



MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN

**MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE
RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN**

MO1 LM3
MPM4

28/10/14

Versión 1.0

Página 1 de 42

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD: CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL - CRN

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 2 de 42

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL - CRN

1. SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

1.1 Identificación de la población objeto de atención

La focalización de los niños y niñas que ingresan a la modalidad, se debe realizar mediante los siguientes mecanismos:

- Brigadas de valoración médica y nutricional por parte del equipo interdisciplinario, y a través de la gestión y coordinación intersectorial especialmente con el SGSSS.
- Coordinación con las entidades que ejecuten programas de atención como el ICBF, instituciones prestadoras de salud públicas y privadas, ONG's y organismos internacionales.
- Búsqueda activa de niños y niñas con desnutrición, desde las comunidades previamente capacitadas.
- Información de líderes y lideresas de la comunidad y autoridades tradicionales.

Los criterios para la identificación de la población objeto de la modalidad Centros de Recuperación Nutricional son:

- Identificación del número total de niños y niñas menores de 5 años.
- Prevalencia de desnutrición infantil aguda y global por encima de la media nacional de acuerdo a la Encuesta de la Situación Alimentaria y Nutricional 2010 (ENSIN)
- Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año de edad
- Tasa de mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años de edad
- Prevalencia e incidencia de enfermedades prevalentes en la Primera Infancia

Una vez se realice el análisis de estas variables, se debe contar con una línea base de información que defina el diagnóstico de morbi-mortalidad de la población infantil, específicamente por desnutrición a través de registros de defunción, estado nutricional que reporte los indicadores de desnutrición global (peso/edad), desnutrición aguda (peso/talla) y crónica (talla/edad), lactancia materna y determinantes sociales, económicos y culturales de la población.

1.2 Población objeto de atención

- Niños y niñas menores de 5 años, con manifestaciones clínicas de marasmo, kwashiorkor o mixta.
- Niños y niñas menores de 2 años con peso bajo para la edad o desnutrición global entre (≥ -3 DE y < -2 DE); peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa (< -3 DE), y que adicionalmente tengan Riesgo de Peso bajo para la Talla (≥ -2 y < -1) y patología asociada a la desnutrición que hayan sido tratados y estabilizados por el sistema de salud.



- Niños y niñas menores de cinco años con peso bajo para la talla o desnutrición aguda (≥ -3 DE y < -2 DE); peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa (< -3 DE).

Nota: Para la atención de niños y niñas menores de 6 meses en condiciones de desnutrición y considerando su vulnerabilidad, se deben remitir a la institución de salud más cercana para su respectiva valoración y estabilización dependiendo del caso. Posterior a este proceso, puede ser atendido en el CRN con los cuidados que amerita este grupo de edad.

En el evento que se requiera atender a un niño o niña mayor de 5 años que presente delgadez (< -2 DE) y la valoración médica determine que se requiere una intervención nutricional urgente, podrá considerarse su ingreso y estas inclusiones deben ser “excepcionales”, para lo cual se tendrá que realizar un estudio de caso donde se determine la necesidad de atención.

Las concurrencias permitidas para esta modalidad serán aquellas que aporten menos del 30% de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes.

1.3 Priorización

- Niños y niñas menores de 5 años de edad con manifestaciones clínicas de desnutrición tipo Kwashiorkor, marasmo o mixta.
- Niños y niñas menores de 5 años con desnutrición aguda y desnutrición aguda severa.
- Niños y niñas menores de 2 años con desnutrición global y desnutrición global severa y que adicionalmente tengan riesgo de peso bajo para la talla (≥ -2 y < -1) y patología asociada a la desnutrición que hayan sido tratados y estabilizados por el sistema de salud.

1.4 Requisitos para el ingreso

Para la inscripción de los niños y niñas en la modalidad de Centros de Recuperación Nutricional, se solicitará al padre o cuidador:

- Copia del documento de identificación (Registro Civil, Numero Único de Identificación Personal - NUIP). Si por alguna razón no se dispone de él, se ingresará con el documento de la madre o padre o cuidador según el caso, seguido del número consecutivo de acuerdo al lugar de orden del niño o niña en el grupo familiar.
- Copia del carnet de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS.
- Copia del documento de identidad de la madre, padre o cuidador/a.
- Copia del carnet de vacunación y carnet de controles de crecimiento y desarrollo.



- Si el niño o niña ha sido remitido por alguna institución de salud u otra entidad, se solicitará la remisión respectiva que evidencia la necesidad del ingreso del niño o niña al CRN.

Nota: En el evento en que la madre, el padre, cuidador o cuidadora no tenga disponible alguno o la totalidad de los documentos anteriormente descritos en el momento del ingreso del niño o niña al CRN, se inscribirá y se hará una valoración inicial por parte del equipo interdisciplinario, y se responsabilizará al padre, madre o cuidador/a para que los remita preferiblemente durante el primer mes siguiente al ingreso.

En el caso que no se haya tramitado alguno de ellos el personal del CRN acompañará la gestión y trámite para obtenerlos ante las entidades competentes.

2. PROCESO DE ATENCIÓN

La atención de los niños y niñas con desnutrición en el CRN estará a cargo de un equipo interdisciplinario y personal de apoyo, quienes mediante acciones de atención en salud, alimentación, suministro de complementos nutricionales, educación en salud y nutrición y acompañamiento familiar, brindarán la atención requerida para su recuperación nutricional con el apoyo permanente del sector salud.

2.1 Tiempo de funcionamiento

Los CRN operan los 12 meses del año y permiten la permanencia de los niños y niñas con desnutrición durante un promedio de 30 días en la Fase I de atención intramural y 3 meses en la fase II en el entorno familiar y comunitario; tiempo estimado para su recuperación nutricional y seguimiento respectivamente; transitando luego a las modalidades de la Dirección de Primera Infancia.

2.2 Número de Usuarios

Los CRN atienden 15 niños y niñas simultáneamente para lograr una cobertura de 180 al año. Los niños y niñas pueden estar acompañados por sus madres o cuidadores, quienes permanecerán en el CRN sin límite de horario, para apoyar el proceso de recuperación y participar en el proceso educativo.

2.3 Tiempo de permanencia

La permanencia de los niños en el CRN depende de la fase donde se encuentre:

- **Fase I. Recuperación nutricional.** La duración del tratamiento de recuperación nutricional en esta fase es de 30 días aproximadamente y ocurre dentro del centro de recuperación nutricional, donde se realiza atención especializada con seguimiento para lograr la ganancia de peso y así la recuperación nutricional. En el evento que no se dé la recuperación nutricional en este tiempo, el niño podrá permanecer días adicionales si se cuenta por lo menos con un estudio de caso anterior y otro que justifique el tiempo adicional requerido para la recuperación.



- **Fase II. Seguimiento y control médico, nutricional y socio-familiar ambulatorio.**
Esta fase se realiza en el entorno familiar y comunitario por un periodo de 3 meses. Al finalizar ésta, es importante asegurar el ingreso del niño o niña a las modalidades de la Dirección de Primera Infancia.

2.4 Estructura del proceso

En esta modalidad se busca la recuperación nutricional de los niños y niñas con el apoyo del equipo interdisciplinario y auxiliar a través de:

- Atención médica, nutricional, socio familiar con acciones específicas en cada área.
- Desarrollo de un componente educativo de acuerdo a la caracterización de las familias de los beneficiarios.
- Suministro de alimentación diaria, fórmulas de recuperación nutricional, suplementación con micronutrientes y raciones alimentarias.
- Seguimiento a la recuperación nutricional por monitoreo diario del peso en la fase I y seguimiento mensual del peso recuperado en la Fase II.
- Acompañamiento al niño por parte de la madre y/o cuidador.
- Visita domiciliaria.

Para la recuperación nutricional se contemplan dos fases de atención:

- **Fase I. Recuperación nutricional**

La duración del tratamiento de recuperación nutricional en esta fase es de 30 días aproximadamente y ocurre dentro del CRN, donde se realizan acciones de seguimiento riguroso para lograr la ganancia de peso y así la recuperación nutricional.

Todas las niñas y niños con desnutrición que ingresan, deben tener valoración por el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS. En caso de ser necesario, los niños y niñas con complicaciones médicas asociadas a la desnutrición deberán ser estabilizados y tratados en las instituciones de salud que hacen parte del sistema; posteriormente, serán remitidos al CRN para realizar el proceso de recuperación nutricional.

- **Fase II. Seguimiento y control médico, nutricional y socio-familiar ambulatorio**

Esta fase se realiza en el entorno familiar y comunitario por un periodo de 3 meses donde se realiza seguimiento médico, nutricional y socio familiar a la recuperación lograda en la Fase I. Al finalizar ésta, es importante asegurar el ingreso del niño o niña a las modalidades de la Dirección de Primera Infancia.

3. ESTÁNDARES DE CALIDAD

3.1 ATENCIÓN

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
		Versión 1.0	Página 6 de 42

Para el desarrollo de la modalidad CRN se tienen en cuenta dos fases de atención con los siguientes componentes:

3.1.1 Fase I: Recuperación nutricional

a) **Atención médica:** Durante esta fase de tratamiento, el médico tiene un papel preponderante, aunque el niño o niña no debe tener ninguna patología asociada a su condición, hay riesgo potencial de desarrollar alguna complicación; por lo cual, deberá estar bajo estrecha supervisión médica, para identificar de manera preventiva las necesidades de atención intrahospitalaria.

Las actividades que se deben realizar son:

- Liderar y coordinar al Equipo Interdisciplinario.
- Valoración al ingreso.
- Elaboración de historia clínica de ingreso de los niños y niñas con desnutrición (Anexo No. 1).
- Valoración médica, impresión diagnóstica.
- Análisis, impresión diagnóstica y plan de manejo (órdenes médicas) de acuerdo a la evolución diaria los cuales deben quedar registrados en la historia clínica correspondiente
- Evolución clínica diaria la cual debe quedar registrada en la historia clínica correspondiente.
- Solicitar las pruebas diagnósticas necesarias para continuar la intervención médica y nutricional.
- Tratar deficiencias de micronutrientes.
- Continuar tratamiento médico de patologías asociadas y que no requieran tratamiento intrahospitalario.
- Capacitación a las familias, personal de salud, comunidad, equipo de trabajo en temas como prevención y promoción en salud, promoción de lactancia materna, prácticas de higiene y sanidad, signos de alarma, entre otros.
- Participación activa en la revista interdisciplinaria diaria.
- Realizar por lo menos una vez a la semana estudio de caso con el equipo interdisciplinario.
- Realizar remisión a la institución prestadora de salud en los casos en donde se presenten signos de alarma o patologías asociadas durante la estancia en el CRN (Anexo No. 2).
- Realizar valoración y diagnóstico previo al egreso.
- Participar en la búsqueda activa y la gestión para la remisión de niños y niñas al CRN.
- Realizar el resumen de egreso una vez el niño o niña sea dado de alta del CRN (Anexo No. 3).
- Definir cuidados y plan de manejo en casa por escrito para el cuidador y la familia con el fin de mantener el estado nutricional, o por condición especial, continuar la recuperación nutricional ambulatoria si es el caso.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



- Articular la modalidad CRN con los planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional a nivel municipal y regional, y participar en los procesos de concertación institucional e intersectorial con el fin de socializar las situaciones encontradas y de la participación de otras instituciones y sectores en la atención y prevención de la desnutrición.

La suplementación con micronutrientes de los niños y niñas con desnutrición aguda severa debe llevarse a cabo teniendo en cuenta la formulación realizada por la institución de salud si viene remitido y el suministro de micronutrientes dentro del manejo del CRN.

Los principales micronutrientes a suplementar son:

- **Vitamina A:** Los niños y niñas con desnutrición aguda severa deben recibir diariamente la recomendación de vitamina A durante el periodo de tratamiento suministrando alrededor de 5000 UI diariamente ya sea como parte integral de la terapia de alimentación o como parte la formulación de micronutrientes.

Los niños y niñas con desnutrición aguda severa no requieren altas dosis de vitamina A a través de una formulación, si están recibiendo fórmulas de recuperación nutricional F-75 y F-100 que cumplan con las especificaciones de la OMS, considerando que ya se tiene un buen aporte de Vitamina A, o si la vitamina A hace parte de otros suplementos diarios.

