

PROGRAMA DE NUTRICIÓN EN LA INFANCIA 2015

D.R. © Secretaría de Salud

“Comité de Estrategias para la Reducción de la mortalidad en la Infancia. Lineamiento de Operación”.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Francisco de P. Miranda 177, Col. Merced Gómez

Delegación. Álvaro Obregón, C.P. 01600

México, Distrito Federal.

Primera actualización diciembre 2014

Directorio

Secretaría de Salud

María de las Mercedes Martha Juan López
Secretaria de Salud

Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo Del Sector Salud.

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud.

Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz
Director General

Dra. Verónica Carrión Falcón
Directora del Programa de Atención a la Salud
de la Infancia y la Adolescencia

Dr. José de Jesús Méndez de Lira
Subdirector Técnico de Infancia

Comité Editorial

Coordinador Editorial

Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz
Director General

Consejo Editorial

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Dra. Verónica Carrión Falcón
Directora del Programa de Atención a la
Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Dr. José de Jesús Méndez de Lira
Subdirector Técnico de Infancia.

Karla Yareni Lima Chávez
Responsable del Componente de Nutrición

Susana Torres Perera
Responsable del Componente de Nutrición

Berenice Higareda Rojas
Supervisor Paramédico en Área Normativa

Dirección General de Epidemiología

Instituto de Salud del Estado de México (ISEM)

Dra. Alma Guillermina Ramírez Zamora.
Responsable Estatal de Mortalidad en la Infancia.

Benito Solano Hernández.

Apoyo administrativo del Departamento de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia.

Dra. María del Carmen Chávez García.
Coordinadora Estatal del Programa de Crecimiento y Desarrollo del Menor y el Adolescente

Dra. Ailed Ludmila Hernández Parra.
Responsable Estatal del Programa de Prevención y Tratamiento de Cáncer en la Infancia y Adolescencia.

Lic. en Pedagogía Fabiola Posada Rodríguez.
Responsable Estatal del Programa para la Prevención de Accidentes y Seguridad Vial.

Dra. María del Socorro Suarez Delgadillo.
Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital para la Mujer del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Dr. Isidoro Tejocote Romero
Coordinador del servicio de Hemato-Oncología del Hospital para el Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Dra. Norma Aracely López Facundo.
Oncólogo Pediatra adscrito al Hospital Materno Infantil del ISSEMyM

Índice

1. Introducción.....	7
2. Marco Legal.....	8
2.1 Vinculación con el PND 2013-2018.....	8
2.2 Sustentación con base en el PROSESA 2013-2018.....	8
3. Diagnóstico de Salud.....	9
3.1 Problemática.....	11
3.2 Retos.....	14
4. Organización del Programa.....	15
4.1 Objetivos.....	15
4.2 Estrategias y Líneas de Acción.....	15
4.2.1 Alineación con el PND.....	16
4.2.2 Alineación con el PROSESA.....	16
5. Niveles de Responsabilidad y Actividades.....	17
5.1 Nivel Federal.....	17
5.2 Nivel Estatal y Jurisdiccional.....	18
5.3 Nivel Local.....	19
6. Estrategia de Implementación Operativa.....	22
6.1 Campo de aplicación.....	22
6.2 Recursos Físicos.....	22
6.3 Recursos Humanos.....	23
7. Seguimiento y Evaluación.....	23
7.1 Indicadores y Periodicidad de la evaluación.....	24
8. Bibliografía.....	37
9. Glosario de términos, acrónimos y sinónimos.....	38

El presente documento señala los Lineamientos Operativos Diagnóstico Nutricional para niñas y niños menores de cinco años, que se desarrollarán en el país durante el año 2015. Estos rigen la operación del Programa de Nutrición y son de aplicación obligatoria en todos los niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud.

1. Introducción

En concordancia con la Convención sobre los derechos del niño, donde se enuncia: *las niñas y niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud, así como su derecho al descanso, esparcimiento, juego, actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida...*, y con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dónde se plantea: *4. Reducir la mortalidad en la infancia en dos terceras partes, de los 93 niños por cada 1000 que morían antes de cumplir cinco años en 1990, a 31 por cada 1000 en 2015.* El compromiso de este Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) es brindar una atención integrada para alcanzar la excelencia en la prevención y promoción de la salud de las niñas y los niños.

La nutrición es uno de los aspectos a

considerar en la atención integrada, debido a su verticalidad al presentarse como coadyuvante en los procesos de enfermedad de las niñas y niños, o bien, como factor protector al evitar complicaciones que se pudiesen presentar durante este periodo de la vida. En este sentido, la evaluación y vigilancia del estado nutricional de las niñas y niños menores de 5 años, a partir del diagnóstico de la identificación de la desnutrición, sobrepeso y/u obesidad, en conjunto con la implementación de estrategias que guíen a una adecuada orientación alimentaria, a partir de la lactancia materna, es fundamental en la prevención de enfermedades para favorecer un óptimo crecimiento y desarrollo de la infancia. Siendo el monitoreo del crecimiento una estrategia básica para la supervivencia infantil.

La finalidad de este documento es proporcionar al personal de Salud de las unidades médicas de primer nivel de atención, las bases del seguimiento e implementación de los indicadores relacionados con el control nutricional del menor de 5 años.

2. Marco Legal

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. D.O.F. 05-II-1917 F.E. D.O.F. 06-II-1917 Ref. D.O.F. Última Reforma 05-06-2013

Leyes

- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF. 29-12-1976. F.E. DOF. 02-02-1977 Ref. DOF. Última Reforma 02-04-2013.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado “B” del Artículo 123 Constitucional. DOF. 28-12-1963. Ref. DOF. Última Reforma 03-05-2005.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. DOF. 31-12-1982. Ref. DOF. Última Reforma 09-04-2012.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. DOF. Última Reforma 15-05-2012.
- Ley General de Salud. DOF. 07-02-1984. Ref. DOF. Última Reforma 04-12-2013.
- Ley Federal de Procedimientos Administrativos. DOF. 04-08-1994. Ref. D.O.F. 09-04-2012.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la información Pública Gubernamental. DOF 11-06-2002. Última reforma en el DOF 8-6-2012.

2.1 Vinculación con el PND 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018 (PND), estructurado en cinco Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global¹.

