

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: IMPLEMENTACIÓN DEL
SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA MENORES
DE CINCO AÑOS, CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS,
CHICLAYO**

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

AUTOR:

LIC. CARPIO DELGADO LUCILA KATERIN

Chiclayo, 23 de Abril de 2018

**PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: IMPLEMENTACIÓN
DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA
MENORES DE CINCO AÑOS, CENTRO DE SALUD
ATUSPARIAS, CHICLAYO**

POR: Lic. Carpio Delgado Lucila Katerin

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIA**

APROBADO POR:

Dra. Miriam Elena Saavedra Covarrubia
Presidente de Jurado

Mg. Julia María Nureña Montenegro
Secretaria de Jurado

Mg. Angélica Soledad Vega Ramírez
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 23 de Abril de 2018

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
RESUMEN DEL PERFIL DEL PROYECTO	9
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	13
1.1. CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO	13
1.2. NOMBRE DEL PROYECTO	13
1.3. RESPONSABILIDAD FUNCIONAL	13
1.4. UNIDAD FORMULADORA	13
1.5. UNIDAD EJECUTORA	14
1.6. UBICACIÓN GEOGRÁFICA	14
1.7. MARCO DE REFERENCIA	17
1.7.1. Marco Teórico Referencial	17
1.7.2. Marco Político Social	25
CAPÍTULO II: IDENTIFICACIÓN	30
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL	30
2.1.1. Área de Estudio y Área de Influencia	30
2.1.2. Diagnóstico de los involucrados	53
2.1.3. Diagnóstico del servicio	54
2.2. PROBLEMA CENTRAL Y SUS CAUSAS	59
2.2.1. Definición del Problema Central	59
2.2.2. Análisis de causas	59
2.2.3. Análisis de efectos	60
2.3. OBJETIVO DEL PROYECTO, MEDIOS Y FINES	62
2.3.1. Descripción de Objetivo Central	62
2.3.2. Análisis de Medios	62
2.3.3. Análisis de Fines	63

2.4.	DETERMINACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	65
2.4.1.	Planteamiento técnico de las alternativas de solución	65
2.4.2.	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	74
3.4.	BALANCE OFERTA- DEMANDA	75
3.5.	PLANTEAMIENTO TÉCNICO DE LAS ALTERNATIVAS	76
	CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL	78
4.1.	COSTOS DEL PROYECTO	78
4.2.	BENEFICIOS	80
4.2.1.	Beneficios sociales cuantitativos	80
4.2.2.	Beneficios sociales cualitativos	80
4.2.3.	Beneficios sin proyecto	80
4.2.4.	Beneficios incrementales	81
	CAPÍTULO V: EVALUACIÓN	82
5.1.	EVALUACIÓN SOCIAL	82
5.2.	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN	83
5.3.	SOSTENIBILIDAD	87
5.4.	IMPACTO AMBIENTAL	87
5.5.	OBSERVACIONES	90
5.6.	RECOMENDACIONES	90
5.7.	SUGERENCIAS	91
5.8.	FECHA DE FORMULACIÓN	91
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
	ANEXOS	95

DEDICATORIA

El presente proyecto está dedicado:

A Dios porque nos brinda las oportunidades de vivir y de tener una familia maravillosa.
Por concederme la llegada de este momento especial en nuestra vida.

A mi familia, a quienes les correspondo con dicho proyecto, les agradezco el cariño y la comprensión, y porque han sabido formarme con buenos valores y sentimientos.

A los maestros; agradecerles por el tiempo, por su apoyo así como por el conocimiento que nos transmiten en el desarrollo de nuestra formación, en especial a mi asesora por su gran apoyo, motivación y porque nos impulsa al desarrollo de nuestra formación profesional.

Lucila katerin

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a:

Dios, por brindarme salud y bienestar para poder alcanzar las metas propuestas que contribuye al crecimiento profesional de enfermería, por estar en cada momento, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestra mente y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido un soporte y compañía durante este periodo.

Mi familia, por su acompañamiento incondicional en los buenos y malos momentos de experiencias vividas.

A la docente que brindaba su asesoría, porque ha sido una guía, gracias a su paciencia y enseñanza.

Los miembros del jurado quienes con su aporte hicieron posible la culminación satisfactoria de la investigación.

Así mismo agradecer al personal que labora en el Centro de Salud Atusparias que me brindaron información necesaria para el desarrollo de dicha investigación.

Lucila Katerin

RESUMEN

La carencia de mantener un adecuado servicio de atención integral de salud se percibe en todos los ámbitos del Perú. Es por ello que, se presenta el siguiente proyecto dando alternativa frente a la necesidad de fortalecer el servicio de estimulación temprana en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Atusparias, distrito de José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo – Lambayeque, con el objetivo de brindar Adecuado servicio de estimulación temprana del niño menor de 5 años en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, distrito JLO, provincia Chiclayo – Lambayeque.

Así mismo al finalizar el proyecto se habrá logrado fortalecer las competencias del personal de salud para una adecuada atención integral; se habrá dotado de equipamiento suficiente en los servicios de salud y se habrá desarrollado conocimientos apropiados a las familias para el cuidado integral del niño menor de 5 años, además se contará con una apropiada información para el cuidado integral de los niños menores de 5 años; también se habrá fortalecido las capacidades de los agentes comunitarios en los sistemas de vigilancia comunitaria, para una adecuada atención integral del niño menor de 5 años. Se considera un horizonte de duración de 10 años de generación de beneficios, que comprende el tiempo de realización de todas las acciones, la evaluación y seguimiento del proyecto. El presupuesto de inversión es de 129,668.00 soles.

Palabras claves: Estimulación temprana, personal de salud, niños menores de cinco años, familias.

ABSTRACT

The lack of maintaining an adequate service of comprehensive health care is perceived in all areas of Peru. That is why, the following project is presented as an alternative to the need to strengthen the service of early stimulation in children under five years of age at the Atusparias Health Center, district of José Leonardo Ortiz, province of Chiclayo - Lambayeque, with the objective of providing Adequate early stimulation service for children under 5 years old at the Pedro Pablo Atusparias Health Center, JLO district, Chiclayo province - Lambayeque.

Likewise, at the end of the project, the competencies of the health personnel will have been strengthened for an adequate integral attention; it will have been provided with sufficient equipment in the health services and appropriate knowledge will have been developed for families for the comprehensive care of children under 5 years of age, in addition to appropriate information for the comprehensive care of children under 5 years of age; the capacities of community agents in community surveillance systems will also be strengthened, so that adequate attention can be given to children under 5 years of age. It is considered a horizon of duration of 10 years of generation of benefits, which includes the time of completion of all actions, evaluation and monitoring of the project. The investment budget is 129,668.00 soles.

Key words: Early stimulation, health personnel, children under five, families.

RESUMEN DEL PERFIL DEL PROYECTO

TITULO

IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA MENORES DE CINCO, CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS, CHICLAYO

OBJETIVO GENERAL.

Promover un adecuado servicio de estimulación temprana del niño menor de 5 años en el centro de salud Atusparias, distrito JLO. Provincia de Chiclayo - Lambayeque - 2017.

ALTERNATIVA N° 01:

Esta alternativa reconoce la necesidad de instalar y equipar un módulo de Estimulación Temprana para el niño menor de cinco años en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, jurisdicción del distrito José Leonardo Ortiz de la provincia de Chiclayo - Lambayeque, con la finalidad de fortalecer los niveles de salud de la población en esta etapa de vida y promover su desarrollo óptimo.

ALTERNATIVA N° 01:

Medios Fundamentales	Acciones
<u>Medio fundamental 1:</u> Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	1.1. Ampliación de la infraestructura actual.
<u>Medio fundamental 2:</u> Suficiente equipamiento para la sesión de Estimulación Temprana del niño menor de cinco años	2.1.- Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana.
<u>Medio fundamental 3</u> Adecuada capacidad del recurso humano para la sesión de estimulación temprana del niño menor de cinco años.	3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años. 3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.
<u>Medio fundamental 4:</u>	4.1.- Elaborar el Plan comunicacional. 4.2.- Implementación del Plan comunicacional.

Conocimiento de la elaboración de un plan comunicacional.	4.3.- Evaluación del Plan comunicacional.
<u>Medio fundamental 5:</u> Agentes Comunitarios capacitados que promuevan la Estimulación Temprana en niños menores de cinco años.	5.1.- Implementación del sistema de la Vigilancia Comunal para la participación de la población como agentes comunitarios. 5.2.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.

ALTERNATIVA N° 02.

Medios Fundamentales	Acciones
<u>Medio fundamental 1:</u> Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	1.2.- Construcción de un módulo para el desarrollo de la sesión de estimulación temprana. 1.2.- Ampliación de la infraestructura actual.
<u>Medio fundamental 2:</u> Suficiente equipamiento para la sesión de Estimulación Temprana del niño menor de cinco años	2.1 Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana.
<u>Medio fundamental 3</u> Adecuada capacidad del recurso humano para la sesión de estimulación temprana del niño menor de cinco años.	3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años. 3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.
<u>Medio fundamental 4:</u> Conocimiento de la elaboración de un plan comunicacional.	4.1.- Implementación y evaluación del Plan comunicacional.
<u>Medio fundamental 5:</u> Agentes Comunitarios capacitados que promuevan	5.1.- Implementación del sistema de la Vigilancia Comunal para la participación

la Estimulación Temprana en niños menores de cinco años.	de la población como agentes comunitarios. 5.2.- Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.
--	--

RESULTADOS

R1: Se implementará con un adecuado equipamiento para la sesión de estimulación temprana del niño menor de cinco años

R2: Se contará con una infraestructura adecuada para la sesión de estimulación temprana a niños menores de cinco años.

R3: Se habrá fortalecido las capacidades de los recursos humanos para brindar una adecuada estimulación temprana a niños menores de 5 años.

R4: Se habrá elaborado un plan comunicacional apropiado para la información sobre estimulación temprana de los niños menores de 5 años.

R5: Se contará con la participación de los agentes comunales en los sistemas de vigilancia comunitaria, para una adecuada estimulación temprana del niño menor de 5 años.

COSTOS.

Del resultado de la Evaluación Costo – Efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de **129,668.00** soles y con la alternativa 02 será de **193,898.00** soles.

EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN

DESCRIPCION	ALT. N° 01	ALT. N° 02
VACSN (T.D. 9%)	129,668	193,898
Beneficiarios (Total del Horizonte)	57,140	57,140
COSTO EFECTIVIDAD	2.27	3.39

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1 **CÓDIGO SNIP DEL PIP MENOR:**

1.2 **NOMBRE DEL PIP MENOR**

IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA MENORES DE CINCO AÑOS. CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS, CHICLAYO.

1.3 **RESPONSABILIDAD FUNCIONAL**

○ **Función: 020 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 Funcional: 043 salud 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**

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**

Nombre

Sector : Gobierno Regional

Pliego : Gobierno Regional de Lambayeque

Nombre de UF : Gerencia Regional de Salud Lambayeque

Persona Responsable de Formular: Equipo Técnico

Lic. Enf. Carpio Delgado Lucila Katerin.

Persona Responsable de la Unidad Formuladora del PIP Menor

Formuladora : Ing. Julio Albújar Ramírez
Dirección : Av. Salaverry N° 1610-Chiclayo
Teléfono : (074) 219349
E-mail : ufsaludlamb@hotmail.com

1.5 UNIDAD EJECUTORA

Sector : Gobiernos Regionales
Pliego : Gobierno Regional de Lambayeque
Persona responsable de la Unidad Ejecutora: Dr. Pedro Alejandro Cruzado
Puente
Cargo : Gerente Regional de Salud
Dirección : Av. Salaverry N° 1610-Chiclayo
Teléfono : 074 - 219349
E-mail : pcruzado@geresalambayeque.gob.pe

1.6 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

DEPARTAMENTO : LAMBAYEQUE
PROVINCIA : CHICLAYO
DISTRITO : JOSE LEONARDO ORTIZ

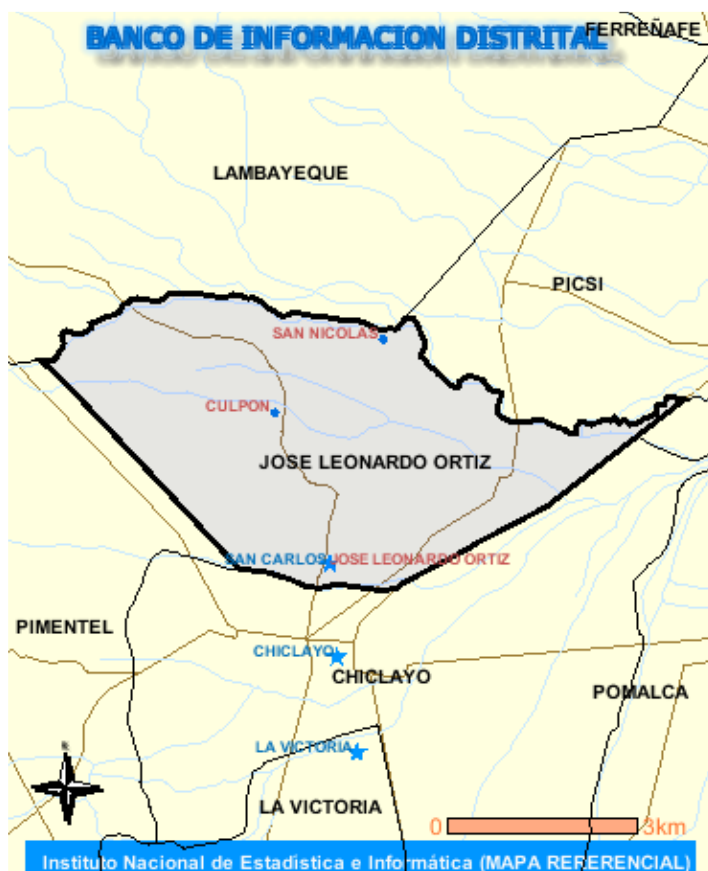
Departamento Lambayeque



Provincia Chiclayo



**MAPA DE UBICACIÓN DEL C. S. PEDRO PABLO ATUSPARIAS. JOSE LEONARDO
ORTIZ**



Límites:

Norte: Distrito de Lambayeque

Este : Distrito de Pícsi

Oeste: Chiclayo

Sur : Chiclayo

El UPIS “Pedro Pablo Atusparias” del distrito de José Leonardo Ortiz, de la provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque su área hace un total de 7,280 m² para el Centro de Salud, el que está ubicado en el 2do Parque de UPIS Pedro P. Atusparias por coordinación de los pobladores con la Región de Salud

II – Lambayeque, a través de la Cooperativa de Desarrollo de Lambayeque (CORDELAM), el que es inaugurado el 27 de Septiembre de 1985 con el nombre de Centro de Salud “Pedro Pablo Atusparias” de José Leonardo Ortiz

- **Clima.**- El clima es templado cálido, con una temperatura promedio de 22°C (máxima 30° C y mínima 15 °C). Existen temperaturas extremas, cuenta con escasas precipitaciones pluviales, lloviznas en los meses de enero a marzo.
- **Suelos.**- Sus suelos no son muy extensos, existen terrenos de cultivo, algunos fértiles, y otros que presentan salinización. Cuenta con una flora natural compuesta por forrajes, verduras, algunos árboles frutales, hortalizas, etc. Con productos agropecuarios como arroz, yuca y su fauna Es escasa, los principales animales domésticos son el ganado vacuno, granja de gallinas, cuyes, conejos, etc.

