojo de información se realizó mediante la aplicación de diferentes técnicas cualitativas: a) para la dimensión discursiva: entrevistas semi-estructuradas a profundidad, grupos focales, entrevistas de salida a cuidadoras principales después de atenciones CRED; b) para la dimensión de la práctica cotidiana: observaciones semi-participantes del momento de comer en los CCD, en los hogares con niños entre 6 a menos de 36 meses, así como en la atención de CRED para apreciar la entrega del mensaje y consejería sobre el MMN, y en las visitas a familias de las facilitadoras de SAF. En el siguiente cuadro se presenta el resumen de las aplicaciones de las diferentes técnicas por región y por actor, así como el número total.

Cuadro 1: Resumen de las técnicas y su número aplicadas en campo

Tipo de Técnica y Actor	Piura	Ucayali	Huancavelica	Total
Entrevista a profundidad: Cuidadora principal, Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud, Personal de la UT-PNCM, Personal de salud, Funcionario Municipal	43	64	74	181
Grupo focal: Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud	2	4	2	7
Observación semi participante: Cuidadora principal, Colaboradores de la UT-PNCM y de Salud, Personal de salud	14	15	24	53
Entrevista de salida: Cuidadora Principal	5	4	8	17

Para el análisis, la información recogida digitalmente en audios en campo, así como las notas tomadas de las observaciones, fueron transcritas. Usando el software NVivo, se procedió a codificar y resumir dicha información agrupándola, organizándola y clasificándola, por región, por los servicios presentes (SCD o SAF) y por el tipo de actor entrevistado, en temas y subtemas de

estudio, contemplados en las guías de investigación y aquellos que emergen en el proceso de recojo de información. Los temas y sub-temas encontrados se organizaron y presentaron en base a las nueve dimensiones especificadas en los términos de referencia para el estudio.

La dimensión de “Consumo y aceptabilidad del MMN” tanto a nivel del hogar como del CCD, se define como eje central del proceso de análisis. En torno a esta dimensión central, se articulan y organizan las otras dimensiones involucradas, a saber: Capacitación sobre los MMN, Conocimientos del MMN, Responsabilidades de actores comunales del PNCM, Recepción y entrega del MMN, Consejería Nutricional sobre el MMN, Acompañamiento al proceso de suplementación del MMN, Condiciones previas al consumo del MMN, Opinión y valoración sobre el MMN y Gestión de la Información.

IV. RESULTADOS

A continuación, se presenta una integración de los principales resultados del estudio:

En todas las regiones la **capacitación** sobre el tema del MMN a nivel del PS, siguió la lógica y estructura de un proceso de capacitación en cascada. De esa manera, el punto de inicio de los contenidos a impartir, es la aprobación de la norma técnica nacional sobre la suplementación con MMN, en el nivel central del MINSA. En la medida que esta norma técnica ha tenido modificaciones desde el nivel central y adecuaciones a nivel regional, a lo largo de los últimos años, es crucial su difusión y aprendizaje a nivel regional y local. A su vez, la capacitación sobre el MMN a nivel del personal de cada UT-PNCM, siguió también el modelo de cascada, ya sea que se haya contado o no con la participación del PS como capacitadores o sólo con los especialistas de cada UT-PNCM.

Para que la capacitación en cascada funcione, se asume que cada participante en un taller de capacitación a nivel regional, por ejemplo, realizará una sesión de réplica en el establecimiento de salud de donde proviene, o en los establecimientos de salud que coordina; o en el caso de la UT-PNCM, con los acompañantes técnicos o acompañantes comunitarios, según sea el caso, y estos a su vez, con los colaboradores voluntarios a su cargo. Sin embargo, este modelo de capacitación muestra debilidades porque no necesariamente llega a cumplirse, pues depende del desempeño y compromiso individual de cada participante que recibió la capacitación, y además no hay evidencia de un mecanismo de supervisión funcional que verifique este paso, retroalimentando y confirmando que se trabajen los mismos contenidos y con la misma calidad recibida. Esto se complica más por la dificultad de encontrar el tiempo para poder realizarlo. De esa manera, tanto en el nivel del establecimiento de salud, como de los CG involucrados, se han encontrado algunos profesionales de salud, AC, AT y colaboradores voluntarios, que no han recibido réplicas ni capacitaciones organizadas. Sin embargo, se han agenciado la búsqueda de información de manera virtual, o mediante conversaciones personales con asistentes a los talleres regionales, o a través de la consejería del PS. La otra limitación para el modelo proviene de los altos índices de rotación de personal dentro de las regiones, incluso en la UT-PNCM, dado que interrumpe el proceso de capacitación hacia los niveles siguientes. Si bien el personal capacitado se mantiene en la región y dentro del sistema de salud, la resultante va acumulando personas capacitadas, más no contribuyendo a la capacidad instalada en el EESS.

Específicamente, el proceso de capacitación dentro de las UT-PNCM visitadas, dado que la dimensión sobre la que actúa, es bastante más reducida que en el sector salud, pero sobre todo, por la presencia más cercana de mecanismos de monitoreo y supervisión; el desarrollo de la capacitación en cascada llega a implementarse mejor. Los coordinadores pueden efectivamente saber quién no realizó su réplica; o atender las necesidades de una complementación de manera pronta. Llama la atención que los ámbitos SAF, especialmente en Ucayali, se muestren con mayores limitaciones que los ámbitos SCD, en el desarrollo de estas capacitaciones en cascada. Al igual que en el sector salud, la dispersión y la rotación no favorecen este modelo. Así como encontramos personal de salud que no llega a tener réplicas sobre el tema del MMN; en las UT-PNCM visitadas,

también se encuentran facilitadoras o madres cuidadoras o miembros de comités de gestión que no han recibido capacitación.

Los contenidos de capacitación para el personal de salud, se orientan a garantizar el conocimiento y manejo de la norma técnica vigente (RM 055-2016/MINSA, DS N°068-MINSA) sobre la suplementación con hierro, así como el registro de las entregas, etc. La capacitación en torno a algo normado facilita la estandarización en cuanto a contenidos, decisiones y mensajes entre el personal. De otro lado, las capacitaciones, tanto para el personal de salud como para el personal de la UT-PNCM, se enfocan más en la estadística sobre anemia y desnutrición en la población, cómo se deben manejar y preparar los MMN, así como en los componentes del MMN. Es notable la ausencia, para ambos públicos, de capacitaciones para desarrollar las habilidades de consejería y cómo dialogar y resolver situaciones y problemas que las cuidadoras principales presentan respecto al consumo del MMN, incluyendo buscar alternativas con ellas. Esto indica que no se viene trabajando con un enfoque basado en la educación de adultos, que apunte hacia la consolidación de competencias, que afiance el aprendizaje desde la práctica, las motivaciones, y trascienda el nivel de la transmisión de los conocimientos como eje de capacitación.

Las limitaciones de las capacitaciones se evidencian cuando esta aproximación, más bien conceptual y expositiva, tiene que ser “traducida” a otros, incluyendo a colaboradores voluntarios del nivel comunal o local que no son profesionales de salud. La necesidad o requerimiento de hacer algo más práctico y comprensible en las capacitaciones se vuelve crucial. En este contexto, el desarrollo de sesiones demostrativas sobre alimentación con los MMN en algunas capacitaciones, permite y facilita el aprendizaje. Se ha llegado a incorporar la degustación del MMN en estas sesiones demostrativas, y esto resulta muy motivador, tanto para los capacitadores como para las asistentes. Además, permite que los participantes tengan más recursos para dar respuesta a las dudas de las CCPP sobre la aceptabilidad del producto.

Considerando el contenido de las capacitaciones, resulta evidente que los capacitadores necesitan, no sólo contenidos a transmitir, sino también manejar metodología de capacitación de adultos, basadas en el aprendizaje de competencias y no solo de contenidos. Es decir, que los capacitados pasen a ser formadores o facilitadores, específicamente para el tema del MMN, implicando la metodología saber estructurar un evento de capacitación, para trascender lo expositivo. Además, resulta evidente la carencia de material educativo, para afianzar la metodología participativa e interactiva, ya evidenciada como útil y eficiente, desde el ejercicio de las sesiones demostrativas. Se necesita el diseño de ejercicios de preparación del MMN para facilitar la comprensión del cambio de sabor vinculado a la consistencia y a la temperatura; o de mecanismos que faciliten el manejo y comunicación de los mensajes principales (canciones, por ejemplo).

