



PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS
GENERAL DE ADMINISTRACION
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CESAR RANGEL SILVA
Fedatario

Resolución Ministerial

Nº133-2011-PCM

29 ABR. 2011

Lima,

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo N° 055-2007-PCM se aprueba la Estrategia Nacional "CRECER", que establece la intervención articulada de las entidades que conforman el gobierno Nacional, Regional y Local que se encuentren directa o indirectamente vinculados con la lucha contra la desnutrición crónica infantil, especialmente en los niños menores de cinco años, bajo la dirección de la Presidencia del Consejo de Ministros, a través de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales – CIAS; estableciéndose asimismo, en su artículo 3° que mediante Resolución de la Presidencia del Consejo de Ministros y a propuesta de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales – CIAS, se dictarán las normas complementarias a que hubiera lugar;

Que, mediante Decreto Supremo N° 032-2010-PCM se aprueba la incorporación de 239 distritos en la Tercera Etapa de implementación de la Estrategia Nacional CRECER, haciendo un total de 1,119 distritos priorizados, en el referido Decreto Supremo se indica que la implementación antes mencionada se ejecutará en el marco del Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional CRECER aprobado mediante Decreto Supremo N° 080-2007-PCM;

Que, en la sesión N° 05 de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales, realizada con fecha 20 de diciembre del año en curso, se aprobó la propuesta presentada por la Secretaría Técnica de la CIAS para intervenir intensivamente en los 100 distritos con mayor número de niños con desnutrición crónica bajo el enfoque de comunidades, familias y viviendas saludables, cuya ejecución se efectuará en la tercera etapa de implementación, con lo cual se atenderá a distritos que presentan el mayor número de niños afectados con desnutrición crónica infantil, así como a los distritos más pobres del Perú;

Que, mediante Decreto Supremo N° 003-2011-PCM se aprobó el Plan Operativo que contiene el marco conceptual y operativo de la Estrategia Nacional CRECER, que sustenta la intervención articulada e integral de las



entidades públicas que conforman el Gobierno Nacional, Regional y Local, las entidades privadas, la cooperación internacional y la sociedad civil en general, vinculadas directa o indirectamente con el objetivo de superación de la pobreza y reducción de la desnutrición crónica infantil, a través de tres ejes de intervención: (1) Desarrollo de Capacidades Humanas y Respeto a los Derechos Fundamentales (2) Promoción de Oportunidades y Capacidades Económicas, y (3) Establecimiento de una Red de Protección Social. Asimismo, establece que los Ministerios, programas e instituciones del gobierno nacional, regional y local, adecuarán sus actividades, planes y presupuestos de acuerdo a los objetivos y metas que se establezcan en el Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional CRECER.

De conformidad, con lo dispuesto en la Ley N° 29158 – Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, así como en los Decretos Supremos N° 003-2011-PCM, y 027-2007-PCM, 055-2007-PCM y 032-2010-PCM dado que el Gobierno ha asumido como política social prioritaria la Lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de cinco años.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Intervención: “Reducción de los niveles de desnutrición crónica y sus determinantes de riesgo en niños menores de 36 meses de los 100 distritos con mayor número de niños con desnutrición crónica 2010-2013, bajo el enfoque de Comunidades, Familias y Viviendas Saludables” así como sus anexos que forman parte integrante de la presente resolución en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional CRECER”,

Artículo 2°.- La implementación de la Intervención se ejecutará en el marco del Plan Operativo de la Estrategia Nacional CRECER aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2011-PCM.

Artículo 3°.- Publíquese la Intervención aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución Ministerial, así como sus anexos en los portales electrónicos de la Presidencia del Consejo de Ministros (www.pcm.gob.pe), en el de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales – CIAS (www.cias.gob.pe) y en el del Instituto Nacional de Salud (www.ins.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y publíquese


Rosario del Pilar Fernández Figueroa
Presidenta del Consejo de Ministros
y Ministra de Justicia





PERÚ

Presidencia del Consejo
de Ministros / ST - CIAS

Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Salud
/ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

**REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y
SUS DETERMINANTES DE RIESGO EN NIÑOS MENORES DE 36
MESES DE LOS 100 DISTRITOS CON MAYOR NÚMERO DE
NIÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, BAJO EL ENFOQUE DE
COMUNIDADES, FAMILIAS Y VIVIENDAS SALUDABLES, EN EL
ÁMBITO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL CRECER, 2010-2013"**

I. Antecedentes y justificación

La desnutrición crónica es el estado en el cual los niños tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia, esto refleja los efectos acumulados de la inadecuada ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreas e infecciones respiratorias); la desnutrición crónica es un indicador de carencias estructurales de la sociedad¹. La pobreza y la desnutrición crónica están íntimamente vinculadas y afectan a la mitad de la población peruana y a la cuarta parte de su población infantil².

La desnutrición contribuye a más de una tercera parte de todas las muertes de los niños menores de cinco años, al debilitarles y provocar que las enfermedades sean más peligrosas; es producto de una alimentación y atención deficientes, y se agrava debido a la enfermedad. Los niños que sobreviven suelen sufrir de episodios recurrentes de enfermedad y débil crecimiento que reducen su salud física, perjudican irreversiblemente su desarrollo físico y neuronal y por consiguiente sus capacidades cognitivas, y menoscaban sus capacidades para aprender y desarrollarse el resto de sus vidas. Si un niño sufre diarrea debido a la falta de agua potable o saneamiento adecuado, o por las malas prácticas higiénicas, la enfermedad consume los nutrientes de su cuerpo. Al continuar esta situación es probable que el niño no sobreviva a los brotes de enfermedades, asimismo cuando adultos pueden correr mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como trastornos cardíacos y diabetes.

Más de una tercera parte de los niños del mundo que murieron de neumonía, diarrea y otras enfermedades podrían haber sobrevivido si no hubieran estado desnutridos³.

La desnutrición tiene múltiples causas, llamados también determinantes de riesgo, las causas inmediatas descritas en la literatura son: consumo deficiente de alimentos, estado de salud e inadecuadas prácticas de cuidado del niño. Estas causas directas son producto de una serie de carencias respecto a la disponibilidad y acceso a alimentos, educación para la salud, servicios de salud, entre otros. En este sentido, la desnutrición de la madre afecta las posibilidades de que una mujer sobreviva al embarazo, así como también la salud de su hijo. Las mujeres que padecían de retraso en el crecimiento cuando eran niñas, cuya situación nutricional era deficiente al momento de la concepción o que aumentaron de peso durante el embarazo, dan a luz bebés con bajo peso al nacer y es probable que estos niños nunca se recuperen de esta desventaja inicial (ver las graficas del modelo lógico causal de la desnutrición crónica y sus determinantes de riesgo en los anexos).

La familia y la comunidad son escenarios importantes para el desarrollo de la niña y el niño, por ello el enfoque de la intervención busca empoderar a las personas en el auto cuidado de su salud y además incluye la acción comunitaria sobre los factores determinantes para una adecuada nutrición. En ese sentido, la intervención aporta un enfoque holístico de la salud y provee sostenibilidad a las acciones para mantener una adecuada nutrición al promover la participación activa y el empoderamiento de las familias y de la comunidad a través de la aplicación de una metodología y el uso de herramientas para lograr familias, comunidades y municipios saludables.

En el marco de la política de gobierno de reducción de la desnutrición crónica en el país, el Estado peruano a través de las diferentes entidades e instancias públicas esta llevando a cabo a partir del 2007 un conjunto de acciones que tienen incidencia sobre los principales determinantes de la salud y nutrición de la población materno infantil en especial en los distritos de pobreza y extrema pobreza a nivel nacional. En este sentido el gobierno para cumplir con uno de sus objetivos centrales trazados, ha implementado la Estrategia Nacional "CRECER" como estrategia nacional de intervención articulada de lucha contra la pobreza y desnutrición crónica infantil, articulando dicha estrategia con el Programa Presupuestal Articulado Nutricional, mismo que tiene como objetivo la reducción de la desnutrición crónica infantil

El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional es responsable de promover, programar, ejecutar y evaluar las investigaciones que se requieren en el campo nutricional, así como desarrollar y validar tecnologías orientadas al cambio de comportamiento alimentario y nutricional relacionados a la salud dirigidos a la población en extrema pobreza y riesgo de desnutrición.

Es en este marco funcional que el INS acoge la propuesta del Comité Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) de la PCM de trabajar con los 100 distritos que presentan los mayores índices de desnutrición crónica y ha decidido intervenir intensamente en estos lugares a fin de validar tecnologías destinadas a instalar acciones sostenidas para disminuir la desnutrición infantil a través de un abordaje en los determinantes de riesgo, que implica acciones en salud pública y nutrición con la participación de todos los sectores a nivel regional y local.

En este contexto se ha planificado una intervención basada en un modelo lógico causal de determinantes de riesgo basados en evidencia, es decir se interviene sobre la mayoría de las causas directas e indirectas de la desnutrición en forma integral, se destaca el abordaje de: a) Los determinantes de riesgo derivados del deficiente consumo de alimentos (calidad y disponibilidad de alimentos), b) Los determinantes de riesgo derivados del estado de salud del niño (utilización de servicios de salud, higiene y consumo de alimentos), c) Los determinantes de riesgo derivados de las prácticas de cuidado de las madres y padres a los niños (en salud, cuidados psicoafectivos, en alimentación e higiene)⁴.

Esta intervención para su efectivización utiliza la estrategia de comunidades, familias y viviendas saludables promovida por la OMS, sistematizada por el Ministerio de Salud y efectivizada en el país a través del Proyecto de Municipios y comunidades saludables de USAID (MCS), rescatando también modelos de intervenciones efectivas del Programa Buen Inicio de UNICEF, el cual aporta a este modelo de intervención el componente psicoafectivo madre-padre-niño. Estas estrategias de intervención han generado en varias comunidades del país experiencias exitosas en donde se logró disminuir sustancialmente e incluso erradicar la desnutrición.

En tal sentido, resulta necesario implementar la intervención "Reducción de los niveles de desnutrición crónica y sus determinantes de riesgo en niños menores de 36 meses de los 100 distritos con mayor número de niños con desnutrición crónica 2010-2013, bajo el enfoque de Comunidades, Familias y Viviendas Saludables", en el

ámbito de la Estrategia Nacional CRECER", asimismo es importante monitorear y evaluar su impacto^{5,6,7}.

II. Finalidad

Contribuir a la reducción de los determinantes sociales de riesgo de la Desnutrición Crónica a través de un enfoque integral y holístico de la problemática de salud promoviendo la participación activa de la comunidad y el empoderamiento de las familias, comunidades y municipios para lograr el desarrollo humano del poblador peruano.

