



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**FORTALECIENDO EL PAQUETE DE ATENCIÓN
INTEGRAL DEL PROGRAMA CRED EN EL CENTRO
DE SALUD MONTERREY_ HUARAZ, 2018**

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

AUTORA:

LIC. ENF. ELIZABETH YEIN VILLANUEVA RAMIREZ

ASESORA:

DRA. ENF. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

**HUARAZ -PERÚ
2018**

JURADO EVALUADOR

Dra. Enf. María Adriana Vílchez Reyes

Presidenta

Mgr. Rosa María Sánchez Nazario

Miembro

Mgr. Virginia Barrios Llumpo

Miembro

AGRADECIMIENTO

A mi madre por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi formación; a mi padre que desde el cielo ilumina y guía mis pasos.

A mi esposo por estar a mi lado en todo momento.

A la Dra. Sonia Girón Luciano por su dedicación y paciencia.

DEDICATORIA

A mis hijos que son el principal motivo
para superarme y alcanzar nuevas metas.

A mi esposo por ser mi amigo,
colega y compañero que me
motiva a superarme y me guía
siempre de la mano.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN.....	1
II. HOJA RESUMEN	3
2.1. TITULO DEL PROYECTO:	3
2.2. LOCALIZACIÓN:.....	3
2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:	3
2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:.....	3
2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:	3
2.6. COSTO TOTAL.....	3
2.7. RESUMEN:.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	5
IV. OBJETIVOS.....	22
V. METAS:	23
VI. METODOLOGÍA.....	24
6.1. LÍNEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN: 24	
6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.....	32
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN.....	34
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	42
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES.....	45
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E NSTITUCIONALES.....	52
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	53
ANEXOS	57

I. PRESENTACIÓN

La sociedad peruana presenta un medio social en donde las desigualdades son palpables, y en donde a pesar de los esfuerzos del Estado y del personal del sector público, la población menos favorecida, olvidada, explotada son los niños en situación de pobreza y vulnerabilidad, si bien existen esfuerzos para remediar estas desventajas aún queda mucho trabajo por realizar.

El Estado dentro de sus políticas públicas, promueve una atención de salud gratuita; es un derecho para los usuarios y un deber del personal de salud de brindar la atención con calidad y calidez. La atención del niño a través de sus controles de crecimiento y desarrollo juegan un papel fundamental para detectar de forma oportuna riesgos y problemas de salud, dentro de las comunidades con carencias y desventajas, esta actividad es imprescindible de realizarla adecuadamente aplicando las medidas necesarias para que sean interiorizadas por la madre, familia y sociedad.

Es así que a partir de lo expuesto resalta la trascendencia de realizar un adecuado control de crecimiento y desarrollo, una consejería de calidad a los padres, fomentando su involucramiento en el desarrollo integral del niño, y por consiguiente de la sociedad y el país.

A partir de lo mencionado párrafos arriba se recalca la importancia del control de Crecimiento y Desarrollo, en el caso de una ciudad rural y urbana, con condiciones sociodemográficas y económicas entremezcladas debido a la migración constante, se aprecia la saturación de ciertos servicios en los distintos establecimientos de salud, y el Centro de Salud Monterrey no es la excepción, en donde debido al crecimiento poblacional de los últimos años,

su nivel de demanda de servicios se ha visto incrementado, si bien es un indicador bueno, en algunos aspectos aún se presentan deficiencias.

En el control de Crecimiento y Desarrollo se puede detectar enfermedades prevalentes y factores de riesgo que deben ser atendidas de manera oportuna, en donde además se incluye el paquete de atención integral del niño, y al encontrarse problemas deben de ser derivados y atendidos por el profesional respectivo, pero en la realidad del Centro de Salud Monterrey no se hace efectivo, debido a múltiples factores, que van desde el desconocimiento hasta la falta de personal.

En relación al tema presentado, el presente trabajo académico titulado: **FORTALECIENDO EL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROGRAMA CRED EN EL C.S. MONTERREY _ HUARAZ, 2018;** permitirá generar conocimientos referidos a los procesos del paquete CRED, conocer las dificultades o cuellos de botella que se presenta y corregirlas mediante nuevos procedimientos y/o acciones correctivas, de esta manera brindar una atención de calidad y calidez a la población usuaria.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

**FORTALECIENDO EL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL
DEL PROGRAMA CRED EN EL CENTRO DE SALUD
MONTERREY_ HUARAZ, 2018**

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Independencia

Provincia : Huaraz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Población usuaria del servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Monterrey- Huaraz.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud que brindan el servicio ya que permitirá conocer las limitantes que se tienen como servicio y lograr superarlas.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Centro de Salud Monterrey

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:

El proyecto tiene una duración aproximada de 08 meses:

Fecha Inicio : Setiembre 2017.

Fecha Término : Abril 2018.

2.6. COSTO TOTAL: S/.37.760.00

2.7. RESUMEN:

El presente trabajo académico está diseñado para conocer la implementación oportuna del paquete CRED, debido a que es un servicio intensamente utilizado tanto por la población beneficiaria como por el personal de salud para detectar alguna enfermedad prevalente o factor de riesgo en el usuario pediátrico.

La metodología utilizada se basa en utilizar un esquema centrado en una herramienta de gestión como es la planificación estratégica participativa y el marco lógico, que nos permitirán un diagnóstico certero y formular propuestas de mejora.

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud Monterrey, que se ubica en los límites de la ciudad de Huaraz, tiene la peculiaridad y característica que su jurisdicción engloba a la población de zona urbana y rural de todos los estratos sociales, lo cual además favorece al estudio. Si bien el paquete CRED nos permite realizar una evaluación integral, su conocimiento en su totalidad por parte de los miembros integrantes del equipo de salud es importante para brindar en forma oportuna y adecuada una atención de calidad a la población.

Dentro de las conclusiones el principal problema detectado y no el único para su inadecuado cumplimiento es el tiempo de atención que se le brinda a cada usuario, debido al incremento de los usuarios y al poco personal; además del tiempo extra que requiere cumplir con las interconsultas y traslado de usuarios e historias clínicas, proponiendo para ello soluciones válidas teniendo en cuenta líneas de acción y planes operativos que serán monitorizados y evaluados.

III. JUSTIFICACIÓN

En el mundo lleno de desigualdades donde nos resulta imposible comparar los servicios de salud de los países del primer mundo y de los países en vías de desarrollo, en estos últimos los niños son una población vulnerable, sujeta a la inaccesibilidad de recursos y servicios, donde sufren las amenazas de la anemia y desnutrición, así como un seguimiento de ritmo de crecimiento condicionado por múltiples factores, los niños del mundo sufren el olvido de sus países, y el nuestro no es la excepción, siendo las enfermedades prevalentes de la infancia las que se debe de vigilar con suma importancia.

Estas enfermedades prevalentes no son un flagelo que azota solo a nuestro país, sino también y principalmente a los países en vías de desarrollo y a los países denominados subdesarrollados, quienes presentan en algunos casos las tasas más altas en el mundo, a continuación los datos de la OMS muestran: “Las tasas de retraso en el crecimiento entre los niños son más elevadas en África y Asia. En el 2016, este problema afectó al 37% y al 34% de la población infantil de África Oriental y de Asia Meridional, respectivamente”. Pero además menciona que “la malnutrición materna e infantil representa el 10% de la carga mundial de morbilidad” (1).

El Estado mediante sus políticas públicas se centra en un grupo poblacional importante y delicado, que es la niñez, donde se pregona y se hace hincapié a través de todos los gobiernos que los niños son y serán el futuro del país, proporcionando múltiples programas para su apoyo y

sustento, siendo el más importante el Paquete de Atención Integral del Niño, el cual está implementado y se realiza en todo el territorio nacional.

Si bien este paquete es de cumplimiento obligatorio a partir del nacimiento hasta poco antes de cumplir los 12 años, presenta un rol primordial, debido a su carácter preventivo promocional tanto para la población usuaria como para el mismo personal de salud, debido a que permite conocer y posteriormente atender, tratar y en algunos casos remediar enfermedades prevalentes que pueden sufrir la población usuaria, en este caso la niñez.

El país cuenta con establecimientos de salud en casi todos los distritos, y si no las tiene el personal de salud del establecimiento más cercano a la vivienda realiza las visitas domiciliarias, como parte del SIVICO (Sistema de Vigilancia Comunal), si bien se cuenta con estas actividades, se puede apreciar que las enfermedades prevalentes de la niñez se encuentran invariables, afectando a la niñez no solo en esta etapa de vida sino también imponiendo secuelas a lo largo de toda su vida, limitando el desarrollo pleno de sus capacidades y consecuentemente lograr una vida de calidad y un futuro adecuado.

En referencia a la anemia, la cual es una enfermedad prevalente silenciosa que afecta no solo a la población infantil sino afecta a casi toda población de todas las edades y estratos sociales y no únicamente como se piensa a las personas de bajos recursos económicos, la OMS menciona que dentro de las enfermedades que afectan al mundo la anemia es una de las más importantes

debido que su tasa es de 47% de todos los niños menores de 5 años en el mundo (2).

La encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2016 arroja datos importantes y en algunos casos desalentadores a la vez, lo cual puede resultar paradójico teniendo en cuenta toda la inversión monetaria y humana que se ha realizado en los últimos años, la estadística muestra: que el 33,3% de niños con menos de 5 años padece anemia, el 43,6% de los niños con menos de 3 años padece anemia, en la zona urbana la cifra es de 39,9%, pero en la zona rural el porcentaje llegar al 53,4%. Además es importante mencionar que el 13,1% de los menores de 5 años presenta desnutrición crónica, siendo esta última de 19% en el ámbito del C.S. Monterrey (3,4).

La provincia de Huaraz y en este caso el Centro de Salud Monterrey presenta datos importantes, los cuales abarcan a su población urbana y rural, siendo los siguientes: la anemia en menores de 5 años se encuentra en 77,6%, encontrándose por encima del promedio nacional, los datos muestran que el 28,9% de los niños atendidos presentan parasitosis intestinal lo cual coadyuva a incrementar la anemia y la desnutrición crónica. Esto datos muestran la fragilidad de la niñez lo cual motiva a sus estudio (4).

Esto datos ponen de manifiesto la vulnerabilidad en que se encuentran los niños, el futuro de nuestro país, pero como se ha menciona resulta paradójico tener estos datos a pesar de la inversión de los últimos años, en este caso debemos tener presenta la precariedad de nuestro sistema público, y el sector salud no es ajeno ni es la excepción por su eficiencia, además de sumarle la pobreza, la lejanía, la inaccesibilidad a las servicios que brinda el Estado,la

discriminación, la multiculturalidad y pluriculturalidad del país, siendo estos factores además de otros que van a confluir en este caso para limitar el desarrollo de la niñez, siendo un reto para todos el poder eliminarlas en el mejor de los casos o en su mayoría atenuarlas y conseguir beneficios para la población beneficiaria.

A partir de esto hacemos mención en una estrategia que es utilizada por el personal de salud, y casi en su totalidad por el personal de enfermería, que es el paquete CRED, este programa tiene un valor importante para la detección oportuna de enfermedades prevalentes y consecuentemente tratarlos de forma oportuna, pero surge la disyuntiva si existe este programa porqué los indicadores de enfermedades prevalentes no disminuyen y se mantienen casi inalterables a pesar del tiempo (5).

