

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: MEJORAMIENTO DEL
SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL CAP II JAYANCA DE
LA LOCALIDAD DE JAYANCA DEL DISTRITO DE JAYANCA.
DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORAS

JESSICA YULIANA CASTILLO AGIP

ROSA JANETH TUESTA TELLO

ASESORA

Mgtr. JULIA MARÍA NUREÑA MONTENEGRO

Chiclayo, 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
RESUMEN DEL PERFIL DEL PROYECTO.....	8
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	11
1.1. CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO	11
1.2. NOMBRE DEL PROYECTO	11
1.3. RESPONSABILIDAD FUNCIONAL	11
1.4. UNIDAD FORMULADORA.....	11
1.5. UNIDAD EJECUTORA.....	12
1.6. UBICACIÓN GEOGRÁFICA	12
1.7. Marco Referencial	15
1.7.1. Marco teórico referencial	15
1.7.2. Marco político	21
CAPÍTULO II: IDENTIFICACIÓN	23
2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL.....	23
2.1.1.- Diagnóstico del Área de estudio y área de influencia.....	23
2.1.2.- Diagnósticos de los involucrados.....	45
2.1.3. Diagnóstico de los servicios.....	47
2.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA SUS CAUSAS Y EFECTOS	55
2.2.1 Definición del problema central.....	55
2.2.2 Análisis de causas	55
2.2.3 Análisis de los efectos del Problema:.....	57
2.3 DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS MEDIOS Y FINES	60
2.3.1 Descripción del Objetivo Central.....	60
2.3.2 Análisis de medios	60
2.3.3 Análisis de fines	63
2.4 DETERMINACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA .	65
2.4.1 Descripción de las alternativas de solución.....	65

3.4.2 Matriz de marco lógico.....	67
CAPÍTULO III: FORMULACIÓN.....	71
3.1.- HORIZONTE DE EVALUACIÓN	71
3.2.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA	71
3.3.- Análisis de la Oferta.....	76
3.4.- Balance de oferta y demanda	77
3.5.- PLANTEAMIENTO TÉCNICO DE LA ALTERNATIVA.....	79
CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL	81
4.1.- COSTOS DEL PROYECTO	81
4.2.- BENEFICIOS	83
4.2.1.- Beneficios sociales cuantitativos	83
4.2.2.- Beneficios sociales cualitativos	83
4.2.3.- Beneficios en la situación sin proyecto.....	84
4.2.4.-Beneficios incrementales	84
CAPÍTULO V: EVALUACIÓN.....	85
5.1.- EVALUACIÓN SOCIAL.....	85
5.2 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	86
5.2.1 Cronograma de Ejecución Física.....	86
5.2.2 Cronograma de Ejecución Financiera	87
5.3.- SOSTENIBILIDAD.....	92
5.4.- IMPACTO AMBIENTAL.....	93
5.5. OBSERVACIONES.....	95
5.6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	95
5.7. FECHA DE FORMULACIÓN	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS.....	100

DEDICATORIA

A nuestros padres por el apoyo incondicional, su comprensión y por el amor tan puro que nos ofrecen, por los valores que nos inculcaron y por darnos las ganas de luchar en la vida para ser personas de bien.

A nuestras docentes, quien con sus conocimientos y experiencias vividas nos supo guiar y orientar para la elaboración de este proyecto de investigación.

A nosotras mismas que gracias a nuestro empeño, esmero y esfuerzo, pudimos lograr nuestro objetivo de culminar con éxito nuestro proyecto.

Jessica y Rosa

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, salud y por iluminarnos siempre nuestro camino, por estar en cada momento de nuestra vida, siendo nuestra fortaleza para salir adelante, permitiéndonos compartir con los seres que más amamos alegrías y tristezas.

A nuestras estimadas docentes por habernos dado la oportunidad de conocerla y aprender de su sabiduría y por ayudarnos a desarrollar nuestras capacidades.

Jessica y Rosa

RESUMEN

La puesta en marcha y mejoramiento del servicio de estimulación temprana de los menores de 0 a 3 años, ayuda al menor a mejorar su atención y estimulación temprana brindando una atención integral e individualizada en cada una de las áreas que comprende la presente área estimulación temprana. En ese sentido el presente proyecto “Mejoramiento del servicio de estimulación temprana del menor de tres años, en el CAP II JAYANCA, distrito Jayanca, provincia Lambayeque, Departamento Lambayeque; se pretende mejorar el espacio de estimulación temprana para el niño menor de 0 a 3 años y poder brindar una atención integral e individualizada en cada una de las áreas que comprende la estimulación temprana. Al final del proyecto se habrá dotado de equipamiento suficiente en el servicio de estimulación temprana para la Atención Integral al niño menor de 36 se habrá logrado una adecuada infraestructura para la atención al niño menor de 36 meses se habrán fortalecido las competencias de los recursos humanos, se habrá desarrollado una eficiente información, educación y comunicación a las madres y/o cuidadores de los niños menores de 36 meses, se habrá brindado conocimiento sobre la importancia de estimulación temprana a las autoridades locales y se habrá conseguido una buena articulación entre Minsa –Essalud, para la atención al niño menor de 36 meses en el servicio de estimulación temprana del CAP II Jayanca. Dicho proyecto tiene un costo de 346 911.36 nuevos soles

Palabras Claves: Estimulación Temprana, Niño Menor de 36 Meses, Familia y Comunidad

ABSTRACT

he start-up and improvement of the service of early stimulation of children from 0 to 3 years, helps the child to improve their care and early stimulation by providing comprehensive and individualized care in each of the areas comprising the present area early stimulation. In this sense the present project "Improvement of the service of early stimulation of the child of less than three years, in the CAP II JAYANCA, Jayanca district, Lambayeque province, Lambayeque Department; The aim is to improve the space for early stimulation for children under 0 to 3 years of age and to provide comprehensive and individualized care in each of the areas that comprise early stimulation. At the end of the project, sufficient equipment will have been provided in the early stimulation service for the Comprehensive Care of children under 36. An adequate infrastructure for the care of children under 36 months of age will have strengthened the skills of human resources, an efficient information, education and communication will have been developed for mothers and / or caregivers of children under 36 months, knowledge of the importance of early stimulation will be given to local authorities and a good articulation will have been achieved between Minsa -Essalud, for the care of the child under 36 months in the early stimulation service of CAP II Jayanca. Said project has a cost of 346 911.36 nuevos soles

Keywords: Early Stimulation, Child Under 36 Months, Family and Community

RESUMEN DEL PERFIL DEL PROYECTO

PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: “Mejoramiento del servicio de estimulación temprana del menor de tres años, en el CAP II JAYANCA, distrito Jayanca, provincia Lambayeque, Departamento Lambayeque”.

Objetivo General: Contar un adecuado funcionamiento del servicio de estimulación temprana del CAP II Jayanca.

ALTERNATIVA 1

MEDIOS FUNDAMENTALES	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
MF 1: SUFICIENTE EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.
MF 2: ADECUADA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 2.1 Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.
MF 3: SUFICIENTE RECURSO HUMANO CON LAS COMPETENCIAS ADECUADAS PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos. Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias. Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.
MF 4: INVOLUCRAMIENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS	Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana. Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana. Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años
MF 5: CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA EN LAS AUTORIDADES LOCALES	Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana. Acción 5.2. Sesiones demostrativa a las autoridades locales sobre estimulación temprana. Acción 5.3. Visitas domiciliarias
MF 6: BUENA ARTICULACION MINSA ESSALUD	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD. Acción 6.2. Mesas de trabajo

ALTERNATIVA 2

MEDIOS FUNDAMENTALES	ALTERNATIVAS DE SOLUCION
<u>Medio Fundamental 1</u>	
MF 1: SUFICIENTE EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 1.1. Adquisición de equipos y materiales para sesiones de estimulación temprana.
MF 2: ADECUADA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 2.2. Ampliación de la infraestructura del servicio de estimulación temprana.
MF 3: SUFICIENTE RECURSO HUMANO CON LAS COMPETENCIAS ADECUADAS PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos. Acción 3.2. Pasantías. Acción 3.3. Especialización de estimulación temprano
MF 4: INVOLUCRAMIENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS	Acción 4.1. Terapias de estimulación temprana. Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.
MF 5: CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION TEMPRANA EN LAS AUTORIDADES LOCALES	Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana. Acción 5.2. Sesiones demostrativa a las autoridades locales sobre estimulación temprana. Acción 5.3. Visitas domiciliarias
MF 6: BUENA ARTICULACION MINSA ESSALUD	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD. Acción 6.2. Mesas de trabajo

RESULTADOS ESPERADOS

R1 Se habrá dotado de equipamiento suficiente en el servicio de estimulación temprana para la Atención Integral al niño menor de 36 meses en el CAP II Jayanca.

R2 Se habrá logrado una adecuada infraestructura para la atención al niño menor de 36 meses en estimulación temprana del CAP II Jayanca.

R3 Se habrá fortalecido las competencias de los recursos humanos para la atención al niño menor de 36 meses en el servicio de estimulación temprana del CAP II Jayanca.

R4 Se habrá desarrollado una eficiente información, educación y comunicación a las madres y/o cuidadores de los niños menores de 36 meses.

R5 Se habrá logrado brindar conocimiento sobre la importancia de estimulación temprana a las autoridades locales.

R6 Se habrá conseguido una buena articulación entre Minsa –Essalud, para la atención al niño menor de 36 meses en el servicio de estimulación temprana del CAP II Jayanca.

Costos

Al realizar la evaluación costo – efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de 346 911.36 nuevos soles y con la alternativa 02 será de 239 118.00 nuevos soles

EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN

DESCRIPCION	ALT. N° 01	ALT. N° 02
VACSN (T.D. 9%)	242,254	338,598
Beneficiarios (Total del Horizonte)	116.596	116,596
COSTO EFECTIVIDAD	2.08	2.90

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1. CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO

1.2. NOMBRE DEL PROYECTO

Mejoramiento del Servicio de Estimulación Temprana del CAP II Jayanca de la Localidad de Jayanca del Distrito Jayanca Departamento de Lambayeque.

1.3. RESPONSABILIDAD FUNCIONAL

- **Función: 20 salud**
Corresponde al nivel máximo de agregación de las acciones y servicios ofrecidos en materia de salud orientados a mejorar el bienestar de la población.
- **Programa salud: 043 Colectiva**
Conjunto de acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños en la población, así como la regulación y control sanitario.
- **Subprograma 0095: Control de riesgos y daños para la salud**
Comprende las acciones orientadas al desarrollo de las actividades de prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, evitables mediante vacunas, u otras de carácter endémico, que exijan el tratamiento de individuos y el establecimiento de medidas de vigilancia y epidemiológicas.

1.4. UNIDAD FORMULADORA

SECTOR	EsSalud
PLIEGO	EsSalud
NOMBRE DE LA UNIDAD FORMULADORA	Oficina de Gestión de la calidad y control interno
PERSONA RESPONSABLE DE FORMULAR	Lic. Castillo Agip Jessica Yuliana Lic. Tuesta Tello Rosa Janeth
PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD FORMULADORA	Lic. Obstetra Oscar Vásquez Sáenz
DIRECCION	HNAAA
TELEFONO	237776 – Anexo 2419
E-MAIL	Oscar.vasquez@essalud.god.pe

1.5. UNIDAD EJECUTORA

SECTOR	EsSalud
PLIEGO	EsSalud
NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	Oficina de gestión y desarrollo
PERSONA RESPONSABLE DE UNIDAD EJECUTORA	Dr. Zavaleta Gonzales Segundo
CARGO	Dirección CAP – Jayanca
DIRECCION	Junín # 301
TELEFONO	074 – 423081 / RPM : *053878
E-MAIL	Segundo.zavaletag@essalud.gob.pe

1.6. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Departamento : Lambayeque

Provincia : Lambayeque

Distrito : Jayanca

Localidad : Jayanca

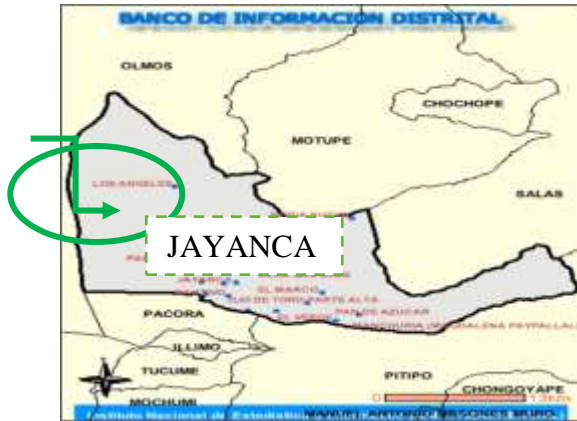
MAPA DEL PERU



MAPA DE LA REGION



MAPA DE LA PROVINCIA



CAP II JAYANCA



El Distrito de Jayanca se encuentra situado al Norte de la provincia de Chiclayo en el 47 km de la carretera Panamericana norte antigua (Costa); en la parte central de la provincia de Lambayeque, en la región natural Chala; está alejado del mar y su parte oriental linda con la región Yunga.

- **Límites:** Su forma irregular dificulta precisar sus límites: sin embargo, aproximadamente, éstos son:
 - Por el Norte con el Distrito de Salas,
 - Por el Este con la Provincia de Ferreñafe,
 - Por el Sur con el Distrito de Pacora y la Provincia de Ferreñafe
 - Por el Oeste con el Distrito de Olmos.
- **Latitud:** 06° 23' 27''
- **Longitud:** 79° 49' 14''
- **Altitud:** 61 m.s.n.m.
- **Relieve y extensión:**

Su suelo es llano, con algunas elevaciones.
- **Superficie:** Su extensión territorial es de 680.96 Km².

- **Población total:** 19172 hab. Según INEI – 2007

- **Densidad Poblacional:** 19Hab/Km2.

- **Características climáticas**
 - **Humedad:** El clima está influenciada por la corriente marina Humbolt en la zona baja costera, su temperatura media anual es 22°C fluctuando entre 28°C y 19°C.

 - **Temperatura:** La temperatura Máxima 35°C en verano la mínima 10.5°C en invierno, en las partes altas el clima es templado y frío, cuya temperatura oscila entre 12° y 18° grados centígrados de temperatura a la sombra.

 - **Nivel de Lluvias:** Las precipitaciones pluviales generalmente se presentan en los meses de febrero, marzo y abril; los meses de menor precipitación son los meses de julio y agosto. Los vientos se presentan con mayor frecuencia en los meses de julio, agosto, septiembre y octubre.

➤ **Distancia al establecimiento de salud:**

El trayecto desde Chiclayo hasta el distrito de Jayanca, discurre por la Panamericana norte (47 Km), encontrándose diseminados a la vera de la carretera, sucesivamente los pueblos de Lambayeque, Mochumi, Túcume, Íllimo y Pacora.

Con un intervalo entre ellos de aproximadamente 10 min. Haciendo un total de 1 hora en promedio, en el transporte local (combi). Entre los pueblos de Íllimo y Pacora se encuentra el Puente sobre el Río La Leche; río muy caudaloso, que en época de lluvias, cuando el Fenómeno de El Niño golpea fuertemente la parte costera del Norte del Perú, se desborda impidiendo el tránsito normal de vehículos y personas, poniendo en peligro a estas últimas; además de poner en riesgo la estabilidad de la estructura del Puente.

Nuestro Centro Referencial viene a ser el Policlínico de Lambayeque “Agustín Gavidia Salcedo” ubicado en la ciudad de Lambayeque a 35.6 Km de la ciudad de Jayanca; y corresponde a 45 minutos de viaje en movilidad local (combi), y “Hospital Luis Heysen Inchaustegui”, ubicado en la ciudad de Chiclayo, a 50 Km de la ciudad de Jayanca; y corresponde a 70 minutos de viaje en movilidad local (combi).

La población adscrita a nuestro establecimiento, corresponde en su mayoría a la ciudad de Jayanca y sus Caseríos o Anexos; existiendo también un número considerable de pacientes que acuden desde las ciudades de Pacora y Salas. Además nuestra atención en casos de Urgencia o Emergencia; abarca a pacientes que provienen de Fábricas o Fundos ubicados cerca de nuestra institución (Gandules; A y B; Beta, Intipa, Procerla, El niño, etc.), que han aumentado considerablemente en los últimos años. La trayectoria entre la Ciudad de Jayanca y sus caseríos; es en promedio de 50 minutos en mototaxi (transporte habitual) a velocidad moderada.

1.7. Marco Referencial

1.7.1. Marco teórico referencial

En los últimos años la comunidad internacional ha encauzado sus esfuerzos a convocar a cada uno de los países al desarrollo de programas de todo tipo encaminados a la protección de la niñez, a lograr mejorar la calidad de vida de la misma, así como a trabajar porque alcance niveles cada vez más altos de desarrollo. Eventos tan importantes como la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU (1948), la Convención de los Derechos del Niño (1989), la Cumbre en Favor de la Infancia (1990), así como numerosos simposios y eventos internacionales reconocen la necesidad de que los estados emprendan medidas encaminadas a la atención de la infancia².

Según los datos del portal del ministerio nacional de salud(MINSA) del Perú , en el año 2010 , en Lambayeque se contaba con 197 talleres de estimulación temprana , los mismos que estaban incluidos en centros y postas de salud y en ESSALUD; teniendo

una variación de 0 % para el año 2014 , y actualmente se cuenta con 199 talleres de estimulación temprana, siendo importante resaltar que no todos los talleres vienen siendo ejecutados, ya que en muchos centros de salud esta actividad solo se convierte en consejería y en otros casos ni se ejecuta como debe ser, el único establecimiento de salud que lo viene ejecutando hace 6 años es el Hospital Naylamp de ESSALUD, sin embargo frente a la gran demanda de niños lambayecanos que requieren ser estimulados sigue resultando insuficiente el número de centros de estimulación temprana⁴.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define a la estimulación temprana como: el conjunto de acciones que en calidad y oportunidad adecuadas, tienden a proporcionarle al niño las experiencias necesarias en los primeros años de vida para que desarrolle su capacidad potencial, realizándola como un juego que le provoque el “Deseo de hacer” aquello que debe realizar. Hay que Saber “Escuchar” al niño en vez de dirigirlo, estar “alerta” a sus estados internos, deseos y demandas. Durante la estimulación, es más importante la “Forma” como se hace y se le habla al niño⁴.

