

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**GESTIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DE
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS
REGIÓN - JUNÍN; 2014 -2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD DE ENFERMERÍA**

HAYDEE MARIA QUISPE DELGADO

Haydee M. Quispe Delgado

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 309

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2217-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
3.1 Recolección de Datos	18
3.2 Experiencia Profesional	18
3.3 Procesos Realizados del Informe	19
IV. RESULTADOS	22
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	35
VII. REFERENCIALES	36
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica es el retraso en el crecimiento de los niños menores de 5 años, la niña o el niño NO alcanza la talla esperada para su edad; uno de los órganos que más se afecta por la desnutrición es el cerebro, a partir de los 36 meses esta situación es irreversible y es la causa de transmisión intergeneracional de la malnutrición, pobreza y subdesarrollo⁽¹⁾; en este contexto, el presente informe laboral titulado: “GESTIÓN DE ENFERMERIA PARA LA REDUCCION DE DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN MENORES DE CINCO AÑOS REGION - JUNIN; 2014 -2016”, tiene como propósito informar las acciones que se realizó desde la coordinación de la etapa de vida niño en el ámbito de la Región Junín.

El presente trabajo permitió abordar la problemática a través del modelo de atención integral de salud de la niña y el niño teniendo como pilares los componentes de organización, prestación, gestión y financiamiento. Es así que el presente informe consta de 7 capítulos

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La desnutrición crónica infantil es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad correspondiente, lo que afecta también el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social. Según la OMS, en América Latina, la desnutrición crónica infantil del 2011 al 2015 se ha reducido en 8,2 puntos porcentuales, de 19,5% a 11,3% de niños menores de 5 años sufre de desnutrición crónica infantil, aunado a ello se hallan las condiciones económicas, sociales y culturales que limitan el crecimiento y desarrollo adecuados del niño; sobre todo en las áreas rurales, poniendo en riesgo la salud del niño (2). En Perú, en el mismo periodo, se estima que se han reducido 10 puntos porcentuales, de 24.4 a 14,4% de menores de cinco años presenta déficit de talla para la edad; es decir, no han logrado su potencial de crecimiento debido a limitaciones en la ingesta de alimentos y el acceso a cuidados pertinentes; que, entre otras consecuencias, dan lugar a una alta prevalencia de infecciones. A nivel de la región, en Junín la desnutrición crónica infantil del 2010 al 2016 ha disminuido en 10,6 puntos porcentuales, de 30.4% a 20.5% y del 2015 al 2016 se ha incrementado en 1 punto porcentual, de 19.8% a 20.5% lo que nos indica que su comportamiento es fluctuante, pese a no llegar al porcentaje esperado para 2015 (18.5%), aún nos encontramos por encima del promedio nacional; en relación a zonas geográficas, el resultado en Junín es similar al resto de regiones con mayor porcentaje en zonas rurales pobres y de extrema pobreza.

Es necesario tener en cuenta que uno de los órganos que afecta la DCI es el cerebro, a partir de los 36 meses esta situación es irreversible, ocasionando además una transmisión intergeneracional de la malnutrición, la pobreza y el sub desarrollo. En el Perú, así como en la región Junín, la DCI empieza a establecerse a partir del cuarto mes de edad, cuando la leche materna se hace insuficiente, por lo que es necesario intervención externa para prevenir este daño, esta debe ser desde antes de la concepción a través de la planificación familiar con consejerías y durante la etapa pre natal con la administración de suplementación de ácido fólico y hierro, la alimentación complementaria en la gestante y los otros servicios que se establecen para la madre con el fin de garantizar un buen inicio del niño; es decir, que el niño nazca con un buen peso y a término y garantizar el parto institucional a través del plan de parto; para garantizar, posteriormente, el contacto piel a piel y la lactancia materna en la primera hora de nacimiento y, por ende, asegurar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y, desde el periodo neonatal hasta los 36 meses, consolidar la promoción y educación en prácticas saludables, consejería de lactancia materna y alimentación complementaria con sesiones demostrativas, lavado de manos, vacunas, suplementación con multimicronutrientes, vitamina A, Hierro y Zinc, tratamiento de enfermedades prevalentes en niños: diarreas agudas, disentería y neumonía; complementación alimentaria y, en este contexto, es clave el control de Crecimiento y Desarrollo - CRED toda vez que esta actividad es parte del conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero(a) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades,

facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades⁽³⁾. En la región Junín, para que el mencionado planteamiento se cumpla fue necesario implementar, como parte de gestión de enfermería, el modelo de atención integral de salud de la niña y el niño, modelo que el Ministerio de Salud ha señalado como uno de los lineamientos fundamentales para el periodo 2002 - 2012 considerando dentro de este modelo los componentes de organización (redes, sistema de referencia y contra referencia), prestación (provisión de un conjunto de cuidados esenciales articulados en un paquete de servicios brindados en el CRED), gestión (planificación, programación, asistencia técnica, supervisión y evaluación), y financiamiento (RO- PPR, DT).

Es así como surge las siguientes interrogantes ¿Cuál es la gestión de enfermería que debe de realizarse para lograr la reducción de la DCI en niños menores de cinco años de la región Junín?

1.2 Objetivos:

Describir la gestión de enfermería en "reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años en la Región Junín 2014 - 2016"

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar la gestión de enfermería que se realizó para la reducción de la desnutrición crónica infantil en menores de cinco años de la región Junín 2014-2016; de esta manera, vamos a orientar a los profesionales de enfermería, revalorar la gestión de enfermería en la

reducción de DCI y, por ende, en la contribución en la reducción de la pobreza en el país.

Justificación teórica:

El presente trabajo busca contrastar la aplicación de la teoría planteada en este documento con la aplicación en la Gestión De Enfermería Para La Reducción De Desnutrición Crónica Infantil En Menores De Cinco Años Región - Junín;

Justificación Metodológica:

El presente trabajo permitirá mejorar la gestión para reducir la desnutrición crónica infantil en el ámbito de la región, toda vez que las herramientas utilizadas para la intervención sean de utilidad para los profesionales de enfermería en otras intervenciones sanitarias

Justificación Práctica:

A través de los resultados obtenidos se propicia la formulación de estrategias para una adecuada intervención de enfermería en la gestión sanitaria,

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Reyes J., Gallegos J., en el 2012, estudiaron “La desnutrición Infantil: Población rural del programa oportunidades México”. Con el objetivo de evaluar el perfil nutricional y factores de riesgo de niños desnutridos menores de cinco años adscritos al programa “Oportunidades” en una localidad rural de San Luis Potosí, México. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, en una muestra de 55 familias con hijos menores de cinco años, con diagnóstico de desnutrición de primer y segundo grado, adscritas al núcleo básico del centro de salud en una localidad rural del Municipio de Villa de Reyes, San Luis Potosí. Los factores de riesgo los obtuvieron mediante una encuesta sociodemográficos, perinatales y de características alimentarias. Los resultados muestran que de las 35 familias con 47 niños seleccionadas aleatoriamente el 66% tenían un hijo desnutrido y el 34% 2 hijos desnutridos, de los cuales 20 eran de sexo femenino (42,5%) y 27 de sexo masculino (57,5%). Se observó que la desnutrición inició en el primer año de vida en las niñas en el 80% y en los niños en el 62,9% de acuerdo con los casos por género. En los factores sociodemográficos, la vivienda es habitada el 60% por una familia, el 28,5% por dos familias, y el 11,5% de 3 ó más familias. El 74,2% cuentan con servicios intradomiciliarios de agua potable y el 82,9% no cuenta con drenaje, el 97,1% de las madres realizan labores en el hogar. Los ingresos se distribuyen en alimentación el 94,2% y el 2,9% para vestido y salud; el 57,2% de las madres tenían 15 a 19 años al momento de su nacimiento de su primer hijo ⁽⁴⁾. Con respecto a la alimentación, el 60% de los niños inició su alimentación complementaria después de los 6 meses de edad.