Dentro de la meta dos, se encuentran desarrolladas las líneas de acción planeadas para el cumplimiento de la meta del Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia entorno al estado nutricional de las niñas y niños menores de 5 años.

2.2 Sustentación con base en el PROSESA 2013-2018

En el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 se establece que frente a los retos relacionados con la transición epidemiológica por la que atraviesa el país, en el PROSESA se plantean cinco objetivos, a continuación se presenta su relación:

3. Diagnóstico de Salud

El periodo que transcurre entre el nacimiento y los primeros seis años de la vida es de singular importancia, de manera incluso irreversible, para el crecimiento, el desarrollo físico y mental de la niña y niño, así como para el establecimiento de bases firmes para lograr una vida sana, útil y productiva en la edad adulta. Por tanto, una buena alimentación en la infancia es indispensable para que el crecimiento y desarrollo del pequeño sean óptimos, ya que implica un conjunto de cambios somáticos y funcionales como resultado de la interacción de factores genéticos y las condiciones del medio ambiente en las que vive el individuo. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral; por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida.

Entre los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo pueden señalarse la multiparidad, los periodos intergenésicos breves, embarazos en los extremos de la vida reproductiva, aspectos nutricionales de la madre y el menor, bajo peso al nacimiento, la estatura de los padres, factores

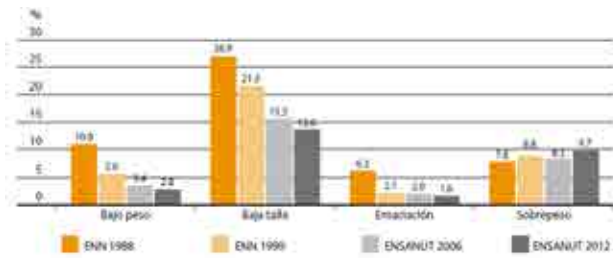
socioeconómicos, antecedentes de exposición a tóxicos, diversos padecimientos, como enfermedades infecciosas y deficiencias mentales u hormonales, entre otros.

La influencia de estos factores genera una elevada mortalidad, que frecuentemente se asocia con problemas nutricionales. Asimismo, se ha hecho hincapié en la niña y el niño de cero a dos años que está en un periodo de transición en el proceso de alimentación y que es el más vulnerable a la desnutrición, la enfermedad y la muerte².

En las primeras etapas de la vida, el principal problema relacionado con la nutrición en los menores de cinco años, sigue siendo la desnutrición, mientras que a partir de los cinco años, el sobrepeso y la obesidad encabezan la problemática.

La mala nutrición en la infancia y adolescencia (que incluye la desnutrición, sobrepeso y obesidad) tienen causas complejas que involucran determinantes biológicos, socioeconómicos y culturales. Para analizar el panorama epidemiológico en México en este grupo de edad contamos con la encuesta Nacional de Salud de 1999, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 y del 2012³.

A partir de 1999 la desnutrición aguda dejó de ser un problema de salud pública en el país, aunque persiste este padecimiento especialmente en regiones en extrema pobreza.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), señaló que se estima que 302,279 (2.8%) menores de cinco años de edad presentan bajo peso, 1,467,757 (13.6%) baja talla y 171,982 (1.6%) emaciación, en todo el país. En el contexto nacional se observa una clara y significativa disminución de las diferentes formas de desnutrición a lo largo de casi un cuarto de siglo de monitoreo de las encuestas de nutrición.

Por otro lado, la obesidad es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, se acompaña de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas

neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras. Son enfermedades crónicas no transmisibles que entre otras causas, se generan cuando el consumo energético (alimentación) es mayor al gasto energético (actividad física). Estos han sido claramente definidos como factores de riesgo para que aparezca el sobrepeso y la obesidad aún en etapas tempranas, y son determinantes para que se mantengan y perduren hasta la edad madura.

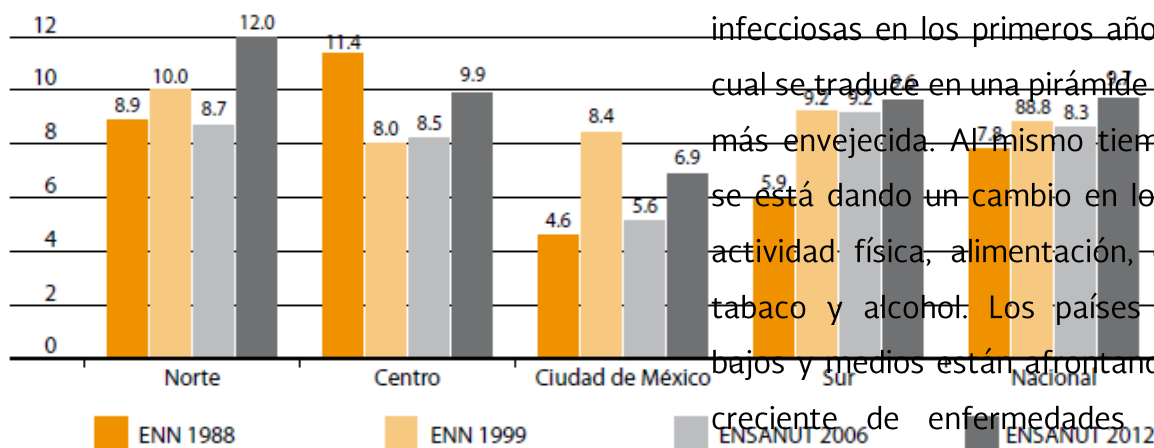
En el mundo la obesidad no era considerada como un problema de salud pública, ya que se desconocía su magnitud, por lo que la preocupación de los gobiernos de los países no existía. Fue a partir de mayo de 2004 cuando la OMS la etiquetó como la “epidemia del XXI”². En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, de la OMS calculó que la baja ingestión de verduras y frutas causa un 19% de los casos de cáncer gastrointestinal y un 31% de los casos de cardiopatía isquémica, produciendo 2.7 millones de muertes anuales en todo el mundo.

Actualmente, el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo de defunción. De acuerdo a datos de la OMS del 2008, a nivel mundial, casi 22 millones de niños menores

de 5 años de edad tenían sobrepeso.⁴ En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

En América Latina, la prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente en todos los grupos sociales y niveles educativos, aun en aquellos de nivel socioeconómico bajo y en los niños menores de 5 años.