Los niños con desnutrición aguda severa deben recibir una alta dosis de vitamina A al ingreso del tratamiento (50.000 UI, 100.000 UI o 200.000 UI dependiendo de la edad), sólo si se les suministra alimentos que no estén fortificados como recomienda la OMS y si la vitamina A no hace parte de otros suplementos diarios¹. El suministro se hace por vía oral de la siguiente manera en los días 1, 2 y 14 de atención en el Centro si el niño presenta signos oculares de carencia. En el caso que el niño o niña haya recibido una primera dosis en el centro o institución que lo remite, administrar únicamente las dosis faltantes:

- Niños y niñas de 0 a 6 meses: 50 000 UI.
- Niños y niñas de 6 a 12 meses: 100 000 UI.
- De 12 meses en adelante: 200 000 UI.

Para los casos de desnutrición aguda y global se debe asegurar en el plan individual de alimentación el cubrimiento diario de la recomendación de Vitamina A para la edad.

- **Ácido Fólico:** Niños y niñas con desnutrición aguda severa deben recibir el día de ingreso 5 mg vía oral y luego recibir 1 mg/día por el tiempo que dure la recuperación.
- **Hierro:** El hierro se debe suministrar durante la Fase I a todos los niños y niñas exista o no anemia, a partir de la etapa de ganancia de peso, aproximadamente, a partir de

¹ Organización Mundial de la Salud. Guideline Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. 2013



la segunda semana de iniciado el proceso, es decir día 14. La dosis es de 3mg/kg/día de hierro elemental en una dosis diaria durante su estancia en el Centro, es decir 10 mg/kg/día de sulfato ferroso.²

- **Zinc y Cobre** Todos los niños con desnutrición aguda severa que ingresan al Centro se les debe dar diariamente por vía oral y al menos durante dos semanas Zinc 2mg/kg/día y cobre 0.3 mg/Kg/día.³

Es importante tener en cuenta que si durante el tratamiento en el CRN el niño o niña desarrolla alguna complicación, el médico debe estar atento y a través de la valoración diaria identificar oportunamente la necesidad de atención con mayor complejidad. Alguno de los criterios para optar por la remisión para atención intrahospitalaria son los siguientes:

- Deterioro del estado general, a pesar de las medidas iniciales realizadas.
- Ausencia de equipos o fármacos necesarios para el tratamiento de la patología.
- Signos de shock.
- Necesidad de ayuda diagnóstica de mayor complejidad.
- Pacientes con patología congénita de base⁴.

b) Atención Nutricional: Este componente lo lidera el profesional en Nutrición y Dietética, se realiza por medio de la alimentación diaria individualizada y el suministro de una formula terapéutica para la recuperación nutricional. Así mismo la atención nutricional incluye las recomendaciones individuales de alimentación y la educación en nutrición para el beneficiario y su madre, padre o cuidador.

La atención nutricional es el eje de la recuperación del estado nutricional y las acciones aquí propuestas orientan hacia una respuesta positiva en el tiempo determinado para alcanzar el objetivo. El tratamiento está orientado por el estado clínico y la evolución. (*Ampliación de las acciones en el numeral 3.4.2*).

c) Atención en salud por auxiliares de enfermería: Las acciones se enfocarán al tratamiento y cuidado diario de los niños y niñas en el CRN durante las 24 horas del día. Las actividades a realizar se presentan a continuación:

- Toma y registro de peso diario y talla dos veces al mes al ingreso y al egreso, a través de procedimiento estandarizado.
- Suministro de micronutrientes y alimentación según indicación médica y nutricional.
- Toma y registro de signos vitales (temperatura corporal, tensión arterial, frecuencia cardiaca o pulso radial).

² Ibidem

³ Ibidem

⁴ Gobernación de Antioquia. Manual para la atención integral de los niños y niñas con desnutrición. Año 2010.



- Promover la lactancia materna y apoyar la relactancia cuando se haya suspendido.
- Realizar estimulación psicomotriz.
- Capacitar a familias en temas pertinentes.
- Apoyar la evolución diaria de las condiciones de salud y nutrición del niño.
- Participación diaria y activa en la revista interdisciplinaria.
- Participación junto con el equipo interdisciplinario en estudios de caso por lo menos una vez a la semana.
- Vigilar la aparición de signos de peligro de muerte y alarma y comunicar de manera oportuna.
- Controlar y registrar el número de deposiciones y vómitos, y describir en las notas de enfermería sus características como consistencia, color, frecuencia, olor, etc.
- Control y registro de líquidos y alimentos ingeridos y eliminados.
- Realizar actividades de aseo personal a los niños y niñas.
- Apoyar las directrices para la recuperación nutricional a través de sus actividades diarias.

d) Atención social y familiar: Las actividades que el profesional del área social debe realizar a nivel general son las siguientes:

- Evolución semanal en cada una de las historias de los niños y niñas de las condiciones familiares y avances de la gestión socio familiar.
- Participación en la revista interdisciplinaria diaria.
- Participación en los estudios de caso semanales.
- Elaboración de los planes de capacitación grupal a las familias y a la comunidad en articulación con el equipo interdisciplinario.
- Coordinar con el equipo interdisciplinario la implementación y evaluación de los planes de capacitación a las familias y a la comunidad.
- Desarrollar las acciones descritas dependiendo la etapa de atención de las familias.
- Gestionar en articulación con las familias las citas y remisiones requeridas con el sector salud y con otros sectores.
- Adjuntar en la historia clínica de todos los niños y niñas del CRN, los soportes de la gestión socio familiar.
- En articulación con el equipo, realizar valoración de desarrollo del niño o niña y establecer plan de estimulación, teniendo en cuenta las pautas de crianza propias de las diferentes culturas.
- Identificar los actores presentes en el área de influencia del CRN.
- Realizar visita domiciliaria (Anexo No. 18) para identificación y caracterización de las familias (Anexo No. 4) y acuerdo de compromisos. Debe realizarse una en la fase I y mínimo otra en la fase II, considerando la posibilidad de realizar visitas adicionales de acuerdo a la condición individual del niño y su familia.
- Elaborar el formato de egreso garantizando que el niño o niña egresa en un contexto saludable y garante de derechos.
- Participar activamente con el médico en los procesos de concertación institucional e intersectorial con el fin de socializar las situaciones encontradas



MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN

MO1 LM3
MPM4

28/10/14

Versión 1.0

Página 10 de
42

y la necesidad de la participación de otras instituciones y sectores en la atención y prevención de la desnutrición.

Los criterios que se deben tener en cuenta para el egreso del niño o niña en esta fase son los siguientes:

Del niño o niña se requiere:

- Debe contarse con una valoración antropométrica el último día de permanencia en esta fase, que muestre el incremento de su peso con un ritmo normal o mayor, que permita tener el indicador peso para la talla (P/T) entre -1 DE y + 1 DE.
- Haya logrado una adecuada ganancia de peso de tal manera que su estado de salud y nutricional se encuentre estable.
- Haya aumentado el apetito (estar comiendo una cantidad suficiente de alimentos que satisfaga sus necesidades nutricionales para la edad).
- Se trataron todas las carencias de vitaminas y minerales.
- Se trataron las infecciones y otras enfermedades, como anemia, diarrea, infecciones parasitarias intestinales, paludismo, tuberculosis y otitis media, entre otras si estuviesen presentes.
- Haya mejorado su desarrollo psicomotor.
- Tenga esquema de vacunación completo para la edad.
- Cuenten con un análisis de las condiciones del hogar para establecer que no exista riesgo en el regreso a casa.
- Contar con la ración alimentaria para llevar al hogar.

De la madre o cuidador se requiere:

- Identifique los signos de peligro de muerte.
- Conozca que hacer en casos de enfermedad (medidas preventivas y medidas de tratamiento inmediato).
- Conozca cómo tratar: la diarrea, la fiebre, enfermedades respiratorias agudas en casa y cómo reconocer los signos de alarma que le indican que debe consultar al médico oportunamente.
- Disponga de un plan de alimentación que pueda preparar en casa.
- Esté capacitada/o y desea cuidar del niño o niña.
- Conozca cómo seleccionar y preparar los alimentos adecuados, tener la capacidad para prepararlos y ofrecerlos.
- Conozca cómo realizar actividades de estimulación (hacer juguetes apropiados y cómo jugar).
- Firme el acuerdo de compromisos para asistir a los controles de seguimiento en el CRN.
- Inscriba y asista a los controles de crecimiento y desarrollo.
- Conozca con exactitud y ubicación los Servicios de Urgencias y Hospitales a donde puede llevar al niño o niña cuando sea requerido.
- Esté cumpliendo con los compromisos adquiridos en el plan de recuperación nutricional.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
		Versión 1.0	Página 11 de 42

Egreso de la Fase I

Para definir el egreso de un niño o niña de la fase I, es importante tener en cuenta que el tiempo que se tiene concebido para la recuperación nutricional es de 30 días, sin embargo, en aquellos casos en que no se logre la recuperación nutricional en este lapso, se debe realizar un estudio de caso de manera que se justifiquen los días adicionales que debe permanecer el usuario en el Centro.

Una vez se defina el egreso, el médico debe realizar el resumen de la historia del niño o niña, definir el plan de tratamiento médico, el plan de estimulación para el desarrollo psicomotriz, la nutricionista define el plan nutricional y el auxiliar de enfermería define el cronograma de citas de control en el CRN para el seguimiento. Esta información debe quedar registrada como soporte en la historia clínica.

3.1.2 Fase II. Seguimiento y control médico, nutricional y socio-familiar ambulatorio

A la fase II, ingresan los niños que egresan de la fase I, que cumplan los criterios anteriormente referidos. Dentro de esta fase se definen acciones complementarias que permiten realizar seguimiento a la recuperación nutricional o dar continuidad al tratamiento instaurado en el CRN en caso especial (Anexo No.16).

a) Seguimiento médico

Las actividades a realizar dentro del seguimiento médico mensual para los niños y niñas en la fase II son las siguientes:

- Valoración y seguimiento del estado de salud.
- Seguimiento al desarrollo psicomotriz.
- Entrega de recomendaciones específicas sobre acciones de promoción y prevención.
- Entrega por escrito de identificación de signos de peligro de muerte.
- Entrega por escrito de medidas preventivas y tratamiento inmediato.
- Definir lugar, día, hora de la próxima cita de control, para ello se debe entregar a los padres una ficha con los datos de la cita.
- Realizar seguimiento a través de la visita domiciliaria efectuada por el profesional del área social.
- Realizar estudios de caso de niños y niñas que se encuentren en la fase II si su condición lo amerita.
- Seguimiento de casos para evaluar el desarrollo y cumplimiento de compromisos.

b) Atención y seguimiento a la intervención nutricional

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



El profesional en Nutrición y Dietética debe realizar en esta fase el seguimiento y evaluación del estado nutricional. Para este proceso se debe realizar las siguientes actividades:

- Valoración antropométrica y diagnóstico del estado nutricional: Esta actividad debe realizarse al final del primero, segundo y tercer mes de la fase II.
- Entrega de un plan de alimentación y recomendaciones específicas sobre acciones de promoción de la alimentación adecuada y hábitos saludables.
- Verificación de la entrega de la complementación alimentaria - ración alimentaria y micronutrientes si se requiere.
- Visita domiciliaria si es necesaria su participación.
- Verificar el tratamiento alimentario y nutricional en la casa y hacer seguimiento al consumo por parte del niño de los alimentos entregados en la complementación alimentaria.
- Participación en los estudios de caso si su condición lo amerita.

c) Gestión social y familiar

En esta fase se realiza seguimiento del niño o niña en su contexto familiar, verificando la permanencia de los compromisos adquiridos y el logro de la transformación de los factores de riesgo en factores protectores.

Algunas consideraciones a tener en cuenta son:

- Se identificará en el plan de atención nutricional aquellos factores de riesgo que se han logrado transformar, para lo cual se puede utilizar símbolos, colores u algún tipo de señalización de fácil interpretación para la familia, resaltando que “lo importante no es cumplir con el compromiso si no mantenerlo”.
- Se garantizará que la familia lleve al niño o niña a las respectivas valoraciones, para lo cual se incorporará en el plan de recuperación nutricional otros compromisos que promuevan el adecuado desarrollo de esta fase, conforme a lo establecido en el presente manual operativo, en donde se especifique cuáles son responsabilidades de la familia, cuáles requieren intervención intersectorial y cuáles son responsabilidades del equipo del CRN (educación, preparación para el egreso, etc.).
- Al finalizar esta fase se realizará una evaluación de la situación inicial y los logros obtenidos que contribuyen a que los integrantes de la familia, especialmente los niños y niñas menores de cinco años, mantengan un adecuado estado nutricional.
- Se orientará a la familia para que vincule al niño o niña en nuevos programas o proyectos que promuevan su desarrollo integral, para lo cual es necesario que el profesional del área social cuente con un panorama general de los servicios existentes en su territorio, los requisitos de ingreso y condiciones de permanencia y realice las respectivas articulaciones.