1.7 MARCO DE REFERENCIA

1.7.1 Marco Teórico referencial

Los Objetivos Mundiales reemplazan a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales en septiembre de 2000 reunieron al mundo en torno a un programa común: abordar la indignidad de la pobreza, se establecieron objetivos medibles, acordados universalmente, sobre la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, la prevención de las enfermedades mortales pero tratables, y la ampliación de las oportunidades educacionales de todos los niños, entre otros. Dentro de estos el Perú, responden a acuerdos cuyo cumplimiento servirá para combatir la pobreza, la hambruna, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la

discriminación contra la mujer y por ende del niño como prioridades. Específicamente, el objetivo 3 se refiere a la buena salud referida a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.¹

Se estima que en promedio, el 56% de las muertes infantiles (menores de cinco años) en 53 países en desarrollo, se atribuyen directa o indirectamente a deficiencias nutricionales, como es de conocimientos que existen suficientes evidencias científicas y empíricas que demuestran que la desnutrición en las niñas y niños menores de tres años tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida.²

La Constitución política del Perú detalla que a través de la comunidad y del estado se brinda uno de los derechos fundamentales: la protección del niño como futuros ciudadanos y la familia como unidad fundamental de la sociedad, es por ello que el Ministerio de Salud a través de sus políticas de salud promueve que los establecimientos de salud brinden una oferta que a través del tiempo ha logrado un mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad: Para garantizar la atención de la salud a la población y el acceso universal equitativo y solidario a los servicios de salud considerando que es necesaria la articulación efectiva del sistema de salud en función de la atención de la demanda y necesidades básicas de salud de la población especialmente al niño y la familia.²

Por lo que el sector salud brindará servicios de atención integral con criterios de equidad, género, interculturalidad, calidad y sostenibilidad, con el fin de hacerlos accesibles a la población en general, con especial énfasis a las poblaciones pobres o en extrema pobreza y aquellos grupos de población que tienen mayor vulnerabilidad como es la población infantil.

En 1974, Lalonde nos detalla nuevos conceptos integradores de salud pública, como los determinantes de la salud que nos permitió ahondar en las

dimensiones o campos de la salud como la biología humana, el ambiente, los estilos de vida y la organización de los sistemas de salud especialmente en puntos como la situación de salud y la gestión sanitaria en el grupo del niño y la familia.³

En el contexto nacional, el país demográficamente se muestra bastante dinámico, en el censo del año 2007 se registró una población total de 27 412 157 habitantes, de los cuales el 70,1% es urbana y 29,9% rural; presenta una tasa de crecimiento promedio anual de 1,6% a nivel nacional, 2,1% a nivel urbano y 0,01% a nivel rural; geográficamente, la población se distribuye con el 54,6% en la región costa, el 32,0% en la sierra y el 13,4% en la selva.

La disminución de la fecundidad ha tenido un papel importante en la baja de la mortalidad infantil, la tasa de fecundidad o el número de hijos por mujer también ha disminuido de 2,2 en 1993 a 1,7 en el 2007. La tasa de mortalidad infantil en el 2007 fue de 20/mil nacidos vivos y pese al descenso de la mortalidad infantil en el país, la brecha rural/urbana en la tasa de mortalidad infantil (TMI) es aún significativa, donde los mayores niveles de mortalidad infantil se presentan en la selva (25,0 por mil) y en la sierra (23,0 por mil), en el área rural (27,0 por mil)⁴

La desnutrición en el Perú, es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad, los determinantes de la malnutrición en Perú: causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre y causas directas como desnutrición materna, alimentación inadecuada, e infecciones repetidas.

La situación de la desnutrición crónica infantil es uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil, que la hace susceptible a enfermedades infecciosas, eleva las estadísticas de morbilidad, mortalidad y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura.⁵

Según el área de residencia, la mayor proporción de desnutrición crónica es en las niñas y en los niños menores de 5 años residentes en áreas rurales; 2,8 veces más que los residentes en áreas urbanas al primer semestre de 2010, (30,9% rural, 11,1% urbano). Por regiones naturales, los mayores porcentajes de desnutrición crónica se presentan en las niñas y niños menores de 5 años de la sierra y selva (27,7 % y 20,8% respectivamente, en el primer semestre de 2010).

Por otro lado, la anemia afecta principalmente a los niños menores de cinco años, así tenemos que, según ENDES 2009, el 37,2% de niñas y niños < de 5 años padece de anemia; según características el porcentaje de anemia es mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (42,7 y 41,9% respectivamente); por sexo, los niños tienen mayor prevalencia de anemia que las niñas (38,3 y 36%). La anemia es más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (44,1%) de la sierra (46,6%). La situación es más crítica tomando en cuenta que solo el 12,5% de niños entre 6 a 36 meses ha recibido suplemento de hierro.

Pero existen algunos determinantes nacionales de la anemia

- Factores socioeconómicos y culturales.
- Consumo alimentario inadecuado: Baja ingesta de hierro, bajo consumo de alimentos ricos en hierro.
- Falta de acceso y uso de servicios de salud y nutrición.
- Deficiente estado nutricional.
- Incremento de la morbilidad.

Frente a esta problemática se instituye la atención integral que tiene que ver con la oferta de los establecimientos donde la atención es integral y el centro

de la atención integrada es la persona involucrando a la familia y la comunidad, y considerando la prevención a todos estos problemas de salud se instituye la atención integral de la etapa de vida niño, donde una de las prestaciones son las sesiones de estimulación temprana, la cual va contribuyendo a la identificación de riesgos y prevención en el desarrollo del niño o niña menor de cinco años; que son conjunto de actividades organizadas dirigidas ellos, desde que nace hasta los cuatro años de edad este se realiza en los establecimiento como en la familia y en la comunidad, con el objetivo oportunamente sus necesidades de desarrollo. Las actividades generan confianza en los padres, al interactuar con su hijo (a) y de esta manera fortalecen su autoestima. ⁶

Un modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora con especial énfasis la dimensión preventivo promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad. El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para el autocuidado. ⁷

El desarrollo humano es un proceso evolutivo que continúa durante la vida. Nacer, crecer, madurar, envejecer y morir. Todo ser humano atraviesa esas etapas en un proceso de continuos cambios físicos, psicológicos e intelectuales. Es una evolución irreversible y permanente de cambios, nuestro cuerpo presenta fases de crecimiento, maduración y degeneración de los distintos órganos y tejidos. Las etapas de vida del ser humano se distinguen en: neonato, infancia, adolescencia, adultez. ⁸

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.⁹

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general. La OMS estima que 10% de la población de cualquier país está constituido por personas con algún tipo de discapacidad. La presencia de algún miembro con discapacidad en los hogares, se indagó en los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007. Se entiende por persona con discapacidad, a aquella que tiene alguna dificultad permanente física o mental, que limita una o más actividades de la vida diaria. Los resultados censales señalan que en 735 mil 334 hogares, que representan el 10,9% del total de hogares del país, existe al menos una persona con discapacidad física o mental, mientras que en el 89,1% (6 millones 18 mil 740) de hogares no existen personas con discapacidad.¹⁰

La familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocionalmente y físicamente, compartiendo recursos como el tiempo, espacio y dinero”, es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para identificar riesgos, prevenir la enfermedad, mejorar la salud de la población del país. Para las acciones de Promoción de la salud, la familia está constituida por los siguientes componentes:

- **Miembros Individuales:** Las familias están constituidas por personas, y para que la familia se considere saludable se necesita que las necesidades de salud de cada uno de sus miembros hayan sido cubiertas.
- **Grupo Familiar:** La familia no es sólo la suma de sus miembros, siendo las relaciones que se establecen entre sus miembros las que determinan el desarrollo positivo o negativo, así como el de la familia como un todo.
- **Vivienda y entorno físico:** Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en una vivienda y en un entorno, los cuales pueden proteger la salud familiar, o por el contrario representar riesgos para el mantenimiento y desarrollo de su salud.

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.¹¹

Los primeros años de vida del ser humano son altamente trascendentales, porque en esta etapa ocurre la mayor velocidad de crecimiento y desarrollo. Si en este periodo ocurren situaciones que alteran al cerebro, las capacidades del niño y niña quedarán afectadas notablemente, por lo que es importante realizar su estimulación del niño en estos primeros años de vida.

Las familias que habitan en el ámbito tienen acceso geográfico al establecimiento de salud, por ser zona urbana y urbana marginal, sin embargo el acceso al servicio es limitado por carecer de infraestructura, equipamiento y recurso profesional de enfermería para brindar el paquete completo de los cuidados que se requieren en esta etapa de vida.

Así mismo se observa que las madres de familia no acuden regularmente al establecimiento para las sesiones de estimulación temprana, por falta de sensibilización de la importancia sobre la estimulación temprana de los niños menores de cinco años, acentuando el riesgo en la detección no oportuna de trastornos durante el desarrollo del niño.

Según la O.M.S. La estimulación Temprana es el conjunto de actividades que desarrollamos en el niño menor de 5 años para ayudarlo a desarrollarse integralmente.

Terré (1995) “Es el conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica y aplicada en forma sistemática y secuencial, que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayuda a los padres con eficacia y autonomía en el cuidado del infante”.

Richter (1983) “es el conjunto de acciones y motivaciones ambientales que se ofrecen al niño desde aún antes de su nacimiento para ayudarlo a crecer y desarrollarse saludablemente.

Según el Libro Blanco (2000) el cual usa el término Atención Temprana la define como “el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

CARACTERÍSTICAS

Sistemática.- porque trabaja sistemáticamente con el niño, hogar, escuela y comunidad.

Secuencial: Establece gradualmente pre requisitos y conductas básicas para la adquisición de nuevas conductas.

Evaluatoria.- Tiene estrategias de evaluación para el niño, padres, especialistas.

Individualizada. Pone énfasis en las potencialidades del niño (nivel de funcionamiento).

Multidisciplinaria.- Su enfoque por promover el aprovechamiento de avance de las ciencias humanísticas, médicas, pedagogía, psicología, etc.

FUNCIONES DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Entre las funciones de la estimulación (Goñi, 1994) nos refiere las más importantes:

Prevención: Se refiere a todo aquello que se hace para evitar la presencia de un retraso o trastorno en el niño pues, las actividades que se realizan con el niño no son sólo para superar déficit que se detectan en ese momento, sino para prevenir problemas más graves que pudieran presentarse posteriormente como consecuencia de retrasos en el desarrollo del niño. Asimismo, con el niño que se considera con un “desarrollo normal” se realiza un control para verificar si va progresando dentro de los cánones establecidos, o si va cumpliendo en forma secuencial las etapas de desarrollo.

Potencialización: El estímulo que se aplica al niño tiende a elevar su potencial, sus posibilidades, a un máximo desarrollo físico, intelectual y afectivo valiéndose de técnicas específicas que el caso lo requiera. Generalmente se trata de potenciar áreas específicas en las que se detectan retrasos, sin dejar por esto de estimular otras áreas, con el fin de permitir un desarrollo integral del menor

Evaluación: La estimulación temprana se vale de estrategias de evaluación para el niño basadas en datos organizados como antecedentes natales, diagnóstico médico y aplicación de pruebas aplicadas. Con esta información se trazan objetivos a corto, mediano y largo plazo y se organiza un programa, objetivos que son evaluados para comprobar los logros alcanzados en forma individualizada. ⁽¹²⁾

1.7.2 Marco Político Social

El presente proyecto está enmarcado en los siguientes lineamientos y normas vigentes:

A nivel Nacional en el Plan Nacional de Desarrollo Concertado de Salud en 2020 con el Objetivo N° 2: Reducir la mortalidad Infantil

Meta N°1: Reducir la mortalidad infantil a 15 x1000 NV, para el 2020. Y como estrategias:

1. Fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y asegurar el financiamiento de sus insumos y cadena de frío.
2. Monitoreo adecuado y oportuno del crecimiento y desarrollo del niño usando los insumos y normas de los servicios de salud.
3. Estimulación psicoafectiva del niño durante los tres primeros años de edad.

En el Plan de Desarrollo Regional al 2021 con la política Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención integral de la salud en las diferentes etapas de la vida con énfasis en la protección de la madre, niño, niña, adolescente, adulto mayor y personas con discapacidad, priorizando la población en situación de pobreza y vulnerabilidad con enfoque de género, interculturalidad y derechos, con criterio de equidad y calidad del servicio.

Esta alternativa reconoce la necesidad de implementar el servicio y equipar para brindar una atención integral para el niño menor de cinco años en el

Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias del distrito de José Leonardo Ortiz, jurisdicción de la provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque, con la finalidad de fortalecer los niveles de salud en esta etapa de vida niño y promover su crecimiento y desarrollo óptimo.

La propuesta, se presenta como una alternativa frente a la necesidad de fortalecer la atención integral del niño menor de cinco años, mejorar su nivel de salud y promover el crecimiento y desarrollo óptimo con la participación de la familia, en el marco de la Reforma del Sector Salud, cuya estrategia es de vital importancia el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención que tiene como eje de reforma, el diseño e implementación de un nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, basado en Familia y Comunidad y que prioriza la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, la participación de las familias, el trabajo comunitario, con un abordaje integral, holístico considerando los determinantes de la salud.¹³

Entre los Lineamientos de Política de Salud (2007 -2020) está el Lineamiento N° 1: Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, el cual propone que el niño debe ser visto desde su concepción de tal manera que la atención de esta etapa de vida se realice desde la etapa perinatal intensificando las intervenciones de prevención y tamizaje de enfermedades así como aquellas que buscan ofertar una atención del recién nacido adecuada y enfrentar las principales causas de enfermar y morir de este grupo.

La Promoción de la salud será desarrollada a través de un conjunto de intervenciones y estrategias de tal manera que todos los actores en el sector deben comprometerse con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, la mejora de los entornos saludables así como el accionar conjunto sobre todo los determinantes que afectan a la salud en nuestro país.

Implementación de la Estrategia Salud Familiar en las Gerencias Regionales de Salud de las diferentes Regiones del país, según lo estipula Resolución ministerial N°292-2006/MINSA año 2006 donde se aprueba La Norma Técnica de Salud para la Atención del niño y la niña.¹⁴

En el año 2008, articulación del presupuesto con un conjunto de resultados esperados (PPR), dando paso a los programas estratégicos, entre ellos el Programa Articulado Nutricional.

Reconocimiento del Plan Nacional de Acción por la infancia y Adolescencia 2012 -2021, a través del Decreto Supremo N° 001-2012 – MIMP.¹⁵

En el año 2010 con Resolución Ministerial N° 990- 2010/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, que luego es modificada por la NTS N° 134 - 2017 incluyendo en su contenido el formato de atención integral del niño menor de cinco años.¹⁶ Así mismo se considera en esta norma los cuidados que deben brindarse al niño, incluyéndose como uno de ellos la estimulación temprana.

El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, con respecto a la atención del niño, se encarga de:

- Fortalecer la capacidad de los equipos de salud para brindar una atención integral al niño, adecuada a cada realidad social y cultural, que responda a las expectativas y necesidades de salud de la población y contribuya efectivamente al mejoramiento continuo de la salud de este grupo etáreo.
- Definir un paquete de prestaciones, enmarcándolas en el conjunto de cuidados esenciales para la población infantil con énfasis en aquellos de mayor vulnerabilidad o riesgo, incluyendo acciones preventivo -

promocionales, recuperativas y de rehabilitación, que se brindan integralmente.

- Propiciar espacios concretos para el ejercicio de la corresponsabilidad de la familia y comunidad.
- Coordinar intra e intersectorialmente con los actores institucionales y de la sociedad civil involucrada en la salud del niño.

La Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, viene trabajando estrategias para fortalecer la atención integral del niño, en el marco del Presupuesto por Resultados.

La población infantil del C.S. Pedro Pablo Atusparias del distrito José Leonardo Ortiz, se evidencia que la oferta es inadecuada en los servicios de salud y de estimulación temprana; se cuenta con módulo para la atención de estimulación temprana, pero dicho módulo se encuentra ubicado al costado de la estrategia sanitaria Tuberculosis además es utilizado para almacenar los víveres del programa TBC.