Se trata de un acercamiento directo, simple y satisfactorio que la madre ejecuta en la relación cotidiana con su hijo para ayudarlo a su desarrollo, teniendo como base la relación amorosa que se estrecha con el pasar de los días, en el curso de los cuales se logra un placentero u gratificante contacto que permite al niño descubrir y ejercitar habilidades y potencialidades Así es como se ofrece al niño desde que nace, oportunidades para relacionarse con el mundo que lo rodea, empezando por su propia familia y por las personas que temporal o permanentemente se encargaran de su crianza⁴.

La estimulación temprana es toda aquella actividad de repetición útil de diferentes eventos sensoriales para propiciar en el niño el desarrollo adecuado y oportuno de sus potencialidades intelectuales, dándole una sensación de seguridad y goce, estableciendo simultáneamente el vínculo afectivo madre-hijo.

Cuando Rodríguez formuló la teoría del vínculo afectivo afirmó, que “es esencial para la salud mental de un niño el que tenga una relación íntima, cálida y continua con su madre, lo que implica un acercamiento de tipo emocional positivo y también físico⁵.

Es a partir del sentimiento que le proporciona la madre que el niño se reconoce y se construye gracias a una serie de actividades sistemáticas y repetitivas amorosamente otorgadas tanto en el juego como en el contacto físico, siendo la estimulación temprana una disciplina conformada como tal gracias a principios de otras ciencias como la neurociencias, la psicología del desarrollo, la psicología cognitiva y la pedagogía⁵. A través de la repetición útil de diferentes eventos sensoriales, la finalidad de la estimulación temprana es propiciar el desarrollo de la inteligencia, convirtiendo al vínculo afectivo en instrumento para desarrollar igualmente una personalidad segura y un control emocional que le da al niño una sensación de seguridad y goce, al mismo tiempo que amplía la habilidad mental que le facilita el aprendizaje a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación⁵.

En publicaciones sobre la Estimulación Temprana, se señala que: cualquier estimulación que se brinde al niño durante los primeros 12 meses, tiene más impacto en su crecimiento cerebral que en cualquier otra etapa de la vida, tomando en cuenta que la plasticidad neuronal le permite durante los dieciocho primeros meses de vida desarrollar y aprender más velozmente, adaptándose más fácilmente a determinadas conductas ya sean normales o no. Por ello, es en esta etapa cuando hay que enseñarle patrones normales de movimiento para que su cerebro, aun inmaduro, los capte más fácilmente, evitando que se formen patrones motrices anormales que en el futuro solo entorpecen y demoran la rehabilitación⁶.

La estimulación temprana tiene como su principal objetivo lograr que el desarrollo psíquico del bebé concuerde con su función corporal, propiciando que tal

desarrollo sea en el recién nacido integral y armónico, razón por la cual la inclusión de la madre en el tratamiento es primordial, pues el contacto corporal es fundamental⁴.

La estimulación acompaña y propicia el desarrollo saludable del pequeño. La estimulación, entonces, debe ser:

- Personalizada. La estimulación debe vincularse a las necesidades de cada niño y a las características socioculturales de su entorno.
- Especializada. La estimulación requiere de una preparación específica por parte de quien la imparta. Por eso es necesario capacitarse para saber cómo estimular.
- Sistematizada. Las intervenciones deben responder a un plan previamente organizado, de acuerdo con las particularidades de cada caso.
- Activadora. Si bien se parte de una intervención externa, las propuestas deben activar las acciones del propio niño. Estas cumplen un importante papel en su desarrollo integral.
- Simple. No son necesarias las actividades o recursos materiales sofisticados para llevar a cabo una estimulación satisfactoria.
- Gradual. Las intervenciones se irán complicando a medida que el niño vaya desarrollándose.
- Continua. Debe acompañarse del desarrollo infantil, fundamentalmente durante los primeros años de vida.
- Parcial. Si bien debe ser continua, solo debe aplicarse durante breves periodos de acuerdo con la tolerancia del niño.
- Controlada. Debe haber una evaluación constante del proceso y de los resultados (logros, dificultades, objetivos no alcanzados)
- Preventiva. La estimulación promueve condiciones saludables de vida y ayuda a disminuir las probabilidades de fracaso y/o de problemas específicos en el futuro⁹.

Lo que persigue la estimulación temprana es optimizar el proceso de formación de la estructura del cerebro humano mediante estímulos adecuados y oportunos para permitirle al niño alcanzar el desarrollo de una gran variedad de potencialidades. La estimulación temprana es sistemática con una secuencia porque a cada paso que el niño da en su desarrollo le continúa otro que igualmente precede a nuevos cambios de acuerdo con las necesidades de cada niño y las características socioculturales de su entorno, siendo además especializada en la medida que requiere de una preparación específica por parte de quien la imparta⁸. En su teoría relacional Jean Baker Miller destacó la importancia del desarrollo de la personalidad del niño, en concordancia con los vínculos emocionales, dado que la interacción social de los niños con adultos es indispensable para el avance de su desarrollo cognoscitivo a través de habilidades que no puede aún dominar sin ayuda⁸.

La mejor manera de lograrlo es a través de la participación guiada en la que la profesional de enfermería involucra a los niños y a las madres para que participen en actividades conjuntas¹⁴. La “Guía de Desarrollo Integral del Niño” observa que desde que el niño nace tiene todas sus potencialidades para el desarrollo de su inteligencia y son sus padres quienes deben desarrollarla, siendo ellos el elemento clave para su estímulo psíquico y físico, pues el niño construye su personalidad y su autoestima a través de un proceso constante de interacción con sus padres¹⁴.

La ciencia destaca que los primeros años de vida del ser humano deben manejarse adecuadamente por ser fundamentales para el futuro ya que esta edad influirá positivamente o negativamente en el desarrollo del individuo debido a que las potencialidades iniciales de los niños comienzan a activarse durante los tres primeros años de vida en todas las áreas de desarrollo. El aprovechamiento cognitivo del niño debe partir desde su nacimiento debido a que sus potencialidades iniciales comienzan a activarse durante los tres primeros años de vida en todas las áreas de desarrollo⁸. Esto es particularmente importante en lo concerniente al cerebro, cuyo crecimiento y

complejidad están inmersos en un proceso permanente fundamental para el desarrollo físico, cognitivo y emocional del infante. Más de cien mil millones de neuronas tiene el cerebro del recién nacido, pero posee menos dendritas y sinapsis de las que tendrá en el futuro, y cuyo crecimiento y refinamiento acelerados ocurre los primeros meses y los primeros años, siendo el crecimiento dendrítico la principal razón por la cual el cerebro triplica su peso en los primeros dos años, al multiplicarse el número de dendritas de la corteza cerebral por cinco durante los 24 meses de vida²¹.

Esto determina que el aprendizaje y la recuperación se verán potenciados si se proporcionan experiencias o estímulos precoces al niño, con lo cual se lograría la potencialización máxima de sus condiciones físicas y mentales. De ahí la importancia de realizar su estimulación lo más temprano posible. Estrategia de prevención primaria y promoción de la salud: las enfermeras cumplen un rol muy importante en la prevención y promoción de la salud y en el caso de los niños un rol crucial en la estimulación temprana de los lactantes para prevenir consecuencia o impactos negativos que podrían surgir por una atención descuidada de la madre. De este modo, resalta el rol de la enfermera en los aspectos preventivos y de promoción de la salud infantil⁴.

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud en su intervención en el IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería (2005) refirió que: “la enfermería es una práctica integral, preventiva, promocional y recuperativa que trabaja con la sociedad, incluyendo individuos, familias, grupos y comunidades, buscando importantes transformaciones que abarcan en la salud la humanización de la atención, la promoción, la participación de los usuarios en la gestión y la creación de nuevos espacios y modalidades en el tratamiento humanizado¹⁰.

Al desarrollar la primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería centrada en la relación interpersonal Enfermera – paciente, S, Hildegard Peplau en 1952, resalta que la enfermería “es un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en

cooperación con otros procesos humanos a fin de hacerlo alcanzable”. Aplicados los conceptos al niño, el objetivo de la enfermera es orientar a la madre para que propicie en su hijo un desarrollo psicomotor normal mediante la estimulación temprana³

1.7.2. Marco político

Nuestro proyecto se encuentra inmerso en los planes de desarrollo concertado del distrito de Jayanca.

INSTRUMENTO DE GESTIÓN	LINIAMIENTOS DE POLÍTICA	PRINCIPALES MEDIDAS VINCULADAS AL PIP
PLAN DE DESARROLLO CONCERTADO DEL DISTRITO DE JAYANCA AL 2015 ¹⁴	Objetivo Estratégico Mejoramiento de la calidad de servicios básicos.	Renovación y ampliación del servicio de agua y desagüe. Construcción de hospital. Implementación de botiquín comunal Construcción del relleno sanitario.
PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2012 - 2016 ¹⁸	“Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales”.	Extender la cobertura de la seguridad social incorporando a segmentos poblacionales excluidos, hacia una seguridad social para todos.
PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD 2007-2020 ¹⁷	Atención integral de salud de la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.	Seguimiento oportuno de los niños en crecimiento y desarrollo. Fortalecimiento en las sesiones de estimulación temprana. Desarrollo oportuno de habilidades según la edad del niño.

<p>NORMA TÉCNICA CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SECTOR SALUD¹³</p>	<p>Los daños y acciones que mínimamente debe realizar el Puesto de Salud serán :</p> <p>Atenciones individuales específicas del niño Protección del Niño por Nacer y Estimulación Prenatal y Temprana:</p>	<p>Control de parámetros de crecimiento y desarrollo que permiten el mantenimiento de la salud y prevenir deficiencias y discapacidades. Contacto a intervalos regulares para la evaluación de estas medidas (por ejemplo, estimulación temprana) Conjunto de acciones, que proporcionarán al niño las experiencias, que éste necesita para potenciar las capacidades y habilidades del nuevo ser desde el nacimiento hasta los cinco años de edad, para desarrollar al máximo su potencial biopsicosocial.</p>
<p>NORMA TÉCNICA RM N° 990-2010/MINSA/DGSP DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS¹¹.</p>	<p>Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones para lograr un desarrollo normal.</p>	<p>La estimulación del desarrollo fortalece el vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus niños y niñas, con lo cual se afianza la seguridad, autoestima y confianza del niño o niña. • La estimulación del desarrollo incluye actividades puntuales para mejorar habilidades y destrezas de la niña o niño en áreas específicas del desarrollo como: Lenguaje, motor, social.</p>

CAPÍTULO II: IDENTIFICACIÓN

2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL

2.1.1.- Diagnóstico del Área de estudio y área de influencia

Área de estudio:

La zona de estudio es el CAP II Jayanca de la localidad de Jayanca, del Distrito Jayanca Provincia Lambayeque. Es un establecimiento de Primer Nivel de atención de Salud, que permite resolver las necesidades básicas más frecuentes de la población, desarrolla actividades de Atención de Salud de baja complejidad con énfasis en los aspectos preventivos promocionales, con la participación activa de la comunidad, cuenta con los materiales y equipos básicos para la atención que se oferta y tiene una población asignada en el 2016 es de: **9906**

Tabla N°01
Población Asegurada Según Etapas De Vida 2016

EDAD	SEXO		TOTAL
	M	F	
MENOR 1 AÑO	82	100	182
1 AÑO	118	119	237
2 AÑOS	103	114	217
3 AÑOS	135	101	236
4 AÑOS	127	135	262
5 A 9 AÑOS	557	575	1132
10 AÑOS	115	119	234
11 AÑOS	92	93	185
12 – 14 AÑOS	240	226	466
15-17 AÑOS	216	242	458
18-19 AÑOS	130	173	303
20-29 AÑOS	764	966	1730
30-39 AÑOS	701	766	1467
40-49 AÑOS	520	523	1043
50-59 AÑOS	353	408	761
60-64 AÑOS	147	144	291
65 AÑOS	16	24	40
66-69 AÑOS	61	87	148
70-74 AÑOS	69	85	154
75 A MAS	158	203	361
TOTAL	4704	5203	9906

Fuente: Oficina De Aseguramiento Rall-Essalud

Características demográficas

- **Población Censada 2016:** 15042 hab.
- **Población por edad, sexo y comunidad.**

Tabla N° 02**Población General Por Etapas De Vida Del Distrito De Jayanca, Año 2016**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE	% HOMBRE	MUJER	% MUJER	N°	%
0 a 4 años	902	5.9	781	5.1	1683	11.2
5 a 9 años	788	5.2	723	4.8	1511	10
10 a 14 años	878	5.7	889	5.9	1767	11.7
15 a 19 años	786	5.2	740	4.9	1526	10.1
20 a 24 años	691	4.5	654	4.3	1345	8.9
25 a 29 años	529	3.5	550	3.6	1079	7.2
30 a 34 años	447	2.9	521	3.4	968	6.4
35 a 39 años	409	2.7	488	3.2	897	6
40 a 44 años	349	2.3	424	2.8	773	5.1
45 a 49 años	338	2.2	381	2.5	719	4.8
50 a 54 años	326	2.1	299	1.9	625	4.2
55 a 59 años	239	1.5	244	1.6	483	3.2
60 a 64 años	214	1.4	206	1.3	420	2.8
65 a 69 años	173	1.1	156	1	329	2.2
70 a 74 años	158	1	150	0.9	308	2
75 a 79 años	130	0.8	131	0.8	261	1.7
80 a 84 años	100	0.6	82	0.5	182	1.2
85 a 89 años	62	0.4	47	0.3	109	0.7
90 a 94 años	21	0.1	16	0.1	37	0.2
95 a más años	10	0.06	10	0.06	20	0.1
Total	7550	50.2	7492	49.8	15042	100

Fuente: INEI - CPV2007

Población de referencia

Se asume como población de referencia a todos los habitantes de la localidad de Jayanca, consiguientemente, la población total de habitantes es de 19172 Según INEI – 2016.

La población de referencia es proyectada de acuerdo a los fines de análisis del proyecto, como es el de sesión de estimulación temprana que se observa a la población según edades simples y grupos de edad en la que se diferencia según sexo.

Para el cálculo de la proyección se trabajó con el total de niños menores de 3 años, utilizando los datos de la proyección 2016 de la Oficina de Atención Primaria de Salud.

De acuerdo al cuadro siguiente se puede observar a la población de referencia, cuyo total de la población menor de 3 años es 636 que se encuentran en el área de referencia.

Tabla N° 03

Diagnóstico De Población Involucrada Año 2016

EDAD	SEXO				TOTAL	
	HOMBRE	%	MUJER	%	N	%
MENOR DE 1 AÑO	100	55	82	45	182	100
1 AÑO	119	50	118	50	237	100
2 AÑOS	114	52	103	48	217	100
TOTAL	333		303		636	

Proyección 2016 – OF. APS

Delimitación del área de influencia

La zona afectada lo conforma el ámbito rural y urbano de la Localidad de Jayanca del Distrito de Jayanca, cuya superficie total es de 680.96 Km², cuenta con una población de 19172 habitantes Según INEI – 2007, y una densidad poblacional de 19Hab/Km². Siendo el CAP II Jayanca donde se atiende la población afectada.

Características del área de influencia

- **Medios de Comunicación**
 - **Vías de comunicación:** Terrestre.
 - **Condiciones De La Vía Terrestre:** Asfaltado
 - **Tipo de transporte:** Vehículo Particular; Ómnibus; Otros: Combi, Couster.
 - **Frecuencia De Transporte:** Diario.
- **Medios De Transporte que se Emplea en caso de Emergencia:** Combi, vehículos particulares (taxi).
- **Idioma O Dialecto Predominante:** Español (castellano).
- **Religión Predominante:** Católica.
- **Medios de comunicación local:** Radio, Televisión, teléfono público, Celular, Internet, periódicos.
- **Fauna y Flora**

Flora: La flora del lugar varía entre árboles frutales (mango, pacay, mamey, etc.) plantas de algodón, maíz, fríjol, chileno, sorgo, lenteja de palo y plantas trepadoras como La vid.

Fauna: No es abundante, está muy disminuida en particular los mamíferos dentro de los que se encuentran el ganado vacuno, porcino, bovino. Algunas aves de corral como gallinas, pollos, patos, pavos.

Características demográficas

- **Población Censada 2016:** 15042 hab.
- **Población por edad, sexo y comunidad.**

Gráfico N° 01

Población Por Grupos Quinquenales Por Sexo –2015

La población total en el distrito de Jayanca es de 17 523 habitantes, de las cuales, 8659 son mujeres y 8864 son varones

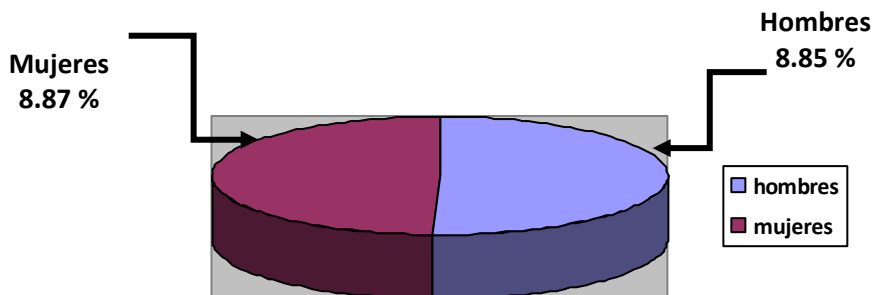
POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO, POR AÑOS CALENDARIO Y SEXO, SEGÚN DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y DISTRITO, 2012 - 2015

DEPARTAMENTO PROVINCIA Y DISTRITO	2012			2013			2014			2015		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
JAYANCA	16,910	8,531	8,379	17,117	8,643	8,474	17,321	8,754	8,567	17,523	8,864	8,659

Fuente: INEI - CPV2015

Gráfico N° 02

Distribución Poblacional Por Sexo



FUENTE: INEI-CPV 2015

Tabla N° 04
Población Por Ciclos De Vida- CAP II Jayanca 2016

CICLOS DE VIDA	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
NIÑOS 0-11 AÑOS	1,034	12.5	1041	12.7	2,075	25.2
ADOLESCENTES 12-17 AÑOS	409	4.9	405	5	814	9.9
JOVEN 18-29 AÑOS	771	9.3	973	12	1744	21
ADULTO 30- 59 AÑOS	1344	16.3	1383	17	2727	33
ADULTO MAYOR 60 A MAS	401	4.8	461	6	862	11
TOTAL	3,959	48.2	4263	52	8,222	100

Fuente: Gerencia Central De Aseguramiento

- En la siguiente tabla se observa que el 33% de la población es de 30 a 59 años y el 25.2% son de 0 a 11 años, lo que significa que el cap II jayanca cuenta con una población bastante joven.