El tipo de alimentos consumidos durante el día son cereales como el maíz, tortillas, el trigo, pan y galletas industrializadas. Sólo un 4,2% consumen frutas y las verduras no consumen. En conclusión, la población estudiada posee características de marginación social, como su extracción rural y baja percepción salarial, familias con baja instrucción y sin concluir la primaria completa, con una posición ocupacional de jornaleros rurales, peones de campo, que laboran en actividades primarias y de construcción, las cuales son características asociadas a la pobreza y desnutrición. ⁽⁵⁾

Nieto B., Suarez M., en el 2010, investigaron "Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe - Apopa, San Salvador", cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente ⁽⁶⁾ de los niños menores de 5 años que son tratados en la clínica comunal Guadalupe-Apopa (Instituto Salvadoreño del Seguro Social) de enero a junio de 2010. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en 24 niños entre 0-5 años que fueron llevados a su control de niño sano en la Clínica Comunal Guadalupe-Apopa y eran tratados por desnutrición leve subsecuente, recibían tratamiento y no presentaban mejoría en su estado nutricional. Los resultados fueron: La edad de los niños y niñas con desnutrición leve subsecuente estuvo centrada en los menores de 2 años (33.3%); y la mayoría pertenecen al sexo masculino (54%). El 42% de familias de niños y niñas con desnutrición leve subsecuente tenían un hijo, el 38% dos hijos, 16% tres hijos y 4% más de 4 hijos. Con relación a las condiciones de vida, se encontró que eran deficitarias; con respecto al tipo de vivienda el 79% tenían vivienda mixta, 13% vivienda de adobe, el 8% vivienda de lámina, el 82% tenían de 1 a 2 habitaciones y la mayoría de familias tenían de 4 a 6 miembros; el 92% aseguró tener agua y electricidad, y el resto no contestó; el 87 % dijo tener solamente electricidad y el 13% dijo carecer de esta ⁽⁷⁾. El 71%

de la población aseguró tener un ambiente para comer, mientras que el 29% dijo que no poseía un lugar para comer. La mitad de las familias (50%) tenían un ingreso económico de \$200 a \$300, de lo cual se le asigna a la alimentación entre \$5 a \$200. De las 24 familias el 25% de niños prefirió frutas, el 38% vegetales, el 38% dijo darle al niño verduras. El 38% del total dijo incluir en su alimentación verduras y otro 38% incorporo algún tipo de grasa en la alimentación del niño, el 100% prefirió panes y cereales, evidenciándose con ello una alimentación basada fundamentalmente en el consumo de carbohidratos. Al evaluar la frecuencia de alimentación de los niños/as un 29% se alimenta menos de cuatro veces, un 33% cuatro veces, el 21% partes iguales y el (8%) más de seis y ocho veces. El 46% de los niños recibieron leche materna complementaria, 42% recibieron lactancia materna exclusiva, y un 12% no recibió lactancia, según lo expresado por las personas entrevistadas; el 62% de las madres manifestaron que a los 6 meses edad dieron inicio a la alimentación de sus niños y niñas, un 13% a los 7 y 8 meses respectivamente, de igual manera un 8% expresó que le proporcionó alimentos al niño/a de 4 meses y el 4% a los 5 meses. En conclusión, las condiciones de vida en que viven los niños y niñas con desnutrición leve subsecuente son deficientes repercutiendo en la situación de Desnutrición Leve Subsecuente que presentan los niños y niñas. ⁽⁸⁾

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Córdova R, Novoa F. En el año 2006, realizó un estudio sobre “Factores socio culturales – económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años, de Salud Santa Teresita, Sullana”. Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, cuyo objetivo principal fue establecer la relación entre los factores socioculturales – económicos con la desnutrición en niños de 1 a 4 años del Centro de Salud Teresita en el año 2006. ⁽⁹⁾ Los resultados que se obtuvo fue que el 49.45% de los niños presentaban desnutrición leve, el 28,57% tenían

un grado de desnutrición moderada y el 21.98% tenían desnutrición severa. En conclusión, la mayoría de los niños de 1 a 4 años presenta un grado de desnutrición según el porcentaje indicado. (10)

LIMA – PERÚ 2015

Los autores Patricia Azaña, Torreblanca Miriam Rojo Silva en su tesis titulada “Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito de Masisea, Ucayali Bases para propuesta de estrategias” realizaron un estudio de caso, de orden cualitativo, el objetivo fue identificar y analizar cuáles son los factores relacionados a la articulación, entre funcionarios municipales y el personal de salud, que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil - DCI en el Distrito de Masisea (Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali) entre los años 2011-2013, concluyeron que el porcentaje de presupuesto destinado a la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Programa Articulado Nutricional entre el 2011 y 2013 no sobrepasó el 1.0% en el distrito de Masisea lo que indica lo poco prioritario que resulta el tema para el gobierno municipal. Asimismo, el PI no contempla un mecanismo de fiscalización del uso de los incentivos ni medidas que aseguren su uso para la reducción de la DCI y la rendición de cuentas correspondiente. Una de las evidencias de la presente investigación es la constatación de un problema estructural del sector salud, que es la escasez del personal, ello determina que el personal tenga a su cargo múltiples funciones e impida cumplir de manera adecuada con sus responsabilidades. Si a esto se aúna la alta rotación del personal de salud, entonces se configura una situación adversa para el fortalecimiento de capacidades en general. El acceso a capacitación sobre aquella iniciativa es de grado medio, pues si bien es cierto que un 75% recibieron capacitación y permanecen en sus cargos, no se

realizan seguimientos y actividades de supervisión a los capacitados y a la iniciativa en ningún nivel. Los problemas para acceder a las capacitaciones son la falta de tiempo y la carga de trabajo ocasionado por la escasez de personal y falta de financiamiento. Para superar estos problemas, los entrevistados sugieren aumentar el personal en el CS y el PS, incrementar el financiamiento para mejorar la logística, contar con movilidad para desplazamientos al puesto de salud para monitorear y supervisar la implementación del CPVC. El nivel de participación de los actores involucrados en la implementación del CPVC es bajo. Por otro lado, la participación de los agentes comunitarios de salud está basada en el voluntariado, por lo que va a ser necesario la implementación de incentivos no monetarios para promover su participación. Asimismo, la información cualitativa revela que la participación de la población aún es baja. El análisis de la información permite afirmar que el grado de valoración de los actores respecto al funcionamiento del CPVC es bajo. La mayoría de los entrevistados perciben que el funcionamiento del CPVC sí favorece a la población y a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI, siempre y cuando esté bien implementado. Los problemas percibidos para la implementación del CPVC son: escasa participación del gobierno municipal, financiamiento insuficiente, falta de personal de salud y de ACS para implementar las actividades, falta de capacidades, falta de seguimiento y supervisión por parte del sector salud en todos los niveles.

DURAND D. en su tesis titulada, "Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao- Perú-2008". Llegó a la conclusión de que la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimientos de medio a bajo y sus hijos presentaron algún tipo de alteración nutricional. Al establecer la relación mediante la prueba Chi

cuadrado, se aceptó la hipótesis de investigación, determinándose que existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional de los preescolares. (11)

2.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

En el distrito de Chilca, provincia de Huancayo 2007 la autora Tejada Aguirre, Catherine Milagros en la monografía titulada “Factores que condicionan el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en las madres de los comités del programa vaso de leche del distrito de Chilca de abril a junio del 2007” planteó como objetivo de su trabajo conocer cuáles son los factores que condicionan el incumplimiento de la Lactancia Materna Exclusiva en las Madres de los Comités del Programa Vaso de Leche del Distrito de Chilca de abril a junio del año 2007, llegando a las siguientes conclusiones: los factores que condicionan el incumplimiento de la Lactancia Materna Exclusiva en las madres de los comités del programa de Vaso de Leche del Distrito de Chilca son la falta de orientación acerca de la Lactancia Materna Exclusiva, falta del control prenatal y la posible de deficiencia del control prenatal. A través de la investigación realizada se pudo determinar que el factor más importante que condiciona el incumplimiento de la Lactancia materna Exclusiva en las madres de los Comités del Programa de Vaso de Leche del distrito de Chilca, es la falta de orientación acerca de la Lactancia Materna Exclusiva, que se encuentra representada la muestra de 133 madres por un 42%, de las cuales aún sin haber recibido orientación, el 45% aplican la Lactancia Materna Exclusiva por múltiples razones las que presumimos sean: estereotipos, roles de género, instinto, amor de la madre hacia su hijo, entre otros. Las enfermedades más frecuentes que se presentan en niños menores de un año según los datos obtenidos por la investigación realizada son las infecciones respiratorias agudas (49%), enfermedades diarreicas agudas (42%) y otras enfermedades (9%). (12)