Ley N° 28927 de Presupuesto del Sector Público en el Capítulo IV – Implementación del Presupuesto por Resultados establece la aplicación de la gestión presupuestaria basada en resultados, promoviendo en su etapa de incorporación, instrumentos de programación presupuestaria estratégica, metas físicas, indicadores de resultados y el desarrollo de pruebas piloto de evaluación, priorizando actividades a favor del niño menor de 5 años.¹⁷

El documento político “La Salud Integral: Compromiso de Todos- El Modelo de Atención Integral de la Salud” aprobada por Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, estableció las acciones y estrategias para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, la familia y la comunidad y, en el cual, entre otros, se consideró el grupo etáreo menor de 5 años.¹⁸

El Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad fue oficializado el día 14 de Agosto del 2011 con la RM N°464-2011/MINSA actualizándose los fundamentos y alcances de la atención integral de salud, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, especial atención a los recursos humanos, la organización de los servicios en redes de servicios en redes de salud y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad.¹⁹

CAPÍTULO II: IDENTIFICACIÓN

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

2.1.1 Área de Estudio y Área de Influencia

El distrito de José Leonardo Ortiz es uno de los veinte distritos de la Provincia de Chiclayo, ubicada en el Departamento de Lambayeque

La población asignada al C.S. Pedro Pablo Atusparias, para el año 2017 es de 53,006 habitantes.

TABLA N° 01
POBLACIÓN DISTRITAL

Población	%
Población Urbana	96.2
Población Rural	3.8

Fuente: INEI - CPV2007

En la siguiente tabla nos muestra la población del distrito José Leonardo Ortiz, el mayor porcentaje reside en el área urbana siendo un 96.2% y un mínimo porcentaje reside en la zona rural que es el 3.8%

TABLA N° 02
POBLACIÓN ASIGNADA POR GRUPOS ETÁREOS – CENTRO DE SALUD
ATUSPARIAS, MICRORED JLO – CHICLAYO, 2017

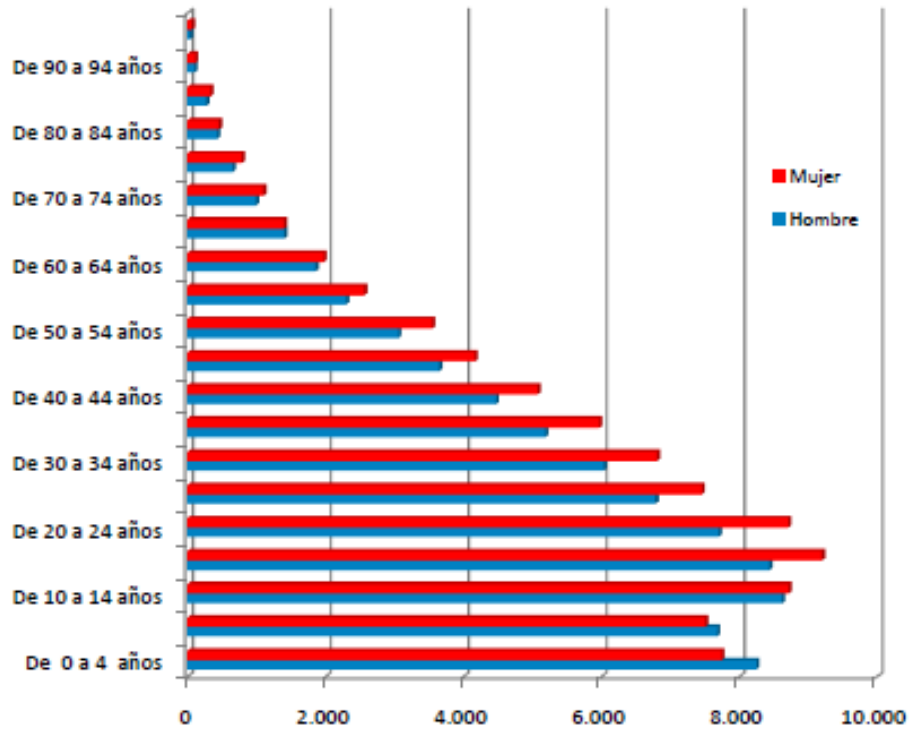
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MENOR DE UN AÑO	1-4 AÑOS	5- 9 AÑOS	10- 17 AÑOS	18- 34 AÑOS	35-49 AÑOS	50-64 AÑOS	65 A MAS	TOTAL
C.S. PABLO ATUSPARIAS	874	3535	4519	7865	14564	9997	6332	3117	53006

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En la tabla N° 02 nos muestra que la mayor población asignada al establecimiento de salud oscila entre las edades de 18 a 34 años (14564) y la de menor población son los niños menores de 1 año siendo 874 asignados para el centro de salud.

GRAFICO N° 01

PIRÁMIDE POBLACIONAL CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS - AÑO 2015



El área de estudio lo constituye la población menor de 5 años asignada al C.S Pedro Pablo Atusparias.

TABLA N° 03

POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS ASIGNADA AL CENTRO DE SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIAS – CHICLAYO 2017

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MENOR DE UN AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	TOTAL
C.S. Pedro Pablo Atusparias	874	878	882	886	889	4409

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En la tabla N° 03 podemos observar que, de 4409 niños asignado al establecimiento de salud, la mayor concentración es en la edad de 4 años y la menor concentración está ubicado en los niños menores de 1 año.

Actualmente el distrito de José Leonardo Ortiz con:

Cinco pueblos jóvenes

- Micaela Bastidas
- P.J. Francisco Cabrera
- UPIS Pedro Pablo Atusparias
- P.J. José Santos Chocano
- P.J. María Parado de Bellido
- **Cinco asentamientos humanos:**
- A.H. “Medio Mundo
- A.H. Villa Hermosa
- A.H. Milagro de Dios
- A.H. Javier Castro
- A.H. Santa Lucia

Dos urbanizaciones:

- Urb. Latina

El territorio del C.S. Atusparias está constituido por 11 sectores urbanos marginales.

La población asignada al Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias se caracteriza por presentar una diversidad de grupos sociales que tienen características socioculturales propias que condiciona su comportamiento, las relaciones, estilos de vida y el entorno, que tienden a causar el deterioro de la salud debido a que mantienen costumbres y prácticas de consumo de alimentos, aseo personal, convivencia, eliminación de desechos, etc.

Por otro lado, existen problemas de índole social que son generados por la situación de pobreza como: delincuencia, prostitución, drogadicción, etc.

TABLA N° 04
ESTABLECIMIENTOS DE LA MICRORRED, JLO SEGUN CATEGORÍA Y POBLACIÓN
ASIGNADA, 2014

EESS	TOTAL POBLACION	TIPO	CATEGORIA
C.S. JLO	56933	CENTRO SALUD	I-4
C.S. ATUSPARIAS	53006	CENTRO SALUD	I-4
C.S. PAUL HARRIS	21595	CENTRO SALUD SIN INTERNAMIENTO	I-3
P.S. SANTA ANA	13742	PUESTO DE SALUD	I-2
C.S. VILLA HERMOSA	15706	CENTRO DE SALUD SIN INTERNAMIENTO	I-3
P.S. CULPON	11779	PUESTO DE SALUD	I.2

Fuente: Oficina estadística GERESA, 2014

La Microred de JLO pertenece a la Red Chiclayo y está conformada actualmente por 06 establecimientos de salud MINSA la cabecera de Microred, que funciona en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz, es el centro de salud categoría I-4, tres Centros (I-3, I-4) y tres Puesto de salud de categoría I-2

El mayor porcentaje de la Población del distrito se encuentra en el área de influencia del Centro de salud José Leonardo Ortiz.

Los establecimientos de salud cuentan con recursos humanos insuficientes y la prestación está dirigida en mayor proporción al nivel recuperativo de la salud con una alta demanda que aún queda insatisfecha, lo que dificulta realizar el trabajo extramural. Mucho más aun considerando que el recurso humano de los establecimientos de salud debería realizar actividades de prevención de riesgos, enfermedades y promoción de la salud en función del paquete de atención integral según el Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad (MAIS BFyC).

Recursos Humanos

En la Unidad Prestadora de Servicios de Atención integral del niño del C.S. Pedro Pablo Atusparias, realizan el control de crecimiento y desarrollo cuatro enfermeros, ocasionalmente este número de profesionales varía con la presencia del personal SERUMS de enfermería, internas de enfermería, situación que no es permanente, por lo que existen limitaciones para realizar las sesiones de estimulación temprana al niño menor de 5 años.

El Centro de Salud actualmente cuenta con el siguiente personal para la atención a la población asignada por etapas de vida y estrategias sanitarias, según el área territorial.

TABLA N° 05
RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIAS –
CHICLAYO 2017

GRUPO OCUPACIONAL	TOTAL	MODALIDAD			
		NOMBRADOS	CONTRATADOS	SERUMS	INTERNOS
MEDICOS	5	4	0	1	0
ODONTOLOGOS	2	1	0	1	0
ENFERMEROS	7	4	1	1	1
OBSTETRICES	10	4	4	1	1
NUTRICIONISTA	1	1	0	0	0
TECNICOS DE ENFERMERIA	20	13	7	0	0
TECNICOS ADMINISTRATIVOS	2	1	1	0	0
PERSONAL DE MANTENIMIENTO	5	4	1	0	0
TECNICOS DE SANEAMIENTO	1	1	0	0	0

El establecimiento de salud cuenta con equipo de salud completo. Del total de enfermeros con las que cuenta el establecimiento de salud, unos de ellas realizan la atención integral del niño exclusivamente, y una enfermera tiene asignada otras funciones dedicándose a tiempo parcial a la atención integral del niño.

Una enfermera brinda atención a las personas que acuden a la unidad de enfermedades transmisibles (zoonosis y Tuberculosis), se cuenta con enfermera para la Unidad de Promoción de la Salud, y una de ellas es responsable de la atención a personas en la etapa de vida Adulto Mayor y la estrategia Daños No Transmisibles, prevención de cáncer.

INDICADORES SANITARIOS DEL DISTRITO DE JOSE LEONARDO ORTIZ

Abastecimiento de Agua:

La población cuenta con acceso al servicio de agua potable, a través de una conexión domiciliaria en 84 % según los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a través del censo del año 2007.

TABLA N° 06

INDICADORES DE SANEAMIENTO BÁSICO DEL DISTRITO DE JLO

INDICADOR	Nº	%
% DE FAMILIAS CON AGUA POTABLE	12614	84
% DE VIVIENDAS CON LETRINAS	332	1.9
% DE VIVIENDAS CON HACINAMIENTO	2234	13

FUENTE: INEI- Datos de Censo 2007

Vivienda:

Abastecimiento de Agua: Los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a través del censo del año 2007 muestran los siguientes datos:

TABLA N° 07

RED PÚBLICA DE AGUA

Categorías	%
Red pública Dentro de la vivienda.(Agua potable)	81%
Red Pública Fuera de la vivienda	6%
Pilón de uso público	5%
Camión-cisterna u otro similar	1%
Pozo	4%
Río, acequia, manantial o similar	0%
Vecino	2%
Otro	1%
Total	100.00%

Fuente: INEI - CPV2007

Transporte:

El servicio del transporte en el distrito de José Leonardo Ortiz está constituido por Combis, autos, moto taxis, teniendo un parque automotor en crecimiento, el costo por el servicio está al alcance de la población.

Salud:

TABLA N° 08
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR CAPÍTULO DE
DIAGNOSTICO. C.S. ATUSPARIAS. AÑO 2014

N°	CAUSAS	Población
	TOTAL GENERAL	12283
1	CAPÍTULO X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	3236
2	CAPÍTULO XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1770
3	CAPÍTULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1074
4	CAPÍTULO XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	946
5	CAPÍTULO XV: EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO	899
6	CAPÍTULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	736
7	CAPÍTULO XIII: ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	702
8	CAPÍTULO V: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	530
9	CAPÍTULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	494

10	CAPÍTULO XIX: TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS, Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS.	448
	OTRAS CAUSAS	1448

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA N° 09
MORBILIDAD GENERAL POR CAPÍTULO DE DIAGNOSTICO. C.S. ATUSPRIAS.
AÑO 2015

N°	CAUSAS	Población
	TOTAL GENERAL	10, 689
1	CAPÍTULO X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	4256
2	CAPÍTULO XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1024
3	CAPÍTULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	564
4	CAPÍTULO XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	424
5	CAPÍTULO XV: EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO	684
6	CAPÍTULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1010
7	CAPÍTULO XIII: ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	466
8	CAPÍTULO V: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	303
9	CAPÍTULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	271
10	CAPÍTULO VII: ENFERMEDADES DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	239
	OTRAS CAUSAS	1448

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA N° 10
MORBILIDAD GENERAL POR CAPÍTULO DE DIAGNOSTICO. C.S. ATUSPARIAS.
AÑO 2016

N°	CAUSAS	Población
	TOTAL GENERAL	14613
1	CAPÍTULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2332
2	CAPÍTULO X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2115
3	CAPÍTULO XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	1867
4	CAPÍTULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1435
5	CAPÍTULO XIII: ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1057
6	CAPÍTULO XV: EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO	928
7	CAPÍTULO XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	661
8	CAPÍTULO VII: ENFERMEDADES DEL OJO Y DE SUS ANEXOS	658
9	CAPÍTULO V: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	573
10	CAPÍTULO IX: ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	567
	OTRAS CAUSAS	2,420

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2014 la morbilidad general presentada fue 12,283; entre las diez primeras causas de morbilidad aparecen las enfermedades del sistema respiratorio (3,236 casos) seguidas de las enfermedades del sistema digestivo (1,770). Lo mismo acontece durante los años 2015, y el año 2016.

Durante el año 2015, la morbilidad general que se presentó en el establecimiento de salud fue de 10,689, descendiendo en 1359 casos en relación al año 2014. Con respecto al año 2016 se presentaron 14613 casos, observándose incremento en relación a los 2014 y 2015 (2330 y 3924, respectivamente).

A diferencia de los dos primeros años, en el año 2016 la primera causa de morbilidad son las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (2332 casos). Así mismo se observa que en los tres años se presentan los casos de enfermedades respiratorias y digestivas.

TABLA N° 11
MORBILIDAD EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. C.S. ATUSPARIAS, MICRORED
JLO. AÑO 2014

MORBILIDAD	TOTAL	< 1 AÑO	DE 1 – 4 AÑOS
CAPITULO X :ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	494	294	200
CAPITULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	227	79	220
CAPITULO V: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	197	96	101
CAPITULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	154	50	104
CAPITULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	133	87	46
CAPITULO XI: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	82	9	73
CAPITULO XIX: TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS, Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	52	6	46
CAPITULO XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	33	6	27
CAPITULO XIII: ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	11	0	11
OTROS	164	75	89
TOTAL	1547	702	917

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA N° 12
MORBILIDAD EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. C.S. ATUSPARIAS, MICRORED
JLO. AÑO 2015

MORBILIDAD	TOTAL	< 1 AÑO	DE 1 – 4 AÑOS
CAPITULO X :ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	866	433	433
CAPITULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	233	57	176
CAPITULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	207	137	70
CAPITULO V: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	180	91	89
CAPITULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	100	36	64
CAPITULO III: ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y CIERTOS TRANSTORNOS	68	34	34
CAPITULO XI: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	58	9	49
CAPITULO XIX: TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS, Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	42	3	39
CAPITULO XVIII: SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO NO IDENTIFICADO	40	19	21
CAPITULO VII: ENFERMEDADES E LOS OJOS Y ANEXOS	39	12	17
CAPITULO XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	26	4	22
CAPITULO XVI: CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PRENATAL	24	22	2

OTROS	50	13	37
TOTAL	1933	785	1053

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA N° 13
MORBILIDAD EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. C.S. ATUSPARIAS, MICRORED
JLO. AÑO 2016

MORBILIDAD	TOTAL	< 1 AÑO	DE 1 – 4 AÑOS
CAPITULO X :ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	989	485	504
CAPITULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	336	162	174
CAPITULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	275	70	205
CAPITULO III: ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS Y CIERTOS TRANSTORNOS,	162	82	80
CAPITULO XVIII: SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO NO IDENTIFICADO	158	61	97
CAPITULO V: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	147	65	82
CAPITULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	136	47	89
CAPITULO VII: ENFERMEDADES E LOS OJOS Y ANEXO.	117	55	62
CAPITULO XI: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	112	18	94

CAPITULO XIX: TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS, Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS.	62	4	58
OTROS	136	63	73
TOTAL	2630	1112	1518

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Desde el año 2014 al 2016 la primera causa de morbilidad en los niños menores de 5 años son las enfermedades respiratorias; para el 2014 constituyen el 79% del total de casos. En el año 2015 las enfermedades respiratorias constituyen el 48% y en el año 2016 el 35.8%. Se evidencia además que, aun siendo la primera causa de morbilidad, estas enfermedades descendieron en ese lapso.

