



**Análisis del manejo de la anemia en
Centros de Acogida Residencial
estatales del Perú, estado de salud y
reinserción familiar – social, 2020**

**Olga María del Carmen Ramos Huamán
Lorena Guadalupe Zambrano Pino
Roque Juan Espinoza Casco
Gloria Esperanza Cruz Gonzales
William Enrique Cruz Gonzales**

Análisis del manejo de la anemia en Centros de Acogida Residencial estatales del Perú, estado de salud y reinserción familiar – social, 2020

**Olga María del Carmen Ramos Huamán
Lorena Guadalupe Zambrano Pino
Roque Juan Espinoza Casco
Gloria Esperanza Cruz Gonzales
William Enrique Cruz Gonzales**



Análisis del manejo de la anemia en Centros de Acogida Residencial estatales del Perú, estado de salud y reinserción familiar – social, 2020

Título original:
Análisis del manejo de la anemia en
Centros de Acogida Residencial
estatales del Perú, estado de salud y
reinserción familiar – social, 2020

Primera edición: mayo 2021

© Olga María del Carmen Ramos Huamán
Lorena Guadalupe Zambrano Pino
Roque Juan Espinoza Casco
Gloria Esperanza Cruz Gonzales
William Enrique Cruz Gonzales

Publicado por acuerdo con los autores.
© 2021, Editorial Grupo Compás
Guayaquil-Ecuador

Editor. Carlos Castagnola Sánchez

Grupo Compás es una editorial de la Universidad de Oriente desde el 2017, cada uno de sus textos han sido sometido a un proceso de evaluación por pares externos con base en la normativa del editorial. Este texto ha sido sugerido para su indexación en Latindex, Redib, ErihPlus, mediante ISSN 2600-5743 Folio 28701 Folio Único 24972 Centro de Acopio, Ecuador

El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Editado en Guayaquil - Ecuador

ISBN: 978-9942-814-82-1



Cita.

Ramos, O., Zambrano, L., Espinoza, R., Cruz, G., Cruz, W. (2021) Análisis del manejo de la anemia en Centros de Acogida Residencial estatales del Perú, estado de salud y reinserción familiar – social, 2020, Editorial Grupo Compás, Guayaquil Ecuador 54 pag

Prólogo

La investigación que da origen al presente libro tuvo en cuenta lo establecido en la Declaración Universal de los Derechos de las Niñas y Niños, consideró como primera categoría el manejo de la anemia, como segunda categoría el estado de salud de estas niñas y niños acogidos y como tercera categoría la reinserción familiar y social establecida en el Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos.

En cuanto al método de la investigación utilizó el enfoque cualitativo y diseño fenomenológico que se define por precisar pasos de indagación así como el análisis de uno o varios casos, tipo básico, recogiendo información de antecedentes narrativos de los sujetos inmersos en la investigación a través de una entrevista semi estructurada referente a las tres categorías: Manejo de la anemia, estado de salud y reinserción familiar y social, con sus subcategorías correspondientes, compuesta por 15 interrogantes, cuyos resultados se presentan en la matriz de triangulación.

Esta investigación estuvo conformada por una población de 05 servidores de un Centro de Acogida Residencial estatal del Perú, a quienes se le aplicó la entrevista

semiestructurada, que fue sometida al rigor científico de la credibilidad, la aplicabilidad, la confirmabilidad y la veracidad y autenticidad de las fuentes de información obtenida en el dialogo y el análisis racional.

Los resultados generales de esta investigación mostraron que el manejo de la anemia, estado de salud y reinserción familiar-social en las niñas, niños y adolescentes acogidos en los Centros de Acogida Residencial, se llevó a cabo según lo estipulado por el ente rector, los que al ser lineamientos de salud pública genéricos y aplicables en grandes poblaciones vulnerables o no, pero sanas, no resultan aplicables en su totalidad en la población acogida en el lugar de estudio, por tener particularidades biológicas, genéticas y hasta fisiológicas que hacen necesario el manejo de la misma sea individualizada.

Estructura de investigación y su desarrollo

La organización internacional considerada autoridad en temas de salud en el mundo en el año 2015, describió a partir de estudios realizados en el año 2011 que habían estimado la proporción de población infantil, mujeres en edad de tener hijos, gestantes y por país, que tenían baja hemoglobina, determinando que ésta era de gran magnitud y además, afectaba a la mayoría de la población. La organización internacional considerada autoridad Panamericana en Salud (2019) indicó que en el último cuarto de siglo la región de las Américas logró incrementar la “esperanza de vida al nacer” pasando de 72,3 a 76,9 años, donde Bolivia registró el mayor aumento, tanto para las mujeres como para los hombres, seguido de las islas Turcas y Caicos, Guatemala, Haití y Perú. La mortalidad de la niñez en la región logró disminuir de manera importante y fue considerada pionera en la eliminación de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. En Sudamérica casi 100,000 niños mueren anualmente por causas atribuidas a la violencia intrafamiliar, constituyéndose en un problema grave de la región. Situación que se hace crítica por la ausencia de estadística relacionada a niños en situación de vulnerabilidad tal como

lo indicó Gonzáles (2012). Se estima que en esta región de las Américas habría alrededor de 13 millones de niños sin cuidados parentales en 2003, cifra que se redujo desde 1990 sólo un 10%. De éstos casi la totalidad son acogidos por otros familiares o dados en adopción según López (2014). A partir de esta situación las autoridades internacionales en la materia tomaron decisiones orientadas al cuidado de la población menor de edad sin protección por parte de sus padres según establecieron United Nations, (2010) y el gobierno peruano emitió la norma pertinente dirigida a restituir y garantizar derechos, enfatizando el derecho a la vida, crecer y ser parte de un hogar donde goce de protección integral a población menor de 18 años en presunta desprotección.

El referente en estadística e informática nacional en el año 2018, dio a conocer que aproximadamente 4 de cada 10 pobladores de 3 años de edad tenían anemia en algún grado, de los cuales la mitad residía en la zona rural y poco menos del 50% en la zona urbana. A partir de ello el gobierno peruano ha venido dando directrices en materia de nutrición y alimentación a través del Acuerdo Nacional – 2002, en el Plan Bicentenario – Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN, 2011) y en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia del Sector Mujer. Así mismo,

el Sector que garantiza la implementación de las políticas y programas sociales de los distintos sectores del país donde se realizó esta y niveles de gobierno aprobó la estrategias y lineamientos orientados a la primera infancia, en marco del Plan Nacional de lucha contra la anemia que tiene como finalidad reducir y controlar la hemoglobina baja en madres y niños pequeños de cara al bicentenario. Asimismo, la Presidencia del Consejo de Ministros aprobó lineamientos generales de gobierno al 2021, donde estableció como prioridad de estado el desarrollo social y bienestar de la población, del que se desprenden lineamientos prioritarios, estando el primero de estos referido a reducir el problema de baja hemoglobina en infantes de 6 a 35 meses, con énfasis en lo preventivo. Adicionalmente, desde el gobierno central aprobó el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia (PMLA).

El Sector Mujer en el año 2018 acogió 1676 niños y adolescentes de ambos sexos cuyas causas de ingreso fueron determinadas por: declarados en abandono (14%), por Desprotección Familiar (85%) y presuntos infractores (1%). Asimismo, del total de niños se encontró que el 28% estuvieron sanos y 72% con algún problema de salud, de los cuales el 46.7% tenía caries dental, el 19.9% problemas psiquiátricos, el 8.5% desnutrición crónica, el 8.4% retraso mental, 3-9% tenía

anemia en algún grado, 3.0% problemas neurológicos y 0.4% desnutrición aguda.

En ese sentido, considerando que en el Perú la hemoglobina baja es un problema que afecta a grandes multitudes y se presenta en diferentes grados en los menores de edad acogidos en la institución donde se desarrolló la investigación, y que cada una de estas vidas tiene sus propias particularidades en el aspecto biológico, físico, mental y social, que los profesionales de salud contratados para atenderlos aplican juicios profesionales diferentes, este no podría ser abordado de manera genérica bajo los protocolos y directivas del Ministerio de Salud como lo hacen actualmente los programas nacionales, ya que, el no alcanzar los objetivos deseados (hemoglobina normal) en los usuarios podría impactar en su estado de salud y reinserción familiar – social.

Se tuvo en cuenta los siguientes trabajos previos internacionales, Sulayyim (2019) en la investigación realizada que tuvo como objetivo documentar y analizar los criterios de diagnóstico y las modalidades terapéuticas empleadas por los pediatras en los centros de salud afiliados al Ministerio de la Guardia Nacional, Riad, encontró una gran variabilidad en el diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro (IDA por sus siglas en inglés) y las prácticas terapéuticas. Para la

IDA nutricional, solo el 15.6% no recomendaron otras pruebas de laboratorio, la mayoría prefirió el tratamiento con sulfato ferroso (77,6%) dividido en dos dosis, pero las dosis diarias totales de hierro elemental variaron ampliamente de 2 a 6 mg / kg. Para el hierro intravenoso, el 42.9% recomendó hierro dextrano, el 32.7% hierro sacarosa y el 13.4% continuaría con el hierro oral. Los investigadores concluyeron que existen amplias variaciones entre los profesionales que diagnostican y prescriben tratamiento de la IDA pediátrica, lo que se agudiza ante la ausencia de programas de intervención y directrices nacionales basadas en evidencia.

