



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“MEJORAMIENTO DE LA SALUD NUTRICIONAL DE
MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA, DEL
CENTRO POBLADO DE CASCAJAL, DISTRITO DE
CHIMBOTE, 2016”.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL TITULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIA.**

AUTOR

Lic. Enf. LETICIA LUCIA SANDOVAL DIAZ

ASESORA

Dra. Enf. SONIA AVELINA GIRON LUCIANO

CHIMBOTE - PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

Mgr. Susana Valentina Charcape Benites

Presidenta

Mgr. Nelly Apolinar Gonzales

Secretaria

Mgr. Betsi Margaret Pozo Cusma

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios omnipotente, por ser nuestra fuente de saber y guía para concluir este trabajo, por llenarnos de bendiciones cada día y conducirnos por el camino correcto.

A nuestras familias por su apoyo constante e incondicional, quienes nos motivan para poder esforzarnos día tras día

De manera muy especial a la Dra. Enf. Sonia Avelina Giron Luciano por su, valioso asesoramiento, consejos, dedicación, por inspirarnos cariño, confianza y admiración.

A aquellas personas que de manera directa o indirecta nos apoyaron incondicionalmente en la realización de este trabajo, gracias por su apoyo y buenos deseos.

DEDICATORIA

A Dios, eres mi fuerza e inspiración en todo momento... mi luz y el que guía mis pasos en este camino, te dedico todo mi amor y mi esfuerzo.

A mi Madre, por su confianza ilimitada, sus sabias enseñanzas y sobre todo por darme el valor para seguir adelante y confiar en lo que hago.

A mi Hijo: Alexander, por todo el amor y la alegría que me da y sobre todo a mi esposo por incentivar me para seguir adelante.

A la memoria de mi Padre Juan: siempre quisiste lo mejor para mi e incentivaste el trabajo y la superación... en mi corazón estará tu alegría y cariño siempre.

I. PRESENTACIÓN

La anemia infantil en el Centro Poblado Cascajal es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental.

El presente estudio muestra el perfil epidemiológico de la anemia infantil en el Centro poblado y resume la evidencia disponible al momento respecto a las potenciales causas de ésta. Aunque se ha avanzado mucho respecto al conocimiento de sus causas, aún existen muchas brechas de conocimiento que no permiten tener una idea clara de los determinantes de anemia infantil en el Centro poblado Cascajal. Estas brechas de conocimiento pueden estar limitando las acciones y las decisiones de salud pública pudiéndolas hacer insuficientes como para tener un efecto claro y sostenido.

Además de la deficiencia de hierro, otras causas de anemia debieran ser estudiadas y consideradas en los esfuerzos de salud pública orientados a controlar la anemia infantil en el Centro poblado Cascajal.

Esta información puede ayudar a orientar iniciativas, tanto de salud pública como de investigación. Asimismo, el presente estudio resume las iniciativas de salud pública que se han llevado a cabo, para hacer frente a la enorme carga que la anemia le significa a la población infantil, con una mirada crítica desde la evidencia que pueda estar disponible de estudios científicos como de metodologías de evaluación de programas.

Por ello nos vemos en la necesidad de iniciar un proceso de cambio a fin de mejorar los procesos relacionados a la anemia en el Centro Poblado Cascajal y planteamos mejorar las capacidades del personal de salud, capacitar a la madres cuidadoras, implementar un centro de vigilancia nutricional, considerando aspectos básicos: infraestructura, recursos humanos y materiales, capacitación y gestión de la calidad.

En este Proyecto encontraremos toda la metodología de cómo llegamos al problema, el planteamiento de objetivos y Plan de trabajo, se utilizó el Modelo de Proyectos de Bobadilla, Inversión del SNIP. Espero que este proyecto sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales que quieren mejorar la problemática de sus centros laboral.

INDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	1
II. HOJA RESUMEN	4
2. 1. Título del Proyecto	4
2.2. Localización (Distrito, Provincia, departamento, región)	4
2.3. Población beneficiaria	4
2.4. Institución(es) que lo presentan	4
2.5. Duración del proyecto	4
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio	5
2.7. Resumen del proyecto.	5
III. JUSTIFICACION	7
IV. OBJETIVOS	40
V. METAS	41
VI. METODOLOGIA	42
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.	42
6.2. Sostenibilidad del proyecto	48
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.	49
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	54
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	61
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	65
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS	68

II. HOJA RESUMEN

2.1. Título del Proyecto

Mejoramiento de la Salud Nutricional de Menores de Tres Años con Anemia del Centro Poblado de Cascajal, Distrito de Chimbote 2016.

2.2. Localización:

Distrito : Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

Región : Ancash

Localidad : Centro Poblado de Cascajal.

2.3. Población beneficiaria

Directos : 19 menores de 3 años con anemia

Indirectos: 19 madres de los menores, 57 familiares dentro del hogar.

2.4. Institución que lo presenta:

Programa de Segunda Especialización en Enfermería. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

2.5. Duración del proyecto

365 días calendarios (01 año)

Fecha de inicio : 01 de Enero del 2016

Fecha de término : 01 de enero del 2017

2.6. Costo Total:

S/. 104,669.24soles

2.7. Resumen del proyecto

El presente estudio nace a raíz de la problemática de la anemia que se presenta en el Puesto de Salud Cascajal, referente a lo casos elevado de anemia de los 180 niños en estudio, 19 tienen anemia lo que representa el 10,56 % de la población de menores del Centro Poblado Cascajal, debido a que existe deficiencia en el equipamiento del Centro de salud y capacitación en las madres cuidadoras; asimismo no se cuenta con personal exclusivo y capacitado, tampoco existe un programa de capacitación dirigido al personal de salud y las madres cuidadoras, generando enfermedades gastrointestinales en los menores, lo que origina finalmente la anemia.

Por ello, el presente proyecto, busca gestionar la creación de un centro de vigilancia nutricional donde se realicen los análisis y control de los menores con anemia, durante todas las etapas de recuperación y prevención, con una adecuada implementación de equipos, materiales y recursos humanos calificados que cumplan con los estándares de calidad eficiencia y eficacia.

Para lo cual se utilizó, el esquema de Bobadilla en la formulación del problema, herramientas del sistema nacional proyecto de inversión pública (SNIP), utilizando el árbol de causa efectos, medios y fines, medios fundamentales, líneas de acción que contemplan : Programas de Capacitación y Planes de Acción como: Gestionar la construcción Centro de Vigilancia Nutricional en coordinación con la Red de Salud Pacifico Norte, elaboración

del cuadro de necesidades de equipos biomédicos para su reposición y compra, elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para labor exclusiva en el área de CRED y nutrición, elaboración de guías de capacitación final, elaboración del Plan de Supervisión y monitoreo para de cada una de las etapas de recuperación del menor con anemia.

También incluye la elaboración del Plan de Capacitación y Formación del Personal del Área de CRED y Nutrición. Como Profesional de Enfermería, espero contribuir con la recuperación de los menores con anemia, a fin de que la familia mejore su calidad de vida y tengan una mejor oportunidad para el futuro.

III. JUSTIFICACIÓN.

En el Puesto de Salud Cascajal existe un problema de salud pública y están relacionados directamente con la situación de bienestar de los individuos y el logro de las potencialidades de desarrollo de la sociedad, estos problemas se inician en el hogar de las familias por cuanto las madres cuidadoras desconocen de los problemas de la malnutrición que implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, por tanto incluye la desnutrición como la sobrealimentación.

Por otro lado el personal de salud encargado directamente al control CRED y Nutrición no se encuentra capacitado para realizar eficientemente su trabajo, sumado a que la falta de equipos y ambientes no les permite realizar un control y monitoreo de los menores con problema de anemia; en el Puesto de Salud Cascajal no se cuenta con un local exclusivo para el control CRED y para las capacitaciones en Nutrición, porque se realizan en un reducido ambiente que funciona también como tópico, el equipo es insuficiente y ya han cumplido con el tiempo de vida útil, por lo que es necesario se cambiado, razón por la cual no se brinda un servicio de calidad.

El control de los menores de 1 año es de 13 controles al año, en niños de 1 año es de 6 controles y 2 a 3 años es de 4 controles. El personal de Salud entrega una ficha control para que las madres cuidadoras lleven el control de cuando le toca el turno para CRED y reciban su charlas de orientación en nutrición, pero el inconveniente es que no asisten puntualmente a estos, por diversos problemas como son la distancia de donde viven, la falta de recursos económicos, falta de interés, entre otros.

Por otra parte mucho de los niños sufren enfermedades diarreicas agudas lo que deshidrata al menor, llevándolo a que disminuya su hemoglobina y entre en la etapa de riesgo de anemia. En muchos de los casos estas EDAS no son comunicadas a tiempo lo que conlleva a que no se traten adecuadamente por lo que el menor lleva un proceso largo de recuperación.

El Puesto de Salud Cascajal cuenta con un Técnico de Laboratorio que realiza los análisis para determinar anemia, dos Enfermeras que cumplen la función en CRED y nutrición. Para determinar si el personal de salud es suficiente para cubrir la demanda del servicio de CRED y de Capacitación en Nutrición vamos a analizar la oferta y demanda del servicio en términos de población demandante potencial, número de atenciones. La población de referencia del Centro Poblado Cascajal se presenta por grupo etareo en el siguiente cuadro:

POBLACIÓN DE REFERENCIA POR GRUPO ETAREO				
EDAD ETAREA	EDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE	SUB TOTAL
NIÑO	Menores de 1 año	60	2.17%	693
	De 1 año	60	2.13%	
	De 2 años	60	2.11%	
	De 3 años	59	2.08%	
	De 4 años	58	2.06%	
	De 5 a 11 años	396	14.12%	
ADOLESCENTES	De 12 a 14 años	163	5.79%	313
	De 15 a 17 años	150	5.34%	
ADULTO	De 18 a 29 años	590	21.01%	1,576
	De 30 a 40 años	431	15.35%	
	De 40 a 59 años	555	19.79%	
ADULTO MAYOR	De 60 a más años	226	8.04%	226
TOTAL		2,807	100%	2,807

Fuente: Puesto de Salud Cascajal, 2015

Para obtener la población de referencia se utilizó los siguientes indicadores

INDICADORES DE SALUD DE LA POBLACION DE REFERENCIA			
INDICADORES	UNIDAD	POBLACION	NACIONAL
Población	Habitantes	2,807	31,867,049
Tasa de crecimiento	Porcentaje	1.6%	2%
Esperanza de vida	Años	73.4	74.1
Tasa de Natalidad	x 1000 habitantes	1.35%	2.30%
Tasa de morbilidad	Porcentaje	40.79%	35.40%
Tasa de analfabetismo	Porcentaje	8.7	7.1
Tasa de Mortalidad	Muertes x 1000 hab.	1.6	6

Fuente: ENAHO 2010, encuestas INEI 2007

Para determinar la capacidad de producción del servicio CRED, Nutrición, se determinó la población demandante potencial por grupo etario, que es el resultado de multiplicar la población de referencia por la tasa de morbilidad. Como antecedentes se detalla la población demandante potencial por grupo etareo, del CLAS Cascajal, en 2015.

POBLACIÓN DEMANDANTE POTENCIAL POR GRUPO ETAREO				
EDAD ETAREA	EDADES	CANT. (*)	%	SUB TOTAL
NIÑO	Menores de 1 año	25	2.17%	283
	De 1 año	24	2.13%	
	De 2 años	24	2.11%	
	De 3 años	24	2.08%	
	De 4 años	24	2.06%	
	De 5 a 11 años	162	14.12%	
ADOLESCENTES	De 12 a 14 años	66	5.79%	127
	De 15 a 17 años	61	5.34%	
ADULTO	De 18 a 29 años	241	21.01%	643
	De 30 a 40 años	176	15.35%	
	De 40 a 59 años	227	19.79%	
ADULTO MAYOR	De 60 a más años	92	8.04%	92
TOTAL		1,145	100%	1,145
(*) Población de referencia multiplicado por tasa de morbilidad				

En el siguiente cuadro se detalla la población que se realizaron atenciones en CRED durante el año 2015

ATENCION DE SALUD	2015
Controles de Crecimiento y desarrollo	283
Menores de 1 año	25
De 1 año	24
De 2 años	24
De 3 años	24
De 4 años	24
De 5 a 11 años	162

Fuente: P.S. Cascajal

En el siguiente cuadro se detalla la población que se realizaron atenciones en Nutrición durante el año 2015

ATENCION DE SALUD	2015
Nutrición	283

Fuente: P.S. Cascajal

En el siguiente cuadro se detalla las atenciones que se realizaron en CRED durante el 2015

ATENCION DE SALUD	2015
Controles de Crecimiento y desarrollo	869
Menores de 1 año	274
De 1 año	147
De 2 años	145
De 3 años	95
De 4 años	47
De 5 a 11 años	162

Fuente: P.S. Cascajal

En el siguiente cuadro se detalla las atenciones que se realizaron en Nutrición durante el 2015

ATENCION DE SALUD	2015
Nutrición	321

Fuente: P.S. Cascajal

En el siguiente cuadro se detalla la proyección de la población demandante efectiva.

PROYECCION DE POBLACION DEMANDA EFECTIVA CON PROYECTO					
AÑO		Pob. Referencia	Pob. Potencial	Pob. De s/p	Pob. De C/p
2015	0	2807	1,145	566	566
2016	1	2,852	1163	575	575
2017	2	2,898	1182	584	584
2018	3	2,944	1201	593	593
2019	4	2,991	1220	603	603
2020	5	3,039	1240	612	612
2021	6	3,087	1259	622	622
2022	7	3,137	1280	632	632
2023	8	3,187	1300	642	642
2024	9	3,238	1321	652	652
2025	10	3,290	1342	663	663

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional 1.60%

A continuación vamos a determinar la población demandante efectiva por atenciones de salud.

