



Guía operativa para la implementación del Programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia

Octubre de 2015



Guía operativa para la implementación del Programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia

Contenido

| | |
|--|--------------------------------------|
| Lista de siglas..... | 3 |
| Introducción | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. Antecedentes..... | 5 |
| Programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia-PPRAN | 5 |
| 2. Referentes operativos del programa | 11 |
| Etapa 1: Alistamiento y preparación para la implementación del programa | 13 |
| Etapa 2: Implementación de las atenciones priorizadas | 19 |
| Etapa 3: Seguimiento y evaluación a la implementación | 22 |
| Bibliografía | 31 |

Lista de siglas

| | |
|--------|---|
| AIEPI | Atención integral a las enfermedades prevalentes de la primera infancia |
| APS | Atención primaria en salud |
| CCF | Cajas de compensación familiar |
| CISAN | Comisión intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional |
| CODEMI | Comité de micronutrientes |
| CONPES | Consejo nacional de política económica y social |
| CPS | Consejo de política social |
| DTS | Direcciones territoriales de salud |
| EAPB | Empresas administradoras de planes de beneficio |
| ENSIN | Encuesta nacional de la situación nutricional |
| ESE | Empresa social del estado |
| FOSYGA | Fondo de solidaridad y garantías |
| IAP | Investigación, acción participativa |
| ICBF | Instituto colombiano de bienestar familiar |
| ICFES | Instituto colombiano de fomento para la educación superior |
| INS | Instituto nacional de salud |
| IPS | Institución prestadora de salud |
| IRN | Ingesta recomendada de nutrientes |
| MNP | Micronutrientes en polvo |
| MSPS | Ministerio de salud y protección social |
| ODM | Objetivos de desarrollo del milenio |
| OMS | Organización mundial de la salud |
| PDSP | Plan decenal de salud pública |
| PMA | Programa mundial de alimentos |
| PNPRAN | Programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional |
| POA | Plan operativo anual |
| POAI | Plan operativo anual de inversiones |
| POS | Plan obligatorio de salud |
| PSPIC | Plan de salud pública de intervenciones colectivas |
| RIA | Ruta integral de atenciones |
| RIPS | Registros individuales de prestación de servicios de salud |
| SAN | Seguridad alimentaria y nutricional |
| SGP | Sistema general de participaciones |
| SGSSS | Sistema general de seguridad social en salud |
| UNICEF | Fondo de las naciones unidas para la infancia |

INTRODUCCIÓN

La atención integral a la primera infancia “De Cero a Siempre”, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional, la Estrategia Nacional de prevención y control de las deficiencias de micronutrientes y la política integral de salud son el marco de política que orienta la fundamentación y desarrollo de este programa de carácter universal que responde a la alta prevalencia de anemia que caracteriza a la primera infancia colombiana y a las recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud; a la responsabilidad del Estado Colombiano con la niñez; y, la alta costo efectividad de intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones nutricionales de las niñas y niños que ha documentado la literatura.

Como resultado de la fase de diseño del programa y como insumo básico para el proceso de implementación se cuenta con el Lineamiento Técnico del Programa Nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional en niños y niñas de la primera infancia, que da cuenta del marco normativo, conceptual y técnico que soporta el programa desde la normatividad y la política, el desarrollo de la primera infancia, el análisis situacional de la anemia en la primera infancia en Colombia y las estrategias costo-efectivas dirigidas a la reducción y prevención de la anemia nutricional basadas en la evidencia.

Adicionalmente, surge la presente guía operativa del *Programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional en niñas y niños de en la primera infancia* con el propósito de orientar a los municipios y departamentos que se encuentran en proceso de implementación del programa (caso La Guajira y Bolívar) y ofrecer insumos técnicos a los departamentos (Nariño, Sucre, Chocó y Guainía) que inician el proceso de implementación del mismo.

Esta guía es producto de un proceso de discusiones técnicas y operativas entre diferentes áreas del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS y entre las Secretarías de salud departamentales que forman parte del piloto del programa. Incluye, lecciones aprendidas que van desde la formulación hasta el proceso de implementación del programa en los departamentos de Bolívar y La Guajira, así como los avances técnicos y operativos con los que el MSPS cuenta a la fecha.

Esta guía operativa se divide en tres partes así: la primera parte es una descripción breve del marco conceptual y político contenido en el documento técnico del programa, así como la definición del programa; en la segunda parte se describen las orientaciones operativas y metodológicas para la implementación del programa en el territorio, que van desde el alistamiento y preparación para la prestación del servicio, hasta el desarrollo de capacidades en temas propios de los componentes del programa -gestión de la política, gestión de ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, participación y movilización social y gestión de conocimiento-.

Finalmente, se presentan en el documento las orientaciones operativas para la garantía de las atenciones dando mayor desarrollo a la fortificación casera con micronutrientes en polvo - MNP, la cual es una atención innovadora en el marco de la atención integral que se garantiza a través de los servicios del sistema general de seguridad social en salud - SGSSS. De esta forma, incluye orientaciones operativas para el almacenamiento, distribución, entrega y seguimiento a la adherencia del micronutriente en polvo.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia-PPRAN

La anemia y en especial la anemia por deficiencia de hierro, es uno de los problemas de salud más frecuentes y extendidos, siendo la causa principal de anemia a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anemia es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y, por lo tanto, uno de los problemas de salud pública más graves a escala mundial. A pesar de las metas globales establecidas por las agencias de Naciones Unidas para la reducción de la anemia por deficiencia de hierro, ésta aún afecta aproximadamente un tercio de la población mundial, generando consecuencias importantes en la salud de las personas, el desarrollo infantil, capacidad y productividad de la población de países en desarrollo (Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention, 2007, p. 3)

En Colombia, la prevalencia de anemia en el grupo de edad comprendido entre los 6 y 59 meses de edad es de 27.9%, y específicamente, los grupos de edad 6 a 11 meses y el de 12 a 23 meses son los más afectados – 59.7% y 29%, respectivamente (ICBF, INS, Ministerio de la Protección Social, Profamilia, 2011, p. 164). Por tanto, la erradicación de la desnutrición en los niños y niñas de 0 a 59 meses y concretamente la decisión de intervenir las deficiencias de micronutrientes, especialmente la anemia en la primera infancia, es una prioridad del gobierno nacional claramente evidenciada, en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, en la Estrategia de atención integral a la primera infancia “De Cero a Siempre”, así como en la Política y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. De igual manera, en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional tiene como meta para el 2015 la reducción de la anemia en menores de 5 años en un 20%.

Es así, como el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, desde el año 2012, propuso el Programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional en los niños de 6 a 23 meses de edad en el marco de la política integral de salud articulando atenciones del plan obligatorio de salud POS y el plan de

intervenciones colectivas PIC y procesos de la gestión de la salud pública acompañado del fortalecimiento y desarrollo de capacidades individuales, institucionales y comunitarias de cada uno de los agentes del sector salud y del sector social responsables en las fases de diseño, implementación, seguimiento y evaluación.

a. Objetivos del programa

General

Prevenir y reducir la anemia nutricional en la primera infancia, con énfasis en los 1000 primeros días de vida.

Específicos

- Aplicar la ruta de promoción y mantenimiento de la salud durante la primera infancia, con énfasis en los mil primeros días de vida.
- Promover cambios en las concepciones y prácticas de la población relacionadas con la salud, la nutrición y la alimentación.
- Posicionar como una medida de salud pública la fortificación casera de alimentos con micronutrientes en polvo para incidir en la anemia nutricional en la primera infancia.

b. Población a la que va dirigido el programa

- Mujeres y hombres que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.
- Mujeres gestantes, la pareja o persona significativa y la familia.
- Las niñas y niños recién nacidos.
- Niñas y niños de un mes hasta los 59 meses de edad.
- Madres, padres y cuidadores primarios

c. Componentes del programa

Los elementos básicos por los cuales se configura el programa consideran inicialmente los insumos que fueron base para su diseño: marco normativo y de política, desarrollo y la primera infancia, reducción de la anemia nutricional basada en la evidencia, análisis situacional de la anemia nutricional. A partir del análisis de estos insumos se define la población objetivo del programa, los objetivos del mismo, así como la estrategia de intervención.