La capacitación incide directamente en los conocimientos que maneja cada actor, ya sea personal de salud o actores del PNCM y los CCPP. Los resultados muestran que los conocimientos se plantean en tres áreas principales – la preparación, los componentes y los posibles efectos negativos de los MMN.

Para la **preparación**, se manejan los siguientes sub-temas:

- Dosificación y frecuencia de consumo: El conocimiento que se administra un sobre al día del MMN, es uno de los saberes más sólidos encontrados. Sin embargo, algunos entrevistados, sobre todo a nivel local, indican el desconocimiento de la dosis requerida, o entre algunas CCPPP se señala más de un sobre al día, o se tiende a dar menos de un sobre al día argumentando que en caso contrario, el niño no lo consume.

- Separar una porción de la comida: Para mezclar el MMN, aunque en algunos casos definidos se menciona que debe combinarse con toda la comida.
- Consistencia de las preparaciones: principalmente en preparaciones espesas y semi-espesas, exhibido por la mayoría de actores, incluyendo CCPP. Sin embargo, se encuentra también que, si bien la mayoría de entrevistados señalan que no se recomienda la combinación en preparaciones aguadas o líquidas, se mantienen algunas interrogantes (incluso en el personal de salud) acerca de los motivos de tal restricción. También se hallan actores que mencionan que el MMN se debe mezclar en preparaciones líquidas, cuando la norma dice lo contrario, debido a que facilita el cambio de sabor y que el contenido del MMN se concentre en el fondo o en los costados y no sea aprovechado por el niño.
- Temperatura: La indicación de preparar el MMN en preparaciones tibias, no entraña mayor divergencia entre los actores; sin embargo, no siempre se establecería la fundamentación de tal criterio orientado a evitar la emergencia del sabor y olor, al enfriarse la preparación o cuando es preparado con comidas calientes.
- Tiempo entre preparación y consumo: Una noción escasamente planteada por los actores, no se tiene claridad sobre el tema, por lo que no se la tiene presente.

Con respecto a los **componentes**, el análisis muestra que estos varían por actor como se describe a continuación:

- Personal de salud, AT y AC, y algunas Facilitadoras: Identifican un mayor número de componentes asociados al sobrecito de MMN, respecto a los demás actores; no recuerdan todos los componentes en su conjunto, sino parte de ellos. Identifican de manera específica, el hierro, el ácido fólico, vitaminas A y C, siendo el zinc el menos recordado. Por otra parte, se presentan alusiones erróneas al calcio, o sulfato ferroso, como elementos presentes en el MMN (incluso entre el personal de salud) y en algunos casos se menciona el fósforo y la vitamina E.
- Colaboradores voluntarios (MCCCD, FSAF): Mencionan principalmente el hierro, también la vitamina A y C, aunque pocos llegan a mencionar el zinc y el ácido fólico.
- Miembros de los CG, CV y las CCPP, usuarias o no usuarias, y los ACS: Lo más común es el señalamiento del hierro como componente. Sin embargo, la noción más frecuente entre todos ellos es la de identificar su contenido con vitaminas en general. Otro término que aparece, con la misma cualidad englobante, es el de proteínas, el cual se indica como otro componente básico del MMN.
- Madres Cuidadoras, CCPP y ACS: Asocian los componentes del MMN con alimentos característicos como “sangrecita”, “higaditos”, “frutas molidas”, “queso”, “huevo”. De esta manera, se remarca, el gran valor del MMN, pues constituyen alimentos, que no suelen estar presentes de forma cotidiana en la dieta familiar y a los cuáles se tendría acceso, mediante el consumo del MMN.

El planteamiento de posibles **reacciones no deseadas**, ha sido principalmente manifestado por las CP, quienes informan de condiciones tales como diarreas, estreñimiento, náuseas y vómitos. Estas dolencias se atribuyen, desde la interpretación del personal de salud y del PNCM, a las malas prácticas de higiene, y no al consumo del MMN o a un proceso de adaptación progresivo del organismo del niño. Sin embargo, la presencia de estas condiciones influye en el consumo o no de los MMN, tanto en el hogar como en el SCD.

Las **responsabilidades de los actores comunales** están vinculadas a los conocimientos que maneja cada actor, ya que estos influirán en el desempeño de sus actividades. A nivel del sistema de salud, las responsabilidades relacionadas a MMN se concentran principalmente en el personal de CRED y nutrición, quienes son responsables de la entrega, registro, consejería, capacitación y demostraciones asociadas al MMN. En cuanto a cómo cumplen con estas responsabilidades, los resultados muestran que la calidad de la consejería es deficiente en muchos casos, ya que se enfoca en la preparación del MMN principalmente, y no incluye un diálogo sobre la solución a posibles

problemas, como la ocurrencia de diarreas o heces oscuras, o la falta de aceptabilidad del MMN por parte del niño, tal como muestran las observaciones realizadas en CRED, así como las entrevistas a CCPP. En lo que concierne a sus responsabilidades vinculadas al registro de información, existen algunas limitantes en su habilidad de desarrollarlas efectivamente. Por ejemplo, su tiempo es limitado para la carga de trabajo que tienen y el registro de información les toma demasiado tiempo, o el sistema de información no les permite registrar la entrega de más de 30 sobres de MMN.

A nivel de Micro-Red, Red y DIRESA el personal de salud es responsable de dar capacitaciones. Sin embargo, no necesariamente están capacitados en metodologías de capacitación y por ende los conocimientos en cascada que se transmiten van diluyéndose. Además, son responsables de consolidar datos que provienen de los centros de salud y reportarlos al nivel superior.

Dentro del SCD, las Madres Cuidadoras, Madres Guías y Acompañantes Técnicos tienen responsabilidades vinculadas a asegurar el consumo de MMN, normalmente durante el almuerzo que se provee en los CCD. Estas responsabilidades incluyen el registro del consumo junto con la asistencia. Por lo tanto, estos actores pueden verificar el consumo, algo que ningún otro actor dentro del proceso puede hacer. Además, tienen el rol de reforzar la recepción y entrega del MMN, pues promueven la asistencia puntual al CRED. Existe un obstáculo en la entrega de los MMN a los CCD por parte de las CCPP. A pesar que las MCCCCD insisten, se muestran algunos casos de poca motivación por parte de las CCPP para hacer esta entrega y por ende los niños a su cargo no consumen los MMN. Sin embargo, cuando se supera este obstáculo y las CCPP entregan los MMN a las Madres Cuidadoras, existe mayor seguimiento al consumo desde los coordinadores de programa, pasando por el AT, hasta las MCCCCD. Llevan a cabo supervisiones mensuales en una muestra de Centros de Cuidado Diurno, contrastando el producto almacenado con la lista de asistencia de los niños y quienes entregan sus MMN.

Al llevar a cabo una visita domiciliaria, las Facilitadoras tienen dentro de sus responsabilidades preguntar si el MMN se consume o no y registrar la respuesta en su ficha. Sin embargo, los resultados mostraron instancias donde la Facilitadora fue más allá, promoviendo el consumo de MMN (por ejemplo, preguntando donde los guardan y contando e brindan orientaciones adecuadas ni pueden resolver problemas que plantea la CP.

Se encontró evidencia de que la **recepción y entrega de MMN** en los establecimientos de salud se da independientemente de que los niños tengan DNI y/o SIS. Sin embargo, este hallazgo debe relativizarse con evidencia de que algunos centros de salud no atienden a los niños sin DNI y el hecho de que muchas CCPP no acuden a los centros de salud cuando sus niños no tienen DNI y por ende tampoco SIS. Además, los actores municipales entrevistados comentaron sobre su esfuerzo en completar los padrones nominales y asegurarse de que todos los niños cuenten con DNI.

El proceso de entrega en algunos establecimientos de salud requiere de varios pasos: reciben la receta para los MMN en CRED, van a la farmacia a recogerlos y luego regresan al CRED para recibir consejería sobre la preparación, ya con el MMN en mano, afectando el tiempo requerido, tanto por las CCPP como por el PS del CRED. Según observaciones al CRED realizadas en este estudio, las orientaciones dadas durante la consejería suelen ser muy generales e incompletas. Además, no hay repreguntas (de chequeo) que permitan asegurar comprensión de las indicaciones por parte de las CCPP. Según lo sugerido por algunos entrevistados del PS, este proceso podría agilizarse permitiendo que los MMN se entreguen directamente en el CRED y fortaleciendo las capacidades de consejería del personal del CRED.