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 pp de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente). El principal aumento se registra en la región norte del país que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3 pp arriba del promedio nacional.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente).

De acuerdo a los datos anteriores, resulta importante señalar que un niño con sobrepeso u obesidad tiende a permanecer obeso en la edad adulta y también es más propenso a desarrollar enfermedades no transmisibles.

3.1 Problemática

La salud mundial atraviesa por un periodo de transición, que se caracteriza por una disminución tanto de las tasas de fecundidad como de la mortalidad por enfermedades infecciosas en los primeros años de vida, lo cual se traduce en una pirámide de población más envejecida. Al mismo tiempo, también se está dando un cambio en los hábitos de actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol. Los países de ingresos bajos y medios están afrontando una carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles además de las enfermedades

infecciosas.⁵ Anteriormente se pensaba que estas transiciones se presentaban únicamente en países desarrollados, sin embargo esta situación actualmente afecta también a países en vías de desarrollo y a todos los segmentos de la sociedad. La transición alimentaria está estrechamente relacionada con la transición demográfica y epidemiológica. En cuanto a la transición alimentaria, esta se refiere a un cambio de la dieta tradicional basada en un alto consumo de verduras, frutas y granos enteros; por una dieta basada en alimentos ricos en grasa y con azúcar refinada, así como un bajo aporte en fibra y por lo tanto, se convierte en una dieta de alta densidad energética.⁶ Estos cambios se reflejan en el estado de nutrición de la población, donde se observan cambios en la composición corporal y cada vez mayores prevalencias de las enfermedades crónico degenerativas, íntimamente relacionadas con la obesidad.⁷

La alimentación infantil apropiada es uno de los pilares más importantes para la promoción de la salud. Así, la lactancia materna adecuada es considerada una de las medidas más costo-efectivas para evitar enfermedades y muerte en la etapa infantil y preescolar. Asimismo, la correcta alimentación complementaria disminuye el

riesgo de desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias de micronutrientes, al fomentar hábitos adecuados de alimentación.

La desnutrición en los menores de cinco años tiene efectos adversos en el crecimiento, el desarrollo y la salud de los menores y tiene efectos en el mediano y largo plazo en el rendimiento escolar e intelectual, el desarrollo de capacidades, el rendimiento en el trabajo, y el ingreso laboral en los adultos, lo que repercute en el desarrollo social. La desnutrición en nuestro país ha mantenido una disminución sostenida a lo largo de casi un cuarto de siglo. A pesar de esta tendencia sostenida de disminución en la prevalencia de desnutrición crónica, actualmente casi 14 de cada 100 preescolares tienen baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, lo que representa casi 1.5 millones de menores de cinco años. Esta prevalencia es de gran trascendencia, dados los efectos adversos de la desnutrición crónica en la morbilidad, mortalidad y el desarrollo psicomotor del niño y en el desempeño intelectual y físico del escolar, el adolescente y el adulto, lo que se traduce en desventajas de por vida en el desarrollo de capacidades.

Por otro lado, la obesidad está llegando a proporciones de pandemia en gran parte del mundo, cada vez afecta más a la población infantil, por lo que representa una carga económica y social a nivel mundial, a menos que se tomen medidas eficaces para invertir la tendencia. Los efectos adversos como consecuencia de la obesidad infantil pueden presentarse a corto o largo plazo y pueden afectar tanto al área física como la psicosocial, con un aumento en la morbilidad y mortalidad, persistencia de trastornos metabólicos asociados, mayor número de problemas cardiovasculares, hiperinsulinemia, dislipidemias, aparición de algunos tipos de cáncer, problemas ortopédicos que se acompañan de alteraciones en la actividad física, trastornos de la respuesta inmune con menor capacidad para defenderse de las infecciones, menor capacidad de cicatrización, alteraciones cutáneas, infecciones, problemas respiratorios, baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones alterados de conducta⁷.

Como problema de salud, está teniendo consecuencias e implicaciones sociales y económicas a mediano y largo plazo, a nivel familiar y a nivel nacional. Ante la presencia de este reto de salud, las estructuras

gubernamentales mexicanas responsables de la atención de la salud, hablan de hacer promoción de la salud en la comunidad para que cada uno de los individuos adquiera la responsabilidad de prevenir la enfermedad o contrarrestar sus efectos.

Entre los factores de riesgo que influyen para que se desarrollen las enfermedades mencionadas, están los estilos de vida, entendidos como patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales². Estos factores se van delimitando por los hábitos, que es el producto de la aplicación de esquemas idénticos.

En los países en desarrollo tanto la desnutrición como el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública. Este fenómeno es conocido como la doble carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y se presenta fundamentalmente en los niños; fenómeno que se explica al observar la convivencia de padres con obesidad e hijos con desnutrición y sobrepeso u obesidad en el mismo núcleo familiar. Este escenario representa un riesgo alarmante, para reducirlo las niñas y niños,

deben mantener un peso saludable echando mano especialmente del fomento de una alimentación correcta y la promoción de actividad física como parte de un estilo de vida saludable.⁹

Mejorar el estado de nutrición de niños y adolescentes, es una inversión eficaz para la generación futura. Las escuelas ofrecen la oportunidad de promover patrones de alimentación correcta y actividad física; también son un punto de acceso posible para involucrar a los padres y miembros de la comunidad en la prevención de la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Para abordar eficazmente este creciente problema mundial se deben promover políticas y estrategias enfocadas a la población infantil.

3.2 Retos

Uno de los retos de este componente es otorgar una consulta del niño sano completa y de calidad incluyendo la evaluación del estado de nutrición, en el cual se fortalezca la orientación alimentaria a madres, padres y o tutores sobre los signos de alarma e identificación de antecedentes de riesgo. Para lograr lo anterior se reforzará la

capacitación y comunicación con los responsables Estatales de Nutrición, al llevar un monitoreo y evaluación constante de los indicadores involucrados en el programa, con la finalidad de lograr mejorar el control nutricional en las niñas y los niños

4. Organización del Programa

4.1 Objetivo

Establecer las bases operacionales para el control nutricional de las niñas y niños menores de 5 años de edad, al brindar una atención de calidad por parte del personal de salud en las unidades de primer nivel de atención.