Tabla N° 05
Población Menor De 5 Años- CAP II Jayanca 2016

GRUPO ETAREO	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
<1	71	0,8	59	0.7	130	1.6
1 - < 2	100	1.2	94	1.1	194	2.3
2 - < 3	101	1.2	119	1.4	220	2.7
3 - < 4	98	1.1	94	1.1	192	2.3
4 - < 5	93	1.1	104	1.2	197	2.4
TOTAL	463	6	470	5.7	933	11.3

FUENTE: GERENCIA CENTRAL DE ASEGURAMIENTO

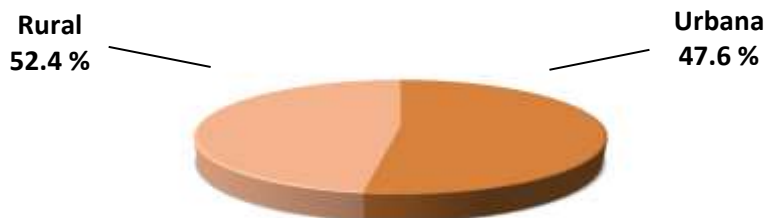
- En la siguiente tabla observamos que el 1.6% equivale a < 1 año, el 2.3% de 1 año y el 2.7 de 2 años, Porcentaje importante para el manejo del programa de estimulación temprana.

➤ **Marginalidad y ruralidad**

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2007 ejecutado por el INEI, en la zona urbana del distrito se ubica el 47.6% de las viviendas y en la zona rural el 52.4%.

Gráfico 03

Viviendas Según Área De Residencia- Distrito De Jayanca-2007



Fuente: INEI - CPV2007

Se observa que hay un total de 47.6% viviendas en zona urbana y en zona rural un total de 52,4%

CuadroN°01

Caseríos, Pueblos Jóvenes Y Sectores Del Distrito De Jayanca

CASERIOS		PP. JJ	SECTORES
El Verde	El Mirador	Gran Jerusalén	El Puente
San Carranco	La Viña	Juan Pablo II	El Pintor
San Carranco 2	La Represa – Laurel	San Salvador	
Noria Nueva	Soledad-La Victoria	Carmen	
Puerto Rico	El Cautivo	San Lorenzo	
San Pablo	Achotal		
Cahuide	El Marco		
Pampa de Lino	Progreso Bajo		
Villa San Juan	Progreso Medio		
El Arenal	Progreso Alto		

Santa Matilde	Pan de Azúcar		
Manchuria-	Coraliza		
El Limonal	Virgen de los		
Ladrillera- El Mango	Punta Diamante		
Los Ángeles	Yurimaguas		
La Tranca	La Tomasita		

Fuente: Registro De Municipalidad De Jayanca 2016

Asimismo se afirma que en la zona rural se han identificado 24 caseríos 5 PP.JJ y 2 sectores en el distrito de Jayanca, los mismos que son detallados en el N° cuadro n° 01.

Cuadro N° 02

Centros Poblados Del Área Rural Del Distrito De Jayanca

LOS ANGELES SAN CARRANCO II NORIA NUEVA PUERTO RICO SAN PABLO LADRILLERA EL MANGO SAN CARRANCO EL MIRADOR CAHUIDE VILLA SAN JUAN LA VIÑA LA REPRESA - LAUREL EL PINTOR	EL ARENAL L A TOMASITA SOLEDAD LA VICTORIA CAUTIVO EL MARCO SANTA MATILDE LA TRANCA PAN DE AZUCAR EL VERDE PURISIMA CONCEPCION SECTOR B VIRGEN DE LOS DOLORES	PURISIMA CONCEPCION SECTOR C OJO DE TORO PARTE ALTA EL PROGRESO (OJO DE TORO) OJO DE TORO PARTE BAJA MANCHURIA (MAGDALENA PAYPALLAL) YURIMAGUAS SAN LUIS LA CORALIZA FUNDO LAS MERCEDES PUNTO DIAMANTE PAMPA DE LINO
--	--	--

Fuente: INEI - Censo Nacional de Población y Vivienda 2007.

Características Socioeconómicas

✓ **Educación :**

Según los datos del último censo, existe un alto nivel de población que no sabe leer y escribir (14.5%), notándose un elevado 19.4% en el área rural y el 9.5% en el área urbana.

En cuanto al sexo, la proporción más alta de personas que no saben leer y escribir se da en las mujeres del área rural (22.2%), mientras

Tabla N° 06**Población que sabe leer y escribir según sexo y área de Residencia del Distrito de Jayanca-2007**

	Sabe leer y escribir	Urbano		Rural		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	Si	6218	90.5	5772	80.6	11990	85.5
	No	650	9.5	1390	19.4	2040	14.5
	Total	6868	100.0	7162	100.0	14030	100.0
Varones	Si	2980	90.3	3082	83.2	5928	84.4
	No	320	9.7	624	16.8	1096	15.6
	Total varones	3300	100.0	3706	100.0	7024	100.0
Mujeres	Si	3238	90.8	2690	77.8	5928	84.4
	No	330	9.2	766	22.2	1096	15.6
	Total Mujeres	3568	100.0	3456	100.0	7024	100.0

Fuente: INEI - CPV2007

*Se observa que el 85.5% de la población sabe leer y escribir en el Distrito de Jayanca.

✓ **Ocupación**

En relación a los datos presentados, podemos indicar que el comercio y la agricultura son importantes actividades generadoras de ingresos para el distrito de Jayanca, la principal es la agricultura, cultivándose algodón, maíz, frijol, chileno, sorgo, lenteja de palo, frutales como vid, mangos, ciruelas, mamey y otras. Actualmente el vino de buena calidad que elaboraban los jayancanos ha desaparecido casi totalmente, lo mismo que los viñedos. Sin embargo existen Fábricas (Beta y Gandules) Y Fundos (Intipa, AyB, Procerla, La Triple A) que por temporadas se encargan de contratar obreros para realizar labores de cosecha: palta, ají paprika, uva, mango, granada, naranja, espárrago, etc.

Tabla N°07**Población Económicamente Activa Según Ocupación Principal En El Distrito De Jayanca - 2007**

OCUPACIÓN PRINCIPAL	N°	%
Trabaj. no calif.serv., peon, vend., amb., y afines	2409	52.76
Agricult. trabajador calific. agrop. Y pesqueros	487	10.67
Trabj. de serv.pers. y vend. del comercio y mercado.	441	9.66
Obreros construcc.,conf., papel, fab., instr.	360	7.88
Profes. científicos e intelectuales	271	5.94
Obrero y oper. de minas, cant.,ind.,manuf. y otros	262	5.74
Técnicos de nivel medio y trabajador asimilados	148	3.24
Jefes y empleados de oficina	106	2.32
Otras ocupaciones	70	1.53
Miembros poder ejecutivos y leg. direct. adm. pub y emp.	12	0.26
TOTAL	4566	100.00

Fuente: INEI - CPV2007

- ✓ **Acceso a servicios básicos**
- ✓ **Agua Potable, Desagüe y Alcantarillado:**

El agua potable y el alcantarillado, son un componente indispensable para sostener y elevar el nivel de vida de la población, en la ciudad se cuentan con luz, Agua y desagüe, algunos caseríos cuentan con el servicio de luz y agua potable.

Tabla N°08**Abastecimiento De Agua En La Vivienda Distrito De Jayanca Año 2007**

Categorías	N°	%
Red pública Dentro (Agua potable)	1644	48.2
Pozo	1081	31.7
Vecino	344	10.1
Red Pública Fuera	173	5.1
Pilón de uso público	89	2.6
Camión, cisterna	53	1.6
Otro	23	0.7
Río, acequia	5	0.1
Total	3412	100.0

Fuente: INEI - CPV2007

TablaN°09**Servicio Higiénico Que Tiene La Viviendas Distrito De Jayanca Año 2007**

Categorías	Nº	%
Red pública dentro de la Viv.	966	28.3
Red pública fuera de la Viv.	28	0.8
Pozo séptico	99	2.9
Pozo ciego	2088	61.2
Río, acequia	8	0.2
No tiene	223	6.5
Total	3412	100.0

Fuente: INEI - CPV2007

En la siguiente tabla se muestra los servicios higiénicos de las viviendas ocupando el mayor porcentaje, el uso de pozo ciego con un 61.2% y el 28.3% cuenta con red pública dentro de la vivienda.

Tabla N° 10

Perfil Epidemiológico Del CAP II Jayanca Año 2015

N° GRUPO	DESCRIPCION DE LISTA TABULAR	TOTAL CASO DEFINITIVO		
		N°	%	ACUMULADO
165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1223	15.82	15.82
181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	1103	14.27	30.09
217	Otras enfermedades del sistema urinario	485	6.27	36.36
180	Caries dental	430	5.56	41.93
206	Otras dorsopatias	413	5.34	47.27
167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	301	3.89	51.16
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múlti	258	3.34	54.50
226	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	179	2.32	56.82
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	176	2.28	59.09
185	Otras enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	173	2.24	61.33
199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	171	2.21	63.54
111	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	169	2.19	65.73
207	Trastornos de los tejidos blandos	147	1.90	67.63
53	Otras helmintiasis	142	1.84	69.47
131	Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	128	1.66	71.13
145	Hipertensión esencial (primaria)	124	1.60	72.73
175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	106	1.37	74.10
196	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	103	1.33	75.43
42	Micosis	103	1.33	76.77
201	Artrosis	88	1.14	77.90
267	Dolor abdominal y pélvico	84	1.09	78.99
104	Diabetes mellitus	71	0.92	79.91
184	Gastritis y duodenitis	65	0.84	80.75
140	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	57	0.74	81.49
125	Migraña y otros síndromes de cefalea	55	0.71	82.20
142	Otras enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	54	0.70	82.90
170	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	47	0.61	83.51
172	Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	44	0.57	84.08
57	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	38	0.49	84.57
96	Otros tumores in situ y benignos, y tumores de comportamiento incierto y desconocido	38	0.49	85.06
	Sub Total	6575	85.06	
	Otros	1155	14.94	100.00
	TOTAL GENERAL	7,730	100.00	

Fuente: W-NEPIB

NOM: lista tabular 270E20-205-211-249-251-253-255

2591 y grupos 290-299 (cod. 2)

En la siguiente tabla se muestra el total de casos del Perfil Epidemiológico ocupando el mayor porcentaje el Dx. Faringitis Aguda y Amigdalitis Aguda con un 15.8%.

Tabla N°11**Morbilidad Del CAP II Jayanca Año 2015**

Nº GRUPO	DESCRIPCION DE LISTA TABULAR	TOTAL CASO DEFINITIVO		
		Nº	%	ACUMULADO
165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	1223	15.82	15.82
181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	1103	14.27	30.09
217	Otras enfermedades del sistema urinario	485	6.27	36.36
180	Caries dental	430	5.56	41.93
206	Otras dorsopatias	413	5.34	47.27
167	Otras infecciones agudas de las vias respiratorias superiores	301	3.89	51.16
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múlti	258	3.34	54.50
226	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	179	2.32	56.82
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	176	2.28	59.09
185	Otras enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	173	2.24	61.33

FUENTE: WINEPI3-OFIC.EPIDEMIOLOGIA-ESSALUD

En la siguiente tabla se muestra el total de casos de morbilidad ocupando el mayor porcentaje el Dx. Faringitis Aguda y Amigdalitis Aguda con un 15.8% y con menor porcentaje otras enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno con un 2.2% en el CAP II JAYANCA.

Producción de los servicios**Tabla N° 12****Atenciones según servicio CAP II Jayanca Año 2013 – 2015**

SERVICIO	ATENCIONES		
	2013	2014	2015
MEDICINA	9488	6444	7228
ODONTOLOGIA	2490	2552	2809
ENFERMERIA	3876	5246	4382
INMUNIZACIONES	1541	1999	1532
TOPICO	1948	1201	852
OBSTETRICIA	3136	3318	3226
NUTRICION	1979	2629	3109

Fuente: SGH CAP II Jayanca

En la siguiente tabla se muestra el total de atenciones según servicio en el cual se observa que ha ido descendiendo en forma irregular en el servicio de enfermería y inmunizaciones.

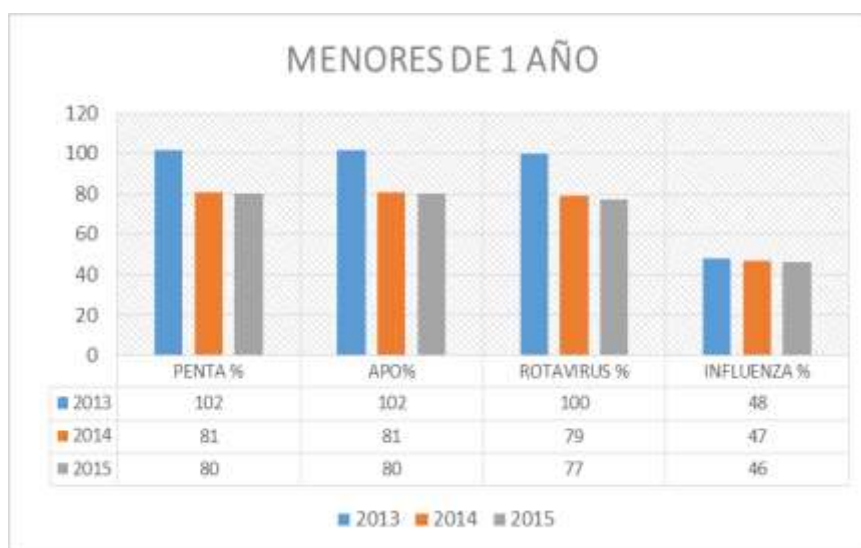
Tabla N° 13
Atendidos según servicio CAP II Jayanca
Año 2013 – 2015

	ATENDIDOS		
	2013	2014	2015
MEDICINA	786	381	789
ODONTOLOGIA	254	114	152
ENFERMERIA	321	303	217
OBSTETRICIA	120	91	93
NUTRICION	173	105	126

Fuente: SGH CAP II Jayanca

En la siguiente tabla se muestra total de atendidos según servicio en el cual observamos que los atendidos en enfermería han ido disminuyendo en el año 2014 y 2015.

Gráfico N° 04
Cobertura de Vacunación Menor de 1 Año 2013-2015-CAP II Jayanca

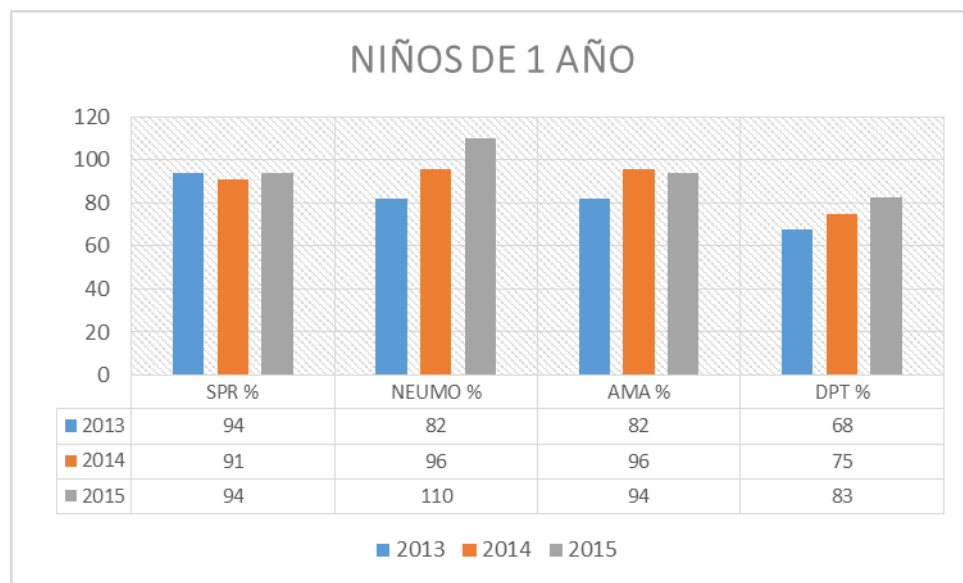


FUENTE: INFORME ANUAL DE INMUNIZACIONES-CAP II JAYANCA

En el siguiente grafico se muestra el total de niños menores de 1 año vacunados en el cual observamos que el indicador pentavalente ha ido decreciendo en el año 2013 se logró coberturas al 102%, disminuyendo en el 2014 81% y 2015 se llegó al 80% , estos resultados debido a la falta de personal y no se logra realizar seguimiento.

GRAFICO N° 05

Cobertura de Vacunación Niños de 1 Año 2013-2015-CAP II Jayanca



En el siguiente grafico se muestra el total de niños de 1 año vacunados en el cual observamos que el indicador SPR se mantuvo estático, en el año 2013 se logró coberturas al 94%, disminuyendo en el 2014 91% y 2015 se llegó al 94% .

Tabla N° 13**Cobertura de Cred Menor de 11 Años 2013 CAP II Jayanca**

2013			
CRECIMIENTO Y DEASRROLLO	POBLACION META	POBLACION EJECUTADA	COBERTURA
0 - 28 días	60	12	20,0 %
<1 año	60	25	41,0 %
1 año	72	19	26,0 %
2 años	56	7	12,5 %
3 años	41	1	2,5 %
4 años	44	1	2,3 %
5 a 11 años	125	58	46,3 %

Fuente: Oficina Atención Primaria

Tabla N° 14**Cobertura de Cred Menor de 11 Años 2014 CAP II Jayanca**

2014			
CRECIMIENTO Y DEASRROLLO	POBLACION META	POBLACION EJECUTADA	COBERTURA
0 - 28 días	96	22	22,9%
<1 año	96	62	64,5%
1 año	78	38	48,7%
2 años	64	22	34,3%
3 años	48	16	33,3%
4 años	50	28	56%
5 a 11 años	131	128	97,7%

Fuente: Oficina Atención Primaria

Tabla N° 15**Cobertura de Cred Menor de 11 Años 2015 CAP II Jayanca**

2015			
CRECIMIENTO Y DEASRROLLO	POBLACION META	POBLACION EJECUTADA	COBERTURA
0 - 28 días	127	3	2,3%
<1 año	127	81	63,7%
1 año	84	21	27,3%
2 años	70	14	20%
3 años	54	2	3,7%
4 años	56	3	5,3%
5 a 11 años	137	144	105%

Fuente:

Oficina Atención Primaria

En los siguientes gráficos se muestran el total de niños menores de 11 años que se logró coberturar, se observa que ha ido ascendiendo de forma regular según los años 2013, 2014 y 2015.