Poma Santos Juan Carlos en su tesis titulada "Prácticas alimentarias de las madres relacionadas con el estado nutricional de pre escolar en el puesto de salud de Huacrapuquio-2014". Llegó a la conclusión de que las prácticas alimentarias no saludables de las niñas y niños preescolares, que se atienden en el puesto de salud de Huacrapuquio, se presenta en un 37,14%. El estado nutricional que predomina en las niñas y niños preescolares que se atienden en el puesto de salud de Huacrapuquio es normal según la talla para la edad representando el 77, 14%. El estado nutricional según la talla para la edad de las niñas y niños preescolares que se atienden en el puesto de salud con talla baja es de 22,86%. (13)

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

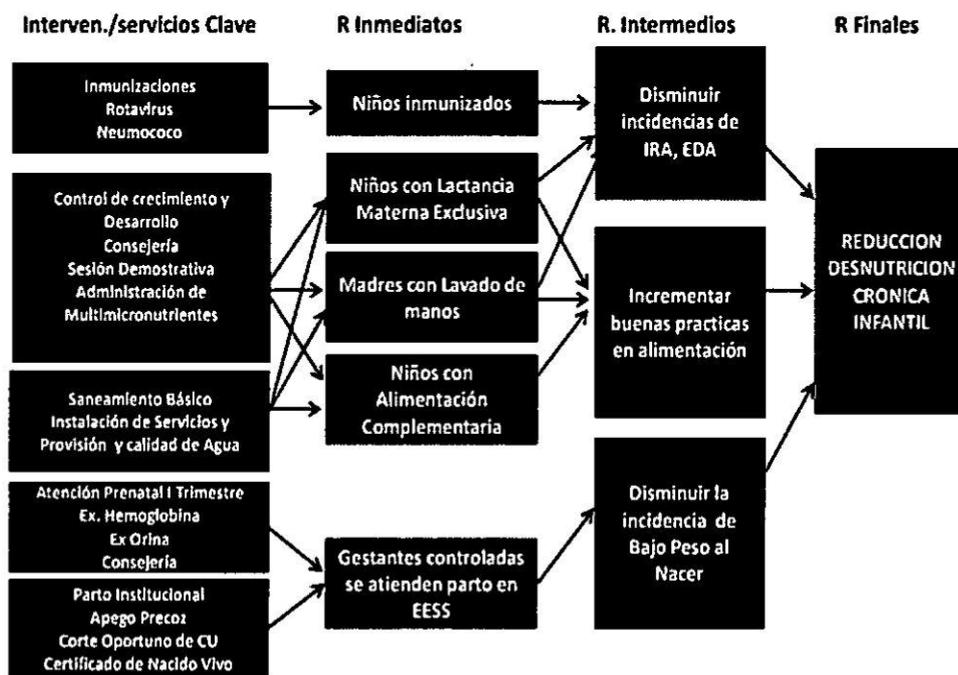
Desnutrición crónica infantil: La UNICEF define a la desnutrición crónica infantil como el retraso en el crecimiento de los niños menores de cinco años. La niña o el niño no alcanzó la talla esperada para su edad; así mismo, afirma que uno de los órganos que se afecta es el cerebro.

La OMS define a la desnutrición crónica infantil como el estado en el cual niños y niñas tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia, refleja efectos acumulados de ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes además de episodios repetidos de enfermedades. Lo considerado como un indicador de carencias estructurales en la sociedad. (...)

CAUSAS DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

Es necesario conocer las causas de desnutrición crónica infantil los cuales según la OPS son las altas incidencias de infecciones respiratorias agudas y en las enfermedades diarreicas agudas, la inadecuada alimentación y las inadecuadas condiciones de nacimiento como es el caso de la prematuridad y bajo peso al nacer en entre otras, conociendo estas causas se plantean intervenciones según el marco lógico causal que se presenta a continuación

Intervenciones clave en el marco del Modelo Lógico Causal



Las intervenciones claves son las inmunizaciones sobre todo de neumococo y rota virus que favorecen en la reduccion de las IRAS Y EDAS, el control de crecimiento y desarrollo en el cual se vigila al niño su crecimiento y desarrollo

y se brinda consejería en función a los factores de riesgo detectados en el control CRED, así mismo si consideramos la atención del niño en el continuo es necesario intervenir en la etapa prenatal a través de la atención de la gestante, y otra intervención importante en la atención del parto con el corte oportuno del cordón umbilical, lactancia materna precoz, contacto piel a piel intervención primordiales para garantizar la adherencia de la lactancia materna y garantizar las reservas de hemoglobina hasta los seis meses de edad.

Otra teoría a tomar en cuenta es la atención integral, con sus componentes de organización, prestación, gestión y financiamiento

Financiamiento: La atención integral de la niña y el niño tienen como fuentes de financiamiento los recursos ordinarios (PPR) recursos directamente recaudados (RDR), donaciones y transferencias (SIS), cooperación externa y presupuesto que los gobiernos locales y regionales asignen para este fin.

Control de Crecimiento y Desarrollo: Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero(a) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos. Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **DESNUTRICION CRÓNICA INFANTIL:** Estado en el cual niños y niñas tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia, refleja efectos acumulados de ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes, además de episodios repetidos de enfermedades. Lo considerado como un indicador de carencias estructurales en la sociedad
- **ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO** Es la provisión continua y con calidad de servicios orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los niños en el contexto de su familia y comunidad, con la finalidad de contribuir a elevar su calidad de vida como base para el desarrollo del país.
- **COMPONENTES DE ATENCION INTEGRAL:** Organización, prestación, gestión y financiamiento.
- **Organización:** proceso de la organización de la demanda y la oferta para la atención del niño.
- **Prestación:** Provisión de un conjunto de cuidados esenciales articulados y ordenados en paquetes de servicios orientados a mantener, promover, prevenir y recuperar la salud de niñas y niños correspondientes a su edad, estas se proveen de manera individual o colectiva a través de la oferte fija o móvil.
- **Gestión:** Comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios. Forma parte de este componente la Planificación y Programación, la Asistencia Técnica, el Monitoreo y la Evaluación.

- **Financiamiento.** La atención integral de la niña y el niño tienen como fuentes de financiamiento los recursos ordinarios (PPR) recursos directamente recaudados (RDR), donaciones y transferencias (SIS), cooperación externa y presupuesto que los gobiernos local y regional asignen para este fin.
- La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos,³ para obtener como producto final la salud.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la ejecución del presente informe de experiencia laboral se realizó la recolección de datos de ENDES 2012 al 2016