4.2 Estrategias y Líneas de Acción

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia cuenta con el Programa de Salud de la Infancia y la Adolescencia, el cual tiene objetivos y estrategias específicas para Nutrición:

Objetivo:

Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.

El presente objetivo obedece a la necesidad de mejorar las condiciones de salud de la población, bajo la premisa de que si se previene desde la infancia el resto de las etapas de la línea de vida tendrán hábitos saludables con mejor calidad en salud. Todo se ve reforzado al empoderar a la población adolescente en el autocuidado de la salud.

Estrategia:

Implementar acciones de prevención, vigilancia y control de nutrición en la infancia y la adolescencia.

Líneas de acción:

- Implementar acciones de vigilancia de la nutrición en niñas, niños y adolescentes.
- Definir acciones de orientación alimentaria y favorecer la activación física en niñas, niños y adolescentes.
- Coadyuvar a la atención integral del sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención.

Dicho programa a su vez, se encuentra con el Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 y el Programa Sectorial de Salud. A continuación se presenta una tabla con la alineación de ambos programas:

4.2.1 Alineación al PND

Alineación de los objetivos del Programa al Plan Nacional de Desarrollo (PND)			
Meta Nacional	Objetivo de la meta nacional	Estrategia del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del Programa
México Incluyente	2.1 Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población.	2.1.2 Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva.	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.
México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2 Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.
México Incluyente	2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.

4.2.2 Alineación al PROSESA

Alineación de los objetivos del Programa Sectorial de Salud (PROSESA)			
Objetivo del PROSESA	Estrategia del PROSESA	Línea de Acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1 Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.1 Asegurar un enfoque integral para reducir la morbilidad y mortalidad infantil y en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas.	4.1.2. Mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años.	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.	5.1 Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.	5.1.3 Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad, con equidad de género.
6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de	6.3 Fortalecer las acciones de supervisión, evaluación, control y transparencia de programas, proyectos y	6.3.2 Establecer mecanismos de monitoreo y difusión de indicadores de calidad que permitan evaluar el desempeño	Disminuir la morbilidad y mortalidad en menores de 19 años mediante estrategias que reduzcan la desigualdad,

la Secretaría de Salud.	procesos en materia de salud.	de los servicios.	con equidad de género.
-------------------------	-------------------------------	-------------------	------------------------

5. Niveles de Responsabilidad y Actividades

La prevención de los principales problemas de nutrición en los menores de cinco años, incluye varios procesos realizados a distintos niveles, los cuales incluyen desde el nivel local, jurisdiccional, estatal y federal.

Dentro de la responsabilidad de cada nivel se encuentran cuatro acciones específicas que serán los puntos clave para la obtención de resultados: Capacitación a nivel individual, duplicar la capacitación, evaluación de la nutrición y establecimiento de estrategias.

A continuación se presentan los procesos más importantes:

5.1 Responsabilidad del Nivel Federal

- Contar con un responsable del componente que cumpla con el perfil del área de salud establecido para ser capaz de realizar las funciones del cargo.
- Proporcionar los documentos básicos técnicos y normativos necesarios
- Difundir el Programa Anual de Trabajo.
- Consensuar y difundir los indicadores de evaluación del componente.

- Difundir las metas del componente.
- Supervisar el componente a nivel nacional.
- Realizar reuniones nacionales con los responsables estatales del componente.

Acciones Específicas

- Capacitación individual:
- Gestionar capacitación en temas relacionados a la nutrición para los responsables estatales del componente.
- Fortalecer el conocimiento sobre temas relacionados con la atención integrada, desnutrición, sobrepeso-obesidad, suplementación con vitamina A, prevención y tratamiento de anemia.
- Promover y capacitar a los responsables estatales de nutrición para el desarrollo de proyectos que beneficien la salud nutricional de la población infantil.
- Proporcionar material de difusión y campañas de prevención en materia de nutrición.
- Conocer el diagnóstico de salud nutricional a nivel nacional.

- Establecer acciones en función del diagnóstico de salud nutricional nacional.
- Establecimiento de estrategias e implementación de intervenciones.
- Establecer estrategias permanentes con los niveles estatales para el fomento de la lactancia materna.
- Gestionar estrategias con organismos del sector salud y organizaciones privadas para el fomento permanente de la lactancia materna a nivel nacional.
- Gestionar con empresas socialmente responsables y ONG's el financiamiento de campañas de prevención en materia de nutrición.
- Desarrollar investigación operativa relacionada con la suplementación con micronutrientes necesarios para la nutrición en niños menores de cinco años.
- Gestionar y difundir acuerdos para definir los formatos de registro de la información de las actividades relacionadas con el componente.
- Establecer vínculos intra e interinstitucionales.
- Tener un responsable del componente que cumpla con los requisitos académicos.
- Contar con los documentos básicos técnicos y normativos necesarios.
- Contar con un Programa Anual de Trabajo.
- Contar con un presupuesto POA-AFASPE
- Conocer y manejar los indicadores de evaluación del componente.
- Conocer las metas del componente.
- Conocer y manejar los documentos donde se registra la información de las actividades de su componente.
- Supervisar el componente a nivel jurisdiccional y local según corresponda.
- Proporcionar material de difusión y campañas de prevención en materia de nutrición.

Acciones Específicas

- Capacitación individual.
- Recibir capacitación en temas relacionados a la nutrición y vigilancia nutricional dentro de la atención integrada.
- Conocer y manejar los temas de capacitación relacionados con la atención integrada, desnutrición,