Durante los dos primeros años la segunda causa de morbilidad son las enfermedades infecciosas y parasitarias.

En los años 2015 y 2016 se observa que una de las causas de morbilidad son las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, daños que no se evidencian en la información correspondiente al año 2014.

Durante los años observados una de las causas de demanda de atención es en el menor de 5 años y son los trastornos mentales y del comportamiento.

TABLA N°14
CASOS DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS – C.S. PEDRO PABLO
ATUSPARIAS, MICRORED JLO, AÑOS 2014- 2016

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016	
	< 1 año	1a - 4 a	< 1 año	1a - 4 a	< 1 año	1a - 4 a
	294	200	433	433	485	504

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Durante los años 2015 y 2016, la población más afectada fueron los niños de 1 a 4 años, observándose que durante el año 2014 los casos en este mismo grupo etáreo disminuyeron en relación a los de menor 1 año.

Así mismo cabe resaltar que se han reportado casos de Infecciones Respiratorias Complicadas, en menor e 1 año 57, y 1-4 años 52 casos en el 2014.

TABLA N° 15
CASOS DE EDA EN MENORES DE 5 AÑOS - C.S. ATUSPARIAS, MICRORED JLO.
AÑO 2014 – 2016

ENFERMEDAD	AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016	
	< 1 año	1-4 años	< 1 año	1-4 años	< 1 año	1-4 años
DIARREICA AGUDA	61	110	43	129	64	203

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Durante el periodo 2014–2016 los casos de EDA han ido en aumento en especialmente del grupo etáreo de 1-4 años, y no se han reportado EDAS complicadas.

TABLA N° 16
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO CENTRO SALUD. - C.S. PEDRO PABLO
ATUSPARIAS, MICRORED JLO. - AÑO 2014 - 2016

GRUPO ETÁREO	N°
Menores de 5 años	410

Fuente: SIEN AÑO 2014-2016 Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Del total de niños menores de 5 años que demandan atención en consulta médica y atención en crecimiento y desarrollo durante el 2015 se observa 182 casos, mientras que en el 2014 y 2016 se evidencia 91 y 137 casos de EDAS respectivamente.

TABLA N° 17

MORTALIDAD SEGÚN CATEGORIAS DISTRITO DE JLO. CHICLAYO 2014

CIE X	CAUSAS	TOTAL
I21	Infarto Agudo de miocardio	20
I10	Hipertensión esencial (primaria)	16
J18	Neumonía ,organismo no especificado	14
C16	Tumor maligno del estomago	11
K74	Fibrosis y cirrosis del hígado	9
C50	Tumor maligno de la mama	7
C61	Tumor maligno de la próstata	7
J84	Otras enfermedades pulmonares intersticiales	7
E14	Diabetes mellitus no especificada	6
V09	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte y en los no especificados	6
	Otras causas	103
	TOTAL	187

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2014, la primera causa de mortalidad en el distrito de José Leonardo Ortiz fue por infarto de miocardio, (20 casos) representando el 10.69% de la mortalidad general. Así mismo se evidencia que en el año en mención, la Diabetes Mellitus forma parte de las diez primeras causas de mortalidad en el distrito con el 3.2%. Las muertes ocasionadas por tumores constituyen el 13.36% (25 casos) del total

TABLA N° 18

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR CATEGORIA DEL Dx DEL DISTRITO DE JLO 2015		
CIEX	CAUSAS	TOTAL
J18	Neumonía ,organismo no especificado	49
I10	Hipertensión esencial (primaria)	35
I21	Infarto Agudo de miocardio	20
J84	Otras enfermedades pulmonares intersticiales	20
C16	Tumor maligno del estomago	16
A41	Otras Septicemias	16
E14	Diabetes mellitus no especificada	15
K74	Fibrosis y cirrosis del hígado	13
N18	Insuficiencia Renal crónica	13
Vo9	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte y en los no especificados	11
	Otras causas	68

TOTAL	276
-------	-----

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2015, el número de fallecidos se incrementó en 89, respecto al año 2014. Las neumonías fueron la principal causa de defunción con 49 casos equivalente al 17.7% del total de defunciones.

La hipertensión arterial continua siendo la segunda causa de muerte, aunque con un mayor número de defunciones, respecto al año anterior.

Se puede observar además que como causa de fallecimiento los peatones lesionados en otros accidentes de transporte, se incrementaron de 6 a 11 fallecidos.

TABLA N° 19

**PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR CATEGORIA DEL Dx DEL
DISTRITO DE JLO 2016**

CIEX	CAUSAS	TOTAL
J18	Neumonía ,organismo no especificado	34
C16	Tumor maligno del estomago	16
I121	Infarto Agudo de miocardio	14
E14	Diabetes mellitus no especificada	14
I10	Hipertensión esencial (primaria)	13
J84	Otras enfermedades pulmonares intersticiales	13
K74	Fibrosis y cirrosis del hígado	12
V09	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte y en los no especificados	8
C50	Tumor maligno de la mama	6

C61	Tumor maligno de la próstata	4
	Otras causas	163
	TOTAL	351

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Para el año 2016, se incrementa el número de fallecidos, de 276 a 351 fallecidos en relación al año 2015. Al igual que en año 2014, la neumonía continua siendo la primera causa de muerte, siendo el número de fallecidos 34, lo que constituye el 9.6% del total de la mortalidad.

Servicios de salud:

TABLA N° 20
ATENDIDOS Y ATENCIONES - CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS, MICRORED JLO
- CHICLAYO AÑO 2014

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	ATENCIONES
NIÑOS	2181	16993
ADOLESCENTES	400	3535
JOVENES	688	12804
ADULTOS	830	11535
ADULTOS MAYORES	313	4397
TOTAL GENERAL	4412	49264

En el año 2014 el número de personas atendidas fueron 4412, mostrándose el mayor número en la etapa de vida niño, seguido del grupo de adultos. Por otro lado las

atenciones fueron un total de 49264, nos indica que el mayor número de atenciones ocurre en la etapa de vida niño, con 16993 atenciones, seguida de las atenciones en el grupo de jóvenes.

TABLA N° 21
ATENDIDOS Y ATENCIONES - CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS, MICRORED JLO
- CHICLAYO AÑO 2015

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	ATENCIONES
NIÑOS	2828	29615
ADOLESCENTES	680	4704
JOVEN	1353	17728
ADULTO	1699	20192
ADULTO MAYOR	689	7414
TOTAL	7249	79653

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2015 el número de atendidos en el establecimiento de salud se incrementó en relación al año anterior, siendo un total de 7249 personas que por primera vez accedieron a establecimiento de salud. En relación a los niños que accedieron por primera vez en el año 2015 el incremento fue de 2828 niños más que el año 2014. Se observa que la demanda es alta en el servicio de niño, seguido del grupo de adulto.

TABLA N° 22
ATENDIDOS Y ATENCIONES - CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS, MICRORED JLO
- CHICLAYO AÑO 2016

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	ATENCIONES
NIÑOS	4618	26424
ADOLESCENTES	1065	5355
JOVEN	2574	18290

ADULTO	3253	18784
ADULTO MAYOR	941	918
TOTAL	12451	73771

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Según la fuente de información se observa que durante el año 2016 la demanda de la población se incrementó a 12451 atendidos.

La población que demanda mayor atención en el presente año, son los niños seguidos de los adultos y jóvenes. El grupo etáreo que demanda menor atención son los adolescentes y adultos mayores.

Se evidencia además que los niños fueron atendidos un mayor número de veces que el año anterior.

TABLA N° 23
NÚMERO DE ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONTROL CRED EN EL
MENOR DE 5 AÑOS. CENTRO SALUD ATUSPARIAS. MICRORED JLO 2014

GRUPOS ETÁREOS	ATENDIDOS	ATENCIONES
Menores de 1 año	344	4458
1 año	38	1366
2 años	65	407
3 años	48	282
4 años	34	270
TOTAL	578	6783

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA N° 24
NÚMERO DE ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONTROL CRED EN EL
MENOR DE 5 AÑOS. CENTRO SALUD ATUSPARIAS. MICRORED JLO 2015

GRUPOS ETAREOS	ATENDIDOS	ATENCIONES
Menores de 1 año	529	6331
1 año	247	2156
2 años	125	739
3 años	69	379
4 años	62	451
TOTAL	1032	10056

Fuente:
Oficina

Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA N° 25
NÚMERO DE ATENDIDOS Y ATENCIONES EN CONTROL CRED EN EL
MENOR DE 5 AÑOS. CENTRO SALUD ATUSPARIAS. MICRORED JLO 2016

GRUPOS ETAREOS	ATENDIDOS	ATENCIONES
Menores de 1 año	606	6275
1 año	203	1759
2 años	103	715
3 años	57	354
4 años	55	317

Fuente:
Oficina

Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TOTAL	1024	9420
--------------	-------------	-------------

Durante el año 2014 se brindó cuidado en Crecimiento y Desarrollo a 6783 niños menores de 5 años, mientras que el año 2015 accedieron 10056 niños menores de 5 años, y en el año 2016 fueron 9420 los niños que por primera vez acudieron al establecimiento de salud y al control de Crecimiento y Desarrollo; y se brindaron las atenciones, para dar cumplimiento a la administración del paquete de cuidados esenciales al menor de 5 años.

Durante la entrevista realizada al cuidador del niño, se identificó que la población no se encuentra informada sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo y a la vez de la estimulación temprana del niño y que es a través de esta evaluación donde se identifican de manera oportuna, riesgos, trastornos vulnerabilidad etc.

Al aplicar el Test Peruano, se puede evidenciar así mismo que la población demandante presenta algún riesgo y/o trastorno en áreas del desarrollo psicomotriz.

Del total de atenciones a niños de este grupo etáreo el 4% presentó riesgo y/o trastorno en el desarrollo psicomotriz. Los mismos que requieren de estimulación para la recuperación.

2.1.2. Diagnóstico de los involucrados

GRUPOS INVOLUCRADOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERÉS	ESTRATEGIAS	INTERESES DEL PROYECTO	COMPROMISOS
Municipalidad de José Leonardo Ortiz	La población del distrito de JLO necesita la instalación de un módulo propio para la atención integral en estimulación temprana del niño menor de 05 años.	Tener niños menores de 05 años sanos y con buen desarrollo.	Tener un módulo en el establecimiento de salud para la atención integral del niño menor de cinco años.	El Proyecto forma parte de los objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Regional Concertado Lambayeque 2011 al 2021.	Disponibilidad del Gobierno municipal de apoyar en su financiamiento a través del Presupuesto participativo o incentivos Municipales
Gerencia Regional de Salud	Coberturas no adecuadas de población programada del	Disminuir las tasas de morbilidad y	Impulsar el proceso para lograr	Contar con espacios con las familias de la	Impulsar y gestionar el financiamiento ante el

	establecimiento de salud de Pedro Pablo Atusparias de niños menor de cinco años atendidos en estimulación temprana.	Mortalidad por desnutrición, anemia y riesgos del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años	viabilidad del proyecto.	comunidad a fin de promover la adopción de prácticas saludables. Para disminuir riesgos, enfermedades y complicaciones del desarrollo del niño menor de cinco años.	Gobierno Municipal a través de su Presupuesto participativo.
Red Chiclayo y Micro red del Distrito JLO	Insuficiente capacidad resolutive para lograr optimas coberturas de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana	Mejorar la cobertura de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana	Sensibilizar al gobierno municipal para la ejecución de la propuesta.	Mejorar la capacidad resolutive para lograr óptimas coberturas en la atención integral de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana	Desarrollar las gestiones que sean necesarias para el equipamiento y ambientación del ambiente destinado para la atención de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana.
Autoridades Locales del distrito	Niños menores de cinco años no evaluados en estimulación temprana, no reciben atención integral, y sin descarte de enfermedad.	Lograr que la población infantil esté protegida.	Colocar en agenda el tema de equipamiento y asignación de recursos humanos para la estrategia y etapa de vida.	Apoyo en la gestión del equipamiento.	Desarrollar las gestiones que sean necesarias para el equipamiento de la etapa de vida del niño menor de cinco años.
Sociedad civil organizada del distrito	Espera prolongados en los establecimientos de salud. para su atención del niño menor de cinco años no controlados en el CRED y sin estimulación temprana	Recibir buena y rápida atención en los servicios que brindan los establecimientos de salud.	Gestionar ante el gobierno regional su financiamiento.	Contar con espacios adecuados para el cuidado integral y la atención del niño menor de cinco años sin estimulación temprana a nivel local.	Apoyar en la difusión del cuidado integral para la atención del niño menor de cinco años no controlados y sin estimulación temprana.
Niños menores de cinco años sin estimulación temprana.	No existe un lugar en la comunidad donde los niños menores de cinco años no controlados y	Contar con espacios en la comunidad donde se pueda	Inscripción en el padrón nominal de niños menores de cinco años no controlados y sin	Contar con espacios en la comunidad donde se promuevan la adopción	Cumplir adecuadamente con las citas y recomendaciones

	sin estimulación temprana reciban apoyo para desarrollar acciones de promoción y prevención.	brindar cuidado de su salud.	estimulación temprana.	de prácticas saludables para el cuidado de su salud.	nes impartidas en atención integral niños menores de cinco años.
Agentes comunitarios	Falta de un espacio en la comunidad para su trabajo de vigilancia comunal.	Contar con un local dentro del establecimiento para desarrollar actividades de promoción , prevención .	Sectorización y censo familiar del distrito José Leonardo Ortiz.	Contar con un local en el establecimiento para desarrollar sus actividades.	Participar en las sesiones demostrativas al grupo beneficiario. Participar de los talleres de capacitación en forma permanente.

2.1.3. Diagnóstico de los servicios

El C.S Pedro Pablo Atusparias es un establecimiento del primer nivel de atención con una categoría I-4, brinda servicios de medicina general, odontología, obstetricia, enfermería, atención integral según etapas de vida y estrategias sanitarias, psicología, nutrición, farmacia, con un horario de 12 horas, de lunes a sábado con dos turnos de 06 horas (mañana y tarde).

En la prestación de servicios para la atención integral del niño menor de cinco años, los cuidados que se brindan son: control de crecimiento y desarrollo, prevención y control de enfermedades diarreicas e infección respiratoria aguda, prevención tratamiento y control de pacientes con tuberculosis, administración de vacunas, atención en casos de emergencia.

Al realizar el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años se brinda el paquete de cuidados esenciales en esta etapa de vida: Tamizaje de anemia, evaluación del desarrollo psicomotriz, control de medidas antropométricas, administración de micronutrientes, descarte de parasitosis, consejería integral, consejería nutricional, según el caso, profilaxis antiparasitaria, consejería para la estimulación del desarrollo de manera personalizada por no

disponer de infraestructura y equipamiento para realizar las sesiones de estimulación temprana.