Los MMN se recetan y entregan por 30 días, lo cual es apropiado mientras los controles CRED sean mensuales, pero a partir de que el niño cumple 1 año, sus controles pasan a ser cada dos o tres

meses. Normalmente, las CCPP son citadas para volver mensualmente y solamente recoger los MMN, sin embargo, muchas no lo hacen porque olvidan la cita o les toma mucho tiempo. El personal de salud normalmente no entrega más de 30 sobres, ya que el sistema de información no le permite registrar más, y además no saben cómo afectará el consumo darle a la madre 60 sobres o más al mismo tiempo.

Se ha observado en el estudio que los MMN son recetados independientemente de la respuesta de la CP a la pregunta de si consume o no, o si la CP quiere recibirlos. Por lo tanto, la entrega en muchos casos no corresponde a un consumo efectivo, pues las CCPP no siempre manifiestan abiertamente, que no brindan el MMN. Se presentan casos en los que frente a la insistencia del personal de salud para que lo reciban, las CCPP los aceptan, pero llegando a sus casas simplemente lo guardan, y cuando ven que se han pasado de fecha de vencimiento, los desechan.

Se presenta a continuación una lista de barreras y fortalezas a la entrega y recepción de MMN:

- No llevan a los niños a sus controles CRED porque no cuentan con DNI - especialmente en Ucayali, pero también en las zonas SAF de Huancavelica- por una decisión o actitud de la CP de no ir, porque no consigue resolver sus necesidades económicas, o porque no organiza bien sus actividades diarias para disponer de tiempo.
- Los viajes de las familias a otras regiones representan una barrera, ya que se descontinúan los controles CRED y por ende la recepción del MMN.
- La consejería que se lleva a cabo con la entrega no es óptima. Las razones que da el personal de salud para estas deficiencias incluyen que no tienen tiempo, hay alta rotación de personal, y que muchos son profesionales en su SERUMS, no capacitados adecuadamente.
- Los cambios en el régimen de entrega definido por las normas han creado confusión con respecto al re-inicio o continuación cuando un niño tiene consumo interrumpido. Por lo tanto, es importante reforzar la norma actual, y asegurar la comprensión por parte de las CCPP.
- Una fortaleza para la recepción puntual o regular del MMN reside en el seguimiento que las Madres Guías, Madres Cuidadoras y Facilitadoras realizan a la CP.
- Durante el estudio se encontró que el abastecimiento de MMN no era un problema actual. Depende de que el pedido de stock se haga cada 3 meses.
- En Ucayali se han entregado MMN durante visitas domiciliarias por parte del personal técnico extramural, contratado específicamente para atender esta problemática. No hay evidencia de que esto se haya dado en las otras regiones. Sin embargo, se podría considerar la entrega por otros agentes en la comunidad, como promotores de salud o agentes comunitarios de salud.

La recepción y entrega de MMN están relacionadas a la consejería, las observaciones y entrevistas llevadas a cabo en este estudio, las que muestran que la relación entre el personal de salud y la CP tiende a ser directiva y no permite un diálogo fluido. Por lo tanto, la consejería no atiende los problemas y las situaciones que la CP expone sobre su práctica (si es que lo hace), no le brinda alternativas (por ejemplo: diferentes preparaciones o alimentos, o explorar con la CP cuando el niño tiene más hambre), ni tampoco se le hacen preguntas de chequeo que permitan confirmar su comprensión. Durante la consejería, el consumo no suele ser el eje de la indagación y el énfasis de la misma se dirige a lo que hace o debe hacer la CP. Además, no se tiende a realizar un seguimiento de prácticas previas de alimentación complementaria, no indagándose en los patrones de alimentación en el hogar, la disponibilidad de alimentos, tiempos y prácticas en relación a la alimentación del niño. A este panorama, se suma, la escasa exploración en los problemas y dificultades que la CP experimenta respecto al consumo. Se presentan muy pocos ejemplos de retroalimentación positiva a las CP si ha tenido un logro o acierto. Las orientaciones básicas en torno a la preparación del MMN, suelen ser incompletas, sólo haciendo énfasis en algunos aspectos (por ejemplo, no siempre se prioriza el aspecto de la consistencia, o la importancia de no dejar pasar mucho tiempo entre la preparación y el consumo). Asimismo, la consejería se realiza sin recursos o materiales educativos

que apoyen la comprensión de la información, siendo la metodología expositiva y con escasa participación de la CP.

Cuando se contrastan estos hallazgos con los obtenidos a partir del discurso que plantea el personal de salud que realiza la consejería, se presenta una brecha significativa. Sin embargo, se encuentran varias líneas importantes en el discurso del personal de salud y que, aplicados efectivamente, favorecerían, sin duda, el consumo del MMN (aunque en la práctica no se dé):

- Señalan interés y profundización en las dificultades que plantea la CP, y la necesidad de convertir la consejería en un espacio de diálogo.
- Destacan la necesidad de asegurar la comprensión de las indicaciones.
- Reconocen la importancia de la articulación de recomendaciones que se brindan o alternativas que se discuten, y el respectivo seguimiento y retroinformación a las mismas.
- Valoran y reconocen los aciertos y el compromiso de la CP, respecto al consumo del MMN, así como la importancia de la felicitación explícita.
- Señalan la importancia de tener tiempo suficiente para dar una consejería de calidad, condición no siempre disponible.

Fuera del establecimiento de salud, se brinda el **acompañamiento**. En los ámbitos del SCD y el SAF, el acompañamiento se ha considerado como instancia de orientación. Por ejemplo, en el ámbito del SCD, las Acompañantes Técnicas, a través de sus visitas de seguimiento a los diferentes Módulos y las reuniones sistemáticas de evaluación con las Madres Cuidadoras y Madres Guías, brindan orientación específica sobre la entrega y el consumo del MMN, al igual que aquellas vinculadas con las actividades educativas que deben desarrollar las Madres Cuidadoras. Estas reuniones sirven como espacios de evaluación, capacitación e intercambio de información. Por su parte, en el ámbito del SAF, el seguimiento a las tareas de las Facilitadoras se realiza de manera regular por los Acompañantes Técnicos y Comunitarios. En cuanto al MMN, se incide en la información que recogen las Facilitadoras sobre el MMN y que se concentra básicamente en su recepción y al momento de ofrecerlo al niño.

A nivel del SCD, se cuenta con varias líneas de acompañamiento vinculadas no solamente a la recepción de MMN, sino también a su consumo:

- El trabajo de la Madre Guía, directamente vinculado al seguimiento de las familias con niños en riesgo nutricional. Durante las visitas programadas que realiza, trata temas vinculados a las prácticas de cuidado y salud de los niños, entre ellos, el consumo del MMN. No siempre puede verificar directamente si se produce el consumo, a menos que las visitas coincidan eventualmente, con el momento en que se va a brindar el MMN con la comida.
- Además, la Madre Guía brinda orientación directa a la Madre Cuidadora sobre el funcionamiento y el cuidado general de los niños, en los campos de nutrición y aprendizaje.
- La Madre Cuidadora en relación a la CP, insiste en la entrega puntual del MMN; brinda igualmente orientaciones sobre el consumo del MMN de los niños en el CCD, pero no de manera sistemática, sólo aprovechando momentos de encuentro cotidiano con la CP y los viernes cuando entrega los sobres para el fin de semana.
- La información sobre el consumo del niño, no siempre es solicitada por la CP en el CCD, sin embargo, podría constituir materia de intercambio, lo que ayudaría a conocer los problemas que las CCPP pudieran tener cuando brindan directamente el MMN.
- Los días que el niño no asiste al CCD, el seguimiento al consumo se enfoca en preguntar a la CP si lo ha brindado o no. No se indaga más ampliamente sobre la forma de preparación que se sigue, o por el consumo.
- Las reuniones de capacitación dirigidas a las familias usuarias representan otra oportunidad de acompañamiento.