5.2 Responsabilidad Nivel Estatal y Jurisdiccional

- sobrepeso-obesidad, suplementación con vitamina A, prevención y tratamiento de anemia en los menores de cinco años de edad.
- Conocer y manejar los temas de capacitación en desnutrición y sobrepeso-obesidad para la madre o responsable del menor.
 - Conocer y manejar los temas de capacitación sobre lactancia materna.
 - Replicar la capacitación.
 - Programar capacitación a madres y a responsables del componente a nivel jurisdiccional y/o local.
 - Replicar la capacitación otorgada a nivel federal a los responsables del componente de nivel jurisdiccional y/o local.
 - Contar con el material de difusión y campañas de prevención en materia de nutrición y distribuirlo a nivel jurisdiccional y local.
 - Evaluación de la nutrición.
 - Conocer y mantener actualizado el diagnóstico de salud nutricional de su estado.
 - Conocer y mantener actualizadas las estadísticas de menores con desnutrición y con sobrepeso-obesidad.
 - Conocer y mantener actualizados los niveles de cobertura de suplementación con hierro.
- Conocer y mantener actualizados los niveles de cobertura de suplementación con vitamina A en recién nacidos y menores de cinco años.
 - Conocer y actualizar estadísticas de ingresos de menores a control nutricional, a vías de recuperación y recuperados.
 - Conocer el número de defunciones por deficiencias de la nutrición.
 - Establecimiento de estrategias e implementación de intervenciones.
 - Gestionar con organismos del sector salud y organizaciones privadas estrategias para el fomento permanente de la lactancia materna.
 - Desarrollar proyectos que beneficien la salud nutricional de la población infantil, como el convocado por el Programa de Acción Entornos y Comunidades Saludables.
 - Programar talleres de capacitación en temas de salud nutricional: lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación en las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

5.3 Responsabilidad Nivel Local

- Conocer el contenido de los documentos básicos técnicos y normativos necesarios.
- Brindar el diagnóstico nutricional adecuado a la madre o responsable del menor.
- Suplementar con hierro a la población infantil.
- Suplementar con vitamina A en recién nacidos y menores de cinco años.
- Ingresar a control nutricional a la población infantil.
- Ingresar y dar seguimiento a los menores con desnutrición, sobrepeso-obesidad a las categorías “en vías de recuperación” y “recuperados”, según corresponda.
- Llevar el registro estadístico de las defunciones por deficiencias de la nutrición.
- Capacitación individual
- Recibir capacitación actualizada en temas relacionados a la nutrición y vigilancia nutricional dentro de la atención integrada.
- Conocer y manejar adecuadamente los temas relacionados con la atención integrada, desnutrición, sobrepeso-obesidad, suplementación con vitamina A, prevención y tratamiento de anemia para los niños menores de cinco años de edad.
- Conocer y mantener actualizados los temas de capacitación en desnutrición y sobrepeso-obesidad para la madre o responsable del menor.
- Conocer y mantener actualizados los temas de capacitación en desnutrición y sobrepeso-obesidad para los niños menores de diez años de edad y adolescentes.
- Conocer y manejar los temas de capacitación sobre lactancia materna.
- Replicar la capacitación
- Capacitar periódicamente a madres y a nivel operativo en temas relacionados con la nutrición.
- Capacitar al personal de enfermería en temas relacionados con la vigilancia nutricional dentro de la atención integrada.
- Distribuir material de difusión y campañas de prevención en materia de nutrición a madres y responsables de menores de cinco años de edad.
- Evaluación de la nutrición
- Utilizar y mantener actualizados los documentos donde se registra la información de las actividades de su componente.

- Diagnosticar y dar seguimiento a los menores con desnutrición y con sobrepeso-obesidad.
- Establecimiento de estrategias e implementación de intervenciones.
- Desarrollar proyectos que beneficien la salud nutricional de la población infantil, como el convocado por el Programa de Acción Entornos y Comunidades Saludables.
- Programar talleres de capacitación en temas de salud nutricional: lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación en las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

6. Estrategias de Implementación Operativa

6.1 Campo de aplicación.

Estos lineamientos tienen alcance de aplicación a las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, a los sectores Público, Social y Privado, así como los servicios Estatales de Salud

6.2 Recursos Físicos

Para llevar a cabo lo relacionado con el programa de nutrición el Responsable Estatal debe contar con el siguiente material mínimo indispensable, para llevar a cabo sus funciones:

- Espacio físico
- Equipo de cómputo con internet que tenga habilitado los cubos del SIS. En caso de que el responsable Estatal de Nutrición no cuente con esta posibilidad, debe tener el apoyo incondicional del área de estadística para facilitar la información necesaria
- Impresora
- Archivero
- Disponibilidad de acceder a un vehículo que permita la movilización en caso de supervisión y vigilancia de las actividades relacionadas a la

ejecución y operatividad del programa

- Insumos de papelería

El Responsable Jurisdiccional, debe contar con lo siguiente:

- Espacio físico
- Equipo de cómputo con internet que tenga habilitado los cubos del SIS. En caso de que el responsable Jurisdiccional no cuente con esta posibilidad, debe tener el apoyo incondicional del área de estadística para facilitar la información necesaria
- Impresora
- Archivero
- Disponibilidad de acceder a un vehículo que permita la movilización en caso de supervisión y vigilancia de las actividades relacionadas a la ejecución y operatividad del programa
- Insumos de papelería

El personal de Salud de la Unidad de Primer Nivel de Atención, debe contar con lo siguiente:

- Espacio físico exclusivo para la evaluación Antropométrica
- Equipo de cómputo con internet que tenga habilitado los cubos del SIS.
- Impresora

- Archivero
- Disponibilidad de acceder a un vehículo que permita la movilización en caso de la búsqueda intencionada de algún niño o niña que no asista continuamente a su control nutricional, con la finalidad de mantener la calidad en la atención y mejorar la operatividad del programa
- Báscula clínica calibrada
- Báscula portátil con pilas y calibrada, en caso de realizar mediciones de peso fuera de la unidad de salud
- Báscula pesa bebé
- Cinta antropométrica de fibra de vidrio
- Infantómetro
- Estadímetro
- Insumos de papelería

6.3 Recursos Humanos

Para el cumplimiento del programa de Nutrición, es indispensable que el Estado cuente con un Responsable Estatal, de preferencia que tenga formación de Licenciado (a) en Nutrición. Dicho responsable trabajará de forma sistematizada con el Coordinador Estatal del PASIA

También es necesario que en la Jurisdicción exista en responsable que le dé seguimiento y cumplimiento al programa; así como las Unidades de Salud deben tener personal de salud capacitado y/o nutriólogo (a) que lleve el seguimiento de la consulta y el control nutricional.

La información y capacitación debe impartirse directamente del nivel Federal al nivel Estatal y los Responsables de Programa en cascada bajarán la información hasta el nivel operativo.

7. Seguimiento y Evaluación

7.1 Indicadores y Periodicidad de la evaluación

A continuación se presentan los indicadores relacionados al control nutricional del menor de 5 años, así como su descripción, la meta establecida y la periodicidad del reporte para dar cumplimiento a cada indicador.