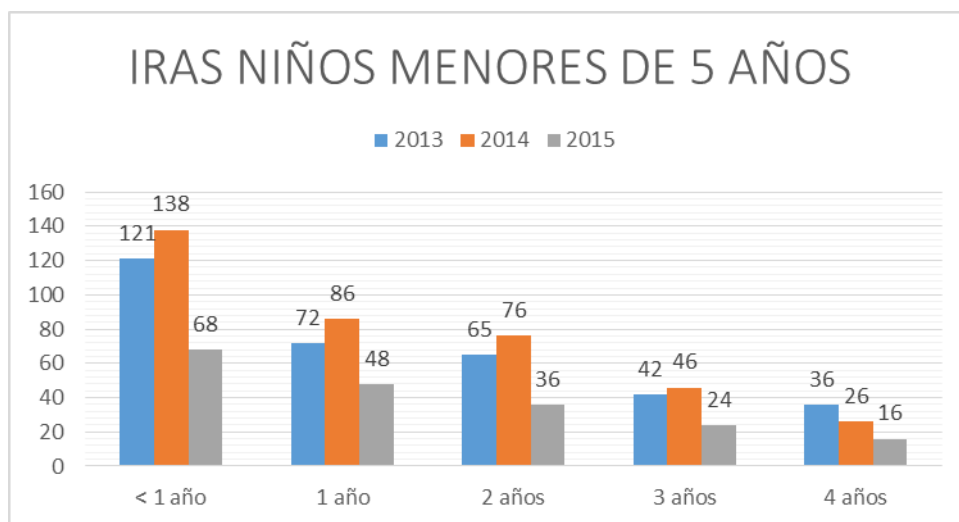
Morbilidad Del Niño Menor De 5 Años**Gráfico N° 06****Desnutrición En Niños < De 5 Años –CAP II Jayanca Año 2013 – 2015**

FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA-CAP II JAYANCA

La Desnutrición Crónica en niños menores de cinco años en el año 2013 se presentaron 72 casos con una tendencia a aumentar, comparado con el año 2014 que fueron 84 casos y en el año 2015 117 casos. Esto debido a la falta de compromiso por parte de los padres en la ingesta inadecuada de calorías y proteínas. Se continúa trabajando coordinadamente con los padres en sesiones demostrativas, charlas, consejerías y administración de micronutrientes. Cabe resaltar que los datos descritos representan la cantidad de niños con desnutrición crónica evaluados que acceden al establecimiento de salud

Gráfico N° 07

Enfermedades Respiratorias Agudas- CAP II Jayanca 2013- 2015



FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA- CAP II JAYANCA

Las infecciones Respiratorias Agudas (Iras) siguen siendo la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años, en el año 2013 se presentaron 336 casos, en el año 2014 372 casos y en el año 2015 se presentó 192 casos a nivel del CAP II JAYANCA, esta enfermedad conjuntamente con otras morbilidades, contribuyen en el incremento de mortalidad y desnutrición. En los 3 últimos años, se observa una tendencia irregular, para el año 2015 se puede observar una ligera disminución en relación al año pasado.

Gráfico N° 08

Enfermedades Diarreicas Agudas- CAP II Jayanca 2013- 2015



Fuente: Oficina De Epidemiologia- CAP II Jayanca

Las Enfermedad Diarreica Aguda son la otra morbilidad más frecuente en los niños menores de 5 años que contribuyen grandemente a generar problemas de incrementar el riesgo de enfermar y morir así como para la malnutrición infantil. En el año 2013 se presentaron 72 casos, en el año 2014 se presentó 80 casos y en año 2015 se presentaron 68 casos, para el año 2015 se puede observar una ligera disminución en relación al año pasado

Gráfico N° 09

Anemia- CAP II Jayanca 2013- 2015



FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA- CAP II JAYANCA

En el siguiente gráfico se observa que en el 2013 se presentaron 112 casos de anemia, en el 2014 se presentaron 124 casos y en el año 2015 se presentaron 72 casos, a diferencia de años atrás en el 2015 se observa una disminución de casos de anemia en niños menores de 5 años.

Población demandante potencial

Teniendo en cuenta que el proyecto es de estimular tempranamente a niños, la población demandante potencial es igual a la población de referencia. Así de este modo la población demandante potencial, es de 636 niños, que de algún modo en algún momento demandan del servicio.

Población demandante efectiva (es toda la población que llega a atenderse)

La población demandante efectiva es el 100% de la población niños y niñas de la localidad de Jayanca, cuyas edades oscilan entre 0 y menores de 3 años de edad. La población efectiva “Sin Proyecto” está representada por la cobertura actual de los servicios de CRED a niños menores de 3 años del CAP II Jayanca del Distrito de Jayanca.

Tabla N° 16

Población demandante efectiva – CAP II Jayanca

Año 2012 al 2015

AÑOS	2012	2013	2014	2015
Menor de 1 año	117	164	218	167
1 año	91	80	133	140
2 años	58	75	83	102
TOTAL	266	319	434	409

Fuente: SGH – CAP II Jayanca

En la siguiente tabla se muestra la población demandante efectiva, observándose que ha ido ascendiendo en forma regular según los años 2012,2013.2014 y 2015.

Tabla N° 17

Población Afectada CAP II Jayanca Año 2012 A 2015

Deficit/Riesgo del Desarrollo/Retraso del Desarrollo	2012	2013	2014	2015
< 1 año	10	12	10	12
1 año	7	4	6	8
2 años	5	2	3	6
TOTAL	23	18	19	26

Fuente: Informes De Cred – CAP II Jayanca

En el siguiente cuadro se muestra el total de casos de déficit/riesgo del desarrollo observándose que en el año 2012 se encontraron 23 casos, 2013 y 2014 inestabilidad y en el 2015 se incrementó a 26 casos, este resultado debido a la falta de recurso humano para realizar actividades de estimulación temprana en el CAP II JAYANCA.

2.1.2.- Diagnósticos de los involucrados

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS INVOLUCRADOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERES	ESTRATEGIAS	COMPROMISOS
CAP II JAYANCA	<ul style="list-style-type: none"> - Madres que no cumplen con llevar a sus niños a sus controles. - Baja coberturas en CRED en niños menores de 5 años y niños con IRAS, EDAS, Parasitosis - Inadecuada infraestructura en el CAP para una atención integral en la población de Jayanca. - Falta de material para el área de estimulación temprana. 	<ul style="list-style-type: none"> - El CAP II realizará seguimiento a todos los niños que no acuden a sus controles y se entregara tratamiento antiparasitario a todos los niños menores de 5 años. - Contar con servicios de Salud suficiente para brindar una buena atención de calidad a la población. - Contar con el área Estimulación con el equipamiento adecuado para brindar un servicio de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar Capacitaciones al personal. - Implementar espacios con más equipamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -El personal de salud se compromete a realizar seguimiento casa por casa. -Educar a las madres de familia sobre la higiene corporal, lavado de manos y vivienda. - se realizará sensibilización sobre la atención integral y seguro integral de salud con participación del personal de salud del establecimiento.

Madres de niños y niñas menores de 3 años	Desconocen lo que tienen que hacer. Sienten que la solución al problema, está vinculado a mejorar los ingresos familiares.	Recibir campañas gratuitas	Conformar mesas críticas que permitan mostrar cambios significativos que motiven a otras madres y padres.	Participar activamente de todas las actividades del proyecto.
GERESA	Limitada oferta de los servicios de salud	Disminuir morbilidades en el área psicomotora del niños menores de tres años	Coordinar con el personal de las redes de Salud incentivándoles a buscar estrategias u alianzas con sus autoridades locales	GERESA y Red de salud
Municipalidad del Distrito de Jayanca	Inadecuadas condiciones de vida de la población	Promover el desarrollo integral del Distrito	Promover y ejecutar un PIP para el mejor desarrollo integral de los niños del Distrito.	Operación y mantenimiento del proyecto en coordinación con entes responsables.

2.1.3. Diagnóstico de los servicios

Capacidad actual

La infraestructura del CAP II Jayanca se encuentra en estado regular por falta de mantenimiento.

- **Descripción y análisis de la infraestructura / equipos**

Infraestructura:

El establecimiento de salud en sesión de uso pertenece a la UGEL pero fue cedida a Essalud por convenio de 10 años con la municipalidad a partir de enero del 2011, acondicionada para brindar servicios de salud. Su infraestructura corresponde a material noble (ladrillos, cemento) en buen estado de conservación. Con un área de 500 metros cuadrados.

Cuenta con servicios básicos (luz, agua y desagüe) además de servicios municipales (baja policía).

ENTRADA PRINCIPAL DEL CAP II JAYANCA



SALA DE ESPERA DEL CAP II JAYANCA



- **Servicios que brinda el Establecimiento**

- ✓ Admisión
- ✓ Triage
- ✓ Atención de Urgencia y Emergencias
- ✓ Atención en Consulta Externa Medicina General

- ✓ Toma de glicemia capilar a pacientes en riesgo, Síndrome Metabólico y DM2.
- ✓ Atención de tópico: curaciones, cirugía menor (suturas), inyectables
- ✓ **Atención de Enfermería** : Control CRED de niño y Adolescente, Inmunizaciones, Atención, Captación y Control del Adulto y Adulto Mayor, Atención y Captación de TBC, atención en Tópico-Emergencia, Atención, Captación y Control en Síndrome Metabólico, Prevención y Promoción, Estimulación Temprana a niños menores de 3 años.
- ✓ **Atención de Obstetricia:** Planificación Familiar, Control Pre-Natal, Control de Puerperio, toma de muestra de PAP y Prevención y Promoción.
- ✓ **Atención en Odontología:** Fluorización, curaciones y Prevención y Promoción
- ✓ **Atención en Nutrición:** Consejería Nutricional a población en general y Prevención y Promoción.
- ✓ Servicio de Farmacia
- ✓ Charlas Educativas en sala de espera, con ayuda audio visual
- ✓ Talleres de Alimentación Saludable
- ✓ Programa de Reforma de Vida del Asegurado
- ✓ Talleres de Actividad Física
- ✓ Talleres de Estimulación Temprana

Ambientes y nivel de implementación:

Cuenta con 20 ambientes distribuidos de la siguiente manera (desde la parte anterior hasta la parte posterior):

1er piso:

- ✓ **Sala de espera:** implementada con sillones y sillas; ayuda audiovisual (Televisor con cable).

- ✓ **Sala de Admisión:** Donde se realiza admisión, triaje, entrega de citas.



Sala de enfermería: Programas, CRED, Inmunizaciones, etc.
Contándose con: 01 balanza, 1 tallímetro para niños, 01 balanza de pie, tallímetro

para lactantes, tensiómetro para niños, estetoscopio para niños; 01 glucómetro c/ tiras reactivas para examen de glicemia capilar y una refrigeradora, termos porta vacunas.

✓ **Sala de Estimulación Temprana;**



- ✓ El área de Estimulación Temprana del niño menor de 3 años, es en donde se atienden los procesos de desarrollo, terapias y estimulación psicomotora, psicoterapeuta, etc.
 - Se realiza estimulación temprana de 10 a 12 niños aprox .en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo. .
 - En ésta área se encuentra con un mobiliario, hay escaso equipamiento para brindar el servicio.
 - El ambiente presenta equipamiento deteriorado.
 - No se cuenta con el material suficiente para realizar las sesiones de estimulación a los niños menores de 3 años.
 - Motivo por el cual la atención del niño, no se realiza de manera precoz y oportuna los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de

enfermedades, atrasando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

- No se hace seguimiento a los niños menores de 3 años por falta de personal.
- El personal no tiene tiempo para realizar las sesiones de Estimulación Temprana.
- En el servicio de área niño no se realiza estimulación temprana porque no tienen los equipos necesarios para el desarrollo del mismo.
- Siendo de suma importancia la estimulación temprana por ser un conjunto de acciones con base científica, que aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención del niño y niña, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortalece el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporciona a los niños las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

✓ **Sala de archivos de Historias Clínicas** (con andamios y archivadores).

✓ **Consultorio médico (02):** Donde se cuenta con 01 tensiómetro y 01 estetoscopio (adultos), pantoscopio, oftalmoscopio, 01 escritorio, 01 camilla.

✓ **Tópico:** para atención de urgencias y emergencias, curaciones, inyectables, esterilización de material, etc. Donde se cuenta con una camilla; autoclave, esterilizador, equipos de curación y sutura incompletos, bolsa de reanimación para lactantes, etc.

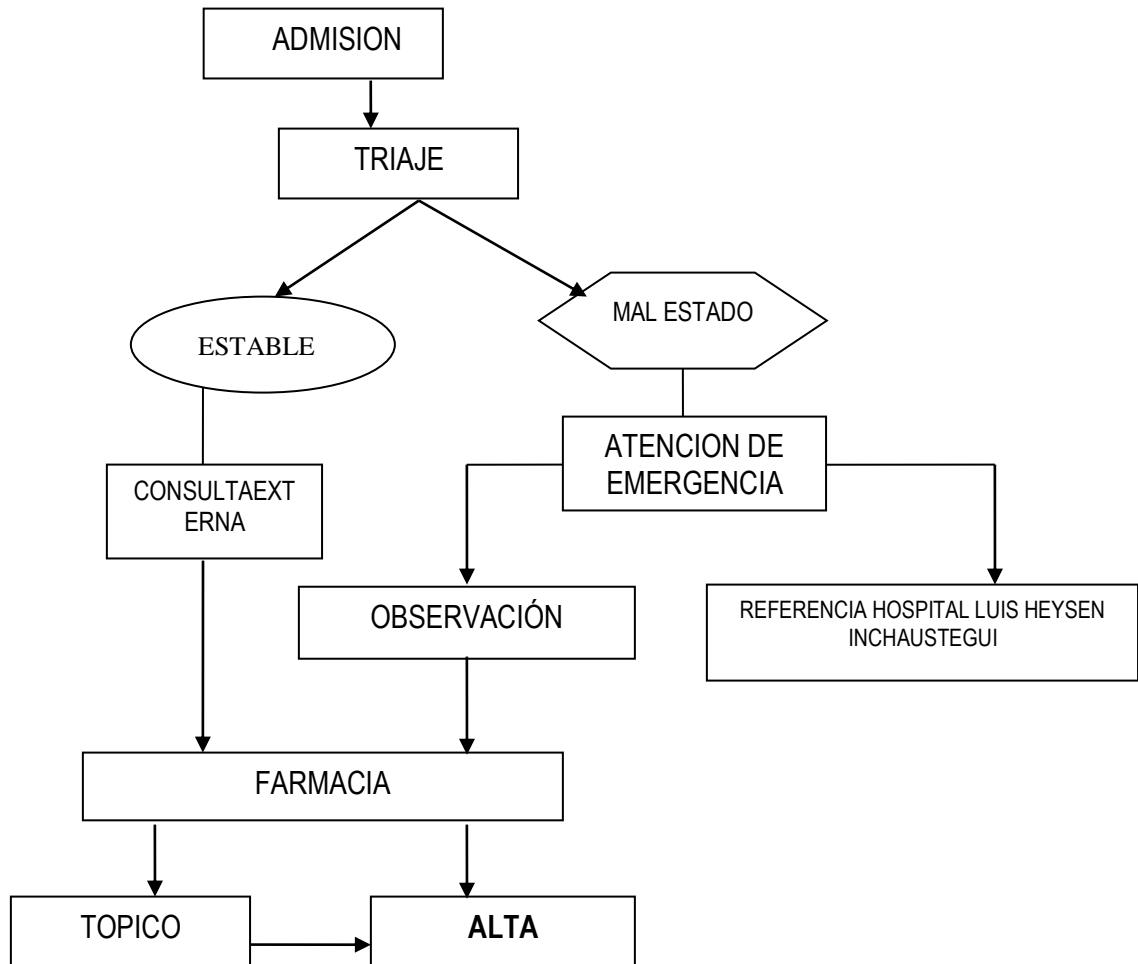
✓ **Consultorio de Obstetricia:** donde se cuenta con camilla ginecológica, Dopler para latidos cardíofetales, estetoscopio, tensiómetro, material didáctico, etc.

- ✓ **Consultorio de Odontología:** donde se cuenta con 01 unidad odontológica, 01 escritorio, material didáctico.
- ✓ **02 servicios higiénicos** (para el público); que cuentan con sanitarios, lavatorios.
- ✓ **Sala de observación;** donde se cuenta con 01 camilla, 02 camas plegables, 01 aspirador de secreción.
- ✓ **Laboratorio.** Donde se cuenta con un microscopio; centrifuga., esterilizador, autoclave, refrigeradora , material e Insumos de laboratorio (no funciona por falta de personal)

2do piso:

- **Dirección:** Cuenta con 1 escritorio, 1 computadora, 1 impresora, 1 camilla, sillas autopegables de cuero.
- ✓ **Farmacia** (medicamentos básicos).
- ✓ **02 servicios higiénicos** (solo personal); que cuentan con sanitarios, Lavatorios.
- ✓ **Almacén:** se coloca material médico.
- ✓ Todos los ambientes cuentan con computadora interconectados con el sistema de gestión para el registro diario de atención de los pacientes.

Análisis: el problema más resaltante es el servicio de agua ya que solo contamos con dicho servicio por horas y no contamos con tanque elevado que nos abastezca las 24 horas.

Organigrama estructural y funcional

EQUIPAMIENTO
Cuadro N°03
Inventario De Equipamiento Actual Del Área De Estimulación Temprana

TIPO	TOTAL	B	R	M
Pisos micro porosos	28		x	
Colchonetas	8		x	
Estante con llave para guardar materiales	1			x
Alcancía	2	x		
Aros o anillos apilables	3	x		
Cubos apilables	18	x		
Balón	1		x	
Brochas de cerdas delgadas	8	x		
Brochas de cerdas gruesas	2	X		
Burbujeros	2		X	
Crayolas	3	X		
Cuentas para introducir a los frascos	40	X		
Envase con tapa rosca	4	x		
Envase de plástico de aprox. 20cm de ancho	2	X		
Espejo	1	X		
Esponja	3	X		
Fichas para alcancía	30	X		
Frasco de boca ancha	3	X		
Frasco de boca angosta	3	X		
Juego de encaje	3	X		
Sonajas	5	X		
Maracas	3	X		
Pelotas de colores	30		X	
Manta para amacar	4	X		
Muñeco flexible y articulado para realizar demostración	1	X		
Pelota grande	3	X		
Piscina con pelotas	1	X		
Plastilina	4	X		
Rodillos de gateo	4	X		
Rompecabezas	4	X		
Set de escalera y rampa	1	X		
Saltasogas	8	X		
Ula ula	8	X		
Tambor	1	X		
Telas de diferentes colores	6	X		
Títeres de mano	4	X		
Túnel	1	X		
Vaso de plástico	4	X		
TOTAL	265	32	5	1

- **Recursos Humanos**

Cuadro N°04

Numero De Recursos Humanos Según Régimen Laboral- CAP II Jayanca

2016

RECURSO HUMANO	N°	CAS	728	SALDO MENSUAL
Medico	1		X	7000
Enfermera 1	1	X		2200
Enfermera 2	1	X		2600
Obstetra	1		X	3200
Nutricionista	1		X	3200
Odontóloga	1		X	3600
Químico Farmacéutico	1		X	3600
Técnica de Enfermería	1	X		1400
Personal de limpieza	3	X		750
Personal de vigilancia	3	X		1200

FUENTE: SGH – CAP II JAYANCA 2016

Tenemos como falencias 1 médico, 1 enfermera, personal para laboratorio, personal administrativo, digitador asistencial lo cual nos impide lograr nuestras metas.