- Los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia realizan labores de motivación, reforzando la importancia del consumo del MMN, en su relación con las familias usuarias, pero estas orientaciones se realizan de manera informal y no conforman parte de una estructura de seguimiento y acompañamiento asociada a sus funciones.
- Dado que suelen realizar visitas de seguimiento a los CCD para observar sus necesidades y el desempeño de las MMCC, los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia pueden señalar, si efectivamente se brinda el MMN a los niños y si se realiza de manera adecuada, siempre que las visitas hayan coincidido con la hora de administración del MMN.

En el ámbito del SAF, las Facilitadoras son las que tienen el rol más claro de orientación a las CCPP, respecto al MMN. Sin embargo, su incidencia en el consumo propiamente dicho resultaría marginal, pues durante las visitas domiciliarias sólo se pregunta de manera sistemática si se recibió o no el MMN y si éste se ofrece o no. En cuanto al consumo sólo se obtiene una respuesta referencial, no existiendo estrategias sistemáticas de verificación práctica. Se encontró que las Facilitadoras no siempre brindan indicaciones adecuadas respecto a la preparación del MMN, ni se encuentran en condiciones de absolver todas las preguntas y dificultades que plantea la CP. Además, un aspecto crítico que enfrenta la Facilitadora, lo constituye el reconocimiento de su labor, tanto por la CP como por la comunidad, lo cual afecta su rol de orientación.

Un espacio de información y capacitación que reúne a las familias usuarias del SAF, está constituido por las sesiones de socialización, bajo la conducción de la AT. En estas reuniones se abordan diversos temas relacionados con el cuidado y la salud del niño, enfatizándose la importancia de los controles CRED y en el consumo del MMN. El Comité de Gestión es el actor que realiza un seguimiento más cercano al MMN, ya que tienen dentro de sus responsabilidades coordinar con el personal de CRED para compartir información sobre sus familias usuarias y desarrollando una relación directa con estas familias, teniendo así oportunidades de realizar labores de promoción de los MMN e indagando si se están ofreciendo. Por su parte, el rol del Consejo de Vigilancia, se centra en la supervisión y evaluación de la calidad del servicio, examinando, sobre todo, el cumplimiento de funciones de las Facilitadoras. Los resultados muestran la importancia de capacitar constantemente a las Facilitadoras para que realicen efectivamente sus visitas y brinden orientación a las familias. Sin embargo, en cuanto al MMN, algunas declararon que hasta el momento no habían recibido capacitación específica y que muchas de las indicaciones que brindaban tenían fundamento en su condición y experiencia en tanto cuidadoras principales.

Cuando los MMN han sido recibidos con su consejería correspondiente, se dan una serie de **condiciones previas al consumo**, ya sea dentro del hogar o en el ámbito del SCD. En el hogar, las CCPP deben identificar un lugar de almacenamiento para los mismos. El análisis muestra que se guardan principalmente en el cuarto (dormitorio) o en la cocina. Cuando se guardan en el cuarto se colocan en un estante alto, dentro del ropero o en el botiquín, y dentro de su caja o en una bolsa. Mientras que cuando se guardan en la cocina, se dejan sobre la mesa del comedor, colgados de algún clavo o en una olla. Las observaciones mostraron que el chispitero no se utilizaba, la mayoría se vieron en desuso, sin utilizarse para almacenar MMN.

Las condiciones que se consideran al momento de seleccionar el lugar de almacenamiento, y recomendado por el PS a las CCPP, incluyen:

- Lugar seco, fresco y lejos de una fuente de calor para que no cambien de sabor.
- Fuera del alcance de los niños.
- Visible y tenerlo a la mano.

En cuanto a otras condiciones que se dan previamente al consumo, como la preparación y prácticas de higiene, se encontró que en muchas ocasiones traen los MMN después de servir la comida al niño y cuando esta está fría. La gran mayoría de CCPP no se lava las manos antes de servir la comida y preparar el MMN. Cuando el consumo no se da dentro del hogar, los resultados muestran que las CCPP guardan los MMN hasta que pasa su fecha de vencimiento y luego los desechan.

Debido a las observaciones que los MMN son guardados en el hogar en forma apropiada, cabe mencionar que el almacenamiento, no es un punto crucial para explicar el consumo o no consumo de los MMN. En el ámbito del SCD, los MMN se guardan normalmente en condiciones apropiadas, en un recipiente de plástico (taper) individual para cada niño, en una repisa alta y protegida, aunque se encontraron instancias donde estaban al alcance de los niños. Las prácticas de mezclar el MMN con la comida son correctas, aunque a veces se olvidan de darlos o se enfría la comida antes de que los niños empiecen o terminen de comer. Los sobres usados comúnmente se desechan o se guardan en una bolsa. A diferencia del hogar, en los CCD la práctica de lavado de manos de las MC y los niños se observó en la mayoría de instancias.

A través de todos los procesos estudiados, lo que todo actor quiere lograr es el consumo de MMN. El análisis muestra que las CCPP, ya sea usuarias o no usuarias del SCD o SAF que han recibido el MMN, por lo menos intentan dárselo a sus niños una vez. Es decir, la primera reacción de la CP es la de seguir las instrucciones y consejos del personal de salud, a pesar que no tenga muy claro todo lo que involucra. Una vez iniciado el consumo del MMN, la primera barrera viene a ser la ocurrencia de eventos no deseados, tales como diarreas o heces oscuras. La continuidad en el consumo del MMN en este caso, dependerá de:

- la convicción que tenga la madre sobre la importancia del MMN para su niño;
- la situación de salud del niño (si tiene anemia, insistirá);
- la gravedad del evento (la diarrea continua desanima);
- el acompañamiento efectivo que tenga (si le ayudan a entender que es algo pasajero, o si le han adelantado que así se van a poner sus heces, o es parte del proceso de adaptación, tienden a continuar).

La otra barrera que se presenta tiene que ver con el lado de la aceptabilidad. Se pueden presentar dos situaciones: que el niño no quiera la comida mezclada con MMN, pero sí otra comida; o que el niño no quiera comer ninguna comida, o coma menos de lo acostumbrado. El temor a que deje de comer, y por ende que baje de peso, está presente en las dos situaciones.

La preparación reportada por las CCPP y observada en casas, no necesariamente sigue los criterios adecuados. Especialmente, el tema de la cantidad de comida en la que se mezcla, así como la temperatura (no se entibia primero y luego se mezcla, sino que se mezcla en la comida caliente y luego se entibia) son los puntos críticos. Si bien se reporta reiteradamente que hay que preparar en comida espesa, esto no siempre puede cumplirse porque al niño le gusta algo más líquido. En el extremo, se han encontrado casos donde no se prepara el MMN si no se ha cocinado el plato de fondo para el almuerzo en el hogar.

Por su parte, en el ámbito del SCD, las observaciones evidenciaron prácticas adecuadas para la preparación de la mezcla del MMN con la comida, en los recipientes de cada niño. La MC encargada, o las encargadas, luego de lavarse las manos recogían los sobres del MMN, y ubicándose en la mesa respectiva, junto a los recipientes (tapers) de comida, procedía a mezclar el MMN. Esto se hace, en la mayoría de los casos, procediendo a preparar la mezcla uno por uno y generalmente de espaldas a los niños, para que no vean que se está colocando el MMN. Luego se le da al niño la primera cucharada, y si ya puede comer solo, se le deja para que termine por su cuenta. Se sigue con

el próximo niño de la misma manera. El caso de los bebés menores de un año es diferente. La MC los carga y se asegura de darles de comer directamente. Desde ese punto, la MC va monitoreando la ingesta de los otros niños, incentivando al consumo, básicamente con estrategias verbales o de juego modelado (“mira como come él”), o eventualmente, ayudando a comer al o a los niños que están más cerca de ella. Se observaron casos de consumo efectivo (terminaron toda la porción con MMN), así como casos de consumo incompleto y de no consumo. Por ejemplo, a una niña que ya podía comer sola, se le separaron las dos cucharas, se le mezcló el MMN y se le puso el recipiente delante de ella. La niña procedió a comer del otro lado, es decir de donde no había MMN y la MCCC no se dio cuenta de ello. No siempre las MMCC pueden cerciorarse que los niños hayan comido la porción con el MMN.