El programa cuenta con cuatro componentes transversales que hacen referencia a la gestión de la salud pública. Estos componentes son: i) Arquitectura institucional para la ejecución del programa que incluye la adecuación de la arquitectura institucional y la gestión inter e intrasectorial que se requiere para la puesta en marcha de la atención integral; ii) Prácticas y conocimientos en salud, alimentación y nutrición, cuyo centro es la participación social, la construcción de acuerdos y la sistematización de experiencias; iii) Desarrollo de capacidades, en las personas,

organizaciones y en las comunidades; iv) Monitoreo y evaluación a los objetivos y metas del programa, al acceso y a la atención integral que recibe cada niña y cada niño. La descripción completa de cada uno de los componentes del programa se puede consultar en el documento técnico del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia.

Ilustración 1. Elementos y componentes del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional



Fuente: Elaboración propia MinSalud, 2014.

d. Atenciones en las que profundiza el programa en la primera infancia: Ruta integral de atención a la primera infancia y Ruta de promoción y mantenimiento de la salud

La ruta integral de atención a la primera infancia RIA es un instrumento de política orientador a nivel intersectorial, que solicita de los distintos sectores, realizar ajustes institucionales para concretar la entrega de las atenciones que son de su competencia y de aquellas intersecciones que viabilizan una atención conjunta.

Es así que, el MSPS hoy cuenta con avances de política, técnicos y operativos. El más relevante de ellos es la **Política integral de salud**, establecida en la **Ley estatutaria 1751 de 2015**, la cual determina que el Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado basada en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, incluyendo la rehabilitación. Además, para la implementación de la política integral de salud es necesario aplicar los siguientes enfoques: **i)** atención primaria en salud (APS); **ii)** salud familiar y comunitaria, **iii)** articulación de las actividades individuales y colectivas y **iv)** enfoque poblacional y diferencial. El ordenador para la operación de la política es **la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida y las rutas de atención específicas por grupos de riesgos**, principalmente.

En ese sentido, el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional, se acoge a la política integral de salud y armoniza sus atenciones iniciales (20 atenciones priorizadas de la Ruta de Atención a la Primera Infancia) a la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

De un lado, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud ordena las atenciones del sector salud por **momentos de curso de la vida**: Primera infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Adulthood y Vejez; **Destinatarios**: Persona, Familia y Comunidad y **Entornos**: Hogar, Educativo, Laboral, Comunitario e Institucional. De otro lado, el enfoque de **curso de vida** se comprende como el conjunto de trayectorias que tiene un sujeto y su familia de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de la vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, etc.), las cuales están marcadas por transiciones y momentos significativos; lo anterior, está influenciado por las condiciones biológicas, psicológicas, sociales presentes en los entornos donde se desenvuelve el sujeto a lo largo de la vida, por las expectativas sociales referentes a la edad, por condiciones históricas y culturales específicas, así como por acontecimientos individuales únicos. El enfoque de curso de vida representa un salto cualitativo que se orienta a lograr resultados en salud para personas, familias y comunidades, y atiende a diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida; según la OPS (2011) este enfoque *“es una aproximación a la realidad que integra una mirada longitudinal sobre la vida y sus etapas, configura un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa con la otra y definiendo factores protectores y de riesgo en el acontecer futuro, en el marco de determinantes sociales”*.

Los momentos vitales que abordará esta ruta son: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Teniendo en cuenta la población a la que se encuentra dirigido el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional, para efectos de la implementación del mismo en función de los objetivos propuestos, se resaltan las atenciones dirigidas a la primera infancia. Las cuales incluyen atenciones desde la gestación hasta cumplir los seis años de edad.

Las atenciones priorizadas por el programa, en el marco de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, se garantizan a través de los servicios de salud y las acciones que se dan en los diferentes entornos. También, vale la pena enfatizar, que las atenciones en las que profundiza el programa, hacen parte de las acciones de promoción y prevención que están reglamentadas en el SGSSS, contempladas en la norma técnica y guías de atención de la Resolución 0412 del 2000, a su vez son atenciones que en su mayoría están codificadas en los códigos únicos de procedimiento (CUP) y algunos medicamentos relacionados están en los códigos únicos de medicamentos (CUM), que son reportados por la IPS a través de los RIPS.

Además de los componentes sectoriales, las atenciones priorizadas (así como todas las atenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud) deben ser garantizadas a través de: i) **Gestión de la salud pública intersectorial** (acciones de gestión que son necesarias concertar con los demás sectores de la función pública) y ii) **Gestión de la salud pública intrasectorial** (corresponde a

las acciones de gestión que en el marco de sus responsabilidades, funciones y competencias los actores, hoy agentes del sistema).

Las atenciones de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, priorizadas para el programa son:

| ATENCIÓN | ACTIVIDADES |
|--|--|
| Valorar integralmente el estado de salud | Realizar evaluación y clasificación del riesgo al nacer (valoración de factores de riesgo y determinación de edad gestacional) Realizar hemoclasificación |
| | Valorar integralmente al recién nacido Realizar valoración de los parámetros antropométricos al nacer (peso talla y perímetro cefálico) y su relación con la edad gestacional. Valorar la técnica de la lactancia materna (posición, agarre y succión), adaptación (respiración, succión y deglución). |
| | Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional) Realizar el seguimiento al proceso de crecimiento y desarrollo que estimule al máximo las potencialidades Detectar tempranamente factores de riesgo para enfermedades prevalentes de la primera infancia Valoración de factores de riesgo de transmisión materno infantil en VIH y Sífilis, Hepatitis b y c durante la lactancia materna. |
| | Valorar el estado nutricional Realizar el seguimiento a los parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos Valorar las prácticas de consumo de alimentos (tipo de alimento, cantidad, calidad, inocuidad y frecuencia). Valorar la técnica de la lactancia materna (posición, agarre y succión) adaptación (respiración, succión y deglución) y (respiración fonación y habla). |
| | Valorar la salud bucal Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad (masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima). Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal. |
| Valorar las condiciones ambientales y saneamiento básico de la vivienda y el entorno | Caracterizar las condiciones físicas de los entornos. Caracterizar el acceso a servicios de acueducto, alcantarillado, manejo (reutilización, reciclaje de materiales) Revisar la infraestructura, equipamiento, pisos, techo, paredes, estado de redes eléctricas y de gas, distribución de espacios y disponibilidad de vías de acceso y condiciones higienico-localivas, uso compartido con actividad económica. Valorar prácticas de manejo de agua (tanques, uso racional, fuentes de abastecimiento alternativo) y manejo de residuos sólidos |
| | Valorar las condiciones de disponibilidad y manejo de agua para consumo humano y identificación de factores de riesgo por almacenamiento y uso de agua, medios de potabilización casera, lavado de tanques, contaminación de fuentes hídricas. No evidencia de criaderos de vectores. |
| | Caracterizar fuentes de exposición a ruido y contaminación atmosférica en interiores (combustible de identificación de factores de riesgo por fuentes de contaminación atmosférica en interiores por factores de riesgo fisico-químico y microbiológico. Identificación de factores de riesgo (humo de tabaco, humo de combustibles sólidos, alérgenos, polvos, gases y sustancias químicas) relacionados con las alteraciones respiratorias en los entornos (Hogar, escolar, laboral y comunitario). |