Este programa es manejado en su totalidad por el equipo profesional de enfermería de todos los establecimientos de salud dentro del ámbito nacional, desde hospitales a puestos de salud en las zonas más alejadas del territorio nacional, si bien existe el personal para llevar el programa acorde a los requerimientos técnicos específicos, una limitante importante es la falta del personal, debido a que en muchos casos como sucede en la zona rural, en el puesto de salud, este personal además del programa CRED tiene a su cargo un sin fin de programas, los cuales requieren tiempo y recursos, y en muchos casos no se cuentan con estos, lo cual deriva a una inadecuada detección de enfermedad prevalentes sin mencionar que el seguimiento que se realiza es escaso o casi nulo, lo cual va en desmedro de la población usuaria (5).

La falta de personal no es el único problema, también debemos añadir que se requiere un tiempo mínimo de consulta por cada niño atendido, la norma indica que por cada niño se debe de evaluarlo por 45 minutos, pero en muchos casos esto no se cumple, debido a la alta demanda de atención y al poco personal, en caso de la zona urbana; en la zona rural se toma la estrategia de citarlos en días de feria o en días que cuentan con movilidad, debido al factor de accesibilidad, en este caso por las distancias, lo cual también hace que la demanda sea alta y se debe de atender de forma puntal y rápida, lo cual no favorece al cumplimiento del paquete CRED (5).

Además debemos de mencionar que si mediante estas atenciones “rápidas” se detecta alguna enfermedad prevalente de la infancia, se realiza la derivación correspondiente al especialista, en muchos casos resalta otro problema, la falta de profesionales en los centros de salud, los cuales solo atienden en horario matutino, siendo esto un problema debido a que la oferta de servicios del programa CRED es mañana y tarde de lunes a sábado en el C. S. Monterrey, citándolo como ejemplo. Lo cual dificulta el tratamiento posterior, debido a que la madre o padre no vuelve a la reevaluación por el especialista en muchos casos.

Si bien se menciona la falta de personal y tiempo para atención, un factor importante es la falta de interés del personal de enfermería en conocer al 100% la norma técnica, sumado al cambio constante y modificatorias que se realizan a nivel central lo cual suma a su lectura y comprensión completa, además de delegar funciones, debido a la carga laboral de programas de salud, al personal SERUMS, que si bien son profesionales estas no cuentan

con la experiencia necesaria para un tamizaje acorde, siendo esto además que debido a la burocracia de trámites para las referencias limita el deseo de informarse de forma adecuada sobre los alcances del programa CRED.

Un factor importante es el tema del abandono al control de crecimiento y desarrollo, el cual en el C.S. Monterrey es del 20% en promedio dentro de todos los grupos etareos, lo cual pone de manifiesto que de cada 10 niños 2 de ellos no regresan al establecimiento de salud, si bien esto puede ser netamente cultural, existen varios factores que van desde el desconocimiento a los beneficios del programa, el analfabetismo, el tiempo de espera, el cual debido a la lejanía del centro para algunos pobladores hace que pierdan dinero lo cual mengua su delicada economía (4).

Además es preciso mencionar el trato del personal que en muchos casos no es amable, debido al lenguaje técnico que usan, a la carga laboral y la barrera lingüística que es el uso del quechua por parte de la población, lo cual limita la asimilación de nuevos conocimientos por parte del madre o padre presente, consecuentemente va a limitar el regreso a los siguientes controles.

Estos aspectos confluyen para seguir manteniendo estos datos de desnutrición crónica, anemia, los cuales van a marcar la vida de estos niños sino son tratados de forma oportuna y eficaz, recordemos que la desnutrición crónica y la anemia provocan problemas en el crecimiento, desarrollo y en la asimilación de conocimientos en la etapa escolar lo cual es reflejado en las pruebas PISA donde el Perú ocupa los últimos lugares, motivo por el cual es necesario conocer las limitaciones para el adecuado cumplimiento del

programa CRED, pretendiendo este trabajo ser un aporte para ayudar a remediar estas limitaciones.

El Control de crecimiento según la normatividad del MINSA es un proceso sistematizado de procedimientos periódicos de forma individual y oportuna realizados por personal de salud capacitado, en casi la totalidad realizado por enfermeras, estas actividades tienen como objetivo detectar tempranamente padecimientos, discapacidades y riesgos de salud con el fin de disminuir sus complicaciones e incrementar sus oportunidades de desarrollo (5).

Según la Norma técnica de Salud del Control de Crecimiento y Desarrollo en la que se encuentra fundamentado el presente trabajo estipula la atención integral del niño mediante un proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento, teniendo en cuenta la **Valoración:** Durante las atenciones y control de crecimiento y desarrollo se detectan múltiples factores de riesgo que pueden beneficiar y/o afectar el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños(5).

Los factores de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado que pueda efectuar, el examen físico y neurológico en cada control de crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión)(5).

Además existen otros instrumentos que deben existir en los ambientes del control de crecimiento y desarrollo que permitan evaluar la función del sistema visual, auditivo, detectando de esta manera en forma temprana errores

refractarios que puede “comprometer su visión de forma permanente, debido a que la falta de inducción visual transfiere a una baja de la agudeza visual” (5).

Uno de los objetivos de la evaluación durante la realización del control de crecimiento y desarrollo es la identificación precoz y oportuna de anomalías de la visión de la niña o el niño y referir de forma oportuna para su evaluación y manejo por un especialista (5).

Los profesionales de la salud que realizan los controles de crecimiento y desarrollo deben considerar la importancia de la audición en el desarrollo integral durante el proceso de aprendizaje de la niña y el niño; así mismo, hay que tener presente que la pérdida de la función auditiva es causa de deterioro irreversible en la expresión oral y las habilidades psicosociales de aprendizaje y lectoescritura; igualmente, corresponde atender el diagnóstico precoz (antes de los 3 meses), “la implementación temprana del tratamiento con prótesis auditivas bilaterales (antes de 6 meses) y un seguimiento apropiado, así como la educación a la familia permiten que niñas y niños hipo acústicos se desarrollen en forma similar a sus pares normo-oyentes o de acuerdo con su nivel cognitivo” (5).

En cada control de crecimiento y desarrollo el profesional de la salud debe explorar la presencia de alguna enfermedad prevalente de la infancia, así como identificar la ocurrencia de enfermedades entre el último control y el actual, detectar a tiempo el incumplimiento del esquema de vacunación, verificar el cumplimiento de la administración de hierro y actuar

oportunamente ofreciéndole el paquete de atención que le corresponde y asegurar que el niño evolucione favorablemente(5).

Además se debe valorar minuciosamente la condición antropométrica desde el nacimiento hasta la edad de 11 años 11 meses y 29 días en cada control dentro de los establecimientos de salud y visitas domiciliarias respectivamente. En concordancia con los principios de la norma técnica donde predomina la atención de salud con autonomía, seguridad y juego libre, la aplicación de los instrumentos de evaluación deben considerar la observación en situaciones espontáneas de juego libre, exploración y movimiento, sin forzar ni estimular, siendo un indicador logrado cuando la niña o niño es capaz de hacerlo por su propia iniciativa(5).

Para la evaluación del desarrollo de la niña y el niño se usa: “La escala de evaluación del desarrollo psicomotor, el test de Evaluación Psicomotriz, el test Peruano de Evaluación de Desarrollo del niño”. También es importante tener en cuenta un aspecto importante y esencial que en algunas ocasiones puede pasar desapercibido, la detección del maltrato y violencia infantil, el cual debe de realizarse en cada control CRED. De esta manera, si se detectara signos de maltrato o violencia, inmediatamente, se realiza la referencia in situ de acuerdo a los protocolos vigentes, asimismo informar a los organismos involucrados (defensoría, DEMUNA, entre otras)(5).

Un aspecto esencial que debe de hacerse desde el primer control, por parte del evaluador responsable de la atención, es revisar la cavidad bucal de la niña o niño para verificar la aparición de los primeros dientes, para detectar posibles lesiones de caries u otra patologías (5).

Toda niña y niño debe ser revisado por un odontólogo o especialista en odontopediatría antes del año de edad, con el fin de recibir la aplicación del barniz de flúor y un refuerzo de las pautas para el cuidado de la salud bucal. Durante el control CRED debe hacerse de forma oportuna el descarte de displasia de cadera, examen de marcha y pie plano (5).

Dentro de la normatividad vigente estipula como plan de atención integral del niño las actividades como :Atención del recién nacido, tamizaje metabólico neonatal, tamizaje auditivo neonatal , crecimiento y desarrollo, Inmunizaciones, tamizaje de Anemia, descarte de parasitosis, tamizaje de salud mental, orientación integral, consejería Nutricional, tratamiento, atención temprana, sesiones demostrativas, administración de hierro, atención Odontológica, evaluación Psicosocial, evaluación agudeza visual, visita familiar integral. Cabe mencionar que la enfermera o médico que realiza el Control de Crecimiento y Desarrollo, requieren de forma permanente, periódica, oportuna, capacitación y actualización en la norma vigente. “La capacitación mínima que debe recibir todo profesional de la salud es de 9 horas académicas por año” (5).

Para realizar el control del CRED a las niñas y niños de los pueblos indígenas u originarios y de la comunidad afroperuana, el personal de la salud deberá considerar las costumbres, creencias y formas de vida de estos grupos étnicos, a fin de generar servicios con pertinencia cultural, basada en el trato específico, dialogo eficaz y una prestación de servicios diferenciada (5).

El control de crecimiento y desarrollo es un servicio público con pertinencia cultural; es decir, enfocada en la interculturalidad. Para ello se

debe de adaptar todos los procesos de la atención a las características sociodemográficas, económicas y culturales (hábitos, tradiciones y creencias) de la población objetivo; incorporando su cosmovisión y pensamientos de progreso y satisfacción, así como su perspectiva de servicio(5).

Es así que dentro del presente trabajo, la práctica profesional diaria sale a relucir un aspecto importante y que debe ser tomado en cuenta para lograr el servicio acorde y necesario, siendo este tema un aspecto esencial de la calidad de atención de los servicios de salud, el cual va a mejorar la percepción tanto de la población beneficiaria como del personal de salud. Dentro del cual tomamos varios aportes del cual procedemos a mencionar.

El concepto de calidad no es nuevo, la palabra deriva de la palabra latín *qualitas* o *qualitatis*, que equivale a perfección. En el diccionario de la Real Academia Española se hace mención a la calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (6).

En el año 1980 Avedis Donabedian, propuso una explicación de calidad en salud que forma parte de la vida laboral y que menciona que la calidad de atención al usuario es aquella que le proporciona el mayor grado y amplio trato de bienestar después de haber realizado una evaluación completa e integral al usuario. En el año 1991 la Organización Mundial de la Salud hacía hincapié que una adecuada atención de salud debe tener altos estándares de calidad de acuerdo a las necesidades de salud encontradas en la población, de manera integral y concisa, destinando recursos humanos de forma efectiva, basándose en los conocimientos que rigen al mundo de la salud (7).

Según Palmer H, las dimensiones que incluye la calidad son: La efectividad: Enfocada como la capacidad de un específico protocolo, procedimiento y/o tratamiento para lograr las metas esperadas. La eficiencia definida como el número mayor de cuidados medibles por cada recurso unitario utilizado. La accesibilidad se menciona como simplicidad para lograr la atención a pesar de diferentes problemas económicos, sociales, etc. La aceptabilidad es el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención y la competencia profesional que enmarca la capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios (8).