Cadet (2018) en la investigación realizada que tuvo como objetivo presentar un estudio de caso clínico, seguido de la discusión de las implicaciones para la atención al paciente en la práctica clínica, encontró que la anemia IDA es el resultado de niveles bajos de hierro en el cuerpo y que la mitad de los casos con hemoglobina baja están relacionados a un déficit de hierro, por lo que su manejo es importante debido a su vínculo con una mayor morbilidad y mortalidad. La investigación concluyó que la IDA afecta a pacientes a lo largo de la vida por lo que los profesionales de salud deben determinar en cada paciente las causas, agentes o elementos considerados de riesgo para IDA y también la presentación clínica y resultados de laboratorio.

Fahima (2016) en la investigación realizada que tuvo como objetivo general evaluar la disminución de hemoglobina por debajo de valores por carencia de hierro (IDA) en la infancia en relación con diferentes patrones de alimentación (leche materna exclusiva, leche de vaca exclusiva y leche fortificada con hierro, encontró que el 57.1% de bebés del grupo total estudiado tenían IDA. La IDA fue mayor en lactantes que consumieron leche de vaca 24 (96%) que en los que fueron alimentados exclusivamente con leche materna 47 (66,2%), y menor en los que fueron alimentados de manera mixta (LM y fórmula fortificada), 13 (25,5%), respectivamente. La conclusión principal fue: los lactantes de 6 a 24 meses representan uno de los grupos de mayor riesgo para desarrollar la IDA (57,1%). Es considerada una causa para tener hemoglobina baja el alimentar al menor antes del año de vida con alimentos que su organismo aún no está preparado para recibir como la leche fluida de vaca. Serrano (2015), en la investigación realizada planteó como objetivo general: estudiar en un modelo animal en período de crecimiento, la velocidad y cantidad de absorción del hierro y regeneración de la hemoglobina durante el tratamiento crónico con hierro en la restitución de los valores normales de hemoglobina causado por deficiencia de hierro nutricional con planes alimenticios que consideran leche de

cabra o vaca suplementadas en hierro y ácido fólico. La conclusión general fue que la leche de cabra incrementa la expresión hepática de la proteína transportadora DMT1 y la hepcidina, mejorando la homeostasis de hierro. La suplementación de ácido fólico en la leche de cabra tiene un efecto protector a nivel hepático y favorece la regeneración de la hemoglobina en tratamientos crónicos con hierro.

Figuroa (2015) en la investigación realizada que tuvo como objetivo identificar en niños entre los 3 y 5 años la relación entre hemoglobina baja y características socio-ambientales, características de la madre, biológico-nutricionales y las condiciones de salud; así como con las concentraciones en sangre de zinc y retinol, encontró que los resultados mostraron que la hemoglobina baja está asociada a ausencia de servicios básicos en el hogar, analfabetismo de la madre, edad entre 9-24 meses; peso bajo para su edad y enfermedad en los últimos 15 días, bien como en casos de bajas concentraciones séricas de zinc y retinol, reforzándose la importancia de priorizar las intervenciones bajo estas condiciones.

En relación a los trabajos previos nacionales, Zavaleta (2017) a partir de su investigación reconoció que la hemoglobina baja en menores es un problema de grandes magnitudes en

nuestro país y demás países del mundo, que tendría como origen la privación de hierro, impactando desfavorablemente en el desarrollo psicomotor de los infantes, y que aún habiéndose corregido, estos podrían presentar a largo plazo un performance disminuido en lo cognitivo, social y emocional, lo que se reflejaría en su desenvolvimiento escolar y desarrollo de competencias en la etapa adulta.

Díaz (2015) en la investigación realizada que tuvo como objetivo general medir nutricionalmente a los menores de zonas originarias y no originarias de dos provincias de la zona amazónica del Perú, encontró que mediante métodos estandarizados se identificaron los factores que estarían originando alteraciones en el peso, talla y hemoglobina baja en la población de estudio. La proporción de población indígena con talla baja fue superior respecto de la no indígena, igual que la anemia. Las causas que estarían originando tales alteraciones fueron disímiles en ambas poblaciones. Predominó la edad inferior a 36 meses y características inadecuadas de la vivienda en indígenas, versus pobreza extrema y el parto institucional en no indígenas. Concluyeron que existen marcadas brechas entre ambas poblaciones respecto del modo de vivir de la población, disponibilidad de servicios de salud y presencia

de desnutrición crónica y hemoglobina baja en la población infantil por lo que se requiere adecuar las intervenciones que brinda y facilita el Estado en dichas zonas.

Fernández (2016) en la investigación realizada que tuvo como objetivo: cuantificar la relación entre hemoglobina baja por carencia de hierro y curación de los pacientes con edades inferiores a 6 meses en el servicio correspondiente del Instituto Nacional del Niño, concluyó que todos los niños recuperaron la salud en un rango de 2 a 32 días de hospitalización; la hemoglobina por rangos de edades fue de 0 a 2 meses de 9.33 g/dl; de 2 a 5 meses de 9.08 g/dl, y de 5 a 6 meses de 9.65; ningún niño presentó problemas médicos durante los días de hospitalización ni recaídas.

Yauri (2015), en la investigación realizada que tuvo como objetivo establecer la relación entre los factores de adherencia al consumo de mezclas de micronutrientes "Chispitas" y la hemoglobina baja en infantes del puesto de salud de Pariahuanca – Ancash 2015, concluyó que los factores terapéuticos y la hemoglobina subirán o disminuirán en la misma medida en los infantes del puesto de salud Pariahuanca, igual comportamiento pero en menor medida tiene el factor adherencia a diferencia del factor enfermedad.

Finalmente, Valderrama (2017), en la investigación realizada que tuvo como objetivo general: Cuantificar cómo influye un programa presupuestal de corte nutricional en la disminución de la talla baja y hemoglobina baja en niños pequeños, concluyó que la implementación del programa articulado nutricional no impacta positivamente en la proporción de talla baja y hemoglobina baja en niños pequeños.

En cuanto al marco teórico referencial se planteó como Categoría 1: Manejo de la anemia, el que ha sido descrito por los organismos rectores en materia de Salud va a depender de cual sea la causa que originó y su gravedad. Así tenemos que el manejo podría estar orientado a la administración de hierro en alguna de sus formas, vitamina B12 o ácido fólico, a medicamentos que inhiben el sistema inmunitario, la administración de eritropoyetina para ayudar a la médula ósea a fabricar más células sanguíneas o transfusiones de sangre. En ese sentido, el organismo mundial rector en materia de salud en el año 2011 estableció los valores de referencia para diagnosticar hemoglobina baja y determinar su gravedad, a partir de los cuales los países diseñarían sus políticas y estrategias de intervención. Así tenemos que México según su Guía de Práctica Clínica (2010), señaló que para prevenir anemia a los niños se les debe indicar leche materna exclusiva por lo menos durante

los primeros 6 meses; así como, recomienda que se incluyan alimentos considerados fuente en hierro al iniciar la alimentación. Señala también que los padres de familia y el personal involucrado en alimentación complementaria deben ser instruidos e incentivados para que preparen y ofrezcan en la dieta alimentos ricos en hierro. Adicionalmente, deben ofrecer de manera preventiva hierro oral a la mujer en estado de gravidez en cantidad de 60 mg/día después de finalizar el primer trimestre de embarazo hasta 3 meses después del alumbramiento. La citada guía también señala que el hierro de manera preventiva debe brindarse desde el inicio de la alimentación complementaria hasta el primer año de vida en los casos siguientes: i) niños productos de embarazo múltiple, ii) niños que nacieron de 37 a 42 semanas de gestación que fueron alimentados con leche de vaca, iii) niños que nacieron de 37 a 42 semanas de gestación que no recibieron alimentos ricos en hierro durante la alimentación complementaria, iv) niños con problemas de mala absorción o pérdida crónica de hierro, v) niños con antecedentes de hemorragia en el período neonatal, vi) niños con madre que tuvo hemoglobina baja durante el embarazo, las que fueron suplementadas con hierro elemental a razón de 2 mg/kg/día durante 6 meses.

Viquez (2014) señaló que Costa Rica también emitió Lineamientos Técnicos donde estableció cual sería el abordaje de la anemia en su población infantil. Asimismo, el Comité Nacional de Hematología Argentina estableció para la deficiencia de hierro y anemia ferropénica la Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Pavo (2016) recoge en "Anemia en la edad pediátrica" el manejo del problema de hemoglobina baja en niños españoles".

Por último, en el Perú, el ente rector en salud (2017) diseñó la Norma Técnica – Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (NTS MINSA). La citada Norma Técnica define a la Categoría 1 Manejo de la anemia de la presente investigación en base a los productos farmacéuticos que se utilizarán contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos (PNUME) vigente de acuerdo a esquema establecido, teniendo en cuenta el contenido del hierro elemental según cada producto farmacéutico. El diagnóstico para hemoglobina baja estuvo basado en los valores según Tabla de edad, sexo y condición fisiológica consignados en el documento de referencia. Del mismo modo la suplementación estuvo definida por la Tabla de presentación de los tipos de hierro consignada en el mismo documento.

Así tenemos que las sub categorías de la categoría 1: Manejo preventivo de anemia en niños estuvieron definidas según la NTS MINSA, para lo cual la medición inicial de hemoglobina o hematocrito para descartar hemoglobina baja se realiza antes del inicio de la alimentación complementaria, y en caso no se haya realizado oportunamente, se hace en el control siguiente. El manejo se inicia con un suplemento de hierro en cualquiera de sus formas y se prolonga el suministro hasta que el niño esté en edad de iniciar la alimentación complementaria, luego según señala la normativa se continúa con el suministro de mezclas de micronutrientes desde el fin de la lactancia materna exclusiva hasta completar 360 sobres a razón de un sobre por día. El niño que por diferentes motivos no inició la suplementación con mezclas de micronutrientes a los 06 meses de edad, podrá hacerlo en cualquier momento hasta cumplir los 36 meses inclusive. Asimismo, la norma es clara en señalar que en el caso de niños que han finalizado el periodo de lactancia exclusiva, corresponde el Establecimiento de Salud inicie la suplementación con mezcla de micronutrientes o similar. Adicionalmente, si por enfermedad se suspende el consumo de micronutrientes u otra presentación de hierro, esta se deberá retomar culminado el tratamiento médico hasta

completar los 360 sobres o completar cualquier otro tipo de suplementación.