- Se realizará seguimiento al cumplimiento del plan de recuperación nutricional a través de visitas domiciliarias, para verificar que el niño o niña se encuentra recibiendo por parte de su familia la atención establecida por el equipo interdisciplinario; de igual forma al finalizar esta fase, se verificará que la familia, especialmente el padre, madre o en su defecto cuidador/a, hayan adquirido las capacidades para garantizar que el niño o niña no vuelva a presentar un nuevo episodio de desnutrición y por ende un reingreso al CRN; de presentarse el reingreso se debe realizar estudio de caso por parte del equipo interdisciplinario y visita domiciliaria; de identificarse negligencia por parte de madre, padre y/o cuidadores/as o vulneración de derechos no conciliables, reportar al defensor/a o comisario/a de familia.
- Entre otras actividades que deben realizarse en este componente, se encuentra la educación en temas relacionados con el cuidado de los niños y niñas y la corresponsabilidad de la familia. Para esto se proponen los siguientes temas:
 - Autoestima, autoimagen, auto eficiencia y auto concepto.
 - Pautas de crianza.
 - Derechos de los niños y niñas.
 - Desarrollo evolutivo de los niños y las niñas.
 - Prevención del maltrato y promoción del buen trato, control de impulsos agresivos.
 - Amor afecto y familia.
 - Comunicación familiar.
 - Resolución de conflictos.
 - Participación y organización comunitaria.
 - Planificación familiar
 - Otros temas que se identifiquen después de la caracterización de la familia.

Egreso de la fase II

Los niños y niñas que egresan de la modalidad de CRN transitarán a una modalidad de atención integral de Primera Infancia, de acuerdo a lo definido en la “*Ruta de remisión a las modalidades de educación inicial de niños y niñas menores de 5 años que egresan de la modalidad de CRN*” (Anexo No. 18). Para esto es necesario que al egreso de la Fase I, el operador realice el diligenciamiento del formato de remisión de los beneficiarios (Anexo No. 19) y los demás pasos definidos en la ruta en mención, para que se inicie la respectiva georeferenciación y gestión de la atención de estos beneficiarios, que egresaran una vez completados sus 4 meses de atención en la modalidad CRN.

3.2 AMBIENTES ADECUADOS Y SEGUROS

3.2.1 Infraestructura

Los CRN deben funcionar preferiblemente dentro de las instituciones de salud en espacios independientes, separados de los servicios de consulta externa y hospitalización, o por fuera de las instituciones de salud, pero ubicados cerca a ellas de



tal manera que permita la atención médica inmediata en caso de desestabilización del estado de salud y/o presentarse un riesgo vital.

La infraestructura debe contar con buenas condiciones higiénicas, sanitarias, de iluminación y ventilación; superficie de pisos y paredes lavables, ambiente agradable, utilizando pinturas no tóxicas, lavables, de colores vivos y llamativos en especial en el espacio para las actividades de desarrollo infantil.

3.2.2 Espacio físico

El espacio físico deben tener como mínimo un (1) consultorio, tres (3) habitaciones, comedor infantil, sala de estimulación y recreación, espacio para la capacitación de las familias, servicio de alimentación y servicios sanitarios; los cuales deben permanecer en condiciones físicas óptimas (pintura, iluminación, ventilación, instalaciones hidráulicas y sanitarias, entre otras). Adicionalmente, se deberá contar con un espacio para que las madres que viven en sitios distantes se alojen en el CRN; igualmente se recomienda en lo posible gestionar para contar con un parque infantil, al aire libre para la recreación.

Algunas características a considerar en la infraestructura de las instalaciones para prestar el servicio incluyen:

- **Área de consultorios:** Debe contar como mínimo con un área para la atención médica, seguimiento diario nutricional y atención socio-familiar. Debe cumplir con los requerimientos del consultorio médico de acuerdo a lo establecido para brindar atención de consulta externa; el consultorio debe ser en espacio cerrado con dos ambientes uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico de tal manera que se respete la privacidad del paciente, debe contar con lavamanos, teniendo en cuenta que la atención se limita a una consulta médica general y evolución médica.
- **Área de las habitaciones:** Preferiblemente debe estar dividida en varios espacios (por ejemplo tres habitaciones) con capacidad suficiente para albergar 15 cunas, que permita el desplazamiento entre ellas y realizar el aseo; contar con ventilación apropiada, pisos y paredes en superficies lavables, libre de obstáculos. Adicionalmente, se debe contar con espacio y dotación de cama para el alojamiento de las madres que se quedaran con sus hijos.
- **Área de comedor:** Debe contar con espacio suficiente para la ubicación de mesas y sillas para 15 niños y las sillas para adultos. Los pisos y paredes deben ser en superficies lavables, con ventilación adecuada y ubicada cerca al servicio de alimentos.
- **Área de Estimulación:** Debe ser un espacio suficiente que permita el desarrollo de actividades con los niños, pisos y paredes en superficies lavables, decorada de forma agradable, que cuente con sitio para guardar los juguetes o los kits de estimulación.



- **Área de servicios de alimentos o cocina:** Contar con área suficiente para el funcionamiento de estufa, nevera, contar con mesones y áreas para guardar ollas y utensilios, tener buena ventilación, pisos y paredes con superficies lavables, sitio separado para el almacenamiento de alimentos y de elementos de aseo. En este espacio debe considerarse la recepción, preparación, cocción y distribución de alimentos y la realización de educación nutricional en preparación y manipulación de alimentos.
- **Área de servicios sanitarios:** Se requiere un sitio independiente, cerca de los dormitorios y separados del área de preparación de alimentos, debe contar con sanitarios, lavamanos y área de ducha suficientes y adecuados a los niños, con pisos y paredes en superficies lavables. El sistema sanitario debe contar para la disposición de aguas servidas. Los servicios sanitarios deben mantenerse limpios y proveerse de los recursos requeridos para la higiene personal, tales como papel higiénico, jabón líquido antibacterial, implementos desechables para el secado de las manos y papeleras.
- **Área para capacitación a las familias:** Se requiere un espacio para reuniones y actividades educativas con capacidad para alrededor de 15 personas con buenas condiciones de ventilación e iluminación. Esta área también puede utilizarse para estimulación y recreación.
- **Área de Ropas:** Debe estar en un sitio independiente, separados del área de preparación de alimentos, con espacio para el secado de la ropa de cama y ropa personal.

Para la adecuación de las instalaciones deben tenerse en cuenta el Decreto 3075 de 1997 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9 de 1979 y/o normas que lo sustituyan o modifiquen como: la Resolución 2674 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto Ley 019 del 2012 y se dictan otras disposiciones.

3.2.3 Medidas de seguridad

- Para la apertura del centro de recuperación nutricional se debe contar con el concepto técnico de la entidad territorial competente, que especifique que no existe riesgo para los niños y las niñas y que las instalaciones seleccionadas son aptas para el funcionamiento del centro.
- Ante la ocurrencia de emergencias como desastre natural, epidemia, alteración grave de orden público que evidencie peligro para los niños, actuar en concordancia a la situación y en coordinación con el ICBF y contar con un plan de actuación ante las posibles emergencias que se puedan presentar



3.2.4 Dotación

Para el funcionamiento de los CRN es necesario contar con una dotación inicial básica descrita como se presenta a continuación, siempre teniendo en cuenta las particularidades de las poblaciones y sus territorios:

Tabla No. 1. Dotación Centros de Recuperación Nutricional

ÁREA	ELEMENTO	CANTIDAD	ESPECIFICACIONES
HABITACIONES (inversión inicial):	Cunas (unidades)	15	Cunas para niños y niñas menores de cinco años, 90 cm de alto, 0,60 x 1,20 m sencilla, sin cajones, incluye entablado y colchón con relleno en material anti-alérgico. Debe poderse graduar a la altura del entablado a 0,40-0,70 con respecto al borde de la baranda.
	Camas (unidades)	2	Cama sencilla para adulto en madera (95 cm de ancho x 1,70 cm de largo)
	Colchones cuna (unidades)	15	Colchón anti reflujo con relleno anti-alérgico
	Colchones camas (unidades)	2	Colchón para cama sencilla (95 cm de ancho x 1,70 cm de largo)
	Caucho protector colchón y de almohada (unidades)	17	Correspondiente a las cunas de los niños
	Almohada (unidades)	17	Correspondiente a las cunas de los niños
	Juego de cama (funda, sábana y sobre sábana) (unidades)	34	Correspondiente a las cunas de los niños y de los adultos
	Cobija (unidades)	34	Correspondiente a las cunas de los niños y de los adultos
	Toallas (unidades)	180	Para niños de 1,20 x 60 cm en tela de toalla
	Cubrelecho (unidades)	34	Correspondiente a las cunas de los niños
	Bañeras (unidades)	5	Para niños menores de 1 año de edad
Vasenilla (unidades)	5	Para niños menores de 5 años de edad	
CONSULTORIOS (inversión inicial)	Pesa bebés (unidad)	1	Capacidad: 20 -25 kilos, sensibilidad: 10 a 20 g, debe contar con certificado de calibración y realizar verificación cuando se requiera. Mecanismo: electrónica o digital Recomendaciones: Debe contar con plataforma amplia. No deben utilizarse balanzas de baño (mecánicas, de resorte, con sensibilidad de 500 gr) porque los datos no son confiables para el seguimiento nutricional
	Báscula (unidad)	1	Balanza de pie: capacidad: 120 a 150 kg, sensibilidad: ideal 50 gr, máximo 100 g debe contar con certificado de calibración y realizar verificación cuando se requiera. Mecanismo: Digital con único uso para peso no para medir talla (sin metro).
	Equipo de órganos (Otoscopio, espejo nasal) martillo para reflejos	1	Que Incluya otoscopio con espéculo oftalmoscopio, espéculo nasal, porta baja lenguas, espejo laríngeo, lámpara angular para garganta. Con pilas.
	Tallímetro (unidad)	1	Tallímetro en madera o aluminio: capacidad de dos (2) metros, sensibilidad 1mm, Se recomienda una base de 25 cm de ancho.



MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN

MO1 LM3
MPM4

28/10/14

Versión 1.0

Página 17 de
42

ÁREA	ELEMENTO	CANTIDAD	ESPECIFICACIONES
			No se recomienda el uso de metros de modistería, cintas métricas, de papel o acrílico, adheridos a la pared. No se recomienda el uso del tallímetro con balanzas mecánicas.
	Infantómetro (unidad)	1	Infantómetro: capacidad de 110 a 120 cm, sensibilidad 1mm. Material de fabricación: Aluminio o madera, Sistema rodante, estable. Cinta métrica metálica, ubicada a un lado y no en la mitad del equipo. No se recomienda el uso de Infantómetro en acrílico, debido al comportamiento del material (dilatación) en diferentes ambientes (temperatura).
	Fonendoscopio (unidad)	1	Pediátrico.
	Termómetro más tensiómetro pediátrico (unidad)	1	El Tensiómetro debe ser pediátrico.
	Teléfono fijo (unidad)	1	
	Equipo órganos de los sentidos	1	
	Martillo de Reflejos	1	
	Archivador de tres cajones (unidad)	1	
	Silla fija (unidades)	2	Silla giratoria convencional.
	Equipó de computo (unidad)	1	Con sistema operativo actualizado y en óptimo estado de funcionamiento.
	Impresora láser (unidad)	1	
	Escritorio (unidad)	2	Ancho 1.40 cm x 75 cm de fondo y 76 cm de altura.
	Camilla para consultorio de 1.80 x55 x75 (unidad)	1	1,80m x 55 cm x 75 cm.
DOTACIÓN COMEDOR (inversión inicial)	Mesas infantiles de 4 puestos (unidad)	4	Mesa infantil plástica de cuatro puestos.
	Sillas infantiles para comedor (unidades)	15	Silla infantil plástica apilable con apoyabrazos.
	Sillas para adultos (unidades)	12	Silla con brazos para adulto en plástico apilable.
DOTACIÓN EQUIPOS DE COCINA	Nevera 12 pies (unidad) litros	1	Un solo cuerpo, condensador oculto, patas niveladoras, doble puerta (para refrigeración y otra para congelador), No frost, ecológica, descongelación automática, garantía 1 año.
	Estufa de 4 puestos a gas o eléctrica. (unidad)	1	Estufa de cuatro hornillos.
	Licudadora (unidad)	1	Capacidad de 1,75 litros, medidas 0,178 x 0,23 x 0,38 mts.
	Gramera mecánica o digital	1	Gramera (unidad) tipo mecánica o digital, capacidad máxima: hasta 1000 g o 2000 g, sensibilidad: 1 g, unidad de medida gramo, para realizar la medición debe contar con certificado de calibración y realizar verificación cuando se requiera.
	Termómetro	1	Termómetro: tipo: Bimetálico, capacidad: para realizar mediciones de temperatura entre - 20 °C. y 100 °C. Sensibilidad: 0,5 °C, unidad de medida: grados Celsius (°C), para realizar la medición debe contar con certificado de calibración y realizar verificación cuando se requiera.
	Lavadora de 25 libras	1	