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia como enfermera inicia en el año 1988 haciendo el Servicio Urbano Marginal - SERUMS, en el Puesto de Salud "San Bendito" Cañete - IPSS donde tuve la oportunidad de realizar actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades por espacio de un año. En el año 1989 continuo con mi experiencia profesional en la empresa privada CENTROMIN Perú hasta el noviembre del año 1992 realizando labor de asistencial, luego continuo mi experiencia laboral en el sector salud ingresando a laborar a la UTES el Carmen C.S. Jarpa en diciembre del 1992 en el cual labore por espacio de un año realizando labor preventiva y promocional a cargo de la jefatura del C.S. y de todos los programas preventivo promocionales, el año 1993 fui transferida al C.S. Chupaca hasta el año 2002 en el cual inicialmente estuve a cargo de la estrategia de Inmunizaciones, de vigilancia epidemiológica, posteriormente a cargo de la jefatura de enfermería, coordinadora de salud del escolar, el año 2003 en calidad de destaque pasé a laborar al hospital el Carmen en el servicio de medicina hasta el año 2004 y desde el año 2005 a octubre del 2014 en la DIRESA Junín a cargo de la dirección de servicios de salud, 2008 en la coordinación de la estrategia de Inmunizaciones y a partir del año 2009 hasta noviembre 2014 a cargo de la coordinación de la etapa de vida niño y de

diciembre 2014 a diciembre 2016 en el Ministerio de Salud como Asesor de Enlace Regional, y de enero 2017 a la fecha en la Dirección Regional Junín a cargo de la coordinación de la etapa de vida niño y acuerdos de gestión.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Durante mi experiencia profesional en el marco del modelo de atención integral se organizó la oferta de los servicios, con mucha dificultad se delimitó las redes y micro redes de la región Junín quedando estas organizadas en 6 redes y 26 micro redes con un total de 437 EESS estas fueron organizadas tomando en cuenta la red vial, los corredores sociales funcional y administrativamente; también, los criterios técnicos de accesibilidad, cobertura poblacional, características de la demanda, de la oferta de los servicios, demarcación político administrativo con el objetivo de asegurar un flujo eficiente de recursos destinados a la producción de servicios, contribuir en la descentralización administrativa y financiera de los servicios, también de organizar y adecuar la oferta a la demanda de los servicios de salud. A1

Después de la delimitación de las redes y micro redes se categorizó los EESS; el cual consistió en determinar los tipos de establecimientos que comparten características funciones y niveles de complejidad comunes que representa la capacidad resolutoria cualitativa del establecimiento de salud; es así como de los 437 EESS 2 hospitales Categoría II-2, 5 EESS categoría II-1, 6 EESS I-4, 16 EESS I-3, 63 EESS categoría I-2 y 345-EESS I-1

y con muchas limitaciones de logística y recursos humano se organizó el sistema de referencia y contra referencia, en los años 2005, 2006 de la región Junín a fin de garantizar la continuidad de la atención. A2 Así mismo, entre los años 2009 -2010 con la introducción de la programación de presupuesto por resultados- programa articulado nutricional – PAN el MEF asigna presupuesto para el PAN y entre otros para el producto niño con

CRED COMPLETO para su edad, es así que se incrementa el número de recursos humanos para la atención de la niña y el niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo designado un tiempo promedio de 45 minutos por niño a fin de que se brinde el paquete completo de atención integral del niño en forma individual y colectiva.

INTERVENCIONES INDIVIDUALES: Control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, estimulación temprana, consejería nutricional, suplementación con micronutrientes, atención de enfermedades prevalentes, Visitas domiciliarias

INTERVENCIONES COLECTIVAS: Sesiones educativas, sesiones demostrativas, trabajo con autoridades, trabajo con agentes comunitarios, estas a través de la Dirección de Promoción de la Salud; para el cumplimiento de estas intervenciones Individuales a nivel de la DIRESAJ se presentó el sustento técnico al MINSA para la dotación de equipos según el fondo de inversión en equipamiento para la atención del niño A3; además de esta gestión las redes dotaron de equipos con el presupuesto RO-PPR.

Contando con los insumos críticos antes mencionados, la DIRESA elaboró un plan de fortalecimiento de competencias en temas de control de crecimiento y desarrollo del niño con el enfoque de atención integral del niño en el marco del Proceso de atención de enfermería PAE , los instrumentos utilizados fueron: historias clínicas, carnet de atención integral del niño, registro FUA, HIS, registro de seguimiento; así mismo, se fortalecieron las competencias en atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia – AIEPI con el fin de que los médicos y enfermeras atiendan a niños, no solo por motivo de consulta, sino también en forma integral y así lograr control o reducción de la IRAS, las EDAS y sobre todo se reduzca las complicaciones de estos daños sobre todo las neumonías y diarreas graves. Otra capacitación que se realizó

fue de lactancia materna considerando que uno de los factores de riesgo para la desnutrición y anemia es la alimentación; también se capacitó sobre atención inmediata del recién nacido a fin de que el personal de salud interiorice acerca de la importancia del corte oportuno del cordón umbilical, lactancia materna en la primera hora del nacimiento, el contacto piel a piel, el abrigo del niño. A4

Gestión: Se implementaron los procesos gerenciales que permitieron brindar un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados sanitarios. Parte de este componente la Planificación y Programación (de metas), estuvo conformado también por la Asistencia Técnica para la programación de meta física, Monitoreo de cumplimiento de actividades, supervisión para monitorear el desempeño del personal a cargo de la atención del CRED y la Evaluación de logros a través de los indicadores trazadores. A5

Financiamiento : Para el logro de las metas programadas el MEF transfirió la asignación presupuestal desde el 2010 a la fecha

Limitaciones

La presente intervención de gestión de enfermería para la reducción de la DCI tuvo como limitación la calidad de gasto de los recursos financieros

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 4.1

ORGANIZACIÓN DE REDES Y MICROREDES DIRESA JUNIN AÑO 2005

REDES	HOSP REG/ MICROREDES
	HOSPITAL F. MAYORCA S.
	TARMA
RED VALLE DEL MANTARO	CHUPACA
	CONCEPCION
	TAMBO
	CHILCA
	LA LIBERTADAD
	CANIPACO
	COMAS
	HOSPITAL F. MAYORCA S.
RED TARMA	TARMA
	PALCA
	ACOBAMBA
	HUASAHUASI
RED CHANCHAMAYO	HOSPITAL LA MERCED
	SAN LUIS DE SHUARO
	SAN RAMON
	PERENE
	PICHANAKI
SATIPO	HOSPITAL HIGA A.
	RIO NEGRO-SATIPO
	PUERTO OCOPA
	MAZAMARI
	PANGOA
JUNIN	HOSPITAL JUNIN
	JUNIN
	CARHUAMAYO
	ULCUMAYO
TOTAL	

RER.N° 250-2005-GR/JUNÍN/PR

En el cuadro N° 4.1 podemos observar que como parte de la gestión se organizó las redes y micro redes del ámbito de la región, quedo organizado en 2 hospitales regionales, 6 redes de salud y 26 micro redes estas últimas considerado como la unidad básica de gestión para la prestación de los servicios de salud.

Cuadro N° 4.2

**RESULTADOS DE LAS CATEGORIAS DE LOS EE.SS DIRESA JUNIN A
NOVIEMBRE DEL 2006**

Red	Numero De Establecimientos Según Categoría						Total
	II-2	II-1	I-4	I-3	I-2	I-1	
DIRESA	2						
VALLE DEL MANTARO	0	0	3	6	29	106	146
JAUJA	0	1	1	3	19	44	68
TARMA	0	1	0	2	5	46	54
CHANCHAMAYO	0	1	1	2	2	51	57
SATIPO	0	1	1	1	7	78	88
JUNIN	0	1	0	2	1	20	24
TOTAL	2	5	6	16	63	345	437

RD. N° 421-2005-DRSJ/OEGSRRHH (08/08/06) y

RD N° 562 y 563 -2006-DRSJ/OEGSRRHH (8,12 /09/06)

En el cuadro N° 4.2 se observa los resultados de la categorización de los establecimientos de salud con el que se determina la capacidad resolutive de los establecimientos de salud del ámbito de la región Junín para el año 2006, contando con 2 hospitales categoría II-2 Hospital Daniel Alcides Carrión y Hospital el Carmen Hospitales de referencia regional establecimientos de salud con especialidades adicionales a las especialidades básicas, (cardiología, endocrinología, cirugía pediátrica etc.) , 5 establecimientos de salud categoría II- 1, Hospitales Domingo Olavegoya, Félix Mayorca Soto de Tarma, Hospital la Merced, Hospital Higa Irakaki de Satipo y hospital Junín. Con capacidad resolutive de especialidades básicas (medicina general,