ATENCION DE SALUD	POBLACION DE REFERENCIA (*)	POBLACION DEMANDANTE POTENCIAL (**)	POBLACION DEMANDANTE EFECTIVA SIN PROYECTO (***)
Controles de Crecimiento y desarrollo	693	693	283
Menores de 1 año	60	60	25
De 1 año	60	60	24
De 2 años	50	60	24
De 3 años	59	59	24
De 4 años	58	58	24
De 5 a 11 años	397	397	162

(*) Población de referencia según grupo atareo

(**) Población demandante potencial igual a la población de referencia.

(***) Población que se atiende en el Puesto de Salud Cascajal

ATENCION DE SALUD	POBLACION DE REFERENCIA (*)	POBLACION DEMANDANTE POTENCIAL (**)	POBLACION DEMANDANTE EFECTIVA SIN PROYECTO (***)
Nutrición	2,807	1,145	283

(*) Población de referencia según fuente del Puesto de Salud Cascajal

(**) Población de referencia multiplicado por tasa de morbilidad

(***) Población que se atiende en el Puesto de Salud Cascajal

En el siguiente cuadro se detalla las atenciones según los estándares normativos.

ATENCION PREVENTIVA	GRUPOS DE POBLACION	POBLACION DEMANDANTE POTENCIAL (*)	Nº DE CONTROLES (**)	ATENCIONES (POB. DEMAN. POT. X Nº DE CONT.)
Controles de Crecimiento y desarrollo				2251
	Menores de 1 año	60	13	793
	De 1 año	60	6	360
	De 2 años	60	4	237
	De 3 años	59	4	234
	De 4 años	58	4	231
	De 5 a 11 años	397	1	396

(*) Población de referencia multiplicado por tasa de morbilidad

(**) Según Directiva MINSA

ATENCION PREVENTIVA	GRUPOS DE POBLACION	POBLACION DEMANDANTE POTENCIAL (*)	Nº DE CONTROLES (**)	ATENCIONES (POB. DEMAN. POT. X Nº DE CONT.)
Nutrición	Población total	1,145	1	1145

(*) Población de referencia multiplicado por tasa de morbilidad

(**) Según Directiva MINSA

A continuación se detalla la proyección de los controles de crecimiento y desarrollo de la población demandante efectiva para los próximos 10 años.

AÑO		Controles de Crecimiento y desarrollo
2016	1	283
2017	2	287
2018	3	292
2019	4	296
2020	5	301
2021	6	306
2022	7	311
2023	8	316
2024	9	321
2025	10	326

Fuente: Elaboración propia

AÑO		Nutrición
2016	1	283
2017	2	288
2018	3	292
2019	4	297
2020	5	302
2021	6	306
2022	7	311
2023	8	316
2024	9	321
2025	10	326

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional 1.60%

En el siguiente cuadro se detalla la población demandante efectiva por atenciones de salud, según los estándares normativos, tomando en consideración la población demandante potencial.

AÑO		Controles de Crecimiento y desarrollo
2016	0	2,251
2017	1	2287
2018	2	2323
2019	3	2360
2020	4	2398
2021	5	2436
2022	6	2475
2023	7	2515
2024	8	2555
2025	9	2596
2016	10	2638

Fuente: Elaboración propia

AÑO		Nutrición
2016	0	1,145
2017	1	1163
2018	2	1182
2019	3	1201
2020	4	1220
2021	5	1240
2022	6	1259
2023	7	1280
2024	8	1300
2025	9	1321
2016	10	1342

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional 1,60%

Así como se ha encontrado la demanda de la población y la demanda del servicio de atención de CRED y Nutrición en base al número de atenciones, en el siguiente cuadro se determinara la oferta del servicio de CRED y nutrición a la partir del recurso humano que trabaja en el Puesto de Salud Cascajal, considerando que trabajan 02 Enfermeras dedicadas a estas actividades.

Esta oferta está definido como la capacidad de atención a partir del recurso humano (N° atenciones / año).

Personal de salud	N° de profesionales	N° de horas de atención anual (a)	rendimientos (N° atenc/hora) (b)	N° de atenciones por año (a * b)
Controles de Crecimiento y desarrollo	2	924	1.25	2310

(a) (b) Según Directiva MINSA

Fuente: Elaboración Propia

Personal de salud	N° de profesionales	N° de horas de atención anual (a)	rendimientos (N° atenc/hora) (b)	N° de atenciones por año (a * b)
Nutrición	1	924	1.25	1155

(a) (b) Según Directiva MINSA

Fuente: Elaboración Propia

Estos datos nos permitirán determinar cuál es la capacidad de atención actual (oferta) y cuál es la demanda de atención, lo que finalmente nos podrá permitir calcular cual será la capacidad de atención que será instalada.

A continuación se presenta la proyección de la oferta respecto a la capacidad de atención a partir del recurso humano.

AÑO		Controles de Crecimiento y desarrollo
2016	0	2,310
2017	1	2,310
2018	2	2,310
2019	3	2,310
2020	4	2,310
2021	5	2,310
2022	6	2,310
2023	7	2,310
2024	8	2,310
2025	9	2,310
2026	10	2,310

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional 1.6 %

AÑO		Nutrición
2016	0	1,155
2017	1	1,155
2018	2	1,155
2019	3	1,155
2020	4	1,155
2021	5	1,155
2022	6	1,155
2023	7	1,155
2024	8	1,155
2025	9	1,155
2026	10	1,155

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional ,.6 %

Una vez conocidos la demanda y oferta de los servicios de CRED y nutrición, se puede obtener una brecha para determinar si el recurso humano es suficiente para determinar la demanda del servicio que requiere la población potencial.

Personal de salud	N° de atenciones por año		
	Oferta	Demanda	Brecha
Controles de Crecimiento y desarrollo	2,310	2,251	-59

Fuente: Elaboración propia

Personal de salud	N° de atenciones por año		
	Oferta	Demanda	Brecha
Nutrición	1,155	1,145	-10

Fuente: Elaboración propia

Como se puede mostrar en el cuadro anterior la capacidad de atención que tiene el Puesto de salud cubre la demanda que tiene la población, incluso tiene una brecha de atención de 59 y 10 para CRED y nutrición respectivamente. También se realiza la proyección de la brecha para determinar el balance oferta demanda de los servicios de CRED y nutrición.

Controles de Crecimiento y desarrollo

AÑO		OFERTA	DEMANDA	BRECHA
2016	0	2,310	2,251	59
2017	1	2,310	2,287	23
2018	2	2,310	2,323	-13
2019	3	2,310	2,360	-50
2020	4	2,310	2,398	-88
2021	5	2,310	2,436	-126
2022	6	2,310	2,475	-165
2023	7	2,310	2,515	-205
2024	8	2,310	2,555	-245
2025	9	2,310	2,596	-286
2026	10	2,310	2,638	-328

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional 1.60%

Nutrición

AÑO		OFERTA	DEMANDA	BRECHA
2016	0	1,155	1,145	10
2017	1	1,155	1,163	-8
2018	2	1,155	1,182	-27
2019	3	1,155	1,201	-46
2020	4	1,155	1,220	-65
2021	5	1,155	1,240	-85
2022	6	1,155	1,259	-104
2023	7	1,155	1,280	-125
2024	8	1,155	1,300	-145
2025	9	1,155	1,321	-166
2026	10	1,155	1,342	-187

Fuente: Elaboración propia

Tasa de crecimiento poblacional 1.60%

Como se puede demostrar en los cuadros anteriores la brecha de oferta demanda para CRED se vuelve negativa para el año 02 y para nutrición se vuelve negativa para el año 01; lo que indica que se tendrá que analizar si la población sigue creciendo a este ritmo deberán contratar a más personal.

Este proyecto propone de dotar con recurso humano capacitado con adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños, creación de un centro de vigilancia nutricional en la zona; programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación balanceada y un programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación. La contribución que se espera lograr es reducir la anemia en menores de 3 años y por consiguiente mejorar la calidad de vida de sus familias y de la sociedad.

La Desnutrición, es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos que no satisface las necesidades de energía alimentaria, una absorción deficiente o un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos y genere una pérdida de peso corporal, por otro lado, la sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad. La desnutrición crónica infantil tiene implicancias económicas y sociales porque se relaciona con resultados de salud negativos, especialmente con una mayor mortalidad infantil (1).

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil edad a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos

ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño (1).

Asimismo la anemia es un problema de salud pública que afecta el desarrollo infantil temprano, que tiene como causas directas a las enfermedades comunes de la infancia (diarreas e infecciones respiratorias) que junto a una alimentación diaria deficiente en calidad y cantidad en sus hogares la generan. Es por ello, que compromete la salud y la calidad de vida de miles niños y niñas peruanas. Esta enfermedad se manifiesta en las niñas y los niños al presentar retardo en su crecimiento, que se expresa en un déficit de la talla para la edad, afectando también el desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales. También podemos decir que la anemia por deficiencia de hierro, se genera por el bajo consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, vísceras, pescado, etc) en la alimentación diaria (1).

En el Perú, la anemia afecta a los niños más pequeños, sobre todo en zonas rurales, en la sierra y a los que se encuentran en el quintil inferior de pobreza. Pero también, en los últimos años se observa un incremento en los índices de las zonas urbanas de las principales ciudades del país, lo que exige realizar un trabajo que implique diferentes escenarios y público objetivo. Los principales factores asociados a este problema son el deficiente régimen alimenticio y continuos episodios de enfermedades infecciosas (probablemente ligado a inadecuadas prácticas de higiene), así como otras determinantes de la salud,

asociados a la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión, entre otros (2).

A deficiencia de micronutrientes, en especial del hierro, vitamina A y zinc es consecuencia de múltiples factores entre los cuales destaca de manera directa la dieta pobre en vitaminas y minerales así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas y la población más vulnerable son las niñas y niños menores de 36 meses. La anemia por deficiencia de hierro está relacionada a alteraciones del desarrollo cognitivo, principalmente si la anemia se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años. En este periodo el daño puede ser irreversible. La corrección de la anemia en edades posteriores no conduce a mejor rendimiento intelectual, por lo que se debe enfatizar la prevención de anemia en edades tempranas de la vida (2).

Asimismo la anemia es un problema que afecta a la población del área urbana y del área rural, sin discriminar si se trata de población con menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, y en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población infantil principalmente, el Ministerio de Salud ha establecido la Universalización de la Suplementación con Multimicronutrientes para la Prevención de Anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia (2)

La Organización Mundial de la Salud se ha manifestado al respecto, alertando a las naciones a tener en cuenta que si la prevalencia de anemia supera el 40%, se califica como País con problema severo de salud pública, asimismo señala que es probable que el total de la población tenga deficiencia de hierro, ya que la anemia constituye el estadio final de dicha deficiencia en el cual el organismo ha agotado todo sus esfuerzos por mantener un adecuado equilibrio, es decir previo a que el examen de laboratorio señale un grado de anemia ya al interior del organismo se ha producido la llamada deficiencia de hierro de características subclínicas (3).

Las causas inmediatas de anemia pueden ser por:

a) **Disminución de la producción de eritrocitos.**

Se debe al déficit de hierro, ácido fólico y algunas vitaminas (B12, A y C). Dado que estos micronutrientes son necesarios para la producción de los glóbulos rojos (eritrocitos) durante la eritropoyesis, la disminución de estos nutrientes resulta en anemia crónica. La carencia de estos micronutrientes se debe principalmente a que las personas tienen una dieta que contiene cantidades insuficientes de éstos, o porque hay una malabsorción de ellos en el sistema digestivo (4).

El hierro ferroso (Fe^{2+}) se incorpora a la protoporfirina IX (proteína) para formar el complejo de hierro porfirínico “Hemo” (Hem) indispensable para la síntesis de hemoglobina en la eritropoyesis (generación de los glóbulos rojos de la sangre). De los 5g de hierro presentes en una persona adulta, el 70% es utilizado en la síntesis de hemoglobina y el 30% restante es almacenado en el

organismo bajo la forma de ferritina (proteína de reserva de hierro) y hemosiderina (proteína no soluble derivado de la descomposición de la hemoglobina cuando hay un exceso de hierro en el organismo) en médula ósea y el sistema retículo endotelial (4).

El déficit crónico de este nutriente conduce a la anemia por déficit de hierro (ADH). Así, el déficit de hierro (ferritina 8,3) no se debe confundir con la anemia por déficit de hierro (Hb8,3). El déficit de hierro puede deberse a dos causas: a una deficiencia absoluta de hierro en el organismo, o a una deficiencia de hierro funcional. La deficiencia absoluta de hierro implica ausencia total de las reservas de hierro en el organismo. Al inicio esta condición permanece asintomática debido a la existencia de mecanismos de compensación de la regulación del hierro y la eritropoyesis. El consumo de una dieta pobre en cantidad y calidad de hierro es la causa principal de deficiencia absoluta de hierro. La malabsorción y pérdidas por sangrado son también causas de deficiencia absoluta de hierro, las cuales podrían concurrir con la primera (5).

El hierro se presenta en dos formas en los alimentos, como hierro hemínico y como hierro no-hemínico. El hierro hemínico tiene mejor biodisponibilidad, lo que significa que se absorbe con mayor facilidad en el tracto intestinal (hasta 10 veces más que el hierro no-hemínico) y está presente en las carnes rojas, vísceras, pescados y aves. Así por ejemplo, las carnes rojas tienen entre 30% a 70% de hierro hemínico, y solo se absorbe aproximadamente entre el 15% y 35%. Las proteínas presentes en las carnes rojas, pueden incrementar la absorción de hierro en personas con suplementación ferrosa. Asimismo, el

hierro hemínico ayuda a su vez a la absorción del hierro no-hemínico. Por su parte, el hierro no-hemínico se absorbe en menor cantidad (10%) y está presente en los vegetales (espinacas), menestras, lácteos y huevos (5).

