

## Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país<sup>1</sup>

DOCUMENTO  
DE POLÍTICA



### Resumen

El objetivo del estudio fue explorar y describir los conocimientos, percepciones y prácticas de actores locales respecto a los Multimicronutrientes (MMN) en niños de 06 a 36 meses de edad en Piura, Huancavelica y Ucayali. El estudio fue cualitativo, en cada región se seleccionaron 2 provincias y en cada provincia un distrito con Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), Servicio de Cuidado Diurno (SCD) o ambos. Se aplicaron 181 entrevistas, 7 grupos focales, 17 entrevistas de salida y 53 observaciones. Los actores considerados por el estudio incluyen: a) cuidadores principales, b) madres cuidadoras del SCD del PNCM, c) facilitadores del SAF del PNCM, d) equipo técnico del PNCM, e) profesionales y técnicos de salud, f) líderes comunitarios, g) agentes comunitarios de salud y h) autoridades del gobierno local.

Entre los principales resultados se halló que la primera barrera es la ocurrencia de eventos no deseados (diarreas o heces oscuras) seguida de la aceptabilidad. En cuanto a la valoración del MMN que atribuyen las Cuidadoras Principales (CP), Personal de Salud (PS), personal del PNCM y colaboradores voluntarios, se presentan como 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 relacionadas con los efectos secundarios que se atribuyen al MMN. También se observó deficiencias en la

consejería: es expositiva, se enfoca en lo que tiene que hacer la CP, no recoge la situación familiar ni patrones de alimentación, y no presta atención a las dificultades ni alternativas en la alimentación del niño con el MMN.

### Recomendaciones

- Incorporar metodologías de educación de adultos y metodologías de capacitación para los capacitadores, adicionales a la consejería, que sirve básicamente para la transferencia de conocimientos y resolver problemas respecto al consumo de los MMN.
- Afianzar la metodología interactiva y participativa con el uso de material educativo acorde para tal fin, y seguir perfeccionando la coordinación intersectorial para desarrollar eventos de capacitación, aprovechando oportunidades y recursos. Una herramienta que facilita la aceptación del MMN es la demostración práctica de su uso, así como probarlo en las capacitaciones, Establecimientos de Salud (EESS) y sesiones demostrativas.
- Capacitar y supervisar a las facilitadoras, para que durante sus visitas se maximicen las oportunidades de reforzar lo acordado en la consejería.

<sup>1</sup> Este documento ha sido elaborado por la Dirección General de Seguimiento y Evaluación (DGSE) del MIDIS en base al estudio "Consumo de multimicronutrientes en niñas y niños entre 06 y 36 meses de edad en tres regiones del país" de julio de 2016, encargado por la DGSE al Instituto de Investigación Nutricional.



## 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.

Los MMN, evaluados en nuestro país desde el año 2007, son introducidos como norma para aminorar la anemia en el 2013. Su consumo 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 en que el niño consiga estos MMN en forma oportuna y adecuada. Para entender los procesos y actividades relacionados al consumo de MMN es necesario obtener información de los diferentes actores involucrados, identificando los aspectos facilitadores y las barreras que puedan intervenir en distintos niveles: hogar, comunidad, Establecimientos de Salud (EESS) y distrito o región.

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.

## 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. Los actores considerados por el estudio incluyen: a) cuidadores principales de niños entre los 6 y 36 meses de edad, b) Madres Cuidadoras (MC) 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.

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 del MIDIS (Dirección General de Seguimiento y Evaluación-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 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. 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 de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED); b) para la dimensión de la práctica cotidiana: observaciones semi-participantes del momento de comer en los Centros de Cuidado Diurno (CCD), en los hogares con niños entre 6 a menos de 36 meses, así como en la atención del CRED para apreciar la entrega del mensaje y consejería sobre el MMN, y en las visitas a familias de las facilitadoras del SAF. 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<sup>2</sup>. 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.

La dimensión “Consumo y aceptabilidad del MMN”, tanto a nivel del hogar como del CCD, se define como el eje central del proceso de análisis. En torno a esta dimensión se articulan y organizan las otras dimensiones involucradas: 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.



<sup>1</sup> NVivo es un software utilizado para la investigación con métodos cualitativos y mixtos. Está diseñado para ayudar a organizar, analizar y encontrar perspectivas en datos no estructurados o cualitativos, como: entrevistas, respuestas de encuestas con preguntas abiertas, artículos, contenido de las redes sociales y la web.