Si bien hacemos mención a la importancia de la calidad dentro de la atención en salud, también resulta necesario e imprescindible el hacer mención a los factores que pueden menguar en lograr brindar un servicio de calidad adecuado e idóneo. Según Seclen-Palacin y Darras indican varios factores que condicionan la satisfacción de los usuarios de las prestaciones de salud, siendo estas: (9)

Factores individuales: Encontramos el género, la edad, el estado civil, condiciones sociales, educación, su rol dentro de la comunidad, el aspecto cultural que confluyen además con la triada de salud-riesgo-enfermedad y, en el aspecto final de este punto, antecedentes de atenciones previa entre usuario y servicio brindado. Factores familiares/sociales: Las experiencias con el servicio previo de atenciones del medio social y amical, influyen en la idea y proceder del entorno familiar sobre el binomio salud-enfermedad (9).

Factores del servicio de salud: La accesibilidad abarca los aspectos geográficos, comunicación verbal, prestaciones de los servicios, periodos de espera para la recibir una atención, eficacia del servicio, trato y amabilidad del personal, presencia constante de medicamentos, local adecuado, privacidad, y otros(9).

La ISO 9000: define la Gestión de la Calidad como aquellas actividades dirigidas y coordinadas para controlar una entidad en lo relacionado a la calidad. En términos comunes se puede definir la Gestión de la Calidad como un proceso oportuno, eficaz de la gestión con un idóneo beneficio agregado que incentiva y aplica las políticas relacionadas a la calidad en forma permanente con el fin de centrar sus tareas y procesos hacia mejores etapas para sostener el nivel de calidad del bien o servicio prestado ya sea privado o público (9).

Es así que tomamos el concepto de Kaizen-Tejan (palabra de origen japonés que puede traducirse como “Sugerencia de mejora”). Kaizen se traduce: El mejoramiento continuo que engloba a todos los involucrados; directivos, gerencias y los niveles operacionales. Si nos centramos en este concepto, enfocarnos en la mejora continua en los procesos sencillos, en puntos específicos de las actividades diarias, en un corto tiempo podemos potenciar los procesos o protocolos en forma duradera, se puede solucionar los famosos cuellos de botella, es así que la filosofía de esta teoría indica que la instauración de mejoras pequeñas (en números significativo) colectivamente producen un gran beneficio a la mejora de la gestión y procesos internos, es así que la función de un gestor está directamente

relacionado en fortalecer los procesos enfocados en brindar una atención de calidad en el menor tiempo y optimizando los recursos (10).

Es así que partimos de conceptos reconocidos en el aspecto de calidad, los factores que interviene en la satisfacción y por último y no menos importante la mejora continua, que como se menciona en el párrafo anterior puede generar ahorros en el aspecto monetario, y si esto lo llevamos a nuestro estudio, detectar de forma eficaz y eficiente enfermedades prevalentes de la infancia lo cual va a permitir mejorar el estado de salud de la población infantil y consecuentemente tener una calidad de vida idónea.

El conocer los procesos que involucra el programa CRED, es esencial, conocer los puntos débiles de la atención, socializarlas, buscar soluciones en equipo y luego aplicarlas es una meta que ayudara no solo al centro sino también a los beneficiarios, y si a esto aplicamos la mejora continua que es revisar los procedimientos o procesos de manera periódica daremos un paso más en la calidad de atención.

Los lineamientos que sustentan el presente trabajo son: Ley N° 26842- Ley General de Salud, Ley N°1161, y fundamentalmente la “Norma Técnica N°087-MINSA/DGSP-V-01 Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años”, en donde se estipula paso a paso las actividades a desarrollarse con el niño y la niña con la finalidad de detectar a tiempo problemas en su desarrollo e intervenir oportunamente, con el único fin de tener niños sanos (5).

Monzón R., Núñez J. (11) desarrollo la tesis “Factores biosocioculturales y nivel de satisfacción materna en la discontinuidad al

control de crecimiento y desarrollo y desarrollo preescolar”, cuyo objetivo fue conocer la relación de los factores biosocioculturales y el nivel de satisfacción materna en la discontinuidad del control CRED; llego a las siguientes conclusiones: La muestra fue de 191 madres de niños preescolares, del total de madres el 63% no acude de manera oportuna al CRED y solo el 36.6% acude de manera oportuna y puntual al control de crecimiento y desarrollo; se indica que existe una relación importante entre el factor biosociocultural materno, nivel de conocimiento y el nivel de satisfacción materna.

En la tesis de Paredes M,(12) titulada, “Significado en las madres sobre el crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años y el cuidado de enfermería, magdalena nueva – Chimbote 2010” Cuyo principal objetivo fue determinar que significaba el control de crecimiento y desarrollo para las madres de niños menores de 5 años. Llego a las siguientes conclusiones: La relación entre vacunas, control de la talla y peso, valorar los derechos en la atención que se le brinda en la infancia y adolescencia, son directamente relacionados con el proceso de cuidado, el trato y su rol como educadora social y en salud del profesional de enfermería, pero también menciona un aspecto importante, una atención inadecuada en algunos casos, y resaltan la importancia de mejorar el servicio que se presta a partir de incentivar la calidad de atención en la infancia.

En la tesis de MartínezV, (13) titulada “Actividades de enfermería y tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo – Centro de Salud Lince,

2010”.Manifiesta entre sus conclusiones: Las actividades realizadas dentro de la atención de salud son complejas e integrales debido a que abarcan múltiples áreas, que van desde el aspecto neurológico, físico al psicosocial, además del rol de educadora y consejera. Con respecto al tiempo de atención en el consultorio CRED, estos dependen de la edad del niño/a y sus necesidades identificadas.

Parraguez K., Reques, (14) desarrollo la tesis “Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar en un centro de salud - Lambayeque 2014”. Esta trabajo menciona aspectos importantes como la relación directa entre la edad de las madres, el nivel educativo, las labores domésticas y el relación al incumplimiento del control CRED, así mismo otros factores que mencionan las madres es no lograr o conseguir citas, el tiempo de espera es demasiado, los horarios cortos de atención.

Atalaya V, Coral C, Portocarrero.(15) realizaron la tesis “Variables maternas asociadas al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años puesto de salud I-I Barrio florido, Punchana 2015”. El trabajo hace mención a las variables que influyen en el control CRED, las cuales parten desde la edad de las madres, nivel educativo, número de hijos, acceso (Distancia, tiempo) al establecimiento de salud, condiciones laborales.

El presente trabajo pretende mejorar los procesos en la atención en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro deSalud Monterrey, mejorando la calidad de atención, a través de la mejora continua mediante el trabajo en equipo, uso racional y adecuado de los tiempos de atención,

materiales, y principalmente del factor humano, en este caso teniendo como eje fundamental al personal de salud, siendo esta conjunción de factores los que ayudaran a brindar un servicio de calidad en bien de la población beneficiaria, lo cual ayudará a disminuir los índices de enfermedades prevalentes de la infancia.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Cumplimiento del paquete de atención integral del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Monterrey.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Equipo de trabajo cuenta con una cantidad adecuada de profesionales de enfermería.
- Difusión y conocimiento adecuado de la norma técnica del Control de Crecimiento y Desarrollo en el niño menor de 5 años.
- Adecuado número de profesionales de las distintas especialidades.
- Incremento de las citas al control de Crecimiento y Desarrollo.

V. METAS:

- ✓ 50% de incremento del cumplimiento del paquete de atención integral del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo.
- ✓ Dotación de 02 profesionales de enfermería.
- ✓ 100% de los profesionales de enfermería conocen la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo.
- ✓ 50% de la población que accede al control de crecimiento y desarrollo cuenta con el paquete de atención integral del niño.
- ✓ 100% niños que acuden a su control CRED de acuerdo a su cita.
- ✓ 1 manual de organización y funciones del servicio de enfermería.
- ✓ 3 talleres durante el año.
- ✓ 4 auditorías en el año.
- ✓ 100% de consultorios activos.
- ✓ 80% de interconsultas efectivas.
- ✓ 6 talleres de sensibilización.
- ✓ 0% de deserción diaria
- ✓ 100% de organizaciones populares comprometidas con el apoyo al control de crecimiento y desarrollo

VI. METODOLOGÍA

6.1. LÍNEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Las estrategias de intervención están encaminadas a buscar mejorar la calidad de la atención, y de esta forma que los usuarios perciban un compromiso del Centro de Salud hacia ellos. A continuación se procede a exponer estas líneas:

A. GESTIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS:

El personal es el componente fundamental y necesario para lograr brindar un servicio, la dotación de una cantidad acorde a la demanda es un pilar que merece ser analizado y posteriormente implementar estrategias para que el servicio cuente con personal en los horarios establecidos de atención al usuario.

Pero para que las acciones sean de calidad éstas deben de estar escritas, delimitando los procesos de forma eficaz, es así que se debe de realizar un proceso documentario adecuado, partiendo de la realización del Manual de Organización y Funciones (MOF).

El Manual de Organización y Funciones (MOF) es un documento técnico, legal, normativo de las instituciones públicas y privadas, donde se detalla de manera descriptiva las características, funciones básicas, específicas de cada personal o puesto de trabajo, abarcando todas las áreas y cargos administrativos (16).

Utilidad del MOF:

- Especificar las características funcionales de cada puesto laboral y cargo administrativo, detallando su responsabilidad, obligaciones dentro de la normativa legal vigente.
- Brinda información sobre cada una de las funciones al personal de planta y a los funcionarios de la institución.
- Proporciona datos sobre las funciones que corresponden a cada cargo laboral dentro del proceso laboral.
- Orienta a construir un adecuado proceso de inducción y adiestramiento de los empleados, enfocado en brindar información al personal nuevo y permitirles ejercer un puesto con todas las competencias previstas (16).

En el caso del C.S. de Monterrey mediante la actualización del MOF va a permitir conocer si existe duplicidad de funciones, realizar trabajos que no están dentro de las competencias del profesional, es a partir de esto que pretendemos implementar la mejora continua, es un proceso que busca incrementar la calidad de un producto o servicio brindado a un usuario o cliente (17).

A partir del párrafo anterior debemos precisar que es imprescindible que toda entidad u organización pública o privada deba adoptar la mejora continua como parte de su programa de calidad.

El incentivar en las personas la metodología de mejora continua es un proceso metódico y sistemático que requiere cambiar

antiguos hábitos y técnicas de trabajo, los cuales algunos trabajadores se rehúsan y no aportan, motivo por el cual es necesario contar con un líder dentro de la entidad u organización que permita adherir a los trabajadores a los procesos de cambio que se implementaran, esto cambios no son fáciles de medir, la única forma de observarlos es mediante las apreciaciones de los trabajadores y el trato a los usuarios.

El liderazgo tiene que ser implementado en la jefatura de la entidad, en donde deben tomar la responsabilidad de aplicar los procesos de la mejora continua, esta responsabilidad no puede ser cedida o delegada a otros, las decisiones de cambio parten de la cabeza (17).

Si bien la realización del MOF es importante también debe de serlo el manejo integral de documentos, en este caso “la creación de la lista de chequeo”, es decir que la documentación esté al alcance de todos, si bien por el tema legal de la ley de transparencia es factible, la diferencia debe radicar en que estos documentos sean de calidad, muestren información coherente, y que genere conocimiento dentro del personal y demás personas que lo requieran. Todos estos procesos deben darse en el mediano y largo plazo a la mejora continua.