| | | |
|--|--|---|
| valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral | Caracterizar la estructura y dinámica familiar | Valorar la conformación y la dinámica familiar en relación con el proceso de desarrollo integral de los niños y niñas de primera infancia. |
| Valorar e identificar las redes de apoyo social y comunitarias | Caracterizar y promover redes de apoyo social y comunitarias para el cuidado y desarrollo de niños y niñas | Identificar los riesgos y condiciones de vulnerabilidad asociadas con escenarios sociales, familiares y comunitarios que puedan afectar el cuidado, salud y desarrollo de los niños y niñas. |
| Protección específica | Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido | Realizar la adaptación neonatal (secar al bebé, valoración de apgar, mantenerlo caliente, despeje de vía aérea, verificar la respiración) Hacer pinzamiento oportuno del cordón umbilical (cuando deje de latir) Fortalecer el vínculo entre la madre y su hijo a través del contacto piel a piel con consentimiento de la madre. Aplicar vitamina K Iniciar la lactancia materna en la primera hora de nacimiento Vacunar según esquema vigente |
| | Fortificación casera con micronutrientes. | Fortificación casera con micronutrientes en polvo a partir de los 6 meses hasta los 23 meses de edad Suplementar con hierro, vitamina A, Zinc a niños y niñas entre 6 meses y 5 años, cada seis meses. |
| | Realizar desparasitación | Realizar desparasitación intestinal a partir del año de edad cada seis meses de forma previa a la suplementación en niños y niñas. |
| | Protección específica en salud bucal | Aplicar fluor de forma tópica Aplicar sellantes Realizar profilaxis y remoción de placa bacteriana. |
| | vacunar según esquema vigente | |
| | | |
| Educación para la salud | Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud | Educar en la identificación de signos de alarma y prácticas de manejo adecuado en casa de las enfermedades prevalentes de la infancia Educar en inocuidad y calidad de los alimentos con el fin de prevenir los riesgos vinculados. |
| | Promover la alimentación saludable. | Orientar y acompañar la práctica de la lactancia materna antes del egreso de la atención del parto Promover y valorar el consumo de alimentos en familia y comunidad como una medida social protectora de la salud que fortalece vínculos. Promover la alimentación saludable de acuerdo al contexto geográfico, social, cultural, económico y a las necesidades nutricionales. Promover el consumo de alimentos fortificados con micronutrientes. |
| | Educar en derechos sexuales | Orientar y acompañar en el reconocimiento y valoración del propio cuerpo, fortalecimiento de la autoestima, autonomía y el ejercicio de la sexualidad |
| | Educar para el mantenimiento de un ambiente seguro | Educar en prevención de accidentes en el hogar (caídas, sustancias químicas, elementos corto punzantes, quemaduras, ahogamientos, episodio de atoramiento en niños o lactantes, medicamentos, entre otros). |
| | Promover el ejercicio del derecho a la salud | Promover la participación en la gestión de la política pública en salud (formulación, implementación, seguimiento y evaluación, ajuste) Educar en deberes y derechos en salud. Educar en los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud. |

Como resultado de los avances en la formulación e implementación del programa, es bien conocido que las atenciones se organizaron de la siguiente manera: sujeto o grupos poblacionales, los servicios a través de los cual se prestan, los entornos en los cuales se debe desarrollar.

1.3 REFERENTES OPERATIVOS DEL PROGRAMA

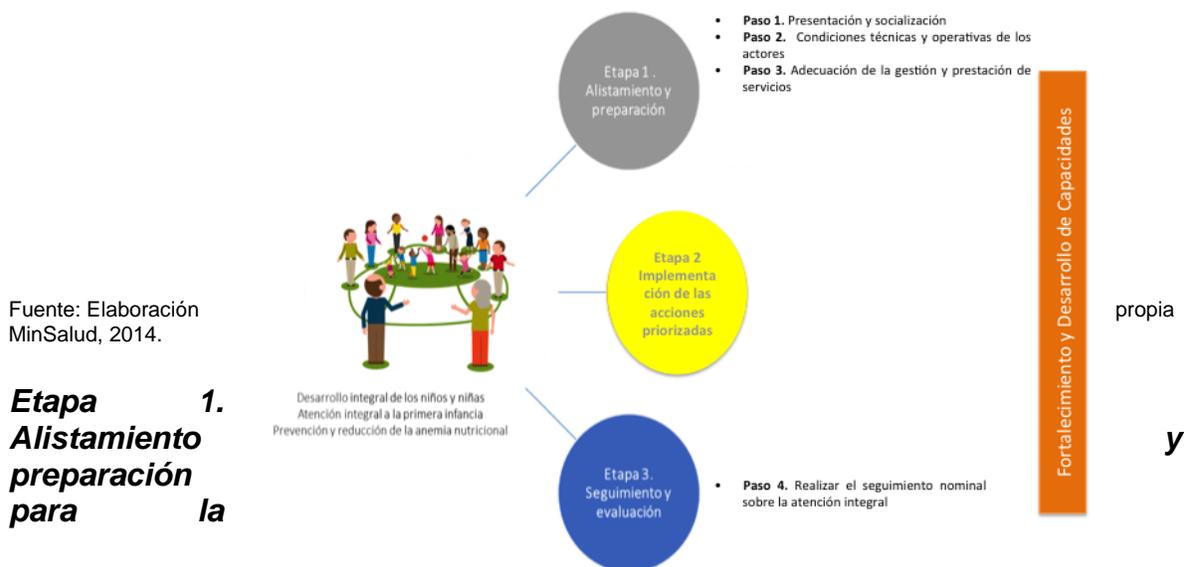
Teniendo en cuenta que el programa considera como parte central de su operación la implementación efectiva y oportuna de 20 atenciones priorizadas¹, contempladas en la ruta de atención a la primera Infancia y 19 atenciones de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, la orientación técnica y metodológica para su implementación están contenidas en el lineamiento de atención integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia y sus anexos técnicos y en el conjunto de normas técnicas de la Resolución 412 de 2000 y guías de práctica clínica. Mientras que el marco conceptual y normativo se encuentra en los lineamientos del programa. En esta guía se dan las orientaciones y responsabilidades de los actores en cada nivel para la implementación del programa con énfasis en la fortificación casera con micronutrientes en polvo dirigida a la primera infancia.

La operación del programa se desarrolla en 3 etapas (ver Ilustración 7), cada una de las cuales contempla diferentes pasos que en su conjunto garantizan la implementación efectiva del programa. Adicionalmente, se contempla el proceso transversal de desarrollo de capacidades.

A continuación se presenta de forma gráfica las etapas del proceso de implementación junto con las responsabilidades específicas de cada uno de los actores y los pasos que conlleva. Ilustración 2

¹ Ver Lineamientos Programa Nacional para la Prevención y Reducción de la Anemia Nutricional

Ilustración 2. Fases y pasos para la implementación del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia



Etapa 1. Alistamiento y preparación para la

implementación del programa: esta primera etapa considera tres pasos que incluyen todos los insumos necesarios para garantizar la adecuada implementación del programa. El primer paso corresponde a la **presentación y socialización** del marco general del programa en los diferentes niveles del sistema general de seguridad social en salud, involucrados en la implementación del programa como parte de la gestión necesaria para lograr la voluntad y el compromiso de las partes en el proceso de implementación. El segundo paso corresponde a la identificación de las **condiciones técnicas y operativas de los actores**, con el fin de identificar las capacidades de gestión y la valoración de calidad y humanización de servicios y de las capacidades de familias y comunidades que se requieren para garantizar la implementación adecuada del programa, contando al final con la identificación clara de los aspectos que se encuentran disponibles para la implementación y de aquellos sobre los que es necesario trabajar y fortalecer. El tercer paso, consiste en la **adecuación de la gestión y prestación de servicios** que a través de los resultados del desarrollo del segundo paso, permitirán orientar de forma adecuada el desarrollo de este proceso de tal manera que se cuente con el talento humano, infraestructura, dotación, suministros, sistemas de información, y se adecuen los procesos y necesarios que contribuyan a garantizar la calidad y humanización de las atenciones prioritizadas por el programa.

Etapa 2. Implementación de las atenciones de las atenciones prioritizadas por el programa. Orienta las responsabilidades de los diferentes actores del SGSSS para la implementación de las 20 atenciones de la ruta integral de atenciones prioritizadas y las prioritizadas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, con énfasis en la fortificación casera con micronutrientes en polvo.

Etapa 3. Seguimiento y Evaluación. Finalmente la etapa de seguimiento y evaluación se enmarca en la garantía de contar con el seguimiento nominal para identificar que se cumplan las atenciones priorizadas por el programa, incorporando en los sistemas de información los procesos necesarios para hacer seguimiento a la nueva atención de fortificación casera con micronutrientes en polvo.

Proceso Transversal. Desarrollo de capacidades El proceso de desarrollo de capacidades se constituye en un proceso transversal que se debe considerar en cada una de las etapas y pasos definidos en el proceso de implementación del programa. Este proceso es indispensable para avanzar de forma adecuada en cada una de las etapas de implementación y contribuye también a garantizar la sostenibilidad del mismo.

1.3.1 Etapa 1: Alistamiento y preparación para la implementación del programa

Paso 1. Presentación y socialización del programa

Este proceso considera en su marco general la presentación y socialización del marco conceptual y de política para la atención integral a la primera infancia; los lineamientos de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, sus anexos y módulos; los lineamientos del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia; considerando siempre los aspectos de contexto y prioridades de cada territorio.