- **Horario de Atención**

La atención de salud que oferta el CAP II JAYANCA, es de una jornada de 6 horas en el turno matutino (7:30h – 13:30h). No se realizan guardias.

Estos turnos se fundamentan en la declaratoria de emergencia generada por Defensa civil por desastre natural peligro de inundación en coordinación con las alianzas estratégicas de la institución con el IINDECI, Municipalidad de Jayanca, y la existencia de personal para cubrir dichos turnos

Gestión del servicio

Contamos con un Director pero se observa la falta de interés por parte de su gestión para mejorar el servicio de estimulación temprana y poder lograr una adecuada calidad de atención a los niños menores de 3 años.

2.2 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA SUS CAUSAS Y EFECTOS

2.2.1 Definición del problema central

Inadecuado funcionamiento del Servicio de Estimulación Temprana del CAP II Jayanca

2.2.2 Análisis de causas

Causas Directas: Se han identificado 02 causas directas que ocasionan el problema central, estas son:

- **INADECUADA GESTION DEL SERVICIO DE ESTIMULACION TEMPRANA**

El área de Estimulación Temprana no está habilitada, es de limitado acceso, por falta de materiales y equipos para realizar las sesiones de Estimulación Temprana.

- **DESCONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL SERVICIO DE ESTIMULACION TEMPRANA**

Los padres de los niños menores de 3 años desconocen sobre la importancia de cómo estimular a sus menores hijos, muchas veces hábitos no saludables ni de estimulación para ayudar a sus hijos a mejorar su lenguaje, psicomotricidad y por ende mejorar su salud

Causas Indirectas: Se han identificado 06 causas indirectas que ocasionan la causa directa, estas son:

- Insuficiente equipamiento del servicio de estimulación temprana, la estimulación del niño debe desarrollar su atención y psicomotricidad, así como los implementos necesarios para el mismo. Para la atención adecuada del niño menor de 3 años es necesario contar con diferentes instrumentos adecuados, la cual nuestra área no cuenta con los mismos.

- En el CAP II JAYANCA, el área de Estimulación Temprana, no posee materiales necesarios para realizar la estimulación, por lo que la enfermera realiza parte de la estimulación temprana a los niños, algunas veces en cada control de desarrollo que tiene el niño de 0 a 3 años.
Inadecuada infraestructura del servicio de estimulación temprana, no cuenta con un ambiente adecuado para brindar este servicio.
La falta de mantenimiento del área del centro de estimulación temprana, como mejoras de las paredes, piso, techos, servicios higiénicos, mobiliario, materiales didácticos, juegos educativos, lo cual hace que este programa sea concebido como un apoyo ineficiente y por lo tanto tenga una limitada incidencia en la mejora del estado, desfavorando el desarrollo de sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales de los niños menores de 3 años.

- Limitado recurso humano de las competencias adecuadas para estimulación temprana.
Sin embargo a pesar que no se cuenta con ninguna entidad social de apoyo se ha intentado ayudar a la población menor de 3 años a través del control de crecimiento y desarrollo para potenciar sus capacidades y habilidades físicas, psicológicas y sociales, formando niños seguros de sí mismos. A pesar de ellos no se han logrado con los objetivos de reducir el retraso del desarrollo psicomotriz, no pudiendo brindar un cuidado apropiado por diferentes razones, entre ellas la deficiencia de recurso humano.

- Escaso involucramiento de las madres con niños menores de 3 años. Existe poca preocupación y conocimiento por parte de los padres y familiares acerca del correcto cuidado y estimulación temprana adecuada para los niños y niñas menores de 3 años.

A su vez la población no está informada que los niños menores de 3 años necesitan de suma importancia un buen desarrollo psicomotor, lingüístico, visual, auditivo y una alimentación adecuada, para lograr un buen desarrollo y vida saludable del niño.

- Desconocimiento sobre la importancia de la estimulación temprana en las autoridades locales, en cuanto a los intentos se realizan día a día por solucionar el problema cabe mencionar que hasta la fecha no se ha intentado solucionar dicho problema por falta de importancia y conocimiento sobre la importancia de estimular a los niños menores de 3 años.

- Debil articulación MINSALUD

Por la inadecuada gestión por parte de la actual Dirección, falta de personal y la escasa comunicación que existe entre Minsal-Essalud no se ha logrado una adecuada articulación que facilite un diagnóstico oportuno para reducir el retraso del desarrollo psicomotriz.

2.2.3 Análisis de los efectos del Problema: Efectos Directos

- Detección tardía de niños con problemas del desarrollo.

Es de vital importancia la detención oportuna de los problemas en el desarrollo psicomotor a través de la evaluación al menores de 3 años, siendo en nuestra población un proceso de detección de alteraciones en el desarrollo infantil tardío y extenso para las familias, pese a los distintos programas de salud y educación existentes.

- Bajo rendimiento escolar – ausentismo.
- Debido al inadecuado desarrollo en las áreas motoras, en cada etapa del crecimiento de nuestro bebé es posible aplicar estímulos o actividades que puedan desarrollar según su edad, tales como: bailar, cantar canciones infantiles y jugar a las escondidas.

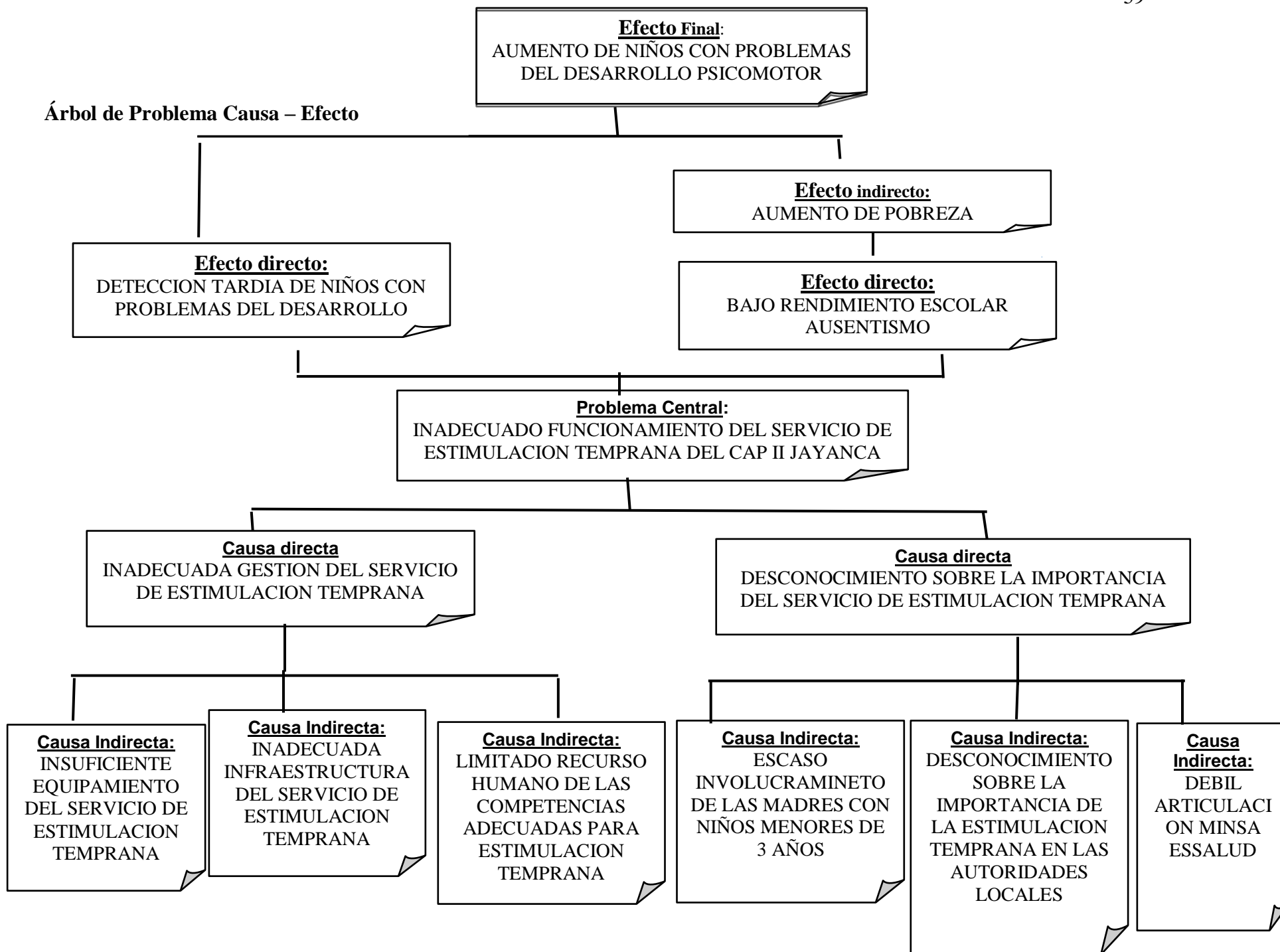
Efectos Indirectos

- Aumento de pobreza
Por la falta de estimulación temprana en niños menores de 3 años se genera un déficit del desarrollo psicomotor generando un gasto en insumos para la rehabilitación por parte del Ministerio de Salud y de los padres que tiene por misión institucional fortalecer la salud pública cuyo objeto de avanzar en más y mejor salud para las personas.

Efecto Final

- Aumento de niños con problemas del desarrollo psicomotor
Existe poca preocupación y conocimiento por parte de los padres y familiares acerca del correcto cuidado y estimulación temprana adecuada para los niños y niñas menores de 3 años.
A su vez la población no está informada que los niños menores de 3 años necesitan de suma importancia un buen desarrollo psicomotor, lingüístico, visual, auditivo y una alimentación adecuada, para lograr un buen desarrollo y vida saludable del niño.

Árbol de Problema Causa – Efecto



2.3 DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS MEDIOS Y FINES

2.3.1 Descripción del Objetivo Central

Contar con un adecuado funcionamiento del servicio de estimulación temprana del cap II jayanca.

PRINCIPALES INDICADORES DEL OBJETIVO CENTRAL

Indicadores del Objetivo Central

PRINCIPALES INDICADORES DEL OBJETIVO	VALOR ACTUAL	VALOR FINAL
Porcentaje de control de CRED	27.3%	80%
Porcentaje de niños con vacunas completas	80%	100%
Porcentaje de niños menor de 1 año con anemia	32%	5%

2.3.2 Análisis de medios

Medios de primer nivel:

- Adecuada gestión del servicio de estimulación temprana

La estimulación temprana, son un conjunto de actividades o grupos de técnicas, distribuidas ordenadamente de acuerdo al nivel del desarrollo, que se ofrecen a niños menores de 3 años con el fin adquirir oportunamente las funciones básicas de desarrollo, potenciar habilidades en relación a su crecimiento y edad cronológica y/o de compensar déficit en las diferentes áreas y alcanzar el nivel de desarrollo correspondiente para ellos se necesita de un servicio y/o ambiente adecuado.

- Conocimiento sobre la importancia del servicio de estimulación temprana

La sensibilización a las madres de los menores de 3 años sobre la importancia de las sesiones de estimulación temprana realizando actividades de evaluación, atención y seguimiento a los usuarios que se presenten en el servicio, propiciando la habilitación y/o compensación de capacidades para alcanzar un nivel de desarrollo adecuado en cada niño.

Si nuestra área de Estimulación temprana estuviera implementada y con personal asignado al área, los niños menores de 3 años tendrían mayor acceso al servicio, sesiones y talleres psicomotores, de lenguaje, audiovisuales, auditivos, entre otros.

A su vez, si contáramos con una buena gestión en el CAP, se lograría más atenciones y por lo tanto aumento de madres con conocimiento sobre la importancia de la estimulación temprana y así ayudar a sus hijos a mejorar su lenguaje, psicomotricidad y por ende mejorar su salud.

Medios Fundamentales

1- Medio Fundamental

Suficiente equipamiento del servicio de estimulación temprana.: Un personal competente con cursos de capacitación y que esté en constante aprendizaje se podría mejorar la calidad de atención en las sesiones de estimulación temprana en nuestros niños menores de 3 años.

2.- Medio Fundamental

Adecuada infraestructura del servicio de estimulación: el ambiente y el equipamiento de servicio de estimulación temprana contribuye a brindar una adecuada sesión por el personal capacitado.

3.-Medio Fundamental.

Suficiente recurso humano con las competencias adecuadas para estimulación temprana: Un personal competente con cursos de capacitación y que esté en constante aprendizaje se podría mejorar la calidad de atención en las sesiones de estimulación temprana en nuestros niños menores de 3 años.

4.-Medio Fundamental

Involucramiento de las madres con niños menores de 3 años: brindad una adecuada información a los padres proporcionando actividades grupales con los padres de familia, para orientarles acerca de temas de prevención, nutrición y salud de sus hijos y mantener una relación fraternal entre los padres y madres de los usuarios del servicio

5.- Medios Fundamental

Conocimiento sobre la importancia de la estimulación temprana en las autoridades locales: en cada sesión de estimulación temprana se hará participe a los padres para que asuman la responsabilidad y se sensibilicen en la importancia que tiene cada sesión brindada al menor de 3 años.

6.-Medio Fundamental

Buena articulación MINSA – ESSALUD: las buenas relaciones entre diferentes instituciones ayudan a lograr objetivos esperados en la población menor de 3 años como es la detección oportuna de trastornos del desarrollo psicomotriz.

2.3.3 Análisis de fines

Fines Directos

- Detección temprana de niños con problemas del desarrollo.

La detección oportuna de trastornos del desarrollo psicomotriz ofrece la posibilidad de intervenir en forma temprana, lo que permite corregir la mayoría de las alteraciones y atenuar otras, siendo los grandes beneficiados el niño, la familia y la sociedad.

- Alto rendimiento escolar.

Evitar que el desencanto creciente pueda llevar a una eventual pérdida de interés en el cambio educativo, pues esto se inicia desde el nacimiento del niño, y la mejor manera de contribuir es a través de la asistencia de las sesiones de estimulación.

Fines Indirectos

- Disminución de la pobreza.

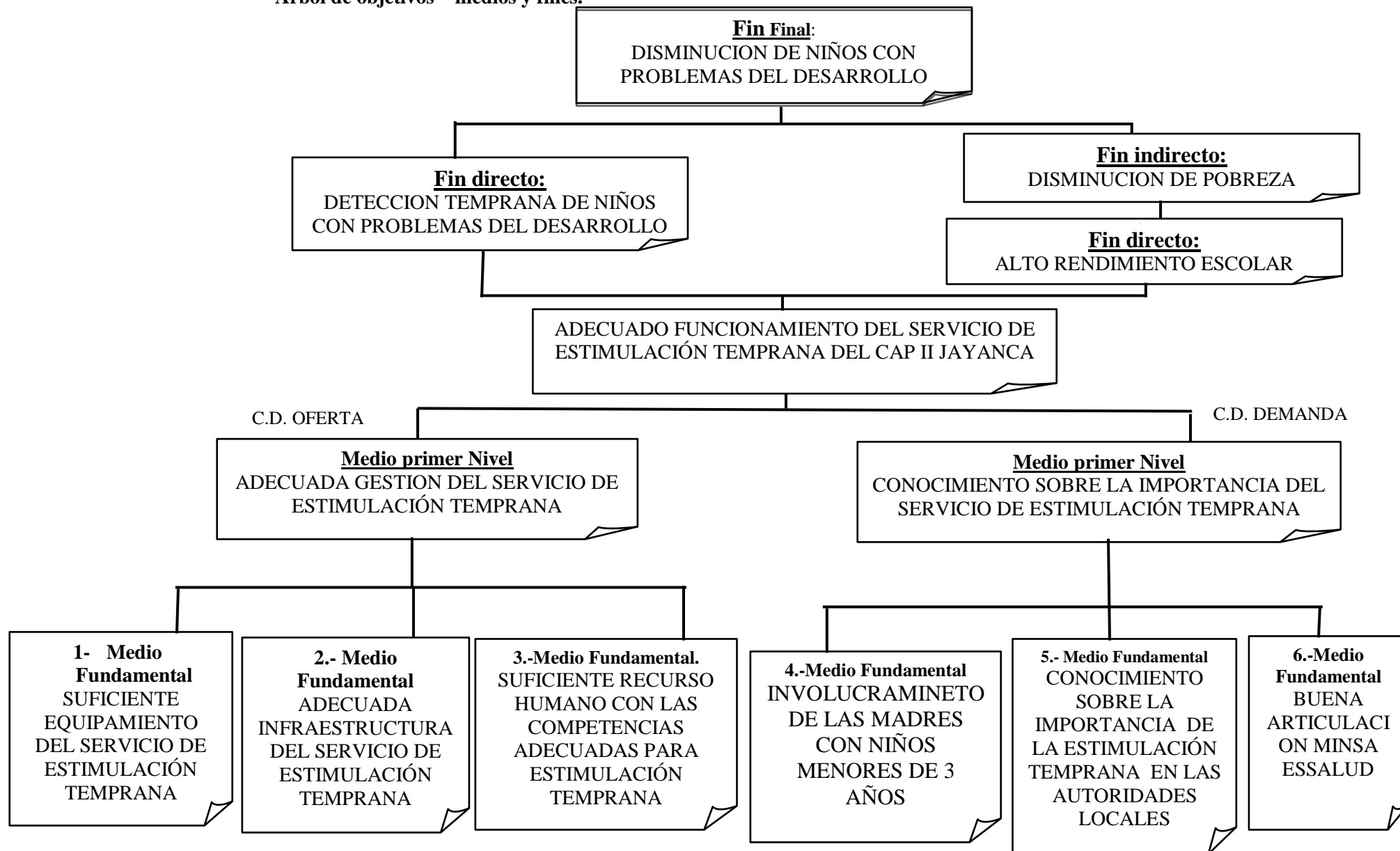
Al cumplir con que cada niño asista a cada sesión de estimulación estaríamos logrando que el menor tenga un adecuado desarrollo psicomotor previniendo así problemas a futuro que puedan afectar la solvencia económica de los padres.