III. Objetivos

Objetivo general

Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 36 meses de 100 distritos con mayor número de niños desnutridos del Perú, 2010-2013 en 3 puntos porcentuales.

Objetivos específicos

1. Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica a nivel comunitario.
2. Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las viviendas.
3. Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las familias.
4. Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en los servicios de salud.
5. Reducir los riesgos derivados del acceso a los servicios de salud en situaciones de emergencia (implementar un sistema de vigilancia comunitaria de las gestantes y niños menores de 36 meses en riesgo).
6. Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en los servicios de educación.
7. Reducir los riesgos derivados de la falta de acceso a la identidad
8. Implementar un sistema de monitoreo de la intervención.
9. Evaluar el impacto de la intervención y realizar una evaluación intermedia.



IV. Resultados

1. La proporción de desnutrición crónica en niños de 6a 36 meses de los 100 distritos ha disminuido en 3 puntos porcentuales (de 20.12% a 17.12%) en el periodo 2010-2013⁹.
2. Se ha reducido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica a nivel comunitario.
3. Se ha reducido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las viviendas.
4. Se ha reducido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las familias.
5. Se ha reducido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en los servicios de salud (se ha mejorado el acceso, cobertura y calidad de las prestaciones).
6. Se ha reducido la prevalencia de los riesgos derivados del acceso a los servicios de salud en situaciones de emergencia
7. Se ha incrementado la proporción de niños registrados con partida de nacimiento y DNI.
8. Se ha implementado un sistema de monitoreo de la intervención a nivel comunitario y del municipio.
9. Se ha evaluado el impacto de la intervención.

(ver el listado de determinantes a intervenir en forma detallada en el anexo 3, se precisaindicadores de monitoreo y evaluación).

V. Diseño de la intervención

Se realizará una intervención comunitaria en 100 distritos con mayor número de niños con desnutrición crónica por etapas y se evaluará su efectividad. Se utilizará la estrategia de comunidades, familias y viviendas saludables para implementar paso a paso las estrategias para disminuir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica infantil y por ende ésta creando y fortaleciendo entornos y prácticas saludables.

En la primera etapa se implementará la intervención en 8 distritos, en la segunda, etapa se incorporará 50 y en la tercera 42 distritos. En la primera etapa se seleccionará 8 distritos considerando criterios de elegibilidad y representatividad geográfica con el propósito de validar los procesos, guías e instrumentos, incorporar las lecciones aprendidas.

Para medir la efectividad de esta intervención, con sus procesos, guías e instrumentos (tecnologías) se aplicará un diseño pre experimental, que implica el desarrollo de una línea de base al iniciar la intervención, una línea de salida al finalizar, con el respectivo

análisis pre-postaplicando el método científico. Esta evaluación de la efectividad de la intervención, se realizará en al menos 3 de los 8 distritos a intervenir de la primera etapa (costa, sierra y selva) y es importante para demostrar su efectividad y justificar su extensión.

Cada una de estas mediciones tendrá un diseño transversal y se valorará la prevalencia de la desnutrición crónica y sus determinantes a ser intervenidos. Ambas mediciones brindarán insumos para evaluar el impacto de la intervención, la misma que permitirá recoger evidencias de su efectividad, estas evaluaciones en donde se aplicará el método científico-epidemiológico, podrá ser complementado con métodos cualitativos.

Prevía intervención y previa medición de la efectividad se realizará la validación comunicacional, antropológica y visual de las guías e instrumentos (tecnologías).

VI. Población objetivo

En la intervención participará un aproximado de 693,063 niñas y niños menores de 36 meses, de los 100 distritos (cifra estimada del total de niños menores de 5 años de los 100 distritos según el último censo nacional de 2007, cifra que asciende a 1'155,106)⁸.

Asimismo se intervendrá en aproximadamente a 282,798 mujeres embarazadas (cifra estimada a partir de la Tasa de Fecundidad General (TFG) la cual es de 85 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, y considerando el total de MEF en los 100 distritos (3'327,038)⁹.

VII. Ámbito de intervención

Se intervendrá en 100 distritos que presentan el mayor número de niños con desnutrición crónica¹⁰. Los datos estadísticos de esta relación de 100 distritos han sido actualizados con la información contenida en el Mapa de Desnutrición Crónica-INEI, publicada en diciembre de 2009⁸.

Los rangos de las proporciones de desnutrición en niños menores de 5 años en estos distritos oscila entre 7.95% (mínimo) y 87.76% (máximo). Cabe resaltar que por el momento no trabajaremos con los distritos que tienen las mayores tasas de desnutrición sino con aquellos que tienen mayor número de niños con desnutrición crónica, a fin de lograr mayor impacto en la reducción de la prevalencia de desnutrición en el país.

La relación de distritos con niños menores de 5 años, las proporciones de desnutrición crónica y datos estadísticos de algunos determinantes de riesgo se encuentran en el anexo 4.

VIII. Criterios de selección de los distritos

Los distritos seleccionados para intervenir en cada una de las tres etapas fueron seleccionados considerando los siguientes criterios:

1. Compromiso y Plan de implementación de la Estrategia CRECER a nivel Regional
2. Municipalidad con Ordenanza Municipal CRECER
3. Municipalidades que cuentan con una ordenanza a favor de la salud infantil.
4. Conocimiento de la estrategia de Municipios y Comunidades Saludables
5. Representatividad de Región natural (costa, sierra y selva)

Aquellos que cumplían el mayor número de criterios fueron seleccionados para ser intervenidos en la primera etapa, los que estaban en proceso de implementación de estos en la segunda y tercera etapa. Esto obedece a que el proceso de validación de instrumentos y evaluación de la efectividad de la intervención será más fluido en aquellos que reúnan más criterios.

IX. Etapas de la intervención

1. Primera etapa (8 distritos), la implementación en campo se inicia en octubre de 2010

Región, Provincia	Distrito
Apurímac, Andahuaylas	Andahuaylas (1)
Ayacucho, La Mar	Anco (2)
Huancavelica, Acobamba	Paucará (3)
Huánuco, Huánuco	Chinchao (4)
Huánuco, Pachitea	Umari (5)
Lima, Lima	Villa María del Triunfo (6)
Loreto, Maynas	Belén (7)
Ucayali, Atalaya	Raymondi (8)

2. Segunda etapa (50 distritos), se inicia en julio de 2011 (ajustable)
3. Tercera etapa (42 distritos), en noviembre de 2011 (ajustable)

Ver el listado de distritos seleccionados en el anexo 4 y cronograma de intervención en el anexo 5.



X. Implementación de la Intervención

La implementación implica la definición de estrategias generales de la intervención y establecer las etapas y pasos para desarrollar acciones de implementación tanto a nivel central como local.

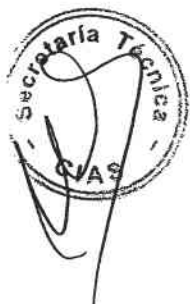
X.1. Estrategias para la implementación

Las siguientes estrategias se consideran importantes para la implementación de la intervención:

1. **Participación comunitaria y familiar organizada**, a través el auto cuidado de su salud y mediante el empoderamiento. La participación de la comunidad asegura la efectividad y sostenibilidad de la intervención. En esta estrategia, se realizará las siguientes acciones:
 - Se conformará o fortalecerá las Juntas Vecinales Locales o su equivalente existente en la comunidad, se brindará asistencia técnica para su legitimación y reconocimiento por la Municipalidad.
 - Se brindará asistencia técnica para realizar el diagnóstico local y la elaboración del Plan articulado de desarrollo local concertado, en donde se vea resaltado las la problemática y las acciones a desarrollar orientadas a reducir los determinantes de riesgo de la desnutrición crónica infantil, los periodos de ejecución de actividades y los responsables.
 - Se monitoreará la ejecución del plan a nivel comunitario con la participación de los sectores involucrados (líderes comunitarios, gobiernos regionales, DIRESA, municipalidades, sector vivienda, saneamiento, agricultura, salud, MIMDES, cooperantes, etc.).
2. **Liderazgo, compromiso y conducción del gobierno local**. El gobierno local es el principal referente estatal para la intervención. Articula las acciones intersectoriales y comunitarias. El gobierno local como autoridad conduce la salud de su distrito y lidera la participación activa de todos los actores en el marco del desarrollo local sostenible y sostendrá reuniones de coordinación y planificación en la instancia de articulación de la estrategia nacional CRECER. Bajo esta estrategia, se realizará las siguientes acciones:
 - Se trabajará estrechamente con las oficinas de desarrollo social o sus equivalentes en los Gobiernos Locales Distritales y a la instancia de articulación de la estrategia nacional CRECER, vinculando acciones, en los procesos de diagnóstico, planeamiento de acciones, la organización, la ejecución y la evaluación de las acciones.
 - Se brindará asistencia técnica empoderar al gobierno local distrital para la intervención sostenible en su distrito.
3. **Articulación intersectorial de instituciones públicas** (incluidos los programas sociales) y privadas. Siendo el problema de la desnutrición el resultado de la interacción de los determinantes de la salud, la acción articulada y sinérgica de todos los sectores es indispensable para sumar competencias y recursos necesarios para vulnerar la desnutrición y sus determinantes de riesgo. Se realizará las siguientes acciones:



- Establecimiento de acuerdos multisectoriales regionales y locales con los diferentes sectores involucrados en el quehacer de los determinantes de riesgo (gobiernos regionales, DISA, DIRESA, municipalidades, establecimientos de salud, sectores: vivienda, educación, saneamiento, agricultura, salud, etc.).
 - Se fortalecerá las competencias de los tomadores de decisión en los enfoque multi causales de riesgo, el abordaje de los determinantes de la salud, desnutrición y su impacto en los indicadores sociales y económicos, y la importancia de monitorear y evaluar su efectividad.
 - Asesoramiento para la elaboración de planes de desarrollo en salud y nutrición a nivel comunitario con la participación del gobierno local, sectores involucrados y la junta vecinal comunal (gobiernos regionales, sector salud, vivienda, educación, saneamiento, agricultura, etc.).
4. Participación activa del sector salud. La atención de la salud en el aspecto recuperativo, preventivo y promocional complementan el auto cuidado por parte de las familias y aseguran el acceso a servicios y bienes indispensables para el mantenimiento, protección y recuperación de la salud. Como servicio público, debe estar articulado al desarrollo local a través de la coordinación con la municipalidad. Para desarrollar esta estrategia, se realizará las siguientes acciones:
- Contribuir a mejorar las competencias del personal de salud en aspectos de gestión, organización, uso de la información para la toma de decisiones, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de la estrategia de comunidades y municipios saludables, también en el manejo de conceptos básicos en salud pública, nutrición, determinantes de riesgo, consejería nutricional, sesiones demostrativas, valoración nutricional, entre otras actividades que han demostrado efectividad con evidencia científica, bajo estándares de calidad.
 - Fortalecer el monitoreo y evaluación los indicadores de desnutrición crónica y sus determinantes de riesgo.
5. Intervención focalizada en familia y comunidad. Tradicionalmente, las acciones de desarrollo y salud se han centrado en la oferta de servicios al individuo, por lo general, recuperativa; por ello, en esta intervención las acciones a nivel familiar destinadas a lograr entornos y prácticas saludables focalizadas en la reducción de los determinantes de riesgo, constituyen el elemento innovador. Además la acción a este nivel provee sostenibilidad del cambio. El conjunto de familias organizadas en un territorio constituyen el escenario de intervención comunitario, escenario en el cual se desarrollan acciones de promoción de entornos saludables. Bajo esta estrategia, se realizará las siguientes acciones:
- Se brindará asistencia técnica en el proceso de acompañamiento para la sensibilización, organización y el planeamiento a nivel de la familia y la comunidad.
 - Se formará Agentes Comunitarios para el acompañamiento en los procesos señalados.
 - Se Brindará asistencia técnica, acompañará y monitorear en el proceso de implementación de los planes articulados de desarrollo en salud y nutrición a nivel familiar con la participación de los miembros del hogar.