El momento del almuerzo es el momento exclusivo para ofrecer el MMN durante toda la jornada. Y según la reflexión, tanto de las MCCC, como de los AT y los Especialistas de Salud, es así como el personal de salud les ha explicado que se haga. No se encontraron casos donde se plantee la posibilidad de dar el MMN en la entre-comida de la mañana o de la tarde, en el caso que algún niño muestre rechazo para comerlo con el segundo o comida salada, y considerar otra preparación como mazamorra o fruta (que pueden ser mezclados en frío). Mientras mayor es el número de niños que almuerzan, por cada MC, mayor es la complicación para manejar y motivar a comer a los niños. Sin embargo, las MC no ven la adición de los MMN a la comida como un trabajo adicional, o una carga más en el trabajo. En general, les parece algo sencillo y muy importante para los niños. Cabe mencionar que, en la mayor parte de las observaciones, los niños no llegan a comer más allá de un cuarto o la mitad de la ración. Hay observaciones donde más de una MC se ocupa de dar de comer a los niños, en la misma mesa, o los anima a comer y en esos casos, se logra más efectividad en cuanto al consumo del MMN y de la comida en general.

Se observó también que las MMCC, en su mayoría, mostraban desde su práctica una incorporación avanzada de estrategias de alimentación responsiva, como: mirar a los ojos; hablar con ellos y no sólo dar comandos; recurrir al juego para conseguir la atención y focalizarse en el bocado, hacer simulaciones (“Mira, mira cómo como... rico uhmmm”), cantar diversas canciones, felicitando porque están comiendo. Sin embargo, también se observaron casos donde el niño, por alguna razón, no específica se puso a llorar o no quiso comer y la MC no insiste más, le deja con el plato al frente y prosigue atendiendo a otros niños. Por otra parte, también se encontraron casos en los que algunas CCPP prefieren encargarse de darles de comer a sus hijos, es decir van al CCD a la hora del almuerzo, o los recogen a esa hora, junto con su comida. Entre las razones que mencionan se encuentran: que sus niños están acostumbrados a comer con ellas, que ellas les prestarán mayor atención que las MC al momento de comer, que a sus niños no les gusta la comida del CCD, o que necesitan verificar que coma todo su MMN.

Uno de los aspectos que se considera que tiene un gran impacto en el consumo o no consumo de los MMN, se refiere a las **opiniones y valoración** de los MMN. Se encuentra que, tanto las representaciones y prácticas favorables, como las representaciones negativas en torno al MMN, muestran su incidencia en las decisiones y prácticas de consumo del MMN.

En cuanto a la valoración del MMN por parte de las CCPP, se presentan las siguientes ideas-fuerza que demuestran el alto valor que se les confiere:

- Proveen una primera línea de defensa contra la anemia.
- Aportan en mejorar el estado de salud, pues brindan protección contra las enfermedades.
- Aportan al buen crecimiento del niño.
- Potencian el desarrollo cognitivo y emocional.
- Aumentan el valor nutricional de los alimentos.

Otras valoraciones menos recurrentes aluden a sus efectos positivos en el apetito; y al atributo favorable de contar con un producto valioso de distribución gratuita. Estas representaciones positivas no muestran en conjunto, mayores diferencias entre usuarias y no usuarias del SCD o SAF. En cuanto a las representaciones críticas o negativas, estas se encontraron sólo en algunas CCPP usuarias y no usuarias, y se relacionarían con los efectos perjudiciales que se atribuyen al MMN y que habrían sido experimentados directamente (diarreas, inapetencia); además del sabor desagradable del MMN, el que generaría el rechazo del niño. También se cuestiona su eficacia. Asimismo, otro grupo muy reducido de CP, no logra precisar el sentido y la importancia del consumo del MMN.

Por su parte, el personal de salud, personal del PNCM y colaboradores voluntarios plantean las siguientes ideas-fuerza, algunas muy similares a las de las CCPP, con respecto a la valoración e importancia que se atribuye al consumo del MMN:

- Su aporte capital en la prevención de la anemia.
- Su aporte en el desarrollo integral de los niños (en el orden físico, cognitivo, emocional y social).
- La protección que brindan contra las enfermedades, mejorando el estado de salud de los niños.
- El aumento del valor nutricional que aporta a los alimentos.

Además de la valoración de los MMN, se analizaron las **opiniones sociales** que diversos actores, situados en el contexto en que se desenvuelven las cuidadoras principales y los actores involucrados en los Servicios, manifiestan sobre los MMN. En cuanto a las CCPP, las principales opiniones negativas que reportan y que recogen del entorno social, se articulan en torno a los siguientes ejes:

- Los efectos perjudiciales atribuidos al MMN (por ejemplo, diarreas y estreñimiento).
- El sabor y olor desagradable que se atribuye al MMN.
- La no visibilidad de cambios en el niño, a propósito del consumo.
- La evidencia que el MMN es desechado, comunicando con ello la escasa valoración que se le atribuye.

En cuanto al personal de salud, personal del PNCM y colaboradores voluntarios, las opiniones negativas halladas no difieren en gran medida entre las diferentes Regiones (aunque no distribuidas de manera homogénea). Serían, por ejemplo:

- Los efectos perjudiciales en la salud del niño, atribuidos al consumo del MMN.
- El tema crítico del sabor y el olor, como atributos asociados al MMN.
- Los efectos perjudiciales en el desarrollo cognitivo.
- Las dudas en torno al contenido y propósito del MMN.
- La aplicación de una lectura político-religiosa del propósito del MMN.
- El cuestionamiento a la eficacia del MMN.
- La evidencia que el MMN es desechado, comunicando con ello, la escasa valoración que se le atribuye.

Un marco favorable alentando el consumo del MMN, puede hallarse en las siguientes manifestaciones:

- Contar con un entorno familiar, comprometido con el consumo del MMN.
- El conocimiento e intercambio con otras CP sobre sus prácticas de consumo refuerza la seguridad y confianza, pues se recibe orientación sobre cómo resolver dificultades, pero también el mensaje que es posible lograr el consumo

- La presencia cada vez más pública del MMN, a través de los medios de comunicación, su tratamiento por otros Programas Sociales, además de la participación, aunque marginal, de los funcionarios de los Gobiernos Locales.
- Las evidencias, cada vez más generalizadas de CCPP, que plantean de manera explícita los beneficios que encuentran en el consumo del MMN.
- Las acciones de sensibilización emprendidas por el personal de salud, así como por el PNCM.

Otro aspecto importante del proceso de suplementación del MMN se refiere a la **gestión de la información**. El análisis muestra que la información que se recoge de manera rutinaria incluye la fecha de entrega, número de dosis y número de sobres consumidos por el niño en el último mes (basado en el reporte de la madre). La tarjeta CRED de cada niño, la cual mantienen las madres, también incluye los datos referidos a los MMN (fecha de entrega y número de dosis). Por lo tanto, la información que mantienen y pueden garantizar es principalmente de entrega de los MMN. Esto se relaciona al formulario para seguimiento en el consumo, que se contempla en la norma, el cual se refiere al reporte de los sobres de MMN que le sobran a la madre cada mes. Y por consiguiente, también se relaciona a la definición de la adherencia, la cual requiere que la madre reporte un ‘consumo’ de más del 86% de los sobres de MMN durante el año que dura la suplementación.

Los actores entrevistados, tanto del PNCM como el personal de salud, concuerdan que la única forma de verificar el consumo es a través de visitas domiciliarias, pero no son factibles para todos los niños. A pesar de que la norma prevé hasta tres visitas para aquellos niños que faltan a sus controles, no siempre se llevan a cabo por falta de presupuesto, recursos humanos y tiempo. Algunos programas regionales en Piura y Ucayali han permitido aumentar el número de visitas domiciliarias hechas por el personal de salud con la sectorización o el trabajo extramural (con personal contratado para este fin en el marco de la lucha contra la DCI, pero los resultados muestran que no necesariamente cubren a todos los niños.