MSPS: El proceso de presentación y socialización debe ser previo al inicio del trabajo directo en los departamentos y municipios. El Ministerio, desde la Dirección de Promoción y Prevención será el responsable de presentar a las DTS el marco de política del programa, así como los lineamientos generales y la presente guía operativa que orientan la implementación del programa. Para este proceso, el MSPS también será el responsable del diseño de herramientas técnicas y metodológicas para garantizar un adecuado proceso de socialización en los diferentes niveles, de tal forma que se empiecen a concretar el desarrollo de las siguientes fases que garanticen la implementación adecuada del programa. Es necesario que este proceso se dinamice tanto con los secretarios de salud como con los equipos técnicos.

En este proceso se hará énfasis en una de las atenciones centrales del programa, la fortificación casera con micronutrientes en polvo, que se considera innovadora y que implica la revisión e incorporación de nuevos procesos y procedimientos que se deben considerar desde el primer acercamiento con los territorios.

En el caso de los departamentos en los que ya se ha iniciado la implementación, es necesario realizar procesos de resocialización periódica, teniendo en cuenta la

rotación del talento humano tanto del nivel directivo como técnico, que evite retrocesos en el proceso de implementación.

DTS: En el marco del proceso de socialización es responsabilidad de la DTS revisar y analizar la documentación técnica (los lineamientos de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, sus anexos y módulo; los lineamientos del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia). De ser necesario y como particularidad de cada territorio, incorporar en la revisión documental la RIA, la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud y el lineamiento del Programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional, esto como parte del fortalecimiento y reconocimiento de los avances existentes en el territorio frente a estos temas. Así mismo, deberá presentar a las EAPB dicha documentación y hacer seguimiento para garantizar que se realice el proceso de revisión de los mismos.

Adicionalmente, es necesario que las DTS tengan en cuenta en el momento de analizar la información disponible, cómo éstas se relacionan con los procesos que actualmente adelanta el territorio, involucrando en la revisión su:

- Plan de desarrollo actual con énfasis en su plan de salud territorial en lo relacionado con la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia y de forma específica con la atención de prevención de deficiencia de micronutrientes.
- Documento de análisis de situación de salud a nivel departamental y/o municipal.
- Plan operativo anual, con énfasis en lo relacionado con la atención integral a la primera infancia y a la atención de deficiencia de micronutrientes.
- En caso de ser un territorio donde se cuente con un avance en la implementación del programa, analizar información disponible del proceso realizado hasta la fecha.

Como se mencionó en las acciones a realizar en este paso por parte del MSPS, una de las atenciones prioritarias es la entrega de micronutrientes en polvo, en los lineamientos del programa se desarrolla dicha atención, por tanto se recomienda un análisis a profundidad por parte de las DTS dado que su implementación podría requerir del ajuste de algunos procedimientos.

EAPB: Por su parte las empresas administradoras de planes de beneficios deben analizar el marco conceptual y operativo entregado por el MSPS y las DTS de tal forma que se identifique de manera general como incorporar estos aspectos en el marco de la atención que se ofrece a través de las IPS. Así mismo, deberán entregar dicha información a sus IPS, haciendo seguimiento para garantizar su revisión en ese nivel.

En este sentido, dado que como atención innovadora se incluyen los micronutrientes en polvo que implica ajustar e incorporar algunos procedimientos para garantizar su entrega de acuerdo a lo establecido en el lineamiento del programa.

IPS: Analizar la información disponible con respecto al marco conceptual y operativo para la implementación del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional, lo que será insumo para su posterior implementación en el marco de las atenciones que desde la IPS se prestan y que dan respuesta al programa. Para este nivel, también es necesario analizar a profundidad la atención de fortificación casera con micronutrientes en polvo que implica ajustar e incorporar algunos procedimientos que garanticen su entrega de acuerdo a lo establecido en el lineamiento del programa.

Paso 2. Identificar las condiciones técnicas y operativas de los actores

Previa a la implementación del programa y como parte de la fase preparatoria, se incluye la identificación de las capacidades de gestión y la valoración de calidad y humanización de servicios y de las capacidades de las familias y la comunidad para garantizar la operación del programa. En este marco se considera el análisis las capacidades del territorio en aspectos relacionados con la planificación e integración de acciones en salud dentro y fuera del sector. Por otro lado en los aspectos relacionados con la situación de calidad y humanización se valorarán aspectos técnicos y operativos. En este sentido, la información base del análisis de la fase de socialización es un insumo básico para este paso. El objetivo de este paso es conocer debilidades, fortalezas y brechas tanto en la capacidad institucional de la gestión y en la prestación del servicio que son a su vez, el principal insumo para llegar a los acuerdos de adecuación y de gestión que permitan el mejoramiento en la garantía de la atención a la primera infancia.

MSPS: Este paso incluye brindar asistencia técnica, acompañamiento y apoyar en el proceso de desarrollo de capacidades con las DTS, para el levantamiento de la información cualitativa y cuantitativa que permita conocer la situación de interés. Es responsabilidad del MSPS facilitar los instrumentos y herramientas metodológicas para desarrollar este paso. Para esto, se han armonizado los instrumentos que serán la base para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, los cuales incluyen instrumentos de caracterización y valoración de la situación de calidad y humanización de las atenciones dirigidas a la infancia y, por tanto, las atenciones priorizadas por el programa.

Este proceso se realizará a través de entrevistas estructuradas y semi-estructuradas a actores claves del SGSSS como son las IPS, EAPB y DTS donde para el caso específico del programa se evalúa la percepción de la problemática de anemia, acciones específicas para prevenir las deficiencias de micronutrientes

y/o para atender la deficiencia, acciones de evaluación, gestión de los servicios de salud, acciones de intervención, trabajo interinstitucional, participación social, red de servicios respaldo organizacional, arquitectura institucional disponible para la implementación de la fortificación casera con alimentos, monitoreo y evaluación, entre otros. También se incluye el análisis de calidad y humanización de las atenciones en las DTS, EAPB e IPS. Las orientaciones y los instrumentos diseñados para el levantamiento de la información, corresponden a lo contenido en la guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana de la ruta integral de atención – RIA y de ruta de promoción y mantenimiento de la salud, en lo concerniente a las atenciones de primera infancia.

Es importante mencionar que como parte de este proceso durante la primera fase del programa, se cuenta con la información para algunos municipios del departamento de Bolívar y La Guajira, los cuales se constituyen en un insumo para el proceso de implementación del programa en estos departamentos y en el distrito de Cartagena.

DTS: La DTS a su vez tendrá la responsabilidad de implementar las herramientas definidas para identificar la capacidad de gestión y la valoración de la calidad y humanización de las atenciones, con énfasis en las atenciones priorizadas por el programa para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia. Una vez surtido este proceso deberá procesar y analizar la información obtenida de tal forma que identifique las condiciones técnicas y operativas con que cuenta el territorio para la implementación del programa y a partir de esto proponer acciones de mejora para cada uno de los actores, de tal forma que su implementación contribuyan a garantizar la adecuada operación del programa. La DTS deberá socializar los resultados del análisis de la información y concertar las acciones de mejora.

EAPB e IPS: De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la aplicación de la guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones, con énfasis, en aquellas priorizadas por el programa, las IPS y EAPBs deben valorar como están prestando esas atenciones y que saben y como pueden fortalecer a familias y comunidades en el cuidado y gestión del programa a este nivel. Además, es necesario que se incorporen las acciones de mejora necesarias para garantizar la adecuada operación del programa.

Paso 3. Adecuación de la gestión y prestación de servicios

Garantizar la calidad y humanización de las atenciones de la RIA demanda suficiencia y pertinencia del talento humano, infraestructura, dotación, suministros, sistemas de información, armonización de los instrumentos de planeación

territorial y de las fuentes de financiamiento recurrentes combinadas con fuentes contingentes. Este punto se desarrollará tomando como referencia los resultados del análisis de la guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana de la ruta de integral de atención, a partir del planteamiento de acciones de mejora, tal como se plantea en el paso anterior. Adicionalmente la presente guía también contribuye a desarrollar este paso en los aspectos específicos que involucra la implementación del programa de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia, en lo relacionado con la fortificación casera con micronutrientes en polvo.

A continuación se describen las condiciones básicas de la arquitectura institucional para gestionar la implementación de la fortificación casera con micronutrientes en polvo:

MSPS

1. Alinear y adecuar de manera conjunta los procesos, subprocesos y procedimientos de los agentes del sistema de salud responsables de la planeación, ejecución y evaluación del programa.
2. Disponer de espacios de construcción conjunta y acuerdos con las DTS, EAPB e IPS para definir la arquitectura institucional requerida para la implementación del programa. Las discusiones también deben permitir la definición de estrategias para la demanda inducida, acciones de promoción y prevención y todo lo necesario definido según la identificación de las capacidades técnicas y operativas.