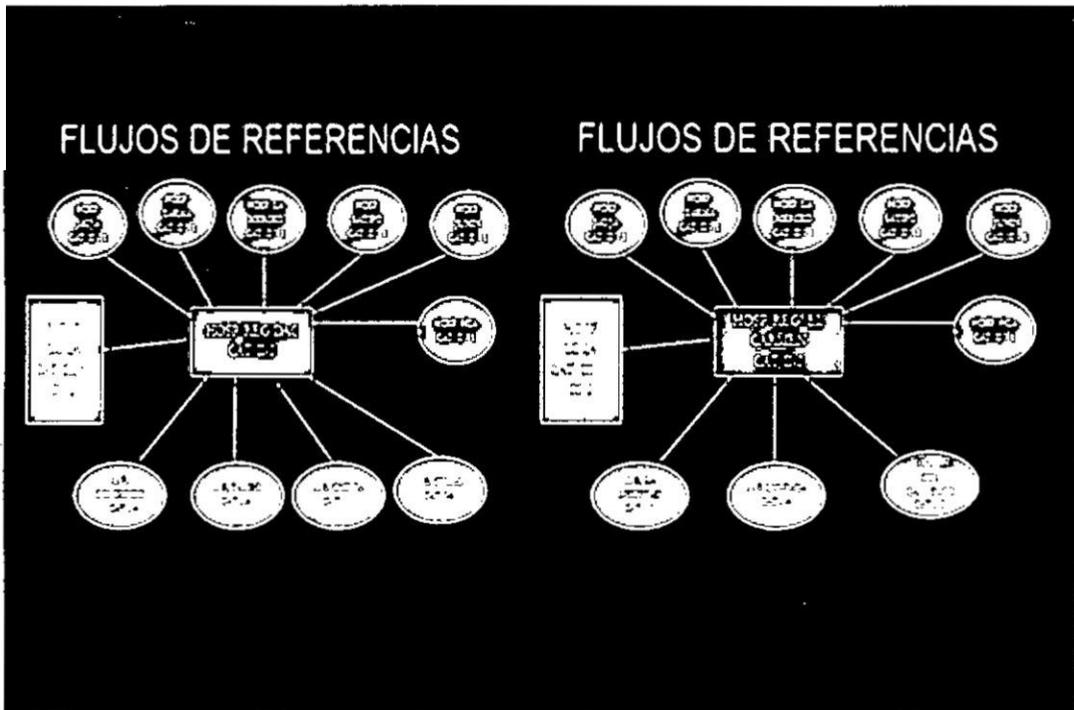
medicina interna, cirugía general, ginecología, anestesiología), 6 establecimientos de salud categoría I -4 C.S. Chupaca, C.S. La Oroya, C.S Acobamaba, C.S. San Ramón, Hospital Pichanaki, Hospital Pangoa; 16 establecimientos de salud categoría I-3 con capacidad resolutive de laboratorio, 63 establecimientos de salud categoría I-2 con capacidad resolutive de medicina general, y 345 establecimientos de salud a cargo de profesional no medico enfermería y/ obstetricia y en la mayoría de casos a cargo de técnicos de enfermería.

Esta categorización permitió definir el flujo de referencia y contra referencia de los pacientes de todo grupo atareo sobre todo de los niños, en el caso de mi coordinación. A la fecha esta categorización han sido modificados y no representan la realidad de la categoría

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CATEGORIA	MEDICINA (SI O NO)	CARDIOLOGÍA (SI O NO)	ENDOCRINOLOGÍA (SI O NO)	REUMATOLOGÍA (SI O NO)	GASTROENTEROLOGÍA (SI O NO)	NEUROLOGÍA (SI O NO)	SALUD MENTAL (SI O NO)	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN (SI O NO)	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES (SI O NO)	NEUMOLOGÍA (SI O NO)	ONCOLOGÍA MÉDICA (SI O NO)	GERIATRÍA (SI O NO)
HOSPITAL DOMINGO OLAVEGOYA	II - 1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
DE APOYO F. MAYORCA SOTO	II - 1	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
HOSPITAL LA MERCED	II-1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
HOSPITAL DE APOYO JUNIN	II - 1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
HOSPITAL HIGA ARAKAKI DE SA TIPO	II - 1	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
DE APOYO DANIEL ALCIDES CARRION	II - 2	SI	SI	SI	SI	SI	0	SI	0	0	SI	SI	0
EL CARMEN	II:2	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO

CUADRO N° 4.3

FLUJO DE REFERENCIA REGIONAL SEGÚN CAPACIDAD RESOLUTIVA DIRESA JUNÍN 2006



Fuente: DSS.DIRESAJ-2006

En el cuadro N° 4.3 se observa el flujo de referencia y contra referencia regional de los EESS según capacidad resolutiva siendo los establecimientos de referencia regional los hospitales Carmen Y Carrión que además de ser centros de referencia de los hospitales II-1 y EESS de la micro redes del valle de manta ron de la región son EESS de referencia de Huancavelica., a la fecha este flujo ha sido modificados por ser hospitales diferenciados.

CUADRO N° 4.4

IMPLEMENTACION CON EQUIPAMIENTO PARA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO CON FONDO DE INVERSION DE OPORTUNIDADES – FIO MINSA A NIVEL DE REDES DIRESA JUNIN -2012

REDES	Balanza para mayores 2 años	Tallimetro para menores de 2 años	set eval desarrollo	Hemoglobinometr o + insumos	Computadora + Impresora	Balanza para menores de 2 años (balanza neonatal digital)	Tallimetro para mayores de 2 años	set de sesiones demostrativas
VALLE DEL MANTARO	71	71	71	71	13	71	71	71
JAJJA	31	31	31	31	7	31	31	31
JUNIN	14	14	14	14	2	14	14	14
SATIPO	80	80	80	80	9	80	80	80
TARMA	8	8	8	8	1	8	8	8
TOTAL	204	204	204	204	32	204	204	204

Fuente. Coord. EVN – DIRESAJ

En el cuadro N° 4.4 se observa la implementación inicial de los equipos para la atención integral del niño el mismo que fue financiado por el MINSA previo sustento técnico de la coordinación de la EVN de la DIRESAJ el que fue financiado por el fondo de igualdad de oportunidades – FIO se beneficiaron 204 establecimientos de salud distribuidos en 5 redes de salud con balanzas y tallímetros para mayores de mayores de 2 años, balanzas y tallímetros para menores de 2 años, hemoglobinometro, set del desarrollo y set de sesiones demostrativas, con esta implementación se fortaleció el equipamiento de las redes antes mencionadas.

CUADRO N° 4.5

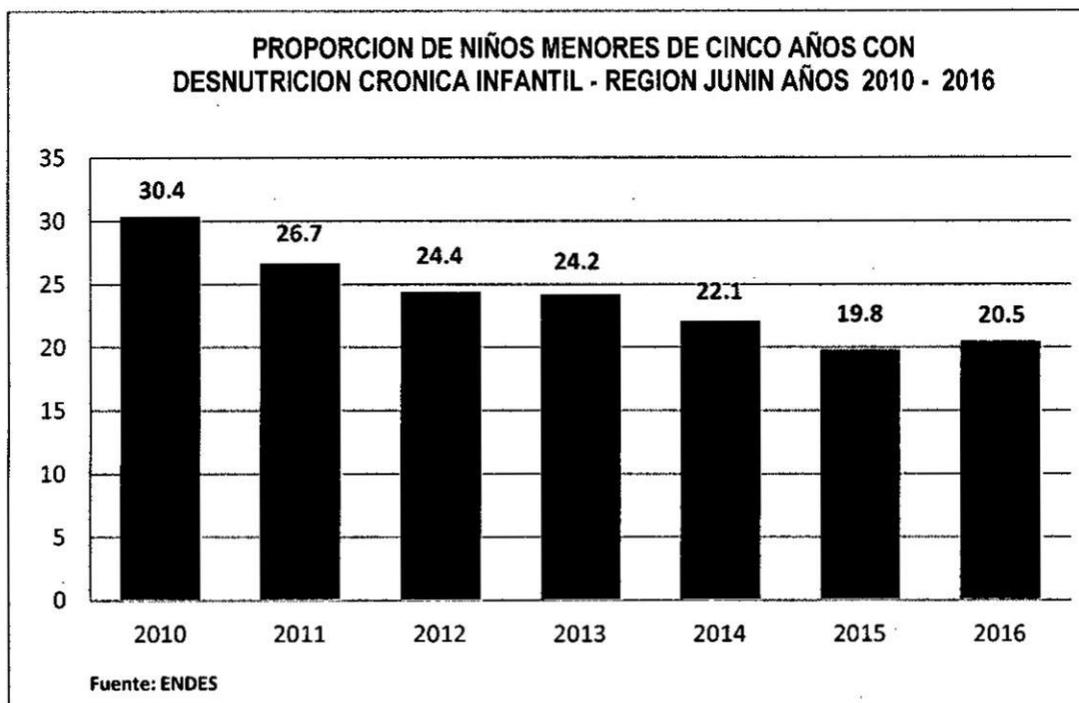
CAPACITACIONES REALIZADAS POR LA COORDINACION DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO DIRESA JUNIN - AÑOS 2010 -2014