La limitación de recursos humanos, infraestructura y equipamiento no es el adecuado en el servicio, no contribuyen a brindar atención integral del niño con calidad, de acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo del niño menor de cinco años, (R.M. 990 – 2010 MINSA) Así mismo la Norma Técnica del Modelo de Atención Integral Basado en la Familia y Comunidad establece que la base del crecimiento y desarrollo del niño, se dan en estos dos escenarios.

En cuantos, a las actividades extramurales, son insuficientes por la alta demanda existente.

TABLA N° 26

INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

MÓDULO I	6 ambientes y sala de espera.	1 Ambiente de Triaje
		1 Consultorio médico
		1 Consultorio de Adolescente y escolar
		1 Ambiente de farmacia
		1 Ambiente atención del Adulto mayor y psicología
		1 Ambiente Atención Integral del Niño
		1 Sala de espera
MÓDULO II	8 ambientes y sala de espera	1 emergencias
		1 Consultorio de Obstetricia, VIH y cáncer.
		1 tópico
		1 sala de partos
		1 sala de internamiento
		1 consultorio de odontología
		1 Laboratorio

		1 consultorio de nutrición
		1 Sala de Espera
MODULO III	2 ambientes	1 Oficina SIS
		1 Admisión
MODULO IV	2 ambientes	1 Estrategia de Tuberculosis, No Transmisibles y Zoonoticas.
		1 Modulo de estimulación

En el I módulo funciona farmacia, consultorio de Niño-Cadena de frio, Consultorio Médico, consultorio de Adulto Mayor y No Transmisibles, de Adolescente y el servicio de triaje de los usuarios al establecimiento, este espacio es muy reducido lo que ocasiona malestar en las personas especialmente niños y madres de familia que solicitan la atención.

Además de la ubicación, el espacio es muy reducido para poder brindar las atenciones en crecimiento y desarrollo, administración de inmunizaciones y sesión de estimación temprana.

En el II módulo está ubicada Emergencia, internamiento, sala de partos, consultorio de obstetricia, odontología, nutrición, laboratorio y sala de espera.

En el módulo III se ubica la unidad se seguros y Admisión. Así mismo en el módulo IV se encuentra la estrategia sanitaria de Tuberculosis y al costado el módulo de estimulación temprana.

Brindar atención integral del niño, implica proporcionar un paquete de cuidados esenciales entre los se incluye la estimulación temprana para lograr el desarrollo de sus potencialidades físico, cognitivo, emocional y social, las que no pueden brindarse adecuadamente por no disponer de infraestructura adecuada para las sesiones de estimulación temprana, actividad importante que involucra a las familias de los niños menores de cinco años en conocimiento y práctica de la estimulación del desarrollo psicomotriz así mismo dar cumplimiento a la Norma Técnica de Salud para el Control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años.

El recurso humano de enfermería cuenta con capacitación en atención integral pero no cuentan con la especialidad en esta área, brindando cuidados básicos para el control y la estimulación temprana al niño menor de cinco años.

TABLA N° 27

EQUIPAMIENTO DE UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL ETAPA NIÑO

N°	EQUIPO/MOBILIARIO	TOTAL	ESTADO DE CONSERVACIÓN		
			BUENO	REGULAR	MALO
1	Mesa para examen lactante	2	2		
2	Escritorio con 4 cajones	3	1	2	
3	Sillas de madera	5		5	
4	Balanza pediátrica de mesa	1	1		
5	Estetoscopio pediátrico	2	2		
6	Termos KST	5	5		

7	Termos GIOSTYLE	6	6		
8	Termos BLOW-KINGS	4	4		
9	Caja RCW 25	1	1		
10	Refrigeradora doméstica	1		1	
11	Refrigeradora ICE LINE	1	1		
12	Congeladora	1	1		
13	Cuna de metal rodante RN	1			1
14	Equipo cómputo	1	1		
15	Impresora	1		1	
16	Infantómetro	1			1
17	Tallímetros preescolar	5	5		
18	Coche de curaciones	1			1
19	Riñoneras de metal	2	2		
20	Tambores de acero quirúrgico	2	2		
21	Cubeta de porcelana	1		1	
22	Batería TEPSI	1	1		
23	Batería Test Peruano	1		1	

El equipamiento con el que cuenta el servicio es insuficiente dada la alta demanda, no se dispone con balanza para pre escolar, baterías para la evaluación del desarrollo, material y equipos para la realización de las sesiones de estimulación temprana según edad.

2.2. PROBLEMA CENTRAL CAUSAS Y EFECTOS

2.2.1. Definición del Problema Central

Inadecuado servicio de Estimulación Temprana en Niños menores de cinco años del C.S. Pedro Pablo Atusparias. Chiclayo. Lambayeque.

2.2.2. Análisis de causas directas

CAUSAS DIRECTAS:

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

1. **Bajas coberturas en estimulación temprana.** Lo que se evidencia por una inadecuada infraestructura, equipamiento insuficiente, brecha de recursos humanos profesionales capacitados en estimulación temprana.
2. **Desconocimiento de la población sobre la importancia de la estimulación temprana.** Esto se debe a la falta de planes comunicacionales y a la falta de capacitación de los agentes comunitarios para que promuevan la estimulación temprana.

CAUSAS INDIRECTAS

Se han identificado 5 causas indirectas, estas son:

1. Insuficiente equipamiento para el desarrollo de la estimulación temprana en niños menores de cinco años.
2. Inadecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.
3. Insuficiente recurso humano capacitado en estimulación temprana.
4. Inexistencia de un plan comunicacional.
5. Agentes comunitarios no capacitados en estimulación temprana.

2.2.3. Análisis de Efectos

EFFECTOS DIRECTOS

Se han identificado 02 efectos directos del problema central, estas son:

- Presencia de problemas en el desarrollo del niño menor de cinco años.
- Incremento de la deserción escolar.

EFFECTOS INDIRECTOS

Se han identificado 02 efectos indirectos:

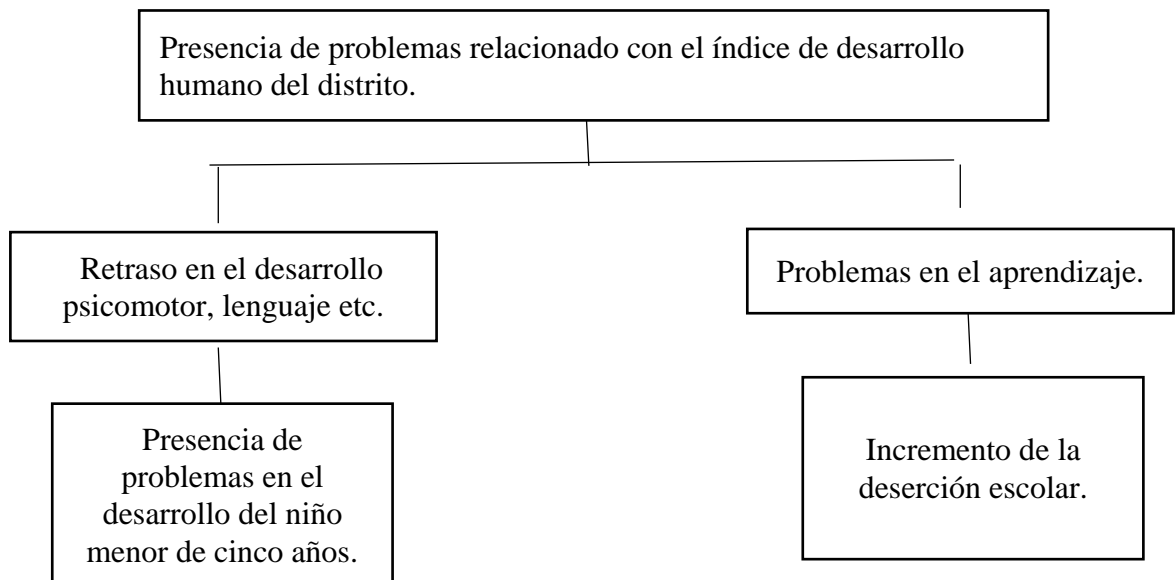
- Retraso en el desarrollo psicomotor, lenguaje etc.

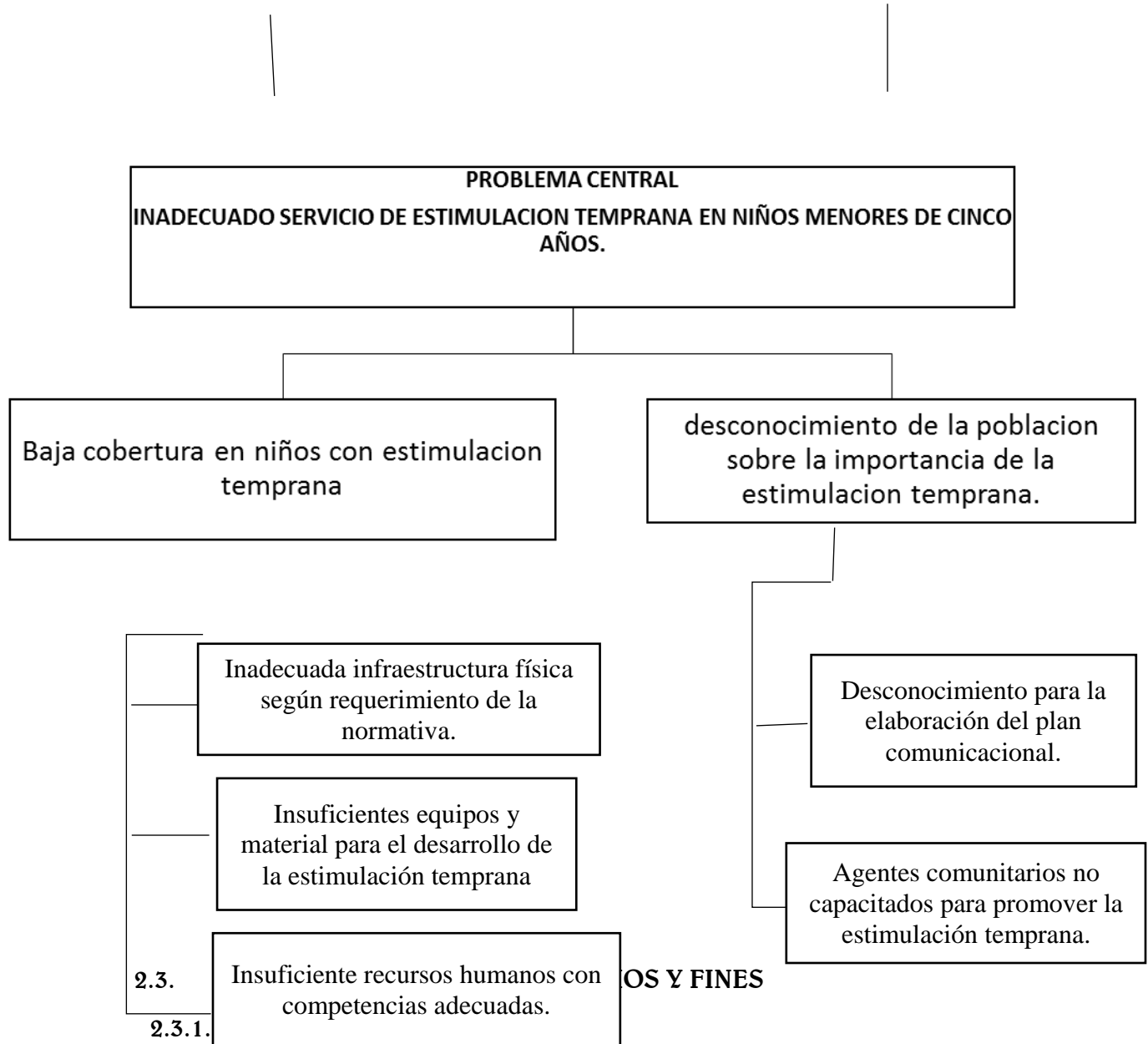
- Problemas en el aprendizaje

EFECTO FINAL

Presencia de problemas relacionado al índice del desarrollo humano del distrito.

ARBOL DE PROBLEMAS CAUSA Y EFECTO





Adecuado servicio de estimulación temprana del niño menor de 5 años en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, distrito JLO, provincia Chiclayo - Lambayeque

Principales Indicadores del Objetivo

PRINCIPALES INDICADORES DE LOS OBJETIVOS	VALOR ACTUAL	VALOR FINAL
Disminuir la incidencia del trastorno del desarrollo psicomotriz en un 20% de los niños menores de 5 años del sector de Atusparias.	60%	20%
70 % de niños y niñas menores de 5 años tendrán una buena atención en estimulación temprana en el C.S Atusparias.	0%	70%
Porcentaje de niños afiliados al SIS	60 %	100%

2.3.2 Análisis de Medios

MEDIO DEL PRIMER NIVEL 1:

1. Incremento de la cobertura en estimulación temprana en niños menores de 5 años. Lo que se evidencia por una adecuada infraestructura, equipamiento suficiente, y suficientes recursos humanos capacitados en estimulación temprana en el niño menor de 5 años.
2. Conocimiento de la población sobre la importancia de la estimulación temprana. Debido a que existe un plan comunicacional y por ende habrá agentes comunitarios capacitados para promover la estimulación temprana.

Medios Fundamentales

1. Suficiente equipamiento, el cual permitirá tener equipos necesarios para un diagnóstico oportuno a través de la estimulación temprana.
2. Adecuada infraestructura física, el cual nos permite brindar una atención de calidad.
3. Suficiente recurso humano con competencias, forma parte del elemento primordial para el cuidado de la salud de los niños.
4. Conocimiento sobre la elaboración del plan comunicacional, nos permitirá comprender la importancia de la estimulación temprana.
5. Agentes comunitarios capacitados para que promuevan la estimulación temprana, está permitiendo el involucramiento y participación activa en todas las actividades que demande el proyecto en bien de la salud de los niños

menores de 5 años, ya que forman parte del equipo y nos ayudaran a realizar el seguimiento y monitoreo.

2.3.3. Análisis de fines

Fines Directos

- Detección oportuna de problemas en el desarrollo en niños menores de 5 años.
- Disminución de la deserción escolar.