6. Implementación de una intervención con enfoque de promoción de la salud a través de la estrategia de municipios y comunidades saludables. Es esta oportunidad se ha tomado como modelo la estrategia de municipios y comunidades saludables, trabajada por USAID, también se ha tomado como referencia el modelo de Vigilancia Comunitaria y el proyecto Buen Inicio trabajados por UNICEF. Estas metodologías han servido de referencia y marco para el presente trabajo el cual ha sido enriquecido con acciones de nutrición pública y abordaje de sus determinantes, lo cual es un componente innovador propuesto y trabajado por CENAN/INS/MINSA. Esta metodología completa, los instrumentos y herramientas que serán validados durante el periodo de intervención, para lo que se realizará las siguientes acciones:

- Sensibilizar y brindar asistencia técnica para la organización de los actores que participan en las acciones de la intervención a nivel comunitario y distrital.
- Facilitar el proceso de planificación en las familias, comunidades y municipios para lograr familias, comunidades y municipios saludables.
- Acompañar la ejecución de diagnóstico y elaboración de los planes articulados de desarrollo en salud y nutrición comunitarios y el uso de las herramientas respectivas.
- Acompañar la autoevaluación acerca del avance en el logro de acciones, entornos y prácticas saludables por parte de las familias, comunidades y municipios.

7. Comunicación efectiva para el éxito de la intervención. Se implementará acciones de comunicación orientadas al cambio de comportamientos como a la participación social para mejorar las actitudes y prácticas y lograr familias, viviendas y comunidades saludables.

En la medida que el escenario regional y local incluyen diversos actores trabajando en el campo del desarrollo local, y debido a su carácter de política pública; esta intervención contemplará los mecanismos de diseminación de información y sensibilización a los diversos actores presentes en los diferentes niveles con el objetivo de articular el trabajo para mejorar la nutrición de los niños e intervenir en los determinantes de riesgo para la desnutrición. En esta estrategia, se realizará las siguientes acciones:

- Se brindará asistencia técnica para el cambio de comportamientos no saludables basado en información local.
- Se Capacitará al personal responsable de promover la salud y nutrición en comunicación efectiva e intercambio dialógico.
- Comunicación permanente con los diversos actores en todos los niveles.
- Diseminación permanente de información acerca del avance y desafíos de la intervención.

8. Gestión por resultados. Las actividades, tareas y toda acción definida por cada sector y en cada nivel deberá enmarcarse en el cumplimiento de objetivos por resultados.



X.2. Pasos para la implementación

Considerando las estrategias, los ámbitos de intervención y las poblaciones objetivo se ha definido una metodología que permita implementar en campo la intervención paso a paso:

Los siguientes pasos orientan el desarrollo de la primera etapa de la intervención. Los pasos correspondientes a la segunda y tercera etapa serán ajustados de acuerdo a las lecciones aprendidas identificadas en la primera etapa.

Primer paso: Conformación del equipo de gestión central

El equipo de gestión central ha sido conformado por la instancia del gobierno peruano a cargo de la conducción política, la instancia técnica especializada del sector salud y la cooperación internacional respondiendo a una solicitud expresa de las instancias del gobierno peruano. Así el equipo de gestión central está conformado por:

- Comisión Interministerial de Asuntos Sociales y la Estrategia Nacional CRECER (CIAS – EN CRECER).
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud (MINSA).

Segundo paso: Definición de etapas y selección de los distritos para cada etapa

De acuerdo a la evaluación de la viabilidad y a la disponibilidad de recursos, se ha considerado que los 100 distritos podrían incluirse en la intervención en tres etapas:

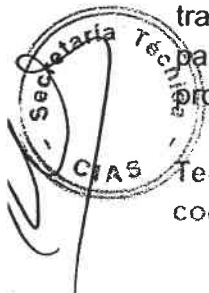
- Etapa I: Se inicia en octubre de 2010
- Etapa II: Se inicia en julio de 2011
- Etapa III: Se inicia en noviembre de 2011

Los criterios para determinar el orden y el número de distritos que ingresan en cada etapa se describen en la sección VIII.

En este sentido los distritos que han cumplido con el mayor número de criterios han sido incluidos en las dos primeras etapas, dado que será más factible la implementación de la intervención en ellos, mientras que en los restantes se hará un trabajo de abogacía con el propósito de establecer alianzas y compromisos paralelamente a la implementación de la primera etapa, a fin de tener escenarios propicios para la implementación de la tercera etapa de la intervención.

Tercer paso: Selección del equipo de coordinación central y de los coordinadores distritales

- Se elaboró los Términos de Referencia (TDR) para el personal a contratar tanto para el equipo de coordinación central y para los coordinadores distritales.
- Se llevó a cabo la contratación de los equipos de coordinación central; para los coordinadores distritales el proceso de selección se produjo en cada Región.



- El número de personal a contratar se hará también en tres etapas de acuerdo al número de distritos que se intervendrán en cada etapa, y a razón de 1 por distrito.

Es importante precisar que en las etapas de intervención el CENAN/INS contratará a los Coordinadores Locales por un espacio de no más de 6 meses, luego de ello la Municipalidad asumirá los costos que demanden sus honorarios, en aras de un trabajo sostenible. El CENAN/INS únicamente financiará los honorarios del Equipo Técnico Central.

Cuarto paso: Elaboración, revisión y sistematización de instrumentos de intervención, gestión y administración para las poblaciones a intervenir: niños menores de 36 meses, madres y/o cuidadoras, agentes comunitarios y autoridades locales, regionales y nacionales en el marco de la intervención

Los instrumentos se elaboran considerando el proceso de implementación de la intervención y las poblaciones objetivo en los escenarios familia, vivienda y comunidad saludable, en este sentido se han elaborado los siguientes instrumentos:

- Guía e instrumentos de gestión y administración para las juntas vecinales, autoridades locales, equipos técnicos multisectoriales locales, regionales y nacionales en el marco de la intervención para los escenarios de intervención familia, vivienda y comunidad saludable. Esta guía brinda los pasos, procesos e instrumentos de gestión y para las Juntas Vecinales Comunitarias, Autoridades Locales, Equipo Técnico Multisectorial locales, regionales y nacionales para implementar la intervención en los escenarios familia, vivienda y comunidad en el marco de la intervención.
- Guía e instrumentos para Agentes Comunitarios en Salud y Juntas Vecinales para lograr familias, viviendas y comunidades saludables para el desarrollo humano. Guía práctica de familias y comunidades saludables. Esta guía desarrolla los pasos para que los agentes comunitarios sean capacitados y realicen las réplicas a las familias para lograr familias y comunidades saludables, enfatizando en temas sobre los determinantes de riesgo de desnutrición crónica infantil y materna. Esta guía se complementa con el Manual del Agente Comunitario de Salud del Ministerio de Salud, el Rotafolio "Promoviendo Buenas Prácticas para lograr una familia saludable" de la Estrategia Nacional Crecer.
- Guía e instrumentos para gestantes, madres, padres y cuidadores de niños menores de 36 meses para lograr familias saludables y niños libres de desnutrición infantil. Esta guía contiene los mensajes clave para las familias, enfatiza temas sobre los determinantes de riesgo de desnutrición crónica infantil y materna.

A la fecha se cuenta con estas tres guías y se iniciará la etapa de validación con enfoque educativo, comunicacional y visual, así como la incorporación de imágenes definitivas (ya que en la actualidad se ha colocado imágenes provisionales, básicamente las alusivas a personas).

Posterior a la validación con enfoque educativo, comunicacional y visual, se procederá a evaluar la efectividad de cada una de estas guías, a fin de probar su pertinencia, mejorarla, o modificarla, esto se realizará paralelamente a la implementación de la intervención en la primera etapa.

Quinto paso: Capacitación al equipo de coordinación central y a los coordinadores distritales seleccionados. La capacitación se realizará antes de que el personal asuma sus funciones y durante la implementación del proceso, y se realizará a cada grupo según las etapas de intervención.

- El equipo de Gestión Central definirá e implementará un plan de capacitación. Este plan incluirá al menos los siguientes aspectos: información para el liderazgo y la gestión, aspectos técnicos sobre nutrición, promoción de la salud y planeamiento de la intervención.
- La capacitación combinará actividades en gabinete y actividades en campo.
- Se evaluarán las competencias adquiridas por el personal al término de la capacitación.

Sexto paso: Socialización de la propuesta de intervención con actores locales y regionales. El coordinador distrital socializará la propuesta de intervención y propuesta de Plan articulado de desarrollo en salud y nutrición para cada distrito con el Equipo Técnico Multisectorial; autoridades locales; personal del sector salud, funcionarios de la Gerencia de Desarrollo Social del Gobierno Regional y Coordinador Regional de la EN CRECER.

Sétimo paso: Coordinación y establecimiento de acuerdos en el distrito.

- El coordinador distrital realizará las coordinaciones con las contrapartes presentes en el distrito para el establecimiento de acuerdos y compromisos multisectoriales locales con los diferentes sectores y programas sociales involucrados para la reducción de la desnutrición en el marco del proyecto de intervención.
- En la instancia de articulación de la EN CRECER a nivel regional y distrital, el coordinador distrital expondrá las líneas de intervención, se elaborará o integrará el Plan articulado de desarrollo en salud y nutrición local concertado a nivel distrital, con objetivos, resultados esperados, actividades, cronograma, responsables y presupuesto.
- Formación o fortalecimiento de los Equipos Técnicos Multisectoriales / Instancias de Articulación Local.