ÁREA	ELEMENTO	CANTIDAD	ESPECIFICACIONES
	(unidad)		
	Modelos de alimentos (unidad)	1	Se consiguen en la Universidad de Antioquia, facultad de Nutrición y Dietética.
DOTACIÓN MENAJE DOMESTICO	Jarra de plástico dos litros de capacidad (unidades)	5	Capacidad dos litros.
	Medidores de vidrio o de plástico (unidades)	15	Capacidad dos litros.
	Ollas de acero inoxidable y olla a presión. (Kit)	1	Capacidad 2, 5, 7 y 10 litros.
	Platos plásticos (unidades)	15	Plásticos pandos y hondos de polipropileno de diferentes colores.
	Vasos plásticos (unidades)	15	Plásticos de polipropileno transparentes o de colores de 9 onzas.
	Juego de Cubiertos (unidades)	15	Cucharas, tenedores para mesa de niños en acero inoxidable.
	Pocillos plásticos (unidades)	15	Plástico polipropileno chocolateros con oreja (incluye plato plástico).
	Bandejas plásticas (unidades)	4	Bandeja plástica infantil en polipropileno
	Baldes de Plásticos (unidades)	3	Balde plástico capacidad 10, 15 y 20 litros.
	Escobas (unidades)	5	
	Traperos (unidades)	6	
	Cepillos (unidades)	6	
	Limpiones (cada tres meses) (unidades)	4	
	OTROS ELEMENTOS QUE SE DEBEN GESTIONAR CON OTRAS ENTIDADES	Closet o armario	5
Locomoción (coche)		5	
Apoyo para la movilización silla de ruedas		5	
Sillas comedor portátil		5	
Delantal para talleres		15	
Papelógrafo - Pizarra		1	
Corral grande		5	
Toldillos	5		

NOTA: Sí los beneficiarios del centro pertenecen a comunidades indígenas esta dotación puede ser adaptada a sus usos y costumbres, previa aprobación en el comité técnico.

3.2.5 Reposición de dotación

Anualmente debe realizarse un inventario y hacer seguimiento conjunto con el supervisor del contrato con el fin de identificar la necesidad de reponer los elementos deteriorados; por consiguiente, se debe contemplar dentro de los costos un rubro del 10% de la dotación inicial para la reposición del equipo deteriorado si es necesario. El valor destinado para la reposición debe incluir el costo de la calibración de los equipos cuando corresponda de acuerdo a la Guía Técnica de Metrología vigente.

3.2.6 Devolución de la dotación

Se procederá hacer devolución del 100% de la dotación inicial al momento del cierre de la modalidad CRN en un municipio; para ello, el operador establecerá en un inventario los elementos a devolver indicando cantidad, estado de funcionamiento y deterioro;



posteriormente hará entrega de estos al Centro Zonal que corresponda de acuerdo al área de influencia. En ese momento, el ICBF determinará el destino de los elementos de la dotación hacia otras modalidades de atención que lo requieran.

3.3 TALENTO HUMANO

El Centro de Recuperación Nutricional debe contar como mínimo con el siguiente personal:

Tabla No. 2. Recurso Humano CRN

PERSONAL	CANTIDAD X 15 NIÑOS NIÑAS
Médico general	1
Nutricionista	1
Trabajador social o psicólogo	1
Auxiliar de Enfermería	4
Manipulador de alimentos	1
Auxiliar de servicios generales	1

a) Médico General

Requisitos: Hoja de vida y tarjeta profesional

Dedicación de tiempo completo. Es necesario asegurar la atención médica de los niños y las niñas en días festivos y fines de semana.

Competencias y habilidades técnicas:

- Formación integral, proyección social y capacidad de análisis, aprendizaje, trabajo en equipo y toma de decisiones frente al tratamiento médico de los niños y niñas con desnutrición.
- Disponibilidad para el trabajo de campo con comunidades en condiciones de vulnerabilidad.
- Conocimientos básicos de fisiopatología, signos y síntomas de la desnutrición y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sistema de referencia y contra referencia de pacientes en la región donde está ubicado el Centro.
- Estar capacitado en la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI en su componente clínico y comunitario.
- Capacidad de análisis y toma de decisiones frente al tratamiento médico de los niños y niñas con desnutrición.
- Habilidades en el manejo de software Microsoft Office (Excel, Word, Powerpoint).
- Manejo de metodologías educativas con grupos e individuos que permita fortalecer las capacidades tanto del personal del Centro como de las familias y los niños atendidos para fortalecer los factores protectores existentes en las familias y comunidad, identificar los factores de riesgo y lograr la modificación de hábitos de salud inadecuados.
- Conocer las competencias de las diferentes instituciones en la protección de los derechos de la infancia y de las demás instituciones del nivel territorial.

b) Nutricionista – Dietista

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 20 de 42

Requisitos: hoja de vida, y tarjeta profesional.
Dedicación de tiempo completo.

Nota: en los casos en que no se logre contar con un profesional en nutrición y dietética se permitirá la contratación de un estudiante de pasantía del último semestre de nutrición y dietética avalado por la universidad, quien debe presentar el certificado respectivo.

Competencias y habilidades técnicas:

- Formación integral y proyección social, con capacidad de aprendizaje, toma rápida decisiones y trabajo en equipo.
- Disponibilidad para el trabajo de campo con comunidades en condiciones de vulnerabilidad.
- Conocimientos básicos para realizar diagnóstico nutricional adecuado y manejo de la desnutrición y de sus enfermedades asociadas.
- Habilidad para el cálculo de requerimientos de energía y nutrientes para niños y niñas con desnutrición y en recuperación nutricional, y capacidad para realizar el seguimiento diario durante su proceso.
- Habilidad en la estandarización de ciclos de menú y el análisis cuanti-cualitativo de los planes de alimentación.
- Habilidad y conocimiento en el manejo de un servicio de alimentos.
- Conocimientos básicos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Habilidades en el manejo de software Microsoft Office (Excel, Word, Powerpoint) y conocimientos en el manejo de herramientas informáticas para valoración y seguimiento nutricional.
- Manejo de metodologías educativas con grupos e individuos que permita fortalecer las capacidades tanto del personal del CRN como de las familias y comunidad, que le permitan identificar y fortalecer los factores protectores existentes en las familias y comunidad, identificar los factores de riesgo y lograr la modificación de hábitos de alimentación y nutrición inadecuados.
- Conocer las competencias de las diferentes instituciones en la protección de los derechos de la infancia.

c) Trabajador Social o Psicólogo

Requisitos: hoja de vida y tarjeta profesional
Dedicación de tiempo completo

Competencias y habilidades técnicas:

- Profesional del área social con experiencia en participación, organización y gestión de procesos comunitarios y atención a grupos y sus familias en condición de vulnerabilidad, especialmente niños y niñas.
- Amplia experiencia en atención individual, familiar y comunitario desde un enfoque diferencial.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



- Capacidad de diseñar, implementar y manejar metodologías de trabajo de grupo acorde a la realidad socio-cultural donde funcione el Centro.
- Conocer las competencias de las diferentes instituciones y servicios de restablecimiento derechos de la infancia.
- Habilidad en la resolución de conflictos a todo nivel.
- Habilidad para potencializar, fortalecer o desarrollar capacidades, habilidades, fortalezas y recursos familiares y sociales.
- Capacidad para realizar acciones de gestión, identificación y conformación de redes sociales y comunitarias.
- Manejo de metodologías educativas con grupos e individuos que permita fortalecer las capacidades del personal del Centro, fortalecer los factores protectores existentes en las familias y comunidad, identificar los factores de riesgo y lograr un mejor desarrollo psicosocial en los niños y familia.

d) Auxiliares de Enfermería

Requisitos: Debe contar con certificación de una institución reconocida.
Dedicación de tiempo completo.

Competencias y habilidades técnicas:

- Experiencia en manejo clínico de niños y niñas, participación, organización y gestión de procesos comunitarios y atención a grupos en condición de vulnerabilidad, especialmente niños.
- Conocimientos en el manejo de historias clínicas, hojas de consumo y distribución de medicamentos y alimentos.
- Conocimiento mínimo en la identificación y manejo de signos clínicos y físicos de desnutrición, y enfermedades asociadas.
- Estar capacitado en la estrategia AIEPI.
- Gran capacidad de tolerancia, afecto y de comunicación, que fortalezca la interlocución con los profesionales del Centro, los padres, niños y comunidad.
- Conocer y manejar metodologías de trabajo en grupo.
- Habilidad para la atención de diferentes grupos poblacionales.
- Conocer las competencias de las diferentes instituciones de protección de los derechos de la infancia.
- Capacidad de reacción ante situaciones de emergencia.
- Manejo de metodologías educativas con grupos e individuos.

e) Manipulador de Alimentos

Requisitos: el manipulador de alimentos debe contar con el siguiente perfil.
Dedicación de tiempo completo.

Competencias y habilidades técnicas:

- Preferiblemente tener estudios de educación secundaria.
- Buen estado de salud.



MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN

MO1 LM3
MPM4

28/10/14

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN

Versión 1.0

Página 22 de
42

- Tener experiencia en la preparación de alimentos y en las preparaciones alimentarias propias de la región.
- Haber recibido capacitación por parte de los profesionales en aspectos relacionados con el funcionamiento, organización y administración del servicio de alimentos.
- Mantener buenas relaciones con la comunidad.
- Preferiblemente con experiencia en servicio de alimentos hospitalarios o de restaurantes.
- Capacidad de seguir instrucciones que le permita una adecuada preparación de fórmulas especiales, teniendo en cuenta la estandarización, cumplimiento de buenas prácticas de manipulación de alimentos e indicaciones del nutricionista.
- Realizar una rutina de higiene y desinfección de las instalaciones de la cocina, el equipo y menaje de acuerdo a un plan de limpieza y desinfección y velar por la disponibilidad de los productos necesarios para llevar a cabo esta actividad.
- Gran capacidad de tolerancia, afecto y de comunicación, que fortalezca la interlocución con los profesionales del Centro, los padres, niños y comunidad.
- Sensibilidad en el manejo de niños y niñas, la problemática social y en especial, frente al tema de la desnutrición.
- Habilidad para la atención de diferentes grupos poblacionales.
- Capacidad de escucha y seguimiento de instrucciones.
- Capacidad de reacción ante situaciones de emergencia.
- Capacidad organizativa en el área de almacenamiento de alimentos que permita llevar la administración del servicio de alimentos.
- Controlar y administrar el stock de alimentos que permita el cumplimiento del plan de alimentación establecido por el nutricionista.
- Certificar resultado de coprológico, frotis de garganta y cultivo de uñas (KOH) con fecha no superior a tres (3) meses antes del inicio de la contratación, y luego por lo menos una (1) vez al año o cada vez que se considere necesario por razones clínicas y epidemiológicas, especialmente después de una ausencia del trabajo motivada por una infección que pudiera dejar secuelas capaces de provocar contaminación de los alimentos que se manipulen. Fotocopias de las certificaciones anteriores deben estar debidamente archivadas y disponibles en el Centro. En caso de resultado positivo en los exámenes de laboratorio es requisito que en el punto exista copia del tratamiento efectuado y exámenes de control posterior según patología.
- Estar capacitada(o) en manipulación de alimentos y tener la certificación vigente. La capacitación deberá haber sido impartida de acuerdo con las exigencias del Decreto 3075 de 1997⁵ o de las resoluciones modificatorias, por Empresas Sociales del Estado adscritas a las Secretarías de Salud departamentales, municipales o distritales o por el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, o por personas jurídicas o naturales idóneas que estén inscritas en las Secretarías de Salud departamentales, distritales o municipales, las fotocopias de las certificaciones de capacitación deben estar debidamente archivadas y disponibles en el Centro.
- Cumplir con la reglamentación en cuanto al uso de uniforme, gorro, tapabocas y zapatos, así como con las medidas de control en cuanto a aseo personal y normas higiénicas.