El sistema de información presenta algunas limitantes en cuanto a la captación de los datos relacionados al MMN. Por ejemplo, solamente se puede registrar la entrega de 30 sobres de MMN, lo cual funciona bien cuando los niños tienen menos de 12 meses, pero a partir de entonces el niño solo tiene que ir al puesto de salud para su control de CRED cada 2 o 3 meses. El PS tampoco tiene claridad de cómo reflejar la discontinuidad en el uso de MMN. Por ejemplo, no saben si continúan con la dosis o vuelven a empezar. A nivel del puesto de salud (y Micro-red en algunos casos) el personal de salud no necesariamente tiene el tiempo de llenar toda la información en los distintos formatos (por ejemplo, SIEN, tarjeta CRED, etc.) repercutiendo en la calidad de la información. Tampoco tienen la capacidad de utilizar datos agregados o llevar a cabo análisis con los datos que se encuentran en el sistema de información para utilizar la información consolidada y retroalimentar sus actividades.

Con respecto a la información registrada en los ámbitos del SCD y SAF, se manejan diferentes tipos de información. En el SCD se registra el consumo de MMN dentro de los CCD junto con la asistencia, mientras que en el ámbito SAF, durante las visitas domiciliarias, las Facilitadoras preguntan si el MMN se consume o no y registran la respuesta. Por lo tanto, el SCD es la única instancia que maneja información relacionada al consumo efectivo, mientras que la información recogida en CRED o por las Facilitadoras está basada en un reporte de consumo de la CP.

Los CCD utilizan las tarjetas CRED para tomar los datos de peso y talla de cada niño y confirmar que los niños han recibido sus MMN. Esta información la utilizan para monitorear a los niños y pedirles a las CCPP que lleven los MMN al CCD. Dentro del SAF, utilizan el cuadro del SIVICO (Servicio de Vigilancia Comunitaria), el cual incluye información sobre el consumo de MMNs (cuantos sobres se han consumido en una semana) basado en los datos que recogen las

Facilitadoras o que recogen los miembros de los Comités de Gestión y Vigilancia de los puestos de salud.

El sistema de salud tiene un protocolo para el flujo de información desde los puestos de salud hasta la DIRESA y este flujo hacia niveles más altos es funcional. Sin embargo, la retroalimentación de los niveles más altos hacia los más bajos está menos establecida y no pasa con mucha frecuencia. El personal de salud tiene la responsabilidad, por norma, de monitorear y promover las prácticas de consumo de MMN y para esto, en ocasiones comparte información con el SCD y SAF. Sin embargo, este flujo de información es variable, se da a nivel local y depende en gran medida del personal involucrado.

El personal de salud tiene reuniones a diferentes niveles. La información recogida se socializa y discute. Por ejemplo, a nivel de Red se llevan a cabo reuniones trimestrales en las que se usan datos comparativamente y analizan casos exitosos, buscando soluciones en conjunto cuando hay problemas. En estas reuniones se evalúa cada indicador, y se les provee de retroalimentación a las Micro-Redes en cuanto a sus indicadores. El PS del CRED participa en las reuniones a nivel de Micro-Red y no tiende a recibir mucha retroalimentación. A nivel municipal, se reúnen mensualmente los agentes de los programas sociales, el personal de salud y personal del municipio, con el objetivo de resolver problemas de manera coordinada, elaborando un plan e identificando el presupuesto necesario. Estas reuniones se consideran efectivas e importantes, pero no necesariamente se discuten los MMN, a menos que se haya identificado un problema relacionado específicamente a los mismos.

Por su parte, tanto el SCD como el SAF, organizan reuniones con las familias donde trabajan para promover la importancia de los MMN. Además, internamente tienen reuniones que les permiten socializar sus datos a nivel local y elaborar estrategias para abordar problemas y mejorar sus servicios. Estas reuniones abarcan temas variados, de los cuales los MMN son una de las posibilidades, más no tienen una frecuencia dada para discutirlos.

V. CONCLUSIONES

- La capacitación sobre los MMN al PS es por el modelo de cascada. Los contenidos incluyen la difusión y manejo de la norma vigente, e información sobre la anemia en el país, y el manejo, preparación y registro de los MMN. Es principalmente expositiva, aunque en algunos lugares incluyen la práctica de la preparación y degustación de los MMN, lo que facilita su comprensión y manejo. Las capacitaciones no incluyen habilidades de consejería o cómo atender las dudas, dificultades y alternativas a conversar con las CP. Tampoco incluyen metodologías de cómo capacitar a otros con las réplicas. Hay deficiencias en la aplicación de las réplicas y, en consecuencia, hay PS que no han recibido capacitación formal. La capacitación por cascada en el PNCM es mejor supervisada a nivel local.
- Los conocimientos relacionados al MMN se plantean en tres áreas principales – su preparación (incluyendo dosificación y frecuencia, separación de una porción de comida, consistencia de las preparaciones, temperatura, y tiempo entre la preparación y el consumo). sus componentes (hierro y vitaminas), y sus posibles efectos negativos (diarreas y estreñimiento).
- Las responsabilidades de los actores comunales del PNCM se pueden resumir de acuerdo a sus funciones: a) Garantizar que el MMN llegue a los EESS, capacitación y consolidación de información (PS a nivel de Micro-red, Red y DIRESA), b) Entrega de MMN y consejería a las madres, y registro de información (PS de CRED y nutrición), c) Asegurar el consumo del MMN en el SCD (MC, MG, MC y AT), d) Seguimiento al MMN en el SAF (Facilitadoras), y e) Supervisión y apoyo (CG y CV del SCD y SAF).

- Entre las barreras relacionadas a la entrega y recepción de MMN se encontraron que las CP no llevan a los niños a sus controles CRED porque no cuentan con DNI, y que los viajes a otras regiones contribuyen a la discontinuación de los controles CRED y por ende afectan la recepción del MMN. Además, el proceso de recojo en EESS toma tiempo. La consejería que se lleva a cabo con la entrega no es óptima por falta de tiempo del PS, alta rotación y falta de experiencia; y los cambios en el régimen de entrega definido por las normas han creado confusión con respecto al reinicio o continuación cuando un niño tiene consumo interrumpido. Entre las fortalezas, se encontró el seguimiento que las MG, MC y Facilitadoras realizan a las CP.
- Los resultados mostraron deficiencias en la consejería, la cual no sigue los pasos recomendados por el MINSA: es expositiva, se enfoca en lo que tiene que hacer la CP, no recoge la situación de la familia ni sus patrones de alimentación, y no presta atención a las dificultades ni posibilidades o alternativas en la alimentación del niño con el MMN. Tampoco se advierte en muchos casos, sobre la posibilidad de algún evento adverso. A pesar de estas prácticas, el discurso del PS presenta varias líneas importantes que, aplicadas efectivamente, contribuirían al consumo del MMN. Por ejemplo: señalan interés y profundizan en las dificultades que plantea la CP, reconocen la necesidad de asegurar la comprensión de las indicaciones y la importancia de articular recomendaciones, discutir alternativas. Además, valoran y reconocen las buenas prácticas y el compromiso de la CP, y señalan la importancia de tener tiempo suficiente para dar una consejería de calidad.
- En el ámbito del SCD, se cuenta con varias líneas de acompañamiento bajo la conducción del AT, mejor vinculadas con el consumo y no sólo con la recepción o no del MMN. Se halla así el trabajo de la MG en el seguimiento de las familias con niños en riesgo nutricional, y en brindar orientación directa a la MC, en los campos de nutrición y aprendizaje. Además, la MC en relación a la CP, cuando insiste en la entrega puntual del MMN, ocasionalmente brinda orientaciones sobre el consumo del MMN de los niños en el CCD. Las reuniones de capacitación dirigidas a las familias usuarias representan otra oportunidad de acompañamiento. Los miembros de los CG y CV realizan labores de motivación, reforzando la importancia del consumo del MMN, en su relación con las familias usuarias, pero de manera no estructurada. En el ámbito del SAF, las Facilitadoras son las que tienen el rol más claro de orientación a las CP, respecto al MMN. Sin embargo, sólo preguntan de manera sistemática si se recibió o no el MMN y si éste se ofrece o no; es decir, no profundizan en el plano del consumo efectivo. Además, se encontró que las Facilitadoras no siempre brindan indicaciones adecuadas respecto a la preparación del MMN, ni se encuentran en condiciones de absolver todas las preguntas y dificultades que plantea la CP. Asimismo, las sesiones de socialización e inter-aprendizaje constituyen espacios importantes de orientación, en los cuales se abordan y refuerzan las prácticas de cuidado y aprendizaje que el Servicio promueve.
- Los MMN son guardados en un lugar protegido y de forma apropiada, tanto en el hogar como en el SCD. En los CCD, a diferencia del hogar, la práctica de lavado de manos de las MC y los niños se observó en la mayoría de instancias.
- En cuanto al consumo, los resultados muestran que las CP, ya sea usuarias o no usuarias del SCD o SAF, que han recibido el MMN, por lo menos intentan dárselo a sus niños una vez. Sin embargo, una vez iniciado el consumo, aparecen las barreras de la ocurrencia de eventos no deseados (por ejemplo, diarreas o heces oscuras) y de la aceptabilidad. Superar las barreras depende en parte del acompañamiento que reciben, sea del PS o del PNCM.
- La preparación reportada por las CP y observada en casas, no necesariamente cumple con las indicaciones relacionadas a la cantidad de comida en la que se mezcla ni a la temperatura. Mientras que en el ámbito del SCD se observaron prácticas adecuadas para la preparación de la mezcla del MMN con la comida.