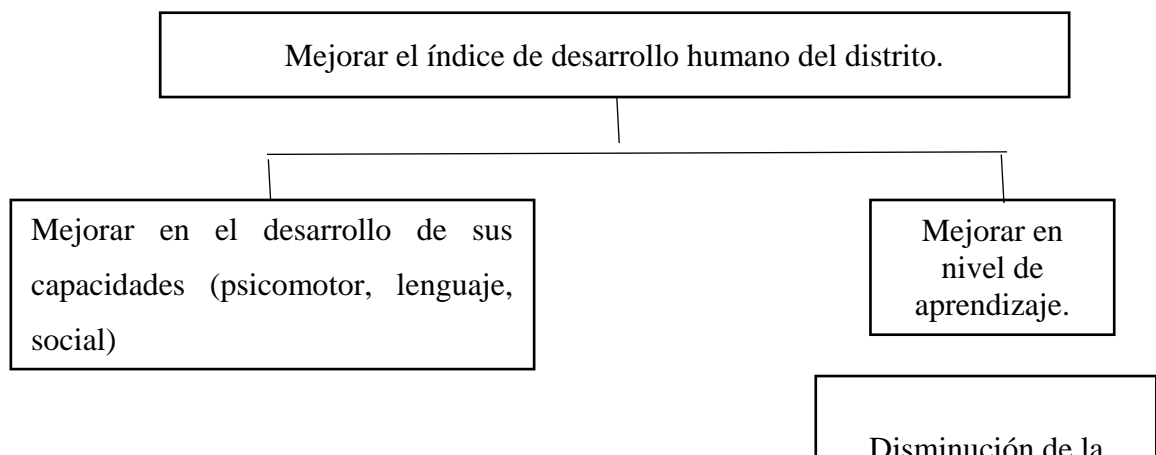
Fines Indirectos

- Mejorar en el aprendizaje.
- Mejorar en el desarrollo de sus capacidades (psicomotor, lenguaje, social)

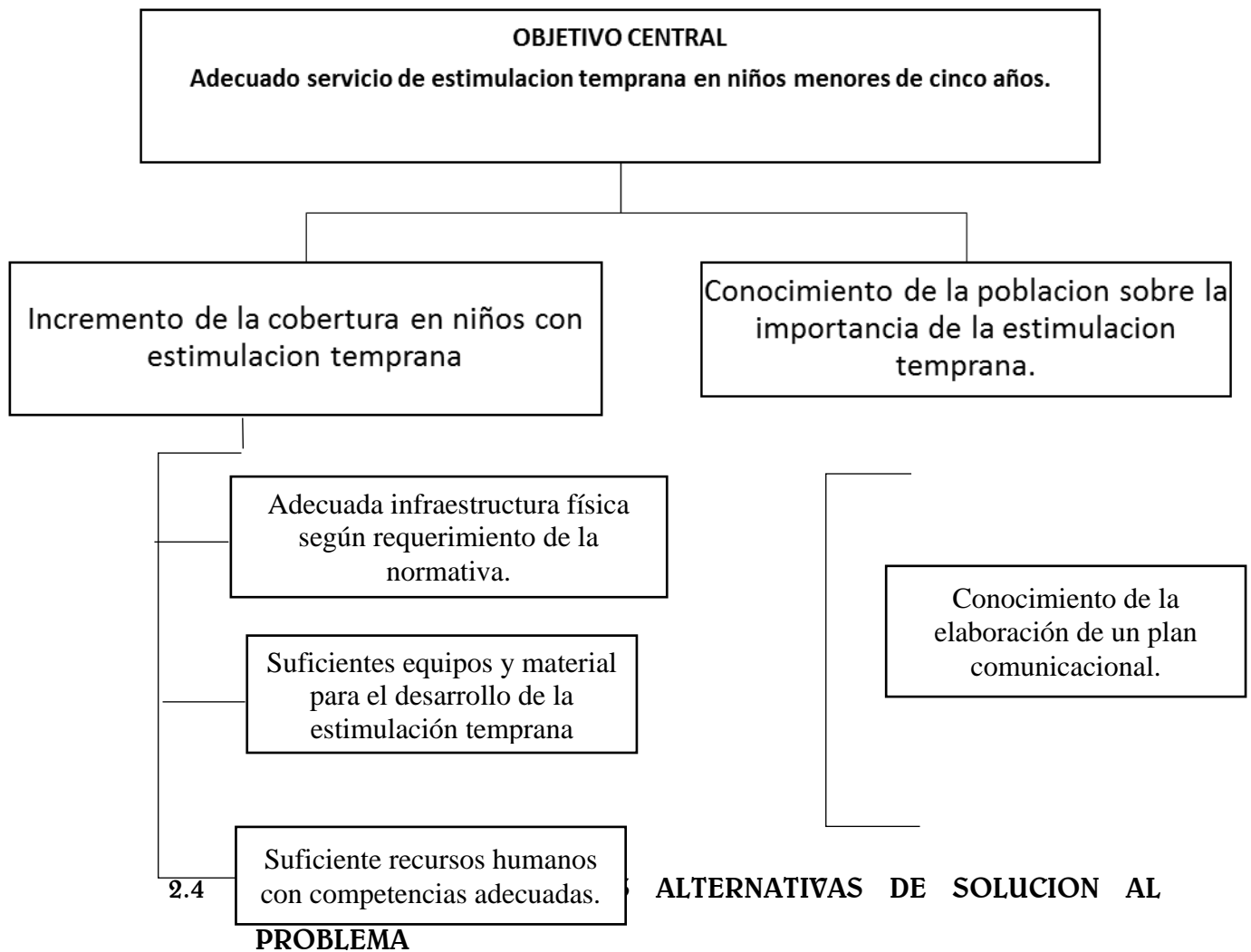
Fin Último

Mejorar el índice de desarrollo humano en niños menores de 5 años del Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, Distrito JLO.

ARBOL DE OBJETIVOS, MEDIOS Y FINES



Detección oportuna de problemas en el desarrollo en niños menores de 5 años.



2.4

Las acciones propuestas, a partir de los medios fundamentales, constituyen las raíces del árbol de medios y fines, a continuación, especificamos cada acción, para cada medio fundamental.

2.4.1 Descripción de las alternativas de solución

ALTERNATIVA N° 01:

Medios Fundamentales	Acciones
<u>Medio fundamental 1:</u> Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	1.1. Ampliación de la infraestructura actual.
<u>Medio fundamental 2:</u> Suficiente equipamiento para la sesión de Estimulación Temprana del niño menor de cinco años	2.1.- Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana.
<u>Medio fundamental 3</u> Adecuada capacidad del recurso humano para la sesión de estimulación temprana del niño menor de cinco años.	3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años. 3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.
<u>Medio fundamental 4:</u> Conocimiento de la elaboración de un plan comunicacional.	4.1.- Implementación y evaluación del Plan comunicacional.
<u>Medio fundamental 5:</u> Agentes Comunitarios capacitados que promuevan la Estimulación Temprana en niños menores de cinco años.	5.1.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.

ALTERNATIVA N° 02:

Medios Fundamentales	Acciones
<u>Medio fundamental 1:</u> Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	1.2.- Construcción de un módulo para el desarrollo de la sesión de estimulación temprana.

<p><u>Medio fundamental 2:</u> Suficiente equipamiento para la sesión de Estimulación Temprana del niño menor de cinco años</p>	<p>2.1.- Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana</p>
<p><u>Medio fundamental 3</u> Adecuada capacidad del recurso humano para la sesión de estimulación temprana del niño menor de cinco años.</p>	<p>3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años. 3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.</p>
<p><u>Medio fundamental 4:</u> Conocimiento de la elaboración de un plan comunicacional.</p>	<p>4.1.- Implementación y evaluación del Plan comunicacional.</p>
<p><u>Medio fundamental 5:</u> Agentes Comunitarios capacitados que promuevan la Estimulación Temprana en niños menores de cinco años.</p>	<p>5.1.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.</p>

2.4.2. Matriz del Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS (lo ideal)
FIN			
Mejorar el índice de desarrollo humano del distrito José Leonardo Ortiz	Al horizonte del Proyecto Disminuir la incidencia del trastorno del desarrollo psicomotriz en un 20% de los niños menores de 5 años del sector de Atusparias.	<ul style="list-style-type: none"> • Informe final • Video 	Gobierno Regional y local comprometido en la disminución de los trastornos psicomotriz de los niños menores de 5 años.
OBJETIVO			
Promover un adecuado servicio de estimulación temprana del niño menor de 5 años en el centro de salud Atusparias, distrito JLO. Provincia de Chiclayo - Lambayeque - 2017.	Al finalizar el proyecto al menos el 70 % de niños y niñas menores de 5 años tendrán una buena atención en estimulación temprana en el C.S Atusparias.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia • Formato de atención • Formulario único de atención 	Existen recursos económicos suficientes para garantizar una buena atención en estimulación temprana.
COMPONENTES			
C1: Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	Al finalizar el proyecto el C.S. Atusparias cuenta con un ambiente adecuado para el desarrollo de la estimulación temprana.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de culminación de la obra. • Fotos. 	La Gerencia Regional de Salud, comprometida en la implementación del servicio de estimulación temprana de los niños y niñas menores de 5 años.
C2: Suficiente equipos y materiales para el desarrollo de Estimulación Temprana en niño menor de cinco años.	Al finalizar el proyecto el C.S. Atusparias cuenta con equipamiento suficiente y adecuado para realizar la	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario del mobiliario y equipamiento para la atención en estimulación temprana de los niños, del establecimiento de salud. 	Los profesionales de la salud cuentan con los materiales y/o equipo necesario para brindar una buena atención

	estimulación temprana en niños menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografía de los equipos entregados • Acta de entrega firmada 	en estimulación temprana de manera satisfactoria y oportuna.
C3: suficiente recurso humano con competencias adecuadas.	Al final del proyecto, el 100% de recursos humanos del C.S. Atusparias con competencias fortalecidas para brindar la estimulación temprana niños menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia • Acta de compromiso • Fotografías. 	La Gerencia Regional de Salud, comprometida en el desarrollo de competencias de los recursos humanos para la prevención y promoción del cuidado integral de los niños y niñas menores de 5 años.
C4: conocimiento para la elaboración de un plan comunicacional.	<p>Al final del proyecto al menos el 90% de las familias del distrito de José Leonardo Ortiz reciben información personalizada en sus viviendas</p> <p>Al primer trimestre del proyecto se cuenta con 01 plan comunicacional dirigidos a la familia y comunidad del distrito de José Leonardo Ortiz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a talleres • Cuaderno de visita • Plan comunicacional diseñado y listo para su ejecución. • Fotografías 	<p>Familias participando activamente de la estimulación temprana de sus niños.</p> <p>Redes Microredes de salud articuladas y diseñando materiales educativos sobre estimulación temprana.</p>

C5: Agentes comunitarios capacitados para que promuevan la estimulación temprana.	Al finalizar el proyecto, al menos el 30% de los agentes comunitarios del distrito del C.S. Atusparias participaron de los talleres de capacitación.	Plan de intervención de acciones de prevención y promoción de la salud en los niños menores de 5 años.	Agentes comunitarios del C.S. Atusparias dispuestos a trabajar en beneficio de la población menor de 5 años
1.1. Construcción de un módulo para el desarrollo de la sesión de estimulación temprana.	Ambiente adecuado para el desarrollo de la estimulación temprana.	Acta de culminación de la obra. Fotos.	Se cuenta con los recursos financieros y humanos necesarios y calificados para el desarrollo de las sesiones de estimulación temprana.
2.1. Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana.	Equipamiento suficiente para realizar la estimulación temprana en los niños menores de 5 años.	Informe del equipamiento. Inventario de bienes del establecimiento de salud.	
3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años.	Talleres ejecutados con la participación del personal al 100% en el C.S. Atusparias.	Registro de asistencia y libro de actas Fotografías	
3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.	01 pasantía nacional e internacional realizada en estimulación temprana.	Boletos de viaje. Planilla de asistencia a pasantías. Fotografías.	
4.1.- Implementación y evaluación del Plan comunicacional.	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de material educativo con mensajes claves. • 03 Campañas de difusión masiva 	Registro de entrega de información. Plan de campaña	

5.1.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.	03 talleres de capacitación para agentes comunitarios sobre la importancia de la estimulación temprana.	Registro de asistencia de agentes comunitarios Diseño de taller Video. Acta de compromiso.	
---	---	---	--

CAPÍTULO III: FORMULACIÓN

3.1 Horizonte de Evaluación

El horizonte de evaluación del PIP comprende el período de ejecución del proyecto (período “0”) más un máximo de diez (10) años de generación de beneficios (período ex post). Dicho período que inicia en Agosto del 2016 hasta Agosto del 2017, el mismo que comprende todas las fases del Ciclo del Proyecto.

El período “2017” 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 en un adecuado servicio de estimulación temprana para menores de 5 años. Centro de salud Atusparias. Chiclayo, donde existe una población de 53006 habitantes, estableciendo como prioridad la población total de niños menores de cinco años, los mismos que ascienden a 4409 niños.

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

TABLA N° 28
POBLACIÓN ASIGNADA POR GRUPOS ETÁREOS – CENTRO DE SALUD
ATUSPARIAS, MICRORED JLO – CHICLAYO, 2017

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MENOR DE UN AÑO	1-4 AÑOS	5- 9 AÑOS	10- 17 AÑOS	18- 34 AÑOS	35-49 AÑOS	50-64 AÑOS	65 A MAS	TOTAL
C.S. PABLO ATUSPARIAS	874	3535	4519	7865	14564	9997	6332	3117	53006

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

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

TABLA N° 29
INDICADORES PARA DETERMINACIÓN DE LA DEMANDA

Población Referencial	53,006	
% 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

En tal sentido, a la población antes estimada se aplica el factor a fin de determinar la población demanda efectiva asegurada por el SIS que accede al establecimiento de primer nivel de atención, representando un total de 4233

TABLA N° 30
ESTIMACIÓN DE LA 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)
53,006	63.6%	33,712	53.2%	17,935	0.236	4,233

TABLA N° 31

DEMANDA EFECTIVA DE ATENCIONES

POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS QUE ACCEDEN A UN NIVEL	% PROMEDIO DE ATENDIDOS EN CONS. EXTERNO MEDICO Y NO MEDICO (h)	POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS MEDICOS Y NO	ESPECIALIDADES (i)	% 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)
4,233	Médico 53%	2,244	MEDICINA	100.0%	2,244	2	4,487
	No Médico 47%	1,990	OBSTETRICIA	18.0%	358	2	716
			ENFERMERIA	16.0%	318	2	637
			ODONTOLOGIA	47.0%	935	3	2,805
			PSICOLOGIA	9.0%	179	1	179
			ESTIMULACION TEMPRANA	11.0%	219	2	438

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

TABLA N° 32

DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN DEMANDA ATENCIÓN SEGÚN SERVICIOS

SERVICIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
MEDICINA	4487	4577	4669	4762	4857	4954	5053	5155	5258	5363	5470
OBSTETRICIA	637	649	662	676	689	703	717	731	746	761	776
ENFERMERIA	637	649	662	676	689	703	717	731	746	761	776
ODONTOLOGIA	2805	2862	2919	2977	3037	3097	3159	3223	3287	3353	3420
PSICOLOGIA	179	183	186	190	194	198	202	206	210	214	218
ESTIMULACION TEMPRANA	438	446	455	465	474	483	493	503	513	523	534
TOTAL	4696	4790	4885	4983	5083	5184	5288	5394	5502	5612	5724

Fuente: Oficina de estadística del C.S Pedro Pablo Atusparias

3.3 Análisis de la Oferta

Se ha determinado que existe en el distrito de José Leonardo Ortiz, la prestación de los servicios de Medicina, nutrición, enfermería, odontología y psicología identificándose la OFERTA ACTUAL a partir del total de atenciones efectuadas en el establecimiento de salud.