La absorción del hierro es dependiente de la presencia conjunta de otros nutrientes o sustancias en la dieta. Así, la presencia de vitaminas como la C y la A, favorecen su absorción, mientras que los fitatos (presente en las cáscaras de semillas, frutas secas, cereales y fibra), los polifenoles (antioxidantes provenientes de las uvas, cacao, granadas, té, nueces y maní), los oxalatos (constituyente de las leguminosas) y calcio disminuyen su absorción. La vitamina C (presente en las frutas cítricas como las fresas, naranjas, kiwi, guayaba, papaya, melón y en vegetales como el brócoli y el pimiento) favorece la absorción y metabolismo del hierro aún en presencia de inhibidores como los fitatos y oxalatos (5).

Esto se atribuye a que la vitamina C favorece el medio ácido en el estómago, lo cual permite la solubilidad del hierro e incluso tiene efecto antioxidante y como tal, dona electrones intracelularmente para mejorar la actividad de la ferri-reductasa, enzima que participa en la absorción intestinal del hierro. Por su parte, la vitamina A o retinol, es importante en la eritropoyesis y se ha demostrado que mejora la eficacia de la suplementación con hierro. Los mecanismos no están completamente claros, pero se hipotetiza que el retinol actúa a través de los receptores de transferrina, aumentando la movilización del hierro y su absorción en el tracto digestivo. Asimismo, la vitamina A previene el efecto inhibitor de los polifenoles y de los fitatos (5).

Por los motivos expuestos, su déficit podría estar implicado en la anemia en los niños. Por otro lado, tenemos compuestos alimenticios que disminuyen la absorción del hierro. Los fitatos, polifenoles, oxalatos y calcio reducen la absorción del hierro no hemínico entre 51% a 82% porque forman compuestos insolubles con el hierro que dificultan su absorción. Los polifenoles y taninos presentes en las bebidas de consumo frecuente, como el té y el café, podrían inhibir la absorción de hierro. En el caso del té, la absorción de hierro se vería afectada en un 90%. Sin embargo, se debe aclarar que esto no es motivo de eliminación de estos alimentos en la dieta de las personas, sino que lo ideal es consumirlos entre comidas para que no interfieran en la absorción del hierro (5).

El hierro para ser absorbido a nivel intestinal debe estar en la forma bivalente (Fe^{2+}). Sin embargo, para ingresar a la sangre debe oxidarse a su forma trivalente (Fe^{3+}) y ser transportado por una proteína llamada transferrina a través de la circulación portal. Subsecuentemente, el Fe^{3+} va a ingresar a un órgano diana (hígado, músculo esquelético, médula ósea y células del sistema reticuloendotelial) a través de los receptores de transferrina (RTf), siendo el hígado el lugar principal de su almacenamiento y la médula ósea el sitio donde se utiliza el hierro para la síntesis de hemoglobina. Por otro lado, el hierro no utilizado, se reserva en el enterocito (célula epitelial del tubo digestivo) unido a una proteína llamada ferritina (6).

Para el diagnóstico de anemia por deficiencia de (ADH), se miden marcadores bioquímicos como ferritina, transferrina y receptores solubles de transferrina (TfRs) en sangre. La prueba estándar para determinar los niveles

absolutos de hierro almacenado es el examen microscópico con azul de Prussia de aspirado de médula ósea. Sin embargo, las pruebas bioquímicas ferritina y receptores solubles de transferrina (TfRs) son las más usadas. La ferritina sérica es considerada el gold estándar, valores es un reactante de fase aguda (proteína liberada en procesos inflamatorios e infecciosos), por lo que su medición va acompañada de la medición de la proteína C reactiva. Como alternativa a la medición de la concentración de ferritina, se puede evaluar a los receptores de transferrina sérica (TfRs), que en el caso de ADH presenta valores por encima de 8.3ug/dl (6).

Por otro lado, algunos estudios sugieren establecer una proporción entre TfRs/ferritina sérica que podría ser útil para detectar el verdadero estatus de hierro corporal en poblaciones susceptibles (gestantes y niños). Al igual que el hierro, en la síntesis de hemoglobina participan varias enzimas, algunas de las cuales podrían verse afectadas ante la presencia de ciertos contaminantes ambientales (metales pesados como plomo) a concentraciones no adecuadas y a exposiciones prolongadas, esto conllevaría a una disminución de la producción de hemoglobina, y finalmente desencadenar anemia crónica (6).

La explicación de este proceso radica en que el plomo puede bloquear ciertas enzimas indispensables para la síntesis de hemoglobina, tales como la ácido delta amino levulínico sintasa, ácido delta amino levulínico deshidratasa y que al finalizar la síntesis del grupo hemo, se impida la unión del hierro a una enzima llamada ferroquelatasa. Por lo tanto, la presencia de contaminantes ambientales como el plomo disminuye la producción de hemoglobina y conduce a anemia crónica por déficit de hierro. Por otro lado, dentro de ADH,

tenemos la deficiencia de hierro funcional, en la que si bien existe hierro en el organismo, éste no está disponible para la eritropoyesis. Las enfermedades inflamatorias crónicas (enfermedad renal crónica, lupus eritematoso, artritis reumatoide, falla cardiaca, procesos oncohematológicos, sarcoidosis, obesidad, entre otras) (6).

En estas condiciones patológicas, el sistema inmune monocito/macrófago secuestra el hierro y a la vez existe una respuesta medular inadecuada a la eritropoyetina (EPO), hormona que estimula la producción de glóbulos rojos. Estos dos procesos están mediados por el aumento de la interleucina 6, la cual estimula la producción de la hormona hepcidina. La interleucina 6 (IL-6) es una glucoproteína con efectos antiinflamatorios que es producida por los macrófagos, células T y células endoteliales. La hepcidina es un polipéptido hormonal y se postula que tiene función reguladora central en la absorción y distribución del hierro. Este polipéptido actúa a nivel del sistema gastrointestinal y en las células de depósito (macrófagos). En las células intestinales la hepcidina se une a un transportador de hierro (ferroportina) degradándolo, lo cual impide que el hierro ingrese al plasma (6).

Por otro lado, la hepcidina impide el flujo del hierro de reserva, desde los macrófagos al plasma sanguíneo. Estos dos mecanismos traen como consecuencia menor concentración plasmática de hierro la que estaría implicada en la generación de anemia por déficit de hierro. La hepcidina se encuentra incrementada en estados de inflamación crónica, obesidad y gestación, generando deficiencia de hierro para la eritropoyesis, como se detallará luego. Asimismo, los deportistas podrían padecer de déficit de hierro

debido a un incremento de los niveles de hepcidina por inflamación muscular producida por el entrenamiento físico constante (7).

El organismo necesita otros micronutrientes aparte del hierro, como el ácido fólico y la vitamina B12 para la eritropoyesis. Cuando existe déficit de estos dos micronutrientes, la eritropoyesis es ineficaz y se produce anemia megaloblástica. La anemia megaloblástica es producto de la interrupción de la síntesis de las cadenas de ADN por falta de estas dos vitaminas, lo cual determina una diferenciación inadecuada de los precursores hematopoyéticos. El ácido fólico desempeña funciones importantes como coenzima en vías metabólicas donde se hace necesario la transferencia de unidades carbono, tales como la síntesis de purinas y pirimidinas, componentes del ADN. Este compuesto es absorbido a nivel duodenal (7).

En los niños menores de 6 meses es indispensable un consumo de 65 $\mu\text{g}/\text{día}$, en los mayores de 6 meses 80 $\mu\text{g}/\text{día}$ y en aquellos de 1 a 5 años aproximadamente 150 $\mu\text{g}/\text{día}$. El ácido fólico se encuentra en gran cantidad en vegetales de hojas verdes, legumbres, frutas secas, entre otras. Su deficiencia, por lo general, se debe a un aporte inadecuado de estos alimentos, a síndromes de mala absorción (diarreas crónicas) y deficiencias enzimáticas. El consumo crónico de medicamentos también puede producir deficiencia de ácido fólico. Así tenemos que el trimetopim (antibiótico usado con frecuencia en la población pediátrica) inhibe la síntesis del tetrahidrofolato, que es la forma activa del ácido fólico, este riesgo se ha reportado en terapias prolongadas (mayores a seis meses) (7).

La fenitoína, fármaco anticonvulsivante, produce malabsorción del ácido fólico, por lo tanto se observa niveles séricos de folato disminuidos en las personas que la consumen. Hay reportes que indican que el déficit de folatos fue observado inmediatamente después del inicio de la terapia y no estuvo relacionado a la dosis de la fenitoína. Por otro lado, es probable que el déficit de ácido fólico se deba a un bajo aporte durante el desarrollo del niño en el útero, lo cual puede agravarse con infecciones (por ejemplo parasitosis materna). Asimismo, conocer la forma de preparación de los alimentos resulta importante, dado que el folato puede perder su actividad en un 95% ante la cocción prolongada de alimentos que lo contienen (7).

Por su parte, la vitamina B12 se caracteriza por poseer la estructura más compleja de las vitaminas debido a la presencia de un ion metálico de cobalto. Se obtiene de alimentos de origen animal y productos lácteos. El requerimiento diario en niños menores de 6 meses es 0,4 µg/día, en aquellos entre 7 a 12 meses es 0,5 µg/día (0,05 ug/Kg) y en los menores de cinco años 1µg/día. Para su absorción es imprescindible la presencia del factor intrínseco, el cual es una proteína secretada por las células parietales del estómago. En el déficit de vitamina B12 están involucrados las condiciones que alteran la presencia o función de este factor intrínseco, como la anemia perniciosa congénita, trastornos propios del factor intrínseco (enfermedades autoinmunes o congénitas), enfermedades infecciosas (VIH), enfermedad celiaca, y esprúe tropical (8).

También encontramos estados de malabsorción de vitamina B12, como el caso de infecciones parasitarias (*Dyphyllobotrium latum*) e infecciones

bacterianas (*Helicobacter pylori*). El *Dyphyllobotrium latum* compete con el hospedero por la vitamina B12 y altera su absorción. Por otro lado, los neonatos nacidos de madres vegetarianas tienen mayor riesgo de déficit de vitamina B12, debido a que la cobalamina obtenida proviene principalmente de las reservas maternas, y este riesgo puede incrementarse durante la lactancia materna si no se da una suplementación a la madre en base a vitamina B12. Las personas que padecen déficit de cobalaminas pueden iniciar el cuadro clínico como asintomáticas, luego desencadenar anemia megalobástica y finalmente, pueden producirse alteraciones neurológicas (9).

b) Incremento de las pérdidas de eritrocitos.

En el grupo de niños menores de cinco años, la hemólisis es la causa predominante de anemia sobre las hemorragias. Aumento de la velocidad de destrucción de eritrocitos. En un adulto normal el tiempo de vida de un eritrocito es 120 días y en un neonato es 70 días. Sin embargo, existen ciertas condiciones como los procesos infecciosos y enfermedades autoinmunes (que tienen que ver con la integridad del eritrocito), que hacen que los glóbulos rojos se desintegren prematuramente (hemólisis), que a su vez ocasiona como mecanismo de compensación que la médula ósea incremente su tasa de producción de glóbulos rojos; cuando los mecanismos de compensación son sobresaturados, se pierde el equilibrio entre la destrucción y la producción de los glóbulos rojos, generando la anemia (10)

Asimismo, hay enfermedades que producen defectos morfológicos en la membrana y el cito esqueleto de los eritrocitos, lo cual genera que sean removidos prematuramente de la circulación periférica, así tenemos a la

esferocitosis y eliptocitosis hereditaria. Por otro lado, el déficit enzimático hereditario de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa también produce un aumento en la pérdida eritrocitaria. La Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa participa en la vía metabólica de síntesis de NADPH, un antioxidante intracelular, y al carecer de esta enzima la hemoglobina formada se oxida fácilmente y se desnaturaliza (destruye) causando hemólisis eritrocitaria (11).

Finalmente, otra causa hereditaria de anemia por pérdida eritrocitaria resulta de los defectos en la producción de las cadenas de la globina (alfa o beta) que forman parte de la hemoglobina de los eritrocitos. Tal es el caso de las talasemias, donde los genes que codifican la hemoglobina producen ausencia de las cadenas alfa o beta o hay pocas cantidades de éstas, por consiguiente se producen pocos eritrocitos y como poseen las cadenas de hemoglobina precipitadas, dificulta su transporte y se destruyen anticipadamente generando anemia en estos pacientes. Las talasemias son más frecuentes en personas del Medio Oriente (Sudeste asiático y China) y del continente africano, siendo un factor de riesgo la etnicidad asiática, afroamericana y mediterránea (11).

Hay ciertos parásitos que producen anemia, tal es el caso de *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* agentes causales de la malaria. Se ha demostrado que ante la infección por estos parásitos, la homeostasia del sistema eritropoyético sufre múltiples fallas dentro de las que están involucrados factores que incrementan la destrucción de eritrocitos (hemólisis) y los que alteran su producción. La hemólisis es producida por la respuesta inflamatoria a *Plasmodium falciparum*. Luego de su ingreso al organismo, este parásito produce liberación de radicales libres de oxígeno que

provocan daño oxidativo en la membrana eritrocitaria, a la vez que disminuye su elasticidad generando prematuridad de los glóbulos rojos infectados y finalmente, su lisis (12).