DTS

1. Disponer de espacios de construcción conjunta y acuerdos con las DTS, EAPB e IPS para definir la arquitectura institucional requerida para la implementación del programa. Las discusiones también deben permitir la definición de estrategias para la demanda inducida, acciones de promoción y prevención y todo lo necesario definido según la identificación de las capacidades técnicas y operativas.
2. Disponer de un referente (médico, enfermera o nutricionista) en cada departamento y municipio responsable de coordinar y gestionar la implementación de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, quien a su vez responderá al coordinador (a) de promoción y prevención en las IPS/EAPB y salud pública en las DTS. Este referente debe trabajar en coordinación con el referente de la gestión de la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia, de tal forma que se coordinen en las acciones para la implementación del programa considerando todas las atenciones priorizadas, o en su defecto podría ser el mismo. En este punto, y de acuerdo a lo dispuesto en los lineamientos para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia

es necesaria la coordinación y articulación de acciones a nivel territorial, con otras áreas involucradas en el desarrollo de las acciones priorizadas por el programa.

3. De acuerdo a lo contemplado en los lineamientos del programa, es necesario incorporar a través de las consultas de crecimiento y desarrollo la entrega efectiva de los micronutrientes en polvo a todos los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que consulten. O en su defecto, garantizarla como parte de las atenciones en la modalidad extramural.
4. Adecuar la infraestructura hospitalaria y extrahospitalaria para el almacenamiento en condiciones seguras de los MNP y desparasitantes.

EAPB

1. Contar con un referente (médico, enfermera o nutricionista) de la implementación del programa por su puesto incluyendo la implementación de la fortificación casera con micronutrientes; se sugiere que sea el coordinador (a) de promoción y prevención o el coordinador de salud infantil en las EAPB.
2. Contar con desparasitantes, micronutrientes en polvo, micronutrientes en tabletas para las mujeres gestantes, micronutrientes establecidos para el recién nacido y los otros incluidos en el POS y PSPIC.
3. Identificar con precisión los pasos incluidos en la ruta promoción y mantenimiento de la salud y en la ruta específica de atención de la anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas menores de 5 años de edad.
4. Participar en el comité sectorial de salud materno infantil.
5. Gestionar la cobertura, oportunidad y calidad del dato de las atenciones en el registro individual de prestación de servicios de salud RIPS, el registro nominal del esquema completo de vacunación y realizar el reporte relacionado con el registro de actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral para enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento – Resolución 0004505 del 2012 y de la resolución 2175 de 2015 por la cual se establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a niñas y niños menores de 18 años, mujeres gestantes y atenciones de parto y se adopta el mecanismo de transferencia de los archivos.

IPS

1. En la IPS (públicas o privadas) los responsables de la fortificación casera con alimentos son los médicos y enfermeras encargados de las consultas de

crecimiento y desarrollo, tal y como está dispuesto en los lineamientos del programa.

2. Contar con desparasitantes, micronutrientes en polvo, micronutrientes en tabletas para las mujeres gestantes, micronutrientes establecidos para el recién nacido y los otros incluidos en el POS y PSPIC.
3. Identificar con precisión los pasos incluidos en la ruta promoción y mantenimiento de la salud y en la ruta específica de atención de la anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas menores de 5 años de edad.
4. Gestionar la cobertura, oportunidad y calidad del dato de las atenciones en el registro individual de prestación de servicios de salud RIPS, el registro nominal del esquema completo de vacunación y realizar el reporte relacionado con el registro de actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de las guías de atención integral para enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento – Resolución 0004505 del 2012 y de la resolución 2175 de 2015 por la cual se establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a niñas y niños menores de 18 años, mujeres gestantes y atenciones de parto y se adopta el mecanismo de transferencia de los archivos.

SUPERSALUD²

1. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de las atenciones priorizadas por el programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional.
2. Supervisar la calidad de la atención mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la afiliación y la calidad de la prestación de los servicios.
3. Velar por que la prestación de las atenciones se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento, respecto a los profesionales o las IPS.

1.3.2 Etapa 2: Implementación de las atenciones priorizadas

De acuerdo al lineamiento del Programa, se priorizan 20 atenciones de la RIA y 19 de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud las cuales están garantizadas a través de los servicios de promoción y prevención establecidos en el SGSSS. De igual forma, se articula y se complementa de estrategias ya reconocidas e implementadas en las IPS del país como son IAMI, AIEPI, Entornos Saludables,

² Tomado de Anexo técnico, responsabilidades y roles de los actores del sistema de seguridad social en salud, en la implementación de la atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia. Dirección de Promoción y Prevención, - Grupo Curso de Vida

Atención primaria en salud, Estrategia de atención en salud y nutrición con enfoque comunitario para La Guajira, entre otras.

Adicionalmente, cabe destacar que actualmente se cuenta con una documentación expresada en normas, guías y lineamientos que refieren y soportan detalladamente la definición y las actividades que se realizan en cada uno de los servicios de promoción y prevención. Por lo cual, el objetivo y desarrollo de la presente etapa es orientar la implementación con énfasis en *la fortificación casera con micronutrientes en polvo para la primera infancia*, ya que es una atención que no está documentada en el marco del SGSSS y que por lo tanto requiere el mayor nivel de detalle.

Como parte de los avances en el pilotaje del programa en los departamentos de La Guajira, Bolívar y el Distrito de Cartagena, se logró establecer como servicio a través del cual se realiza la entrega es en el control de crecimiento y desarrollo, con las siguientes responsabilidades:

MSPS

1. Emitir la reglamentación necesaria que soporta la entrega de micronutrientes en polvo, de acuerdo a lo concertado anteriormente. En ésta debe estar contenida la plataforma de entrega, periodicidad de entrega y seguimiento a la entrega.
2. El MSPS aportará a las EAPB y DTS las herramientas necesarias para el desarrollo de capacidades que están ligada a la entrega y uso de los micronutrientes en polvo. Estas herramientas en la medida de lo posible deberán adaptarse al contexto territorial y proceder a su respectiva replicación.
3. Asistir técnicamente a las EAPB y DTS en cada una de los pasos para la implementación del programa, en especial de la fortificación casera con micronutrientes en polvo. Este proceso se realizará inicialmente por iniciativa del MSPS y será concertado previamente con las EAPB, y DTS de acuerdo al plan de asistencia técnica definido por el MSPS. Posterior a esto, se hará este acompañamiento por solicitud de la EAPB, IPS y la DTS.
4. Realizar el seguimiento a la implementación del programa, en especial de la atención relacionada con la entrega efectiva del micronutriente en polvo. Este proceso se realizará vía la información que se reporta a través de la resolución 4505 y de la resolución 2175. Los resultados de este seguimiento serán retroalimentados con las EAPB, y DTS y a partir de estos resultados se establecerán acciones preventivas y correctivas en el caso de que se requieran. El seguimiento a las acciones establecidas estará en cabeza del MSPS.

DTS

1. Establecer dentro de los procesos de seguimiento a las EAPB, la inclusión de la entrega de micronutrientes en polvo dentro de las atenciones contratadas con las IPS respectivas.
2. Verificar que las EAPB e IPS estén llevando a cabo las acciones que les corresponde en relación a inducir la demanda para que los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que asistan a control de crecimiento y desarrollo y por ende reciban el micronutriente en polvo, acciones de promoción y divulgación de los beneficios del consumo de micronutriente,
3. Participar en los proceso de asistencia técnica que se establezcan desde el MSPS para la implementación del programa, la cual brindará las herramientas necesarias para los procesos de articulación intra e intersectorial que requiere el programa, en especial la atención relacionada con la entrega efectiva del micronutriente.
4. Posicionar el programa y en especial la fortificación casera con micronutrientes en polvo, como una medida de salud pública altamente costo efectiva, en los diferentes espacios intra e intersectoriales a nivel territorial, propendiendo a que a través de las otras entidades se promueva la asistencia de los niños y niñas al control de crecimiento y desarrollo.
5. Desarrollar las acciones de información en salud relacionadas con la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia, a través del Plan de Intervenciones Colectivas dentro de las competencias de la entidad territorial.