Fin Final

- Disminución de niños con problemas del desarrollo.

Con cada sesión de estimulación temprana al menor de 3 años lograremos un mejoramiento en el desarrollo psicomotor evitando así un déficit o la detención oportuna de un problema.

Árbol de objetivos – medios y fines.



2.4 DETERMINACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA

2.4.1 Descripción de las alternativas de solución

MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACIONES

ALTERNATIVA 1

MEDIOS FUNDAMENTALES	ACIONES
<p>Medio Fundamental 1</p> <p>SUFICIENTE EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA</p>	<p>Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.</p>
<p>Medio Fundamental 2</p> <p>ADECUADA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA</p>	<p>Acción 2.1 Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.</p>
<p>Medio Fundamental 3</p> <p>SUFICIENTE RECURSO HUMANO CON LAS COMPETENCIAS ADECUADAS PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA</p>	<p>Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.</p> <p>Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.</p> <p>Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.</p>
<p>Medio Fundamental 4</p> <p>INVOLUCRAMIENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS</p>	<p>Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.</p> <p>Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.</p> <p>Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños menor de 3 años.</p>
<p>Medio Fundamental 5</p>	<p>Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación</p>

CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LAS AUTORIDADES LOCALES	temprana.
Medio Fundamental 6 BUENA ARTICULACIÓN MINSA ESSALUD	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD. Acción 6.2. Mesas de trabajo

3.4.2 Matriz de marco lógico

	RESUMEN OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE AVERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Contribuir a la disminución de niños con problemas de desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años del distrito de jayanca.	Al 2021, disminuye el índice del déficit del desarrollo psicomotriz en un 70%.	Informe de INEI, UNFRA, encuestas, test a las madres de niños menores de tres años.	Se evidencia un adecuado desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años.
PROPÓSITO	Se mantendrá un adecuado funcionamiento del servicio de estimulación temprana.	Al 2018 se da el funcionamiento del servicio de estimulación temprana al 100%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Libro de seguimiento de estimulación temprana. ▪ Fotos 	Si se cuenta con adecuado funcionamiento en la atención al servicio de estimulación temprana.
COMPONENTES	<p>Suficiente equipamiento del servicio de estimulación temprana</p> <p>1. Adecuada Infraestructura del servicio de estimulación</p>	<p>Al 2018, CAP II de Jayanca cuenta con el 60% de equipamiento en el servicio de estimulación temprana.</p> <p>Al 2018, CAP II de Jayanca cuenta al 100% con la infraestructura del servicio de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario patrimonial de los equipos del área del centro de estimulación temprana. ▪ Porcentaje de niños que recibieron 	Si se cuenta con el financiamiento para el adecuado equipamiento para las sesiones de estimulación temprana

	<p>temprana.</p> <p>2. Suficiente recurso humano con las competencias adecuadas para estimulación temprana.</p> <p>3. Involucramiento de las madres con niños menores de 3 años</p> <p>4. Conocimiento sobre la importancia de la estimulación temprana en las autoridades locales</p> <p>5. Buena articulación MINSA ESSALUD</p>	<p>estimulación temprana.</p> <p>Al 2018 se cuenta con el 80% de recursos humanos capacitados en estimulación temprana.</p> <p>Al 2018, el 80% de madres se involucran con los niños menores de 3 años.</p> <p>Al 2018, el 90% de las autoridades locales Conocen sobre la importancia de estimulación temprana.</p> <p>Al 2018, se habrá logrado el 100% de articulación Minsa – Essalud.</p>	<p>estimulación temprana.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de evaluación. ▪ Lista de asistencia. ▪ Fotos. ▪ Registro de capacitaciones realizadas. ▪ Certificaciones de personal capacitado. ▪ Informe final. 	
	<p>1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.</p>	<p>Adquisición al 100% de equipos con un costo de S/16,660.00</p>	<p>Recurso humano</p>	<p>Recurso material</p>

ACTIVIDADES	2.1 Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.	Mejoramiento permanente por un costo de S/28,000		
	3.1 Talleres de capacitación de los recursos humanos	Talleres de capacitación ejecutado con un costo de S/19,530.00		
	3.2 Pasantía para alcanzar competencias	100% del recurso humanos participa de 1 pasantía en un centro modelo en realización de estimulación temprana, a un costo de S/11,955.00		
	3.3 Especialización en estimulación temprana			
	4.1 Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	El 100% de las madres se les capacita en preparación de materiales para estimulación temprana a un costo de S/4,949.00		
	4.2 Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	100% de las madres participan de 1 pasantía en centro modelos de estimulación temprana a un costo de S/11,955.00		
	4.3 Capacitación a las madres en estimulación	100% de las madres participan de		

	temprana de los niños < 3 años	capacitación en estimulación temprana a un costo de S/24,601.00		
	5.1 Taller de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	100% de las autoridades locales participan de talleres sobre estimulación temprana a un costo de S/2,790.00		
	6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA-ESSALUD	Se realizara al 100% la elaboración del plan de intervenciones con las instituciones MINSA-ESSALUD a un costo de S/7,023.00		
	6.2 Mesas de trabajo	Mensualmente se realizaran reuniones con el 100% de personal involucrado a un costo de S/2,783.00		

CAPÍTULO III: FORMULACIÓN

3.1.- HORIZONTE DE EVALUACIÓN

El horizonte de evaluación del PIP comprende el periodo de ejecución del proyecto (periodo “0”) más un máximo de diez (10) años de generación de beneficios (periodo ex post). Dicho periodo que inicia en mayo del 2016 hasta diciembre del 2025, el mismo que comprende todas las fases del ciclo del proyecto.

El periodo “2016” comprende el tiempo de realización de todas las acciones necesarias para la ejecución del proyecto que puede ser mayor a un año

3.2.- ANÁLISIS DE LA DEMANDA

El estudio comprende brindar servicios de estimulación temprana del menor de tres años en el Centro de Atención Primaria II Jayanca a nivel familiar y comunal en el área de influencia del Distrito de Jayanca, Departamento de Lambayeque; la misma que asciende a una población total de 9906 habitantes, estableciendo como prioridad población total menores de 3 años los mismos que ascienden a 636 niños.

Para estimar la demanda fue necesario considerar la población asignada al establecimiento de salud la misma que se detalla continuación:

Tabla N°18
Población asignada al CAP II Jayanca, año 2016

EDAD	SEXO		TOTAL
	M	F	
MENOR 1 AÑO	82	100	182
1 AÑO	118	119	237
2 AÑOS	103	114	217
3 AÑOS	135	101	236
4 AÑOS	127	135	262
5 A 9 AÑOS	557	575	1132
10 AÑOS	115	119	234
11 AÑOS	92	93	185
12 – 14 AÑOS	240	226	466
15-17 AÑOS	216	242	458
18-19 AÑOS	130	173	303
20-29 AÑOS	764	966	1730
30-39 AÑOS	701	766	1467
40-49 AÑOS	520	523	1043
50-59 AÑOS	353	408	761
60-64 AÑOS	147	144	291
65 AÑOS	16	24	40
66-69 AÑOS	61	87	148
70-74 AÑOS	69	85	154
75 A MAS	158	203	361
TOTAL	4704	5203	9906

Asimismo, para la población con necesidades sentidas o población demanda potencial, población que busca atención y población demanda efectiva se aplicaran los siguientes indicadores:

Tabla N°19
Indicadores para determinación de la demanda

Población Referencial	9,906	
% con necesidades sentidas	63.6%	
% Pob que busca atención	53.2%	
% de Asegurado al SIS	29.5%	FACTOR
% de Pob que debe coberturar al I Nivel MINSa	80.0%	0.236
I NIVEL	80%	
II NIVEL	15%	
III NIVEL	5%	

En tal sentido, a la población antes estimada se aplica el factor a fin de determinar la población demanda efectiva que accede al CAP II de primer nivel de atención, representa un total de 80%

Tabla N°20
Estimación de población demanda efectiva

POB. REFERENCIAL (a)	% DE POB. CON NECESIDADES SENTIDAS (b)	POB. CON NECESIDADES SENTIDAS (c) = (a) x (b)	% DE POB. QUE BUSCA ATENCIÓN (d)	POB. QUE BUSCA ATENCIÓN (e) = (c) x (d)	FACTOR (f)	POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS SIS QUE ACCEDEN A UN EESS DEL I NIVEL (g) = (e) x (f)
9,906	63.6%	6,300	53.2%	3,352	0.236	791

Asimismo se determinó como demanda efectiva de atenciones por IPRESS de consulta externa, a partir de la población demandante efectiva asegurados que accede al CAP II es de 791 por el ratio de concentración (atenciones/atendidos) 4 obteniéndose una demanda de atenciones 3164

Se determinó como Demanda Efectiva de Atenciones por IPRESS de Consulta Externa, a partir de la población demandante efectiva asegurada que accede al CAP II 791 por el 100% no médicos u otros determinándose la población efectiva asegurados en consultorios externos, se detalla a continuación la población según especialidades.

Tabla N°21
Demanda efectiva de atenciones

POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS QUE ACCEDEN A UN EESS DEL I NIVEL (g)	% PROMEDIO DE ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO MEDICO Y NO MEDICO (h)	POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS MEDICOS Y NO MEDICOS (i) = (g) x (h)	ESPECIALIDADES (j)	% QUE REPRESENTA CADA ESPECIALIDAD (k)	DEMANDA EFECTIVA DE ATENDIDOS POR ESPECIALIDAD (l) = (k) x (i)	CONCENTRACION EN CONSULTA EXTERNA (m)	DEMANDA EFECTIVA DE ATENCIONES MEDICAS Y NO MEDICAS (n) = (l) x (m)
791	Médico	419	MEDICINA	100.0%	1,956	4	7,824
	53%						
	No Médico	372	OBSTETRICIA	31.0%	304	9	2,736
	47%		ENFERMERIA	43.0%	841	11	9,251
			ODONTOLOGIA	26.0%	250	4	1,000
			PSICOLOGIA	0.0%	0	1	0
			ESTIMULACION TEMPRANA	1.0%	50	2	100

Para determinar la demanda Efectiva de atenciones médicas y no medicas se aplica el ratio de concentración (atenciones/atendidos)

Tabla N°22
Determinación de la población demanda atención según servicios

SERVICIO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
MEDICINA	7824	7980	8140	8303	8469	8638	8811	8987	9167	9350	9537
OBSTETRICIA	9251	9436	9625	9817	10014	10214	10418	10626	10839	11056	11277
ENFERMERÍA	9251	9436	9625	9817	10014	10214	10418	10626	10839	11056	11277
ODONTOLOGÍA	1000	1020	1040	1061	1082	1104	1126	1149	1172	1195	1219
PSICOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	100	102	104	106	108	110	113	115	117	120	122
TOTAL	19602	19994	20394	20802	21218	21642	22075	22517	22967	23426	23895

SITUACIÓN ACTUAL DE LA DEMANDA DEL SERVICIO

El servicio de estimulación Temprana del Centro de Atención Primaria II Jayanca Provincia de Lambayeque, Departamento de Lambayeque, muestran diversas limitaciones en la oferta como en la demanda. Como se observó anteriormente se cuenta con 1 solo profesional de enfermería quien tiene múltiples actividades que realizar.

La demanda al servicio de Estimulación Temprana en el Centro de Atención primaria II Jayanca es de suma importancia para el desarrollo y crecimiento de los niños que le permitirán formar las bases para la adquisición de futuros aprendizajes sin embargo existe una población que no accede a los servicios de salud por prioridades en otras actividades y descuidan la salud y control del crecimiento y desarrollo del niño, esto por desconocimiento de la trascendencia de la importancia de la estimulación temprana en niños menores de 36 meses.

A ello hay que agregar que no solo basta realizar la estimulación temprana, sino que el personal del establecimiento de Salud esté capacitado para la realización de la misma dado que una estimulación temprana y buena

consejería ayudan a mejorar las prácticas de cuidado de las familias, asimismo las familias deben conocer más a detalle sobre la situación de la estimulación temprana.

Dentro de las razones de porque los padres no demandan oportunamente el servicio de Estimulación Temprana en el Centro de Atención Primaria II Jayanca podemos mencionar:

- Desconocimiento de la importancia del servicio de Estimulación Temprana al niño menor de 36 meses.
- Deficiencias en las prácticas de cuidado integral al niño menor de 36 meses.
- La difícil accesibilidad al Centro de Atención Primaria II Jayanca
- Débil comunicación del CAP con la Población y promotores de salud acerca del servicio de estimulación Temprana.

Cabe mencionar que la poca disponibilidad de tiempo para el adecuado servicio de estimulación Temprana no solo se da de parte del personal de salud que realiza una labor recargada; sino también que son las propias familias quienes exigen al personal de salud para que la atención sea breve, sin tomarle aun importancia a la estimulación temprana en niños menores de 36 meses, mencionando que sólo van al establecimiento de salud por las vacunas que debe recibir su niño.

3.3.- Análisis de la Oferta

Del análisis de la Oferta Actual, se ha determinado que existe en la jurisdicción del Distrito de Jayanca, la prestación de los servicios de estimulación temprana en niños menores de 3 años, a nivel familiar y comunal, identificándose como oferta actual, precisando que para el año 2015 se han registrado atenciones distribuidas.

Tabla N°23
Determinación de la oferta

CONSULTORIOS EXTERNOS MÉDICOS Y NO MÉDICOS	ESPECIALIDADES	CANTIDAD DE ATENCIONES A PACIENTES SIS POR ESPECIALIDAD (Promedio de 3 últimos años)
Médico	MEDICINA	7,720
No Médico	OBSTETRICIA	3,227
	ENFERMERÍA	4,501
	ODONTOLOGÍA	2,756
	PSICOLOGÍA	0
	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	93

Tabla N°24
Estimación de la oferta durante el horizonte del PIP

ATENCIONES INTINERANTES 2014												
SERVICIO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
MEDICINA	7,720	7874	8032	8193	8356	8524	8694	8868	9045	9226	9411	93,942
OBSTETRICIA	3227	3292	3357	3425	3493	3563	3634	3707	3781	3857	3934	39,268
ENFERMERÍA	4501	4591	4683	4776	4872	4969	5069	5170	5274	5379	5487	54,771
ODONTOLOGÍA	2756	2811	2867	2925	2983	3043	3104	3166	3229	3294	3360	33,537
PSICOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	93	95	97	99	101	103	105	107	109	111	113	1,132
TOTAL	18297	18663	19036	19417	19805	20201	20605	21018	21438	21867	22304	222651

3.4.- Balance de oferta y demanda

Habiéndose estimado la Oferta y la Demanda de atenciones, se procederá a determinar la demanda no atendida como resultado de la Brechas existentes. Se observa que de la diferencia de Oferta y Demanda existen brechas para la prestación servicios de estimulación temprana en niños menores de 3 años, a nivel familiar y comunal.

TABLA N°25
BALANCE OFERTA Y DEMANDA

SERVICIO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
MEDICINA	-7824	-7980	-8140	-8303	-8469	-8638	-8811	-8987	-9167	-9350	-9537	-95208
OBSTETRICIA	-6024	-6144	-6267	-6393	-6521	-6651	-6784	-6920	-7058	-7199	-7343	-73304
ENFERMERÍA	-4750	-4845	-4942	-5041	-5142	-5244	-5349	-5456	-5565	-5677	-5790	-57801
ODONTOLOGÍA	1756	1791	1827	1863	1901	1939	1978	2017	2057	2099	2141	21368
PSICOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	-7	-7	-7	-7	-8	-8	-8	-8	-8	-8	-9	-85
TOTAL	-16849	-17186	-17530	-17880	-18238	-18603	-18975	-19354	-19741	-20136	-20539	-205031

Fuente: SGH CAP II Jayanca

3.5.- PLANTEAMIENTO TÉCNICO DE LA ALTERNATIVA

ALTERNATIVA N°1

Medios Fundamentales	Acciones
Medio Fundamental 1 SUFICIENTE EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana
ADECUADA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 2.1 Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.
SUFICIENTE RECURSO HUMANO CON LAS COMPETENCIAS ADECUADAS PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.
	Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.
	Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.
INVOLUCRAMIENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS	Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.
	Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.
	Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.
CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LAS AUTORIDADES LOCALES	Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.
BUENA ARTICULACIÓN MINSA ESSALUD	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.
	Acción 6.2. Mesas de trabajo.

ALTERNATIVA N° 2

Medios Fundamentales	Acciones
Medio Fundamental 1 SUFICIENTE EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.
ADECUADA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 2.2. Ampliación de la infraestructura del servicio de estimulación temprana
SUFICIENTE RECURSO HUMANO CON LAS COMPETENCIAS ADECUADAS PARA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.
	Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.
	Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana
INVOLUCRAMIENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS	Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.
	Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.
	Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.
CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN LAS AUTORIDADES LOCALES	Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.
BUENA ARTICULACIÓN MINSA ESSALUD	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.
	Acción 6.2. Mesas de trabajo.

CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL

4.1.- COSTOS DEL PROYECTO

Para el cálculo de los precios sociales se ha utilizado los factores de corrección recomendados por el sistema.