La hemólisis intravascular causa la anemia aguda clásicamente vista en la malaria. Pero la malaria también puede causar anemia crónica y recurrente, principalmente a través de hemólisis extravascular, la cual se produce por alteraciones en la membrana eritrocitaria que induce a la fagocitosis del glóbulo rojo por macrófagos o por unión de anticuerpos IgG e IgM. En cuanto a la alteración en la producción de glóbulos rojos en las personas infectadas con malaria, se ha observado que hay una inefectividad en la eritropoyesis a pesar de tener niveles adecuados de hierro, ácido fólico y vitamina B12, esto probablemente responda a alteraciones citoesqueléticas o a otros factores inmunológicos como las citoquinas, factor de necrosis tumoral alfa (TNF), la IL10 y el factor inhibidor de la migración (MIF) que están implicados en la eritropoyesis (12).

Anemia infantil Uno de los factores directamente relacionado con la DCI es la anemia infantil por déficit de hierro (que se estima a partir del nivel de hemoglobina en sangre), condición que determina, además, el desarrollo cognitivo del niño durante los primeros años de vida y en la etapa posterior. En nuestro país, la anemia constituye un problema de salud pública severo, debido a que aun cuando las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 60,9% en el 2000 a 44,5 % en el año 2012; es así que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 06 a 35 meses padecen de anemia, y la situación

en la población menor de dos años, es más grave dado que más de la mitad de niños de este grupo de edad se encuentran con anemia (56,3%) (12)

La anemia es un problema generalizado tanto en el área urbana como en el área rural, el 39,9% de los niños y niñas menores de entre 06 a 35 meses de la zona urbana tienen anemia, mientras que en la zona rural este problema afecta al 53,1%. Desde el año 2007, la reducción de la prevalencia de anemia en la zona urbana ha sido de 13,4%, mientras que en la zona rural solo se ha logrado una reducción del 7%. En el interior del país, según los resultados de la ENDES 2012, 14 departamentos muestran un incremento en la prevalencia de anemia respecto al 2011. Es necesario analizar la realidad en cada región y los factores condicionantes relacionados, con la finalidad de poder intervenir sobre ellos y disminuir los efectos a largo plazo en los niños y niñas afectados por este problema (12).

En 18 departamentos la prevalencia de anemia se encuentra por encima del promedio nacional, de los cuales Puno (73,7%), Huancavelica (64,3%), Madre de Dios (59,4%), Loreto (57,3%) y Ayacucho (56,2%) encabezan la lista; aunque Lima se encuentra en el sexto lugar de la lista con 34,9%, en números absolutos representa aproximadamente 182 380 niños y niñas de entre 6 y 35 meses, concentración de casos superior al registrado en Huancavelica (19 522) y Puno (47 735), cuya prevalencia está en el rango de 60 a 70% respectivamente. A nivel nacional, y durante el año 2012, la prevalencia de anemia en menores de 6 a 35 meses muestra niveles altos y refleja una situación crítica en todos los quintiles; estando el espectro entre

25,4% en el quintil superior y 52,8% en el quintil inferior, situación que requiere considerarla en el análisis (13).

Asimismo, según el tipo de seguro, se observa que la proporción de niñas y niños menores de 36 meses con anemia que pertenecen al SIS, disminuyó de 53,9% en el 2009 a 48,3% en el 2012; sin embargo, en aquellos que no cuentan con ningún tipo de seguro se observa una disminución entre los años 2009 (50,4%) y 2011 (39,7%), incrementándose en 6,9 puntos porcentuales para el año 2012 (46,6%). En las niñas y niños que pertenecen a ESSALUD se puede observar también una disminución entre el año 2009 (39,6%) y el 2011 (30,2%), con un incremento de 3,9 puntos para el año 2012 (34,1%). (7)

Enfermedades diarreicas agudas La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 h con evolución menor de dos semanas. Las EDA están consideradas entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, particularmente entre las niñas y niños que viven en medio de pobreza, educación insuficiente de la madre y saneamiento inadecuado (14).

A nivel nacional las EDA en las niñas y niños menores de 36 meses disminuyeron de 17,4% en el 2007 a 15,3% (2,1 puntos en el período descrito). También hubo disminución en el área rural (2,3 puntos) y en el área urbana (1,5 puntos) aunque en pocos puntos. Sin embargo, considerando que la morbilidad por EDA que experimentan las niñas y niños después de los seis meses de edad, justo cuando comienza el periodo de alimentación

complementaria, conlleva a la pérdida de hierro y zinc (micronutrientes esenciales para el desarrollo y la maduración del menor de 24 meses), es necesario agotar todos los recursos que continúen contribuyendo con su reducción, ya que los niños con tres o más episodios de EDA por año presentan riesgo de tres veces de desnutrición aguda y dos veces más riesgo de desnutrición crónica (14).

La parasitosis intestinal en niñas y niños es una morbilidad que se relaciona frecuentemente con las enfermedades diarreicas agudas, anemia por deficiencia de hierro y la desnutrición crónica infantil que, aunque requiere de mayores revisiones científicas y estudios que respalden su relación causal, es importante considerar lo siguiente: afecta a más de un tercio de la población mundial y las tasas son más elevadas entre niños de 5 a 15 años de edad. De los helmintos intestinales, las uncinarias (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*) pueden dañar la mucosa intestinal provocando sangrado y pérdida de hierro y también está asociada con mala absorción e inhibición del apetito (14).

Asimismo, los miembros de la familia que se encuentran afectados por la parasitosis intestinal, se convierten en focos de propagación de los helmintos, siendo los más sensibles de ser contagiados las niñas y niños pequeños, principalmente los menores de 3 años, así como las madres gestantes. Las niñas y niños más pequeños tienen el hábito de llevar las manos frecuentemente a la boca, facilitando la introducción de los huevos y larvas, manteniendo de esa manera la vía de infestación (14).

Además, los huevos se diseminan en los diferentes ambientes del hogar, sobre todo en dormitorios y baños, contaminan los objetos, juguetes, alimentos y agua. Es por ello que, además de generar información que reporte la situación de esta patología, se requieren intervenciones recuperativas (empleando medicamentos apropiados) a todos los grupos en riesgo e intervenciones preventivas, por ejemplo: la provisión de agua segura, saneamiento básico, promoción del lavado de manos, uso de letrinas y uso de calzados, etc (14).

El presente proyecto está incluido en los lineamientos Internacionales, nacionales y del MINSA, como: Constitución Política del Perú, según Título 1; Capítulo 1; Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho: 1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece. Ley general de salud ley N° 26842; título preliminar I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regular la, vigilarla y promoverla (15, 16).

Asimismo, se cuenta con la Ley del ministerio de salud título I. Capítulo I. Artículo 2° De la naturaleza del Ministerio de Salud El Ministerio de Salud es un órgano del Poder Ejecutivo. Es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos

fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural, finalmente también, se cuenta con la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud N° 29414; artículo 15; inciso 15.1 Acceso a los servicios de salud (17,18)

Este trabajo está orientado según el modelo de la Enfermera Elizabeth Anderson que establece la “Teoría de Comunidad Participante”, en donde la enfermería ejerce una labor comunitaria, ya que la relación no se basa solo en enfermería y paciente, sino que ahora se ve también, profundamente involucrada la familia del paciente. Por lo tanto la Enfermera trabaja tanto en el paciente, como en la comunidad a la que pertenece o su entorno social propiamente tal (19).

Para que este modelo funcione se debe seguir la fase de **análisis** una vez categorizada a la comunidad del paciente como sana, se procede analizar antecedentes de comunicación, económicos, de educación, políticos, de recreación, medioambientales, de salud, y de servicios sociales, luego de realiza la **valorización y diagnóstico**, en donde se toman dichos antecedentes y se procede a evaluar la gravedad de los resultados, para así ejercer prevenciones primarias (básicas) prevenciones secundarias (intermedias) y prevenciones terciarias (complejas) (19).

Este trabajo académico se relaciona en mi quehacer diario en el servicio de CRED y Nutrición, porque constantemente se realizan procedimientos de control de descarte de anemia y de controles de peso y talla, donde muchas veces no se cuenta con los equipos, materiales y aun mas no se cuenta con la infraestructura, por lo cual no se brinda un adecuado servicio.

Habiendo descrito la problemática y confrontado con literatura que demuestra la importancia de este proyecto de “Mejoramiento de la Salud Nutricional de Menores de Tres Años con Anemia, del Centro Poblado de Cascajal, Distrito de Chimbote, 2016”; como Enfermera es de gran interés contribuir a disminuir la anemia en menores de 3 años, mejorando también la calidad de vida de sus familiares, porque la sociedad nos exige que toda esta actividad esté presidida por criterios de buena gestión que el profesional de enfermería puede asumirlo por su formación técnicas – científico - humanístico.

IV. OBJETIVOS.

Objetivo general:

Disminución de la anemia en niños menores de tres años, mediante programas de sensibilización y capacitación a las madres cuidadoras, en el Centro Poblado de Cascajal, Distrito de Chimbote – Ancash.

Objetivo específico:

1. Dotación de recursos humano capacitado y adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños.
2. Adecuado conocimiento por parte de las familias acerca de los valores y beneficios de una adecuada alimentación.
3. Conciliación de los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.

V. METAS.

- Disminución de la anemia de 10 % a 7 % en el primer año.
- Capacitación al 100 % de las madres cuidadoras durante el primer año.
- Capacitación al 100 % del Personal de Salud.
- Lograr que el 100 % de las familias logren conocer de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, durante el primer año de ejecución del Proyecto.
- Lograr que el 100 % de los profesionales de la salud y familias de la zona concilien los patrones culturales.
- Contratación del 100 % personal capacitado en Salud Nutricional en el primer año.
- Instalación al 100% del Centro de Vigilancia Nutricional en el primer año.
- Instalación al 100 % del programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación en el primer año.
- Instalación al 100 % del programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación en el primer año.
- Capacitación al 100% de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año.
- Ampliación al 20 % de la capacidad del establecimiento de referencia en el primer año.

VI. METODOLOGIA

6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención.

Las estrategias para el presente proyecto es mejorar el servicio de CRED y del servicio nutricional incluyendo mejorar las capacidades del personal, capacitación a las madres cuidadoras e implementando un centro de vigilancia nutricional y para comprender mejora las líneas de acción, se describen a continuación:

A. Gestión.

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud (20).

Ante la ausencia de una estructura física que cumpla con las especificaciones técnicas y la falta de recursos humanos, materiales y equipos para que pueda mejorar el servicio de CRED y nutrición, es necesario gestionar los diferentes recursos a fin de conseguir la aprobación de los requerimientos, con la finalidad de lograr resultados que una persona no podría alcanzar por si sola. Gestionar implica relacionarse con los diferentes niveles administrativos para coordinar, negociar, liderar, conciliar, convencer y a su vez planificar, organizar el servicio en sí, para una mejora de los productos finales y satisfacer las demandas tanto de los clientes internos y externos.

A continuación se detalla las actividades programadas para el presente estudio.

Actividades:

A1.- Proyecto de dotación de recursos humanos en salud capacitados en salud nutricional

- Elaboración del Plan de Formación del personal de salud en: Segunda especialización en familiar y comunitaria.
- Solicitud de aprobación del Plan de Formación profesional en segunda especialización.
- Ejecución del Plan de Capacitación.

A.2.- Creación de un Centro de vigilancia nutricional en la zona

- Elaboración de un proyecto para la Creación del Centro de vigilancia nutricional en la zona
- Realizar un inventario de equipos, mobiliario, materiales de las áreas CRED, nutrición, con los que se cuenta.
- Elaboración del cuadro de necesidades de equipos biomédicos para reposición.
- Elaboración del cuadro de necesidades de acuerdo a nivel complejidad para la de compra de: equipos, biométricos, muebles, insumos y materiales.

- Realizar sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para labor exclusiva en el área de CRED y nutrición.

B. Educación y comunicación.

Comunicación para la salud.

La comunicación es "un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores" . Es, además, un proceso "complementario al de participación". En el campo de la salud, comunicación y participación son, entonces, fundamentales para que, a través de una participación activa y consiente de la comunidad, se logre fomentar el autocuidado de la salud (21).

Por su parte, la comunicación para la salud es el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente la oportunidad de ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida.

Así, el uso de los medios de comunicación informativos, sean tradicionales o alternativos, multimediales e interactivos, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo. La comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

Educación para la salud

La educación busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas; también podemos decir que es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo (21).

Asimismo la educación para la salud designa "las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación". Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar

conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida, y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud; asimismo la educación para la salud se realiza en la educación formal a través de la incorporación en la currícula educativa de contenidos de prevención y promoción de la salud. Así mismo, en la educación no formal, con el desarrollo de sesiones de aprendizaje en organizaciones de base, comunidades y grupos, entre otras (21).

La comunicación y la educación son importantes para desarrollar el presente proyecto debido a que se tiene que optimizar el recurso humano y esto debe comenzar con la debida capacitación dirigido al personal de salud.

Acciones:

B1.- Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.

- Elaboración de un programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, proporcionando temas:
 - Beneficios de los alimentos ricos en hierro.
 - La anchoveta, alimento alternativo rico en hierro.
- Solicitud de aprobación del programa de difusión a la dirección del P.S. Cascajal.
- Ejecución del programa de difusión.

B2.- Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación.

- Elaboración del programa de capacitación dirigido a padres que incluyen temas en:
 - Platos nutritivos ricos en hierro.
 - La anchoveta, alimento alternativo rico en hierro.
- Solicitud de aprobación del programa de Capacitación a la dirección del P.S. Cascajal.
- Ejecución del programa de capacitación dirigido a padres.

C. Capacitación

La capacitación es una de las funciones clave de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema. Lo anterior significa que la administración y el desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones incluida la capacitación interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización. Existe un conjunto de herramientas básicas que se emplean en la administración y el desarrollo del personal de las organizaciones modernas, las cuales también pueden ser provechosamente utilizadas para la gestión de la capacitación; entre ellas, las principales son:

- a) las descripciones y especificaciones de los cargos;
- b) las especificaciones de los itinerarios de carrera interna;

- c) los manuales de organización, procedimientos y métodos de trabajo;
- d) el sistema de evaluación del desempeño; y,
- e) los expedientes del personal.