## Resultados

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio de manera integrada:

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, siendo el punto de inicio la difusión de los contenidos de la norma técnica nacional sobre suplementación con el MMN, por parte del MINSA. A medida que esta norma ha tenido modificaciones y adecuaciones a nivel regional, a lo largo de los últimos años, es crucial su difusión y aprendizaje a nivel regional y local.

La capacitación sobre el MMN a nivel del personal de cada Unidad Territorial (UT) del 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 esta capacitación funcione, se asume que cada participante en un taller de capacitación realizará una sesión de réplica en el establecimiento de salud de donde proviene. En el caso de la UT del PNCM, se cuenta con los acompañantes técnicos o acompañantes comunitarios, según sea el caso, y estos a su vez, con los colaboradores voluntarios a su cargo.

Este modelo de capacitación muestra debilidades pues no necesariamente llega a cumplirse, al depender del desempeño y compromiso de cada participante que recibió la capacitación. Además, no se evidencia un mecanismo de supervisión que lo verifique, 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 Comités de Gestión (CG) involucrados, se encontraron algunos profesionales de salud, Acompañantes Comunitarios (AC), Acompañantes Técnicos (AT) y colaboradores voluntarios, que no recibieron réplicas ni capacitaciones organizadas.

Es notable la ausencia, para ambos públicos, de capacitaciones para desarrollar las habilidades de consejería, diálogo y resolución de situaciones y problemas que las cuidadoras principales presentan respecto al consumo del MMN, incluyendo buscar alternativas para su consumo. Esto indica que no se viene trabajando con un enfoque basado en la educación de adultos, que afiance el aprendizaje desde la práctica, las motivaciones, y trascienda el nivel de transmisión de los conocimientos como eje de capacitación. Además, resulta evidente la carencia de material educativo para afianzar la metodología participativa e interactiva, que se evidencia como útil y eficiente, desde el ejercicio de las sesiones demostrativas.

A nivel del sistema de salud, las responsabilidades relacionadas al MMN se concentran principalmente en el personal de CRED y nutrición, 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, sin incluir el diálogo sobre la solución a 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 el CRED, así como las entrevistas a Cuidadoras Principales (CP).

A nivel de Micro-Red, Red y Dirección Regional de Salud (DIRESA), el personal de salud es responsable de consolidar datos que provienen de los centros de salud y reportarlos al nivel superior. Dentro del SCD, las Madres Cuidadoras, Madres Guías (MG) 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 conjuntamente con la asistencia, por lo que pueden verificar el consumo, lo que ningún otro actor dentro del proceso puede hacer. Además, refuerzan la recepción y entrega del MMN, al promover la asistencia puntual al CRED.

El proceso de entrega en algunos establecimientos de salud tiene varios pasos: reciben la receta para los MMN en el 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 CP como por el PS del CRED. Según lo observado en este estudio, las orientaciones dadas durante la consejería suelen ser muy generales e incompletas.

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 quiere recibirlos. Por lo tanto, la entrega en muchos casos no corresponde a un consumo efectivo. Se presentan casos en los que frente a la insistencia del PS para que lo reciban, las CP los aceptan, pero llegando a sus casas simplemente lo guardan, y cuando constatan que la fecha de vencimiento ha pasado, los desechan.

La recepción y entrega de MMN están relacionadas a la consejería. Las observaciones y entrevistas llevadas a cabo en este estudio, muestran que la relación entre el PS y la CP tiende a ser directiva y no permite un diálogo fluido. 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 comprobación que confirmen su comprensión.

Cuando los MMN han sido recibidos con la consejería correspondiente, se dan una serie de condiciones previas al consumo, dentro del hogar o en el ámbito del SCD. En el hogar, las CP identifican un lugar de almacenamiento para los mismos, que es principalmente en el cuarto (dormitorio) o en la cocina. Las condiciones que se consideran al momento de seleccionar el lugar de almacenamiento, y recomendado por el PS a las CP, incluyen: Lugar seco, fresco y lejos de una fuente de calor para que no cambien de sabor. Además, se recomienda mantenerlos fuera del alcance de los niños.

El análisis muestra que las CP, 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 seguir las instrucciones y consejos del PS, a pesar que no tenga muy claro todo lo que involucra. Una vez iniciado el consumo del MMN, la primera barrera es 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); y el acompañamiento efectivo que tenga (si le ayudan a entender que es algo pasajero, o si le han indicado el estado de las heces



después de la ingesta del MMN, o si es parte del proceso de adaptación).