REDES	N° DE PARTICIPANTES		TEMAS						
	SEDE Huancayo	descentralizados MR	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Valle del Mantaro	11	40	1.- Atención Integral de la niña y el niño. 2. manejo de instrumentos (Hh.ci ; Carnet de AIS Niño. FUA, HIS) 3. Programación PPR 4. Autopsia Verbal de neumonía	1.- AIEPI Clínico 2. Control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. 3. Evaluación del desarrollo con Tes abreviado peruano	1. Ayudando a respirar 2. Estimulación temprana	1. Atención de enfermedades prevalentes de la infancia . 2. Anemia y suplementación	1. AIEPI en el menor de cinco meses y AIEPI neonatal. 2. Actualización de sistema de registro HIS Y FUA 3. Factores de riesgo de la DCI Y anemia y su intervención	1. Control de crecimiento y desarrollo del Niño menor de Cinco años 2. atención integral del neonato.	1. Estrategias para reducir la desnutrición y anemia 2. Estrategias para reducir la mortalidad neonatal.
Jauja	5	30							
Tarma	6	25							
Chanchamayo	6	30							
Satipo	5	40							
Junín	4	20							
Hosp. El C	3	10							

COORD. EVN DIRESA JUNIN

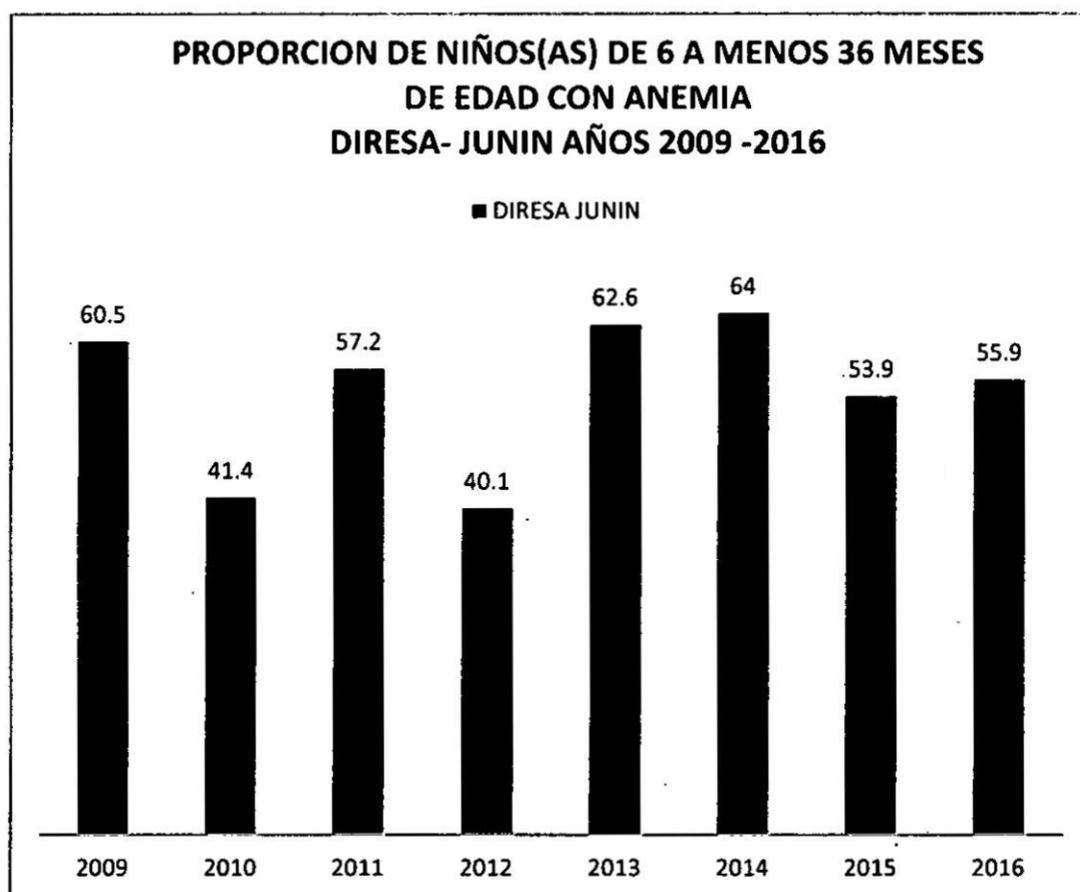
En el cuadro N° 5 se observa las capacitaciones realizadas desde el año 2010 al 2016, estas capacitación orientadas a fortalecer las competencias del personal a cargo de la atención integral de la niña y el niño del ámbito de la región, en el cual participaron coordinadoras de la etapa de vida niño de la redes y MR. Por tanto la enfermera es gestora de la organización del servicio al realizar estas actividades.

GRAFICO N° 4.1



En el gráfico N° 4.1 se observa el comportamiento de la desnutrición crónica infantil en la región Junín según ENDES el que ha descendido del 2010 a 2016 en 10 puntos porcentuales, este descenso ha sido en forma progresiva lo que nos indica que desde que se implementó la estrategia de presupuesto por resultados, la situación salud del niño expresado en el descenso de la DCI ha tenido logros, y este a futuro tienen un impacto en la capacidad cognitiva del niño y consecuentemente en la reducción de la pobreza en el país y por ende en la región Junín.

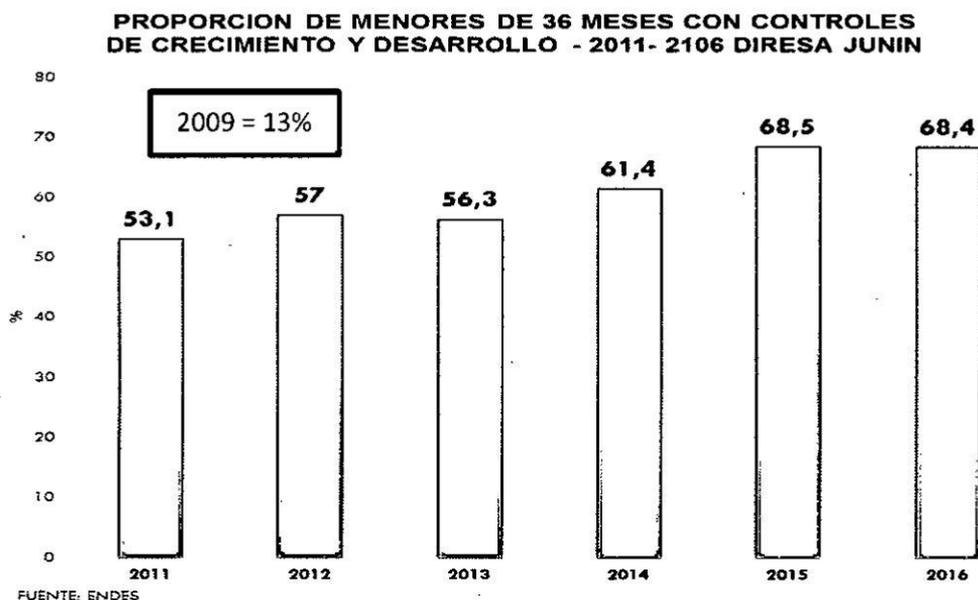
GRAFICO N° 4.2



Fuente: ENDES

En el gráfico N° 2 se observa que la anemia en menores de 36 meses del 2009 al 2016 ha tenido un descenso de 4.6 puntos porcentuales siendo su comportamiento inestable por varios factores como es el caso 2013,2014 por desabastecimiento de MMN e insuficiente recursos humanos para garantizar la adherencia al sulfato ferroso, y aún sigue siendo un problema de salud pública porque para el año 2016 se tiene que más del cincuenta por ciento de los niños menores de 36 meses tiene anemia.