Acciones:

- 1. Dotación de personal mediante la actualización del MOF del servicio de enfermería.**

- Conformación del equipo encargado de revisar el MOF.
- Realización del cronograma de trabajo.
- Implementación del plan de trabajo.
- Exposición y revisión del MOF.
- Propuesta de incrementar personal de enfermería a partir del MOF.

B.- CAPACITACIÓN:

Este ítem está enfocado a brindar información al personal y que este lo interiorice, posteriormente aplicarlo en las atenciones que se brinda mediante el programa CRED. Siendo este un aspecto fundamental que requiere un manejo serio, proactivo y continuo siendo que a partir de las acciones realizadas empezar a fomentar el trabajo de la “mejora continua”, lo cual permite en mediano y largo plazo llegar a la tan ansiada atención de calidad.

La capacitación es una de los aspectos esenciales de la administración y por ende de la mejora del personal en las entidades así, que debe estar unida con los demás procesos. Entonces administrar también incluye al manejo del personal, y demás procesos que incluyan la mejora continua de la entidad.

Las herramientas básicas utilizadas en el manejo del personal y la administración incluyen:(18)

- Los cargos debe ser descritos y específicos para cada puesto.
- Metodología de ascenso.
- MOF, protocolos, procedimiento de trabajo.

- ✓ Método de evaluación del personal.
- ✓ Curriculum de los trabajadores.

La Auditoria.

La auditoría se considera la forma inicial de verificar lo que dice la teoría y lo que se hace en la práctica, no solo se usa en el parte administrativa sino también en el campo asistencial de la salud.

Holmes menciona que el auditor juega un papel fundamental debido que debe observar con rigurosidad e integridad los documentos, pruebas y registros mostrados.

Así mismo, la Universidad de Harvard, menciona que la auditoría es el examen sucinto de la totalidad de las apuntes contables con la finalidad de corroborar su precisión, la autenticidad de los estados o situaciones que dichas apuntes indiquen(19).

Para el Institute of Internal Auditors, la auditoria se cataloga como un proceso independiente de verificación y análisis, que se ejecuta dentro de una organización, con el fin de evaluar sus servicios o actividades ofertadas (19).

Es así que se requiere realizar capacitaciones y auditorias para verificar el nivel de aprendizaje y medir nuestro nivel de atención de calidad. Lo cual significaría una fortaleza para el Centro de Salud Monterrey.

Acciones:

1. Talleres de fortalecimiento de capacidades sobre la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo RM - NNA537-2017-MINSA.

- Designación del personal responsable encargado de la capacitación.
- Elaboración del cronograma de trabajo.
- Implementación del cronograma.
- Evaluación y mejora continua.

2. Auditoria programadas de historias clínicas.

- Designación del personal encargado para las auditorias.
- Implementación del documento de autorización de HCL.
- Elección del sistema de elección de HCL.
- Implementación del cronograma de trabajo.
- Difusión y mejora continua.

C. DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS:

Dentro de las funciones del área de recursos humanos se encuentran procesos claves como la planificación, capacitación, coordinación, así como actividades enfocadas en mejorar la eficiencia del personal, con el fin de potenciar de forma directa el trabajo dentro de la entidad (20).

En los últimos tiempos se ha tomado mayor importancia a los procesos de elección de personal, con el objetivo de encontrar al personal adecuado e idóneo para el trabajo requerido (20).

El reconocimiento a los trabajadores debe ser parte de toda entidad ya sea pública o privada, está comprobado que un trabajador reconocido mejora su eficacia y su identificación con la entidad.

1. Programa de atención del niño menor de 12 años con paquete completo.

- Evaluación de la cantidad de personal necesario para la atención de acuerdo a la demanda(Jefatura de personal).
- Requerimiento de personal de acuerdo a la necesidad.
- Implementación de nuevos consultorios
- Reevaluación del requerimiento de personal.
- Difusión y mejora continua.

2. Monitoreo de interconsultas: Actividades dentro del paquete niño. “Creación de lista de chequeo de interconsultas”.

- Cronograma de actividades.
- Lluvia de ideas para la “creación de la lista de chequeo de interconsultas”.
- Difusión del formato a todos los consultorios y profesionales del establecimiento de salud.
- Evaluación del formato y propuestas de mejora.

D. SENSIBILIZACIÓN

La sensibilización está enfocado en que el usuario o cliente interiorice conceptos o actitudes necesarias para lograr conseguir un cambio de actitud o llegar a una meta determinada, mediante el uso

de técnicas o estrategias de motivación, inteligencia emocional y reforzamiento positivo(21).

Para lograr la sensibilización se requieren ciertas condiciones básicas y de esta forma lograr el ambiente mental a partir de 3 pasos: la motivación, control emocional y la actitud. Es en tal sentido que los usuarios o clientes deben tener el compromiso para recibir los conocimientos brindados y aplicarlos en vida cotidiana con el fin d obtener calidad de vida (21).

A partir de los párrafos anteriores podemos afirmar que para lograr reunir el apoyo de los miembros de la sociedad y comunidad, mediante el proceso de sensibilización es necesario que estas personas quieran aprender, quieran formar parte del proceso de cambio, lo cual si lo trasladamos a nuestra realidad es un aspecto complicado que en muchos casos no se consigue resultados, a pesar que la asistencia a los talleres puedan ser buenas, es entonces que debemos aplicar estrategias novedosas a partir de otros estudios.

Acciones:

1. Talleres de sensibilización a los padres de familia sobre la importancia de acudir al control de crecimiento y desarrollo de manera puntual.

- Designación del personal encargado.
- Elaboración de la metodología a utilizar.
- Ejecución de talleres.
- Evaluación e informe final.

2. Seguimiento oportuno del cumplimiento de citas al control CRED.

- Resaltar la relevancia del cumplimiento de citas programadas.
- Formación de equipos de revisión.
- Revisión de registro diario de citas programadas.
- Revisión de indicadores mensuales.
- Difusión y evaluación.

3. Programa de referencia y contrareferencia con organizaciones populares (vaso de lecha) que promueven el cumplimiento del control CRED.

- Conformación del equipo de coordinaciones.
- Elaboración de instrumentos de referencia y contrareferencia.
- Cronograma de actividades.
- Capacitación sobre la importancia y manejo de formatos de referencia y contrareferencia.
- Difusión mediante charlas cortas, promoviendo la importancia del control CRED

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto está sustentada en el aspecto crucial que es la “mejora continua”, basado en revisar los procesos y proponer alternativas de solución, en este caso mediante los talleres con todos los involucrados de una u otra manera, así como la implementación del

formato “lista de chequeo de interconsultas”, el cual como herramienta de gestión propone un cambio en la forma de atención, sustentada en que durante un turno laboral, es decir mañana o tarde y en el menor tiempo posible un usuario reciba todas las atenciones del programa CRED.

Además de permitirnos conocer los cuellos de botella o puntos débiles que dificultan la atención, o en retrasan la atención, así como de aprovechar al máximo estos datos para dar un paso más basándonos en la mejora continua, es decir a partir de la evaluación final seguir mejorando nuestros procesos y seguir buscando las mejores alternativas de atención y llegar a la tan ansiada atención de calidad.

El proyecto se basa en el compromiso del personal como agente de cambio y como base fundamental para el logro de objetivos, el recurso humano más valioso es aquel que busca el cambio para mejorar.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
<p>Propósito:</p> <p>Cumplimiento del paquete de atención integral del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Monterrey.</p>	<p>50% de incremento del cumplimiento del paquete de atención integral del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo.</p>	<p>Criterio de verificación de la efectividad del proceso de atención integral:</p> <p>Nº de niños que acuden a control CRED con paquete de atención integral</p> <p>----- x100</p> <p>Nª total de niños que acuden a control CRED.</p> <p>Estándar de calidad: menor 95%</p>	<p>Verificación del número de atenciones del programa CRED.</p>	<p>Revisión de historias clínicas.</p>	<p>Cada 3 meses</p>	<p>Lista de chequeo de historias clínicas seleccionadas.</p>

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Establecimiento de salud que garantiza la adecuada cantidad de profesionales de enfermería.	· Dotación de profesionales de enfermería.	· Requerimiento de personal: Incremento de 2 licenciadas de enfermería.	· Necesidad de personal calificado para las atenciones.	· Informe de asistencia · Registro diario de atenciones.	· Personal contratado por un año.	· Indicadores de productividad.
Personal licenciado en enfermería con conocimiento de la norma técnica.	· 100% de los profesionales de enfermería conocen la norma técnica del control CRED.	N° de historias clínicas correctamente llenadas en el consultorio CRED X 100 <hr/> N° total de historias clínicas atendidas en el consultorio CRED Estándar de calidad :95%	Permite conocer si el programa CRED es evaluado e implementado correctamente	· Historias clínicas	· Trimestra 1	· Lista de chequeo

<p>Establecimiento de salud cuenta con el equipo multidisciplinario</p>	<p>✓ 50% de la población accede al control CRED cuenta con el paquete de atención integral del niño.</p>	<p>✓ N° de niños que acuden a control CRED con paquete de atención integral ----- x100 N° total de niños que acuden a control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>✓ Número de profesionales de la salud idóneos para la atención de calidad.</p>	<p>✓ Historias Clínicas</p>	<p>✓ Todo el año.</p>	<p>✓ Lista de chequeo</p>
<p>Padres de familia que cumplen oportunamente con las citas a control CRED.</p>	<p>✓ 100% niños que acuden a su control CRED de acuerdo a su cita.</p>	<p>✓ N° de niños atendidos en los consultorios CRED diariamente ----- X 100 N° de niños citados a control CRED diariamente.</p>	<p>✓ Padres y madres sensibilizados sobre la importancia del control CRED.</p>	<p>✓ Registros diarios de atención. ✓ Cuaderno de citas.</p>	<p>✓ Mensual.</p>	<p>✓ Lista de chequeo</p>

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	Frec.	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
· Establecimiento de salud garantiza la adecuada cantidad de profesionales de enfermería.	· Dotación de personal mediante la actualización del MOF del servicio de enfermería.	· Dotación de profesionales de enfermería.	· Requerimiento de personal: · Incremento de 2 licenciadas de enfermería.	· Necesidad de personal calificado para las atenciones.	· Informe de asistencia · -Registro diario de atenciones	· Personal contratado por un año.	· Indicadores de productividad.

✓ Personal licenciado en enfermería con conocimiento de la norma técnica.	✓ Talleres de fortalecimiento de capacidades sobre la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo RM_NNA537-2017-MINSA. ✓ Auditoria programadas de historias clínicas.	✓ 100% de los profesionales de enfermería conocen la norma técnica del control CRED.	✓ N ^a de historias clínicas correctamente llenadas en el consultorio CRED X 100 <hr/> N ^a total de historias clínicas atendidas en el consultorio CRED ✓ Estándar de calidad :95%	✓ Permite conocer si el programa CRED es evaluado e implementado correctamente.	✓ Historias clínicas	✓ 4 veces	✓ Lista e chequeo
✓ Establecimiento de salud cuenta	✓ Programa de atención del niño menor de 11 años con	✓ 50% de la población que accede al control	✓ N ^o de niños que acuden a control CRED con paquete de atención integral ----- -----x 100	✓ Número de profesionales de la salud idóneos para la	✓ Historias Clínicas	✓ Todo el año.	✓ Lista de chequeo

equipo multidisciplinario.	paquete completo. · Monitoreo de interconsultas: actividades dentro del paquete niño. “Creación de lista de chequeo de interconsultas”.	CRED cuenta con el paquete de atención integral del niño.	n° total de niños que acuden a control de crecimiento y desarrollo.	atención de calidad.			
· Padres de familia que cumplen oportunamente con las citas a control CRED.	· Taller de sensibilización a los padres de familia sobre la importancia de acudir al control de crecimiento y desarrollo de	· Capacitación del 100% del personal del servicio	· 100% niños que acuden a su control CRED de acuerdo a su cita.	· N° de niños atendidos en los consultorios CRED diariamente - -----X 100 N° de niños	· Padres y madres sensibilizados sobre la importancia del control CRED.	· Registros diarios de atención. · Cuaderno de citas.	· Mensual.