El manejo preventivo en adolescentes mujeres hasta antes de cumplir la mayoría de edad que no tienen diagnóstico se realiza administrando 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental más 400 ug de Ácido Fólico, una vez a la semana, durante un periodo de 3 meses continuos por año.

La Sub categoría 2: Manejo terapéutico de anemia en la presente investigación en niños también estuvo definido según la NTS del MINSA (2017), donde los niños que tienen hemoglobina baja reciben suplementación, teniendo en cuenta si son menores o mayores de 6 meses, si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer.

Asimismo, el manejo de niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se inicia a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral. El tratamiento administrado es de dosis de 4 mg/kg/día, ofrecido durante 6 meses continuos. El control de hemoglobina según disponibilidad de los Establecimientos de salud se efectúa según indica la normativa a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento.

Del mismo modo, el manejo de hemoglobina baja en menores de 6 meses Nacidos a Término y/o con Buen Peso al

Nacer se efectúa a partir del primer diagnóstico de hemoglobina baja administrando los suplementos de hierro, en dosis de 3 mg/kg/día, durante 6 meses continuos. El control de hemoglobina se lleva a cabo según normativa y disponibilidad del Establecimiento de salud al mes, a los 3 y a los 6 meses de iniciado el tratamiento.

El manejo en niños que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y tienen hemoglobina baja, según señala la normativa se realiza con una dosis de 3mg/kg/día y se administra durante 6 meses continuos. El control de hemoglobina se lleva a cabo al mes, a los 3 y a los 6 meses de iniciado el tratamiento.

El manejo en adolescentes varones y mujeres de 12 a 17 años con diagnóstico de hemoglobina baja se realiza según norma administrando 2 tabletas de 60 mg de hierro elemental, haciendo un consumo diario de 120 mg de hierro elemental, durante 6 meses continuos. El control de hemoglobina se lleva a cabo al mes, a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento.

Como enfoque teórico que sustentó esta categoría para la presente investigación se consideró a la NTS MINSA (2017) por ser éste el documento técnico orientador aprobado por el rector en salud del país que recoge las directrices

internacionales en materia de salud, ajustados a nuestra realidad geográfica e indicadores de salud.

La Categoría 2 estuvo referida al Estado de salud, concepto que ha evolucionado en el tiempo, la definición que hace la organización internacional considerada autoridad en temas de salud en el mundo en la primera mitad de siglo XX definía a la salud "como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades", lo que permitió en esa época comprender la salud a parte de lo biológico, en lo social, sistema de valores, relaciones intra e interpersonales.

Kleinman (1980) interpretó los conceptos de salud y enfermedad a partir de la patología, el padecimiento y la enfermedad, términos que interrelacionan lo fisiológico, las dimensiones sociales de la persona, respuestas afectivas y procesos cognitivos, los que hacen que a partir de ese análisis la salud pueda ser definida como un hecho social a cuyo alrededor se desarrollan respuestas médicas locales y se construyen diferentes sistemas salud que apuntan a atender sus necesidades. A partir de lo antes enunciado, es necesario disponer del concepto de salud dentro de un marco genérico que facilite analizar y estudiar la relación que existe entre los factores de riesgo y los estados de salud y enfermedad. Por ello, en la presente investigación se tuvieron

en cuenta la totalidad de factores que contribuyen a la preservación y recuperación de la salud, el caso específico “anemia”.

Sobre este mismo tema Gordis (1980), señaló que el enfoque mecanicista o minimalista en salud y enfermedad debe ser complementado con un enfoque psicobiológico del hombre; que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno/materno y los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud. De acuerdo con Torres (2004), los estudios sobre la salud y la enfermedad pueden ser abordados de diversas formas. Una de estas, puede ser a la luz de la visión Emic o etic, visión hacia el interior y visión desde afuera.

Asimismo, Vergara (2007) señaló que en salud los conceptos han girado de manera muy rápida de tal manera que actualmente la salud es considerada como un recurso para la vida donde estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales y donde para conocerla es necesario estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, medio ambiente, sistema de salud que le atiende, estilos de vida comunitarios y, por consiguiente, su cultura. Por

último, según el Ministerio de Salud (2018), la Categoría 2 estuvo definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.

Las Sub categorías de la categoría 2 según el Ministerio de Salud (2018) fueron definidas según los determinantes de la salud, nombre colectivo con el que se nombra a los factores y condiciones que influyen en la salud de las poblaciones y considera los recogidos en el modelo de Marc Lalonde donde están identificados cuatro determinantes básicos. Según el Instituto Nacional de Salud (2018), estos se definen como:

Entorno

Circunscribe aspectos extraños al propio cuerpo, sobre los cuales la persona tiene una restringida capacidad de control y que influyen sobre la salud, medio ambiente físico, medio ambiente social.

Estilos de vida

Los comportamientos de los individuos y las colectividades ejercen una influencia sobre su salud. Los hábitos de vida nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecuada-sedentarismo y otros) tienen efectos nocivos para la salud.

Biología humana

Circunscribe aspectos físicos y mentales que integran la corporalidad humana, como son la herencia genética, la maduración, envejecimiento y particularidades de los sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, digestivo).

Servicios sanitarios

La cantidad y calidad de recursos utilizados con la finalidad de satisfacer las carencias y reclamos de los ciudadanos. Asimismo, entendemos a las estructuras, organizaciones y disposiciones generales del sector salud.

Por otro lado, existen modelos teóricos que desde diferentes disciplinas de estudio proponen una serie de determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad. Así tenemos que el hombre ha elaborado diferentes modelos conceptuales sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Dichos modelos han sido acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura. Arredondo (1992), el análisis de modelos teóricos que abordan como mismo objeto de estudio y desde diferentes disciplinas el proceso salud-enfermedad, incluyó once propuestas, las que se enuncian a continuación: i) Modelo Mágico-Religioso, ii) Modelo Sanitarista, iii) Modelo Social, iv) Modelo Unicausal, v) Modelo Multicausal, vi) Modelo Epidemiológico, vii) Modelo Ecológico, viii) Modelo Histórico-

Social, ix) Modelo Geográfico, x) Modelo Económico y xi) Modelo Interdisciplinario.

Como enfoque teórico que sustenta esta categoría en la presente investigación se consideró a lo establecido por el organismo rector en salud del país por estar alineada a la definición señalada por el organismo internacional rector en materia de salud y los determinantes de salud señalados por el Instituto Nacional de Salud.

La Categoría 3 estuvo referida a la Reinserción familiar y social sustentada en lo asumido en la Convención de las Naciones Unidas que reunida en 1989 creó un tratado sobre los derechos humanos del niño, resultando en una versión ampliada de la Declaración Universal de los Derechos Humanos del Niño escrita en 1959 por las Naciones Unidas. Es en el Artículo 9, de esta declaración que señala los Estados Partes velarán porque el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la Ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño. Asimismo el Artículo 18 señala que a efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus

funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños, seguido de los artículos 20, 21 y 27 consagran el derecho de los menores a vivir en su seno familiar y a ser cuidados por esta, sea cual fuere la configuración de la misma, ya que constituye el espacio ideal para su desenvolvimiento y bienestar. En esa medida los padres y madres tienen la obligación de brindar protección y cuidado a sus hijos e hijas y es deber del Estado garantizar a través de intervenciones del sector rector que las familias puedan cumplir cabalmente su rol. Asimismo, el Decreto Legislativo N° 1297 del sector rector para la Protección de los menores de edad sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 001-2018-MIMP, señaló las disposiciones de protección que involucren o determinen la separación familiar, y que el Estado orienta su accionar a la integración familiar, con la implementación de acciones y programas enfocados al apoyo y facilitar el regreso de los menores de edad al seno familiar de origen. Tal circunstancia de retorno al seno familiar de origen permite la valoración positiva precedente y el consecuente acomodo del menor de edad con la intervención de los integrantes de la familia nuclear y equipo técnico que asumió su acogimiento provisional. En ese

sentido, involucra el acompañar con la finalidad de extender la orientación y apoyo que requiera, en cumplimiento del plan de trabajo individual.

Como enfoque teórico que sustenta esta categoría en la presente investigación se consideró a lo establecido por el sector rector que tiene como mandato la promoción y protección de las poblaciones vulnerables siendo éstos grupos de personas que sufren discriminación o situaciones de desprotección, tales como los niños, niñas, adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, desplazados y migrantes internos; por estar alineada a la definición señalada en la Declaración Universal de los Derechos del Niño. Atendiendo las Sub categorías de la categoría 3 lo establecido en la normativa antes indicada que señala estas disposiciones provisionales de protección varían o cesan en cualquier fase del procedimiento por desprotección familiar, cuando desaparecen o modifican las circunstancias que motivaron, en el entendido que resulte compatible con el interés superior del menor de edad. Dicho acto jurisdiccional además debe fijar el plazo y la obligatoriedad de revisión trimestral. Corresponde la variación o cese de oficio o a pedido del menor de edad o las demás partes.