⁵ Decreto del antiguo Ministerio de Salud, actual Ministerio de la Protección Social.

	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 23 de 42

3.4 NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD

3.4.1 Salud

Las acciones en salud se llevan a cabo tanto en la fase I como en la fase II, lideradas por el médico y con el apoyo de las auxiliares de enfermería al interior del Centro de acuerdo a lo relacionado en el numeral 3.1.1 a), c); y 3.1.2 a)

3.4.2 Nutrición

El estado fisiológico frágil y la reducida capacidad homeostática de los niños y niñas con desnutrición severa necesitan precauciones para iniciar la intervención nutricional.

a) Iniciando la realimentación y estabilización

El objetivo en la Institución de salud o en el CRN con los niños desnutridos estables clínicamente, es iniciar la alimentación tan pronto como sea posible previa autorización médica, con un régimen que proporcione la energía y nutrientes necesarios para mantener los procesos fisiológicos básicos⁶.

El tratamiento debe ser individual con seguimiento que permita realizar los ajustes requeridos según las condiciones presentadas. Teniendo en cuenta la tolerancia de la vía oral (observar presencia de vómito, diarrea y distensión abdominal), se recomienda iniciar con 80 Kcal/Kg si el niño presenta desnutrición edematosa – Kwashiorkor o se encuentran en proceso de estabilización.

Para suministrar el aporte dietario recomendado, se sugiere administrar la fórmula F-75 en tomas frecuentes y bajo volumen, considerando que es baja en proteína, lípidos y sodio y alta en carbohidratos con baja osmolaridad (75Kcal/100ml). El uso de esta fórmula tiene por objeto regular el metabolismo y situar al organismo en una condición óptima para empezar la etapa de ganancia de peso.⁷

En los niños y niñas con desnutrición grave menores de seis meses y que están siendo amamantados, y lo que alcanzan a recibir de leche materna no les aporta la suficiente cantidad de energía y proteínas, para lograr una ganancia de peso rápida en la etapa de rehabilitación; se debe revisar la técnica de amamantamiento y reforzar educación para el fomento de la lactancia materna y decidirse la complementación con fórmula F-75 para evaluar tolerancia y luego con F-100 modificada con menos de 1 y 2 gramos de proteínas por cada 100 ml respectivamente, con el fin de no elevar demasiado la carga renal de solutos y evitar el síndrome de realimentación. Puede ofrecerse 8 tomas por día de F-100, a razón de 130 ml/Kg/día motivando constantemente a la madre para estimular la lactancia materna y reforzando que primero le suministre leche materna y luego la fórmula en pocillo con cuchara.

⁶ OMS. Directrices para el Tratamiento Hospitalario de los Niños con Malnutrición Grave. 2004

⁷ MANA. Manual para la atención integral de los niños y niñas con desnutrición.



Las cantidades referidas en el siguiente cuadro aportan la cantidad necesaria de líquido, proteína y energía que se requiere para iniciar el tratamiento. Se recomienda mantener la misma cantidad por pocos días aunque haya ganancia o pérdida de peso. La cantidad se incrementa en la medida que avance el proceso de recuperación nutricional.

Tabla No 3: Distribución Según frecuencia y tiempos de la fórmula F-75

DÍAS	FRECUENCIA	Volumen/ Kg peso Actual/ toma	Volumen/ Kg peso Actual/ día
1-2 día	Cada 2 horas	11 ml	130 ml
3- 4 día	Cada 3 horas	16 ml	
6 – 7 día	Cada 4 horas	22 ml	

Fuente: Directrices para el tratamiento hospitalario de los niños con malnutrición grave. OMS. 2004

Si el estado actual del niño no afecta su apetito y su estado general es aceptable, se debe ir incrementando el aporte calórico dentro del rango mencionado (80 -100 kcal/Kg/día) o, inclusive se puede iniciar con 100Kcal/Kg/día, cuando se detecta por historia nutricional, que el niño pudiera venir consumiendo en casa esta cantidad o más, basados en una alimentación que incluya lácteos o alimentos fuente de proteína de origen animal como carnes y huevos.

Si el niño o la niña se encuentra inapetente y no se puede lograr una ingesta oral de al menos 80kcal/kg peso/día (con un tracto gastrointestinal funcionando), se debe optar por el suministro de la fórmula a través de sonda naso gástrica – únicamente en instituciones de salud ya que este procedimiento exige todos los cuidados y normas para evitar complicaciones mecánicas, gastrointestinales o metabólicas.

La información técnica sobre las fórmulas de recuperación nutricional para niños y niñas menores y mayores de 6 meses se encuentra en el Anexo No.5.

Nota: en casos donde se demuestre intolerancia a la lactosa o a otros componentes de las fórmulas de recuperación nutricional, se debe contemplar el suministro de otras opciones terapéuticas; así mismo vigilar que la preparación de la fórmula no aumente el aporte de micronutrientes.

b) Principios del Tratamiento Nutricional⁸:

- Animar al niño o niña para que consuma en lo posible la cantidad de alimentos planeada.
- Reiniciar y fomentar la lactancia natural, sobre todo en los menores de 6 meses.
- Realizar actividades de estimulación que contribuyan al desarrollo emocional y físico.
- Preparar a la madre o cuidador, para que brinde los cuidados alimentarios necesarios durante el tiempo de tratamiento y una vez sea dado de alta de la institución de salud o del Centro.

⁸ Guía Práctica para la Atención Nutricional Medica y Psicosocial de los niños y niñas con Desnutrición. MANA. 2007

	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 25 de 42

c) Como realizar la recuperación nutricional en los tres días de transición⁹:

- En los primeros dos días de ingreso al Centro (días de transición 1 y 2), se ofrece la fórmula inicial F-75 y se introduce gradualmente en la misma cantidad por toma y frecuencia la fórmula F-100, teniendo en cuenta el aporte de energía y nutrientes requeridos según la edad y el peso actual “Fórmula dietaria calculada”. No exceder el aporte de líquidos.
- Al tercer día (día de transición 3) incrementar cada una de las tomas en 10 ml hasta cubrir los requerimientos de energía y nutrientes. Alimentar cada 3 horas en el día y noche. (realizar control de ingesta y evaluar tolerancia).

d) Como realizar la recuperación nutricional después de los 3 días de transición¹⁰:

- Alimentar al niño o niña teniendo en cuenta el apetito y la tolerancia a la vía oral y ofrecer leche materna frecuente según el caso. Se debe incrementar el aporte de energía y nutrientes de forma gradual modificando la fórmula dietaria de acuerdo con el peso actual.
- Realizar control de ingesta y evaluar tolerancia.
- Reducir de manera gradual el número de tomas diarias, aumentando el volumen por toma, hasta quedar en tres comidas principales y de tres a cuatro tomas diarias de F-100.
- Continuar ofreciendo micronutrientes, (según prescripción médica).
- Iniciar la suplementación con hierro, el día 14 y si no hay presencia de infección.
- Para los menores de 6 meses, si recibe lactancia materna continuarla, si venía con fórmula reiniciar lactancia y ofrecer fórmula F-75 y luego F-100 modificada para menores de 6 meses.
- Para los niños y niñas de 6 – 24 meses ofrecer alimentación complementaria según edad, acompañada de la fórmula F –75 y F-100 después de la transición.
- Para los mayores de 2 años ofrecer alimentación para su edad teniendo en cuenta preferencias y rechazos y ajustar la fórmula a las necesidades individuales de los niños y niñas.
- El plan de alimentación dependerá de factores como la edad, el peso, los antecedentes de salud, los hábitos de alimentación y de frecuencia de consumo de alimentos, entre otros aspectos¹¹.

Aunque la meta es llevar a la mayoría de niños a la ingesta de 200Kcal/Kg/día durante su etapa de mayor ganancia de peso, es cierto que no todos los niños necesitan recibir esta cantidad de energía, ya que pueden lograr ganancias de peso satisfactorias con aportes menores de energía¹²

Si las condiciones generales del niño o niña son favorables, es decir, está alerta, sonríe, camina y ha estado consumiendo algunos alimentos en el hogar o en la institución de

⁹OMS. Directrices para el Tratamiento Hospitalario de los Niños con Malnutrición Grave. 2004

¹⁰OMS. Directrices para el Tratamiento Hospitalario de los Niños con Malnutrición Grave. 2004

¹¹Gobernación de Antioquia. Manual para la atención integral de los niños y niñas con desnutrición. Año 2010.

¹²Guía Práctica para la Atención Nutricional Médica y Psicosocial de los niños y niñas con Desnutrición. MANA. 2007



salud, incluidos algún tipo de leche; podrá iniciar su tratamiento con la fórmula F-100 junto con otras preparaciones de alimentos desde el primer día en el CRN, con planeación estricta del aporte de energía y nutrientes.

Una vez el niño o niña alcance el peso adecuado, es importante suministrar una alimentación que cubra el requerimiento de energía y nutrientes para su grupo de edad, con el fin de no promover la sobrealimentación.

Aunque la formulación de los micronutrientes para el tratamiento de sus deficiencias es función del médico, la atención nutricional debe estar encaminada a apoyar esta parte del tratamiento de la desnutrición.

La información técnica sobre las fórmulas de recuperación nutricional para niños y niñas menores y mayores de 6 meses se encuentra en el Anexo No. 5.

e) Seguimiento a la atención nutricional

Deben considerarse los siguientes aspectos:

- Seguimiento a la evolución de las condiciones de salud de acuerdo a la evolución médica y apoyo del personal de enfermería.
- Control de la Ingesta de alimentos: observar y registrar en el Anexo No. 6.
- Cantidades servidas, ingeridas y no ingeridas para determinar ingesta de energía y nutrientes diaria.
- Número de episodios de vómito, para saber realmente cuanto se está consumiendo.
- Frecuencia de heces acuosas, para determinar intolerancias a la alimentación.
- Presencia de distensión abdominal. Para determinar intolerancias a la alimentación.
- Planeación diaria y estricta de la alimentación para asegurar el aporte de energía y nutrientes a través de la fórmula y demás alimentos.

Seguimiento y evaluación del peso y talla:

El objetivo de esta acción es la vigilancia de la ganancia de peso¹³ esta actividad deberá ser realizada diariamente por el personal de enfermería con entrenamiento y supervisión continua del nutricionista.

Los niños y niñas con fórmula inicial F-75 en la etapa de estabilización deben mantener el peso, a menos que tenga edema (al disminuir el edema deben perder *peso*).

La ganancia de peso para reconstruir los tejidos corporales toma cerca de 4 semanas. La mejor forma de evaluar el progreso en la recuperación nutricional es monitorear diariamente el peso.

La ganancia de peso se considerará:

¹³ OMS. Directrices para el Tratamiento Hospitalario de los Niños con Malnutrición Grave. 2004



MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN

MO1 LM3
MPM4

28/10/14

Versión 1.0

Página 27 de
42

- Buena: Si hay una ganancia mayor a 10g/kg de peso por día.
- Moderada: Si hay una ganancia entre 5-10g/kg de peso por día.
- Pobre: Si hay una ganancia menor de 5g/kg de peso por día.

La ganancia de peso diario se debe registrar en la curva de ganancia de peso, Anexo No. 14; donde se relacionan el día de tratamiento en el eje horizontal, versus el peso (rango de 50g) o gramos ganados en el eje vertical; este anexo que debe incluirse en la historia clínica. La gráfica permite identificar quiénes no están ganando un peso adecuado, información que permite tomar medidas de intervención inmediatas. Esta información se deberá registrar en la historia clínica.

Vigilancia de la ganancia de longitud o estatura:

La toma de longitud o estatura se realizará una vez al inicio y otra al final, teniendo en cuenta que su aumento no es perceptible con la toma continua del dato. Esta se debe registrar en la historia clínica al igual que el análisis del seguimiento realizado.