EAPB

1. Asegurar los mecanismos necesarios para garantizar la disponibilidad de los micronutrientes en polvo en cada una de las IPS con las cuales tienen contratado la prestación del servicio de crecimiento y desarrollo, la cual es la plataforma a través de la cual se deben entregar éstos.
2. Revisar, adaptar y duplicar las herramientas educativas necesarias para la educación en salud a través del desarrollo de capacidades a nivel individual y familiar relacionadas con la entrega y consumo de los micronutrientes en polvo.
3. Realizar el seguimiento a la entrega efectiva del micronutriente en polvo a su población, a través de los procesos establecidos de seguimiento a los servicios contratados con cada IPS, en los cuales esté inmerso el servicio de crecimiento y desarrollo.

IPS

1. Garantizar la disponibilidad de micronutriente en polvo para la población que asiste a la consulta de crecimiento y desarrollo y/o para que aquellos que lo

reciben vía las jornadas de salud extramurales de carácter resolutivo que se desarrollen e involucren acciones en la población beneficiaria.

2. Asegurar la calidad e integridad de los micronutrientes en polvo durante el almacenamiento y entrega de acuerdo al manual establecido.
3. Incluir dentro de los procesos de capacitación permanente los relacionados con el programa y en especial, hacer énfasis en la atención de entrega y consumo de micronutrientes en polvo a todo el personal de la IPS, en especial a personal que tiene acciones relacionadas con el servicio de crecimiento y desarrollo.
4. Garantizar que el personal encargado de la consulta de crecimiento y desarrollo conozca y aplique lo establecido en la norma técnica, guía de práctica clínica, el documento técnico del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional y esta guía operativa.
5. Evaluar si los profesionales y agentes comunitarios cuentan con la sensibilización y conocimiento básico para desarrollar los procesos de concertación, entrega y seguimiento a la adherencia de la fortificación casera con los micronutrientes en polvo.
6. La entrega de los micronutrientes en polvo se puede realizar de forma extramural en el marco de jornadas de atención extramural de carácter resolutivo que incluyan la prestación de otros servicios de promoción y prevención y aumento de inducción a la demanda, considerando que se cuente con los mecanismos necesarios para hacer seguimiento a la entrega y adherencia.
7. Realizar la entrega del micronutriente en polvo, de acuerdo a la periodicidad establecida en la circular (o acto administrativo que define la cantidad, grupos de edad) incluyendo las indicaciones que están dadas en el Documento técnico del programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional y esta guía operativa.

1.3.3 Etapa 3: Seguimiento y evaluación a la implementación

Paso 4. Realizar el seguimiento nominal a la atención integral a niños y niñas

Los servicios para prestar las atenciones incluidas en este programa están incluidos en códigos únicos de procedimiento – CUPS y los suplementos, desparasitantes y los micronutrientes en polvo tienen la asignación de un código especial.

Es así que, la mayoría de las atenciones definidas en el marco del programa que están codificadas en los CUPS y que se realizan a nivel individual, familiar y comunitario, se reconocen en los registros individuales de prestación de los servicios de salud – RIPS de acuerdo a la Resolución 3374/2000 donde se reglamentan los datos básicos que deben reportar las IPS y las EAPB. A su vez, en la Resolución 4505 de 2012 se reglamenta el reporte obligatorio relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública; de esta forma, también se cuenta con la sistematización de la información de las atenciones a la primera infancia contempladas en el programa de prevención y reducción de la anemia nutricional.

Adicionalmente, se cuenta recientemente con la Resolución 2175, del 18 de junio de 2015, por la cual se establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones del parto y se adopta el mecanismo de transferencia de los archivos. Dicha resolución, se constituye en una fuente básica de información para el seguimiento nominal en el marco de la implementación del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional.

De esta forma, el seguimiento a las atenciones que recibe cada niño, niña y mujer gestante se realizará a través de los RIPS y en los reportes de acuerdo a la estipulado en las resoluciones 4505/12 y 2175/15. Con la información consolidada se generan unos cubos de información, lo cuales permiten identificar los avances en términos de atención integral a la primera infancia.

Por lo anterior, se requiere desde cada nivel:

MSPS

1. Realizar desarrollo de capacidades permanente al personal de las DTS y de las EAPB en los procesos necesarios para realizar el seguimiento a la prestación de las atenciones priorizadas por el programa y en forma específica lo relacionado con el seguimiento a la disponibilidad, almacenamiento, y entrega efectiva de los micronutrientes en polvo y el desparasitante, de acuerdo al caso.
2. Definir los procesos para la implementación del proceso de seguimiento a la implementación y desarrollo del programa nacional para la prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia.
3. Realizar análisis periódicos de la información obtenida a través de las fuentes de información disponibles para conocer el estado del mismo y como insumo para fortalecer los procesos del programa y garantizar su adecuado desarrollo.
4. Desarrollar estudios de caso a nivel municipal/regional que permita identificar la calidad de la atención integral y su relación con morbilidad materno –

infantil, adherencia a la suplementación/fortificación con micronutrientes, prácticas y conocimientos en salud, alimentación y nutrición y, prevalencias de anemia nutricional.

5. Liderar el proceso de evaluación del programa con el fin de identificar las fortalezas y debilidades en la operación del programa, así como los resultados e impactos que a mediano y largo plazo se den sobre los niños.

DTS

1. Realizar desarrollo de capacidades permanente al personal de las de las EAPB y de acuerdo a sus competencias al personal de las IPS, en los procesos necesarios para realizar el seguimiento a la prestación de las atenciones priorizadas por el programa y en forma específica lo relacionado con el seguimiento a la disponibilidad, almacenamiento, y entrega efectiva de los micronutrientes en polvo y el desparasitante, según el caso.
2. Brindar asistencia técnica a las EAPB e IPS para garantizar la inclusión en los sistemas de información y reporte de las IPS, las acciones relacionadas con la entrega del micronutrientes en polvo (incluyendo el códigos CUP y CUM), como son la consejería, entrega y seguimiento a la adherencia con el fin de gestionar la información que permita dar cuenta de la atención que reciben las niñas y niños.
3. Realizar análisis periódicos de la información obtenida a través de las fuentes de información disponibles para conocer el estado del mismo y como insumo para fortalecer los procesos del programa y garantizar su adecuado desarrollo.
4. Realizar auditorías externas que permitan a las DTS, EAPB e IPS mejorar la calidad y humanización de las atenciones dirigidas a todos los usuarios y usuarias, en el marco de las rutas.
5. Reportar oportunamente la información al MSPS con el fin de hacer la gestión oportuna de los datos y generación de reportes.
6. Desarrollar estudios de caso a nivel municipal/regional que permita identificar la calidad de la atención integral y su relación con morbilidad materno – infantil, adherencia a la suplementación/fortificación con micronutrientes, prácticas y conocimientos en salud, alimentación y nutrición, prevalencias de anemia nutricional.

EAPB

1. Realizar desarrollo de capacidades permanente al personal de las de las IPS, en los procesos necesarios para realizar el seguimiento a la prestación de las atenciones priorizadas por el programa y en forma específica lo relacionado

con el seguimiento a la disponibilidad, almacenamiento, y entrega efectiva de los micronutrientes en polvo y el desparasitante, según el caso.

2. Incorporar en los sistemas de información y reporte de las IPS, las acciones relacionadas con la entrega del micronutriente en polvo (incluyendo el códigos CUP y CUM), como son la consejería, entrega y seguimiento a la adherencia con el fin de gestionar la información que permita dar cuenta de la atención que reciben las niñas y niños.
3. Realizar auditorías externas que permitan a las DTS, EAPB e IPS mejorar la calidad y humanización de las atenciones dirigidas a todos los usuarios y usuarias, en el marco de las rutas.
4. Reportar oportunamente la información, a la DTS con el fin de hacer la gestión oportuna de los datos y generación de reportes.

IPS

1. Incorporar en los sistemas de información y reporte de las IPS, las acciones relacionadas con la entrega del micronutrientes en polvo (incluyendo el códigos CUP y CUM), como son la consejería, entrega y seguimiento a la adherencia con el fin de gestionar la información que permita dar cuenta de la atención que reciben las niñas y niños. Resolución 5871
2. Reportar oportunamente la información a las IPS con el fin de hacer la gestión oportuna de los datos y generación de reportes.