Las sub categorías de la variable Reinserción familiar se sustentaron en lo establecido en el artículo 89 del D.L. N° 1297, las que se enuncian a continuación: i) Extinción de las motivaciones que facilitaron la activación del Sistema de Protección, identificadas en la Tabla de Valoración de Riesgo aprobada con documento resolutivo del Sector Mujer, dando lugar al retorno del menor de edad a su núcleo familiar, ii) Por disposición de la autoridad jurisdiccional, cuando ha sido comprobado de manera objetiva que la familia está en capacidad de desempeñar sus competencias parentales con el menor de edad haciendo posible la reintegración familiar, iii) Al cumplir 18 años de edad la persona acogida, la autoridad correspondiente emite el documento resolutivo que declara la conclusión de la actuación del estado y la persona acogida tiene la potestad en el uso de sus derechos de volver con su familia si lo considera pertinente.

En ese sentido, las disposiciones provisionales de protección en cualquiera de sus fases pueden variar o cesar, siempre y cuando las situaciones que originaron su aplicación se hayan modificado o desaparecido y sean compatibles con el beneficio ulterior del menor de edad. Debe contener además, el documento resolutivo que ordena el cese de la protección, el plazo y la obligación de ser revisado

trimestralmente, este se puede dar de oficio o a pedido del menor de edad o las demás partes.

Resulta necesario señalar que los usuarios acogidos de acuerdo a su desarrollo y madurez participan en los previos a su incorporación del CAR, el cual se encuentra estipulado en el procedimiento por desprotección familiar, que tiene como finalidad prepararlo ante la nueva situación, informándole las expectativas y asegurándoles con continuar el trato y vinculaciones personales con los profesionales del CAR.

Por otro lado, la institución bajo estudio tiene como parte de sus funciones, a través de sus Unidades Orgánicas, la promoción, atención y apoyo a población vulnerable o en riesgo de desprotección con la finalidad de conseguir el bienestar y desarrollo personal, bajo los parámetros de fortalecer y desarrollar las capacidades que los convierta en personas útiles a su familia, a la comunidad y a la sociedad.

Los CAR son casas o residencias donde reside la población en protección remitida por el Poder Jurisdiccional, allí se les brinda atención integral, en un ambiente que semeja las condiciones de un hogar familiar, según la normativa vigente. La atención está a cargo de profesionales que procuran que los días transcurran en un ambiente familiar, donde se restituyen sus derechos de ser el caso, fortalecen

las redes familiares, promoviendo la desinstitucionalización y reintegración familiar.

El marco espacial de la investigación es una Institución estatal del Perú y fue planteada para analizar el manejo de la anemia, en los CAR a su cargo, estado de salud y reinserción social, siendo el marco temporal de desarrollo de la investigación el año 2020 en convivencia con la pandemia producida por la presencia de la COVID-19, el Estado de Emergencia Sanitaria en el país y el aislamiento social obligatorio determinado por el gobierno en el período marzo-junio 2020.

El contexto histórico de la presente investigación refirió que el actual proceso de globalización en el mundo evidencia que el Perú recibe una influencia externa a través de los medios de comunicación sean orales, escritos, virtuales, considerando que la transacción de la información ha sido facilitada por los avances tecnológicos. Esta influencia es a nivel político, económico y social. Asimismo, alcanza el tema de salud, ya que las costumbres culinarias entre otros, en el ritmo de vida acelerado que se vive en el presente siglo hace que los patrones alimentarios vayan cambiando y en consecuencia el perfil epidemiológico del país también.

El contexto político refirió que en el año 2019 la Ley de Presupuesto del Sector Público estableció como prioridad del

Estado, en materia de logro de resultados prioritarios del presupuesto el Desarrollo Infantil Temprano, a partir de lo cual se constituyó un equipo de trabajo multisectorial que a partir de un Modelo Conceptual, Modelo Explicativo, Modelo Prescriptivo, Teoría de Cambio, estableció metas de resultados a lograr para los años 2021 y 2026, habiendo sido identificadas 47 intervenciones y 30 productos, entre los cuales se encuentra el resultado “niñas y niños con atención de la anemia por deficiencia de hierro” que buscó generar mejoras significativas de los resultados específicos del Desarrollo Infantil Temprano con el objetivo de promover el desarrollo pleno del potencial de los niños y niñas; así como para protegerlos de factores de riesgo. Asimismo, fue emitido el Decreto Legislativo N° 1297 “Protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos” que tenía como objeto brindar protección integral a los menores de edad en presunta desprotección a fin de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos; priorizando su derecho a vivir, crecer y desarrollarse en el seno de su familia y su Reglamento.

En el contexto cultural tenemos que el planteamiento de políticas públicas en el actual gobierno no necesariamente va de la mano con la implementación de las mismas, ya que problemas de grandes magnitudes como la hemoglobina

baja en los menores de edad sigue siendo abordado desde una mirada centralista, que no incluye ni considera los patrones culturales de la población que reside en las regiones.

Finalmente, el contexto social hace referencia a la inmigración en el Perú que se agudizó a inicios del año 2016 originando un incremento de la población del país en casi un millón de residentes venezolanos, convirtiendo al Perú en el segundo país en el mundo con mayor cantidad de inmigrantes. Actualmente los residentes venezolanos constituyen la comunidad extranjera más numerosa en el Perú y hacen uso de sus sistemas de salud; así como de los servicios de la Institución estatal donde se llevó a cabo la investigación originando que se hayan tenido que crear y ampliar la oferta de Centros de Acogida Residencial de Urgencia en la región fronteriza de Tumbes y en otros lugares del país.

La Justificación teórica de la investigación realizada se sustentó en que esta fortalecerá los fundamentos teóricos existentes sobre el abordaje de la anemia, para todos los grados de esta según la edad de población acogida en los centros de la institución estatal y su estado de salud. La Justificación metodológica refirió que por su diseño la presente investigación puede ser replicada en futuras

investigaciones sobre la materia. Es preciso señalar, que las herramientas utilizadas para el recojo fueron elaborados por el investigador y sometidos a diversos métodos de validación lo que permitirá su uso posterior en otras investigaciones. La Justificación práctica está dada en el hecho que la institución estatal contará al final de la investigación con un protocolo de manejo de la anemia acorde a la biología, inmunidad, entorno social, físico, estado de salud de la población menor de edad acogida, en el marco de las normas vigentes de gobierno que incluyen a la salud y al Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia.

Lo obtenido después de efectuar el análisis documental; así como describe los resultados después de aplicar la entrevista a profundidad, se realizaron cinco entrevistas a diferentes actores entre ellos: Director del Centro de Acogida Residencial (CAR), Administradora, Trabajadora Social, Nutricionista y Técnica de Enfermería.

La información obtenida a partir de las entrevistas fue: Desgravada, posteriormente se dio inicio a la categorización de las entrevistas usando el formato respectivo, a partir de lo cual se procedió a iniciar la fase de codificación de las mismas usando para tal fin un formato ad hoc. A continuación, se exponen los resultados alcanzados de acuerdo a los objetivos planteados.

El análisis de los resultados de la investigación se presenta en relación a la triangulación de las respuestas de las entrevistas aplicadas a los participantes seleccionados, técnica donde se usan 3 o más perspectivas o diferentes observadores, o varias fuentes de datos, es a partir de información de los participantes se construyó la matriz de triangulación, cuyos resultados generales interpretados se exponen a continuación:

De acuerdo a:

Los entrevistados manifestaron que el manejo de la anemia en los CAR de la institución estatal se realizó tomando en cuenta la normativa del sector salud, aunque no todos los niveles jerárquicos y distintos profesionales la conozcan a detalle. Según lo respondido por los entrevistados el Establecimiento de salud hace el tamizaje y determina como va a llevarse a cabo el manejo de la anemia de resultar algún usuario con algún tipo de anemia. En el Ministerio de Salud lo dispuesto en la antes señalada normativa no es aplicado en los mismos términos por todos los Departamentos y profesionales, los pediatras tienen un criterio (cortan el tratamiento al haberse superado la anemia) y en Crecimiento y Desarrollo (CRED) las enfermeras tienen otro (brindan el tratamiento por 06 meses). En el CAR si hay disponibilidad del suplemento se administra a los usuarios, si

no se cuenta con stock la institución estatal no los adquiere. El seguimiento a la cadena de suministro lo realiza la enfermera no el médico, este último no atiende anemia, sólo atiende patologías. La ruta es la siguiente: El Establecimiento de Salud entrega suplementos tipo micronutrientes a los infantes acogidos en el Centro de Acogida Residencial, la enfermera entrega los suplementos al servicio de Nutrición, las tutoras vigilan la administración, la nutricionista vigila el consumo de los suplementos. No todos los niveles jerárquicos y distintos profesionales conocen a detalle la forma de suplementar a este grupo étnico.

Los entrevistados manifestaron que la suplementación de tipo terapéutica a los niños que llegaron a los hogares con antecedente de haber nacido antes de tiempo y/o con bajo peso al nacer con anemia, los niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada y adolescentes de ambos sexos hasta antes de cumplir mayoría de edad con anemia leve y moderada acogidos en los CAR se realiza a través de suplementos tipo sulfato ferroso, entregados por el Ministerio de Salud. Los niveles jerárquicos y distintos profesionales no conocen a detalle la forma de suplementar a este grupo étnico. Si se rompe la cadena de suministro el CAR no los adquiere. Según las indicaciones del profesional del Establecimiento de Salud, el menor es llevado al control

respectivo, donde el pediatra ante valores normales de hemoglobina, suspende la suplementación.