Octavo paso: Implementación operativa de escenarios saludables. El coordinador distrital brindará asistencia técnica y capacitará a los actores clave del distrito usando los procedimientos y las guías de intervención. Asimismo promoverá la articulación de las acciones de los programas sociales y sectores que trabajan en el distrito bajo el liderazgo del Gobierno Local.

- Familias saludables. La Familia elabora su Visión, realiza su diagnóstico familiar y asume compromisos para tener una familia saludable. La Junta vecinal Comunal ayuda a las familias a llevar adelante este proceso de mejorar de la salud y nutrición familiar. Los resultados esperados son las



prácticas saludables por parte de todos los miembros de la familia y la mejora de los entornos (viviendas saludables).

- Comunidades saludables. El eje central es la organización comunitaria denominada Junta Vecinal Comunal u otra organización propia de la comunidad pre existente a la intervención que debe estar debidamente legalizada. Llevan a cabo un diagnóstico de la situación de la comunidad, elaboran un Plan de acción y monitorean el avance de las prácticas saludables mediante instrumentos. Los servicios de salud juegan un rol importante para la consolidación de las prácticas saludables, la prevención de enfermedades y la promoción de la nutrición.
- Municipios saludables. La Municipalidad a través de su Equipo Técnico Multisectorial apoya a las comunidades. Desarrolla acciones de acuerdo a su Plan Articulado de Desarrollo Local. Específicamente registra la información sobre las comunidades acerca de la situación demográfica, de salud, educación y acerca de la situación de otros determinantes de riesgo de la desnutrición. Los Programas Sociales apoyan la intervención desde el sector que les corresponde.

Noveno paso: Articulación y planificación de acciones intersectoriales. El Gobierno Local elabora y ajusta sus planes articulados de desarrollo en salud y nutrición usando la información comunitaria (diagnósticos de las comunidades del distrito, información sobre la situación de salud de la madre y el niño). En base a esta información el Gobierno Local articula las intervenciones de los programas sociales y sectores públicos, priorizando la acción relacionada con la nutrición y los determinantes de riesgo de la desnutrición.

Décimo paso: Monitoreo y evaluación de la intervención. El gobierno local, sectores y programas sociales involucrados y la junta vecinal comunal evaluarán en forma mensual, bimestral, trimestral y semestral el cumplimiento de las actividades y metas según el cronograma; esta información será ingresada al sistema de información del estado nutricional comunal - SIEN-Comunal, por lo que se elaborará en forma trimestral los boletines informativos, en donde se observarán las tendencias de la evolución de cada determinante de riesgo y serán colgados en la página WEB de la CT-CIAS y del INS.

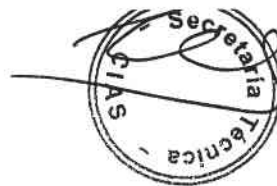
Onceavo paso: Exposición del avance de las responsabilidades asignadas (accountability). Luego de elaborar los planes articulados de desarrollo en salud y nutrición y asignarse las responsabilidades, el gobierno local promoverá reuniones periódicas de reporte de avances de las responsabilidades asignadas.



XI. Instrumentos para la intervención

En la intervención se utilizarán los siguientes instrumentos:

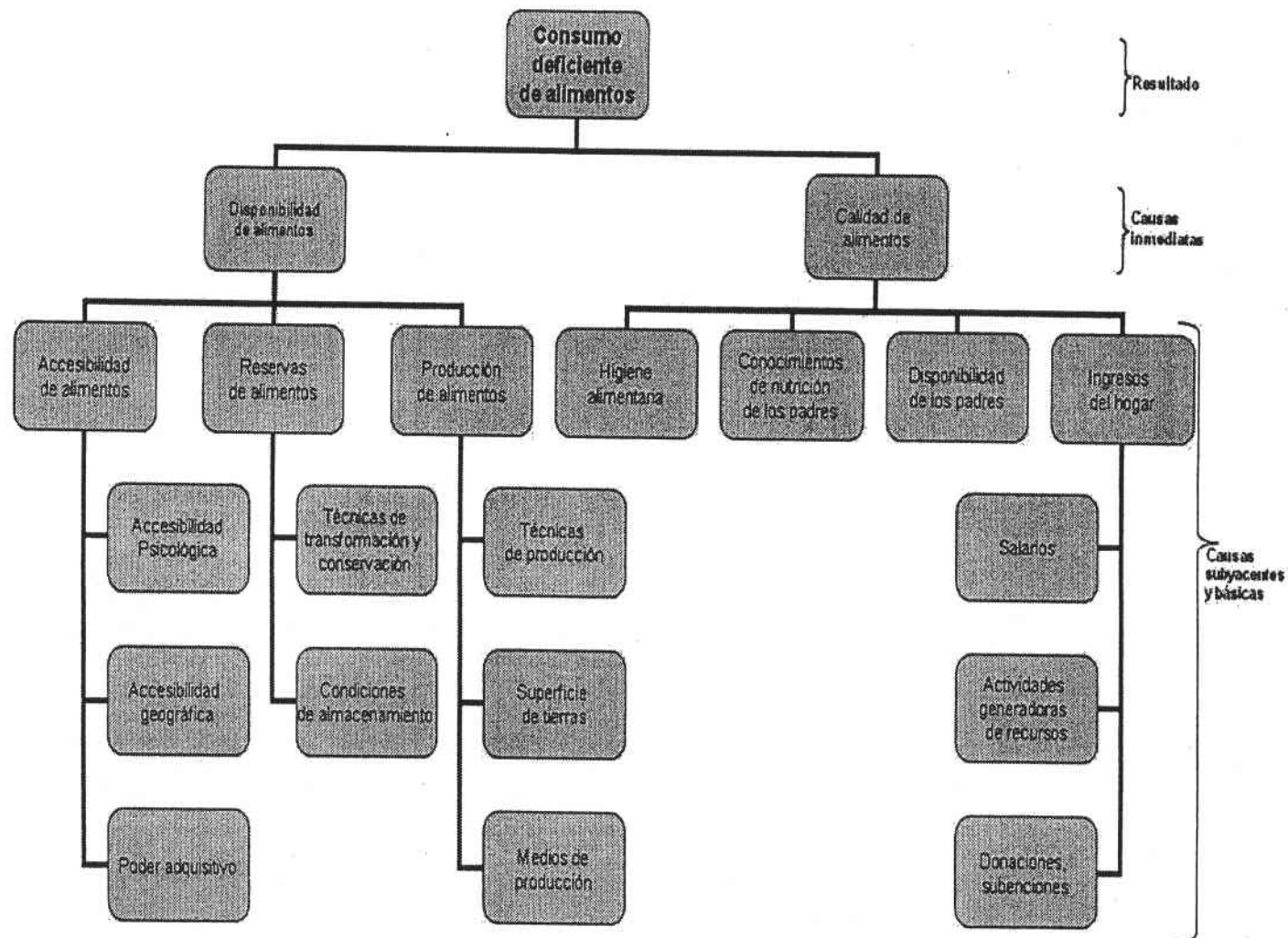
- Guía e instrumentos de gestión y administración para las juntas vecinales, autoridades locales, equipos técnicos multisectoriales locales, regionales y



(grafico 1)

Consumo deficiente de alimentos

(análisis de determinantes de riesgo - problematización)



nacionales en el marco de la intervención para los escenarios de intervención familia, vivienda y comunidad saludable.

- Guía e instrumentos para Agentes Comunitarios en Salud y Juntas Vecinales para lograr familias, viviendas y comunidades saludables para el desarrollo humano. Guía práctica de familias y comunidades saludables.
- Manual del Agente Comunitario de Salud del Ministerio de Salud
- Rotafolio "Promoviendo Buenas Practicas para lograr una familia saludable" de la Estrategia Nacional Crecer.
- Guía e instrumentos para gestantes, madres, padres y cuidadores de niños menores de 36 meses para lograr familias saludables y niños libres de desnutrición infantil. Esta guía contiene los mensajes clave para las familias, enfatiza temas sobre los determinantes de riesgo de desnutrición crónica infantil y materna.
- Guía para el monitoreo y evaluación de la intervención para los escenarios de intervención familia, vivienda y comunidad saludable en los niveles comunitarios, distritales, regionales y nacional.

XII. Definiciones básicas

Comunidad saludable

Es una comunidad, barrio, caserío o pueblo en donde vive un conjunto de familias y personas que comparten un territorio común, se organizan y trabajan para vivir cada día mejor, con buena salud, nutrición, en armonía y con respeto, contribuyendo al desarrollo de la localidad.

Vivienda saludable

Es el espacio físico adecuado para el desarrollo físico, psicológico y social, de sus moradores; posee una adecuada ubicación, habilitación, cuenta con cocina adecuada, baño o letrina para el manejo de excretas, dispone de agua segura, y lugar adecuado para eliminar o disponer de los residuos. Se mantiene limpia ordenada y es segura, protege de riesgo a sus ocupantes.

Familia saludable

Es la familia en donde todos sus miembros trabajan unidos para mejorar las condiciones de salud, nutrición, el cuidado de niños, niñas, gestantes y lactantes. Participan en el desarrollo de su comunidad, habitan en una vivienda saludable y se esfuerzan para vivir contentos.



Viviendas y familias saludables

Las condiciones que se debe alcanzar para tener una vivienda y familia saludable son:

- Organización familiar.
- Unión familiar
- Buena alimentación: involucra mejora de los conocimientos actitudes y prácticas en alimentación y nutrición en todas las etapas de vida en especial de los niños, gestantes y lactantes.
- Implementación del biohuerto familiar y crianza de animales menores para consumo familiar (de darse las condiciones).
- Vivienda mejorada: Cocina adecuada, mejora de los sistemas de abastecimiento de agua, letrina, conservador de alimentos, y otros.
- Agua segura, reducir los riesgos de ingesta de microorganismos.
- Mejora de la economía familiar: Compartir los ingresos y gastos en el hogar, buscar información en la Oficina de Desarrollo Local, ONGs, y otros sobre cómo hacer proyectos productivos y ejecutarlos.
- Evitar que los niños trabajen.
- Mejorar la salud y educación en la familia
- Mejorar la psicoafectividad de los miembros de la familia en especial del niño, gestante y lactante.
- Impulsar el desarrollo psicomotor del niño y estimularlo,.
- Solicitar a los establecimientos de salud los suplementos nutricionales para el niño, gestante y lactante, y consumirlos.
- Contar en casa con un botiquín de primeros auxilios y saber dar primeros auxilios. Seguimiento de recomendaciones de los profesionales de la salud.
- Llevar a los niños a su control CRED y cumplir con su esquema de vacunación.
- Planificar los hijos a tener y hacer uso de los métodos de planificación familiar.
- Identificar signos de alarma del niño, gestante y lactante.
- Acudir tempranamente a sitios cercanos para la atención del parto (establecimientos de salud o casas de espera).