INDICADOR 1. Mortalidad en niños menores de 1 año por desnutrición.	
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.	Número de defunciones de niños < de 1 año por desnutrición/Total de niños < de 1 año x 100
META.	Porcentaje de reducción del 5% respecto a la tendencia en los últimos cinco años por cada entidad federativa.
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR	La fuente de esta información será el Sistema de Información en Salud (SIS) y CONAPO. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: E40X, 41X, 42X, 43X, 44, 44O, 441, 45X, 46X, 50, 51, 52X, 53, 54X, 55, 56, 58X, 59X, 60X, 61, 63, 64; para obtener el denominador deberá tomar en cuenta la proyección de CONAPO para su entidad federativa. La meta programada será con base en el porcentaje de reducción respecto a la tendencia de los últimos cinco años para su entidad federativa.
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Será anual y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición.
NOTA: a inicios del año 2015, se realizará el ejercicio de validación de la meta estatal.	

INDICADOR 2. Mortalidad en niños de 1 a 4 años por desnutrición.	
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.	Número de defunciones de niños de 1 a 4 años por desnutrición/Total de niños de 1 a 4 años x 100
META.	Porcentaje de reducción del 5% respecto a la tendencia en los últimos cinco años por cada entidad federativa.
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR	La fuente de esta información será el Sistema de Información en Salud (SIS) Y CONAPO. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: E40X, 41X, 42X, 43X, 44, 44O, 441, 45X, 46X, 50, 51, 52X, 53, 54X, 55, 56, 58X, 59X, 60X, 61, 63, 64; para obtener el denominador deberá tomar en cuenta la proyección de CONAPO para su entidad federativa. La meta programada será con base en el porcentaje de reducción respecto a la tendencia de los últimos cinco años para su entidad federativa.
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Será anual y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.
NOTA: a inicios del año 2015, se realizará el ejercicio de validación de la meta estatal.	

INDICADOR 3. Porcentaje de menores de 5 años en control nutricional por desnutrición leve.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.	DEL	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR. Número de menores de 5 años en control nutricional por desnutrición leve/ Total de niños menores de 5 años con desnutrición leve x 100
META.		80%
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR	PARA CON EL	<p>Deberá reportar el número total de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición leve del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.</p> <p>La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: NPT16,23,30; para obtener el denominador deberá sumar las variables: CEN 41,55,56. Debe considerar que la meta se programó calculando que aproximadamente hasta el 80% de este grupo etario que tenga desnutrición leve debe ser incorporado a control nutricional.</p>
PERIODICIDAD DEL REPORTE	DEL	<p>Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.</p>

INDICADOR 4. Porcentaje de menores de 5 años en control nutricional por desnutrición moderada.	
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.	Número de menores de 5 años en control nutricional por desnutrición moderada/ Total de niños menores de 5 años con desnutrición moderada x 100
META.	80%
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR	<p>Deberá reportar el número total de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición moderada del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.</p> <p>La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: NPT17,24,31; para obtener el denominador deberá sumar las variables: CEN 45,57,58. Debe considerar que la meta se programó calculando que aproximadamente hasta el 80% de este grupo etario que tenga desnutrición moderada debe ser incorporado a control nutricional.</p>
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.

INDICADOR 5. Porcentaje de menores de 5 años en control nutricional por desnutrición grave.	
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.	Número de menores de 5 años en control nutricional por desnutrición grave / Total de niños menores de 5 años con desnutrición grave x 100
META.	90%
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR	<p>Deberá reportar el número total de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición grave del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.</p> <p>La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: NPT18,25,32; para obtener el denominador deberá sumar las variables: CEN 49,59,60. Debe considerar que la meta se programó calculando que aproximadamente hasta el 90% de este grupo etario que tenga desnutrición grave, ya que debe ser referido a segundo nivel de atención y darle seguimiento en el programa de control nutricional, por el alto riesgo de mortalidad que se tiene para este grupo de edad.</p>
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.
NOTA: la meta establecida es alta, debido a que las niñas y niños detectados con desnutrición grave están asociados a la tasa mortalidad, además de que los detectados deben ser referidos a una Unidad de Segundo Nivel de Atención..	

INDICADOR 6. Porcentaje de menores de 5 años en control nutricional por sobrepeso-obesidad.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.		Número de menores de 5 año en control nutricional por sobrepeso-obesidad/ Total de niños menores de 5 años con sobrepeso-obesidad x 100
META.		80%
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR		<p>Deberá reportar el número total de niñas y niños menores de 5 años con sobrepeso-obesidad del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.</p> <p>La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: NPT14,21,28; para obtener el denominador deberá sumar las variables: CEN33,51,52. Debe considerar que la meta se programó calculando que aproximadamente hasta el 80% de este grupo etario que tenga sobrepeso-obesidad debe ser incorporado a control nutricional.</p>
PERIODICIDAD DEL REPORTE		<p>Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.</p>

INDICADOR 7. Porcentaje de niños de 5 a 9 años en control nutricional por bajo peso.	
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.	Número de niños de 5 a 9 años en control nutricional por bajo peso/ Total de niños de 5-9 años con bajo peso x 100
META.	80%
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR	<p>Deberá reportar el número total de niñas y niños de 5 a 9 años con bajo peso del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.</p> <p>La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: IMC03 para obtener el denominador será con la variable: CEN 65. Debe considerar que la meta se programó calculando que aproximadamente hasta el 80% de este grupo etario que tenga bajo peso debe ser incorporado a control nutricional.</p>
PERIODICIDAD DEL REPORTE	Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.
NOTA: A pesar de que este indicador no pertenece al grupo de niñas y niños menores de cinco años, se crea en este documento, para que se plasmen los indicadores en conjunto.	