Acciones:

C1.- Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población

- Elaboración del plan de capacitación y formación del personal de salud que incluyen temas en:
 - Control de Crecimiento y Desarrollo.
 - Medidas Antropométricas.
- Solicitud de aprobación del plan de capacitación a la dirección del P.S. Cascajal.
- Ejecución del Plan de Capacitación.

C2.- Ampliación de la capacidad del establecimiento de salud de referencia (centro de salud)

- Realizar un análisis FODA e implementación de un Sistema de Mejora Continua.
- Elaboración del FODA del P.S. Cascajal.
- Elaboración del Sistema de Mejora Continua.
- Solicitud de aprobación del Sistema de Mejorar Continua.
- Ejecución del Sistema de Mejora Continua.

6.2. Sostenibilidad del proyecto

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja directamente en el área CRED y nutrición, la Jefatura del Puesto de Salud de Cascajal tiene el compromiso de interrelacionarse con la Dirección de la Red de Salud Pacífico Norte con la finalidad de impulsar, mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo. Las Políticas institucionales apoyan las estrategias para la disminución de la anemia siendo así que el MINSA verifica periódicamente los reportes de anemia que se presentan periódicamente, comprobando el cumplimiento de metas propuestas para cada año. Para garantizar el cumplimiento de las metas la Red de Salud está comprometida en apoyar activamente al desarrollo del presente proyecto.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN:

7.1. MATRIZ DE SUPERVISIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUIA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p>Propósito: Disminución de la anemia en niños menores de tres años, mediante programas de sensibilización y capacitación a las madres cuidadoras, en el centro poblado de cascajal, distrito de Chimbote – Ancash.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la anemia de 10.56 % a 7 % en el primer año. Capacitación al 100 % de las madres cuidadoras durante el primer año. 	<ul style="list-style-type: none"> Niños sin anemia. Madres cuidadoras capacitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Nro. de niños recuperados de anemia sobre Nro. niños con anemia. Nro. de madres capacitadas sobre Nro. total de madres. 	<ul style="list-style-type: none"> Informes estadísticos del servicio de Enfermería. Registro de capacitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Mensual Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de chequeo. Lista de chequeo
<p>Resultados</p> <ol style="list-style-type: none"> Dotar de recursos humano capacitado. Adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños. Creación de un Centro de vigilancia nutricional en la zona. Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada. 	<ol style="list-style-type: none"> Capacitación al 100 % del Personal de Salud. Instalación al 100% del Centro de Vigilancia Nutricional en el primer año. Instalación al 100 % del programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación en el primer año. 	<ol style="list-style-type: none"> Personal de salud capacitado. Centros de vigilância instalados. Madres conocen los valores y beneficios de una alimentación balanceada. 	<ol style="list-style-type: none"> Nro. de personal capacitado sobre total de personal Nro. de valorizaciones sobre total de valorizaciones. Nro. de difusiones realizadas / Nro. difusiones programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de capacitaciones. Informes de avance de obra. Registro de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> Trimestral Mensual Trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> Lista de chequeo. Lista de chequeo. Lista de chequeo.

<p>4. Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación.</p>	<p>4. Instalación al 100 % del programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación en el primer año.</p>	<p>4. Padres capacitados.</p>	<p>4. Nro. de padres capacitadas sobre Nro. total de padres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de chequeo.
<p>5. Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.</p>	<p>5. Capacitación al 100% de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año.</p>	<p>5. Profesionales de la salud capacitados.</p>	<p>5. Nro. de profesionales de la salud capacitados sobre total de profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de chequeo.
<p>6. Ampliación de la capacidad del establecimiento de salud de referencia (centro de salud).</p>	<p>6. Ampliación al 20 % de la capacidad del establecimiento de referencia en el primer año.</p>	<p>6. Incremento de atenciones realizadas en el Centro de Salud de Referencia</p>	<p>6. Nro. de atenciones realizadas el año anterior sobre el número de atenciones del presente año en el Centro de Salud de Referencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informes 	<ul style="list-style-type: none"> • Semestral 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de atenciones.

7.2. MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARÁ PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
1. Dotar de recursos humano capacitado. Adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños.	1a. Proyecto de dotación de recursos humanos en salud capacitados en salud nutricional.	1a. Capacitación al 100 % del personal de Salud en temas de Nutricional en el primer año.	1a. Nro. de profesionales capacitados.	1a. Nro. de personal capacitado sobre total de personal	1a. Registro de capacitaciones.	Trimestral	Lista de chequeo
	1b. Creación de un Centro de vigilancia nutricional en la zona.	1b. Instalación al 100% del Centro de Vigilancia Nutricional en el primer año.	1b. Nro. de centros de vigilancia instalados.	1b. Nro. de valorizaciones sobre total de valorizaciones.	1b. Informe de avance de obra.	Mensual	Lista de chequeo
2. Conocimiento por parte de las familias acerca de los valores y beneficios de una adecuada alimentación.	2a. Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.	2a. Instalación al 100 % del programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación en el primer año.	2a. Nro. de difusiones realizadas.	2a. realizadas / Nro. difusiones programadas.	2a. Registro de actividades.	Trimestral.	Lista de chequeo
	2b. Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación.	2b. Instalación al 100 % del programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación en el primer año.	2b. Nro. de padres capacitados.	2b. Nro. de madres capacitadas sobre Nro. total de madres.	2b. Informes de supervisión de los procesos.	Trimestral.	Lista de chequeo.

3. Conciliación de los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.	3a. Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.	3a. Capacitación al 100% de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año.	3a Nro. de profesionales de la salud capacitados.	3a. Nro. de profesionales de la salud capacitados sobre total de profesionales.	3a. Registro de capacitaciones.	Trimestral	Lista de chequeo
	3b. Ampliación de la capacidad del establecimiento de salud de referencia (centro de salud).	3b. Ampliación al 20 % de la capacidad del establecimiento de referencia en el primer año.	3b. Nro. de atenciones realizadas en el Centro de Salud de Referencia	3b. Nro. de atenciones realizadas el año anterior sobre el número de atenciones del presente año en el Centro de Salud de Referencia	3b. Informe de atenciones.	Semestral	Control de atenciones.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS.

8.1. Recurso Humano.

Recurso Humano	N° Personal	N° Meses	Horas Mensuales	Costo Por Horas	Costo Total En 01 Años
Enfermeras	3	12	36	17.00	22,032.00
Técnico de Laboratorio	1	12	36	10.57	4,566.24
Costo Total					S/. 26,598.24

8.2. Materiales y equipos para la implementación del Centro de Vigilancia nutricional.

En el siguiente cuadro se detalla el aporte requerido

Ítem	Detalle	Cant.	Med.	Costo unitario (S/.)	Costo Total (S/.)
1	Equipamiento:				
1.1	Camilla para examen	1	unid.	250.00	250.00
1.2	Escalinata de dos peldaños	1	unid.	100.00	100.00
1.3	Escritorio	1	unid.	500.00	500.00
1.4	Sillas	3	unid.	50.00	150.00
1.5	Vitrina	1	unid.	250.00	250.00
1.6	Balanza de pie	1	unid.	150.00	150.00
1.7	Balanza bebés métrica 16 Kg x 20 gr	1	unid.	175.00	175.00
1.8	Balanza bebé sus. tipo Salter portátil 25 Kg.	1	unid.	150.00	150.00
1.9	Mesa para balanza	1	unid.	175.00	175.00
1.10	Juegos de pantalones para balanza bebés	5	unid.	50.00	250.00
1.11	Manta para pesar bebés (910x1270mm)	1	unid.	25.00	25.00
1.12	Refrigerador kerosene/gas/electricidad	1	unid.	1,500.00	1,500.00
1.13	Estetoscopio tipo Littman pediátrico (*)	1	unid.	560.00	560.00
1.14	Otoscopio	1	unid.	550.00	550.00
1.15	Tensiómetro con brazalete para niños preescolares y escolares	1	unid.	350.00	350.00
1.16	Biombo	1	unid.	75.00	75.00

1.17	Linterna médica	1	unid.	25.00	25.00
1.18	Martillo para reflejos	1	unid.	25.00	25.00
1.19	Termómetros (oral/rectal)	1	glb.	50.00	50.00
1.2	Centímetro o cinta métrica inextensible	1	unid.	5.00	5.00
1.21	Taburete giratorio	1	unid.	150.00	150.00
1.22	Mesa rodable para curaciones	1	unid.	350.00	350.00
1.23	Papelera	1	unid.	15.00	15.00
1.24	Cuchara de mesa chica (para té) inoxidable	1	unid.	25.00	25.00
1.25	Juego de platos para niños	1	glb.	25.00	25.00
1.26	Caja vacuna 2.8 litro	1	unid.	175.00	175.00
1.27	Vasos para bebe 350 ml de melanina	6	unid.	5.00	30.00
1.28	Jarra 1 litro medida de propileno	1	unid.	5.00	5.00
1.29	Cucharitas, 6 botellas de litro, 2 goteros	6	unid.	5.00	30.00
1.3	Tallímetro de crecimiento para bebes/niños	1	unid.	250.00	250.00
1.31	Tallímetro para niños preescolares	1	unid.	250.00	250.00
1.32	Bidón de 20 Lt. de agua potable	1	unid.	35.00	35.00
1.33	Mesa para bidón	1	unid.	150.00	150.00
1.34	Lámpara de cuello de ganso	1	unid.	145.00	145.00
1.35	Pinza porta objetos, mediana	1	unid.	5.00	5.00
1.36	Riñoneras 26 x 14 cm	2	unid.	135.00	270.00
1.37	Cubeta metálica de acero con tapa 26x22x6 cm.	1	unid.	145.00	145.00
1.38	Cajas de metal para instrumental 33x13x9	1	unid.	185.00	185.00
1.39	Tambores 18 x 18	2	unid.	95.00	190.00
1.40	Tijera Mayo curva de 30 cm.	1	unid.	25.00	25.00
1.41	Equipo de curaciones:				
1.42	- Pinza de disección con uña	1	unid.	35.00	35.00
1.43	- Pinza Kocher recta	1	unid.	35.00	35.00
1.44	- Tijera Mayo punta fina	1	unid.	35.00	35.00
2	Batería para el TA:				0.00
2.1	cubos de madera de 2.5 cm x lado (color rojo)	10	unid.	15.00	150.00

2.2	cucharita de plástico de 19 cm de largo	1	unid.	5.00	5.00
2.3	Campanita de bronce	1	unid.	5.00	5.00
2.4	Argolla roja de 12 cm de diámetro con un cordel de 50 cm	1	unid.	5.00	5.00
2.5	Pastilla polivitamínica	1	unid.	5.00	5.00
2.6	Pañal pequeño	1	unid.	5.00	5.00
2.7	Lámina con figura de animales (del TEPSI)	1	unid.	5.00	5.00
2.8	1 lámina con una cruz (del TEPSI)	1	unid.	5.00	5.00
2.9	Lámina con un círculo (del TEPSI)	1	unid.	5.00	5.00
2.10	Frasco de 4-5 cm. de alto x 4 de diámetro	1	unid.	5.00	5.00
2.11	Lápiz de cera	1	unid.	5.00	5.00
2.12	Palo de 41 cm. de largo x 1 de diámetro	1	unid.	5.00	5.00
2.13	Dibujo de una muñeca	1	unid.	5.00	5.00
2.14	Tableros de madera de 10 x 10 cm. (azul, amarillo y rojo)	3	unid.	5.00	15.00
2.15	Lápiz sin goma	1	unid.	5.00	5.00
2.16	Estuche de tela de 10 x 15 cm. con botones y ojales	1	unid.	5.00	5.00
3	Batería para el EEPD (*):				
3.1	Argolla roja de 12 cm de diámetro con pabilo de 50 cm	1	unid.	7.50	7.50
3.2	Hoja de papel de tamaño oficio sin líneas	1	glb.	5.00	5.00
3.3	Pastilla polivitamínica (rosada)	1	unid.	5.00	5.00
3.4	Botella entre 4 y 4.5 cm. de alto y 4 cm. de diámetro	1	unid.	5.00	5.00
4	Batería para el TEPSI (*):				0.00
4.1	Vasos de plástico de 7 cm. de alto	2	unid.	5.00	10.00
4.2	1 tablero de madera 15 x 10 cm con 3 pares de agujeros	1	unid.	5.00	5.00
4.3	Tableros de madera 10 x 10 cm. (azul, amarillo y rojo)	2	unid.	5.00	10.00
4.4	Cubos de madera de 2.5 cm. por lado	12	unid.	5.00	60.00
4.5	Aguja de lana punta roma	1	unid.	5.00	5.00
4.6	Pelota de tenis amarilla	1	unid.	5.00	5.00
4.7	Cordón de zapato	1	unid.	5.00	5.00
4.8	Estuche de tela de 15 x 10 cm., con tapa sobrepuesta, con ojales y botones	1	unid.	5.00	5.00