El momento del almuerzo es el momento de la jornada, exclusivo para ofrecer el MMN. Según la reflexión, tanto de las MC de los CCD, 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 haya planteado 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).

Uno de los aspectos que se considera de gran impacto en su consumo, se refiere a las opiniones y valoración de los MMN. Tanto las representaciones y prácticas favorables, como las negativas en torno al MMN, inciden en las decisiones y prácticas en su consumo. En cuanto a la valoración del MMN por parte de las CP, se presentan las siguientes ideas fuerza: 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, y Potencian el desarrollo cognitivo y emocional.

Otras valoraciones menos recurrentes aluden a sus efectos positivos en el apetito y al atributo favorable de contar con un producto valioso y gratuito. 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 solo en algunas CP 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.



Por su parte, el PS, personal del PNCM y colaboradores voluntarios plantean las siguientes ideas fuerza, 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 (físico, cognitivo, emocional y social), la protección que brindan contra las enfermedades, mejorando la salud de los niños, y 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 CP, 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.

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 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 PS, concuerdan que la única forma de verificar el consumo es a través de visitas domiciliarias, que no es posible realizar a todos los niños. A pesar 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.

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 PS no necesariamente tiene el tiempo de llenar toda la información en los distintos formatos (por ejemplo, Sistema de Información del Estado Nutricional del Niño-SIEN, tarjeta CRED, etc.) repercutiendo en la calidad de la información.

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 el 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 CP 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 MMN (cuántos sobres se han consumido en una semana) basado en los datos que recogen.

El PS 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.

## Conclusiones

- La capacitación sobre MMN al PS utiliza el modelo de cascada, e incluye la difusión de la norma vigente, 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 la comprensión y manejo. Las capacitaciones no incluyen habilidades de consejería o como atender las dudas, dificultades y alternativas a conversar con las CP.
- Los conocimientos relacionados al MMN se plantean en tres áreas principales: su preparación (incluye dosificación y frecuencia, separación en una porción de comida, consistencia de preparación, temperatura, y tiempo entre preparación y consumo), sus componentes (hierro y vitaminas), y posibles efectos negativos (diarreas y estreñimiento).
- La consejería que se lleva a cabo con la entrega no es óptima, por falta de tiempo del personal de salud, alta rotación y falta de experiencia; y 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. 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, sus patrones de alimentación, y no presta atención a las dificultades ni posibilidades o alternativas en la alimentación del niño con el MMN.
- En cuanto al consumo, los resultados muestran que las CP, usuarias o no usuarias del SCD o SAF, que han recibido el MMN, intentan dárselo a sus niños por lo menos 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. Superarlas, depende de alguna manera del acompañamiento que reciben, sea del personal de salud o del PNCM.
- Tanto las opiniones y valoraciones favorables como las negativas en torno al MMN, inciden en las decisiones y prácticas de su consumo. En cuanto a la valoración del MMN, 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 relacionarían con los



efectos secundarios que se atribuyen al MMN, tales como diarreas y la falta de aceptabilidad por parte del niño.

- La información que se recoge de manera rutinaria con respecto a 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. Por lo tanto, la información que mantienen y pueden garantizar es de entrega de los MMN. 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.

## Conclusiones

Incidir en las habilidades de consejería y en cómo resolver problemas, no solo en la transferencia de conocimientos respecto al consumo. 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. Se necesita 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. 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.

- 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 en consejería del PS, referida a: 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, Seguimiento y retroinformación que se brinda, Valoración y reconocimiento de las buenas prácticas y el compromiso de la CP.

Contemplar otras posibilidades para aumentar la cobertura de la entrega del MMN, dada la cobertura limitada de la provisión en los CRED. Las responsabilidades del personal de CRED con respecto a la entrega, registro, consejería, capacitación y demostraciones asociadas al MMN son altamente concentradas, recargando el trabajo de algunos actores. Ayudaría 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 Agentes Comunitarios de Salud (ACS).

- 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.

- Resaltar, durante la consejería y el acompañamiento, la importancia de los beneficios del MMN, como la protección que brindan contra las enfermedades, el desarrollo cognitivo de los niños y las niñas y su vinculación con el éxito escolar, considerando la valoración y opiniones encontradas por parte de las CP con respecto a los MMN.
- Se precisa establecer estrategias que permitan revertir los factores de rechazo como el sabor y el olor, y afianzar que el producto no tiene tales atributos si se encuentra bien preparado. Se recomienda brindar una explicación clara sobre los posibles efectos no deseados, pero sobre todo, su interpretación y cómo tratarlos.