INDICADOR 8. Porcentaje de niños de 5 a 9 años en control nutricional por sobrepeso-obesidad.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.		Número de 5 a 9 años en control nutricional por sobrepeso-obesidad/ Total de niños de 5-9 años con sobrepeso-obesidad x 100
META.		80%
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR		<p>Deberá reportar el número total de niñas y niños de 5 a 9 años con sobrepeso-obesidad del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.</p> <p>La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: IMC01; para obtener el denominador será con la variables: CEN 65. Debe considerar que la meta se programó calculando que aproximadamente hasta el 80% de este grupo etario que tenga sobrepeso-obesidad debe ser incorporado a control nutricional.</p>
PERIODICIDAD DEL REPORTE		Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com , y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com , responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@gsia.gob.pe , Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.
NOTA: A pesar de que este indicador no pertenece al grupo de niñas y niños menores de cinco años, se crea en este documento, para que se plasmen los indicadores en conjunto.		

INDICADOR 9. Porcentaje de menores de 5 años recuperados.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.		Total de menores de 5 años recuperados / Total de menores de 5 años vías de recuperación, con desnutrición y sobrepeso-obesidad x 100
META.		Porcentaje de reducción del 5% respecto a la tendencia en los últimos cinco años por cada entidad federativa.
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR		Deberá reportar el número total de niñas y niños menores de 5 años recuperados que acuden a consulta dentro del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales. La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: NPT20, 27, 34; para obtener el denominador deberá sumar las variables: NPT 14,16,17,18,19,21,23,24,25,26,28,30,31,32,33. Debe considerar que la meta será con base en el porcentaje de reducción respecto a la tendencia de los últimos cinco años para su entidad federativa.
PERIODICIDAD DEL REPORTE		Será semestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.

INDICADOR 10. Porcentaje de niños de 5 a 9 años recuperados.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.		Total de niños de 5 a 9 años recuperados / Total de niños de 5 a 9 años vías de recuperación con bajo peso y sobrepeso-obesidad x 100
META.		Porcentaje de reducción respecto a la tendencia en los últimos cinco años por cada entidad federativa.
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR		Deberá reportar el número total de niñas y niños de 5 a 9 años recuperados que acuden a consulta dentro del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales. La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá sumar las variables: IMC05; para obtener el denominador deberá sumar las variables: IMC 01,03,04. Debe considerar que la meta será con base en el porcentaje de reducción respecto a la tendencia de los últimos cinco años para su entidad federativa.
PERIODICIDAD DEL REPORTE		Será semestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.
NOTA: A pesar de que este indicador no pertenece al grupo de niñas y niños menores de cinco años, se crea en este documento, para que se plasmen los indicadores en conjunto.		

INDICADOR 11. Porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.		Total de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva./ Total de nacimientos que son responsabilidad de la secretaría de salud, menores de 6 meses x 100
META.		80% de reporte.
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR		Deberá reportar el número total de niñas y niños menores de 6 meses que recibieron lactancia materna exclusiva dentro del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales. La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá reportar las variables: LMA01; para obtener el denominador deberá reportar la población menor de 6 meses de acuerdo a CONAPO que es responsabilidad de la Secretaría de Salud. Debe considerar que la meta está basada en el reporte de los niños que recibieron lactancia materna exclusiva.
PERIODICIDAD DEL REPORTE		Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.

INDICADOR 12. Porcentaje de niños de 6 meses a 3 años que reciben lactancia de mantenimiento.		
CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR.		Total de niños de 6 meses a 3 años que reciben lactancia de mantenimiento./ Total de nacimientos que son responsabilidad de la secretaría de salud de 6 meses a 3 años x 100
META.		80% de reporte.
REQUISITOS PARA CUMPLIR CON EL INDICADOR		Deberá reportar el número total de niñas y niños de 6 meses a 3 años que recibieron lactancia materna de mantenimiento dentro del ámbito de responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales. La fuente de esta información será el SIS. Para obtener el numerador deberá reportar las variables: LMA02; para obtener el denominador deberá reportar la población de 6 meses a 3 años, de acuerdo a CONAPO que es responsabilidad de la Secretaría de Salud. Debe considerar que la meta está basada en el reporte de los niños que recibieron lactancia materna de mantenimiento.
PERIODICIDAD DEL REPORTE		Será trimestral y deberá enviarse vía correo electrónico a la Lic. en Nut. Susana Torres Perera: suetp28@hotmail.com, y a la Lic. En Nut. Karla Lima Chávez: karlalch@hotmail.com, responsables del componente de nutrición, con copia al Dr. José de Jesús Méndez de Lira: subdireccióninfancia@ gmail.com, Subdirector Técnico de Salud de la Infancia.

8. Bibliografía

1. Programa de Acción Específico Salud de la Infancia y la Adolescencia 2013-2018
2. Organización Mundial de la Salud. “Obesidad y sobrepeso” Nota descriptiva No. 311. [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>> [Consulta: 19 de noviembre de 2014]
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [en línea] http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf [Consulta: 14 de octubre de 2014]
4. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud, definición [en línea]. <http://www.who.int/social_determinants/es/> [Consulta: 19 de noviembre de 2014]
5. Chávez Zúñiga C y cols. Diagnóstico del estado nutricional de los niños de uno a seis años de edad del turno completo de una estancia de desarrollo y bienestar infantil en la Ciudad de México, Rev Esp Méd Quir 2012; 17 (4):256-260.
6. Poletti O., Barrios L. Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares. Rev Cubana Pediatr Ciudad de la Habana 2007 ene.-mar. 79(1).
7. ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz, et al. “Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza”, Revista Gerencia y Políticas en Salud. 2012, vol. 11, p. 98-110.
8. Ríos García BT y cols. Prevalencia de obesidad infantil en un grupo de población escolar de 6 a 13 años en la Ciudad de México, Rev Hosp Jua Mex 2008; 75(2):109-116.

9. Glosario de términos, acrónimos y sinónimos

Alimentación complementaria: es el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y es necesario la introducción de otros alimentos y líquidos además de la leche materna. La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es a los 6 meses y se prolonga hasta los 24 meses de edad.

Alimentación correcta/adecuada: a la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

Antropometría; somatometría: a la técnica estandarizada que se ocupa de medir las dimensiones físicas del

cuerpo humano en diferentes edades y estados fisiológicos.

Atención integrada: al conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento que se le proporcionan, de manera simultánea, al menor de diez años en la unidad de salud, independientemente del motivo de la consulta.

Bajo peso: al estado de nutrición identificado en las niñas y los niños mayores de 5 años, por ser menor a - 2 DE respecto a la mediana de la población de referencia.

Circunferencia de cintura: al perímetro abdominal que se mide en el punto medio entre el borde costal inferior y la cresta iliaca.