- En el ámbito del SCD no se encontraron situaciones donde se plantee la posibilidad de dar el MMN en la entre-comida de la mañana o de la tarde, en el caso que algún niño mostrara rechazo para comerlo durante el almuerzo y considerar otra preparación como mazamorra o fruta que sean de mayor gusto de los niños. Además, se observó que las MC, en su mayoría, mostraban una incorporación avanzada de estrategias de alimentación responsiva, animando a los niños a comer.
- Las opiniones y valoraciones favorables en torno al MMN, así como las negativas, inciden en las decisiones y prácticas de consumo del MMN. En cuanto a la valoración del MMN que atribuyen las CP, el PS, personal del PNCM y colaboradores voluntarios, se presentan las siguientes ideas-fuerza: a) su aporte en la prevención de la anemia, b) su contribución en el desarrollo integral de los niños (físico, cognitivo, emocional y social), c) la protección que brinda contra las enfermedades, d) y el aumento del valor nutricional de los alimentos. En cuanto a las opiniones críticas o negativas, estas se encontraron sólo en algunas CP y se relacionarían con los efectos secundarios que se atribuyen al MMN como diarreas, además de la falta de aceptabilidad por parte del niño.
- Por su parte, las opiniones sociales sobre el MMN que las CP y los actores involucrados en los Servicios recogen del entorno social en que se desenvuelven, se concentran en los efectos perjudiciales que se les atribuye (por ejemplo, diarreas y estreñimiento), el sabor y olor desagradable, el cuestionamiento a su eficacia, así como en la evidencia que el MMN es en ocasiones desechado.
- La información que se recoge de manera rutinaria con respecto al MMN dentro del sistema de salud, incluye fecha de entrega, número de dosis y cuántos sobres ha consumido el niño en el último mes (basado en el reporte de la madre). La tarjeta CRED de cada niño, la cual mantienen las madres, también incluye estos datos. La información que mantienen y pueden garantizar es de entrega de los MMN. Por su parte, en los ámbitos del SCD y SAF, se manejan diferentes tipos de información. En el SCD se registra el consumo del MMN dentro de los CCD junto con la asistencia, mientras que en el ámbito SAF, durante las visitas domiciliarias, las Facilitadoras preguntan si el MMN se consume o no y registran la respuesta. Por lo tanto, el SCD es la única instancia que maneja información relacionada al consumo efectivo, mientras que la información recogida en el CRED o por las Facilitadoras está basada en un reporte de consumo de la CP. Sin embargo, la información no se socializa adecuadamente, lo que podría beneficiar o reforzar las acciones locales para mayor uso y consumo de los MMN. La información en el sector salud va desde lo local hasta lo regional y central, pero no hay una retroalimentación orientada a su mayor uso en el sentido opuesto.

VI. RECOMENDACIONES

La capacitación no solo debería incidir en la transferencia de conocimientos, sino también en las habilidades de consejería y en cómo resolver problemas, respecto al consumo, que las CP presentan. Además de transmitir contenidos, los capacitadores necesitan manejar metodologías para capacitar a otros, incorporando metodologías de educación de adultos. Esto implica saber estructurar un evento de capacitación, organizarlo, planificarlo, diseñarlo, desarrollarlo y evaluarlo. Resulta evidente la necesidad de contar con material educativo para afianzar la metodología participativa e interactiva, así como seguir perfeccionando la coordinación intersectorial para desarrollar eventos de capacitación, aprovechando oportunidades y recursos. Mientras más fuentes de información tengan los actores sociales y se compartan los mismos mensajes, mejor será el resultado en conocimientos y sensibilización sobre el uso de los MMN.

Una herramienta que facilita la aceptación del MMN es la demostración práctica de su uso, así como probarlo en las capacitaciones, EESS y sesiones demostrativas. Estas sesiones deben ser

priorizadas, apoyadas y coordinadas en la medida de lo posible. Asimismo, se deben maximizar las oportunidades que tienen las facilitadoras durante sus visitas para reforzar lo acordado en la consejería, para lo que requerirán de capacitación y supervisión. Además, se deberá potenciar la práctica del PS en consejería referida a:

- Indagación sobre las dificultades que enfrenta la CP.
- Creación de un espacio de diálogo.
- Aseguramiento de la comprensión de las indicaciones.
- Articulación de recomendaciones que se brindan o alternativas que se discuten en base a la situación y posibilidades de la CP y el respectivo seguimiento y retroinformación que se brinda.
- Valoración y reconocimiento de las buenas prácticas y el compromiso de la CP, así como la importancia de la felicitación explícita.

Las responsabilidades del personal del CRED con respecto a la entrega, registro, consejería, capacitación y demostraciones asociadas al MMN son altamente concentradas, recargando el trabajo de algunos actores. Dada la cobertura limitada de CRED que se reporta en las regiones del estudio, es necesario contemplar otras posibilidades para aumentar la cobertura de la entrega del MMN. Así, por ejemplo, desarrollar estrategias para motivar la entrega de MMN a las MC por parte de las CP, creando espacios propicios para que las MC acompañen a las CP en este proceso. Considerar opciones para agilizar la entrega de MMN en los puestos de salud, para dar el mayor tiempo posible a la consejería, además de estrategias para la entrega de MMN en la comunidad, por medio de promotores o ACS.

Incrementar la responsabilidad de las facilitadoras en relación al uso de los MMN, permitiéndoles ir más allá de una simple pregunta, de modo que puedan ayudar a las CP en caso que experimenten problemas. Se deberá considerar un rol potencial para ellas en la verificación del consumo. Capacitar a las Facilitadoras con respecto al uso de los MMN, ya que muchas de las indicaciones se brindan a través de las CP. De la misma manera, fortalecer la legitimidad del trabajo de la Facilitadora a nivel comunal. Asimismo, potenciar el rol de la MC y/o MG, formalizando sus oportunidades de dar orientación durante sus visitas a niños en riesgo o durante encuentros con las CP en el CCD.

En el SCD, considerar la posibilidad de dar el MMN en la entre-comida de la mañana o la tarde, en preparaciones de mayor aceptabilidad de los niños y en los momentos cuando tienen más apetito, sobre todo en el caso que algún niño haya mostrado rechazo para comerlo con el segundo o con la comida salada.

Reconocer que el periodo de la alimentación complementaria es una etapa de aprendizaje cuando los niños se encuentran en el proceso de acostumbrarse a diferentes alimentos, preparaciones, consistencias, texturas y sabores, están desarrollando sus preferencias y hay mucha variabilidad en el apetito. Estos elementos son reflejados en su aceptación de las comidas, incluso las preparaciones con el MMN. Por ello, es necesario ayudar a los cuidadores de los niños a buscar alternativas que favorezcan su consumo. Las Facilitadoras conocen las condiciones de almacenamiento de los MMN y podrían brindar indicaciones para su mejor cuidado y preservación.