GRAFICO N° 4.3



En el cuadro N° 3 se observa que el control de crecimiento y desarrollo del niño desde el 2009 que alcanzo el 13% al 2016 se ha incrementado en 55.4 puntos porcentuales y los 2 últimos años 2015,2016 se mantiene estable y con la proyección que este porcentaje subirá ligeramente los años que vienen salvo que se incremente el número de recursos humanos, el CRED es un proceso en el cual se sigue al niño en forma continua para evaluar su estado nutricional a través de la vigilancia su ganancia de peso y talla para la edad , e identificación de riesgo por el cual el niño no crece y no se desarrolla adecuadamente y este indicador de peso y talla determina el estado nutricional del niño

GRAFICO N° 4.4

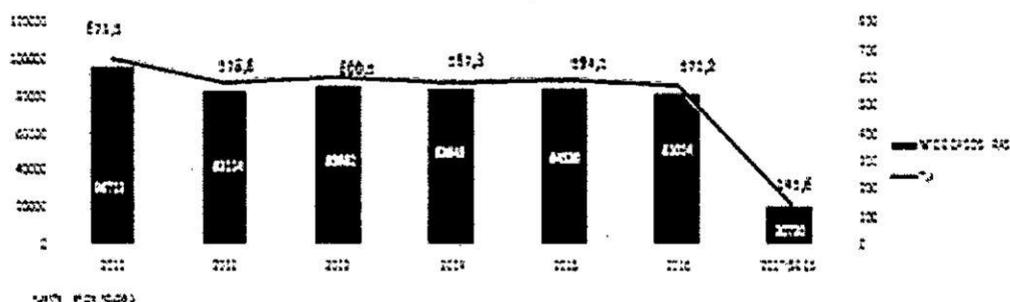


Fuente: ENDES

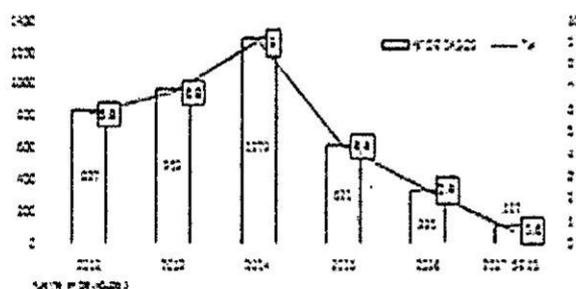
En el grafico N° 4.4 se observa el comportamiento de la lactancia materna exclusiva de los niños menores de 6 meses su comportamiento en el transcurso de los años es inestable esto se explica que la lactancia materna en la zona rural ha descendido mientras que en la zona urbana por situación laboral de la madre se ha incrementado, lo que preocupa toda vez que alimentar al niño con leche materna garantiza la protección de enfermedades prevalentes, nutrición e información

CUADRO N° 4.5

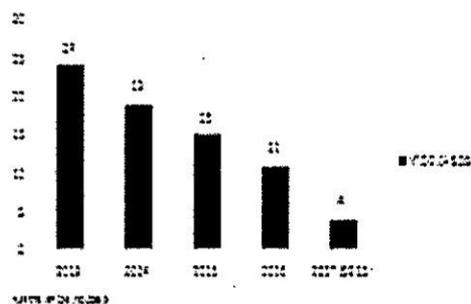
TENDENCIA DE CASOS DE IRAS POR AÑOS EN < 5 AÑOS, REGION JUNIN



TENDENCIA DE CASOS DE NEUMONIAS EN < 5 AÑOS POR AÑOS, REGION JUNIN



N° DE CASOS DE FALLECIMIENTOS POR NEUMONIA EN MENORES DE 5 AÑOS.



En el gráfico N° 4.5 que en el tiempo la IRAS – enfermedad prevalente de la infancia se encuentra en descenso, tal igual que sus complicaciones y de la misma forma las defunciones, lo que nos indica que las intervenciones realizadas en el CRED en la vacunación ha resultado favorable para la reducción de este daño.

V. CONCLUSIONES

1. A través de la gestión de enfermería a nivel de la Diresaj y la redes desde el año 2005 se ha organizado la demanda y la oferta para la prestación de los servicios en general sobre todo para la atención del binomio madre niño, a través de redes, categorización de los EESS y el flujo de referencia u contra referencia para garantizar la continuidad de la atención del niño
2. Así mismo por gestión de la enfermera fortaleció los servicios con equipamiento necesario para la atención del niño
3. También fortaleció competencias del personal de salud a cargo de la atención del niño con el enfoque de factores de riesgo para la reducción de la desnutrición crónica infantil.
4. Y los resultados que obtuvieron en cuanto a la atención del niño en el control de crecimiento y desarrollo en cuanto a cobertura este ha ido en incremento desde el 2009 al 2016 el incremento ha sido significativo, debiendo mejorar la calidad de atención en EL CRED.
5. La situación de salud del niño en estos años ha mejorado la DCI a disminuido considerablemente el 10 puntos porcentuales, mientras que la anemia sigue siendo un problema de salud pública porque sobrepasamos el 50% de niños con anemia y según la OMS si este grupo de la población se encuentra por encima de los 50% se asume que el 100% de la población cuenta con anemia.
6. Las IRAS y sus complicaciones están disminuyendo, así como la mortalidad por este daño, lo que nos indica que la desnutrición crónica en el ámbito de Junín si nos proyectamos al 2021 seguirá en descenso.

VI. RECOMENDACIONES

- Para una adecuada gestión de enfermería en la reducción de la desnutrición crónica infantil las redes y micro redes necesitan fortalecer su competencias de gestión a fin de mejorar los indicadores de estructura es decir garantizar la cantidad y calidad de equipos la dotación de recursos humanos para el adecuado control de crecimiento y desarrollo del niño, así mismo la organización de los servicios para garantizar la continuidad de la atención del niño, e indudablemente el fortalecimiento de competencias del personal a cargo de la atención del niño, toda vez que se incrementó la cobertura del control de crecimiento y desarrollo y la calidad es aún una deficiente.
- Después de 7 años de implementación del a atención integral del niño es necesario contar con instrumentos para evaluar el desempeño de la enfermera del área de crecimiento y desarrollo y así garantizar un CRED de calidad., que permite aplicar proceso de atención de enfermería PAE y que esta intervención repercuta en el adecuado cuidado del niño por parte de la mamá y por ende disminuyan los factores de riesgo de la desnutrición y así la labor dela enfermera en el CRED contribuya con la reducción de la DCI y por ende la pobreza en el país.
- También es necesario que se implementar estrategias e instrumentos para mejorarla calidad de gasto de los fondos que el MEF transfiere a las unidades ejecutoras para cumplir con el producto niño con CRED completo cuyo objetivo final es reducir la DCI anemia en el país por ende en JUNIN.

VIII. REFERENCIALES

1. UNICEF (2013) La desnutrición crónica infantil
2. Plan Nacional Para La Reducción De La Desnutrición Crónica Infantil Y La Prevención De La Anemia En El País 2014-2016.
3. Plan Nacional Para La Reducción De La Desnutrición Crónica Infantil Y La Prevención De La Anemia En El País 2014-2016
4. La Desnutrición Infantil: Población Rural Del Programa Oportunidades
5. La Desnutrición Infantil: Población Rural Del Programa Oportunidades
6. Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe. Período de enero-junio de 2010
7. Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe. Período de enero-junio de 2010
8. Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe. Período de enero-junio de 2010
9. Factores socio culturales - económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años. Centro de salud santa teresita Sullana – 2006
10. Factores socio culturales - económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años. Centro de salud santa teresita Sullana – 2006
11. Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao- Perú- 2008
12. Factores que condicionan el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en las madres de los comités del programa vaso de leche del distrito de Chilca de abril a junio del 2007

13. Prácticas alimentarias de las madres relacionadas con el estado nutricional de preescolares en el Puesto de Salud - Huacrapuquio - 2014
14. La desnutrición crónica infantil – UNICEF 2013
15. MARCO CONCEPTUAL SISTEMA DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
16. Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública. Enrique Ramalle Gomara-II Congreso Socinorte. San Sebastián, 25 y 26 de marzo 2010.
17. Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública Dr. Enrique Ramalle Gómara. Enfermero. Doctor en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefe de Sección de Información Sanitaria. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Gobierno de la Rioja.
18. Ministerio de Salud - Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país.