1.3.4 Proceso transversal. Realizar el desarrollo y fortalecimiento de capacidades

El desarrollo de capacidades se refiere al empoderamiento y el fortalecimiento de las capacidades de las personas, los líderes, las organizaciones y la sociedad. De acuerdo con el PNUD, se identificaron tres puntos en los que crece y se nutre la capacidad: un entorno favorable, las organizaciones y las personas. Estos tres niveles se influyen recíprocamente de manera fluida: la fortaleza de cada uno depende de la fortaleza de los demás y también la determina. Peter Morgan (1997) ha definido el desarrollo de capacidades como el proceso mediante el cual las personas, grupos y organizaciones mejoran sus habilidades para llevar a cabo sus funciones y para alcanzar los resultados deseados a través del tiempo. Los esfuerzos de desarrollo de capacidades por lo general, dependiendo de los departamentos, incluyen uno o más de los enfoques siguientes: Difusión de información, Capacitación, Facilitación, Trabajo en redes y Retroalimentación para promover el aprendizaje basado en la experiencia. Prácticamente, de una forma u otra, todos los esfuerzos de desarrollo de capacidades difunden información. La

capacitación es otra herramienta de uso común para desarrollar el conocimiento, las habilidades y actitudes de los participantes

Para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades se requiere:

MSPS

- Coordinar con las DTS, EAPB e IPS, la estructuración y socialización un plan de desarrollo de capacidades, que incorpore como mínimos los temas propuestos que son básicos para el proceso de implementación del programa, destacando que una de estas temáticas es la fortificación casera con micronutrientes en polvo. Adicionalmente, en este plan se deben considerar otros temas solicitados por los diferentes actores, que permita afianzar los conocimientos y prácticas para la garantía de las atenciones a las niñas y los niños, con énfasis en la prevención y reducción de la anemia nutricional.
- Socializar los lineamientos y la presente guía operativa del programa con los diferentes responsables de su implementación en el territorio, enfatizando en el micronutriente como una medida de salud pública de carácter universal.
- Acordar las jornadas de desarrollo de capacidades, se deben utilizar diversas metodologías tales como juegos de roles, grupos de discusión, talleres participativos, estudios de casos, café mundo, círculo de la palabra, entre otros. El MSPS brindará las herramientas básicas para dicho desarrollo y se

DTS

- Garantizar los espacios de socialización de los lineamientos y de construcción conjunta con los diferentes responsables del programa en el territorio.
- Mantener comunicación permanente, vía telefónica, virtual o presencial, para resolver dudas en el marco del desarrollo de capacidades con énfasis en las atenciones priorizadas por el programa y en especial con la fortificación casera con micronutrientes en polvo.
- Realizar la convocatoria a los responsables del programa en el territorio y organizar logísticamente lo necesario para el desarrollo de las jornadas de desarrollo de capacidades en coherencia con lo establecido en el plan y cronograma de trabajo construido de manera conjunta.
- Apoyar técnicamente y realizar desarrollo de capacidades a los

EAPB e IPS

- Garantizar la asistencia y participación a los espacios de socialización de los lineamientos y de construcción conjunta con los diferentes responsables del programa en el territorio.
- Realizar la convocatoria a los responsables del programa en el territorio, así como al personal de salud que realiza la consulta de control de crecimiento y desarrollo para que asistan a las jornadas de desarrollo de capacidades en coherencia con lo establecido en el plan y cronograma de trabajo construido de manera conjunta.

encargará de realizar el proceso con las DTS para que posteriormente ellas desarrollen con los demás actores a nivel territorial. En caso de que la DTS solicite apoyo para el desarrollo de capacidades a nivel territorial, el MSPS lo brindará.

- Realizar evaluaciones cualitativas y cuantitativas sobre los conocimientos y prácticas de los profesionales y técnicos para la garantía de las atenciones prioritizadas, con énfasis en la fortificación casera con micronutrientes en polvo.

responsables del programa a nivel municipal, tomando como referencia el plan de desarrollo de capacidades construido.

- Garantizar la gestión para el cumplimiento de los atenciones prioritizadas por el programa de prevención y reducción de la anemia con énfasis en la fortificación casera con micronutrientes en polvo.

- Garantizar la gestión para el cumplimiento de los atenciones integrales con énfasis en las de prevención y reducción de la anemia nutricional en primera infancia.

Responsables: Áreas de formación de talento humano y salud pública/promoción y prevención de las DTS, e IPS.

Insumos técnicos a tener en cuenta:

De acuerdo a los avances documentales que tiene el MSPS como resultado del trabajo con la institucionalidad local, regional y nacional, se mencionan los siguientes documentos que aportan a los contenidos que se deben desarrollar en las jornadas de desarrollo de capacidades:

- Lineamiento para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia, que además incluye:
 - Análisis de la situación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
 - Calidad y humanización de la atención integral en salud a niños, niñas y adolescentes.
 - Familia y comunidad en la atención integral en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia.
 - Orientaciones y recomendaciones para la atención integral en salud con pertinencia cultural a niñas y niños de grupos étnicos.
- Documento conceptual y técnico del Programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional en la primera infancia.

Herramientas a tener en cuenta:

Para el desarrollo de capacidades, adicional a las metodologías existentes, también se debe contar con herramientas educomunicativas para lograr los objetivos de cada una de las jornadas.

- Cartillas, folletos, afiches y pancartas como insumos de la participación y movilización social (materiales para las familias, comunidad y centro de salud con mensajes y diseños propios para cada zona).
- Cuadernillo de capacitación básicos.

Generación de capacidades en las familias y comunidades

Generar cambios sin daño, en los conocimientos y prácticas que las familias y la comunidad tienen en el marco del programa, con énfasis en el consumo de micronutrientes en polvo. Para esto, se requiere de generación de capacidades en las familias, lo cual implica la generación de espacios para la participación social y comunitaria, de esta manera la familia, la comunidad y los diferentes actores son agentes críticos y participes de sus atenciones.

Para el caso específico de la fortificación casera con micronutrientes en polvo, al ser una práctica nueva, requiere de un trabajo participativo y de temas movilizados para que se afiance como un hábito saludable en las niñas y los niños como parte del cuidado y desarrollo integral.

La generación de capacidades en las familias y la comunidad no está limitada a la transmisión de un conocimiento sobre los temas dispuestos en el programa, sino que además de esos temas, se requiere de la participación social y comunitaria a fin de construir y llegar a acuerdos sociales que influyan de manera positiva y contundente en el desarrollo integral de las niñas y los niños.

Para lo anterior se requiere:

MSPS

1. En conjunto con DTS, EAPB e IPS, generar espacios de diálogo y participación para la identificación de prácticas de consumo de alimentos y negociación o armonización de esas prácticas cotidianas con el uso y consumo de los micronutrientes en polvo, como una práctica nueva y saludable en la prevención y reducción de la anemia nutricional, en sintonía con los conocimientos en alimentación y nutrición de la familia y la comunidad. El trabajo que se realice en torno a este proceso, debe estar en línea con lo propuesto en el módulo de Fortalecimiento de Familias y Comunidades en Desarrollo y Cuidado Integral con énfasis en la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia.
2. Brindar herramientas metodológicas (como grupos focales, círculo de la palabra, diálogo de saberes, entrevistas, etc.), educativas y operativas para el desarrollo del fortalecimiento de capacidades en las familias y comunidades con énfasis en lo relacionado con la fortificación casera con micronutrientes en polvo.

3. Realizar acompañamiento técnico continuo a las DTS, EAPB, IPS y familia y comunidad para tener en cuenta que dentro del abordaje específico de la anemia, se requiere del reconocimiento que las familias y las comunidades tiene frente a la anemia como enfermedad, a las interpretaciones sobre las causas, consecuencias y posibles tratamientos. Asimismo, identificar y reconocer la gastronomía local (incluyendo tiempos de comida), para armonizar las recomendaciones del consumo del micronutrientes a la alimentación local y que cumpla con lo establecido para su consumo (por ejemplo, preparaciones tradicionales sólida o semisólida, preparaciones de preferencia en su consumo a temperatura ambiente, etc.) y en los tiempos de comida frecuentes en lo local (por ejemplo, en la Alta Guajira el almuerzo es el tiempo de comida que nunca falta, así este se haga a las 3 o 4 pm.).
4. Diseñar herramientas de comunicación adecuados al contexto territorial y poblacional, que promuevan el consumo de micronutrientes de manera clara, sencilla y acorde a las prácticas locales.