Actividades que realiza el profesional en Nutrición y Dietética

- Diligenciamiento al ingreso de la fase I y egreso de la fase II de la Escala de medición de la seguridad alimentaria en los hogares para latinoamericana y el Caribe - ELCSA (Anexo No. 7).
- Valoración y diagnóstico Nutricional.
- Tratamiento nutricional individual y elaboración diaria de órdenes de alimentación.
- Apoyar el tratamiento de las deficiencias de micronutrientes.
- Planeación, ejecución y evaluación del plan de educación alimentaria y nutricional para las familias y el equipo de trabajo.
- Evolución diaria en la historia clínica de las condiciones nutricionales: Diagnóstico nutricional, ganancia diaria de peso por gr/kilo/día y la curva respectiva.
- Análisis diario de la ingesta real de alimentos y registro diario en la historia clínica del aporte de energía y macronutrientes total y por kilo de peso.
- Monitoreo a la tolerancia de la alimentación suministrada.
- Control de las cantidades de alimentos servidos.
- Administración del servicio de alimentación.
- Elaborar el ciclo de minutas del servicio de alimentos de acuerdo con las características de la población a atender.
- Elaboración del plan de compras de los alimentos, acorde con las necesidades del servicio.
- Participación activa en la evolución interdisciplinaria diaria.
- Estudio de caso con el equipo interdisciplinario. Realizar por lo menos una vez a la semana.
- Seguimiento a la valoración del estado nutricional durante la estancia en el Centro y diagnóstico nutricional del egreso.
- Entrega de plan de alimentación y recomendaciones nutricionales a seguir en casa.
- Capacitar al personal auxiliar de enfermería en la toma de medidas antropométricas y velar por la calidad de la información antropométrica, elemento indispensable para el seguimiento nutricional.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



- Elaboración de compromisos por escrito para el cuidador y la familia, para mantener el estado nutricional recuperado o continuar el proceso de recuperación nutricional si se presentara el caso.

f) Alimentación

En la Fase I, los beneficiarios del Centro dentro del proceso de recuperación nutricional requieren la ingesta hasta de 200Kcal/Kg/día durante su etapa de mayor ganancia de peso; por esta razón se requiere de la planeación diaria de la alimentación para asegurar el aporte de energía y nutrientes a través de:

- Alimentación diaria con tres tiempos de comidas principales y refrigerios que pueden aportar hasta más del 100% de las recomendaciones normales de energía y nutrientes en el periodo de recuperación nutricional y acordes a los hábitos alimentarios de la población (Anexo No. 17).
- Fórmulas de recuperación nutricional F-75 y F-100 para iniciar la recuperación nutricional y complementar la alimentación diaria (Anexo No. 5).
- Suplementación con micronutrientes de acuerdo al estado nutricional con Vitamina A, Hierro, Acido Fólico y Zinc.

En la fase II, los beneficiarios reciben un complemento alimentario diferenciado según la edad que les aporta mínimo el 70% de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes.

- Ración alimentaria para niños y niñas entre 6 a 11 meses de edad.
- Ración alimentaria para niños y niñas entre 12 a 59 meses de edad.

Nota: El primer complemento alimentario debe entregarse en el momento del egreso de la fase I.

Consideraciones especiales en las raciones para para niños y niñas de 6 a 11 meses de edad:

Teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la lactancia materna, la ración alimentaria para el grupo de edad de 6 a 11 meses considera el intercambio de alimentos cuando la madre está o no proporcionando lactancia materna, es decir, cuando el beneficiario esté recibiendo leche materna la ración debe contener compotas y cuando existan casos en los que la lactancia materna no puede facilitarse debido a diversas condiciones como: ausencia de la madre, enfermedad severa o incapacidad para lactar y falla en el proceso de re-lactancia; se recomienda incluir en la ración fórmulas lácteas comerciales fortificadas con hierro – fórmulas de continuación, que provean al niño o niña, la cantidad y calidad de macro y micronutrientes necesarios para la recuperación nutricional.

La decisión de incluir la formula infantil de continuación en la ración de los niños y niñas de 6 a 11 meses, deberá ser tomada en el comité técnico del contrato con el nutricionista del Centro Zonal o Regional y el nutricionista del operador. Esta decisión dependerá de:



- La focalización de la población.
- La caracterización del beneficiario donde se determine las razones por las cuales no está recibiendo lactancia materna.
- Análisis por parte del comité técnico del contrato donde se argumente la necesidad de incluir este alimento.

Por ningún motivo es aconsejable en este grupo de niños y niñas ofrecer leche entera de vaca, pues entre otros riesgos puede generar sensibilización a sus proteínas¹⁴, anemia ferropénica¹⁵ y contribuir a la malnutrición del niño o niña, ya que este alimento no contiene ciertos micronutrientes en las cantidades necesarias para el lactante¹⁶.

Se resalta en este punto, la importancia de lograr coherencia entre las decisiones tomadas en la planificación de la actividad de ENTREGA DE ALIMENTOS como parte de la Recuperación Nutricional y las acciones de PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN A LA LACTANCIA, especialmente para el grupo de 6 – 12 meses, así:

- Respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Decreto 1397 de 1992, por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.
- Este Decreto aplica de manera especial a los niños de 6 – 12 meses de edad amamantados. Los apartes que merecen especial atención para este caso se encuentran en el Artículo 9 del Decreto 1397 de 1992, que establece: “*El personal de salud no podrá proporcionar a las madres ni a sus familiares muestras y suministros de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna*”.
- Seleccionar la fórmula de continuación que cumpla las características definidas en la ficha técnica anexa y que no esté incumpliendo el Decreto 1397 de 1992, por el cual se promueve la lactancia materna y se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.
- Se debe descartar la posibilidad de re-inducción de la lactancia materna, y cuando se inicie un proceso de relactancia y éste sea exitoso se debe retirar la fórmula láctea de continuación en los casos donde se esté incluyendo en la ración.

En el marco del enfoque diferencial, las Regionales que cuenten con grupos étnicos en los territorios, podrán construir y concertar una ración diferencial ajustando los alimentos que las componen, a los hábitos y costumbres alimentarias saludables, costos y disponibilidad de alimentos.

¹⁴ AEP, 2002; Pallas, 2002; Nestlé, 2003; OPS/OMS, 2003; Dewey et al, 2004; Fox et al, 2004; Díaz-Arguelles, 2005; Flores-Huerta, 2006; OPS, “Ayudando a crecer”.

¹⁵ Fomón, 2001; AEP, 2002; Pallas, 2002; Nestlé, 2003; OPS/OMS, 2003; Dewey et al, 2004; Fox, 2004; Gorostiza, 2004; Torrejon et al, 2005; Flores-Huerta, 2006; EUROPA-WHO; OPS, “Ayudando a crecer”.

¹⁶ Nestlé, 2003; Díaz-Arguelles, 2005; Torrejon et al, 2005; EUROPA-WHO; OPS, “Ayudando a crecer”; Alimentación infantil en México.



Las raciones para preparar tipo 1 y tipo 2 están conformadas por los alimentos y las cantidades que se presentan en el anexo No. 8; estos deben cumplir las características descritas en las fichas técnicas de cada producto anexo No. 9. Los requisitos del empaque secundario del Anexo No. 10.

Es importante mencionar que los alimentos que se incluyan en las raciones alimentarias diferenciales para los grupos étnicos, deben cumplir con la normatividad vigente y las características de las fichas técnicas definidas por el ICBF.

Así mismo para el control de entrega de las raciones alimentarias se debe realizar el diligenciamiento del anexo No. 15.

Los recursos establecidos para la ración de los niños y niñas de 6 a 11 meses, que no sean ejecutados por que se reemplace la formula infantil de continuación por compotas, deberán ser direccionados al suministro de raciones adicionales para los beneficiarios, que por sus condiciones socioeconómicas lo ameriten y **en el marco del comité técnico se decida** una vez finalice el proceso de atención regular (esto deberá quedar registrado en un acta).

Mensualmente, el Comité Técnico deberá realizar el análisis presupuestal de ejecución para proyectar sobre el 2º mes de atención de la fase II, la cantidad de raciones adicionales que se podrán entregar a los beneficiarios de la rotación. Las raciones adicionales, se entregarán mensualmente, citando a los beneficiarios y sus familias a participar en las actividades complementarias que se continúan realizando en el desarrollo regular de la modalidad.

g) Capacitación en estilos de vida saludables

En este tema se requiere que el equipo interdisciplinario planee, ejecute y evalúe acciones educativas de manera integral, por lo cual debe basarse en los insumos de análisis de la caracterización de las condiciones familiares realizadas y los patrones socioculturales de la población con quien se está trabajando.

Se deben tener en cuenta desde los temas a tratar, el diseño de metodologías lúdicas y recreativas, el espacio y momento adecuado, para que la familia o el cuidador/a tengan acceso a la información de las temáticas seleccionadas, para que puedan incorporar en su cotidianidad los conocimientos básicos para el tratamiento nutricional y prevengan la reincidencia de la desnutrición y otras enfermedades.

Con el fin de explorar la interiorización de contenidos del componente educativo, se puede aplicar instrumentos de evaluación antes de la capacitación y una evaluación posterior. Es por esto que el equipo interdisciplinario debe realizar las fichas técnicas de cada uno de los temas que se van abordar con los diferentes grupos de población; adicionalmente, realizar el registro de los participantes en las jornadas educativas con nombre completo del padre, madre o cuidador con número de identificación y firma y nombre del niño o niña beneficiario.



La ficha técnica debe incluir el tema y subtemas abordados, población objetivo, la metodología y el objetivo que se pretende con la actividad educativa y sobre el cual se debe hacer la valoración de los conocimientos adquiridos.

Es importante destacar que las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos – GABAS, representan un importante instrumento para lograr los objetivos de los programas de educación en nutrición, entendida como la combinación de experiencias de aprendizaje que facilitan la adopción de conductas alimentarias saludables.

Los responsables de este componente son los profesionales del equipo interdisciplinario de acuerdo a su competencia. La periodicidad debe ser diaria, siempre y cuando la madre se encuentre allí aprendiendo como se atiende el niño en los componentes médicos, nutricionales y socio-familiares, y observa vivencialmente la evolución de su hijo. Semanalmente se hace la sesión grupal y los profesionales evalúan los contenidos acorde al cronograma de capacitación.

En el siguiente cuadro se recomiendan los temas básicos a incluir en la capacitación.

Tabla No. 4. Temas para abordar en capacitación

TEMAS DE SALUD - AIEPI	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del niño e identificación de signos de peligro. - Evaluación del niño con dificultad para respirar e identificación de signos de Neumonía. - Evaluación del niño con diarrea e identificación de signos de deshidratación. - Evaluación de la fiebre e identificación de signos de meningitis, malaria o sarampión. - Evaluación de problemas de oído. - Búsqueda de signos de maltrato. - Identificación de signos de desnutrición y anemia. - Evaluación y consejería sobre lactancia materna y alimentación. - Evaluación del estado de inmunización del niño. - Practicas saludables para el crecimiento y desarrollo saludable del niño. - Educación al responsable de la atención del niño en el hogar sobre cuidados relativos a la enfermedad y vigilancia de los signos de gravedad para volver a consulta. - Uso eficiente y conservación de los recursos naturales y manejo de residuos sólidos. - Enfermedades asociadas al agua y al saneamiento básico y agua potable. - Rutas y barreras de la contaminación oral – fecal. - Vivienda saludable. - Control de plagas y vectores. - Lavado adecuado de manos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que es la desnutrición. Tipos de desnutrición y consecuencias. - Diagnóstico de la desnutrición (Antropometría: circunferencia media del brazo), - Signos clínicos de la desnutrición severa (kwashiorkor, marasmo, mixta). - Complicaciones del niño o niña con desnutrición severa. - Manejo nutricional en el hogar y la comunidad. - Seguimiento del tratamiento a los niños y niñas con desnutrición aguda. - Lactancia Materna. - Alimentación Complementaria. - Alimentación durante la gestación, teniendo en cuenta el desarrollo fetal. - Alimentación durante el periodo de lactancia. - Alimentación durante el periodo de enfermedad. - Guías alimentarias para a la población colombiana - Alimentación Balanceada vs Costos. - Higiene alimentaria - Función de los nutrientes y sus fuentes de alimentos. - Implementación de huertas caseras. - Compra y almacenamiento de alimentos. - Conservación de alimentos. - Utilidad y preparación de la Bienestarina

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 32 de 42

3.5 SISTEMA DE GESTIÓN

3.5.1 Registro y soportes de la atención

- Caracterización de las familias y cuidadores de los niños y las niñas que ingresan al Centro de Recuperación Nutricional, este instrumento permite determinar los factores protectores y de riesgo social de la desnutrición (Anexo No. 4).
- Información sobre seguimiento nutricional, caracterización de los beneficiarios y sus familias e indicadores de gestión: permite además de conocer la caracterización de las familias y la evolución nutricional, observar cual ha sido la gestión integral del equipo interdisciplinario. Esta información debe ser enviada durante los cinco primeros días hábiles del mes a la Dirección de Nutrición (Anexo No. 11).
- Historia Clínica: Documento que debe hacer referencia a las condiciones de ingreso, la evolución diaria del componente médico y nutricional y dos veces en la semana del componente gestión social y atención a las familias, así como los datos del egreso. Adicionalmente, debe contener la curva de ganancia de peso (Anexo 14), el control de ingesta de alimentos (Anexo No. 1).
- Formato de remisión a Institución Prestadora de Salud perteneciente al SGSSS: utilizado para remitir los niños de los Centros de Recuperación Nutricional al sistema de salud en los casos en que se considere necesario (Anexo No. 2).
- Formato Resumen de egreso del Centro de Recuperación Nutricional: Presenta de manera resumida la evolución del niño desde sus tres áreas de tratamiento y los aspectos más relevantes de la intervención (Anexo No 3).
- Formato de visita domiciliaria para seguimiento individual y familiar. Permite identificar los factores más relevantes relacionados con las características de la familia, la vivienda y su capacidad para aplicar los conocimientos adquiridos en el Centro (Anexo No.18).
- Formato datos del contrato e informe mensual (Anexo No. 12).
- Planilla de facturación es un formato que permite cuantificar el valor de la atención por beneficiario de acuerdo con los costos definidos para la vigencia (Anexo No. 13).
- Listado de asistencia de los padres o cuidadores a las capacitaciones y de los participantes a capacitaciones de otras instituciones.
- Formato de actividades de seguimiento en la fase II modalidad CRN (Anexo No. 16).