4.9	Lápiz negro N°2	1	unid.	2.00	2.00
4.10	Bolsa de 15 x 10 cm. de tela, rellena con arena	1	glb.	5.00	5.00
4.11	Bolsa de 15 x 10 cm. de tela, rellena con esponja	1	glb.	5.00	5.00
4.12	Ambas del mismo color	1	unid.	5.00	5.00
4.13	Globo	1	unid.	5.00	5.00
4.14	Tablero de 20 cm. Por lado con cuatro barritas pegadas (de 15, 12, 9 y 6 cm. de largo por 2 cm. de ancho)	1	unid.	5.00	5.00
4.15	Hilo de nylon (30 cm.)	1	unid.	5.00	5.00
5	Insumos:				
5.1	Bajalenguas	1	glb.	10.00	10.00
5.2	Alcohol	1	glb.	10.00	10.00
5.3	Alcohol yodado	1	glb.	10.00	10.00
5.4	Agua destilada	1	glb.	10.00	10.00
5.5	Solución antiséptica (Sablón)	1	glb.	10.00	10.00
5.6	Solución de lejía	1	glb.	10.00	10.00
5.7	Solución de cloruro de sodio al 0.9 %	1	glb.	10.00	10.00
5.8	Tintura de yodo	1	glb.	10.00	10.00
5.9	Algodón	1	glb.	10.00	10.00
5.10	Gasa	1	glb.	10.00	10.00
5.11	Esparadrapo	1	glb.	10.00	10.00
5.12	Hisopos de algodón	1	glb.	10.00	10.00
5.13	Guantes estériles	1	glb.	10.00	10.00
5.14	Jabón	1	glb.	10.00	10.00
5.15	Jabón líquido	1	glb.	10.00	10.00
5.16	Bencina	1	glb.	10.00	10.00
5.17	Lápices de cera	1	glb.	10.00	10.00
5.18	Vasitos descartables	1	glb.	10.00	10.00
5.19	Cepillos dentales y molde dental para educación	1	glb.	10.00	10.00
6	Formatos:				
6.1	Historia Clínica (Ficha de Atención del Niño)	1	glb.	25.00	25.00

6.2	Padrón de niños	1	glb.	25.00	25.00
6.3	Registros de atención	1	glb.	25.00	25.00
6.4	Carnés de crecimiento y desarrollo	1	glb.	25.00	25.00
6.5	Recetario	1	glb.	25.00	25.00
6.6	Indicaciones médicas	1	glb.	25.00	25.00
6.7	Test Abreviado	1	glb.	25.00	25.00
6.8	Test Desarrollado*	1	glb.	25.00	25.00
6.9	Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor*	1	glb.	25.00	25.00
6.10	Rotafolios	1	glb.	25.00	25.00
6.11	Folletos educativos	1	glb.	25.00	25.00
6.12	Afiches educativos	1	glb.	25.00	25.00
6.13	Batería para educación nutricional (guías, tarjetas de alimentos)	1	glb.	25.00	25.00
7	Ropa:				
7.1	Soleras	1	glb.	25.00	25.00
7.2	Mandiles	1	glb.	25.00	25.00
7.3	Toalla de mano	1	glb.	25.00	25.00
7.4	Batas para examen	1	glb.	25.00	25.00
	TOTAL				8,884.50

8.3. Costos para la construcción del Centro de Vigilancia Comunal

A continuación se detalla los gastos de la construcción del Centro de vigilancia comunal

DATOS GENERALES	MEDIDA	CANT.	PRECIO	TOTAL
Estructuras	Glb	1	43,250	43,250
Arquitectura	Glb	1	15,622	15,622
Instalaciones eléctricas	Glb	1	7,091	7,091
Instalaciones sanitarias	Glb	1	2,187	2,187
TOTAL				

8.4. Costos de difusión y capacitación (taller para 20 personas)

a) Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.

Nº	Concepto	Unid.	Precio Unitario	Cant.	Aporte Propio
2	Equipo de sonido	hora	100	2	200.00
3	Impresiones, fotocopias	Glb	0.1	500	50.00
4	Gigantografías	Glb	25	2	50.00
9	Movilidad local	Hora	25	2	50.00
	Sub Total				350.00

b) Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación

Nº	Concepto	Precio Unitario	Cant.	Aporte Propio	Aporte Requerido
1	Local	100	2	200	0
2	Equipo de sonido	100	2	200	0
3	Impresiones, fotocopias	0.1	500		50
4	Gigantografías	25	2		50
5	Fólderes, lapiceros, papel bond	1.5	60	90	
6	Equipo multimedia	50	2	100	
7	Maestro ceremonia	50	2	100	
8	Refrigerio	100	2		200
9	Movilidad local	25	2		50
10	Agua para ponentes	1.5	10		15
	COSTO TOTAL			S/. 1,055.00	

c) Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población

Nº	Concepto	Precio Unitario	Cant.	Aporte Propio	Aporte Requerido
1	Local	100	2	200	0
2	Equipo de sonido	100	2	200	0
3	Impresiones, fotocopias	0.1	500		50
4	Gigantografías	25	2		50
5	Fólderes, lapiceros, papel bond	1.5	60	90	
6	Equipo multimedia	50	2	100	
7	Maestro ceremonia	50	2	100	
8	Refrigerio	100	2		200
9	Movilidad local	25	2		50
10	Agua para ponentes	1.5	10		15
	COSTO TOTAL			S/. 1,055.00	

8.5. Cuadro resumen de los costos de inversión para la ejecución del proyecto

COSTOS DE INVERSION PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO				
DATOS GENERALES	MEDIDA	CANT.	PRECIO	TOTAL
COSTO DE ESTUDIO DE PROYECTO	Estudio	1	5,000	5,000
COSTO DE EJECUCION DE OBRA				78,090
Componente 1: Recurso Humano				26,598.24
Recurso humano necesario para la operación y mantenimiento del proyecto	Glb.	1	26,598.24	26,598.24
Componente 2: Equipamiento y mobiliario				8,884.50
Adquisición de equipos y mobiliarios				8,884.50
Componente 3: Construcción del Centro de Vigilancia Comunal				68,151.00
Estructuras	Glb	1	43,250.00	43,250.00
Arquitectura	Glb	1	15,622.00	15,622.00
Instalaciones eléctricas	Glb	1	7,091.00	7,091.00
Instalaciones sanitarias	Glb	1	2,187.00	2,187.00
Componente 4: difusión y Capacitación				2,460.00
Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada	Glb	1	350.00	350.00
Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación	Glb	1	1,055.00	1,055.00
Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población	Glb	1	1,055.00	1,055.00
TOTAL PRESUPUESTO				104,669.24

Fuente: Elaboración Propia.

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES.

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminución de la anemia en niños menores de tres años, mediante programas de sensibilización y capacitación a las madres cuidadoras, en el centro poblado de cascajal, distrito de Chimbote – Ancash.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS	COSTOS (S/.)	CRONOGRAMA				INDICADOR
			DESCRIPCION		2016				
					I	II	III	IV	
1	Elaboración del proyecto “Mejoramiento de la salud nutricional de menores de tres años con anemia, del centro poblado de cascajal, distrito de Chimbote, 2016”	1	Informe	104,669.24	X				Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del Proyecto "Creación de un centro de vigilancia nutricional en el Centro Poblado de Cascajal"	1	Informe			X			Proyecto Presentado
3	Ejecución del Proyecto de Desarrollo	1	Informe				X		Proyecto ejecutado
4	Evaluación del proyecto de Desarrollo	1	Informe				X		Proyecto desarrollado
5	Presentación del Informe Final	1	Informe					X	Proyecto presentado

OBJETIVO ESPECIFICO N° 01: Dotación de recursos humano capacitado y adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		2016			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV
1	Dotación de recursos humanos en salud capacitados en salud nutricional	Elaboración del Plan de Formación del personal de salud en:	Plan de capacitación	26,598.24	X			
		Segunda especialización en familiar y comunitaria	Programa de Formación Profesional		X			
		Solicitud de aprobación del Plan de Formación profesional en segunda especialización	Solicitud		X			
		Ejecución del Plan de Capacitación.	Solicitud		X			
2	Creación de un Centro de vigilancia nutricional en la zona	Elaboración de un proyecto para la Creación del Centro de vigilancia nutricional en la zona	Proyecto	68,151.00	X			
		Realizar un inventario de equipos, mobiliario, materiales de las áreas CRED, nutrición, con los que se cuenta.	Plano de distribución del area a implementar			X		
		Elaboración del cuadro de necesidades de equipos biomédicos para reposición.	Check List			X		
		Elaboración del cuadro de necesidades de acuerdo a nivel complejidad para la de compra de: equipos, biomédicos, muebles, insumos y materiales.	Check List			X		
		Realizar sustento técnico para el requerimiento de personal profesional y técnico de enfermería para labor exclusiva en el área de CRED y nutrición.	Check List			X		

OBJETIVO ESPECIFICO N° 02: Adecuado conocimiento por parte de las familias acerca de los valores y beneficios de una adecuada alimentación

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		2016			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV
1	Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.	Elaboración de un programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, proporcionando temas:	Programa de difusión	350.00	X			
		Beneficios de los alimentos ricos en hierro.	Rotafolios			X		
		La anchoveta, alimento alternativo rico en hierro.	Rotafolios			X		
		Solicitud de aprobación del programa de difusión a la dirección del P.S. Cascajal.	Solicitud			X		
		Ejecución del programa de difusión	Solicitud			X		
2	Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación	Elaboración del programa de capacitación dirigido a padres que incluyen temas en:	Plan de capacitación	1,055.00	X			
		Beneficios de los alimentos ricos en hierro.	Módulo de capacitación			X		
		La anchoveta, alimento alternativo rico en hierro.	Módulo de capacitación			X		
		Solicitud de aprobación del programa de capacitación a la dirección del P.S. Cascajal.	Solicitud			X		
		Ejecución del programa de capacitación dirigido a padres	Solicitud			X		

OBJETIVO ESPECIFICO N° 03: Conciliación de los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		2016			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV
1	Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población	Elaboración del Plan de capacitación y formación del personal de salud que incluyen temas en:	Plan de capacitación	1,055.00	X			
		Control de Crecimiento y Desarrollo	Módulo de capacitación			X		
		Medidas Antropométricas	Módulo de capacitación			X		
		Solicitud de aprobación del Plan de Capacitación a la dirección del P.S. Cascajal.	Solicitud			X		
		Ejecución del Plan de Capacitación.	Solicitud			X		
2	Ampliación de la capacidad del establecimiento de salud de referencia (centro de salud)	Realizar un análisis FODA e implementación de un Sistema de Mejora Continua.	Estudio	0.00		x		
		Elaboración del FODA del P.S. Cascajal.	Estudio				x	
		Elaboración del Sistema de Mejora Continua.	Estudio				x	
		Solicitud de aprobación del Sistema de Mejorar Continua	Solicitud				x	
		Ejecución del Sistema de Mejora Continua	Solicitud				x	

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico “MEJORAMIENTO DE LA SALUD NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA, DEL CENTRO POBLADO DE CASCAJAL, DISTRITO DE CHIMBOTE 2015” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Se establecerán coordinaciones con la Micro red de Salud El progreso, la Red de Salud Pacífico Norte con quienes establecerá coordinaciones para el logro del proyecto

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Instituto Nacional de Salud. Anemia en la población infantil del Perú, aspectos clave para su afronte. Lima. 2015: 25
2. MINSA. Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país. Lima. 2014: 26
3. MINSA. suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Perú.2002:16
4. UNICEF. Situación de deficiencia de hierro y anemia. Peru. 2006: 16
5. Mengole P. Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro en niños en etapa pre escolar y escolar en un centro educativo nacional distrito de Villa María del Triunfo, Lima, Perú. 2013
6. Cortez, R. “El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil”. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, documento interno de trabajo N° 38. 2002. Lima, Perú.
7. Cortez, R. Gil, Ana. ¿Qué obtienen los niños con su trabajo? Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico – Universidad de Zaragoza, documento interno de trabajo. Lima, Perú. 2001.
8. Dallman P, Simes MA, Sketel A. Iron deficiency in infancy and children. Am J Nutr. 2000; 33:86-118.
9. Gueri, M. Deficiencias de micronutrientes en las Américas OPS. Boletín de la Oficina Panamericana. 1994; 11(6): 477 – 82.

10. Andrews NC, Bridge KR. Disorders of iron metabolism and sideroblastic anemia. 1993.
11. Nathan Os. Hematology of infancy and childhood. 5th ed. Philadelphia. Edit. WB Saunders, 1998.
12. Hentze M. Iron regulatory factor - the conductor of cellular iron regulation. 27Th Annual Course. Advan Haematol 1993:36-48.
13. Lanzkowski P. Metabolismo del hierro y anemia ferropriva. En: Hematología pediátrica. 3ra. Edición. Editorial. La Habana: 1985:121-93.
14. Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. R.M. 208 – 2011 MINSA. Diario Oficial El Peruano. 18 de marzo del 2011.
15. Constitución Política del Perú, 26 de agosto de 1993.
16. Ley General De Salud. Ley 26842. Diario oficial El Peruano. 20 de julio del 1997.
17. Ley del MINSA. Ley 27657. Diario oficial El Peruano. 13 de agosto del 2002.
18. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de la salud. Ley 29414. 02 de octubre del 2009.
19. I. Monroy G. Modelo de Elizabeth Anderson. (base de datos en internet) Venezuela. Comunidad participante. (citado en 10 de abril del 2016). Disponible en www.es.slideshare.net/ruscett/teoras-y-modelos-en-enfermera.