DTS

1. Retomar el mapa de actores, en los casos en los que cuenten con uno, o promover la identificación los diferentes actores en cada territorio para la toma de decisiones y la construcción de acuerdos en diferentes niveles con los actores responsables (políticos, institucionales, comunitarios).
2. Garantizar los espacios de diálogo y participación para la identificación y negociación del uso y consumo de los micronutrientes en polvo, como una práctica nueva y saludable en la prevención y reducción de la anemia nutricional, en sintonía con los conocimientos en alimentación y nutrición de la familia y la comunidad.
3. Realizar acompañamiento técnico continuo a EAPB, IPS y familia y comunidad para tener en cuenta que dentro del abordaje específico de la anemia, se requiere del reconocimiento que las familias y las comunidades tiene frente a la anemia como enfermedad, a las interpretaciones sobre las causas, consecuencias y posibles tratamientos. Asimismo, identificar y reconocer la gastronomía local (incluyendo tiempos de comida), para armonizar las recomendaciones del consumo del micronutrientes a la alimentación local y que cumpla con lo establecido para su consumo (por ejemplo, preparaciones tradicionales sólida o semisólida, preparaciones de preferencia en su consumo a temperatura ambiente, etc.) y en los tiempos de comida frecuentes en lo local (por ejemplo, en la Alta Guajira el almuerzo es el tiempo de comida que nunca falta, así este se haga a las 3 o 4 pm.).
4. Diseñar herramientas de comunicación adecuados al contexto territorial y poblacional, que promuevan el consumo de micronutrientes de manera clara, sencilla y acorde a las prácticas locales.

5. Fortalecer las organizaciones familiares y comunitarias como cogestoras, administradoras y partícipes de las atenciones de prevención y reducción de la anemia.
6. De ser necesario realizar un proceso de adaptación de las herramientas metodológicas y material educativo disponible de acuerdo a las particularidades propias del territorio.
7. Realizar un acompañamiento continuo a las organizaciones sociales, la familia y la comunidad para la apropiación de conocimientos y la influencia sobre las prácticas de prevención y reducción de la anemia nutricional.
8. Identificar las prácticas y los conocimientos en salud alimentación y nutrición (con énfasis en el consumo de los micronutrientes en polvo), a partir de metodologías cualitativas (por ejemplo, IAP, diálogo de saberes, grupos focales, círculo de la palabra o entrevistas), que formarán parte de los acuerdos sociales con las organizaciones comunitarias, organizaciones de grupos étnicos, actores institucionales y actores políticos.
9. Asegurar la participación de las niñas y los niños, incluyendo a aquellos de los grupo étnicos, en los procesos de atención integral, se exige que las y los reconozcamos como expertos en las cuestiones relacionadas con su propia vida. Ellas y ellos tienen la capacidad de transmitir su visión profunda e insustituible y son comunicadores hábiles que emplean una gran variedad de lenguajes mediante los cuales formulan sus opiniones y vivencia (UNICEF, 2006).

EAPB e IPS

1. Generar espacios de diálogo y participación para la identificación y negociación del uso y consumo de los micronutrientes en polvo, como una práctica nueva y saludable en la prevención y reducción de la anemia nutricional, en sintonía con los conocimientos en alimentación y nutrición de la familia y la comunidad.
2. Realizar un acompañamiento continuo a las organizaciones sociales y a la comunidad para la construcción de instrumentos, la apropiación de conocimientos, la influencia sobre las prácticas y el fortalecimiento de los espacios de reflexión y discusión, en el marco del uso y consumo de los micronutrientes en polvo.
3. Realizar acompañamiento técnico continuo a EAPB, IPS y familia y comunidad para tener en cuenta que dentro del abordaje específico de la anemia, se requiere del reconocimiento que las familias y las comunidades tiene frente a la anemia como enfermedad, a las interpretaciones sobre las causas, consecuencias y posibles tratamientos. Asimismo, identificar y reconocer la gastronomía local (incluyendo tiempos de comida), para armonizar las

recomendaciones del consumo de micronutrientes a la alimentación local y que cumpla con lo establecido para su consumo (por ejemplo, preparaciones tradicionales sólida o semisólida, preparaciones de preferencia en su consumo a temperatura ambiente, etc.) y en los tiempos de comida frecuentes en lo local (por ejemplo, en la Alta Guajira el almuerzo es el tiempo de comida que nunca falta, así este se haga a las 3 o 4 pm.).

4. Diseñar herramientas de comunicación adecuadas al contexto territorial y poblacional, que promuevan el consumo de micronutrientes de manera clara, sencilla y acorde a las prácticas locales.
5. Presentar los contenidos de las prácticas y los conocimientos en salud alimentación y nutrición (con énfasis en el consumo de los micronutrientes en polvo), a partir de metodologías cualitativas (por ejemplo, IAP, diálogo de saberes, grupos focales, círculo de la palabra o entrevistas), que formarán parte de los acuerdos sociales con las organizaciones comunitarias, organizaciones de grupos étnicos, actores institucionales y actores políticos.
6. Asegurar la participación de las niñas y los niños, incluyendo a aquellos de los grupos étnicos, en los procesos de atención integral, se exige que las y los reconozcamos como expertos en las cuestiones relacionadas con su propia vida. Ellas y ellos tienen la capacidad de transmitir su visión profunda e insustituible y son comunicadores hábiles que emplean una gran variedad de lenguajes mediante los cuales formulan sus opiniones y vivencia (UNICEF, 2006).

Insumos técnicos a tener en cuenta:

De acuerdo a los avances documentales que tiene el MSPS, para el abordaje conceptual y metodológico a las familias y la comunidad, se proporciona el documento Módulo de *Fortalecimiento de las familias y las comunidades en desarrollo y cuidado integral con énfasis en la primera infancia, la infancia y la adolescencia*. Documento en construcción que forma parte de la gestión de la atención integral en salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. Así mismo, teniendo en cuenta que para algunos grupos étnicos *familia* es sinónimo de *comunidad* y viceversa (por ejemplo para los Wayúu de la Alta Guajira), es importante que en territorios con grupos étnicos se considere y desarrolle el enfoque diferencial étnico, para lo cual se recomienda el documento de *Orientaciones y recomendaciones para la atención integral en salud con pertinencia cultural a niñas y niños de grupos étnicos*.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial. (2006). *Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo*. Washington: Banco Mundial. Obtenido de

- http://siteresources.worldbank.org/NEWSSPAINISH/Resources/Nutrition_estrategy_es.pdf
- Bronfman, M., & Gleizer, M. (Jan/Mar de 1994). Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 111-122.
- FAO/WHO. (2001). *Human vitamin and mineral requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation*. Roma. Obtenido de <http://www.fao.org/3/a-y2809e.pdf>
- Gaviria, A., & Palau, M. d. (2006). Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. (Fedesarrollo, Ed.) *Coyuntura Económica*, XXXVI(2), 33-63.
- Gonzalez Molina, J. (2002). Educación, movilización social y abogacía. *Revista Médica del Uruguay*, 18, 192-197.
- Heckman, J., & Cunha, F. (2006). *Investing in our Young People*. Obtenido de http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/inv-young-rep_all_2007-01-31b_mms.pdf
- Heckman, J., & Masterov, D. (2007). *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. Obtenido de http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/Heckman_final_all_wp_2007-03-22c_jsb.pdf
- Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level - 2004*. Geneva.
- M.L. Vázquez, E. S. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 1(16), 30-38.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Organización por la Excelencia en salud. (2014). *Reconocimiento a la excelencia en salud materno infantil*. Bogotá.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Quimioterapia preventiva para las helmintiasis humanas*. Ginebra. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14430&Itemid
- Presidencia de la República. (2013). *Estrategia de atención integral a la primera infancia - Fundamentos políticos, técnicos y de gestión*. Bogotá.
- Rifkin, S. B. (1990). *Community participation in maternal and child health/family planning programmes*. Ginebra: World Health Organization.
- Rodríguez, J., Conversa, L., Escobar, C., Flechas, J. C., Pareja, L., Ruiz, F., & Torres, A. (2004). *Movilización Social y Promoción de la Salud en la Infancia. Una estrategia de intervención*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods*. Washington D.C: Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development; National Research Council and Institute of Medicine.
- Shonkoff, J., Boyce, T., & McEwen, B. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities. *Journal of the American Medical Association*, 301(21), 2252-2259. doi:10.1001/jama.2009.754.
- UNICEF. (2006). *Participación de niños, niñas y adolescentes - Cuadernillo 3*. Buenos Aires.
- UNICEF; Foundation Bernard van Leer. (2006). *Implementing Child Rights in Early Childhood*. The Hague. Obtenido de http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/files/Guide_to_GC7.pdf