3.5.2 Cláusulas del Sistema Integrado de Gestión

COMPONENTE DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	ACCIONES
1. Calidad	<p>1.1 El operador debe diseñar e implementar un procedimiento de selección de personal idóneo y competente de acuerdo con los perfiles establecidos para la operación de los servicios a contratar.</p> <p>1.2 El operador debe conocer y socializar la misión del ICBF al personal que presta el servicio y evaluar su apropiación.</p> <p>1.3 El operador deberá realizar dos (2) ejercicios muestrales para evaluar la percepción de satisfacción de los beneficiarios con respecto a la prestación del servicio y plantear las acciones de mejora a que haya lugar</p> <p>1.4 Estructurar e implementar un plan de preparación y respuesta ante emergencias que contemple situaciones de riesgo ocupacional, ambiental y de Seguridad de la Información.</p>
2. Seguridad y Salud Ocupacional	<p>2.1 Diseñar e implementar la Matriz de Identificación y Valoración de Riesgos más significativos presentes en la operación del servicio, realizar inspecciones de condiciones de seguridad y realizar gestión para mitigar el riesgo</p> <p>2.2 Garantizar la Afiliación al Sistema de Seguridad Social en riesgos laborales de a los trabajadores a su cargo</p> <p>2.3 Formular un programa de Salud Ocupacional y salud en el trabajo</p> <p>2.4 Realizar entrenamiento en seguridad y salud en el trabajo a todos los colaboradores.</p> <p>2.5 Diseñar e Implementar un Plan de Respuesta ante Emergencias y contingencias en la operación del servicio.</p> <p>2.6 Reportar los accidentes de trabajo que se presenten durante el desarrollo de las actividades de operación del servicio público de Bienestar Familiar a la ARL a la cual se encuentra afiliado el trabajador.</p> <p>2.7 Cumplir con las normas reglamentarias en seguridad y salud en el trabajo, medicina preventiva, higiene y seguridad industrial y los demás aspectos inherentes que han sido establecidas o establezca la ley y los organismos de control.</p> <p>2.8 Suministrar a sus trabajadores todos los elementos de protección personal (EPP) requeridos para la realización de sus actividades y garantizar el uso correcto de éstos durante la</p>



COMPONENTE DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	ACCIONES
	ejecución de los trabajos.
3. Ambiental	3.1. Identificar los problemas ambientales (aspectos e impactos) en la operación del servicio, y establecer controles para mitigar su impacto. 3.2. Acoger e implementar las mejores Prácticas Ambientales del ICBF, en lo relacionado con el manejo de residuos sólidos, el Ahorro de Energía, Agua y papel. 3.3. Realizar sensibilización ambiental y adelantar acciones pedagógicas con los beneficiarios de los programas institucionales que ejecute, para la promoción y adopción de Buenas Prácticas Ambientales. 3.4. Identificar y aplicar la legislación ambiental aplicable en los contratos que suscriba en cumplimiento de la prestación del Servicio Público de Bienestar Familiar.
4. Seguridad de la Información	4.1 Garantizar los procesos, procedimientos y controles adecuados para la protección, confidencialidad e integridad de la información suministrada por los beneficiarios y/o que pueda tener acceso en la prestación del servicio.

3.5.3 Evaluación y monitoreo de la gestión

Se han establecido dos indicadores: i) seguimiento nutricional que permite evaluar el efecto sobre el estado nutricional de los niños y niñas atendidos en la modalidad Centro de Recuperación Nutricional al final del proceso de recuperación nutricional; ii) Niños y niñas que reingresan que tiene por objetivo identificar los reingresos de los niños y niñas atendidos. Este indicador se reportará desde el nivel nacional con periodicidad semestral en el tablero de control definido por la Subdirección de Monitoreo y Evaluación del ICBF.

Adicionalmente, para el seguimiento a la vinculación de los niños y niñas recuperados que egresan del CRN a las modalidades de atención integral de Primera Infancia se ha establecido un indicador que de cuenta de este proceso.

3.6 PARTICIPACIÓN Y CORRESPONSABILIDAD

Teniendo en cuenta la magnitud y la multicausalidad de la desnutrición, para llevar a cabo la ejecución de las modalidades de la Estrategia de Recuperación Nutricional en Colombia, es necesario que se activen los mecanismos de articulación intersectorial e interinstitucional a nivel Nacional, Departamental y Municipal.

Por tal motivo el componente de la participación y corresponsabilidad está dirigida aunar esfuerzos entre diversos actores (familiares, comunitarios, sociales, estatales, religiosos,

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
		Versión 1.0	Página 35 de 42

privados, grupos sociales), interesados en contribuir con la implementación de acciones de prevención y promoción, mitigación y superación, que contribuyan a partir de las capacidades y recursos de las familias y del territorio transformar factores de riesgo del entorno familiar y comunitario.

Por lo anterior es clave que el profesional social realice, en primer lugar la identificación de los actores con los cuales cuenta el territorio para la contribución en la transformación de los factores de riesgo y la estabilización de los niños y niñas y en segundo lugar el establecimiento de acuerdos, para lo cual se plantea como metodología en el Componente comunitario de la Estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI¹⁷ entre estos actores se encuentran:

a) Ministerio de Salud y Protección Social

Es un actor fundamental en el desarrollo de la modalidad CRN por ser el responsable de la formulación, dirección, coordinación, ejecución y evaluación de la política pública en materia de salud; encargado de direccionar las acciones de promoción de la salud como atención primaria en salud, crecimiento y desarrollo, vacunación, salud oral, salud visual, micronutrientes, prevención y tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En este sentido, las instituciones de salud son indispensables para el desarrollo de la modalidad CRN para:

- Atención y tratamiento de las enfermedades asociadas a la desnutrición y a otras condiciones médicas de los niños con desnutrición.
- Estabilización clínica de los niños con desnutrición y recuperación del apetito.
- Vinculación de los niños y niñas a los programas de promoción y prevención como el de crecimiento y desarrollo y esquema de vacunación entre otros.

Igualmente en la Ley 1098 de 2006¹⁸ en sus artículos 36, 41 y 46, donde se mencionan las obligaciones del SGSSS para asegurar el derecho a la salud, entre las cuales se encuentran el diseño y desarrollo programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios entre otras.

Así mismo se respalda la atención en salud con la Ley 1438 del 2011 sobre el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia **Atención Primaria en Salud** y que permita una la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

¹⁷organización panamericana de la salud, una visión para la salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, componente comunitario de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, 2008.

¹⁸ Ley 1098 de 2006 – Artículo 46.

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
		Versión 1.0	Página 36 de 42

Mancomunadamente se articula con el **INVIMA** - Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, donde se busca el cumplimiento de las funciones que acorde a los programas se requiera su apoyo. De la misma forma se busca articulación con las Secretarías de Salud Municipales y Distritales, quienes tienen la responsabilidad de atender a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, y son quienes realizarán algunas de las acciones complementarias al proceso de recuperación que se espera; y además aportar recursos financieros para contribuir al funcionamiento de la estrategia.

b) Los Entes Territoriales

Es importante tener en cuenta la articulación con las Entidades Territoriales de Salud, considerando las competencias que tienen estas en materia de nutrición, como son los municipios, que de conformidad con la Ley 1551 de 2012 (Régimen Municipal), tienen entre sus funciones las de “Procurar la solución de las necesidades básicas insatisfechas de los habitantes del municipio, en lo que sea de su competencia, con especial énfasis en los niños, las niñas, los adolescentes, las mujeres cabeza de familia, las personas de la tercera edad, las personas en condición de discapacidad y los demás sujetos de especial protección constitucional.

Es así, que la alimentación y la nutrición como necesidades básicas, corresponde satisfacerlas en primer lugar a los municipios y distritos, directamente y en concurrencia, complementariedad y coordinación con las demás entidades territoriales y la Nación, en los términos que defina la Ley.

Igualmente el artículo 204 de la Ley 1098 de 2006, señala como responsables de las políticas públicas de infancia y adolescencia, el Presidente de la República, los gobernadores y los alcaldes, por lo que las entidades públicas nacionales concurren al cumplimiento de las funciones de los territorios. Así mismo el Gobernador y el Alcalde de los entes territoriales son los responsables de realizar el diagnóstico de la situación de la niñez y la adolescencia en su Departamento y Municipio “con el fin de establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en su Plan de Desarrollo, así como determinar las estrategias a corto, mediano y largo plazo que se implementarán para ello”; una vez realizado el diagnóstico local o municipal deben identificar la situación de desnutrición y de seguridad alimentaria de la población y a través de los Consejos de Política Social, deben planear y coordinar la inclusión de las acciones definidas para su intervención en el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional y en el Plan de desarrollo local o municipal, encaminadas al mejoramiento de las condiciones de alimentación, nutrición y salud de la población en general y en especial de la población menor de cinco años de edad y sus familias.

En consecuencia, de lo anterior se deben gestionar acciones con el apoyo de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, para definir propuestas de intervención y asignar recursos, que deben incorporarse a los Planes de Desarrollo y Planes de Seguridad Alimentaria y Nutricional Regionales y Locales.

	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
		Versión 1.0	Página 37 de 42

c) La Comunidad

En cumplimiento de los principios de corresponsabilidad, solidaridad y responsabilidad social, las organizaciones de la sociedad civil, organizaciones indígenas, autoridades tradicionales, asociaciones, empresas privadas, comercio organizado, gremios económicos, academia y personas jurídicas naturales, deben tomar parte activa en el logro y la garantía de los derechos de los niños y las niñas.

d) La Familia

Según la Ley 1098 de 2006, en su Artículo 39, la familia tiene la obligación de garantizar los derechos de los niños y las niñas, así como de proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional, social afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene. En los pueblos indígenas y los demás grupos étnicos, las obligaciones de la familia se establecerán de acuerdo con sus tradiciones y cultura, siempre que no sean contradictorias a la Constitución Política, la ley y a los tratados internacionales de derechos humanos.

Atendiendo a lo anteriormente estipulado, en las modalidades de recuperación nutricional, las familias son el principal actor para la recuperación de los niños y niñas con desnutrición y su posterior sostenibilidad para que conserven un adecuado estado nutricional, especialmente sus padres y madres, quienes en el marco de la responsabilidad parental deben asumir de forma compartida y solidaria sus obligaciones para el pleno disfrute y goce efectivo de los derechos de sus hijos e hijas.