20. Rosa Z. La Gestión del Cuidado de Enfermería. (base de datos en internet). España. Artículos especiales de enfermería. (citado en 10 de abril del 2016). Disponible en www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132129
21. Raúl. C. Comunicación y educación para la promoción de la salud. (base de datos en internet). Perú. Proyectos y programas sociales. (citado 10 de abril del 2016). Disponible en www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud

ANEXOS 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

**COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION EN SALUD CASCAJAL –
CLAS CASCAJAL**

RUC: 20445212459

RAZÓN SOCIAL: COMUNIDAD LOCAL DE ADMINISTRACION EN SALUD
CASCAJAL

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: Establecimiento sin Internamiento

CLASIFICACIÓN: I - 2

NOMBRE: CLAS CASCAJAL

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE: MINSA

DIRECCIÓN COMPLETA: Cascajal S/N

DEPARTAMENTO: Ancash

PROVINCIA: Santa

DISTRITO: Chimbote

TELÉFONO: No existe

TELÉFONO DE EMERGENCIA: No tiene

RADIO: No tiene

TIPO DOC.FUNCIONAMIENTO (MUNICIPAL): NO

Nº DOCUMENTO FUNCIONAMIENTO (MUNICIPAL): NO

E -MAIL DEL ESTABLECIMIENTO: clascascajal2001@hotmail.com

Nº DE AMBIENTES DEL ESTABLECIMIENTO: 6

ESPECIALIDADES DE PRESTACIÓN:

- 1.- Medicina General
- 2.- Laboratorio Clínico
- 3.- CRED
- 4.- Obstetricia.
- 5.- Odontología.
- 6.- Enfermería

HORARIO DE ATENCIÓN: 008:00 AM -8:00 PM

REPRESENTANTE DE LA ATENCIÓN DE SALUD

NOMBRES Y APELLIDOS: Edwin Suarez López

TIPO DE DOC.IDENTIDAD: DNI

Nº DOC IDENTIDAD: 40798501

SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

ESTADO : Activo

SITUACIÓN : Registrado

CONDICIÓN: En Funcionamiento

INSPECCIÓN: Por inspeccionar

RESEÑA HISTÓRICA

Histórico y situacional

El Puesto de Salud Cascajal inicio su funcionamiento a partir del 03 de Agosto del año 1987, con un solo personal Técnico. En el año 1997 se constituye el Comité de Salud del Puesto de Salud Cascajal constituido por personas representativas de la comunidad: líderes de organizaciones de base y personas notables, quienes con el personal de salud a cargo en ese entonces por la Lic. En Enfermería Marieta Paredes Lavado realizaron un constante trabajo de gestión para constituirse en el año 2001 como Asociación CLAS siendo en ese tiempo los primeros asociados que conformaron el Consejo Directivo las siguientes personas:

Presidente: Sr. Néstor Guillermo Carbajal Romero

Tesorero: Sr Ricardo Baldomero Cano Taboada

Secretario: Sr Tidilio Simón Rivera Rivera

Gerente: Dr. Fernando Renato Rao Benites.

Posteriormente pasaron asociaciones que dirigieron el CLAS Cascajal los cuales demostraron esmero y esfuerzo logrando mejoras significativas y de realce en infraestructura y equipos en el establecimiento de salud.

1. Situación y Mapa Geográfico de la CLAS

Por el Norte: Tamborreal

Por el Sur: Monte Sarumo

Por el Este: Rinconada

Por el Oeste: Catorce Incas

MOTIVOS DE SU CREACIÓN

El Puesto de Salud Cascajal nace ante la necesidad de una Población que carecía de un establecimiento de Salud para atender al Centro Poblado de Cascajal: Cascajal Derecho, Cascajal Izquierdo, Amauta, Campamento, La Cuadra, Maleños, y sus anexos: Montesa rumbo, Cahuide, Lupahuari, La Mora, 14 Incas, una población de aproximadamente 3000 habitantes que tenían que acudir a Santa, Chimbote para satisfacer sus necesidades de Salud.

Balance regional de los avances en la adecuación y reestructuración de los establecimientos de salud CLAS en el marco legal de la ley N° 29124 Y D. S. N° 017-2008-SA

Objetivo General

Ejecutar la formalización legal institucional de las CLAS a través de adecuación normativa: legal – administrativos, que garanticen la seguridad jurídica de las CLAS en el marco de la Ley N° 29124 y el D.S. N° 017-2008-SA.

Objetivo Especifico

- ✓ Establecer y suscribir los Convenios de Cogestión entre el Gobierno Regional, los Gobiernos Locales y las Asociaciones CLAS que operan los establecimientos de salud en toda la jurisdicción regional.
- ✓ Actualizar e inscribir los nuevos estatutos.
- ✓ Elegir a los nuevos miembros de la Asamblea general y consejo directivo.
- ✓ Elección del os Nuevos Gerentes.
- ✓ Estrategias de trabajo para el mejoramiento de la gestión de las CLAS.

Mejoras logradas

Infraestructura

Con el DU se logró encharpar y pintar a todos los servicios del establecimiento, reparación y mantenimiento de servicios básicos, agua y desague, implementación de Sistema de redes (Internet), instalación de lunas con sistema directo a todas las ventanas y protectores faltantes, mejoramiento de instalaciones eléctricas y cambio de cerrajería en todas las puertas en el área donde no está construida se logró construir 2 módulos pre fabricados con material de triplay, material que fue reciclado de las aulas del colegio Cascajal Bajo “La Cuadra”, a quien el gobierno le construyó su colegio, y en la actualidad son utilizados para el Programa de Tuberculosis (Anteriormente no se contaba con un ambiente, los pacientes eran atendidos en Tópico) y para el área de Psicoprofilaxis – Estimulación Temprana.

Equipamiento

El Puesto de Salud Cascajal cuenta con recursos tecnológicos como son:

- Computadora (2)
- Mueble para computadora (2)
- Impresora (2)
- Laptop
- Televisor
- DVD
- Equipo Dopple

- Lámpara
- Estante (3)
- Escritorio(6)
- Área de Estimulación Temprana y Psicoprofilaxis (con materiales donados por la Municipalidad Provincial del Santa)
- Equipos de Laboratorio (Microscopio, Centrifuga, gradilla, pipeta, etc)
- Refrigeradora (2)
- ICE LINE (1)
- Balanza Pediátrica(2)
- Balanza de Baño(3)
- Balanza de Pie con Tallimetro (2)
- Set para estimulación Temprana
- Set para Psicoprofilaxis
- Hemocontrol, micro cubetas
- Camillas(3)
- Tensiómetros: Adultos (4), Pediátrico (2)
- Pantos copio (2)
- Jeringa para limpieza de Oídos
- Glucómetro
- Coche curaciones (2)

- Esterilizador (2)
- Porta suero metálico(1)
- Balón de Oxígeno (1)
- Coche de transporte de oxígeno, manómetro
- Equipo Nebulizador
- Mesa (3)
- Estantes colgantes(2)
- Pizarra Acrílica(2)
- Banca (2)
- Silla blanca de plástico (8)
- Unidad Dental: Silla odontológica, Lámpara, compresora
- Equipo de Rx.

RRHH

Actualmente el Clas cuenta con 10 trabajadores:

2 Enfermeras

1 Médico

2 Obstetras

4 Técnicos de Enfermería

1 Odontólogo

Mobiliario

Se está adaptando de acuerdo a las necesidades

Movilidades

No cuenta

Logros y experiencias exitosas

En Gestión

- El Proyecto cuenta con código SNIP para la construcción del Puesto de Salud Cascajal.
- Donación de material Triplay para la construcción de módulos para el Puesto de salud CLAS Cascajal.
- Compra de Unidad Dental

En Participación Ciudadana

Participación activa de la Comunidad

Otros

FORTALEZAS

Personal unido concientizado en cumplir metas y atender con calidad a los usuarios.

Fortalecimiento en el SIS, personal motivado y concientizado.

Trabajo coordinado y planificado.

Se cuenta con apoyo de la DIRES.

DIFICULTADES (aspectos negativos)

Profesional que estaba a cargo de la Gerencia hasta Marzo 2013, no realizo entrega de cargo, hubo retraso de entrega de informes de transferencias, no realizo PSL, ni cierre de gestión.

Demora en salir la Resolución del Representante de la Municipalidad

Falta de Resolución de Gerencia

LIMITACIONES

A nivel del Gobierno Regional

No se realiza la construcción del Puesto de Salud, a pesar de que ya se cuenta con código SNIP, ambientes reducidos, se cuenta con ambientes reducidos e inadecuados.

A nivel del Gobierno local

Demoro 3 meses en salir la resolución del representante de la Municipalidad Provincial del Santa.

A nivel de la DIRESA

Ninguna

A nivel de la Red/ Microred

Ninguna

A nivel del Personal

El antiguo gerente no realizo la entrega formal del cargo, es por ello que está presentando a destiempo el PSL y Cierre de Gestión que no realizo el antiguo gerente, y se está tratando de realizar las gestiones necesarias para poder ejecutar la formalización legal institucional de las CLAS a través de adecuación normativa.

A nivel de la comunidad

Deficiente participación comunitaria, en los eventos programados por el P.S. Cascajal, madres trabajadoras.

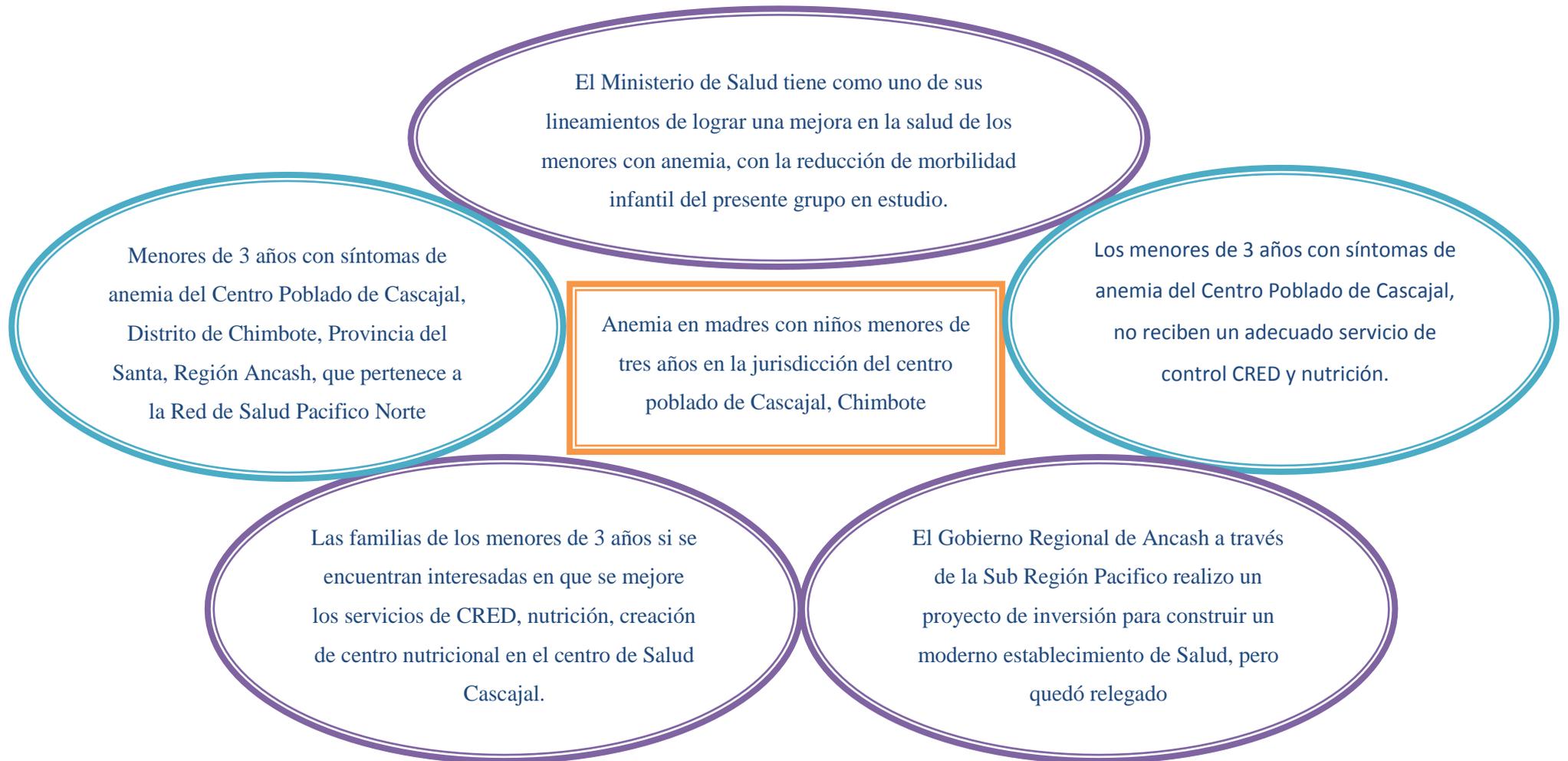
PROBLEMAS

- Denuncia al Ministerio de Trabajo por parte de la Tec. de Enfermería por no pagar vacaciones adelantadas.
- Consejo Directivo que fue elegido en el año 2007 actualmente continúa registrado en la SUNARP, SUNAT, MINISTERIO DE TRABAJO y BANCO.