El medio ambiente social de los CAR es beneficioso para el estado de salud de los usuarios, cuando estos tienen anemia, puesto que allí tienen un equipo técnico dedicado a ellos que organizan sus actividades para recuperar su salud. Asimismo, señalan que disponen de infraestructuras que han sido adecuadas para un mejor desarrollo. No obstante, requieren que las familias formen parte del proceso recuperativo y no solo el entorno social esté integrado por personal del CAR. Asimismo, los entrevistados han manifestado que ante la falta del apoyo de la familia algunas condiciones del entorno social no se dan en la medida de lo esperado, por lo que manifiestan superada la anemia el residente debe ser reinsertado con su familia, a fin de que cuente con el soporte emocional adecuado para su crecimiento.

Finalmente, los entrevistados manifestaron que el manejo de la anemia en los CAR tanto preventiva como terapéutica se realiza tomando en cuenta la normativa del Ministerio de Salud y es suministrada por ellos. A su vez en el rector la antes citada normativa no es aplicada en los mismos términos por todos los profesionales, encontrándose grandes diferencias entre pediatras y enfermeras. Si el suministro se rompe la

institución estatal no los adquiere. La suplementación de tipo preventivo es con micronutrientes y la terapéutica es con sulfato ferroso. Asimismo, los entrevistados manifestaron que el entorno físico, como el medio ambiente social de los usuarios es beneficioso para el estado de salud de los mismos cuando éstos tienen anemia, puesto que allí tienen un equipo técnico dedicado a ellos que organizan sus actividades para recuperar su salud, disponen de infraestructuras que han sido adecuadas para un mejor desarrollo y en lo social las trabajadoras sociales los comunican con sus familias a fin de que fortalezcan sus lazos y apoyen en la recuperación como parte del proceso de reinserción en la familia nuclear o familia extensa.

La atención que se brinda en el CAR va a estar diferenciada por la presencia o no de un profesional nutricionista. La planificación es acorde a las necesidades de los usuarios, pudiendo ser programada por el nutricionista del Establecimiento de Salud o del CAR. Asimismo, refieren que es notoria la ausencia del profesional nutricionista a tiempo completo en el CAR durante el acompañamiento y asistencia técnica al personal de cocina durante el servido de las raciones, a nivel de calidad alimentaria y de porciones servidas. No obstante ello, al aplicar encuestas que miden la

aceptación de las raciones y satisfacción de los residentes, los resultados son satisfactorios en la mayoría de ellos.

Los entrevistados manifestaron que los usuarios realizan actividad física en el CAR, aprovechando la estructura de los mismos, realizan las actividades en ocasiones con profesores contratados para tal fin. Asimismo, manifiestan que es beneficioso para la salud de los usuarios considerando que regula su nivel hormonal, liberan estrés, les hace gastar energías y ayuda a mantener un peso saludable, actividad en la que no son incluidos los menores de 3 años.

Finalmente, los entrevistados manifestaron que el manejo de la anemia en el estilo de vida de los usuarios, respecto de la alimentación es acorde a sus necesidades, planificada con la participación de un profesional nutricionista del CAR o Establecimiento de Salud. Identifican debilidad en el acompañamiento y asistencia técnica al personal de cocina durante el servido de las raciones, a nivel de calidad alimentaria y de porciones servidas. Las encuestas de satisfacción aplicadas muestran resultados satisfactorios en la mayoría de ellos. Asimismo, los entrevistados señalaron que complementariamente a la alimentación, los usuarios realizan actividad física bajo las indicaciones de profesores contratados para tal fin, aprovechando la infraestructura que disponen para regular el nivel hormonal, estrés,

mantener un peso saludable y llevar un estilo de vida saludable actividad en la que no son incluidos los menores de 3 años. La herencia genética y sistema inmunológico debe ser tomado en cuenta para el manejo de la anemia y/o suplementación que van a recibir los usuarios, considerando que ellos tienen antecedentes familiares diversos referidos a consumo de drogas, alcohol, enfermedades psiquiátricas, que afectan sus sistemas inmunológicos y digestivos, los que podrían estar originando que la anemia aparezca de manera recurrente. Según los entrevistados, el CAR aplica el protocolo dispuesto por el Ministerio de Salud teniendo en cuenta solamente el criterio referido a presencia de anemia, los otros factores no son considerados, infiriendo que estos podrían repercutir en el estado nutricional futuro del niño, ya que este no tendrá las reservas suficientes de hierro para enfrentar la vida extrauterina y requerirá una suplementación preventiva temprana.

Finalmente, los entrevistados manifestaron que el manejo de la anemia en la biología humana de los usuarios, desde la perspectiva de la herencia genética es diversa y va a depender de los antecedentes de la madre desde la gestación, factores culturales, idiosincrasia de la familia de origen y hábitos no saludables, la que no es abordada en los

CAR según sus individualidades y atendiendo sus particularidades. Asimismo, la biología humana respecto del sistema inmunológico de cada uno ellos responden de manera diferente en concordancia a la alimentación, forma de vida y situaciones a las que han sido expuestos desde la vida intrauterina, aspectos que no son tomados en cuenta en el manejo de la anemia en los usuarios.

Los entrevistados manifestaron que los recursos humanos utilizados en la intervención efectuada por el área de salud del CAR no se ajustan a las necesidades de los usuarios, ni atienden sus respectivas particularidades, considerando que no hay cantidad suficiente de profesionales y que además estos no están capacitados para atender las diferentes problemáticas de todos los usuarios. Algunos CAR cuentan con equipo técnico completo y otros no, por lo que la normativa interna de la institución estatal los faculta a recurrir a la atención que brindan los Establecimientos del Primer Nivel de Atención del sector salud, recibiendo atenciones no especializadas. Adicional a ello, el rector ha establecido prioridades en sus atenciones, por lo que los CAR que tienen a cargo a niños mayores de 03 años y adolescentes varones nunca serán atendidos de manera prioritaria, aunque así lo requieran, manifestaron que los recursos financieros utilizados en la intervención efectuada por el área de salud del CAR

no se ajustan a las necesidades de los usuarios, ni atienden sus respectivas particularidades, ya que en muchos casos estos no cubren la totalidad de insumos médicos necesarios para la atención clínica de los usuarios. Sobre el abastecimiento de suplementos de hierro estos no pueden ser adquiridos por los CAR considerando que la normativa de salud lo limita, al ser un insumo que el rector en salud debe brindar en el ámbito de sus competencias funcionales.

Los entrevistados manifestaron que la intervención efectuada por el área de Salud del CAR no se ajusta a las demandas de los usuarios y que esta no reconoce sus respectivas particularidades, lo que según afirman se debe a las limitaciones presupuestales y a la cantidad de profesionales disponible que se limitan a cumplir con las indicaciones que emite el médico del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud.

Finalmente, los entrevistados manifestaron que los manejos de la anemia en los servicios sanitarios se desarrollan con recursos humanos limitados que requieran fortalecer sus capacidades para atender las demandas de los usuarios, por lo que reciben atenciones de salud del Rector, a veces no especializadas y no priorizadas. Los recursos financieros no se ajustan a las necesidades existentes y están limitados a las

competencias funcionales de los sectores y al trabajo multisectorial que debe existir en el Estado.

Las acciones correspondientes para restituir sus derechos, siendo uno de ellos el de “educación”, precedido del estado de salud, por lo cual los usuarios son matriculados en la Educación Básica a fin de que prosigan sus estudios en la medida de sus capacidades. Adicionalmente, los usuarios son capacitados en talleres de diverso tipo los que no necesariamente responden a intervenciones individuales dirigidas a que el usuario al ser externado pueda iniciar un emprendimiento, refieren además algunos CAR trabajan con planes generales de intervención educativa. Asimismo, manifiestan que los equipos sociales en algunos casos paralelamente evalúan si en el núcleo familiar o familia extensa han desaparecido las circunstancias que dieron origen a la desprotección y proceda la reintegración familiar-social del menor, para lo cual trabajan en fortalecer los vínculos afectivos de esa familia o la familia extensa.

Los entrevistados manifiestan que tienen conocimiento de cómo se da el proceso de reintegración familiar en el CAR, señalando además que éste se da en cumplimiento de la Ley, en coordinación con las Unidades de Protección Especial mediante el trabajo del equipo social que aborda las particularidades de cada niño a fin de trabajar con las

familias cuando van superando las fases señaladas en la normativa y preparando a los usuarios para el egreso. Adicionalmente, señalan conocer un protocolo implementado por el área social que les permite monitorear el cumplimiento de las familias de origen respecto a las obligaciones con los residentes e iniciar el encargo de trabajar con las familias fortaleciendo sus capacidades y los vínculos afectivos a fin de que la familia se encamine a una crianza saludable y posteriormente el menor se reintegre de manera adecuada.

La anemia no estaría limitando la reintegración familiar-social, ya que afirman si alguno de ellos tuviera anemia es recuperado durante su estancia en el CAR. Sin embargo; también refieren que si el niño o adolescente sufrió anemia de manera crónica y esta afectó el rendimiento escolar si podría influir en la reinserción familiar de manera sostenible, ya que su rendimiento intelectual no será el mismo, convirtiéndose en un riesgo. Asimismo, refieren que llevan a cabo "Seguimiento" a los casos, de manera individualizada y minuciosa, pudiendo extenderse ese monitoreo hasta un año dependiendo la casuística.

Los entrevistados manifestaron que los usuarios son capacitados en talleres dirigidos a prepararlos para una vida laboral una vez que egresen. Algunos de ellos egresan por

mayoría de edad fortalecidos en sus capacidades y destrezas otros porque son reintegrados en su núcleo familiar o familia extensa, también fortalecidos en sus capacidades con el objetivo de que puedan aportar económicamente en sus familias. Asimismo, les hacen seguimiento para saber cómo le está yendo e ir encaminando, incentivando y asistiéndolos técnicamente en cómo administrar su dinero. Las capacitaciones o talleres en algunos CAR se ajustan a los gustos y preferencias de sus usuarios y en otros las capacitaciones son genéricas y están a cargo de la psicóloga o trabajadora social del CAR.