	<p>manera puntual.</p> <p>✓-Programa de seguimiento oportuno del cumplimiento de citas al control CRED.</p> <p>✓Programa de referencias y contrareferencias con organizaciones populares (vaso de lecha) a promover el cumplimiento del control CRED.</p>			<p>citados a control CRED diariamente.</p>			
--	---	--	--	--	--	--	--

7.1. Beneficios

· **Beneficios con proyecto**

- Incremento de la calidad de atención en el consultorio CRED del Centro de Salud Monterrey.
- Disminución de la deserción dentro del programa CRED.
- Disminución de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Detección oportuna de padecimientos o enfermedades dentro del control CRED.
- Empoderamiento de padres y madres de familia, así como de la población local.
- Personal de salud capacitado, con atención integral multidisciplinaria.

· **Beneficios sin proyecto**

- Incremento de la deserción CRED.
- Atenciones de salud sin cumplir los estándares ni la calidad adecuada.
- Personal de salud sin conocimientos integrales de la norma técnica CRED.
- Procesos obsoletos que limitan la atención de calidad.
- Incremento de las enfermedades prevalentes de la infancia.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Humanos:

RECURSO HUMANO	HORAS MENSUAL	COSTOX HORASS/.	COSTO TOTAL EN 1 AÑOSS/.
2 Enfermera	S/. 150	S/.8.00	S/.18,000.00
Costo Total Recurso Humano	S/.300		S/.36,000.00

8.2. Materiales:

CÓDIGO	MATERIALES	CANTI DAD	COSTO UNIT. S/.	COSTO TOTALS/.
1.2	Batería de control CRED	01	S/.200.00	S/.200.00
1.3	Silla ergonómico	01	S/.120.00	S/.120.00
1.4	Estantes	01	S/.380.00	S/.380.00
1.5	Materia de escritorio	01	S/.220.00	S/.220.00
COSTO TOTAL			S/.	920.00

8.3. Presupuesto: Aportes solicitados (institución)

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIOS/.	COSTO TOTALS/.
5.3.0	SERVICIOS Honorarios Profesionales	02		S/.36,000.00
	MATERIALES			S/.920.00
TOTAL S/.				S/.36,920.00

8.4. Materiales para Capacitación

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIOS/.	APORTE REQUERIDOS S/.
1	Auditorio del C.S.	S/.0.00	0	0.00	0.00
2	Consultorios de enfermería.	S/.0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	S/.0.50	S/.2000	0.00	S/.100.00
4	Fotocopias	S/.0.10	S/.2000	0.00	S/.100.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	S/.2.00	S/.40	0.00	S/.80.00
6	Equipo multimedia	S/.0.00	0	0.00	0.00
7	Refrigerio	S/.2.00	S/.1920	0.00	S/.250.00
8	Movilidad local	S/.4.00	S/.1920	0.00	0.00
	SUBTOTAL				S/.530.00
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	S/.530.00

8.5. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del C.S.	0.00	0	0.00	0.00
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	S/.0.50	S/.100	0.00	S/.50.00
4	Fotocopias	S/.0.10	S/.200	0.00	S/.20.00
5	Ponentes	S/.100.00	S/.6	0.00	0.00
6	Refrigerio	S/.2.00	S/.120	0.00	S/.240.00
7	Movilidad local	S/.4.00	S/.120	0.00	0.00
	SUBTOTAL				S/.310.00
COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.					S/.310.00

8.6. RESUMEN DE PRESUPUESTO:

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDOS/.	APORTE PROPIOS/.	COSTO TOTALS/.
Recursos Humanos	S/.63,600.00	0.00	S/.36,000.00
Materiales	S/.957230.00	0.00	S/.920.00
Capacitación	S/.12,800.00	0.00	S/.530.00
Taller de sensibilización	S/.1,330.00	0.00	S/.310.00
TOTAL			S/. 37.760.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA								INDICADOR	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS S/.	2017-2018									
					Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril		
1	Elaboración del Plan de mejora “Fortaleciendo el paquete de atención integral del programa CRED en el C.S. monterrey, Huaraz 2018”.	1	Informe	S/.200	X									Proyecto Elaborado
2	Presentación del Plan de Mejora dentro del C.S. Monterrey.	1	Informe	S/.100.		X								Proyecto Presentado
3	Reunión del equipo de gestión del C.S. para la aprobación y puesta en marcha del Plan de Mejora.	1	Informe	S/.200	X		X						X	Reuniones realizadas
4	Ejecución del Plan de Mejora.	1	Informe	S/.200	X	X	X	X				X	X	Proyecto ejecutado
5	Evaluación del Plan de Mejora.	1	Informe	S/.200								X	X	Proyecto desarrollado
9	Presentación del Informe Final	1	Informe	S/.510									X	Proyecto presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO 1: ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE GARANTIZA LA ADECUADA CANTIDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS S/.	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	<ul style="list-style-type: none"> · Dotación de personal mediante de la actualización del MOF del servicio de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> · Conformación del equipo encargado de revisar el MOF. · Elaboración del cronograma de trabajo. · Implementación del plan de trabajo. · Exposición y revisión del MOF. · Propuesta de incrementar personal de enfermería a partir del MOF. 	<ul style="list-style-type: none"> · Taller 	S/.200	X			

OBJETIVO 2: PERSONAL LICENCIADO DE ENFERMERÍA CON CONOCIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS S/.	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Talleres de fortalecimiento de capacidades sobre la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo RM_NNA537-2017-MINSA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Designación del personal responsable encargado de la capacitación. ✓ Elaboración del cronograma de trabajo. ✓ Implementación del cronograma. ✓ Evaluación y mejora continua. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento 	S/.20.00		X		
2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditoria programadas de historias clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Designación del personal encargado para las auditorias. ✓ Implementación del documento de autoría de HCL. ✓ Elección del sistema de elección de HCL. ✓ Implementación del cronograma de trabajo. ✓ Difusión y mejora continua. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Documento 	S/.20.00	X		X	

OBJETIVO 3: ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018			
			DESCRIPCIÓN N	COSTOS S/.	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1	· Programa de atención del niño menor de 12 años con paquete completo.	<ul style="list-style-type: none"> · Evaluación de la cantidad de personal necesario para la atención de acuerdo a la demanda (Jefatura de personal). · Requerimiento de personal de acuerdo a la necesidad. · Implementación de nuevos consultorios · Reevaluación del requerimiento de personal. · Difusión y mejora continua. 	· Documento		X	X	X	X
2	· Monitoreo de interconsultas:	<ul style="list-style-type: none"> · Cronograma de actividades. · Lluvia de ideas para la “creación de la lista de 	· Documento		X	X	X	X

	<p>actividades dentro del paquete niño. “Creación de lista de chequeo de interconsultas”</p>	<p>chequeo de interconsultas”.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Difusión del formato a todos los consultorios y profesionales del establecimiento de salud. · Evaluación del formato y propuestas de mejora. 						
--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBJETIVO 4: PADRES DE FAMILIA QUE CUMPLEN OPORTUNAMENTE CON LAS CITAS A CONTROL CRED.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2018			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS S/.	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1	· Talleres de sensibilización a los padres de familia sobre la importancia de acudir al control de crecimiento y desarrollo de manera puntual.	<ul style="list-style-type: none"> · Designación del personal encargado. · Elaboración de la metodología a utilizar. · Ejecución de talleres. · Evaluación e informe final. 	· Taller	S/.310.00		X		X
2	· Seguimiento oportuno del cumplimiento de citas al control CRED.	<ul style="list-style-type: none"> · Resaltar la relevancia del cumplimiento de citas programadas. · Formación de equipos de revisión. · Revisión de registro diario de citas programadas. · Revisión de indicadores mensuales. 	· Revisión de cuaderno de citas		X	X	X	X

		<ul style="list-style-type: none"> · Difusión y evaluación. 						
3	<ul style="list-style-type: none"> · Programa de referencia y contrareferencia de organizaciones populares (vaso de lecha) que promueve el cumplimiento del control CRED. 	<ul style="list-style-type: none"> · Conformación del equipo de coordinaciones. · Elaboración de instrumentos de referencia y contrareferencia. · Cronograma de actividades. · Capacitación sobre la importancia y manejo de formatos de referencia y contrareferencia. · Difusión mediante charlas cortas, promoviendo la importancia del control CRED. 	<ul style="list-style-type: none"> · Visitas a organizaciones sociales. 		X			

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico está a cargo del autor del estudio, donde se solicita la intervención de todo el personal de salud y administrativo para conseguir la mejora. En este caso además es imprescindible la participación activa del personal de enfermería, debido a que es su campo de intervención en los temas de salud.

Los aspectos de mejora o aquellas situaciones favorables en este caso a partir de la lista de chequeo serán derivados a la Red de Salud, para su revisión, aprobación y posterior aplicación dentro del C. S. Monterrey.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Progreso para la infancia. Un balance sobre la nutrición. [Datos en línea]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Número 4, Abril de 2006. [Fecha de acceso 10 de noviembre de 2017]. URL disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Progreso_para_la_infancia_-_No._4.pdf
2. Anemia en la población Infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte. [Datos en línea]. Lima. Instituto Nacional de Salud. Mayo del 2015. [Fecha de acceso 10 de noviembre del 2017] URL disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINANAL_v.03mayo2015.pdf
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES. [Datos en línea]. Lima. 2016. [Fecha de acceso 10 noviembre del 2017]. URL disponible en:
<http://rpp.pe/economia/economia/inei-948-mil-ninos-menores-de-cinco-anos-tienen-anemia-en-peru-noticia-1054556>
4. Evaluación de indicadores del III trimestre. Oficina de Estadística. Microred Monterrey. Setiembre 2017
5. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima 2017.
6. Real Academia Española. [Diccionario en línea]. Madrid. 2014. [Fecha de acceso 12 noviembre del 2017] URL disponible en:

<http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>

7. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente. Marco Conceptual de la Calidad y de la Gestión de Calidad. Versión 01. Valparaíso. 2013. [Fecha de acceso 12 noviembre del 2017] URL disponible en:
<http://200.24.233.38/ocsp/web/docweb/UNIDAD%201.docx>
8. Viviano L. Percepción del paciente sobre la calidad de atención e la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2017. [Tesis de Especialidad en Enfermería Oncológica]. Lima. Unidad de Posgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
9. Chuquitapa V. “Actividades de enfermería y tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo. Centro de Salud Lince 2010”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Lima. Unidad de Posgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010.
10. Parrages K, Reque S, “Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar en un centro de salud – Lambayeque 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrobejo. 2010.
11. Monzón R. Núñez J. “Factores Biosociocultural y nivel de satisfacción en la discontinuidad al control de crecimiento y desarrollo preescolar”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional de Trujillo. 2017.
12. Paredes M. “Significado en las madres sobre el crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años y el cuidado de enfermería Magdalena nueva