Consulta de la niña y el niño sano: a la consulta médica realizada en las unidades de primer nivel que engloba distintas acciones de prevención, vigilancia, seguimiento y detección en favor de la salud y desarrollo de la niña y el niño.

Crecimiento: al proceso fisiológico por el cual se incrementa el número y tamaño de las células, por lo que incluye órganos y sistemas, en el caso de niños se mide a través de

indicadores como el peso y longitud/talla.

Desnutrición: al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas, reviste diversos grados de intensidad y se clasifica en aguda y crónica. Se evalúa por medio del indicador peso para la talla de acuerdo a los patrones de referencia establecidos en los Lineamientos del CeNSIA.

Desnutrición aguda: al estado patológico caracterizado por un déficit del peso sin afectar la talla con base en el indicador peso para la talla (peso bajo, talla normal), de acuerdo a los patrones de referencia establecidos en los Lineamientos del CeNSIA.

Desnutrición crónica: al estado patológico caracterizado por la afectación de la talla esperada para la edad. Se evalúa por medio del indicador peso para la edad de acuerdo a los patrones de referencia

establecidos en los Lineamientos del CeNSIA.

Desnutrición leve: a los valores que se encuentran entre -1 y -1.99 DE del indicador peso para la talla de acuerdo a los patrones de referencia establecidos en los Lineamientos del CeNSIA.

Desnutrición moderada: al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso entre -2 y -2.99 DE del indicador de peso para la edad de acuerdo a los valores de referencia establecidos en los Lineamientos del CeNSIA.

Desnutrición grave: al trastorno de la nutrición que produce déficit de peso de 3 o más DE del indicador peso para la edad de acuerdo a los valores de referencia establecidos en los Lineamientos del CeNSIA.

Factores de mal pronóstico: a las variables biológicas y sociales que permiten orientar el plan de tratamiento, porque aumentan la probabilidad de que el niño muera si no se le da un seguimiento especial.

Factor de riesgo: a aquellos eventos biológicos y psicosociales que aumentan la probabilidad de un

resultado adverso en la salud y el desarrollo de la infancia.

Factor protector: aquellas condiciones individuales, familiares y de la comunidad capaces de favorecer la salud y el desarrollo, y reducir los efectos negativos de los factores de riesgo.

Índice de masa corporal: al indicador del estado de nutrición. Razón que se establece al dividir el peso corporal expresado en kilogramos (kg) entre la estatura o talla expresada en metros (m), elevada al cuadrado (kg/m²).

Lactancia materna: a la proporcionada al recién nacido, con leche humana.

Lactancia materna exclusiva: refiere la alimentación óptima que la niña y el niño reciben a libre demanda, solamente con leche humana durante los primeros 6 meses de vida, sin adición de otros líquidos o alimentos, a excepción de Vida Suero Oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) si así lo requiere.

Lactante: a la niña o el niño menor de 24 meses de edad.

Micronutrientes: a las vitaminas y nutrientes inorgánicos (minerales)

que participan en diversas funciones orgánicas, actuando como enzimas y coenzimas de reacciones metabólicas.

Obesidad: a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, como la define la norma en la materia. En niñas y niños menores de cinco años de edad, se determina cuando el indicador de peso para la talla se encuentra a partir de +3 DE de acuerdo a los patrones de referencia establecidos. A partir de los cinco años se determina cuando el indicador de IMC se encuentra a partir de +2 DE de acuerdo a los patrones de referencia establecidos.

Orientación alimentaria: al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, destinada a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos (adquisición, conservación, manejo, preparación y consumo) y la alimentación, con la finalidad de favorecer la adopción de una dieta adecuada a nivel individual, familiar o colectivo, considerando las

condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

Perímetro cefálico: a la medición de la circunferencia de la cabeza de una niña o un niño pasando la cinta métrica por el occípito-frontal y por enfrente arriba de las cejas, librando las orejas, se evalúa de acuerdo a los patrones de referencia establecidos.

Peso: a la totalidad de la masa corporal de un individuo y que es parte de índices para evaluar el estado de nutrición y salud.

Peso para la edad: al índice resultante de comparar el peso de una niña o niño, con el peso normal que debiera presentar para su edad. El normal corresponde a la mediana de una población de referencia.

Peso para la talla: al índice resultante de comparar el peso de una niña o niño, con la talla que presenta, con respecto a una población de referencia. El normal corresponde a la mediana de una población de referencia.

Signos de alarma: a las manifestaciones clínicas obtenidas por el examinador que expresan la presencia de un riesgo a la salud del paciente.

Signos de alarma para el sobrepeso y obesidad: en menores de cinco años al peso para la talla por arriba de lo normal, en mayores de cinco años el IMC por arriba de lo esperado para la edad y circunferencia de cintura igual o mayor al máximo esperado para la edad en mayores de cinco años.

Signos de alarma por desnutrición: disminución o ausencia en el aumento de peso, falta de apetito, disminución de la actividad física, indiferencia, presencia de fatiga, somnolencia, irritabilidad, y presencia de enfermedades infecciosas frecuentes.

Sobrepeso: al estado pre-mórbido definido por la norma en la materia. Es considerado un factor predisponente de la obesidad y de otras enfermedades crónicas no transmisibles. En las niñas y niños menores de cinco años de edad, se considera sobrepeso a los valores que se encuentran entre +2 y +2.99 DE del indicador peso para la talla de acuerdo a los patrones de referencia establecidos. A partir de 5 años de edad, se determina cuando el indicador de IMC se encuentra a partir

de +1 a +1.99 DE, de acuerdo a los valores de referencia establecidos.

Talla para la edad: al índice resultante de comparar la talla de un menor con la talla normal que debiera presentar para su edad. La talla normal corresponde a la mediana de una población de referencia.

Tasa de mortalidad Infantil: número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en un año determinado

Terapia de hidratación oral: al suministro vía oral de las sales de rehidratación y de líquidos seguros para prevenir o tratar la deshidratación.

Vida suero oral: a las sales contenidas en una formulación que tiene como función principal reponer la pérdida de agua y electrolitos en pacientes con diarrea. Las sales que se utilizan son las de osmolaridad reducida.

Vigilancia del estado nutricional: a la evaluación frecuente del estado nutricional.