Otros Autores:

9. Asencio L, Muñoz K. Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de los preescolares según su alimentación en la guarderías “San Pablito” y “Mis primeros pasos” comuna San Pablo, Santa Elena. Rev. Académica de Investigación [Internet]. 2012 Citado el 16 de agosto 2014]. Disponible en <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/700/1/TESIS%20M ARITA%20ASENCIO%20Y%20KAREN%20MU%C3%91OZ.pdf>
8. Reyes J, Gallegos J. La desnutrición infantil: Población rural del programa oportunidades. Rev. Académica de Investigación [Internet]. 2012 (9):[alrededor de 23 p]. [Citado el 28 de enero 2013]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/09/rhgm.pdf>

10. Nieto B, Suarez M. Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la clínica comunal Guadalupe-Apopa .San Salvador[Internet] San Salvador 2010.[Citado el 01 julio 2013] Disponible en http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=127
11. Garcés T. Desnutrición crónica, incidencia en niños menores de cinco años atendidos en el hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda en el periodo 2007-2008, [Internet]. Riomba – Ecuador; Servicio de publicaciones e intercambio científico, Facultad de salud Pública – Ecuador; 2009.[Citado el 30 de Enero 2013]Disponible en: <http://www.dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/147/3/94T00049.pdf>
12. León A, Terry B, Quintana I. El estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República de Ecuador). [Internet].2009 Rev cubana Hig Epide.,vol. 49,n.1,pp 1561-3003 [Citado el 30 de julio2014].Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v47n1/hie03109.pdf>
- Córdova R, Novoa F. Factores socio culturales – económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años. De Salud Santa Teresita. Sullana. Tesis [Internet].2006:[Citado el 2 de julio de 2013].Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/6 .pdf>
- 15- Durand Pinedo M. Cybertesis UNMSM. [En línea].; 201 O [Fecha de acceso 24 de Octubre del 2014]. URL disponible en: http://1200.62.146.130/bitstream/cybertesis/254/1/durand_pd.Pdf
- Poma Santos Juan Carlos

BIBLIOGRAFÍA:

DURAND, D

- 2010 Tesis: Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao en el año 2008. Durand Pinedo, Diana Magaly. <
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/254>>
Búsqueda realizada 29/07/17

INFOBARÓMETRO DE LA PRIMERA INFANCIA

- 2012 DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL CRÓNICA. Inversión en la infancia Febrero 2012. Perú. <
http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/3_informe_desnutricion.pdf> Búsqueda realizada 29/07/17

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

- 2002 "Pobreza y desnutrición infantil". Prisma ONGD. Perú
<https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Pobreza_y_Desnutricion.pdf> Búsqueda realizada 29/07/17

MINISTERIO DE SALUD PERÚ

- 2010 Foro Nacional – Prioridades de intervención para disminuir la desnutrición crónica en 100 distritos del Perú con mayor número de niños desnutridos, Desnutrición Crónica Infantil y sus determinantes de riesgo”, Instituto Nacional de Salud, Lima Perú marzo 2010.
<http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/fer/prec_invt_cenan/Presentacion%20Desnutrici%C3%B3n%20Determinantes.pdf>
Búsqueda realizada 29/07/17.
- 2014 Documento técnico. “PLAN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN EL PAÍS 2014-2016”.
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/005_plan_reduccion.pdf> Búsqueda realizada 29/07/17
- 2014 “PLAN NACIONAL PARA CONTRIBUIR CON LA REDUCCIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y PREVENCIÓN DE ANEMIA EN MENORES DE 3 AÑOS EN EL PAIS. PERIODO 2014 – 2016”.
<<file:///C:/Users/PC0001/Downloads/PLAN%20PARA%20LA%20REDUCCION%20DE%20DCI%20Y%20ANEMIA%20PTADO.pdf>>
> Búsqueda realizada 29/07/17
- 2014 “PLAN NACIONAL PARA CONTRIBUIR CON LA REDUCCIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y PREVENCIÓN DE ANEMIA EN MENORES DE 3 AÑOS EN EL PAIS. PERIODO 2014 – 2016”.
<<file:///C:/Users/PC0001/Downloads/PLAN%20PARA%20LA%20REDUCCION%20DE%20DCI%20Y%20ANEMIA%20PTADO.pdf>>
> Búsqueda realizada 29/07/17

2015 Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud. Lima Perú 2015. <
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>> Búsqueda realizada 29/07/17

PUCP

2015 TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL. "Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito de Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias".<
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5934>> Búsqueda realizada 29/07/17

RAMALLE, G

2010 Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública. <
[http://www.socinorte.com/informa/attachments/donostia/Enfermeria%20salud%20publica Enrique%20Ramalle.pdf](http://www.socinorte.com/informa/attachments/donostia/Enfermeria%20salud%20publica%20Enrique%20Ramalle.pdf)> Búsqueda realizada 29/07/17

REYES, J

2010 LA DESNUTRICIÓN INFANTIL: POBLACIÓN RURAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES <
<http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/09/rhgm.html>> Búsqueda realizada 29/07/17

TEJADA, C

- 2007 Tesis titulada: "Factores que condicionan el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en las madres de los comités del programa vaso de leche del distrito de Chilca de abril a junio del 2007"- Huancayo Perú
<<http://www.monografias.com/trabajos73/factores-incumplimiento-lactancia-materna-exclusiva/factores-incumplimiento-lactancia-materna-exclusiva2.shtml>> Búsqueda realizada 29/07/17

UNICEF

- 2013 "La desnutrición crónica infantil. Noviembre 2013" PPT
<<file:///C:/Users/PC0001/Downloads/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>> Búsqueda realizada el 29/07/17

UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

- 2009 Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
Documento de discusión. Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Lima, diciembre 2009. <
<http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/1514>>
Búsqueda realizada 29/07/17.

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

- 2011 Tesis: FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO DE DESNUTRICION LEVE SUBSECUENTE EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA CLÍNICA COMUNAL GUADALUPE. PERÍODO DE ENERO-JUNIO DE 2010, EI

Salvador. Presentado por: Lic. Berta Elizabeth Nieto Avalos, Lic. Marta María Suárez Huezo.

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dV5kwWRdaSUJ:www.medicina.ues.edu.sv/index.php%3Foption%3Dom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D48%26Itemid%3D76+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe Búsqueda realizada 29/07/17.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

2016 Facultad de enfermería – Escuela Académico Profesional De Enfermería. TESIS “CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA NUTRICIÓN DEL LACTANTE. TRUJILLO-2015” Segura Moreno, Vásquez Celis. Trujillo 2016.
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5739/1685_SEGURA%20%20MORENO%20JANET%20KATERINE.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Búsqueda realizada 29/07/17.

USAID

2009 MARCO CONCEPTUAL SISTEMA DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. Perú. <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadw005.pdf> Búsqueda realizada 29/07/17.

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ

2014 Prácticas alimentarias de las madres relacionadas con el estado nutricional de preescolares en el Puesto de Salud - Huacrapuquio – 2014 <

<http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1077>> Búsqueda realizada 29/07/17

UNIVERSIDAD LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE

2007 FACTORES SOCIO CULTURALES - ECONOMICOS Y
DESNUTRICION EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS. CENTRO DE
SALUD SANTA TERESITA SULLANA – 2006
<https://es.scribd.com/document/223312415/Tesis-Sobre-Desnutricion-Infantil-01> Búsqueda realizada 29/07/17