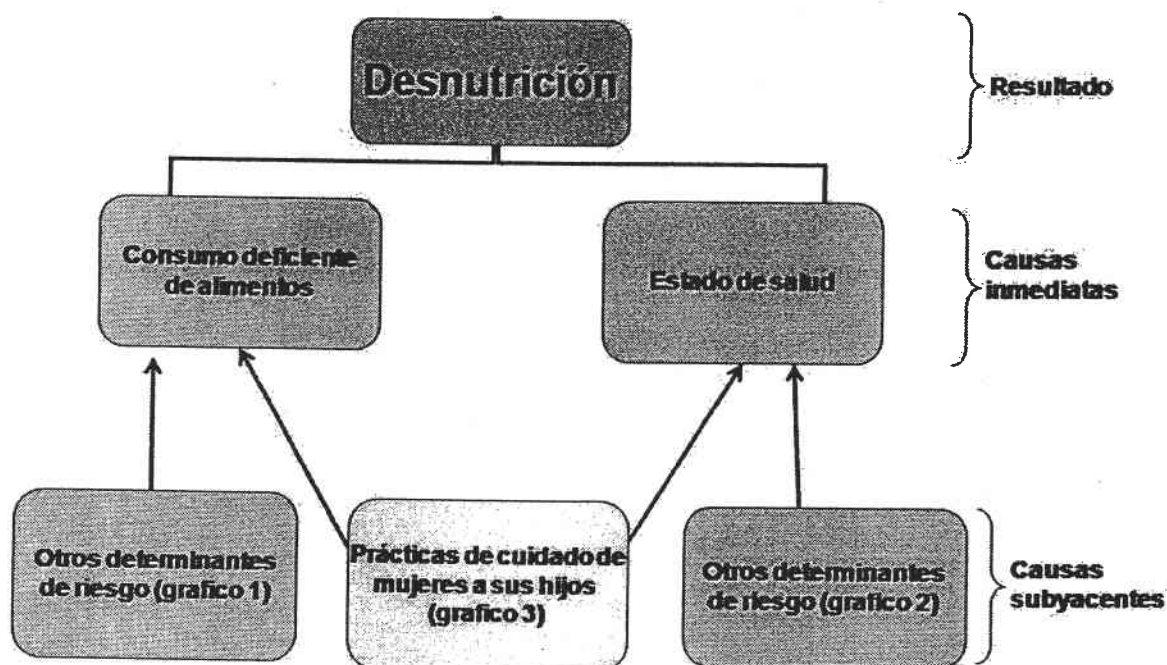
XIII. Referencias bibliográficas

- ¹ Rojas C. Nutrición y los niños. En: Encuesta demográfica y de salud familiar - INEI. Perú, 2007 – 2008: 227.
- ² López N. Valerio A. Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica infantil, evidencia del cambio en zonas rurales del Perú. Lima-Perú. Programa redes sostenibles para la seguridad alimentaria – REDESA de CARE Perú, 2005: 7.
- ³ UNICEF. Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres. Nueva York, EEUU, 2009: 3.
- ⁴ Tchibindat F, Mouyokani I, Yila-Boumpoto M, Elección de las intervenciones nutricionales en el Congo: un enfoque para centros de atención primaria y para la comunidad. Sante. 2002 Jan-Mar;12(1):100-6.
- ⁵ USAID Perú. Proyecto Municipios y Comunidades Saludables. Perú 2004 – 2010.
- ⁶ Salazar L. Vélez J. Ortiz Y. En Busca de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina. Estado del Arte de Experiencias Regionales. Proyecto Regional de Evidencias de Efectividad en Promoción de la Salud en América Latina, apoyado por la International Union for Health Promotion and Education, IUHPE. Santiago de Cali, Colombia, febrero de 2003.
- ⁷ Lechtig A. Programa Buen Inicio. Evaluación Externa. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF 2007.
- ⁸ Robles M. Rodríguez R. Ramírez R. Mapa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital. Lima- Perú, diciembre 2009: 69-108.
- ⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2007 – 2008. Lima- Perú, Publicación Diciembre 2009.
- ¹⁰ Relación proporcionada por la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) – 2008.

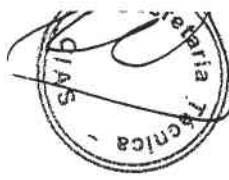


ANEXO 1⁴

Modelo lógico causal de la desnutrición
(análisis de determinantes de riesgo - problematización)



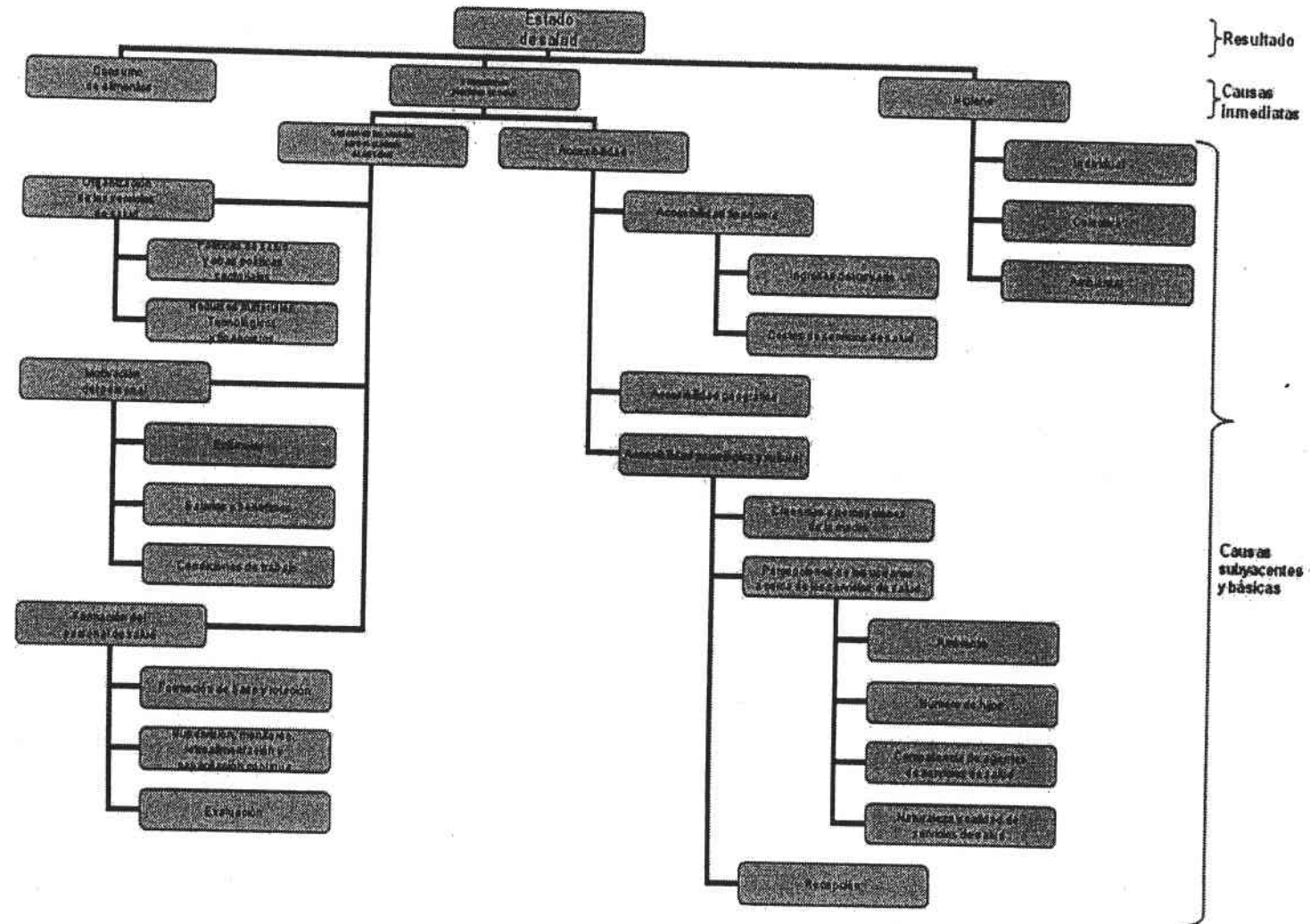
FUENTE: Tchibindat F, Mouyokani I, Yila-Boumpoto M, Elección de las intervenciones nutricionales en el Congo: un enfoque para centros de atención primaria y para la comunidad. Sante.



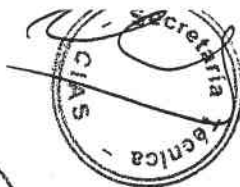
(grafico 2)

Estado de salud

(análisis de determinantes de riesgo - problematización)



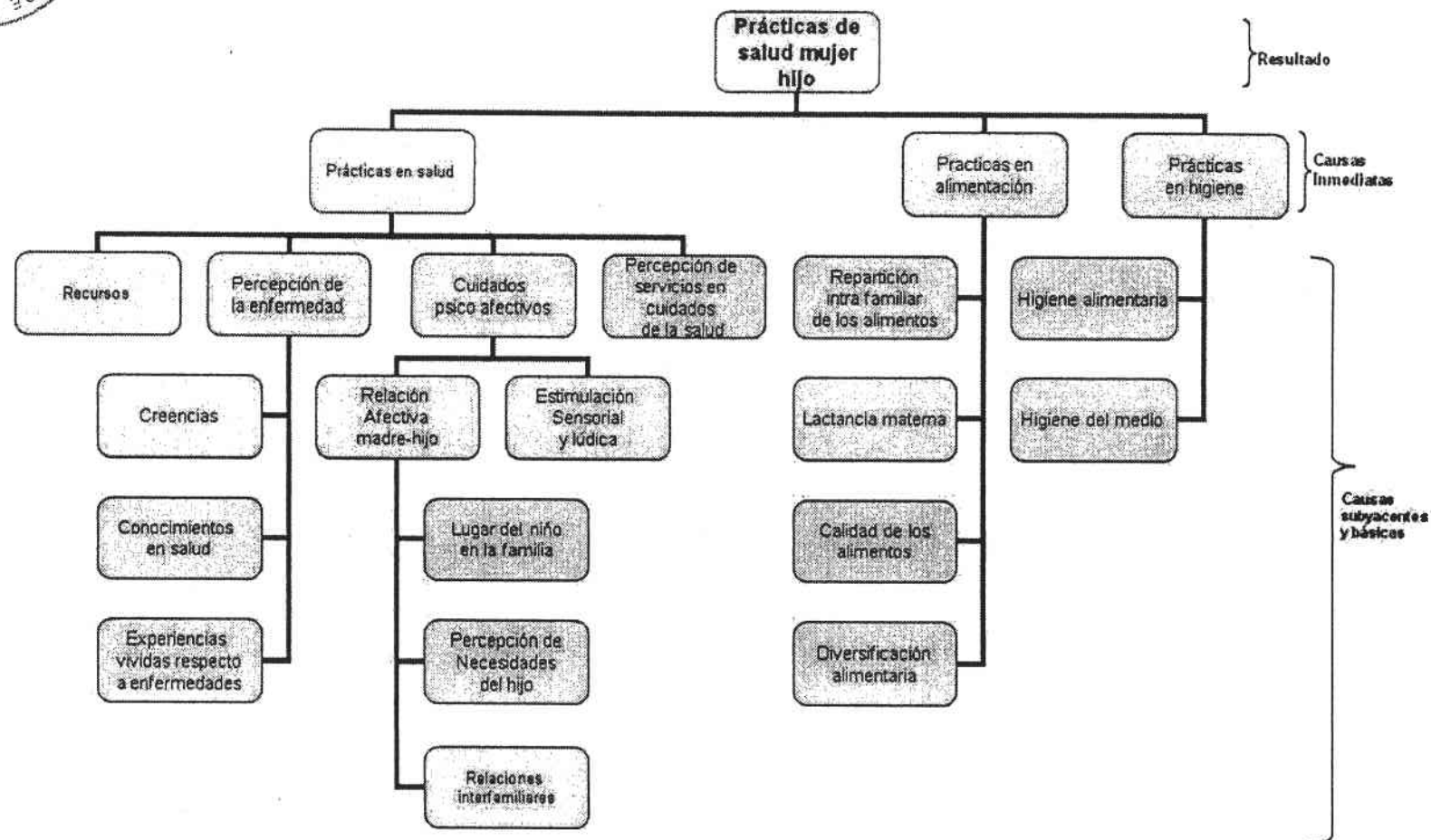
Intervención: Reducción de los niveles de desnutrición y sus determinantes de riesgo