Este componente realiza especial énfasis en la necesidad de lograr una vinculación, participación y compromiso con las familias de los niños y niñas que ingresen al Centro de Recuperación Nutricional, como autogestoras de su propio bienestar, lo anterior, teniendo en cuenta que en la garantía de un adecuado estado nutricional no solamente se interrelacionan factores físicos como la salud, sino que existen otros factores del contexto donde convive el niño o niña con sus familias, como el sistema de creencias, las costumbres, los rituales, las formas de organizaciones, las expresiones culturales, los hábitos de alimentación e higiene, las pautas de crianza, entre otros; en donde emergen factores de riesgo que afectan el estado nutricional de sus integrantes, especialmente de niños y niñas menores de 5 años y que se deben manejar para transformarlos reduciendo su grado de afectación.

e) Grupos étnicos

Son consideradas comunidades de grupos étnicos los grupos humanos indígenas, afrodescendientes, negros, palenqueros, raizales, y Rrom. Los grupos étnicos poseen características culturales diferenciadas tales como lengua, religión, cosmovisión, tradiciones alimentarias, entre muchas otras.

Según la normatividad vigente los grupos étnicos tienen el derecho fundamental a la consulta previa, Es un proceso de diálogo y concertación intercultural que busca

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



garantizar la participación real, oportuna, y legítima de los grupos étnicos en la toma de decisiones, proyectos o actividades que los afecten, con el fin de proteger su integridad étnica y cultural¹⁹; es así como cumpliendo el mandato legal en el año 2010, el Gobierno Nacional protocolizó la consulta previa del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos” (Anexo IV C.1-1”), por lo que se entiende que las actuaciones institucionales del ICBF enmarcadas en su cumplimiento, han surtido el proceso de consulta previa en los términos previstos por la ley²⁰.

Ahora bien, el *Protocolo de concertación de programas ICBF Dirigidos a grupos étnicos*, determina dos posibles escenarios frente a la concertación, en primer lugar cuando el operador de la modalidad pertenece a la misma comunidad que se busca beneficiar y en segundo lugar, cuando la modalidad va a ser implementada por un operador externo a la comunidad. En cualquiera de los casos la Regional o Centro Zonal deberá tener clara la organización política del pueblo indígena o grupo étnico, toda vez que será necesaria la interlocución con los líderes o representantes legítimamente constituidos, quienes serán los encargados de realizar la concertación interna con la comunidad, y transmitirán el deseo de la población al ICBF. Adicionalmente, tanto las autoridades como la comunidad podrán y deberán realizar veeduría ciudadana del cumplimiento de los acuerdos y del propio funcionamiento de las modalidades.

Con el objetivo de fortalecer las organizaciones propias de las comunidades de grupos étnicos y dando cumplimiento a los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo, se realizará en la medida de lo posible, la contratación de las modalidades con organizaciones propias de las comunidades beneficiarias²¹; cuando no sea posible la operación de los servicios por las mismas comunidades, se deberá concertar con sus líderes el ingreso del operador externo.

Una vez realizados los procesos de concertación y diligenciadas las respectivas actas de compromiso entre el ICBF, representantes de la comunidad y operador de la modalidad, deberán constituirse espacios de participación, supervisión y monitoreo entre las partes, garantizando la presencia de las comunidades de grupos étnicos a lo largo de todo el proceso de intervención.

Adicionalmente, los funcionarios del ICBF y operadores que estén a cargo de la modalidad de CRN, deberán realizar un diagnóstico que permita conocer la organización sociopolítica de las comunidades de grupos étnicos, las características culturales más importantes, su lengua, la situación nutricional de la población, las prácticas alimentarias, acceso a agua potable y alimentos, alimentos consumidos, estado de producción alimentaria, comercio, etc.

¹⁹ MININTERIOR, Consulta previa

²⁰ ICBF, 2013. Protocolo para la Concertación De Programas del ICBF Dirigidos A Grupos Étnicos.

²¹ Teniendo en cuenta lo establecido en el Anexo IV. C1-1 “Protocolización de la consulta previa al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 con Grupos Étnicos”, específicamente en los compromisos adoptados por el ICBF con los pueblos indígenas, se relaciona la celebración de CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS con las autoridades, organizaciones y/o asociaciones legítimamente constituidas, para lo cual a efectos de evitar confusiones posteriores se sugiere la aplicación del Régimen Especial del Contrato de Aporte para estos casos, evitando así controversias en torno a la denominación de los acuerdos de voluntades.

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 39 de 42

3.7 SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de la modalidad, se cuenta con el sistema de información misional para la primera infancia CUENTAME, el cual es utilizado para la captura de la información de los niños y niñas beneficiarios de la modalidad. Este Sistema permite obtener datos de antropometría requeridos para medir el efecto en términos de recuperación nutricional a nivel individual y poblacional. Así mismo, refleja otras variables que inciden en la situación nutricional de la población objeto de atención.

Este aplicativo permite además de recoger información antropométrica y realizar el procesamiento y análisis de la información de manera individual y poblacional, incluir otros módulos con variables transversales que permiten una complementariedad de la información.

Todos los aspectos del sistema CUENTAME, se relacionan de forma detallada en el “Manual Aplicativo Sistema de Información Cuéntame” elaborados por la Dirección de Primera Infancia.

4. REQUISITOS PARA LA OPERACIÓN

4.1 NATURALEZA JURÍDICA DEL OPERADOR

Los operadores deben tener experiencia en administración de servicios de salud y conocimientos generales en nutrición que incluyan procesos de recuperación nutricional.

4.1.1 Empresa Social del Estado

Son las empresas consideradas como primera opción para operar esta modalidad. Podrá contratarse a través de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en el municipio en el cual se va a llevar a cabo. Deben cumplir los requisitos mínimos exigidos por la ley.

4.1.2 Universidades

Podrá contratarse con las que están legalmente constituidas, que cuenten con facultades de medicina y otras áreas de la salud, que demuestren su interés en el trabajo comunitario y estén comprometidos con la problemática socio-económica y cultural de la desnutrición. Deben cumplir los requisitos mínimos exigidos por la ley.

4.1.3 Asociaciones de autoridades tradicionales:

Con la intención de incluir una acción afirmativa en la contratación de la modalidad de Centros de Recuperación Nutricional - CRN, se deberá tener en cuenta: *para el caso de grupos étnicos, la contratación de operadores de las mismas comunidades indígenas, como Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas –AATI, los Consejos Comunitarios de Afrocolombianos, las Organizaciones o Fundaciones integradas por*

 BIENESTAR FAMILIAR	MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN	MO1 LM3 MPM4	28/10/14
	MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN	Versión 1.0	Página 40 de 42

miembros de estas sociedades, para garantizar el derecho a la autonomía y ejercicio de su jurisdicción propia, asegurando que cuenten con la idoneidad para el cumplimiento de las actividades definidas en el lineamiento.

En caso que se pretenda adelantar la contratación de la operación con un grupo étnico, en garantía del enfoque diferencial, que se constituye como interés primordial del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, los Directores Regionales **DEBERÁN CONCERTAR** previamente con el respectivo grupo étnico, las condiciones de ejecución de la modalidad, la cual se establece en sí misma como una manifestación de voluntad y aceptación de las condiciones técnicas de operación.

5. LISTADO DE ANEXOS

Para la operación del CRN se requiere el diligenciamiento de los siguientes anexos:

- Anexo 1 Historia Clínica de Ingreso.
- Anexo 2 Remisión SGSSS.
- Anexo 3 Formato Resumen de egreso del CRN.
- Anexo 4 Caracterización
- Anexo 5 Preparación fórmulas terapéuticas.
- Anexo 6 Ingesta 24 horas.
- Anexo 7 Escala de Medición de la SAN.
- Anexo 8 Aporte nutricional y alimentos raciones alimentarias.
- Anexo 9 Fichas Técnicas de los alimentos.
- Anexo 10 Requisitos del empaque secundario.
- Anexo 11 Información seguimiento, caracterización e indicadores CRN.
- Anexo 12 Formato datos contrato e informe mensual CRN.
- Anexo 13 Formato Plantilla de Facturación CRN.
- Anexo 14 Curva individual de ganancia de peso.
- Anexo 15 Formato entrega RPP fase II CRN.
- Anexo 16 Formato de actividades de seguimiento en la fase II – CRN.
- Anexo 17 Componente del servicio de alimentos.
- Anexo 18 Visita domiciliaria CRN.
- Anexo 19 Ruta de remisión a las modalidades de educación inicial de niños y niñas menores de 5 años que egresan de la modalidad CRN.
- Anexo 20 Formato de remisión de beneficiarios a las modalidades de Primera Infancia.

6. ESTRUCTURA DE COSTOS

Los costos deben adaptarse a las características y realidades de cada uno de los Municipios y Distritos donde funcionan los CRN, teniendo en cuenta que debe disponerse hasta de 15 cupos para la atención de los niños y las niñas. Adicionalmente, en el caso de grupos étnicos y atención diferencial se debe contemplar la adaptación de los costos y dotación a las costumbres de las comunidades.

Los costos incluyen:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



- **Dotación inicial:** Incluye todos los equipos y muebles para el acondicionamiento de las diferentes áreas necesarias para el funcionamiento del CRN.
- **Dotación de reposición** anualmente se considera un 10% de la dotación inicial para realizar la reposición de los equipos y muebles que necesiten ser reemplazados, previa coordinación con el supervisor del contrato. La reposición debe incluir la calibración de los equipos cuando corresponda.
- **Artículos para aseo personal de los niños y niñas:** Elementos básicos para el aseo personal de los niños y niñas, como son: jabón, champú, cremas para el cuerpo, cepillos de dientes, crema dental, algodón y pañales, entre otros.
- **Papelería:** Suficiente para el registro, control y desarrollo de cada una de las actividades realizadas.
- **Medicamentos:** Dentro de las instalaciones del CRN no está permitido administrar medicamentos por vía intravenosa y hacer procedimientos que requieran complejos.. Dentro de los medicamentos permitidos en el CRN se encuentran los antiparasitarios, multivitamínicos y antipiréticos o medicamentos que a criterio médico que puedan suministrarse sin riesgo y gestionados a través del SGSSS, porque los costos de los CRN no incluyen medicamentos, con excepción de los multivitamínicos.
- **Productos de Aseo:** Elementos necesarios para el aseo y desinfección de las diferentes áreas y utensilios, como jabones, detergentes y desinfectantes, entre otros.
- **Alimentación:** Garantizar el suministro de alimentos y fórmulas de recuperación nutricional así:
 - Fórmulas de recuperación nutricional: F 75 y F 100.
 - Alimentación diaria: en los tiempos de comida establecidos para cada uno de los niños, de acuerdo con las especificaciones definidas por el profesional en nutrición.
 - Alimentos que conforman las raciones alimentarias de la Fase II y el empaque secundario de éstas, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas definidas por el ICBF. Anexo No.10 - Requisitos del empaque secundario.
- **Servicios Públicos.** Costo para agua potable, luz eléctrica, gas, acueducto y alcantarillado o en su defecto una adecuada eliminación de aguas residuales.
- **Arriendo.** Pago del arriendo de la infraestructura donde funciona el CRN si es necesario; este valor debe estar acorde a la oferta local y a las condiciones de espacio físico.
- **Recurso humano.** Se debe contemplar el pago del recurso humano establecido: 1 médico, 1 nutricionista dietista, 1 profesional social (Trabajador Social o Sicólogo), 4 auxiliares de enfermería, 1 manipulador de alimentos, 1 auxiliar de servicios generales.

En la atención diferencial podrá considerarse la necesidad de contar con personal profesional o técnico como antropólogo y/o médico tradicional, entre otros, cuyas acciones den respuesta a las intervenciones específicas a realizar con la población beneficiaria y previa concertación con las autoridades competentes que aprueben



MACROPROCESO GESTIÓN PARA LA NUTRICIÓN

MANUAL OPERATIVO MODALIDAD CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL - CRN

MO1 LM3
MPM4

28/10/14

Versión 1.0

Página 42 de
42

y financien esta modificación y que cuenten con un perfil mínimo relacionado con las actividades a desarrollar.

- **Mecanismos de detección de niños y niñas con desnutrición.** El contratista deberá establecer mecanismos para la búsqueda activa y detección de niños para el ingreso al CRN; otros mecanismos sin costo para este proceso, hacen parte de la gestión permanente y de las acciones de divulgación realizadas en el territorio.
- **Transporte, imprevistos, seguimiento y control a la operación del CRN.** Gastos justificados en los que se incurra dentro de la operación del CRN.

ANEXO: NATURALEZA DE LOS CAMBIOS

Ítem Modif.	Nombre del ítem	Descripción del Cambio
		Versión Inicial