TABLA N° 33
DETERMINACIÓN DE LA OFERTA - 2016

CONSULTORIOS EXTERNOS MÉDICOS Y NO MÉDICOS	ESPECIALIDADES	CANTIDAD DE ATENCIONES A PACIENTES SIS POR ESPECIALIDAD (Promedio de 3 últimos años)	% ATENCIONES (CRED)	OFERTA DE ATENCIONES SEGÚN INTERVENCIÓN (n) = (l) x (m)
Médico	MEDICINA	12,890		0
No Médico	OBSTETRICIA	2,076		0
	ENFERMERIA	1,075	16%	172
	ODONTOLOGIA	5,254		0
	PSICOLOGIA	1,856		0
	ESTIMULACION TEMPRANA	1,294		0

Fuente: Oficina de estadística del C.S Pedro Pablo Atusparias

TABLA N° 34
ESTIMACIÓN DE LA OFERTA ACTUAL

ATENCIONES INTINERANTES 2016											
SERVICIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
MEDICINA	12,890	13,148	13,411	13,679	13,953	14,232	14,516	14,807	15,103	15,405	15,713
OBSTETRICIA	2,076	2,118	2,160	2,203	2,247	2,292	2,338	2,385	2,432	2,481	2,531
ENFERMERIA	1,075	1,097	1,118	1,141	1,164	1,187	1,211	1,235	1,260	1,285	1,310
ODONTOLOGIA	5,254	5,359	5,466	5,576	5,687	5,801	5,917	6,035	6,156	6,279	6,405
PSICOLOGIA	1,856	1,893	1,931	1,970	2,009	2,049	2,090	2,132	2,175	2,218	2,262
ESTIMULACION TEMPRANA	1,294	1,320	1,346	1,373	1,401	1,429	1,457	1,486	1,516	1,546	1,577
TOTAL	24,445	24,934	25,433	25,941	26,460	26,989	27,529	28,080	28,641	29,214	29,798

Fuente: Oficina de estadística del C.S Pedro Pablo Atusparias

3.4 BALANZA 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 en los servicios de atención básicos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

TABLA N° 35
BRECHA DE DEMANDA SEGÚN SERVICIOS – 2016

SERVICIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
MEDICINA	-8403	-8571	-8742	-8917	-9095	-9277	-9463	-9652	-9845	-10042	-10243	-102249
OBSTETRICIA	-1439	-1468	-1497	-1527	-1558	-1589	-1621	-1653	-1686	-1720	-1755	-17514
ENFERMERIA	-438	-447	-456	-465	-474	-484	-494	-503	-514	-524	-534	-5334
ODONTOLOGIA	-2449	-2498	-2547	-2598	-2650	-2703	-2757	-2813	-2869	-2926	-2985	-29796
PSICOLOGIA	-1677	-1710	-1745	-1780	-1815	-1851	-1888	-1926	-1965	-2004	-2044	-20406
ESTIMULACION TEMPRANA	-856	-873	-891	-909	-927	-945	-964	-984	-1003	-1023	-1044	-10420
TOTAL	-15262	-15567	-15879	-16196	-16520	-16850	-17188	-17531	-17882	-18240	-18604	-185719

Fuente: Oficina de estadística del C.S Atusparias

3.5 PLANTEAMIENTO TÉCNICO DE LAS ALTERNATIVAS

ALTERNATIVA N° 1

Medios Fundamentales	Acciones
<u>Medio fundamental 1:</u> Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	1.1. Ampliación de la infraestructura actual.
<u>Medio fundamental 2:</u> Suficiente equipamiento para la sesión de Estimulación Temprana del niño menor de cinco años	2.1.- Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana.
<u>Medio fundamental 3</u> Adecuada capacidad del recurso humano para la sesión de estimulación	3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años. 3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el

temprana del niño menor de cinco años.	personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.
<u>Medio fundamental 4:</u> Conocimiento de la elaboración de un plan comunicacional.	4.1.- Implementación y evaluación del Plan comunicacional.
<u>Medio fundamental 5:</u> Agentes Comunitarios capacitados que promuevan la Estimulación Temprana en niños menores de cinco años.	5.1.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.

ALTERNATIVA N° 02.

Medios Fundamentales	Acciones
<u>Medio fundamental 1:</u> Adecuada infraestructura física según requerimiento de la normativa.	1.2.- Construcción de un módulo para el desarrollo de la sesión de estimulación temprana.
<u>Medio fundamental 2:</u> Suficiente equipamiento para la sesión de Estimulación Temprana del niño menor de cinco años	2.1.- Equipamiento especializado suficiente para desarrollar estimulación temprana
<u>Medio fundamental 3</u> Adecuada capacidad del recurso humano para la sesión de estimulación temprana del niño menor de cinco años.	3.1 Capacitación de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana del niño menor de cinco años. 3.2 Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.

<p><u>Medio fundamental 4:</u> Conocimiento de la elaboración de un plan comunicacional.</p>	<p>4.1.- Implementación y evaluación del Plan comunicacional.</p>
<p><u>Medio fundamental 5:</u> Agentes Comunitarios capacitados que promuevan la Estimulación Temprana en niños menores de cinco años.</p>	<p>5.1.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.</p>

CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL

4.1. COSTOS DEL PROYECTO

4.1.1. Costos de Alternativa 1

PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVA N° 2

PIP	"IMPLEMENTACION DEL SERVICIO DE ESTIMULACION TEMPRANA PARA MENORES DE CINCO AÑOS. CENTRO DE SALUD ATUSPARIAS, CHICLAYO"	Dpto.:	LAMBAYEQUE
Ubicación:	Distrito José Leonardo Ortiz	Provincia:	CHICLAYO
Fecha:		Distrito:	JOSE L. ORTIZ

Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.	FACTOR DE CORRECCION	Total S/.
01.00.00	COSTOS DIRECTOS					137,057.00	0.8475	116,150.00
	1.1. Construcción de un módulo para el desarrollo de la sesión de estimulación temprana	GLB	1	60,000.00	60000			
	2.1. Equipamiento especializado suficiente para la estimulación temprana.	GLB	1	12,348.00	12348			
	3.1. Capacitación de los Recursos Humanos en la Estimulación Temprana	GLB	1	18,396.00	18396			
	3.2. Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio	GLB	1	13,034.00	13034			
	4.1. Implementación y Evaluación del Plan comunicacional.	GLB	1	21,646.00	21646			
	5.1. Implementación del sistema de la Vigilancia Comunal para la participación de la población como agentes comunitarios.	GLB	1	7,855.00	7855			
	5.2.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.	GLB	1	3,778.00	3778			
SUB-TOTAL 1						137,057.00		116,150.00
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%	6,852.85		6,852.85	0.8475	5,807.50
COSTO TOTAL DIRECTO						143,909.85		121,957.50
05.00.00	IGV		18.0%	25,903.77		25,903.77		0.00
SUB-TOTAL 2						169,813.62		121,957.50
07.00.00	SUPERVISIÓN (**)	Porcentaje	5.0%	8,490.68		8,490.68	0.9091	7,718.80
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%	5,094.41		5,094.41	0.9091	4,631.28
MONTO DE INVERSION S/.						183,398.71		134,307.58

4.2. BENEFICIOS.

4.2.1. Beneficios sociales cuantitativos.

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.

- ✓ Se habrá mejorado el servicio de estimulación temprana para el niño menor de 5 años del Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias.
- ✓ Se logrará la detección oportuna de riesgos y daños de la población infantil.
- ✓ Se incrementará la cobertura en estimulación temprana para el niño menor de 5 años.
- ✓ El Centro de Salud tendrá el equipamiento suficiente para las sesiones de estimulación temprana.
- ✓ Desarrollo de competencias en el personal de salud para brindar una atención de calidad con enfoque de interculturalidad, desarrollando acciones preventivas promocionales de manera articulada con la población.
- ✓ Formación de agentes comunitarios de salud que participan activamente en la vigilancia del crecimiento y desarrollo.
- ✓ Se mejorará el sistema de vigilancia comunal.

4.2.3. Beneficios en la situación sin proyecto.

El establecimiento de salud no dispone de personal suficiente, ni el equipamiento adecuado para la realizar sesión de estimulación temprana en los niños y niñas menores de 5 años, sin embargo se ha identificado los siguientes beneficios:

- ✓ Cubrir parcialmente los requerimientos para la sesión de estimulación temprana.
- ✓ Reducir los niveles de propagación de enfermedades prevalentes de la infancia.

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 el servicio de estimulación temprana del Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias del distrito de JLO.
- ✓ Brindar servicio oportuno y de calidad en todos los programas.
- ✓ Fortalecer las competencias en los agentes comunitarios y principalmente de la familia para un mejor cuidado y atención integral de salud.
- ✓ Elevar la calidad y condiciones de vida de la población beneficiada, entre otras.

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN

5.1 Evaluación Social

La metodología de evaluación que se utilizará es el de 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 utilizará la siguiente fórmula:

$$CE = \text{VACS}/\text{TPB}$$

Donde:

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 por el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias).

Del resultado de la Evaluación Costo – Efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de **129,668.00** nuevos soles y con la alternativa 02 será de **193,898.00** nuevos soles.

CUADRO N° 01

ESTIMACIÓN DEL COSTO EFECTIVIDAD

DESCRIPCION	ALT. N° 01	ALT. N° 02
VACSN (T.D. 9%)	129,668	193,898
Beneficiarios (Total del Horizonte)	57,140	57,140
COSTO EFECTIVIDAD	2.27	3.39

5.2 Cronograma de Ejecución.

5.2.1 Cronograma de Ejecución Física

Principales Rubros	COSTOS DE INVERSION	2017			
		Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV
Expediente Técnico	3,310.25	100%			
Costo Directo por componente:					
1.2 Adecuación de ambiente existente.	60,000.00		50%	50%	
2.1 Capacitación del personal de salud en estimulación temprana.	12,348.00		20%	40%	40%
2.2 Pasantía del personal de salud en estimulación temprana.	18,396.00	25%	25%	25%	25%
3.1 Adquisición de Equipos, materiales y mobiliario para el Servicio de Estimulación temprana.	13,034.00		30%	30%	40%
4.1 Implementación de un programa de IEC para promover la estimulación temprana en la familia y comunidad.	21,646.00		30%	30%	40%
4.2 Reunión de sensibilización a los líderes de la comunidad, organizaciones de base, cuna más, instituciones educativas.	7,855.00		30%	30%	40%
5.1 Fortalecer una red de agentes comunitarios en sectores de la jurisdicción del C.S.	3,778.00		30%	30%	40%
COSTO DIRECTO TOTAL	137,057.00				
Gastos Generales	6,852.85		30%	30%	40%
IGV	25,903.77		30%	30%	40%
Supervisión	5,517.08		30%	30%	40%
TOTAL	178,640.95				

5.2.2 Cronograma de Ejecución Financiera

Principales Rubros	COSTOS DE INVERSION	2017			
		Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV
Expediente Técnico	3,310.25	100%			
Costo Directo por componente:					
1.2 Adecuación de ambiente existente.	60,000.00		50%	50%	
2.1 Capacitación del personal de salud en estimulación temprana.	12,348.00		20%	40%	40%
2.2 Pasantía del personal de salud en estimulación temprana.	18,396.00	25%	25%	25%	25%
3.1 Adquisición de Equipos, materiales y mobiliario para el Servicio de Estimulación temprana.	13,034.00		30%	30%	40%
4.1 Implementación de un programa de IEC para promover la estimulación temprana en la familia y comunidad.	21,646.00		30%	30%	40%
4.2 Reunión de sensibilización a los líderes de la comunidad, organizaciones de base, cuna más, instituciones educativas.	7,855.00		30%	30%	40%
5.1 Fortalecer una red de agentes comunitarios en sectores de la jurisdicción del C.S.	3,778.00		30%	30%	40%
COSTO DIRECTO TOTAL	137,057.00				
Gastos Generales	6,852.85		30%	30%	40%
IGV	25,903.77		30%	30%	40%
Supervisión	5,517.08		30%	30%	40%
TOTAL	178,640.95				

Acciones de la alternativa 01

<i>Acciones</i>	<i>Unidad de medida</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Tiempo</i>
1.1 Ampliación de la infraestructura actual.	Ampliación	01	6 meses
2.1. Equipamiento especializado suficiente para la estimulación temprana.	Equipamiento	01	2 meses
3.1. Capacitación de los Recursos Humanos en la Estimulación Temprana.	Capacitación	2 por año	Anual
3.2. Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio.	Pasantía	1 por año	Anual
4.1. Implementación y Evaluación del Plan comunicacional.	Plan	01	Mensual
5.1. Implementación del sistema de la Vigilancia Comunal para la participación de la población como agentes comunitarios.	Implementación del SVC	2 sesiones	Mensual
5.2.- Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.	Monitoreo	04	Trimestral

Las acciones propuestas tendrán que llevarse a cabo de acuerdo a cantidad y tiempo.

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

Acciones	Unidad de medida	Cantidad	AÑO 2017			
			1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre	4to trimestre
1.1. Ampliación de la infraestructura actual.	Ampliación	1	x	x		
2.1. Equipamiento especializado suficiente para la estimulación temprana.	Equipamiento	1			x	
3.1. Capacitación de los Recursos Humanos en la Estimulación Temprana	Capacitación	2 por año	x		x	
3.2. Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio	Pasantías	1	x			
4.1. Implementación y Evaluación del Plan comunicacional.	Plan Comunicacional.	1	x	x	x	x
5.1. Implementación del sistema de la Vigilancia Comunal para la participación de la población como agentes comunitarios.	Implementación del SVC	2	x	x		
5.2.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe estimulación temprana.	Equipos	4	x	x	x	x

5.3 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

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 cuidado integral del infante, personal del establecimiento de salud, agentes comunitarios, familias y comunidad.

La sostenibilidad del proyecto en la etapa de inversión está garantizada por:

1. La capacidad técnica y los recursos financieros necesaria para ejecutar el proyecto, con la que cuenta el Gobierno Regional Lambayeque, cuya fuente de financiamiento son los recursos de inversión asignados a través de Presupuesto Participativo del año 2017.
2. Los arreglos institucionales previstos para la fase de operación y mantenimiento, en el cual la Gerencia Regional de Salud Lambayeque o quien corresponda suscribe su compromiso y garantiza la sostenibilidad del proyecto durante el periodo de la vida útil del mismo.
3. La capacidad de gestión de la organización encargada del proyecto en su etapa de operación; financiamiento de los costos de operación y mantenimiento, señalando cuales serían los aportes de las partes involucradas (Gobierno Regional, GERESA y EESS, según sea el caso)
4. Firma de convenios con universidades de la región.

5.4 IMPACTO AMBIENTAL

La ejecución del presente proyecto no ocasiona daños al medio ambiente, puesto que no produce alteraciones negativas del medio ambiente ni en el comportamiento del ecosistema, por el contrario el ambiente social se ve favorecido al incrementarse el bienestar de

la población mejorando la calidad de vida de los habitantes del distrito de José Leonardo Ortiz, por lo que se recomienda implementar el proyecto.

Con relación al impacto ambiental, la ejecución del proyecto considera reducir los riesgos de que el medio ambiente se deteriore, por ello se realizarán algunas medidas de prevención durante todo el proyecto.

En la Etapa Operativa

Se controlarán los residuos que sean producto de las capacitaciones, para lo cual se evitará el uso de materiales tóxicos como los plásticos y las bolsas evitando la afección de la salud de la población que está dentro del proyecto, así como la población aledaña a la misma.

En el medio social consideramos que el proyecto tendrá impacto positivo pues recuperará prácticas positivas de atención y cuidado de gestantes y niños propios de las culturas locales, revalorándolas y a través de la promoción de las mismas utilizando diversos medios pertinentes en la capacitación al personal de salud, a promotores de salud y a las familias.

El compartir saberes nuevos se establecerá un diálogo intercultural en el que se irán fortaleciendo o creando espacios sociales que fortalecerán una cultura de protección y cuidado de las mujeres y niños en la comunidad, espacio que puede contribuir además a reforzar comportamientos adecuados a la convivencia armónica con su entorno.

Arreglos institucionales para la ejecución del PIP y operación del servicio.

Institucionalización de la programación, aprobación, ejecución del Gasto Público en proyectos de desarrollo a través del Presupuesto participativo. La gerencia Regional de salud Lambayeque, tiene la capacidad instalada en cuanto a personal técnico especializado que garantizaría la sostenibilidad institucional durante la ejecución del proyecto.

A nivel organizacional del sector salud: se fortalecerá competencias del personal de salud del ámbito del proyecto para el desarrollo de capacidades a fin de mejorar la oferta del servicio de atención integral de los niños menores de 5 años y la realización de las acciones de prevención, promoción, así como de monitoreo y evaluación de indicadores acordes a las normas técnicas actuales. 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 de atención al niño y niña.

El equipo del proyecto incorporará al personal de los establecimientos de salud del ámbito del proyecto en los procesos de planificación participativos, lo cual favorecerá la apropiación de estrategias de trabajo toda vez que se irán construyendo con ellos. Los procesos de acompañamiento al personal de salud y la visualización de los cambios positivos contribuirán al sostenimiento de las acciones de mejora de la calidad de la atención integral al niño y niña.

A nivel de familias se espera que las prácticas mejoradas sean transmitidas al interior de las familias de generación en generación y también en la comunidad y a través del sistema de vigilancia

comunitaria, se cree una red de protección social de cuidado de los niños menores de 5 años, todo ello también contribuirá a incrementar la demanda de una atención integral oportuna y de calidad de la población infantil desde la comunidad en el establecimiento de salud a través de la elaboración del plan comunicacional. Por otro lado, el proyecto recupera prácticas valiosas propias que favorecen el desarrollo de persona.