Se ha obtenido un costo de inversión total detallado en el siguiente cuadro:

Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.	FACTOR DE CORRECCION	Total S/.
PIP: Mejoramiento del Servicio de Estimulación Temprana del CAP II Jayanca del I Localidad De Jayanca del Distrito de Jayanca Departamento de Lambayeque Ubicación: Distrito Jayanca PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVO N° 1 Fecha: 15/08/2016						Dpto.: LAMBAYEQUE Provincia: LAMBAYEQUE Distrito: LAMBAYEQUE		
						INVERSIÓN A PRECIOS DE MERCADO	FACTOR DE CORRECCION	INVERSIÓN A PRECIOS SOCIALES
01.00.00	COSTOS DIRECTOS					172,013.00		145,773.73
	Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.	GLB	1	16,660.00	16,660.00			
	Acción 2.1 Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.	GLB	1	28,000.00	28,000.00			
	Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.	GLB	1	19,530.00	19,530.00			
	Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.	GLB	1	11,955.00	11,955.00			
	Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.	GLB	1	15,392.00	15,392.00			
	Acción 4.1. capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	GLB	1	4,949.00	4,949.00			
	Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	GLB	1	11,955.00	11,955.00			
	Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.	GLB	1	24,601.00	24,601.00			
	Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	GLB	1	2,790.00	2,790.00			
	Acción 5.2. Sesiones demostrativas a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	GLB	1	17,860.00	17,860.00			
	Acción 5.3. Visitas domiciliarias	GLB	1	8,515.00	8,515.00			
	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.	GLB	1	7,023.00	7,023.00			
	Acción 6.2. Mesas de trabajo	GLB	1	2,783.00	2,783.00			
						172,013.00		145,773.73
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%	SUB-TOTAL 1		8,600.65	0.8475	7,288.69
						180,613.65		153,062.42
05.00.00								
COSTO TOTAL DIRECTO								
						32,510.46		0.00
						SUB-TOTAL 2		153,062.42
07.00.00	SUPERVISIÓN (*)	Porcentaje	5.0%	SUB-TOTAL 3		10,656.21	0.9091	9,687.46
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%	SUB-TOTAL 4		6,393.72	0.9091	5,812.48
MONTO DE INVERSION S/.						230,174.04		168,562.35

PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVA N° 2

Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.	FACTOR DE CORRECCION	Total S/.
01.00.00 COSTOS DIRECTOS						244,013.00	0.8475	206,790.68
	Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.	GLB	1	16660.00	16660			
	Acción 2.2. Ampliación de la infraestructura del servicio de estimulación temprana.	GLB	1	100000.00	100000			
	Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.	GLB	1	19530.00	19530			
	Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.	GLB	1	11955.00	11955			
	Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.	GLB	1	15392.00	15392			
	Acción 4.1. capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	GLB	1	4949.00	4949			
	Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	GLB	1	11955.00	11955			
	Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.	GLB	1	24601.00	24601			
	Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	GLB	1	2790.00	2790			
	Acción 5.2. Sesiones demostrativas a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	GLB	1	17860.00	17860			
	Acción 5.3. Visitas domiciliarias	GLB	1	8515.00	8515			
	Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.	GLB	1	7023.00	7023			
	Acción 6.2. Mesas de trabajo	GLB	1	2783.00	2783			
SUB-TOTAL 1						244,013.00		206,790.68
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%	12,200.65	12,200.65	12,200.65	0.8475	10,339.53
COSTO TOTAL DIRECTO						256,213.65		217,130.21
05.00.00	IGV		18.0%	46,118.46	46,118.46	46,118.46		0.00
SUB-TOTAL 2						302,332.11		217,130.21
07.00.00	SUPERVISIÓN (**)	Porcentaje	5.0%	15,116.61	15,116.61	15,116.61	0.9091	13,742.37
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%	9,069.96	9,069.96	9,069.96	0.9091	8,245.42
MONTO DE INVERSION S/.						326,518.68		239,118.00

PIP: Mejoramiento del Servicio de Estimulación Temprana del CAP II Jayanca del I Localidad De Jayanca del Distrito de Jayanca Departamento de Lambayeque

Dpto.: LAMBAYEQUE

Ubicación: Distrito Jayanca

Provincia: LAMBAYEQUE

Fecha: 16/08/2016

Distrito: JAYANCA

INVERSION A PRECIOS DE MERCADO

FACTOR DE CORRECCION

INVERSION A PRECIOS SOCIALES

4.2.- BENEFICIOS

4.2.1.- Beneficios sociales cuantitativos

El proyecto denominado “Mejoramiento del Servicio de Estimulación Temprana del CAP II Jayanca de la Localidad de Jayanca, del Distrito Jayanca, Departamento de Lambayeque “. En el proyecto no se ha identificado beneficios cuantitativos ya que el proyecto es social, no generará ingresos monetarios.

4.2.2.- Beneficios sociales cualitativos

El PIP si ha identificado beneficios cualitativos ya que con su implementación se mejorará la calidad de vida de los niños menores de 3 años con respecto a su estimulación temprana de la Población del distrito de Jayanca, que por estar ubicados en zonas dispersas y alejadas tienen limitado el acceso a los servicios básicos; por tanto la puesta en marcha del PIP permitirá:

- ✓ Permitirá contar con un equipamiento adecuado para atender a las poblaciones geográficamente dispersas.
- ✓ Desarrollar competencias en el personal de salud para brindar un cuidado de calidad con enfoque de interculturalidad, desarrollando acciones de promoción y prevención de manera articulada con la población.
- ✓ En las familias contar con prácticas nutricionales y de cuidado del niño menor de 3 años adecuado.
- ✓ Que las familias cuenten con acceso de ejercicios de estimulación, alimentos nutritivos y dietas adecuadas.
- ✓ La formación de agentes comunitarios de salud, que participen activamente en la vigilancia de pacientes con escasa estimulación temprana.
- ✓ Gestión concertada local para la disminución de niños sin estimulación temprana, con déficit en el desarrollo psicomotor.
- ✓ Elevar la calidad y condiciones de vida de la población beneficiaria.

4.2.3.- Beneficios en la situación sin proyecto.

El centro de atención primario no dispone de personal suficiente, ni el equipamiento adecuado para la atención integral del niño, sin embargo se ha identificado los siguientes beneficios:

- ✓ Cubrir parcialmente los requerimientos para la estimulación temprana.
- ✓ Contar con un espacio adecuado que le permita brindar de manera parcial una atención integral del niño.

4.2.4.-Beneficios incrementales

Comparando los beneficios identificados tanto en la situación “sin proyecto”, como en la situación “con Proyecto”, se han identificado los beneficios cualitativos incrementales siguientes:

- ✓ Cubrir la demanda insatisfecha para mejorar la estimulación temprana del niño en el Centro de Atención Primario II Jayanca.
- ✓ Brindar atención de calidad estimulando al niño para disminuir casos de retardos en el desarrollo psicomotor, cognitivo.
- ✓ Fortalecer las competencias en las familias y agentes comunitarios de salud para un mejor cuidado y atención de estimulación temprana.
- ✓ Elevar la calidad y condiciones de vida de la población beneficiada, entre otras.

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN

5.1.- EVALUACIÓN SOCIAL

Las características del proyecto determinan una evaluación por la metodología costo – efectividad, mediante la cual se identifican los beneficios del proyecto expresados en unidades no monetarias y se calculan los costos para cada unidad de beneficio del proyecto considerado en la alternativa.

Se utilizara la siguiente formula:

$$CE = VACS/TPB$$

Dónde:

CE: Es el Costo Efectividad.

VACS: Es el Valor Actual de los Costos Sociales

TPB: Es el promedio de la población beneficiada (número de personas atendidas en el CAP II JAYANCA).

Estimación de Costo-Efectividad

INDICADORRES	ALTERNATIVA N° 01	ALTERNATIVA N° 02
VACT - SOCIAL	242254	338598
ICE	116596	116596
COSTO DE EFECTIVIDAD	2.08	2.90

Del resultado de la Evaluación Costo-Efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto con la alternativa 01 el costo será de **2,08** soles y con la alternativa 02 será de **2.90** soles.

Los precios privados no reflejan situaciones de eficiencia económica, debido a las fallas en el mercado por la presencia de impuestos y subsidios entre otros, por ello una adecuada evaluación de proyecto desde el punto de vista de la sociedad,

hace necesario efectuar la corrección de los costos del proyecto de precios privados a precios sociales, aplicando factores de corrección.

5.2 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

5.2.1 Cronograma de Ejecución Física

Principales Rubros	COSTOS DE INVERSION	2017		2018	
		Trimestre IV	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III
Expediente Técnico	6,393.72	100%			
Costo Directo por componente:					
Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.	16,660.00			50%	50%
Acción 2.1 Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.	28,000.00		50%	50%	
Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.	19,530.00		20%	40%	40%
Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.	11,955.00	25%	25%	25%	25%
Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.	15,392.00		30%	30%	40%
Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	4,949.00		30%	30%	40%
Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	11,955.00		30%	30%	40%
Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.	24,601.00		30%	30%	40%

Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	2,790.00		30%	30%	40%
Acción 5.2. sesiones demostrativas a las autoridades locales sobre estimulación temprana	17,860.00		30%	30%	40%
Acción 5.3. visitas domiciliarias	8,515.00		30%	30%	40%
Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.	7,023.00		30%	30%	40%
Acción 6.2. Mesas de trabajo	2,783.00		30%	30%	40%
COSTO DIRECTO TOTAL	178,406.72				
Gastos Generales	8,600.65		30%	30%	40%
IGV	35,540.46		30%	30%	40%
Supervisión	10,650.21		30%	30%	40%
TOTAL	230,174.04				

5.2.2 Cronograma de Ejecución Financiera

Principales Rubros	COSTOS DE INVERSION	2017		2018	
		I Trim.	II Trim	III Trim	IV Trim
Expediente Técnico	6393,72	100%			
Costo Directo por componente:					
Acción 1.1 Adquisición de equipo y materiales para sesiones de estimulación temprana.	16,660.00			50%	50%
Acción 2.1 Ampliación de la infraestructura del servicio de estimulación temprana	100,000.00		50%	50%	
Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.	19,530.00		20%	40%	40%

Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.	11,955.00	25%	25%	25%	25%
Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.	15,392.00		30%	30%	40%
Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	4,949.00		30%	30%	40%
Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	11,955.00		30%	30%	40%
Acción 4.3 Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.	24,601.00		30%	30%	40%
Acción 5.1. Talleres de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	2,790.00		30%	30%	40%
Acción 5.2. Sesiones demostrativas a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	17,860.00		30%	30%	40%
Acción 5.3. Visitas domiciliarias	8,515.00		30%	30%	40%
Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.	7,023.00		30%	30%	40%
Acción 6.2. Mesas de trabajo	2,783.00		30%	30%	40%
COSTO DIRECTO TOTAL	244,013.00				
Gastos Generales	12,265.00		30%	30%	40%
IGV	46,118.46		30%	30%	40%
Supervisión	15,116.61		30%	30%	40%
TOTAL	326,518.68				

Acciones de la alternativa N° 1.

<i>Acciones</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>
Acción 1.1. Adquisición de equipos y materiales para sesiones de estimulación temprana.	Equipos		30 días
Acción 2.1. Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.	Materiales		60 días
Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.	Taller	2 Talleres teórico-prácticos	2 días
Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.	Pasantías	4	mensual
Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.	Especialidad	1	1 año
Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	Taller	1 Talleres teórico-prácticos	01 días
Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	Taller	3 – 5 Pasantías	5 días
Acción 4.3. Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.	Talleres	3 Talleres teórico-prácticos	03 días
Acción 5.1. Taller de capacitación a las autoridades locales sobre estimulación temprana.	Taller	1 Taller teórico	01 días
Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.	plan	1 plan	3 meses
Acción 6.2. Mesas de trabajo		3	3 días

DIAGRAMA DE GANT: CRONOGRAMA DE EJECUCION SEGÚN ACCIONES Y TIEMPOS.

Acciones	Unidad de medida	Cantidad	2017	2018			
			4to trimestre	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre
Acción 1.1. Adquisición de equipos y materiales para sesiones de estimulación temprana.	Equipos		X	X			
Acción 2.1. Mejoramiento del ambiente existente de estimulación temprana.	Materiales		X	X			
Acción 3.1. Talleres de capacitación de los recursos humanos.	Taller	2 Talleres teórico-prácticos		X		X	
Acción 3.2. Pasantías para alcanzar competencias.	Pasantías	4	X		X		X
Acción 3.3. Especialización de estimulación temprana.	Especialidad	1	X	X	X	X	
Acción 4.1. Capacitación a las madres en preparación de materiales para la estimulación temprana.	Taller	1 Talleres teórico-prácticos		X	X		
Acción 4.2. Pasantías con las madres a los centros de estimulación temprana.	Taller	3 – 5 Pasantías		X	X		
Acción 4.3. Capacitación a las madres en estimulación temprana de los niños < 3 años.	Talleres	3 Talleres teórico-prácticos		X		X	
Acción 5.1. Taller de capacitación a							

las autoridades locales sobre estimulación temprana.	Taller	1 Taller teórico			X	X	
Acción 6.1 Elaboración de un plan de intervención con las instituciones MINSA - ESSALUD.	plan	1 plan	X	X	X		
Acción 6.2. Mesas de trabajo		3		X	X	X	

5.3.- SOSTENIBILIDAD

El proyecto desde el inicio contempla acciones que contribuirán a la sostenibilidad del proyecto, ya que fortalece las capacidades de los diferentes actores involucrados en el servicio de estimulación temprana en niños menores de 3 años: personal de salud, agentes comunitarios de salud, familias y comunidad.

Se incluye un accionar integral para asegurar una eficiente implementación del programa de estimulación temprana en niños menores de 3 años. Se ha determinado que las áreas de atención principales para garantizar una buena atención son las siguientes:

- Mejoramiento del acceso y la calidad de la atención al niño menor de 3 años en servicios de estimulación, salud y otros servicios sociales relacionados.
- Mejoramiento del acceso al conocimiento y la información apropiada por parte de las familias, agentes comunitarios, trabajadores, líderes comunales y autoridades.
- Mejoramiento de las prácticas de estimulación temprana, nutrición y recreativas a nivel familiar y comunal.
- A nivel organizacional del sector salud se fortalecerá las competencias del personal de salud del ámbito del proyecto para brindar un cuidado integral de calidad a los pacientes con déficit en el desarrollo psicomotor y lingüístico. Así como acciones de promoción y prevención; por otro lado se realizará el monitoreo y evaluación de los indicadores acordes a las normas técnicas actuales para la disminución de pacientes con déficit en el desarrollo psicomotor y lingüístico, mediante el desarrollo de acciones comunitarias. El seguimiento de indicadores proporcionará información que contribuirá a la gestión de mayores inversiones para acciones de capacitación, monitoreo y acompañamiento en el servicio como estrategias a desarrollar desde el sector salud para mejorar la calidad del niño menor de 3 años.
- El equipo del proyecto incorporará al personal de los establecimientos de salud del ámbito del proyecto y autoridades locales, en los procesos de planificación participativa, lo cual favorecerá la apropiación de estrategias de trabajo, toda vez que se irán construyendo con ellos. Los procesos de acompañamiento y la visualización de los

cambios positivos contribuirán al sostenimiento de las acciones de mejora de la calidad del niño menor de 3 años.

- A nivel de las organizaciones del gobierno local y de autoridades comunales se promoverá espacios permanentes de concertación, sobre todo para la incidencia política en base al manejo de información sobre su importancia, mediante la información compartida sobre una estimulación temprana adecuada y equilibrada, combinada con el ejercicio físico, durante el desarrollo del proyecto. Las autoridades se apropiarán de algunas estrategias de trabajo y se podrá generar incidencia para una mayor inversión, permitiendo la reducción de casos de menores de tres años con déficit en el desarrollo psicomotor. .
- A nivel de las familias se espera que las practicas mejoradas sean trasmitidas de familia en familia y se cree una red de protección social del cuidado del niño menor de 3 años.

Financiamiento de la inversión, de la operación y del mantenimiento

El financiamiento del proyecto será asumido por Oficina de gestión y desarrollo, presupuesto que estará financiado con alguna de sus fuentes de ingreso de Essalud.

La sostenibilidad financiera del proyecto, referida a los costos operativos principalmente, estará financiada por los Recursos Ordinarios asignados a los Establecimientos de Salud.

5.4.- IMPACTO AMBIENTAL

El Estudio de Impacto Ambiental constituye un documento que tiene como fin anticiparse a las consecuencias ambientales de la pre – remodelación de la infraestructura del área del servicio de estimulación temprana del menor de tres años; Y funcionamiento del mismo, con los materiales adecuados para los niños y niñas que accedan al presente grupo, a fin de proteger el ambiente y la salud de la población. Es por ésta razón que se debe considerar a ésta etapa como parte inicial en el planeamiento y desarrollo del presente proyecto.

El mejoramiento del área del servicio de estimulación temprana del menor de tres años, en general, tomará las precauciones necesarias, para evitar que se contamine el ambiente, reciclando y arrojando los desechos inservibles a los botes de basura innecesaria. No tendrá impacto ambiental alguno, se desarrollará con todos los estándares de calidad, y materiales y productos no tóxicos, para lograr una mejor calidad de vida a los niños y niñas menores de 3 años, así como también al personal del CAP II JAYANCA, padres de los niños menores de 3 años y personas que tengan acceso al área del servicio de estimulación temprana. Teniendo en cuenta, los siguientes procedimientos:

MEJORA CONTÍNUA Y CÍCLICA: implica definir objetivos limitados y alcanzable en un primer ciclo, cuya consecución será el punto de partida para definir nuevos y más ambiciosos objetivos en un segundo ciclo, según la mejora continua (cada 6 meses, en 1 año).

SENSIBILIZAR, FORMAR, MOTIVAR a todo el personal, como base de toda gestión.

CONOCER EL ESTADO Y SU EVOLUCIÓN de situación interna y del entorno como base de adaptación a las circunstancias cambiantes.

COMUNICAR: transmitir la información de manera fluida y fidedigna, horizontal y vertical, para que todo el personal entienda su función y coordine sus acciones hacia el objetivo común de mejora continua. La comunicación también se refiere a la opinión pública y a la administración con la finalidad de conseguir una buena imagen y un clima de cooperación

PARTICIPACIÓN de todos los niveles de responsabilidad.

PLANIFICACIÓN Y FLEXIBILIDAD: diagnosticar la situación, definir objetivos, adoptar medidas y controlar su aplicación.

Por la naturaleza del proyecto no se estima ningún impacto ambiental en la zona de ejecución, mas por el contrario se espera impactos positivos. La adquisición de insumos

y elementos para los diversos componentes del proyecto guarda relación con las exigencias de la normatividad vigente del Ministerio de Salud.

5.5. OBSERVACIONES

El proyecto de Inversión Pública formulado responde a las prioridades establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud al 2020, por lo que debe ser aprobado y gestionar el presupuesto correspondiente para su ejecución.

5.6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES ESPERADAS

Luego de haber analizado y procesado la problemática de la empresa, investigando el desarrollo y proceso del proyecto de inversión, y al haber planteado una solución concluimos en lo siguiente:

1. Se concluyó que se mejorará el servicio de Estimulación Temprana del menor de 3 tres años, con talleres de estimulación, ambiente de atención, capacitaciones al personal, nuevos programas, motivación a los padres del niño menor de 3 años y personal capacitado, sensibilización a las autoridades, campañas y programas médicos de estimulación, actividades socio-culturales.
2. La propuesta de solución se dio a través del análisis del problema.
3. Se optó a manipular herramientas en un corto tiempo como Microsoft Excel, Microsoft Word y Microsoft Project, que nos facilitó la redacción de textos, realización de tablas de costos, gráficos de cotizaciones, gráficos y calendarización del proyecto.
4. El diagrama del Árbol nos permitió tener un manejo de la Causa - Efecto del Problema del proyecto y los Objetivos - Medios y Fines del Servicio y atención al niño menor de tres años.