(grafico 3)

Prácticas de salud mujer - hijo

(análisis de determinantes de riesgo - problematización)



ANEXO 2

Listado de Indicadores Trazadores

1. La proporción de desnutrición crónica global en niños de 6 a 36 meses de los 100 distritos se ha disminuido en 3 puntos porcentuales (de 20.12% a 17.12%) en el periodo 2010-2013.
2. Se ha disminuido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica a nivel comunitario.
3. Se ha optimizado la gestión de las acciones para la disminución de los determinantes de riesgo en la comunidad, vivienda y familia
4. Se ha disminuido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las viviendas.
5. Se ha disminuido la prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las familias.
6. Se ha mejorado la oferta, cobertura y calidad de las prestaciones en los servicios de salud
7. Se ha mejorado la accesibilidad a los servicios de salud (niños, gestantes y MEF).
8. Se han reducido los riesgos derivados del cumplimiento de metas de programas sociales.



ANEXO 3

**Lista de Indicadores Detallados de Monitoreo y Evaluación según Responsable de
Intervención y Elaboración de Instrumentos**

N°	Indicadores de la intervención	Tipo		Responsable de la intervención y resultados	Propuesta de responsables de la elaboración de instrumentos por experiencia
		Monitoreo	Evaluación		
1	<i>La proporción de desnutrición crónica global en niños de 6 a 36 meses de los 100 distritos se ha disminuido en 3 puntos porcentuales (de 20.12% a 17.12%) en el periodo 2010-2013⁴.</i>		1		-
2	<i>La prevalencia de los determinantes de riesgo de desnutrición crónica a nivel comunitario se han disminuido de la siguiente manera:</i>		1		-
2.1.	Se ha incrementado la proporción de comunidades y localidades con agua potable y agua segura		1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento	-
2.2.	Se ha incrementado la proporción de comunidades y localidades con alcantarillado		1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento	-
2.3.	Se ha incrementado la proporción de comunidades y localidades que disponen adecuadamente de sus residuos (basura y/o residuos provenientes de actividades industriales y/o de la minería)		1	Gobiernos locales - INS/CENAN - MCS/USAID	Ordenanzas municipales y spots, pasacalles. MCS, spots y pancartas
2.4.	Se ha reducido la incidencia de bajo peso al nacer en cada distrito		1	DIRES/DIRESAS - Gobiernos locales - Juntas Vecinales	Promoción de la salud/CRECER/manual del ACS
2.5.	Se ha incrementado la proporción de comunidades con sistema de vigilancia comunitaria para reducir los riesgos de las gestantes, lactantes y niños menores de 36 meses en riesgo derivados del acceso a los servicios de salud en situaciones de emergencia.	1	1	Gobiernos locales - INS/CENAN - MCS/USAID	Promoción de la salud/CRECER/manual del ACS
2.6.	Se ha incrementado la proporción de Agentes Comunitarios que aplican las estrategias de la vigilancia comunitaria (incluye identificación y manejo de signos de alarma de niño y gestante).	1	1	Gobiernos locales - MINSA/DGPS - INS/CENAN - MCS/USAID	Promoción de la salud/CRECER/manual del ACS
2.7.	Se ha disminuido la número de muertes maternas en cada distritos		1	DIRES/DIRESAS - Gobiernos locales - Juntas Vecinales	Promoción de la salud/CRECER/manual del ACS
2.8.	Se ha incrementado el número de biohuertos familiares operativos.		1	Gobiernos locales - MINAG - Juntas Vecinales	Identificar la ONG, CARE u otra
2.9.	Se ha incrementado el número de biohuertos municipales experimentales operativos.		1	Gobiernos locales - MINAG	Identificar la ONG, CARE u otra
2.10.	Se ha incrementado el número de familias que realizan la crianza de animales menores (crianza adecuada) y que producen huevos.		1	Gobiernos locales - MINAG - Juntas Vecinales	Identificar la ONG, CARE u otra
2.11.	Se ha incrementado el número de comunidades/localidades con granjas comunitarias para la crianza de animales menores y producción de huevos.		1	Gobiernos locales - MINAG - Juntas Vecinales	Identificar la ONG, CARE u otra
2.12.	Se ha incrementado la frecuencia de ferias municipales de venta de frutas, verduras, animales y derivados.	1	1	Gobiernos locales	ONG Wolrd Visión
2.13.	Se ha disminuido la tasa de mortalidad infantil a nivel distrital		1	DIRES/DIRESAS - Gobiernos locales - Juntas Vecinales	Promoción de la salud/CRECER/manual del ACS
3	<i>Se ha optimizado la gestión de las acciones para la disminución de los determinantes de riesgo en la comunidad, vivienda y familia</i>				

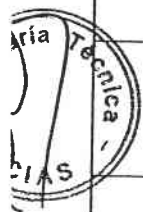
3.1.	Se ha incrementado la programación de acciones para la disminución de los determinantes de riesgo y se han definido los responsables.	1		Equipos Técnicos Locales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
3.2.	Se ha cumplido con las actividades programadas.	1		Equipos Técnicos Locales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
3.3.	Se ha incrementado el número de comunidades y/o localidades con Juntas Vecinales Locales conformadas y reconocidas.	1		Gobiernos locales y Equipos Técnicos Locales	SIEN Comunal, CENAN, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
3.4.	Se ha incrementado el número de comunidades de realizan su diagnóstico comunal	1		Equipos Técnicos Locales	
3.5.	Se ha incrementado el número de comunidades de realizan su Plan de Desarrollo Local	1		Gobiernos locales y Equipos Técnicos Locales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
3.6.	Se ha incrementado el número de comunidades autoevalúan sus prácticas saludables	1		Equipos Técnicos Locales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
3.7.	Número de gobiernos locales que emiten ordenanzas que promueven políticas públicas a favor de la salud y nutrición materno infantil.	1		Gobiernos locales y Equipos Técnicos Locales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
3.8.	Número de gobiernos locales que implementan proyectos de inversión pública orientados a mejorar la salud y nutrición materna infantil.	1		Gobiernos locales y Equipos Técnicos Locales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
4	Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las viviendas.				
4.1.	Se ha incrementado la proporción de hogares con agua potable	1	1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento y Gobiernos locales	PCM, decreto de urgencia, Ministerio de Vivienda, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
4.2.	Se ha incrementado la proporción de hogares que usan agua segura para beber	1	1	Gobiernos locales - INS/CENAN - MCS/USAID, MINSA/DGPS, DISAS/DIRESAS, redes (saneamiento ambiental) Equipos Técnicos Locales	MCS, campañas, spots, ficha IMI Promoción MACS,
4.3.	Se ha incrementado la proporción de hogares con alcantarillado	1	1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento y Gobiernos locales	PCM, decreto de urgencia, Ministerio de Vivienda, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
4.4.	Se ha incrementado la proporción de hogares con letrinas y/o baños	1	1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento y Gobiernos locales	PCM, decreto de urgencia Ministerio de Vivienda, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
4.5.	Se ha incrementado la proporción de hogares que utilizan letrinas	1	1	Gobiernos locales - INS/CENAN - MCS/USAID, MINSA/DGPS	MCS, campañas, spots, Promoción MACS,
4.6.	Se ha incrementado la proporción de hogares que realizan el mantenimiento adecuado a las letrinas	1	1	Gobiernos locales - INS/CENAN - MCS/USAID, MINSA/DGPS; Equipos Técnicos Locales	MCS, campañas, spots, Promoción MACS,

Ministerio de Vivienda
Construcción y Saneamiento
CIAS



4.7.	Se ha incrementado el número hogares con espacios adecuadas para los miembros de la familia	1	1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento y Gobiernos locales	PCM, decreto de urgencia, Ministerio de Vivienda, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
4.8.	Se ha incrementado el número de hogares con cocinas adecuadas	1	1	Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento, Gobiernos Regionales y Locales	PCM, decreto de urgencia, Ministerio de Vivienda, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
5	Reducir los determinantes de riesgo de desnutrición crónica en las familias.				
5.1.	Se ha mejorado la calidad nutricional en la alimentación del niño menor de 36 meses	1	1		CENAN, Promoción, MCS, MINAG.
	5.1.1. Se ha incrementado la ingesta de alimentos de origen animal en los niños menores de 36 meses		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, WawaWasi, Gobiernos locales, etc.	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.2. Se ha mejorado la ingesta de carbohidratos en los niños menores de 36 meses		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, WawaWasi, Gobiernos locales, etc.	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.3. Se ha mejorado la ingesta de verduras en los niños menores de 36 meses		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, WawaWasi, Gobiernos locales, etc.	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.4. Se ha mejorado la ingesta de frutas en los niños menores de 36 meses		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, WawaWasi, Gobiernos locales, etc.	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.5. Se ha mejorado el consumo de la suplementación con multimicronutrientes en los niños menores de 36 meses	1	1	Servicios de salud	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.6. Se ha incrementado la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.7. Se ha mejorado la consistencia de los alimentos principales del niño menor de 36 meses		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, WawaWasi, Gobiernos locales, etc.	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
	5.1.8. Se ha mejorado la frecuencia de alimentación del niño menor de 36 meses		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, Promoción MACS, MINAG.
5.2.	Se ha mejorado la calidad de salud del niño		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, Promoción MACS
5.3.	Se ha disminuido la prevalencia de EDAS en niños menores de 36 meses		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, Promoción MACS
5.4.	Se ha disminuido la prevalencia de IRAS en niños menores de 36 meses		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, Promoción MACS
5.5.	Se ha disminuido la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 36 meses		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, Promoción MACS
	Se ha disminuido la proporción de niños menores de 36 meses con parasitosis		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, CNSP, Promoción MACS
5.7.	Se ha mejorado la lavado de manos en los momentos críticos		1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud	CENAN, DGSP
5.8.	Se ha mejorado el componente psicoafectivo del niño (guías en desarrollo)	1	1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud, INS/CENAN, MCS/USAID	CENAN, DGSP