Organización

El proyecto contará con el personal mínimo que le permita administrar y ejecutar el proyecto. Al inicio del proyecto se socializarán objetivos y metas del proyecto a todo el equipo de manera que se pueda realizar una mejor planificación de las actividades mensuales y también se puedan ir relacionando con los objetivos del mismo para luego compartir la información a nivel comunitario. Se diseñarán instrumentos para el recojo de información y monitoreo de indicadores del proyecto con el equipo técnico de campo y con el personal de salud para tener una propuesta conjunta. Los mecanismos de comunicación también serán definidos desde el principio para mantener contacto permanente con todos los integrantes de trabajo.

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

- 1.** El Proyecto persigue la consecución de 06 componentes fundamentales, los cuales permitirán fortalecer las capacidades de

los recursos humanos para brindar una atención integral de los niños y niñas menores de 5 años, así mismo a través de las capacitaciones y pasantías contaremos con los conocimientos necesarios para lograr alcanzar los resultados y los objetivos planteados en el proyecto. Así mismo permitirá equipar el área de estimulación temprana y desarrollar acciones preventivas promocionales con las madres y sus niños; también fortaleceremos las capacidades de los agentes comunitarios, quienes juegan un rol importante dentro de las comunidades.

2. El Proyecto será sostenible en la medida de la participación de todos los involucrados en las acciones de fortalecimiento de capacidades de los diferentes actores sociales en el cuidado integral del menor de 5 años.

3. El Proyecto presenta dos alternativas, siendo la más adecuada la alternativa 1 cuyo monto de inversión es de S/. 129,668.

5.7 RECOMENDACIONES

Se recomienda presentar y socializar el proyecto en sesión de consejo para ser considerado en el presupuesto participativo distrital 2017 de José Leonardo Ortiz.

Difundir los resultados a todo nivel: Local, distrital, provincial y regional.

5.8 FECHA DE FORMULACIÓN

Enero del 2017

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Organización de la Naciones Unidas [página principal internet]* Nueva York: Una nueva agenda de Desarrollo sostenible. [Acceso 1 de agosto 2016] Disponible, <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/secretario-general/>
- 2.- Pardo A, Demografía Desnutrición y Pobreza [Blog en Internet]*. [Acceso 11 de Noviembre 2016] Disponible, <http://sfczucena.blogspot.pe/2012/04/demografia-desnutricion-y-pobreza.html>
- 3.- Ministerio de Salud. [Página principal internet]* Lima: Plan Nacional concertado de Salud. Perú.2007 [Acceso 11 de agosto 2016] Disponible, https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/PER%202007%20-%20Plan_Nacional_Salud.pdf
- 4.- Ministerio de Salud. [Página principal internet]* Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud, ISSN 0001-6002/2009/51/2/71-73 Acta Médica Costarricense, 2009 Colegio de Médicos y Cirujanos. [Acceso 12 de julio 2016] Disponible, <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>.
- 5.- Ministerio de Salud; OGE: Dirección de Epidemiología, Análisis de Situación de Salud (ASIS) Nacional 2013. [Acceso 15 de agosto 2016] Disponible, http://www.dge.gob.pe/asis_peru.php.
- 6.-Salcedo S. Desnutrición Infantil, Lima setiembre del 2014 [Acceso 18 de agosto 2016] Disponible, [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/\\$FILE/INFINVES65-2014.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/$FILE/INFINVES65-2014.pdf),

- 7.-Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud Basada en la Familia y Comunidad. Lima, Perú. 2011. [Acceso 20 de agosto 2016] Disponible, <http://www.minsa.gob.pe>
- 8.- Contreras Vásquez L. Etapas del Desarrollo Humano. México. 2014
- 9.- Ministerio de salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Perú.2011
- 10.-Palacios Rizzo, Agustina; Bariffi, Francisco José [página principal internet]* La Discapacidad como una Cuestión de Derechos Humanos. Una Aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, URI/Handle del Recurso, 2014-08-25 [Acceso 1 de agosto 2016] Disponible, <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/402>
- 11.- Ministerio de Salud. [Página principal internet]* Familia y Entorno Saludable. Lima .Perú 2006, [Acceso 25 de agosto 2016] Disponible, <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/familiasaludable/famsalud.asp>
- 12.- Terre, Orlando, Villa de Madrid, María Dolores y Díaz, Arturo. (2002)La estimulación y el desarrollo del niño en edad temprana 0-3 años. Ediciones Libro Amigo, Lima, 134 p.
13. Ministerio de Salud [Manual en Internet]*Modelo de Atención Integral de Salud basada en Familia y Comunidad. [Acceso 1 de octubre 2016]. Disponible, <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf> MINSA, Perú. 2011. Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud [Manual en internet] * [Acceso 2 Octubre 2016] Disponible, <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documntoreforma11122013.pdf>
- 14.- Ministerio de Salud. La Norma Técnica de Salud para la Atención del niño y la niña. Perú. MINSA, 2014.
- 15.-Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [Página principal internet]* Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, J&O EDITORES IMPRESORES S.A.C. Jr. Rufino Torrico N° 225 - Lima [Acceso 22

- Octubre 2016] Disponible,
http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf
- 16.-Ministerio de Salud, Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, Lima Perú, 2010
- 17.- Ministerio de Economía y Finanzas, [Página principal internet]* Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, [Acceso 1 de Octubre 2016] Disponible,
https://apps.contraloria.gob.pe/wcm/publicaciones/principales_disposiciones_emitidas2012/pdf/Ley_28411_.pdf
- 18.-Ministerio de Salud [Página principal internet]* Resolución Ministerial N° 729-2003- SA/DM 20 junio 2003, Lima- Perú [Acceso 18 de Octubre 2016] Disponible
<http://www.elperuano.com.pe/NormasElperuano/2015/12/18/1324283-1.html>
- 19.- Ministerio de Salud [Página principal internet]* Resolución Ministerial N° 464-2011- MINSA, Modelo de Atención Integral de Salud Basada en Familia y Comunidad [Acceso 18 de Octubre 2016] Disponible
http://aempresarial.com/web/solicitud_nl.php?id=138694.
- 20.- Ministerio de Salud (MINSA).Componente Niño –Crecimiento y Desarrollo. Perú

ANEXOS

COSTOS UNITARIOS**1.1. Ampliación de la infraestructura actual.**

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Pintura, cielo raso, ventanas, puertas , sistema electrico, otros	mts	24	500	12000.00
TOTAL				12000.00

2.1. Equipamiento especializado suficiente para la estimulación temprana.

N°	RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
1	Pelota Grande (60 cm de diametro aproximadamente)	Unidad	3	42.00	126.00
2	Rodillo o almohada redonda ligeramente dura	Unidad	3	47.00	141.00
3	Cubos encajables	Unidad	5	15	75
4	Tina grande con pelotas pequeñas de diversos colores	Unidad	2	350.00	700.00
5	Rompecabezas de alto relieve	Unidad	12	4.50	54.00
6	Tarjeta de estimulación visual	Unidad	12	16.00	192.00
7	Tarjetas onomatopéyicas	Unidad	12	30.00	360.00
8	Encaje de Figuras Geométricas	Unidad	12	15.00	180.00
9	Bits Numeros	Unidad	12	36.00	432.00
10	Rompecabezas con pines	Unidad	12	10.00	120.00
11	Plantado	Unidad	12	26.00	312.00
12	Bombos	Unidad	12	22.00	264.00
13	Colchoneta de colores 1.00 x 0.50	Unidad	12	45.00	540.00
14	Gimnasio	Unidad	3	80.00	240.00
15	Juego x 9 pisos goma Eva	Unidad	3	120.00	360.00
16	Balancin	Unidad	3	150.00	450.00
17	Carretes, eslabones y botones	Unidad	3	40.00	120.00
18	CD descubriendo mi cuerpo	Unidad	3	15.00	45.00
19	Espejos	Unidad	1	62.00	62.00
20	Lamparas con luces	Unidad	6	50.00	300.00
21	Techo blanco (pintar con estrellas)	Unidad	6	20.00	120.00
22	Cortina de Colores	Unidad	3	20.00	60.00
23	Imágenes pintadas con dibujos	Unidad	12	100.00	1,200.00
24	Juguetes	Unidad	24	55.00	1320.00
25	Pelotas con sonidos	Unidad	24	8.00	192.00
26	Sonajeros	Unidad	24	5.00	120.00
27	Grabadora equipo de sonido	Unidad	2	600.00	1,200.00
28	Tablero con diferentes texturas	Unidad	18	40.00	720.00
29	Esponjas de colores	Unidad	12	25.00	300.00
30	Esencias	Unidad	12	20.00	240.00
31	Aceites en su uso terapéutico	Unidad	12	35.00	420.00
32	Colchoneta triangular para ejercicios del niño	Unidad	12	69.00	828.00
33	Tarima de madera para la percusión con manos y pies	Unidad	3	50.00	150.00
34	Cuadros didácticos	Unidad	3	50.00	150.00
35	Pictogramas	Unidad	3	57.00	171.00
36	Temperas	Unidad	12	7.00	84.00
	TOTAL				12,348.00

3.1. Capacitación de los Recursos Humanos en la Estimulación Temprana

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Laptop	Unidad	1	3500	3,500.00
Retroproyector	Unidad	1	3000	3,000.00
Plumones # 47 pta gruesa	Caja	3	30	90.00
Papel sabana	Ciento	2	30	60.00
Impresora EPSON L375	Unidad	1	800	800.00
Fotocopias	Global	2000	0.05	100.00
CDs	Unidad	60	2	120.00
Folders manila	unidad	100	0.5	50.00
USB	Unidad	8	25	200.00
Lapiceros Faber Castell # 35	caja	2	8	16.00
Folderes de carton	unidad	100	0.5	50.00
Papel bond A4 75 Gr	Millar	10	13	130.00
Cinta maskintape 1 x 40 Yds	Unidad	9	2	18.00
Tinta para Impresora	Unidad	8	40	320.00
Plumones acrilicos	Caja	1	30	30.00
Mota	Unidad	3	4	12.00
Piarra acrilica	unidad	1	200	200.00
cartulinas de colores	Ciento	5	50	250.00
Certificados	Unidad	100	3	300.00
Servicios				0.00
Auditorio	Taller	2	400	800.00
Revelado de fotos	Unidad	50	0.4	20.00
Internet	Alquiler días	1	50	50.00
Pasajes facilitadores	Persona	10	20	200.00
Pasajes participantes	Persona	100	9	900.00
Refrigerios participantes	Persona	60	3	180.00
Alimentación participantes	Persona	100	10	1,000.00
Incentivo Ponente experto	Ponente	4	1500	6,000.00
Total				18,396.00

3.2. Plan de Programación de Pasantías nacionales e internacionales para el personal profesional de enfermería en estimulación temprana de alto prestigio

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Servicios				
Pasajes	PERSONA	6	200.00	1,200.00
Hospedaje	DIA	7	750.00	5,250.00
Movilidad local	DIA	7	200.00	1,400.00
Alimentación	DIA	7	700.00	4,900.00
Materiales de escritorio				
Cuadernos A4	UNIDAD	6	7.00	42.00
Tablilla acrílicas	UNIDAD	6	7.00	42.00
Banner	UNIDAD	1	150.00	150.00
Fotocopias	UNIDAD	1000	0.05	50.00
Total				13,034.00

4.1. Implementación y Evaluación del Plan comunicacional.

N°	RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
	Papel sabanas	Ciento	1	50.00	50.00
	Papel bonda A4	Millar	5	13.00	65.00
	Plumones N° 47 de colores	Unidad	24	2.00	48.00
	Cinta maskintape	Unidad	24	2.00	48.00
	Cartulinas recortadas de colores	Ciento	3	40.00	120.00
	Cartulinas de colores	Ciento	1	40.00	40.00
	Impresiones	Global	1	300.00	300.00
	Pizarra acrílica	Unidad	1	200.00	200.00
	mota	Unidad	1	5.00	5.00
	Rotafolios	Unidad	50	70.00	3,500.00
	CD varios para estimulación temprana	Unidad	6	15.00	90.00
	Folderes de colores	Ciento	2	50.00	100.00
	Tripticos	Millar	2	300.00	600.00
	Diseño de cuñas radiales	Unidad	3	300.00	900.00
	Diseño de spot televisivos	Unidad	3	400.00	1,200.00
	Difusión de cuñas radiales	Mes	8	300.00	2,400.00
	Difusión de spot televisivos	Mes	8	400.00	3,200.00
	Banner	Unidad	4	120.00	480.00
	Carnet de estimulación temprana	Millar	3	1,000.00	3,000.00
	Lapiceros	Unidad	200	1.00	200.00
	Servicios			0.00	0.00
	movilidad local	Taller	15	200.00	3,000.00
	Refrigerios para participantes	Taller	300	7.00	2,100.00
	TOTAL				21,646.00

4.2. Reunión de sensibilización a los líderes de la comunidad, organizaciones de base, cuna más, instituciones educativas.

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Papel bond A4	Millar	2	36.00	72.00
Lapiceros	Caja	2	26.00	52.00
Plumones N° 47	Caja	1	36.00	36.00
Papel sabana	Ciento	1	36.00	36.00
Cartulinas	Ciento	1	40.00	40.00
Cinta maskintape	Unidad	12	3.00	36.00
Cuadernos A4	Unidad	50	7.00	350.00
Fotocopias	Unidad	2000	0.10	200.00
Servicios			0.00	0.00
Alquiler de local	Taller	10	80.00	800.00
Movilidad local	Taller	10	300.00	3000.00
Refrigerios	Personas	50	7.00	350.00
Pago capacitador	Taller	2	500.00	1000.00
TOTAL				5972.00

5.1. Implementación del sistema de la Vigilancia Comunal para la participación de la población como agentes comunitarios.

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Plumones # 47 pta gruesa	Caja	7	35.00	245.000
Papel sabana	Ciento	3	30.00	90.000
Fotocopias	Global	5000	0.050	250.000
Folders manila	unidad	200	0.5	100.000
Lapiz	unidad	50	1	50.000
Lapiceros Faber Castell # 33	caja	3	15	45.000
Folderes de carton	unidad	50	0.5	25.000
Papel bond A4 75 Gr	Millar	4	13	52.000
Cinta maskintape 1 x 40 Yds	Unidad	30	3	90.000
Papel lustre	unidad	100	0.5	50.000
cartulinas de colores	Ciento	3	36	108.000
Certificados	Unidad	58	10	580.000
Tablillas acrilicas	Unidad	50	8	400.000
Revelado de fotos	Unidad	50	0.4	20.000
Movilidad	Unidad	50	10	500.000
Fichas	Millar	5	200	1000.000
Gorros	Persona	50	15	750.000
Chalecos	Persona	50	35	1750.000
Mochilas o maletín	Persona	50	35	1750.000
TOTAL				7,855.00

5.2.-Capacitación a los agentes comunitarios sobre los beneficios a los niños que recibe

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
Libro de actas	Unidad	2	18.00	36.00
Lapiceros	Caja	1	28.00	28.00
Plumones N° 47	Caja	1	36.00	36.00
Papel Bond A4	Millar	1	26.00	26.00
Papel sabana	Ciento	1	30.00	30.00
Fotocopias	Unidad	2000	0.05	100.00
Cinta maskintape	Unidad	6	2.00	12.00
Cartulina en tarjetas	Ciento	2	30.00	60.00
Carnet de agentes comunitarios	Unidad	50	5.00	250.00
Servicios				0.00
Pago de Facilitador	Persona	6	200.00	1200.00
Refrigerios	Persona	200	10.00	2000.00
TOTAL				3,778.00