5. El grupo del área de Estimulación de niños de 0 a 3 años incrementará su desarrollo psicomotor, lo que confirma que la falta de estimulación conduce a un estancamiento en su desarrollo psicomotor.
6. Incremento de la adquisición de conductas psicomotoras de los niños estimulados en comparación con sus pares sin estimulación temprana.

El proyecto demuestra rentabilidad social, sostenibilidad y está conforme a los lineamientos de política y objetivos del Gobierno Regional y el Sector.

RECOMENDACIONES

- ✓ Sugerimos al CAP II JAYANCA beneficiada el Mejoramiento del Servicio de Estimulación Temprana del menor de 3 años, que el área y equipamiento sea utilizado de manera responsable, con el fin de aprovechar al máximo los beneficios para lo cual fue diseñado y mejorado.
- ✓ Contratación de 1 recurso humano (Enfermera)
- ✓ El personal de Salud debe estar debidamente capacitado y motivado para dar una correcta y afable atención al Niño menor de 3 años
- ✓ Realizar mantenimiento permanente para no tener ninguna deficiencia posteriormente.

5.7. FECHA DE FORMULACIÓN

Mayo 2018

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Damián I.” Capacitación en estimulación temprana y su influencia en el desarrollo psicomotor de niños del CLAS – ILLIMO, 2008” [Tesis de Licenciatura para optar el título de Licenciada en enfermería]. Universidad católica santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque – Perú; 2008.
2. Medellín G. Crecimiento y desarrollo del ser humano. Santafé de Bogotá: Universidad del Valle: OPS: OMS; 1995.
3. Gassier J. Manual del desarrollo psicomotor del niño. Madrid : Masson.2008
4. Bower T. El desarrollo del niño pequeño. Madrid: Editorial Debate; 2009.
5. Cabrera C, Sánchez P. La Estimulación Precoz. Un enfoque práctico. España: Barcelona; Editorial Siglo XXI: Hemisur; 2004.
6. Klaus M, Kenell J. La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Argentina: Buenos Aires; Editorial médica Panamericana: Milla; 2005.
7. Matas S. Estimulación temprana de 0 a 36 meses. Argentina: Buenos Aires; Editorial Humanitas; 1997.
8. Jaimes V. “Propuesta de un Manual de estimulación temprana de niños sanos de 0 a 2 años para el primer nivel de atención” [Tesis de Licenciatura para optar el título de Licenciada en enfermería].UNAM. México; 2000.
9. Martínez F. La estimulación temprana: enfoques, problemáticas y proyecciones [Internet]. Cuba: Universidad de la Habana; 2014[Consultado 24 ener. 2016]. Disponible en: https://www.oei.es/historico/inicial/articulos/enfoques_estimulacion_temprana.pdf
10. Ministerio de salud. Ley marco de aseguramiento universal en salud y su Reglamento Ley N° 29344. [internet].Lima; 2016 [Consultado 02 de ener. 2016].Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>

11. Ministerio de salud de Perú. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años [Internet]. Lima: Dirección general de salud de las personas; 2011[Consultado 10 oct 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/NORMA_CRED.pdf
12. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES 2013, 2014,2015. Perú; 2015.
13. Ministerio de salud. Lineamientos de Política Sectorial en Salud. Lima; 2015. (Consultado el 15 Nov., 2016) disponible en: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0807/060420151548291.pdf>
14. Congreso de la Republica. Ley 28927. Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal. Perú; 2016.
15. Naciones unidas de los derechos humanos. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. Estados unidos: Oficina del alto comisionado; 2014[Consultado 16 ene 2016]. Disponible
16. Ministerio de salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. RM 464-2015 / MINSA. Perú; 2015. (Consultado el 14 de Jun., 2016). Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3301.pdf>
17. Ministerio de Salud. Guía Simplificada para la Formulación de Proyectos de atención Médica Básica de Salud a Nivel de Perfil. Lima; 2013.
18. Ministerio de salud. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento Ley N° 29344 / MINSA. Perú ; 2015.(consultado el 14 de Jun., 2016) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/LeyMarco.pdf>
19. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2021. Perú, 2011.(consultado el 16 de Jun., 2016) Disponible en https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversionfinal.pdf

20. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Plan Bicentenario Perú hacia el 2021. Perú, 2016. (consultado el 26 de Jul., 2016) Disponible en <https://www.ceplan.gob.pe/sinaplan/plan-bicentenario-2/>
21. Gobierno Regional de Lambayeque. Consejo Regional de Salud. Dirección Regional de Salud, Plan Participativo Regional de Salud de Lambayeque 2005 - 2010 Para vivir mejor. Lambayeque, 2006. (consultado el 26 de Jul., 2016) Disponible en ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/02cns/web/consejos/PRC_Lambayeque.pdf
22. Sistema de Gestión Hospitalaria del Centro de Atención Primaria Jayanca. Lambayeque; 2016.
23. Rodríguez N. Guía de estimulación temprana. Atención primaria de salud. REDESSALUD. Lima; 2010.
24. Sistema administrativo del Estado. Perú; 2017. (consultado el 13 de Jun.,2016) Disponible en: <https://www.mef.gob.pe/es/inversion-publica-sp-21787/180-acerca-del-snip/306-que-es-el-snip>
25. Acuerdos Locales. Chiclayo; 2013 (consultado el 13 de Jun.,2016) Disponible en: http://www.munichiclayo.gob.pe/Documentos/PDF_PDUA/PDUA_CAP_III_P1.pdf
26. Martínez M. La estimulación temprana: Enfoques, problemáticas y proyección. Centro de Referencia Latinoamericana para la Educación Preescolar. Perú; 2002. (consultado el 14 de May.,2016) Disponible en: <http://www.waece.org/biblioteca/pdfs/d026.pdf> 20-02-2013.

ANEXOS

ACCIÓN 1.1 ADQUISICIÓN DE EQUIPO Y MATERIALES PARA SESIONES DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
COLCHONETAS	UNIDAD	16	120.00	1920.00
PELOTAS TERAPERUTICAS	UNIDAD	20	45.00	900.00
RAMPAS Y ESCALERAS DE ESPUMA	UNIDAD	2	300.00	600.00
ALFOMBRA O PISO MICROPOROSO	PAQUETES POR 6	4	70.00	280.00
RODILLOS DE ESPUMA	UNIDAD	5	35.00	175.00
TUNELES	UNIDAD	2	300.00	600.00
PISCINA DE PELOTAS	UNIDAD	2	500.00	1000.00
SONAJAS	UNIDAD	10	35.00	350.00
MUSICA Y VIDEOS PARA ESTIMULACION	UNIDAD	20	20.00	400.00
ROMPECABEZAS DE ENCAJE	UNIDAD	5	15.00	75.00
JUGUETES DIDACTICOS: material de textura, material de estimulación visual	UNIDAD	3	300.00	900.00
ESPEJO	UNIDAD	1	100.00	100.00
EQUIPO DE MUSICA	UNIDAD	1	1500.00	1500.00
ESTANTES DE MADERA PARA JUGUETES	UNIDAD	3	500.00	1500.00
TELEVISOR DE 50	UNIDAD	1	2500.00	2500.00
DVD	UNIDAD	1	500.00	500.00
SILLAS	UNIDAD	12	30.00	360.00
GIMNASIO PARA PSICOMOTRICIDAD	UNIDAD	1	3000.00	3000.00
TOTAL				16660.00

ACCIÓN 2.1 MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE EXISTENTE DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
MATENIMIENTO	UNIDAD	1	19200	19200
MODULO DE MADERA	UNIDAD	1	8800	8800
TOTAL				28000

ACCIÓN 3.1 TALLERES DE CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PAPEL BOND	MILLAR	3	25.00	75.00
LAPICEROS	CAJA	3	25.00	75.00
MATERIAL DE ESCRITORIO	GLOBAL	1	500.00	500.00
MATERIAL DE APOYO	GLOBAL	1	600.00	600.00
GUIA CLINICA	UNIDAD	10	60.00	600.00
SERVICIOS				0.00
MOVILIDAD LOCAL	TALLER	8	150.00	1200.00
ESTIPENDIO CAPACITADORA	TALLER	8	2000.00	16000.00
REFRIGERIO	TALLER	8	60.00	480.00
TOTAL				19530.00

ACCIÓN 3.2 PASANTÍAS PARA ALCANZAR COMPETENCIAS				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
FILMADORA	UNIDAD	1	1000.00	1000.00
CUADERNOS	UNIDAD	15	7.00	105.00
MATERIAL DE APOYO	GLOBAL	1	800.00	800.00
SERVICIOS				0.00
MOVILIDAD	PERSONA	15	300.00	4500.00
HOSPEDAJE	PERSONA	15	150.00	2250.00
CAPACITADOR	PERSONA	1	1500.00	1500.00
ALIMENTACIÓN	PERSONA	15	120.00	1800.00
TOTAL				11955.00

ACCIÓN 3.3. ESPECIALIZACIÓN DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
INSCRIPCIÓN		1	1000.00	1000.00
CARPETA		1	100	100.00
MATRICULA		4	450.00	1800.00
MENSUALIDAD		12	400.00	4800.00
SERTIFICADO	UNIDAD	1	200.00	200.00
CUADERNOS	UNIDAD	6	7.00	42.00
SERVICIOS				0.00
MOVILIDAD	PERSONA	15	300.00	4500.00
HOSPEDAJE	PERSONA	15	150.00	2250.00
ALIMENTACIÓN	PERSONA	15	120.00	1800.00
TOTAL				15392.00

ACCIÓN 4.1. CAPACITACIÓN A LAS MADRES EN PREPARACIÓN DE MATERIALES PARA LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PLUMONES N° 47	CAJA	6	36.00	216.00
CARTULINAS	CIENTO	4	36.00	144.00
CINTA MASQUINTAPE	UNIDAD	20	1.80	36.00
CINTA EMBALAJE	UNIDAD	8	3.50	28.00
FRANELA	METRO	5	8.00	40.00
HILOS	UNIDAD	6	3.00	18.00
TELA FLOREADA	METRO	5	12.00	60.00
PELOTAS	UNIDAD	15	4.00	60.00
MOLDES	UNIDAD	10	3.00	30.00
GOMA	KG	5	6.00	30.00
TIJERAS	UNIDAD	10	4.00	40.00
SILICONA	UNIDAD	50	0.50	25.00
PISTOLA DE SILICONA	UNIDAD	2	15.00	30.00
CORROSPUN	METRO	4	7.00	28.00
FELPA	METRO	4	12.00	48.00
SILUETAS	UNIDAD	10	15.00	150.00
TEMPERAS	CAJA	3	12.00	36.00
PINCELES	UNIDAD	10	3.00	30.00
SERVICIOS				0.00
MOVILIDAD	PERSONA	15	150.00	2250.00
REFRIGERIO	PERSONA	15	70.00	1050.00
FACILITADOR	PERSONA	2	300.00	600.00
TOTAL				4949.00

ACCION 4.2.PASANTÍAS CON LAS MADRES A LOS CENTROS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
FILMADORA	UNIDAD	1	1000.00	1000.00
CUADERNOS	UNIDAD	15	7.00	105.00
MATERIAL DE APOYO	GLOBAL	1	800.00	800.00
SERVICIOS				0.00
MOVILIDAD	PERSONA	15	300.00	4500.00
HOSPEDAJE	PERSONA	15	150.00	2250.00
CAPACITADOR	PERSONA	1	1500.00	1500.00
ALIMENTACIÓN	PERSONA	15	120.00	1800.00
TOTAL				11955.00

ACCIÓN 4.3 CAPACITACIÓN A LAS MADRES EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA DE LOS NIÑOS < 3 AÑOS				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PAPEL SABANA	CIENTO	5	36.00	180.00
PLUMONES N° 47	CAJA	10	36.00	360.00
PIZARRA ACRILICA	UNIDAD	1	120.00	120.00
PLUMONES ACRILICO	CAJA	2	36.00	72.00
MOTA	MOTA	2	4.00	8.00
PAPEL BOND	MILLAR	4	30.00	120.00
CARTULINAS	CIENTO	4	36.00	144.00
CINTA MASQUINTAPE	UNIDAD	20	1.80	36.00
CINTA EMBALAJE	UNIDAD	8	3.50	28.00
CUADERNO	UNIDAD	10	7.00	70.00
FOLLETOS	MILLAR	1	900.00	900.00
MATERIAL PANEL	GLOBAL	1	500.00	500.00
ALFILERES	CAJA	4	2.00	8.00
GRAPAS	CAJA	1	5.00	5.00
IMPRESIONES	GLOBAL	1	400.00	400.00
TABLILLAS	UNIDAD	10	5.00	50.00
SERVICIOS				0.00
CAPACITADOR	TALLER	48	300.00	14400.00
ALQUILER MUTIMEDIA	TALLER	48	50.00	2400.00
REFRIGERIO	TALLER	48	70.00	3360.00
MOVILIDAD	TALLER	48	30.00	1440.00
TOTAL				24601.00

ACCIÓN 5.1 TALLERES DE CAPACITACIÓN A LAS AUTORIDADES LOCALES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PAPEL SABANA	CIENTO	5	36.00	180.00
PLUMONES N° 47	CAJA	10	36.00	360.00
PIZARRA ACRILICA	UNIDAD	1	120.00	120.00
PLUMONES ACRILICO	CAJA	2	36.00	72.00
MOTA	MOTA	2	4.00	8.00
PAPEL BOND	MILLAR	4	30.00	120.00
CARTULINAS	CIENTO	4	36.00	144.00
CINTA MASQUINTAPE	UNIDAD	20	1.80	36.00
IMPRESIONES	GLOBAL	1	400.00	400.00
SERVICIOS				0.00
PROGRAMADOR	TALLER	3	300.00	900.00
ALQUILER MUTIMEDIA	TALLER	3	50.00	150.00
REFRIGERIO	TALLER	3	70.00	210.00
MOVILIDAD	TALLER	3	30.00	90.00
TOTAL				2790.00

ACCION 5.2. SESIONES DEMOSTRATIVAS A LAS AUTORIDADES LOCALES SOBRE ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARI O	COSTO TOTAL
COLCHONETAS	UNIDAD	16	120.00	1920.00
PELOTAS TERAPERUTICAS	UNIDAD	20	45.00	900.00
RAMPAS Y ESCALERAS DE ESPUMA	UNIDAD	2	300.00	600.00
ALFOMBRA O PISO MICROPOROSO	PAQUETES POR 6	4	70.00	280.00
RODIILLOS DE ESPUMA	UNIDAD	5	35.00	175.00
TUNELES	UNIDAD	2	300.00	600.00
PISCINA DE PELOTAS	UNIDAD	2	500.00	1000.00
SONAJAS	UNIDAD	10	35.00	350.00
MUSICA Y VIDEOS PARA ESTIMULACION	UNIDAD	20	20.00	400.00
ROMPECABEZAS DE ENCAJE	UNIDAD	5	15.00	75.00
JUGUETES DIDACTICOS: material de textura, material de estimulación visual	UNIDAD	3	300.00	900.00
ESPEJO	UNIDAD	1	100.00	100.00
EQUIPO DE MUSICA	UNIDAD	1	1500.00	1500.00
ESTANTES DE MADERA PARA JUGUETES	UNIDAD	3	500.00	1500.00
TELEVISOR DE 50	UNIDAD	1	2500.00	2500.00
DVD	UNIDAD	1	500.00	500.00
SILLAS	UNIDAD	12	30.00	360.00
GIMNASIO PARA PSICOMOTRICIDAD	UNIDAD	1	3000.00	3000.00
SERVICIOS				0.00
PROGRAMADOR	SESION	3	300.00	900.00
REFRIGERIO	SESION	3	70.00	210.00
MOVILIDAD	SESION	3	30.00	90.00
TOTAL				17860.00

ACCIÓN 5.3. VISITAS DOMICILIARIAS				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PAPEL BOND	MILLAR	4	30.00	120.00
CUADERNO	UNIDAD	10	7.00	70.00
FOLLETOS	MILLAR	1	900.00	900.00
IMPRESIONES	GLOBAL	1	400.00	400.00
LAPICEROS	CAJA	1	25.00	25.00
CAMARA	UNIDAD	1	800.00	800.00
SERVICIOS				0.00
REFRIGERIOS	DIA	4	200.00	800.00
MOVILIDAD	DIA	4	100.00	400.00
ESTIPENDIO	GLOBAL	1	5000.00	5000.00
TOTAL				8515.00

ACCIÓN 6.1 ELABORACIÓN DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN CON LAS INSTITUCIONES MINSA - ESSALUD				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PAPELOTES	CIENTO	1	36	36
PLUMONES	CAJA	2	36	72
CINTA MASKINTAQUE	UNIDAD	10	2	20
IMPRESIONES	GLOBAL	1	200	200
FOTOCOPIAS	GLOBAL	1	150	150
LAPICEROS	CAJA	1	25	25
SERVICIOS				0
ALQUILER DE MULTIMEDIA	DIA	4	80	320
REFRIGERIOS	DIA	4	200	800
MOVILIDAD	DIA	4	100	400
ESTIPENIO CONSULTOR	GLOBAL	1	5000	5000
TOTAL				7023

ACCIÓN 6.2. MESAS DE TRABAJO				
REQUERIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PAPELOTES	CIENTO	1	36.00	36.00
PLUMONES	CAJA	2	36.00	72.00
CINTA MAST	UNIDAD	10	2.00	20.00
IMPRESIONES	GLOBAL	1	200.00	200.00
FOTOCOPIAS	GLOBAL	1	150.00	150.00
LAPICEROS	CAJA	1	25.00	25.00
SERVICIOS				0.00
ALQUILER DE MULTIMEDIA	TALLER	6	80.00	480.00
REFRIGERIOS	TALLER	6	200.00	1200.00
MOVILIDAD	TALLER	6	100.00	600.00
TOTAL				2783.00

**ENTRADA DE CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA II
JAYANCA**



SALA DE ESPERA DEL CAP II JAYANCA



CONSULTORIO DE CRED E INMUNIZACIONES DEL CAP II JAYANCA**AMBIENTE DE ESTIMULACION TEMPRANA**