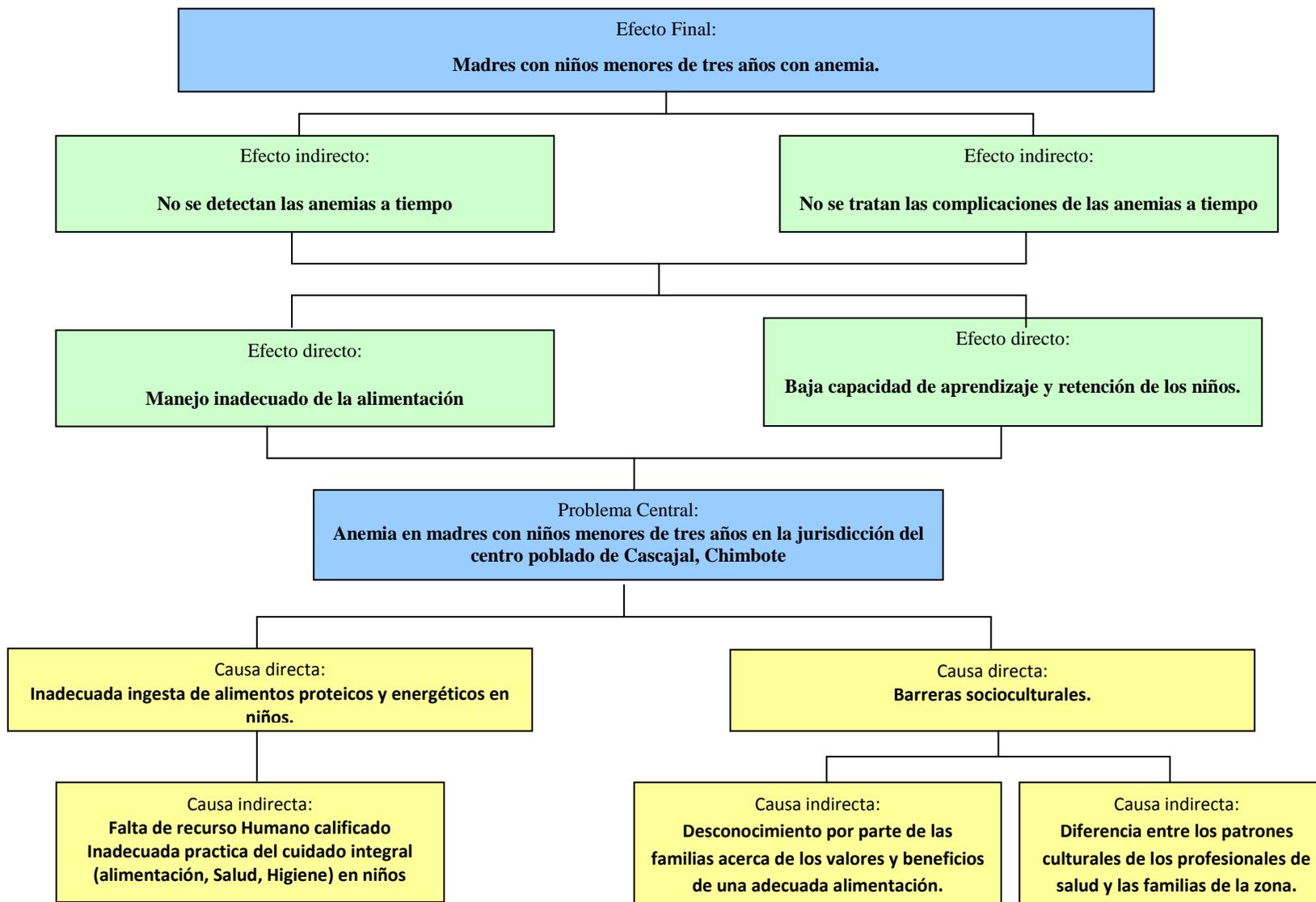
NECESIDADES

- Construcción del Puesto de Salud Cascajal, ya que los ambientes son muy reducidos,

REVISION DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICION FINAL DEL PROBLEMA

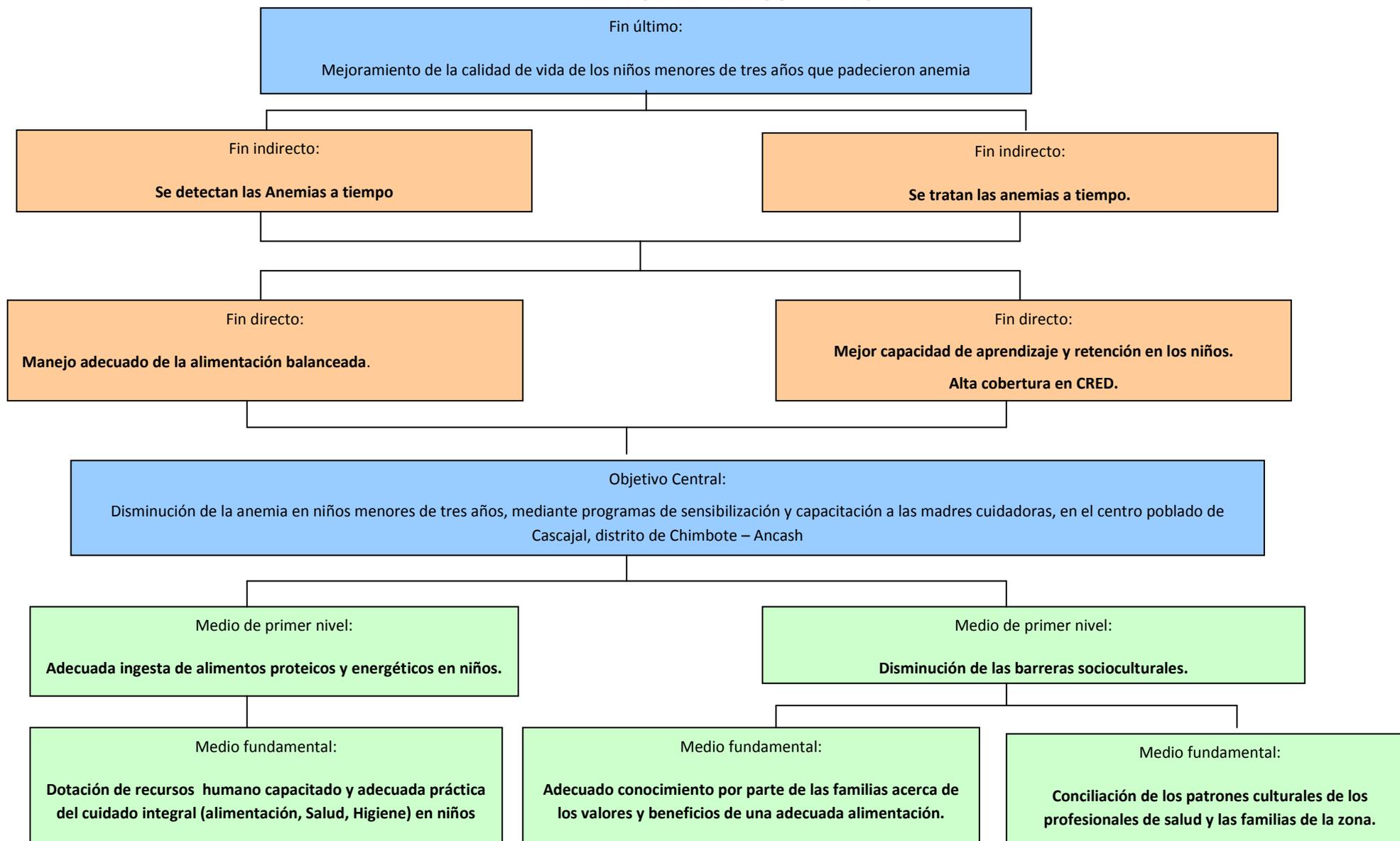


ANEXO 2
ARBOL DE CAUSA EFECTO



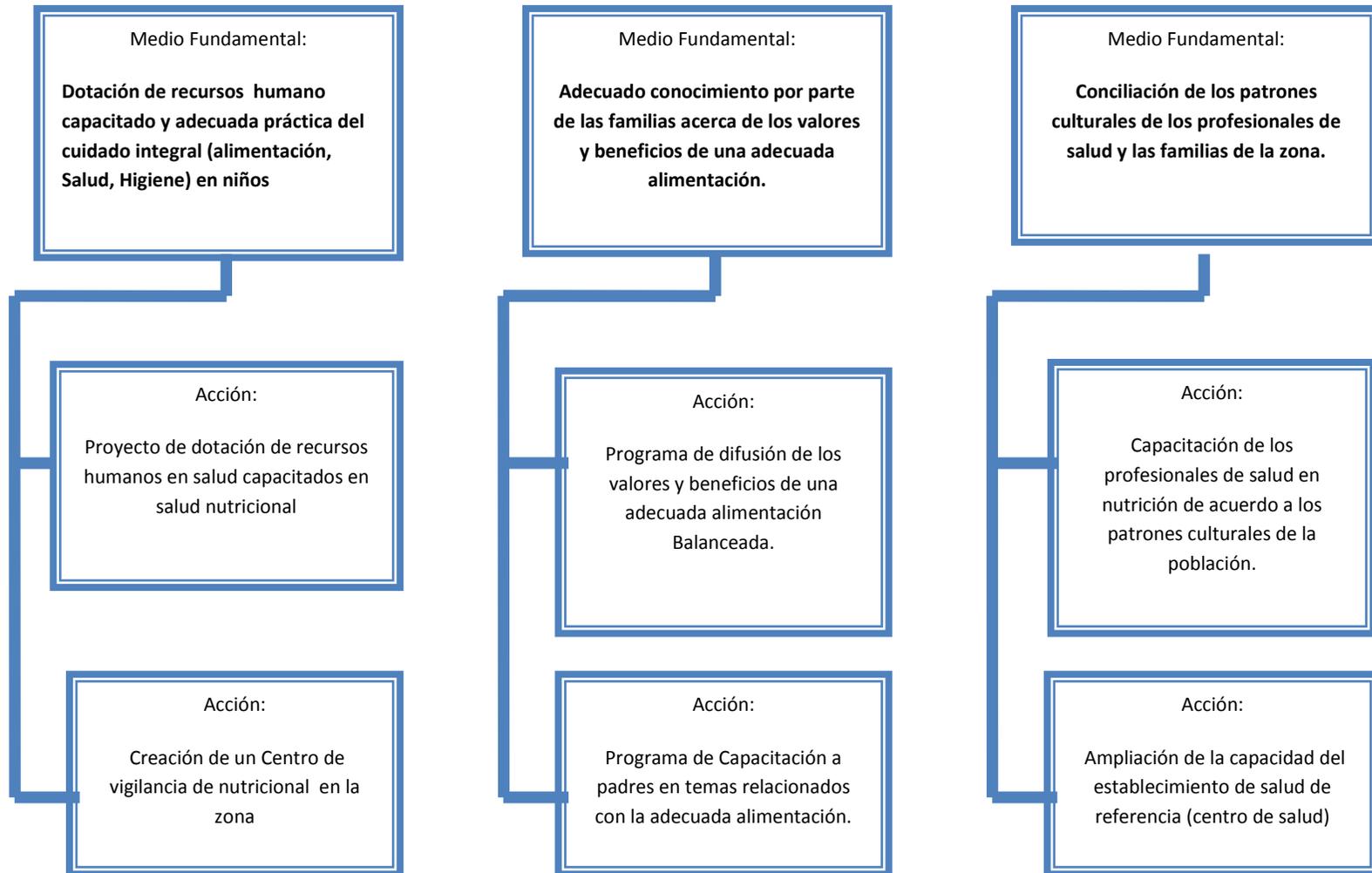
ANEXO 3

ARBOL DE MEDIOS Y FINES



ANEXO 4

ARBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y MEDIOS PROPUESTOS



ANEXO 5
MATRIZ DEL MARCO LOGICO

	JERARQUIA DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN	Mejoramiento de la calidad de vida de los niños menores de tres años que padecieron anemia.				
PROPOSITO	Disminución de la anemia en niños menores de tres años, mediante programas de sensibilización y capacitación a las madres cuidadoras, en el centro poblado de Cascajal, distrito de Chimbote – Ancash.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la anemia de 10.56 % a 7 % en el primer año. • Capacitación al 100 % de las madres cuidadoras durante el primer año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños sin anemia. • Madres cuidadoras capacitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes estadísticos del servicio de Enfermería. • Registro de capacitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los menores de tres años responden favorable al tratamiento.
COMPONENTES	<p>1.- Dotación de recursos humano capacitado y adecuada práctica del cuidado integral (alimentación, Salud, Higiene) en niños.</p> <p>2.- Adecuado conocimiento por parte de las familias acerca de los valores y beneficios de una adecuada alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al 100 % del Personal de Salud. • Lograr que el 100 % de las familias logren conocer de los valores y beneficios de una adecuada alimentación, durante el primer año 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado. • Familias que logran conocer de los valores y beneficios de una adecuada alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de capacitaciones. • Actas de reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación activa del personal de salud. • Las familias participan activamente.

	3.- Conciliación de los patrones culturales de los profesionales de salud y las familias de la zona.	<p>de ejecución del Proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el 100 % de los profesionales de la salud y familias de la zona concilien los patrones culturales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales y familias de la zona concilien los patrones culturales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros asistencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud y familiares se integran y participan en las actividades programadas.
ACCIONES	<p>A1.- Proyecto de dotación de recursos humanos en salud capacitados en salud nutricional.</p> <p>A2.- Creación de un Centro de vigilancia nutricional en la zona.</p> <p>B1.- Programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación Balanceada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación al 100 % del personal de Salud en temas de Nutricional en el primer año. • Instalación al 100% del Centro de Vigilancia Nutricional en el primer año. • Instalación al 100 % del programa de difusión de los valores y beneficios de una adecuada alimentación en el primer año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud capacitado. • Centros de vigilância instalados. • Madres conocen los valores y beneficios de una alimentación balanceada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de capacitaciones. • Informes de avance de obra. • Registro de actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud participa activamente en las capacitaciones. • Participación activa de los directivos de salud para instalar el centro de vigilancia nutricional. • Se realizan con éxito el programa de difusión.

	<p>B2.- Programa de Capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación.</p> <p>C1.- Capacitación de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población.</p> <p>C2.- Ampliación de la capacidad del establecimiento de salud de referencia (centro de salud)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación al 100 % del programa de capacitación a padres en temas relacionados con la adecuada alimentación en el primer año. • Capacitación al 100% de los profesionales de salud en nutrición de acuerdo a los patrones culturales de la población en el primer año. • Ampliación al 20 % de la capacidad del establecimiento de referencia en el primer año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padres capacitados. • Profesionales de la salud capacitados. • Incremento de atenciones realizadas en el Centro de Salud de Referencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de asistencia • Cuaderno de registro. • Informes de atenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los procedimientos según las capacitaciones. • Personal de salud participa activamente en las capacitaciones. • Se realiza con éxito la ampliación de la capacidad del EESS.
--	---	---	--	---	---