- Chimbote 2010” [Tesis para optar el grado académico de Magister en Enfermería con mención en salud de la mujer y el niño]. Universidad los Ángeles de Chimbote. 2010.
13. Martínez V. “Actividades de enfermería y tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo. Centro de Salud Lince 2010”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional de San Marcos. 2010
14. Parrages K. Reque S. “Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar en un centro de salud – Lambayeque 2014”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrobejo. 2010.
15. Atalaya V. Coral C. Portocarrero Y. “Variables Maternas asociadas al control de crecimiento y desarrollo en menores de 3 años Puesto de salud I-1 Barrio Florido Punchana 2015”. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2015.
16. MINSA. Manual de Organización y Funciones. Lima. Ministerio de Salud. 2011. [Fecha de acceso 12 noviembre del 2017] URL disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_mof.asp
17. Procesos de mejora continua Revisión 01. Federación española de municipios y provincias. Madrid. 2003. [Fecha de acceso 12 noviembre del 2017] URL disponible en:

http://www.academia.edu/29941718/PROCESOS_DE_MEJORA_CONTINUA_Revisi%C3%B3n_01_FEDERACION_ESPA%C3%91OLA_DE_MUNICIPIOS_Y_PROVINCIAS_CODIGO_DOCUMENTO_DTSPM_001_01

18. MINSA. Gestión de la capacitación en las organizaciones. Conceptos Básicos. Lima. 1998. [Fecha de acceso 12 noviembre del 2017] URL disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/Publicaciones/pdf/capacitacion.pdf>
19. Sandoval H. Introducción a la auditoria. Red tercer Milenio S.c. México.2012
20. Martínez L. Administración de recursos humanos ¿Cómo funciona?. 2004. [Fecha de acceso 12 noviembre del 2017] URL disponible en:
<http://www.gestiopolis.com/administracion-de-recursos-humanos-como-funciona/>
21. Beltrán J. Pérez L. El proceso de sensibilización. Univ. Complutense de Madrid. Foro pedagógico de internet. Madrid: Fundación Encuentro.2004

ANEXOS

LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE:

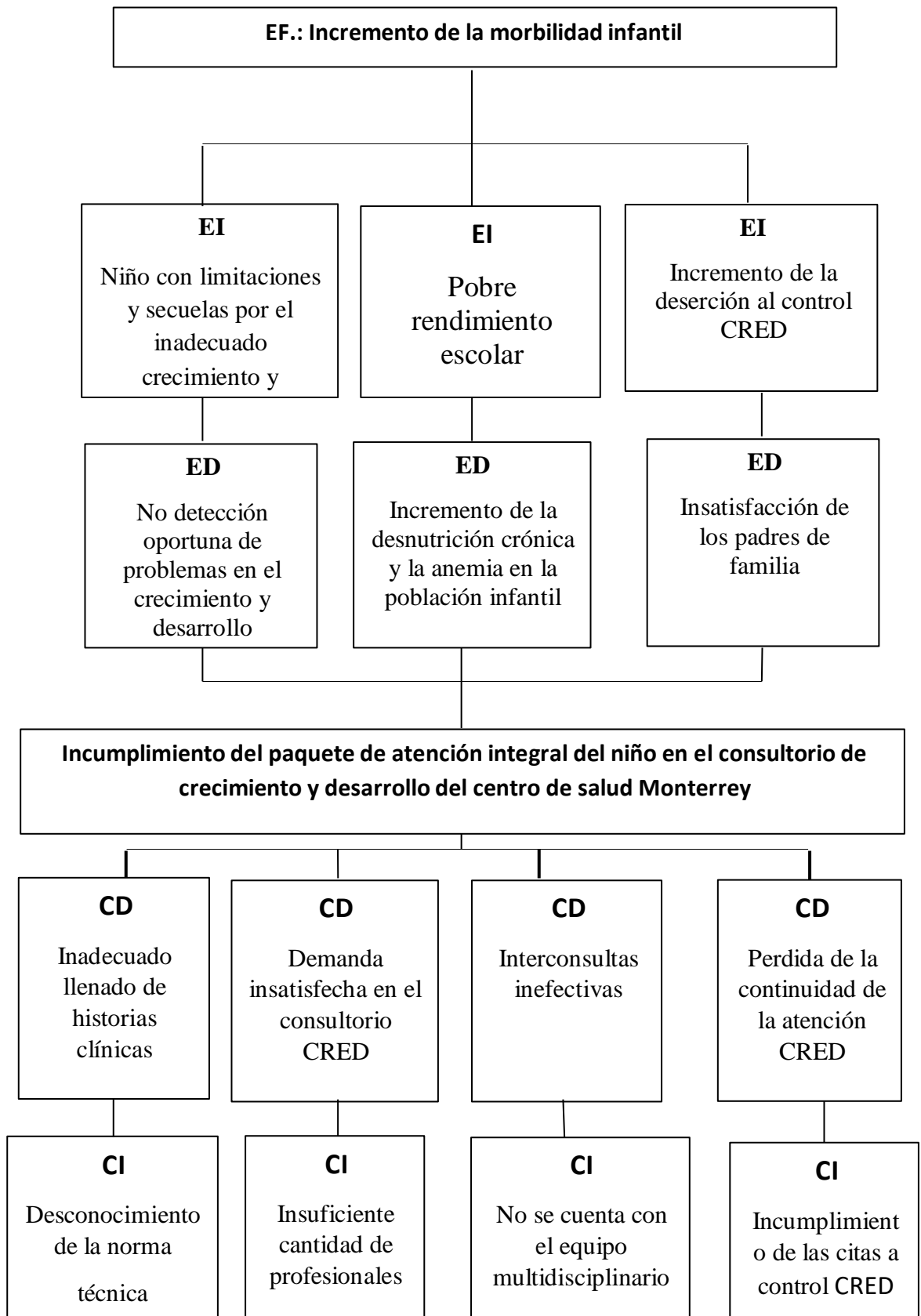
FECHA:

EDAD:

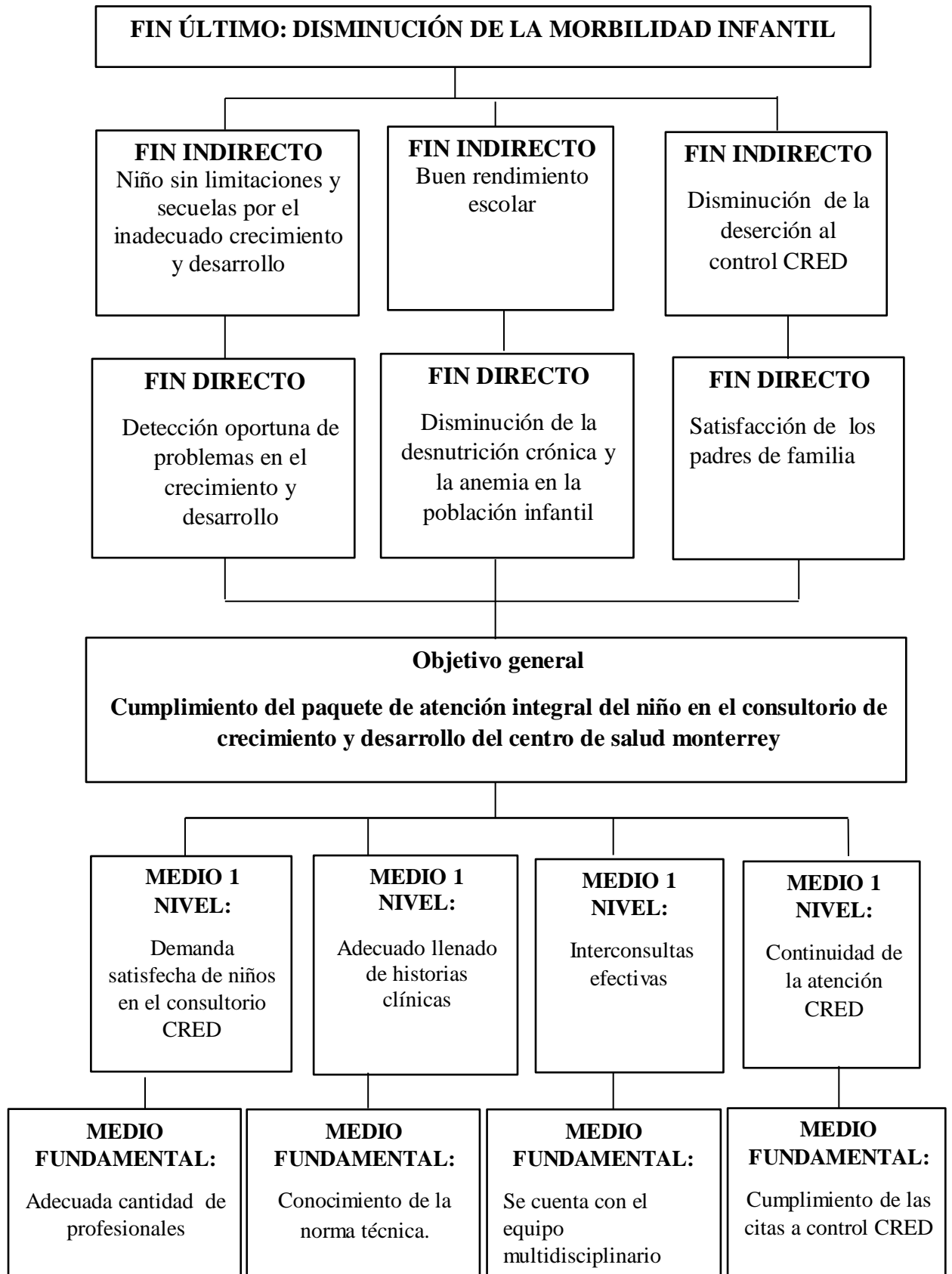
N° de HCL:

SERVICIO	FECHA	HORA
ENFERMERÍA		
MEDICINA GENERAL		
ODONTOLOGÍA		
PSICOLOGÍA		
LABORATORIO		

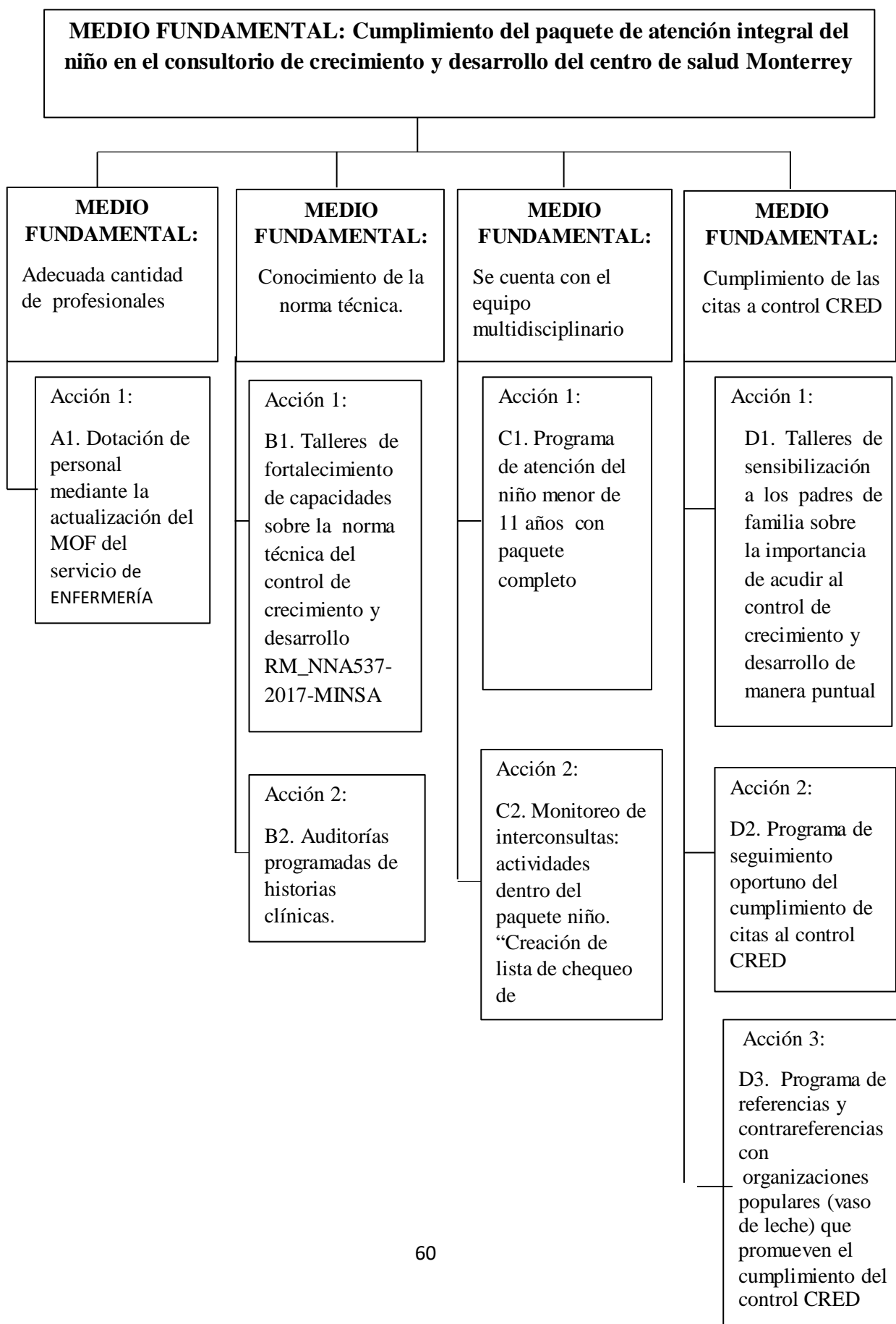
ÁRBOL DE CAUSA Y EFECTO



ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS



ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

CORRESPONDENCIA						
		RESUMEN DE OBJETIVOS	METAS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
Causa/ Efecto	FIN	· Disminución de la morbilidad infantil				
Causa/ Efecto	PROPÓSITO	· Cumplimiento del paquete de atención integral del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud monterrey	· Incrementar en un 50% el cumplimiento del paquete de atención integral del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo	1. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños que acuden a control CRED con paquete de atención integral}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños que acuden a control de crecimiento y desarrollo}} \times 100$	Historia clínica	· El Ministerio de Salud que rige nuestras actividades tiene como una de sus principales políticas el fortalecer la atención integral del niño con la finalidad de disminuir la morbilidad infantil.

Causa/ Efecto	COMPONENTES					
		<p>1. Establecimiento de salud que garantiza la adecuada cantidad de profesionales de enfermería</p> <p>2. Personal licenciado de enfermería con conocimiento de la norma técnica.</p> <p>3. Establecimiento de salud cuenta con el equipo multidisciplinario</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Dotación de profesionales de enfermería · 100% de los profesionales de enfermería conocen la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo · 50% de la población que accede al control de crecimiento y desarrollo 	<p>a) 2 Licenciadas de enfermería</p> <p>b) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas correctamente llenadas en el consultorio CRED}}{\text{N}^\circ \text{ total de historias clínicas atendidas en el consultorio CRED}} \times 100$</p> <p>c) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños que acuden a control CRED con paquete de atención integral}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños que acuden a control de crecimiento y desarrollo}} \times 100$</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Informe de asistencia · Registro diario de atenciones · Historia clínica · Historia clínica · Registro diario de atención 	<ul style="list-style-type: none"> · Posibilidad de contratación de profesionales licenciados en enfermería por diferentes modalidades CAS/CLAS · Solicitar la designación de profesionales licenciados en enfermería SERUMS equivalente · Normatividad actualizada y accesible a toda la población. · Ministerio de salud con prioridad en la atención integral del niño y niña.

		<p>4. Padres de familia que cumplen oportunamente con las citas a control CRED</p>	<p>cuenta con el paquete de atención integral del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 100% niños que acuden a su control CRED de acuerdo a su cita 	<p>d) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños atendidos en los consultorios CRED diariamente}}{\text{N}^\circ \text{ de niños citados a control CRED diariamente}} \times 100$</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuaderno de citas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interconsultas efectivas y cumplimiento oportuno del paquete de atención integral del niño. ✓ Accesibilidad geográfica a los diferentes sectores que conforman el centro de salud monterrey ✓ Apertura por parte de las familias que conforman el centro de salud monterrey en recibir a los sectoristas
--	--	--	---	---	---	--

Causa/ Efecto	ACCION ES	<p>A1. Dotación de personal mediante la actualización del MOF del servicio de enfermería</p> <p>B1. Talleres de fortalecimiento de capacidades sobre la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo RM_NNA537-2017-MINSA</p> <p>B2. Auditoría programadas de historias clínicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 1 Manual de organización y funciones del servicio de enfermería · 3 Talleres durante el año · 4 Auditorías en el año 	<p>e) MOF actualizado</p> <p>f) N° de talleres realizados en el año</p> <p>g) N° de auditorías realizadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · MOF difundido y aprobado · Planilla de asistentes · Historia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> · Determinación de funciones y de la necesidad de profesionales de enfermería. · Normatividad vigente accesible a todos los profesionales de la salud
--------------------------	----------------------	---	--	--	--	--

		<p>C1. Programa de atención del niño menor de 11 años con paquete completo</p> <p>C2. Monitoreo de interconsultas: actividades dentro del paquete niño. “Creación de lista de chequeo de interconsultas”.</p> <p>D1. Talleres de sensibilización a los padres de familia sobre la</p>	<p>100% de consultorios activos</p> <p>80% de interconsultas efectivas</p> <p>6 talleres de sensibilización</p>	<p>h) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultorios activos}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultorios activos}} \times 100$</p> <p>i) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas efectivas}}{\text{N}^\circ \text{ total de interconsultas efectuadas}} \times 100$</p> <p>j) Talleres realizados en el año</p> <p>k) N° niños atendidos en el</p>	<p>· Atenciones por consultorio</p> <p>· Historia clínica</p> <p>· Lista de chequeo</p> <p>· Planilla de asistentes</p> <p>· Registro</p>	<p>· Cumplimiento del paquete de atención integral del niño</p>
--	--	---	---	---	---	---

	<p>importancia de acudir al control de crecimiento y desarrollo de manera puntual</p> <p>D2. Seguimiento oportuno del cumplimiento de citas al control CRED.</p> <p>D3. Programa de referencias y contrareferencias de organizaciones populares (vaso de leche) a promover el cumplimiento del control CRED</p>	<p>0% DE DESERCIÓN DIARIA</p> <p>100% de organizaciones populares comprometidas con el apoyo al control de crecimiento y desarrollo</p>	<p>$\frac{\text{día}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños citados}} \times 100$</p> <p>l) $\frac{\text{N}^\circ \text{ de organizaciones populares comprometidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de organizaciones populares}} \times 100$</p>	<p>diario</p> <p>Libro de actas</p>	<p>Padres de familia sensibilizados que acuden de manera oportuna al control de crecimiento y desarrollo</p>
--	---	---	---	-------------------------------------	--



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	:	Centro de Salud Monterrey
CATEGORIA DEL EE.SS.	:	I-3
FUNDACIÓN	:	04 de febrero de 1982
DIRECCIÓN COMPLETA	:	Av. Centenario s/n
DEPARTAMENTO	:	Ancash
PROVINCIA	:	Huaraz
DISTRITO	:	Independencia
TELÉFONO	:	943776483
SERVICIOS DE PRESTACIÓN	:	
		➤ Medicina General
		➤ Enfermería
		➤ Obstetricia.
		➤ Odontología.
		➤ Nutrición.
		➤ Psicología.
		➤ Laboratorio.

DATOS DE CONTROL CRED DEL CENTRO DE SALUD MONTERREY

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 1 AÑO CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	54	61	113,0		40	#¡DIV/0!	171	249	46	26,9	18,5
P.S. Chontayoc	14	18	128,6		11	#¡DIV/0!	27	39	15	55,6	38,5
P.S. Chavín	18	14	77,8		18	#¡DIV/0!	35	51	19	54,3	37,3
P.S. Huanja	14	1	7,1		6	#¡DIV/0!	24	35	4	16,7	11,4
P.S. Tarica	22	16	72,7		9	#¡DIV/0!	16	16	11	68,8	68,8
P.S. Paltay	39	27	69,2		42	#¡DIV/0!	44	46	30	68,2	65,2
P.S. Pashpa	17	13	76,5		15	#¡DIV/0!	17	17	9	52,9	52,9
P.S. Collon	18	11	61,1		11	#¡DIV/0!	16	16	8	50,0	50,0
P.S. Jangas	59	35	59,3		35	#¡DIV/0!	58	63	45	77,6	71,4
P.S. Mataquita	30	11	36,7		16	#¡DIV/0!	29	31	14	48,3	45,2
MICRORRED MONTERREY											
	285	207	72,6	0	203	#¡DIV/0!	437	563	201	46,0	35,7

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	50	54	108,0		48	#¡DIV/0!	171	249	42	24,6	16,9
P.S. Chontayoc	13	15	115,4		13	#¡DIV/0!	27	39	18	66,7	46,2
P.S. Chavín	17	18	105,9		24	#¡DIV/0!	35	51	14	40,0	27,5
P.S. Huanja	13	9	69,2		4	#¡DIV/0!	24	35	5	20,8	14,3
P.S. Tarica	19	22	115,8		10	#¡DIV/0!	16	16	14	87,5	87,5
P.S. Paltay	34	39	114,7		25	#¡DIV/0!	44	46	33	75,0	71,7
P.S. Pashpa	15	14	93,3		12	#¡DIV/0!	17	17	12	70,6	70,6
P.S. Collon	16	10	62,5		9	#¡DIV/0!	16	16	13	81,3	81,3
P.S. Jangas	55	42	76,4		48	#¡DIV/0!	58	63	44	75,9	69,8
P.S. Mataquita	29	14	48,3		14	#¡DIV/0!	29	31	14	48,3	45,2
MICRORRED MONTERREY	261	237	90,8	0	207	#¡DIV/0!	437	563	209	47,8	37,1