5.9.	Se ha mejorado la estimulación temprana del niño (guías en desarrollo)	1	1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud, INS/CENAN, MCS/USAID	CENAN, DGSP
5.10.	Se ha mejorado la calidad de alimentación de la gestante	1	1	Servicios de salud, MINAG, PIN, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Locales, etc.	CENAN, Promoción MACS
	5.10.1. Se ha mejorado la ingesta de proteínas		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Locales, etc.	CENAN, Promoción MACS
	5.10.2. Se ha mejorado la ingesta de carbohidratos		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Locales, etc.	CENAN, Promoción MACS
	5.10.3. Se ha mejorado la ingesta de verduras		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Locales, etc.	CENAN, Promoción MACS
	5.10.4. Se ha mejorado la ingesta de frutas		1	Servicios de salud, MINAG, PIN, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Locales, etc.	CENAN, Promoción MACS
5.11.	Se ha mejorado la suplementación con hierro, calcio y ácido fólico	1	1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	CENAN, Promoción MACS
5.12.	5.10.6. Se ha mejorado la estimulación pre natal (en desarrollo)	1	1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud, INS/CENAN, MCS/USAID	CENAN, DGSP
5.13.	Se ha mejorado la calidad salud de la gestante		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	CENAN, Promoción MACS
	5.13.1. Se ha disminuido la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en gestantes		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	CENAN, Promoción MACS
	5.13.2. Se ha reducido la incidencia de bajo peso al nacer		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	DGSP
	5.13.3. Se ha disminuido la proporción de partos prematuros		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	DGSP
	5.13.4. Se ha incrementado el número de gestantes que reconocen adecuadamente los signos de alarma de un embarazo		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	DGSP
	5.13.5. Se ha incrementado el número de gestantes que reconocen adecuadamente los signos de alarma del trabajo de parto		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	DGSP
	5.13.6. Se ha incrementado el número de gestantes que reconocen adecuadamente los signos de alarma en el puerperio		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	DGSP
	5.13.7. Se ha mejorado las proporciones de mujeres en edad fértil que hacen uso de métodos de planificación familiar		1	Servicios de salud, ACS, Juntas Vecinales.	DGSP
	5.13.8. Se ha mejorado el componente psicoafectivo de la gestante (en desarrollo)	1	1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud, INS/CENAN, MCS/USAID	CENAN, DGSP
5.14.	Se ha incrementado la proporción de padres que apoyan en el cuidado del niño (en desarrollo).	1	1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud, INS/CENAN, MCS/USAID	CENAN, DGSP



5.15.	Se ha incrementado la proporción de padres que apoyan en la estimulación del niño (en desarrollo).	1	1	Junta Vecinal Comunal, ACS, Servicios de Salud, INS/CENAN, MCS/USAID	CENAN, DGSP
5.16.	Se ha incrementado la proporción de familias que se autoevalúan aplicando instrumentos de familias saludables	1		Equipo Técnico Local, Junta Vecinal Comunal	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
6	Se ha mejorado la oferta, cobertura y calidad de las prestaciones en los servicios de salud				
6.1.	Se ha optimizado la asignación de personal para atención y control intramural de la población asignada al EESS (gestante, niños y MEF).	1	1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA
6.2.	Se ha optimizado la asignación de personal para atención y control extramural población asignada al EESS (gestante, niños y MEF).	1	1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA
6.3.	Se ha mejorado las competencias de los recursos humanos en conceptos básicos de alimentación y nutrición, valoración nutricional antropométrica, consejería nutricional y sesiones demostrativas.	1	1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - CENAN/DIRES/DIRESAS	CENAN
6.3.	Se ha mejorado las competencias de los recursos humanos en la atención de la MEF, mujer embarazada, parturienta, puerpera y lactante (incluye manejo de complicaciones y emergencias obstétricas).		1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA
6.4.	Se ha asignado oportunamente los materiales, equipos, medicinas, suplementos necesarios para la atención y control intramural de la población asignada (gestante, niños y MEF).	1	1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA
6.5.	Se ha asignado oportunamente los materiales, equipos, medicinas, suplementos necesarios para la atención y control extramural de la población asignada (gestante, niños y MEF).	1	1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA
6.6.	Se cuenta con un número adecuado de establecimientos de salud de acuerdo a la población asignada (niños, gestantes y MEF)		1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA
6.7.	Los servicios de salud son adecuados en infraestructura para atender la población de gestantes asignada		1	Gobierno Regional (Gerencia de planificación) - MINSA/DIRES/DIRESAS	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7	Se ha mejorado la accesibilidad a los servicios de salud (niños, gestantes y MEF)				
7.1.	La accesibilidad a los servicios de salud de los niños menores de 36 meses es óptimo (si vive muy lejos, es importante que se haga el seguimiento y se optimice el sistema de vigilancia comunitaria, para mejorar el indicador)	1	1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.2.	El acceso a los servicios de salud de la gestante (para controles y trabajo de parto) es óptimo (si vive muy lejos, es importante que se haga el seguimiento y se optimice el sistema de vigilancia comunitaria, para mejorar el indicador)	1	1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.3.	La calidad de atención a los niños menores de 36 meses en los servicios de salud es percibida como adecuada por los usuarios (en función al resultado de la prestación y satisfacción).		1	Servicios de salud	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.4.	La calidad de atención a la gestante en los servicios de salud es percibida como adecuada por los usuarios (en función al resultado de la prestación y satisfacción).		1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.5.	La calidad de atención del parto en los servicios de salud es percibida como adecuada por las usuarias (en función al resultado de la prestación y satisfacción).		1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.6.	La calidad de atención en planificación familiar a las MEF en los servicios de salud es percibida como adecuada por las usuarias (en función al resultado de la prestación y satisfacción).		1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics

7.7.	El personal de salud identifica los signos de alarma de un embarazo de alto riesgo		1	Servicios de Salud	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.8.	El personal de salud aplican adecuadamente los protocolos de referencia y contra referencia.		1	Servicios de Salud	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.9.	Los establecimientos que atienden partos aplican los protocolos adecuadamente los protocolos		1	Servicios de Salud	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.10.	Los establecimientos que atienden cesáreas aplican adecuadamente los protocolos		1	Servicios de Salud	DGSP, MINSA, Par Salud, Chemonics
7.11.	La proporción de partos institucionales se ha incrementado	1	1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
7.12.	La proporción de establecimientos que trabajan conjuntamente con las Juntas Vecinales Comunales para optimizar sus sistemas de referencias y contra referencias se ha incrementado	1	1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
7.13.	Se ha incrementado la proporción de niños afiliados al seguro integral de salud.	1	1	Servicios de salud	MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
7.14.	Se ha incrementado la proporción de gestantes afiliadas al seguro integral de salud.	1	1	Servicios de salud	MINSA SIS, campañas, spots, guías. MCS Guía de gestión e instrumentos.
7.15.	Se ha incrementado al 95% la proporción de niños con control de crecimiento y desarrollo adecuado para la edad.	1	1	Servicios de salud, Gobiernos locales, Juntas Vecinales Comunales	SIEN Comunal, CENAN, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
7.16.	Se ha incrementado la proporción de niños con vacunas completas para la edad.	1	1	Servicios de Salud, Juntas Vecinales Comunales	SIEN Comunal, CENAN, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
7.17.	Se ha incrementado la proporción de niños con atención adecuada y oportuna a IRAS.		1	Servicios de Salud, Juntas Vecinales Comunales	SIEN Comunal, CENAN, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
7.18.	Se ha incrementado la proporción de niños con atención adecuada y oportuna a EDAS.		1	Servicios de Salud, Juntas Vecinales Comunales	SIEN Comunal, CENAN, MCS-Guía de gestión comunal e instrumentos
8	Se han reducido los riesgos derivados del no cumplimiento de metas de algunos programas sociales				
8.1.	Se ha incrementado la proporción de niños con DNI	1	1		
8.2.	Se ha incrementado la proporción de niños con DNI.	1	1	RENIEC, Servicios de Salud, Gobiernos Locales, Juntas Vecinales Locales	Materiales varios RENIEC, MCS Guía de Gestión e instrumentos, CENAN-SIEN Comunal
8.3.	Se ha incrementado la proporción de gestantes con DNI.	1	1	RENIEC, Servicios de Salud, Gobiernos Locales, Juntas Vecinales Locales	Materiales varios RENIEC, MCS Guía de Gestión e instrumentos, CENAN-SIEN Comunal
8.4.	Se ha incrementado la proporción de MEF con DNI.	1	1	RENIEC, Servicios de Salud, Gobiernos Locales, Juntas Vecinales Locales	Materiales varios RENIEC, MCS Guía de Gestión e instrumentos, CENAN-SIEN Comunal

8.5.	Se ha incrementado la proporción de niños con complementación alimentaria (cobertura del PIN infantil-papilla, PIN pre escolar, PIN escolar y vaso de leche)	1	1	MIMDES – PIN	Promoción, CENAN (material para educación a la familia), MCS Guía de gestión e instrumentos, CENAN SIEN Comunal
8.6.	Se ha incrementado la proporción de madres con complementación alimentaria (cobertura del PIN-infantil)	1	1	MIMDES – PIN	Promoción, CENAN (material para educación a la familia), MCS Guía de gestión e instrumentos, CENAN SIEN Comunal
8.7.	Se ha incrementado la proporción de hogares (con criterios elegibles) afiliados al programa JUNTOS.	1	1	JUNTOS	Materiales varios JUNTOS, MCS Guía de Gestión e instrumentos, CENAN-SIEN Comunal
9	Se la implementado un sistema de monitoreo y evaluación de la intervención				
9.1.	Se ha implementado un sistema de monitoreo y evaluación funcional el al menos el 90% de distritos intervenidos	1			MCS Guía de gestión e instrumentos, CENAN SIEN Comunal
9.2.	Al menos 90% de las gobiernos locales monitorean la intervención a través de un sistema de información del estado nutricional y gestión comunal. SIEN-Comunal.	1		Gobiernos Locales - MINSA/INS/CENAN - MCS/USAID	MCS Guía de gestión e instrumentos, CENAN SIEN Comunal
9.3.	Al menos 90% de los gobiernos locales reportan mensualmente los indicadores de la intervención a través del sistema de información del estado nutricional y gestión comunal. SIEN-Comunal.	1		Gobiernos Locales - MINSA/INS/CENAN - MCS/USAID	MCS Guía de gestión e instrumentos, CENAN SIEN Comunal
9.4.	Se ha evaluado el impacto de la intervención en al menos 3 de los 100 distritos (costa, sierra y selva).	1		MINSA/INS/CENAN - MCS/USAID	CENAN

En el Plan de Desarrollo Local, el Equipo Técnico Multisectorial (álcalde, representantes de sectores públicos, JVC, etc.) identificarán los indicadores de proceso y sus responsables correspondientes a cada localidad así como el presupuesto considerado para tales fines.