- Considerando la valoración y opiniones encontradas por parte de las CP con respecto a los MMN, se recomienda que durante la consejería y el acompañamiento: Se resalte la importancia de los beneficios del MMN, particularmente aquellas ideas fuerza que se proyectan en el largo plazo, como la protección que brindan contra las enfermedades, el desarrollo cognitivo de los niños y las niñas y su vinculación con el éxito escolar. De esta manera se contrarrestarán las expectativas de efectos inmediatos negativos. Se precisa establecer estrategias que permitan revertir los factores de rechazo como el sabor y el olor, y afianzar que se trata de un producto sin tales atributos si se encuentra bien preparado.
- Se brinde una explicación clara sobre los posibles efectos no deseados, pero, sobre todo, su interpretación y cómo tratarlos.
- Se insista en la importancia del lavado de manos

Resulta primordial capacitar al personal de los puestos de salud para que puedan utilizar datos agregados o llevar a cabo análisis con los datos que se encuentran en el sistema de información, y así poder manipular información consolidada y retroalimentar sus actividades.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACH/UNICEF 2013. Sondeo Cualitativo valoraciones, saberes y experiencias en el consumo del suplemento con multimicronutrientes en los departamentos de Ayacucho, Apurímac, y Huancavelica. Una mirada alternativa a partir de técnicas cualitativas e interpretaciones de imágenes. Marzo 2013. http://www.accioncontraelhambre.org/files/images/informes/portada/Peru/portada_sondeo_cualitativo.JPG
2. Adu-Afarwuah S., Lartey A., Brown K.H., Zlotkin S., Briend A. & Dewey K. (2008). Home fortification of complementary foods with micronutrient supplements is well accepted and has positive effects on infant iron status in Ghana. *Am J Clin Nutr* 87, 929-938.
3. Alcazar 2012. Impacto económico de la anemia en el Perú. GRADE, ACH.
4. Bartolini R. 2014. "¿Cómo se da la consejería sobre multinutrientes y cómo es la práctica de su preparación en las cuidador principal y cuidadoras? Comprensión de su desarrollo y propuesta de medidas educativo comunicacionales para mejorar la aceptación del producto". Informe presentado al Gobierno Regional de Lambayeque en el marco del Proyecto "Mejoramiento de los Servicios de Promoción y Prevención del Cuidado Integral de la Madre-Niño, en los distritos de Mórrope, Salas, Incahuasi y Cañaris".
5. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2013 June, pp15-39.
6. Cardoso MA, Augusto RA, Bortolini GA, Oliveira CS, Tietzman DC, Sequeira LA, Hadler MC, Peixoto Mdo R, Muniz PT, Vitolo MR, Lira PI, Jaime PC; ENFAC Working Group. Effect of Providing Multiple Micronutrients in Powder through Primary Healthcare on Anemia in Young Brazilian Children: A Multicentre Pragmatic Controlled Trial. *PLoS One*. 2016 Mar 14; 11(3):e0151097.
7. Creed-Kanashiro, et al. Línea de Base Nutricional Perú, ISSANDES, IIN, CIP. 2014.
8. Creed-Kanashiro H, Bartolini R, Abad, M, Arevalo V. 2015. Promoting multi-micronutrient powders (MNP) in Peru: acceptance by caregivers and role of health personnel. *Matern Child Nutr*. 2016 Jan; 12(1): 152-63. doi: 10.1111/mcn.12217. EPub 2015 Nov1.
9. De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleser S, Peña-Rosas JP. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. Sep 7; (9):CD008959.
10. Dewey K.G., Yang Z. & Boy E. (2009). Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods. *Maternal & Child Nutrition* 5(4): 283–321.
11. ENDES INEI. 2015. Principales Indicadores de los Programas Presupuestales 2015.
12. Geltman P.L., Hironaka L.K., Mehta S.D., Padilla P., Rodrigues P., Meyers A.F., et al.(2009). Iron supplementation of low-income infants: a randomized clinical trial of adherence with fumarate sprinkles versus ferrous sulfate drops. *J Pediatr*154:738-43.
13. Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca J. (2015). 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* vol.32 n.3 Lima Jul. /Sep. 2015
14. Huamán-Espino L, Aparco JP, Nuñez-Robles E, Gonzáles E, Pillaca J, Mayta-Tristán P. 2012. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *RevPeruMedExp Salud Publica* vol.29n.3 Lima.
15. Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Matern Child Nutr*. 2013 Sep; 9 Suppl 2:69-82. doi: 10.1111/mcn.12088.
16. Kaosar Afsana, Mohammad Raisul Haque, Shafinaz Sobhan, Shaima Arjuman Shahin (2014). BRAC's experience in scaling-up MNP in Bangladesh. *Asia Pac J Clin Nutr*;23(3):377-384
17. López-Flores F, Neufeld, LM, Sotres-Álvarez, D; García-Guerra A, Ramakrishnan, U. 2012. Compliance to micronutrient supplementation in children 3 to 24 months of age from a semi-rural community in Mexico. *Salud pública Méx* vol.54 n.5.
18. MIDIS 2015. Tablero de control para la prevención de la anemia. Documento en construcción.

19. MINSA/DGSP, 2016. Directiva Sanitaria N°068, V.01. Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con multimicronutrientes y hierro en niñas y niños menores de tres años.
20. MINSA/DGSP, 2014. Directiva Sanitaria N°056, V.01. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses.
21. MINSA, INS, CENAN, 2012. “Informe de resultados de la ingesta de energía y otros nutrientes en niños de 6 a 35 meses de edad según MONIN 2008-2010” Lima.
22. MINSA 2014. <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2014/04/Lucia-Solis-Situacion-de-Salud-y-Nutricion-Materno-Infantil-en-el-Peru.pdf>
23. Menon P., Ruel M.T., Loechl C.U., Arimond M., Habicht J.P., Pelto G., et al. 2007. Micronutrient Sprinkles reduce anemia among 9- to 24-mo-old children when delivered through and integrated health and nutrition program in rural Haiti. *J Nutr.*137:1023-1030.
24. Munayco CV, Ulloa-Rea ME, Medina-Osis J, Lozano-Revollar CR, Tejada V, Castro-Salazar C, Munarriz-Villafuerte J, De Bustos C, Arias L. 2013. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* vol.30 no.2 Lima
25. OMS 2009. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.
26. OPS Perú. 2012. Informe Técnico: Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas 2012.
27. PAHO/OMS 2003. Guiding principles for complementary feeding the breastfed child.
28. Rah JH, dePee S, Kraemer K, Steiger G, Bloem MW, Spiegel P, Wilkinson C, Bilukha O. Program experience with micronutrient powders and current evidence. *J Nutr.* 2012 Jan; 142(1):191S-6S. doi: 10.3945/jn.111.140004. Epub 2011 Nov 30. Review.
29. Scaling up nutrition 2015. <http://www.care.org.pe/wp-content/uploads/2015/06/ANALISIS-DEL-EXITO-EN-LA-LUCHA-CONTRA-LA-DESNUTRICION-ESPANOL-INGLES1.pdf>.
30. SPRING. 2015. Micronutrient Powders Consultation: Lessons Learned for Operational Guidance—Meeting Report. Arlington, VA: Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) project.
31. Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. *Matern Child Nutr.* 2013. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Suppl* 2:27-45. doi: 10.1111/mcn.12088.
32. Suchdev PS, Ruth LJ, Woodruff BA, Mbakaya C, Mandava U, Flores-Ayala R, Jefferds ME, Quick R. Selling Sprinkles micronutrient powder reduces anemia, iron deficiency, and vitamin A deficiency in young children in Western Kenya: a cluster-randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2012 May; 95(5):1223-30.
33. UNICEF-CDC. 2011. Global Assessment of Home Fortification Interventions, Geneva: Home Fortification Technical Advisory Group, 2013 -<http://hftag.gainhealth.org/resources/global-assessment-home-fortification-interventions-2011#sthash.aFrd4qm6.dpuf>
34. Victora CG, Adair L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet* 2008, volumen 371, Issue 9609, 340-357.
35. WHO. 2011. Guidelines: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/guideline_mnp_infants_children/en/index.html
36. WHO, WFP, UNICEF 2006. http://www.unicef.org/nutrition/files/Joint_Statement_Micronutrients_March_2006.pdf
37. Zavaleta N, Loza D, Egoavil P, Sanchez J, Mosqueira R, Harding K, Neufeld L. 2013. Efficacy of daily and intermittent supplementation with micronutrient powders during 6 and 12 months on anemia in Peruvian infants. ICN Abstract PO1135, IUNS, Granada 2013.
38. Zlotkin SH, Schauer C, Christofides A, Sharieff W, Tondeur MC, Hyder SM. Micronutrient sprinkles to control childhood anaemia. *PLoS Med.* 2005 Jan; 2(1):e1.