A lograr una reintegración familiar-social; sin embargo, no pueden asegurar que ésta sea exitosa. Los planes de vida elaborados por los equipos técnicos muchas veces son muy generales o una copia del plan de vida de otro niño, lo que podría incidir en su reinserción, ya que a pesar de lograr el egreso, podría reingresar debido a múltiples factores (institucionalización, la familia no puede brindarle lo que necesita, etc.).

Finalmente, manifestaron que el proceso de reinserción familiar da inicio con el aspecto de salud, donde se recupera el usuario de la anemia, seguido de lo educativo, posterior a ello se activan las etapas que conllevaran al proceso de reinserción familiar, siendo la última de ellas la preparación

para el egreso, dotados de una habilidad técnica que les permita ser independientes económicamente y apoyar a sus familias. Estas actividades programadas en algunos CAR responden a los planes de vida individuales elaborados con la finalidad de prepararlos para el egreso.

Los entrevistados manifestaron que el manejo de la anemia preventiva y terapéutica en el lugar de estudio se realiza según el Ministerio de Salud, quienes suministran multimicronutrientes y sulfato ferroso respectivamente. No todos los niveles jerárquicos y distintos profesionales de la institución estatal conocen a detalle la normativa. Asimismo, los profesionales del ente rector aplican el tratamiento según las especialidades y profesionales. El CAR no adquiere suplementación ante un eventual desabastecimiento. Asimismo, manifestaron que el estado de salud de los usuarios respecto de los determinantes: entorno físico, estilo de vida, biología humana y servicios sanitarios resultan beneficiosos para ellos, cuando estos tienen anemia, aunque identifican debilidades en la alimentación debido a la carencia de un profesional especializado que haga el acompañamiento técnico y en la actividad física al dirigir las mismas solo a los mayores de 03 años. Respecto de la biología humana, el equipo de salud no considera las individualidades, ni atiende sus particularidades en el manejo de la anemia. Los Servicios

Sanitarios se desarrollan con recursos humanos limitados que requieran fortalecer sus capacidades para atender las demandas de los usuarios, por lo que reciben atenciones de salud del Rector, a veces no especializadas y no priorizadas. Los recursos financieros no se ajustan a las necesidades existentes y están limitados a las competencias funcionales de los sectores y al trabajo multisectorial que debe existir en el Estado. Por último, manifestaron que el proceso de reinserción familiar da inicio con el aspecto de salud, donde se recupera el usuario de la anemia, seguido de lo educativo, posterior a ello se activan las etapas que conllevaran al proceso de reinserción familiar, siendo la última de ellas la preparación para el egreso, dotados de una habilidad técnica que les permita ser independientes económicamente y apoyar a sus familias.

Luego de la aplicación de la entrevista a profundidad se obtuvieron las siguientes categorías: Manejo de la anemia, Estado de salud, Reinserción familiar y social y Competencia, las tres primeras categorías ya consideradas antes del diagnóstico, las cuales fueron consideradas apriorísticamente, y con la aplicación del instrumento se identificó; la última Competencia resultando ser la variable emergente.

La categoría Competencia, según Chomsky (citado en Tobón, 2006) se constituye como algo interno, en la línea conductual, donde la competencia transitó hasta llegar a ser considerada un comportamiento efectivo, y hoy en día hay un sólido modelo conductual de las competencias, que, aunque ha trascendido el esquema de estímulo-respuesta, sigue basándose en el comportamiento observable, efectivo y verificable, confluyendo entonces así el desempeño dentro de la competencia.

Por otro lado, Streeck, Ibarra y Mertens (citado en Ministerio de Salud, 2011) refirieron que: El concepto de las competencias está relacionado a las metamorfosis productivas que ocurrieron a partir de la década de los ochenta junto a otros sucesos mundiales como la globalización creciente de los mercados, la tercerización de la economía y las exigencias cada vez mayores de los consumidores. Por lo tanto, el concepto es una respuesta innovadora que atiende a estos cambios y evoluciones, pues planteó retos en el mercado laboral y exigió a los trabajadores con competencias a responder a situaciones no previstas y tomar decisiones pertinentes, oportunas y eficaces, originando replantear y reconstruir la relación perdida entre formación y trabajo. En ese orden de ideas, McClelland y Mertens (citado en Ministerio de Salud, 2011)

refirieron que las investigaciones que realizaron estuvieron orientados a identificar criterios científicos explicativos de la eficiencia del recurso humano en el desempeño laboral, reconociendo en ellos una alta valoración como poseedores del conocimiento y capacidad de replicarlo en pos de alcanzar los objetivos de la organización. Estas investigaciones, sentaron las bases para la implementación de las competencias en la gestión del potencial humano, convirtiéndose en el último decenio en una ventaja estratégica para ordenar y dirigir las aptitudes de las personas con los fines institucionales. Lograr este alineamiento, exige además de la formación técnica/específica propia de una determinada profesión u ocupación, las capacidades genéricas asociadas al comportamiento y a la conducta, también llamadas habilidades blandas. Chiavenato (2009) señaló que: La competencia es una recopilación de comportamientos y habilidades que algunas personas u organizaciones dominan mejor que otras, y que las hace eficaces y competitivas ante una situación determinada. La competencia constituye un acumulado de conocimientos, experiencia, prácticas, comportamientos y tipos de razonamientos adquiridos en función de la experiencia; es decir, es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes e intereses que

distinguen a personas y organizaciones. Así, las competencias son observables en situaciones cotidianas de trabajo y en situaciones de prueba, incorporando de esta manera el desempeño.

Los entrevistados manifestaron que el manejo de la anemia en los CAR se realiza según lo indicado por el personal de salud de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, con recursos humanos que no estarían capacitados en cómo manejar la anemia y el estado de salud de los mismos; no tienen la experiencia requerida, a lo que se suma falta de interés por satisfacer las demandas de los usuarios, lo que en suma resulta en la necesidad de fortalecimiento de capacidades, formación especializada y experiencia a adquirir en los recursos humanos a cargo de la población.

El manejo de la anemia, estado de salud y reinserción familiar-social en los usuarios acogidos en los CAR de la institución estatal latinoamericana, a partir de lo manifestado por entrevistados se llevó a cabo según lo estipulado por el ente rector, los que al ser lineamientos de salud pública genéricos y aplicables en grandes poblaciones vulnerables o no, pero sanas, no resultan aplicables en su totalidad en la población acogida en el lugar de estudio, por tener particularidades biológicas, genéticas y hasta fisiológicas que hacen necesario el manejo de la misma sea

individualizada. Lo que concuerda con Sulayyim (2019) en el trabajo titulado "An assessment for diagnostic and therapeutic modalities for management of pediatric Iron deficiency Anemia in Saudi Arabia: a cross-sectional study", en la que los investigadores concluyeron que existen amplias variaciones entre los profesionales que diagnostican y prescriben suplementos para recuperar los niveles de hemoglobina baja por ausencia de hierro en pediatría, lo que se agudiza ante la ausencia de programas de intervención y directrices nacionales basadas en evidencia. Y con Valderrama (2017), en la investigación de tesis titulada; Programa Articulado Nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en infantes, donde concluyeron que la implementación del programa articulado nutricional no impacta positivamente en la proporción de talla baja y hemoglobina baja en niños pequeños.

Asimismo, los resultados concuerdan con el marco teórico el que ha sido definido por el organismo rector en materia de Salud en el país específicamente en el extremo referido a que el manejo va a llevarse a cabo según los valores de referencia establecidos por el organismo rector mundial para diagnosticar hemoglobina baja y determinar su gravedad y discrepa en el extremo referido a que tanto el manejo preventivo como terapéutico debe ser aplicado del mismo

modo a todos los usuarios por rango de edad y tipo de hemoglobina, sin tener en cuenta lo propuesto por la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar en el Decálogo de Estándares de Derechos Humanos aplicables a menores de edad de ambos sexos que se encuentran en instituciones que se ocupan de la protección especial de derechos, donde el estándar "singularidad" de los menores, señala ellos deben percibir las necesidades y demandas, interpretarlas correctamente y atenderlas de manera eficiente y adecuada. Añade además que deben estar plenamente identificadas sus necesidades singulares, sus capacidades y forma de relacionarse en función de su desarrollo evolutivo y el respeto hacia la propia individualidad, teniendo en cuenta su propia vida privada e historia personal; así como la consideración de sus propios intereses, gustos, expectativas, motivaciones y preferencias.

Por ello, resultaría pertinente que en atención a las recomendaciones efectuadas por la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar los profesionales contratados deben tener la formación, conocimientos actualizados, experiencia y capacidades idóneas para desarrollar las funciones específicas aplicando los estándares de derechos humanos de la niñez, por lo que se debiera disponer de apoyo técnico, formación y supervisión regular.