ANEXO 4

Listado de 100 distritos con mayor número de niños y niñas con desnutrición crónica según proporción de desnutrición crónica, criterios de selección cumplidos y etapa de intervención

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	RANK	DISTRITO	PT. NIÑOS <5A	DESNUTRICIÓN CRÓNICA		CRITERIOS DE SELECCIÓN				ETAPA DE INTERVENCIÓN		
					Nº	%	1	2	3	4	I	II	III
AMAZONAS	CONDORCANQUI	1	NIEVA	4136	2218	53.63	1			1		1	
		2	RIO SANTIAGO	2688	1590	59.15						1	
	UTCUBAMBA	3	BAGUA GRANDE	5459	1789	32.77						1	
		4	IMAZA	3890	2199	56.53				1		1	
ANCASH	SANTA	5	CHIMBOTE	17791	2819	15.85	1						1
		6	NUEVO CHIMBOTE	10560	1865	17.66						1	
APURIMAC	ANDAHUAYLAS	7	ANDAHUAYLAS	4163	1452	34.88	1		1	1	1		
	ABANCAY	8	ABANCAY	4890	1231	25.17			1			1	
AYACUCHO	HUANTA	9	HUANTA	4596	1794	39.03	1	1	1	1		1	
	HUAMANGA	10	VINCHOS	2337	1349	57.72		1	1	1		1	
		11	AYACUCHO	9885	1283	12.98			1	1		1	
	LA MAR	12	ANCO *	2066	1130	54.70		1	1	1	1		
		13	SAN MIGUEL *	2435	1287	52.85		1	1	1		1	
CAJAMARCA	CAJAMARCA	14	CAJAMARCA	18644	4858	26.06	1	1					1
	JAEN	15	JAEN	8623	2235	25.92							1
	HUALGAYOC	16	BAMBAMARCA	6957	3635	52.25		1					1
	CUTERVO	17	CUTERVO	5576	2789	50.02		1	1	1			1
	SAN IGNACIO	18	SAN IGNACIO	3910	1897	48.52							1
	CHOTA	19	CHOTA	4182	1745	41.73							1
	CAJABAMBA	20	CACHACHI	3338	2040	61.11							1
		21	LOS BAÑOS DEL INCA	3637	1532	42.12		1	1	1			1
		22	ENCAÑADA	2636	1534	58.19		1	1	1			1
	SAN IGNACIO	23	HUARANGO	2588	1358	52.47		1					1
CALLAO	CALLAO	24	VENTANILLA	31088	2621	8.43	0			1			1
		25	CALLAO	35278	3288	9.32				1			1
CUSCO	CUSCO	26	SANTIAGO	8062	1824	22.62	1						1
		27	CUSCO	8573	1611	18.79							1
	LA CONVENCION	28	ECHARATE	5445	2382	43.75							1
	CHUMBIVILCAS	29	SANTO TOMAS	2891	1222	42.27							1
	CANCHIS	30	SICUANI	5584	1614	28.90							1
	CUSCO	31	SAN SEBASTIAN	6798	1446	21.27							1
HUANCAVELICA	HUANCAVELICA	32	YAULI	4222	3036	71.91	1	1	1	1		1	
		33	ACORIA	3808	2546	66.86		1	1	1		1	
	ANGARAES	34	LIRCAY	3198	2267	70.89		1				1	
	HUANCAVELICA	35	HUANCAVELICA	3473	1721	49.55						1	
	ACOBAMBA	36	PAUCARA	3008	1939	64.46		1	1	1	1		

	TAYACAJA	37	COLCABAMBA*	2531	1640	64.80		1		1		1	
HUANUCO	PACHITEA	38	PANAO	2831	1901	67.15		1	1	1		1	
		39	UMARI	2148	1427	66.43		1		1	1		
		40	HUANUCO	6733	1212	18.00						1	
	HUANUCO	41	CHURUBAMBA	2836	1987	70.06		1	1	1		1	
		42	AMARILIS	6505	1300	19.98				1		1	
		43	CHINCHAO	3070	1685	54.89	1	1	1	1	1		
		44	SANTA MARIA DEL VALLE	2299	1387	60.33		1				1	
		45	MARGOS	1891	1215	64.25		1				1	
	LEONCIO PRADO	46	RUPA-RUPA	5381	1030	19.14			1	1		1	
	MARAÑON	47	HUACRACHUCO	2060	1174	56.99						1	
ICA	ICA	48	ICA	10275	1055	10.27	1			1			1
JUNIN	SATIOPO	49	PANGOA *	6386	2399	37.57		1					1
		50	RIO NEGRO	3310	1209	36.53		1					1
	HUANCAYO	51	EL TAMBO	12874	3457	26.85							1
		52	CHILCA	7775	2628	33.80							1
		53	HUANCAYO	9719	2811	28.92							1
	CHANCHAMAYO	54	PERENE	6751	1931	28.60							1
LA LIBERTAD	TRUJILLO	55	EL PORVENIR	14946	1958	13.10							1
		56	LA ESPERANZA	14614	1544	10.57							1
	OTUZCO	57	USQUIL	3183	1920	60.32	1	1					1
		58	HUAMACHUCO	6881	4306	62.58		1					1
LAMBAYEQUE	CHICLAYO	59	JOSE LEONARDO ORTIZ	15999	2129	13.31	1						1
		60	CHICLAYO	21842	2261	10.35							1
LIMA	LIMA	61	SAN JUAN DE LURIGANCHO	82869	7077	8.54				1		1	
		62	ATE	45464	5382	11.84						1	
		63	VILLA EL SALVADOR	36509	3933	10.77		1	1	1		1	
		64	COMAS	41850	3973	9.49						1	
		65	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	35462	2881	8.12			1	1	1		
		66	SAN JUAN DE MIRAFLORES	30386	3294	10.84				1		1	
		67	PUENTE PIEDRA	23851	2781	11.66	1					1	
		68	CARABAYLLO	21088	2629	12.00				1		1	
		69	SAN MARTIN DE PORRES	47528	3931	8.27				1		1	
		70	EL AGUSTINO	16311	1967	12.06				1		1	
		71	CHORRILLOS	23866	2357	9.88						1	
		72	LURIGANCHO	15834	1897	11.98						1	
		73	INDEPENDENCIA	17541	2066	11.78						1	
		74	LOS OLIVOS	26219	2085	7.95				1		1	
LORETO	MAYNAS	75	SAN JUAN BAUTISTA	13881	4774	34.39							1
		76	IQUITOS	16277	4638	28.49							1
		77	PUNCHANA	9887	3372	34.11							1
		78	BELEN	9241	3303	35.74	1				1		
	ALTO AMAZONAS	79	YURIMAGUAS	8731	3189	36.53							1
	LORETO	80	NAUTA	4442	1686	37.96							1
	REQUENA	81	REQUENA	3928	1490	37.93				1			1

PASCO	OXAPAMPA	82	PUERTO BERMUDEZ	3513	1633	46.48	1	1		1			1	
PIURA	PIURA	83	TAMBO GRANDE	11777	3821	32.44	1					1		
		84	PIURA	25306	3492	13.80						1		
		85	LA UNION	4590	1350	29.41						1		
		86	LA ARENA	4236	1278	30.17		1				1		
		87	CASTILLA	13044	2097	16.08						1		
	TALARA	88	PARIÑAS	9253	1344	14.53						1		
	PAITA	89	PAITA	9278	2335	25.17						1		
	SULLANA	90	SULLANA	16637	1957	11.76			1			1		
	MORROPON	91	CHULUCANAS	7557	2321	30.71						1		
	AYABACA	92	AYABACA	5075	1535	30.25			1	1	1		1	
PUNO	EL COLLAO	93	ILAVE	4490	1722	38.35	1						1	
	SAN ROMAN	94	JULIACA	21636	5652	26.12							1	
	PUNO	95	PUNO	10324	2648	25.65							1	
SAN MARTIN	MOYOBAMBA	96	MOYOBAMBA	7613	2250	29.55	1					1		
UCAYALI	ATALAYA	97	RAYMONDI	5065	2073	40.93	1	1	1	1	1			
	CORONEL PORTILLO	98	CALLERIA	14726	2867	19.47		1	1	1			1	
		99	YARINACocha	10690	2601	24.33		1	1	1			1	
		100	MANANTAY	9643	2677	27.76		1	1	1			1	
												8	50	42

Los distritos seleccionados en la primera etapa tienen representatividad por región natural: Costa, sierra y selva.



ANEXO 05

Cronograma de actividades

N°	Actividades	Pasos	Cronograma															
			2010				2011								2012		2013	
			May	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	a Dic	Ene	a Dic	Ene	a Dic
1	Conformación del Equipo de Gestión Central	1° Paso																
2	Definición de las etapas y selección de los distritos por etapas	2° Paso																
3	Selección del equipo de coordinación central y de coordinadores distritales	3° Paso																
4	Elaboración, revisión y sistematización de instrumentos de intervención, gestión y administración	3° Paso																
5	Capacitación al equipo de coordinación central y a los coordinadores distritales	4° Paso																
6	Socialización de la propuesta de intervención con actores locales	5° Paso																
7	Coordinación y establecimiento de acuerdos en el distrito	6° Paso																
8	Implementación operativa de escenarios saludables	7° Paso																
9	Articulación y planificación de acciones intersectoriales locales	8° Paso																
10	Monitoreo y evaluación de la intervención	9° Paso																
11	Exposición de avance de responsabilidades a nivel local, regional y nacional	10° Paso																