Los entrevistados manifestaron que respecto de la Categoría Estado de Salud en la sub categoría Entorno físico y social son satisfactorias considerando que las instalaciones son adecuadas y existe un equipo dedicado a atenderlos y promover las acciones que conlleven a la reinserción familiar, lo que concuerda con Díaz (2015) en la investigación titulada Health and nutrition of indigenous and nonindigenous children in the Peruvian Amazon tuvo como objetivo general medir nutricionalmente a los niños, originarios y no originarios de dos provincias de la Amazonía Peruana. Mediante métodos estandarizados se identificaron los factores que estarían originando alteraciones en el peso, talla y hemoglobina en la población de estudio. La proporción de población indígena con talla baja fue superior respecto de la no indígena, igual que la anemia. Las causas que estarían originando tales alteraciones fueron desemejantes en ambas poblaciones. Prevalció la edad inferior a 36 meses y características de la vivienda inadecuadas, versus pobreza extrema y el parto institucional, en indígenas y no indígenas respectivamente. Concluyeron que existen marcadas brechas entre ambas poblaciones respecto del modo de vivir de la población, disponibilidad de servicios de salud y presencia de Desnutrición Crónica y hemoglobina baja en la población infantil por lo que se requiere adecuar las

intervenciones que brinda y facilita el Estado en dichas zonas. Respecto de la **sub categoría servicios sanitarios** no son satisfactorios, puesto que se desarrollan con recursos humanos limitados que requieran fortalecer sus capacidades para atender las demandas de los usuarios, por lo que reciben atenciones de salud del Rector, a veces no especializadas y no priorizadas. Los recursos financieros no se ajustan a las necesidades existentes y están limitados a las competencias funcionales de los sectores y al trabajo multisectorial que debe existir en el Estado, lo que concuerda con Yauri (2015), en la investigación de tesis titulada Factores de adherencia al consumo de Multimicronutrientes “Chispitas” y anemia en niños del puesto de salud Pariahuanca – Ancash 2015, donde los investigadores concluyeron que los factores terapéuticos y la anemia subirán o disminuirán en la misma medida en los niños del puesto de salud Pariahuanca, igual comportamiento pero en menor medida tiene el factor adherencia a diferencia del factor enfermedad. Asimismo, sobre la **sub categoría biología humana**, los entrevistados manifestaron que el equipo de salud no considera las individualidades, ni atiende sus particularidades en el manejo de la anemia lo que coincide con Cadet (2018) en su trabajo titulado Iron Deficiency Anemia: A Clinical Case Study donde los

investigadores concluyeron que la hemoglobina baja por ausencia de hierro aqueja a pacientes a lo largo de la vida (NIH, n.d.) por lo que los profesionales de salud deben determinar en cada paciente las causas, agentes o elementos considerados de riesgo para IDA y también la presentación clínica y resultados de laboratorio. Y con Figueroa (2015) en su trabajo titulado *Factors associated with concentrations of hemoglobin in preschoolers* tuvo como objetivo identificar en niños entre los 3 y 5 años la relación entre hemoglobina baja y características socio-ambientales, características de la madre, biológico-nutricionales y las condiciones de salud; así como con las concentraciones en sangre de zinc y retinol. Los resultados mostraron que la hemoglobina baja está asociada a ausencia de servicios básicos en el hogar, analfabetismo de la madre, edad entre 9-24 meses; peso bajo para su edad y enfermedad en los últimos 15 días, bien como en casos de bajas concentraciones séricas de zinc y retinol, reforzándose la importancia de priorizar las intervenciones bajo estas condiciones. Adicionalmente, sobre la **sub categoría estilos de vida** respecto de la alimentación los entrevistados manifestaron que identifican debilidades debido a la carencia de un profesional especializado que haga el acompañamiento técnico y en la actividad física al dirigir las

mismas sólo a los mayores de 03 años. Sobre la alimentación e preciso señalar que aún existiendo una planificación dietética para el lugar de estudio, podrían existir riesgos en la preparación respecto de la inocuidad alimentaria, introducción de alimentos a población cuyo sistema digestivo aún no está preparado para consumir determinado tipo de alimentos y en el servido en relación a las porciones, al no haber acompañamiento técnico, lo que concuerda con Fahima (2016) en su trabajo titulado Evaluation of iron-deficiency anemia in infancy, tuvo como objetivo general evaluar la disminución de hemoglobina por debajo de valores por carencia de hierro (IDA) en la infancia en relación con diferentes patrones de alimentación (leche materna exclusiva, leche de vaca exclusiva y leche fortificada con hierro. Los resultados mostraron que el 57.1% de bebés del grupo total estudiado tenían IDA. La IDA fue mayor en lactantes que consumieron leche de vaca 24 (96%) que en los que fueron amamantados exclusivamente con leche materna 47 (66,2%), y menor en los que fueron alimentados con leche materna y fórmula fortificada, 13 (25,5%), respectivamente. La conclusión principal fue: los lactantes de 6 a 24 meses representan uno de los grupos de mayor riesgo para desarrollar la IDA (57,1%). Es considerada una causa para tener hemoglobina baja el alimentar al menor

antes de los 360 días con alimentos que su organismo aún no está preparado para recibir como la leche fluida de vaca.

Los resultados concuerdan con el marco teórico el que ha sido definido por el organismo rector en salud del país que adicionalmente está alineado a la definición señalada por el organismo internacional rector en materia de salud y los determinantes de salud señalados por el Instituto Nacional de Salud, quienes han definido al Estado de Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones; así como ha tenido en cuenta los determinantes relacionados con la biología de la persona, medio ambiente, sistema de salud que le atiende, estilos de vida comunitarios y, por consiguiente, su cultura; es decir, el estado de salud es más que solo la ausencia de enfermedad y cada ser humano según sus propios determinantes mantendrá o no un estado de salud acorde a su edad, sexo, estado fisiológico, lo que incluye su propia biología e historia familiar genética e inmunológica y la protección de los padres.

Por ello, es requerido adecuar las intervenciones que brinda y facilita el Estado a los menores a fin de que las políticas consideren la singularidad de éstos; así como, si viven en el seno de sus familias o lo hacen bajo el cuidado del propio Estado. Adicionalmente, por el mismo principio de

singularidad antes enunciado los profesionales de salud que se contraten en los Centros de Acogida Residencial deben tener la formación necesaria y especializada para atender los diversos factores a nivel personal, social, económico, de desprotección, de salud, entre otros que podrán estar determinando de la salud de los usuarios del CAR.

Respecto de la **Categoría reinserción familiar** los entrevistados manifestaron que está encaminada a lo dispuesto por la normativa del sector, no obstante ello; las consecuencias de la anemia se podría convertir en algunos usuarios en una limitante para el éxito de la misma. Lo que concuerda con Zavaleta (2017) que concluyó los efectos a largo plazo reconocen que la hemoglobina baja en menores es un problema de grandes magnitudes en nuestro país y demás países del mundo, que tendría como origen la privación de hierro, impactando desfavorablemente en el desarrollo psicomotor de los infantes, y que aun habiéndose corregido, estos podrían presentar a largo plazo un performance disminuido en lo cognitivo, social y emocional, lo que se reflejaría en su desenvolvimiento escolar y desarrollo de competencias en la etapa adulta.

Los resultados concuerdan con el marco teórico el que ha sido definido por el sector rector que tiene como mandato la promoción y protección de las poblaciones vulnerables

siendo estos grupos de personas que sufren discriminación o situaciones de desprotección, tales como los niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, desplazados y migrantes internos; por estar alineada a la definición señalada en la Declaración Universal de los Derechos del Niño que define a la reinserción familiar como el retorno de menores acogidos o institucionalizados a su familia de origen (nuclear o ampliada) con la finalidad que retornen a su vida en familia siempre y cuando hayan desaparecido las circunstancias que dieron origen a la desprotección. Lo que se sustenta en que es imperioso los niños crezcan y se desarrollan en el seno de sus familias ejerciendo sus derechos, ya que es en este espacio donde se hacen posible establecer vínculos estables del niño con sus cuidadores, la que puede ser su madre, abuela, tía, etc., que le provea un cuidado personalizado y posibilite su pleno desarrollo cognitivo y emocional.

La no reintegración familiar de los niños según Bowlby (1951) pone en evidencia el impacto que tiene en los niños el tipo de vinculación que llegan a tener con las personas a cargo de su cuidado en las residencias institucionales, los efectos negativos de que crezcan fuera del hogar familiar, tanto en el desarrollo físico, ya que retardan su crecimiento, en lo emocional, en su forma de relacionarse con las personas, su

integración social, y el efecto nocivo que esto traería en las sociedades donde residen.

Manejo de la anemia en los CAR tanto preventiva como terapéutica se realiza tomando en cuenta la normativa del Ministerio de Salud, quienes son responsables del suministro. La citada norma no es aplicada en los mismos términos por todos los profesionales de la salud. La suplementación es con micronutrientes y con sulfato ferroso.

El entorno físico, como el medio ambiente social del CAR es beneficioso para el estado de salud de los usuarios cuando éstos tienen anemia.

El manejo de la anemia en el estilo de vida de los usuarios, respecto de la alimentación es acorde a sus necesidades, planificada con la participación de un profesional nutricionista del CAR o Establecimiento de Salud, tienen debilidades cuando el profesional no es a dedicación exclusiva, pero las encuestas de satisfacción muestran que los usuarios están satisfechos. Complementario a la alimentación, los usuarios realizan actividad física que facilita regular el nivel hormonal, estrés, mantener un peso saludable y llevar un estilo de vida saludable actividad en la que no son incluidos los menores de 3 años.

El manejo de la anemia respecto de la biología humana y el sistema inmunológico de los usuarios, no es abordado en los

CAR según sus individualidades y atendiendo sus particularidades.

El manejo de la anemia en los servicios sanitarios se desarrolla con recursos humanos limitados que requieran fortalecer sus capacidades para atender las demandas especializadas de los usuarios. Los recursos financieros no se ajustan a las necesidades existentes y están limitados a las competencias funcionales de los sectores y al trabajo multisectorial que debe existir en el Estado.

El manejo de la anemia en el proceso de reinserción familiar da inicio con la recuperación del usuario de la anemia, seguido de lo educativo, donde a partir de los planes de vida individuales son preparados para el egreso y posterior reinserción familiar, dotados de una habilidad técnica que les permita ser independientes económicamente y apoyar a sus familias.

Referencias

Acevedo, M. y Alba F. (1986). *El proceso de la entrevista conceptos y modelos* (3 ed.). México DF: LIMUSA.

Arredondo, A. (1992). Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health - Disease Process. *Cad Saude Públ., Río de Janeiro*, 8 (3), 254-261.

Baena, G. (1985) *Manual para elaborar trabajos de investigación documental*, México: Edit. Mexicanos Unidos, 1985. 4a ed., 2a reimpreso.

Balcázar, P. Gonzales-Arratia, N. Gurrola, G. y Moysén, A. (2013) *Investigación cualitativa, Libros electrónicos y capítulos de libros*. Recuperado: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4641>

Cadet, M. (2018). *Iron Deficiency Anemia: A Clinical Case Study*. March-April 2018. Vol. 27/No. 2.

Carrasco, D., (2019). *Metodología de la Investigación Científica* (2a. ed.). Lima: Editorial San Marcos.

Chaverra, B. Gaviria, F. y González, V. (2019). "El estudio de caso como alternativa metodológica e la investigación en educación física, deporte y actividad física, conceptualización y aplicación". Retos: nuevas perspectivas de educación física, deporte y recreación, (35), 422-427. Recuperado de <http://cutt.ly/Ta3hsyB>

Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional, Comité Nacional de Nutrición. *Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia. Guideline for Prevention, Dagnosis and Treatment. Executive Summary*. Arch. Argent Pediatr 2017;115 Supl 4:s68-s82.

Convención de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*.

CEPLAN (2011) *Plan Bicentenario*. El Perú hacia el 2021.

Decreto Legislativo N° 1297/2016, 29 de diciembre, *Decreto Legislativo para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgos de perderlos*. Diario el peruano, pp. 610476. Lima, Perú.

Decreto Supremo N° 001/2018-MIMP, 10 de febrero. Aprueban Reglamento del D. Leg. N° 1297, *Decreto Legislativo para la Protección de las niñas, niños y*

adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Diario el peruano, pp. 21

Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. London, Inglaterra: Sage.

Díaz, A. et al (2015) *Health and nutrition of indigenous and nonindigenous children in the Peruvian Amazon*. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2015:38(1)49-56.

Fahima, H. et al (2016). *Evaluation of iron deficiency anemia in infancy*. Menoufia Medical Journal, vol.29, no 2, 2016, p. 269. Gale Academic Onefile.

Fernández-Daza, M. (2018). *Family reintegration in Latin America*. Saúde Soc. Sao Paulo, v. 27. n.i, p.268-289, 2018.

Fernández, J. (2016). *Recuperación de niños menores de 6 meses con anemia hospitalizados en los Servicios de Pediatría*. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.

Figueroa, D. et al (2015). *Factors associated with concentrations of hemoglobin in preschoolers*. Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduacao em Saude Pública. Universidad Estadual de Paraíba. Brasil.

- González, J. (2012). *Observatorio Juvenil Interactivo de Transformación Social*, San José, Costa Rica.
- Gordis, L. (1980). Challenges to epidemiology in the coming decade. *American Journal of Epidemiology*.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). Lima.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- López M. et al. (2014). *Characteristics and Development of Foster Care in Two Countries with a Strong Tradition of Residential Care: Spain and Portugal*. Bogotá, Colombia.
- Martínez, M. (2006) *La investigación cualitativa (Síntesis Conceptual)* Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM. Recuperado de: <https://bit.ly/38tjAh3>

Martínez, F. (1987) *El método inductivo*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado: <http://eprints.uanl.mx/5599/1/1080071376.PDF>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2016). *Lineamientos "Primero la Infancia"*

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2018). *Reglamento del Decreto Legislativo N° 1297 para la protección de las niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos*. Lima, Perú.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021*. Lima.

Ministerio de Salud (2017). *Plan Nacional para la reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Lima.

Ministerio de Salud (2017). *Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Perú 2017.

Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud (2018). *Programa de entrenamiento en salud pública dirigido*

a personal de servicio militar voluntario. Guía del participante. Lima.

Ñaupas, H. et al. (2014) *Metodología de la investigación Cuantitativa y Cualitativa y redacción de tesis.* Ediciones de la Univ. Transversal. 4ta ed. Bogotá – Colombia.

Organización Panamericana de la Salud (2019). *Tendencias de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2019.*

Organización de las Naciones Unidas (1959). *Declaración de los Derechos del Niño.*

Organización de las Naciones Unidas (2010) *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños.* RES/64/142.

Pavo et. al (2016) *Anemia en la edad pediátrica.* Madrid, España.

Secretaría de Salud, 2010. *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos.* México.

Presidencia del Consejo de Ministros (2018). *Plan Multifsectorial de Lucha contra la Anemia.* Lima.

Pérez, M. (2016). *Multimicronutrientes versus sulfato ferroso: Un meta análisis de los efectos de los tratamientos para*

la reducción de anemia infantil, en el marco de la Meta 1 del Objetivo 2 de los ODS al 2030. Lima, Perú.

Quecedo, R. y Castaño, C. (2002) *Introducción a la metodología de investigación cualitativa*. Recuperado de: <https://bit.ly/3e0DyRx>.

Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (2015). Decálogo de Estándares de Derechos Humanos aplicables a Niños, Niñas y Adolescentes que se encuentran en proceso de evaluación e instituciones que se ocupan de la protección especial de derechos.

Ricoy, C. (2006) *Contribución sobre los paradigmas de investigación Educação*. Revista do Centro de Educação, vol. 31, núm. 1, 2006, Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*, Universidad de Cádiz -España

Ruiz, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. Recuperado de: <https://bit.ly/2W35SfZ>.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.

Serrano, J. (2015). *Biodisponibilidad y homeostasis de hierro durante la recuperación de la anemia ferropénica nutricional con dietas basadas en leche (cabra o vaca) fortificadas en hierro y ácido fólico*. Granada, España.

Solís, I. (2003). *El análisis documental como eslabón para la recuperación de información y los servicios*. Recuperado: <http://bit.ly/2Z0f4Dw>

Sulayyim, H. et al. BMC Pediatrics (2019) *An assessment for diagnostic and therapeutic modalities for management of pediatric Iron deficiency Anemia in Saudi Arabia: a cross-sectional study*. 19:314

Torres, T. (2004) *Sangre y azúcar: Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara*. México. Guadalajara, Editorial Universidad de Guadalajara. 2004 ISBN 9687846631, p. 16

Ugalde N. y Balbastre F. (2013). *Investigación Cuantitativa e Investigación Cualitativa: Buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación*. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>

- Valderrama, V. (2017) *Programa Articulado Nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses, Los Olivos 2016*. Lima, Perú.
- Vergara, M. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*. Revista hacia la promoción de la salud, vol 12, 41-50.
- Viquez, M. (2014). *Abordaje de la Anemia por Deficiencia de Hierro en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad de Costa Rica*. Caja Costarricense de Seguro Social.
- WHO (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1).
- WHO (2015). *The global prevalence of anemia in 2011*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006.
- Yauri, Y. (2015) *Factores de adherencia al consumo de Multimicronutrientes "Chispitas" y anemia en niños del Puesto de salud Pariahuanca - ancash 2015"*. Ancash, Perú.

Zavaleta, N. (2017). *Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo*. Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública, 716-722.

Descubre tu próxima lectura

Si quieres formar parte de nuestra comunidad, regístrate en <https://www.grupocompas.org/suscribirse> y recibirás recomendaciones y capacitación



   @grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

Olga María del Carmen Ramos Huamán

Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad, Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. Maestra en Gestión Pública, Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Licenciada en Nutrición Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, olga.ramos@uwiener.edu.pe, ORCID: 0000-0002-7872-3597, https://scholar.google.es/citations?view_op=list_works&hl=es&user=jazZQ_EAAAAJ

Lorena Guadalupe Zambrano Pino

Licenciada en Nutrición y Dietética, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú, lorenazambrano1392mail.com, ORCID: 0000-0003-3385-6633, <https://scholar.google.es/citations?user=7fw3B-gAAAAJ&hl=es>

Roque Juan Espinoza Casco

Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad, Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú. Magister en Psicología Educativa, Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Licenciado en Negocios Internacionales de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú y Licenciado en Educación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. respinozaca@ucv.edu.pe, ORCID 0000-0002-1637-9815 https://scholar.google.com/citations?view_op=list_works&hl=es&user=QmwqUfUAAAAJ

Gloria Esperanza Cruz Gonzales

Doctora en Salud Pública, Maestra en Epidemiología, Especialista en Bioquímica clínica. Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima Perú, Especialista en Didáctica Universitaria con mención en Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Los Andes, Lima, Perú. gcruz@unfv.edu.pe. ORCID 0000-0003-1937-5446 <https://scholar.google.es/citations?user=Wv8l6bcAAAAJ&hl=es>

William Enrique Cruz Gonzales

Doctor en Contabilidad, Maestro en Tributación, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima Perú, Contador público, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima Perú, wcruzg@unfv.edu.pe, ORCID 0000-0002-1655-5671 <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=qBLb0U8AAAAJ>



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com

ISBN: 978-9942-814-82-1



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Cátedra UNESCO
«Paz, Solidaridad y
Diálogo Intercultural»
Universitat Abat Oliba CEU



@grupocompas.ec
compasacademico@icloud.com