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DX. DE ANEMIA SEGÚN DESCARTE DE ANEMIA COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EESS	2015			2016			2017		
	DSC TE	DX.	%	DSC TE	DX.	%	DSC TE	DX.	%
C.S. Monterrey	103	112	108,7	227	176	77,5	205	159	77,6
P.S. Chontayoc	26	0	0,0	22	20	90,9	46	14	30,4
P.S. Chavín	28	17	60,7	54	30	55,6	15	18	120,0
P.S. Huanja	14	13	0,0	19	18	0,0	27	19	70,4
P.S. Tarica	79	29	36,7	24	4	16,7	29	22	75,9
P.S. Paltay	43	30	69,8	112	71	63,4	96	57	59,4
P.S. Pashpa	22	26	118,2	46	10	21,7	14	10	71,4
P.S. Collon	36	16	44,4	25	19	76,0	25	22	88,0
P.S. Jangas	262	63	24,0	356	118	33,1	304	121	39,8
P.S. Mataquita	19	4	0,0	50	42	0,0	68	31	45,6
MICRORRED MONTERREY	632	310	49,1	935	508	54,3	1302	473	36,3

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 5 - 11 AÑOS CONTROLADOS SEGÚN INEI COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINA L	AVANCE	%INEI	%NOMINA L
C.S. Monterrey	400	200	50,0		170	#;DIV/0!	1290		203	15,7	#####
P.S. Chontayoc	104	80	76,9		64	#;DIV/0!	203		76	37,4	#####
P.S. Chavin	134	93	69,4		77	#;DIV/0!	266		109	41,0	#####
P.S. Huanja	104	42	40,4		40	#;DIV/0!	178		29	16,3	#####
P.S. Tarica	198	113	57,1		53	#;DIV/0!	145		82	56,6	#####
P.S. Paltay	353	168	47,6		171	#;DIV/0!	410		166	40,5	#####
P.S. Pashpa	152	64	42,1		67	#;DIV/0!	152		44	28,9	#####
P.S. Collon	160	77	48,1		65	#;DIV/0!	145		72	49,7	#####
P.S. Jangas	459	192	41,8		113	#;DIV/0!	457		78	17,1	#####
P.S. Mataquita	236	128	54,2		117	#;DIV/0!	229		75	32,8	#####
MICRORRED MONTERREY	2300	1157	50,3	0	937	#;DIV/0!	3475	0	934	26,9	#####

DESERCION DE NIÑOS DE 2 AÑOS CON DESERCION CON CRED III TRIMESTRE 2015

EESS	NIÑOS DE 2 AÑOS CON 1 CRED ABR - DIC 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 4 CRED III TRIMESTRE 2017	NIÑOS CON 4 CRED EESS	Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	49	9	43	43	6	12,24	
P.S. Chontayoc	13		12	12	1	7,69	
P.S. Chavin	19		17	17	2	10,53	
P.S. Huanja	7		8	8	-1	0,00	
P.S. Tarica	14		14	14	0	0,00	
P.S. Paltay	46		43	43	3	6,52	
P.S. Pashpa	13		14	14	-1	-7,69	
P.S. Collon	8		7	7	1	12,50	
P.S. Jangas	39		29	29	10	25,64	
P.S. Mataquita	23		20	20	3	13,04	
MICRORED	231	9	207	207	24	10,39	

DATOS NUTRICIONALES DEL CENTRO DE SALUD MONTERREY

CENTRO DE SALUD MONTERREY

Evaluación de Indicadores
Nutrición
III Trimestre 2017

Lic. Jaime Romero Bello

DESERCION DE NIÑOS DE 3 AÑOS CON DESERCION CON III TRIMESTRE 2015							
EESS	NIÑOS DE 3 AÑOS CON 1 CRED ABR - DIC 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 4 CRED III TRIMESTRE 2017	NIÑOS CON 4 CRED EESS	Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	43		33	33	10	23,26	
P.S. Chontayoc	15		15	15	0	0,00	
P.S. Chavín	16		14	14	2	12,50	
P.S. Huanja	2		3	3	-1	-50,00	
P.S. Tarica	13		7	7	6	46,15	
P.S. Paltay	31		25	25	6	19,35	
P.S. Pashpa	14		10	10	4	28,57	
P.S. Collon	13		11	11	2	15,38	
P.S. Jangas	41		32	32	9	21,95	
P.S. Mataquita	13		10	10	3	23,08	
MICRORED	201	0	160	160	41	20,40	

RECOMENDACIONES

- MEJORAR LA BASE NOMINAL DE NIÑOS (PROMSA, SFAMILIAR, ENFERMERIA)
- MEJORAR EL CONTROL OPORTUNO DE NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS
- MEJORAR LA OFERTA DE LOS PAQUETES POR GRUPO ETAREO
- REALIZAR EL CRUCE DE INFORMACIÓN CON PROMSA, MATERNO
- MEJORAR EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO, PARA MEJORAR EL CONTROL OPORTUNO
- MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE MICRONUTRIENTES
- MEJORAR EL SEGUIMIENTO DE TAMIZAJE DE ANEMIA Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ANEMIA (IMPLEMENTANDO NOMINAL DE ANEMICOS)
- MEJORAR EL SEGUIMIENTOS DE NIÑOS CON MORBILIDAD

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES SUPLEMENTADOS CON HIERRO SEGÚN INEI COMPARATIVO I SEMESTRE 2013 - 2014 - 2015

EESS	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE CON XII ENTREGA	%INEI	%NOMINA L
C.S. Monterrey	160	35	21,9			#;DIV/0!	511	615	38	7,4	6,2
P.S. Chontayoc	42	12	28,6			#;DIV/0!	80	97	11	13,8	11,3
P.S. Chavín	54	17	31,5			#;DIV/0!	105	127	9	8,6	7,1
P.S. Huanja	42	4	9,5			#;DIV/0!	71	86	4	5,6	4,7
P.S. Tarica	65	16	24,6			#;DIV/0!	47	40	5	10,6	12,5
P.S. Paltay	116	2	1,7			#;DIV/0!	133	115	40	30,1	34,8
P.S. Pashpa	50	23	46,0			#;DIV/0!	50	43	7	14,0	16,3
P.S. Collon	53	14	26,4			#;DIV/0!	47	40	2	4,3	5,0
P.S. Jangas	176	40	22,7			#;DIV/0!	174	153	27	15,5	17,6
P.S. Mataquita	91	7	7,7			#;DIV/0!	86	77	15	17,4	19,5
MICRORRED MONTERREY	849	170	20,0	0	0	#;DIV/0!	1304	1393	158	12,1	11,3

DESERCION DE NIÑOS DE 1 AÑO CON DESERCION COM						
EESS	NIÑOS DE 1 AÑO CON 1 CRED NOV 2016	1 CRED EN MABZO- OTRO EESS	NIÑOS CON 6 CRED III TRIM 2017	NIÑOS CON 6 CRED EESS Na	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	63		46	46	17	26,98
P.S. Chontayoc	15		15	15	0	0,00
P.S. Chavin	23		19	19	4	17,39
P.S. Huanja	3		4	4	-1	-33,33
P.S. Tarica	9		11	11	-2	-22,22
P.S. Paltay	29		30	30	-1	-3,45
P.S. Pashpa	12		9	9	3	25,00
P.S. Collon	9		8	8	1	11,11
P.S. Jangas	46		45	45	1	2,17
P.S. Mataquitta	15		14	14	1	6,67
MICRORED	224	0	201	201	23	10,27



Acciones recomendadas

- Reforzar la orientación nutricional de
 - Mujeres gestantes
 - A las madres con Niños en proceso de ablactancia (06 a 12 meses)
 - A las madres con Niños en riesgo de desnutrición, obesidad.
- Priorizar las visitas domiciliarias de grupos en riesgo nutricional.
- Supervisión constante del consumo de suplementación de multimicronutrientes.

Prevalencia de **OBESIDAD** en NIÑOS menores de 05 Años Microred Monterrey 2017


E.E.S.S.	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
	Total general	Obesidad	%	Total general	Obesidad	%	Total general	Obesidad	%
C.S. MONTERREY	538	11	2%	654	11	2%	597	4	1%
P.S. CHAVIN	202	5	2%	114	2	2%	138		0%
P.S. CHONTAYOC	155	1	1%	110		0%	118		0%
P.S. COLLON	102	6	6%	58		0%	97		0%
P.S. HUANJA	57		0%	57		0%	43		0%
P.S. JANGAS	536	4	1%	525	7	1%	483	5	1%
P.S. MATAQUITA	192	5	3%	110	6	5%	117	3	3%
P.S. PALTAY	375	5	1%	236	5	2%	315	4	1%
P.S. PASHPA	111	5	5%	117	2	2%	128	3	2%
P.S. TARICA	175	8	5%	147	6	4%	144	2	1%
Total general	2443	50	2%	2128	39	2%	2180	21	1%

2016

	I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre		
	Evaluaos	Nº	%	Evaluaos	Nº	%	Evaluaos	Nº	%
C.S. MONTERREY	709	8	1.1	586	10	1.7%	311	4	1.3%
P.S. CHAVIN	144	4	2.8	127	2	1.6%	88	1	1.1%
P.S. CHONTAYOC	154	4	2.6	147	3	2.0%	89	0	0.0%
P.S. COLLON	131	1	0.8	119	2	1.7%	58	0	0.0%
P.S. HUANJA	72	0	0.0	69	2	2.9%	36	1	2.8%
P.S. JANGAS	576	11	1.9	555	11	2.0%	258	7	2.7%
P.S. MATAQUITA	333	7	2.1	233	5	2.1%	106	0	0.0%
P.S. PALTAY	452	18	4.0	443	17	3.8%	228	5	2.2%
P.S. PASHPA	191	6	3.1	195	1	0.5%	83	0	0.0%
P.S. TARICA	141	0	0.0	101	2	2.0%	49	1	2.0%
Total	2903	59	2.0	2575	55	2.1%	1306	19	1.5%



Causas identificadas

- Exceso de ingesta de Alimentación ricos en carbohidratos.
 - Bajo aporte de proteínas, especialmente de origen animal (carnes frecuencia 01 a 0 veces/ semana)
 - Poco aporte de hierro hemínico (frecuencia prolongada)
 - Bajos recursos económicos.
 - Nivel bajo de comprensión del problema por la población adulta involucrada.
 - Poca disponibilidad de alimentos recomendados en la zona.
- 

Prevalencia de DESNUTRICION CRONICA en NIÑOS Menores de 05 Años Microred Monterrey

E.E.S.S.	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
	Total General	D.Cronico	%	Total General	D.Cronico	%	Total General	D.Cronico	%
C.S. MONTERREY	538	93	17%	654	119	18%	597	112	19%
P.S. CHAVIN	202	68	34%	114	40	35%	138	36	26%
P.S. CHONTAYOC	155	37	24%	110	26	24%	118	20	17%
P.S. COLLON	102	27	26%	58	19	33%	97	31	32%
P.S. HUANJA	57	14	25%	57	12	21%	43	3	7%
P.S. JANGAS	536	131	24%	525	117	22%	483	102	21%
P.S. MATAQUITA	192	71	37%	110	35	32%	117	33	28%
P.S. PALTAY	375	120	32%	236	93	39%	315	107	34%
P.S. PASHPA	111	38	34%	117	30	26%	128	37	29%
P.S. TARICA	175	37	21%	147	30	20%	144	35	24%
Total general	2443	636	26%	2128	521	24%	2180	516	24%

2016

	I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre		
	Evaluidos	Nº	%	Evaluidos	Nº	%	Evaluidos	Nº	%
C.S. MONTERREY	709	137	19.3	586	107	18.3%	311	75	24.1%
P.S. CHAVIN	144	50	34.7	127	48	37.8%	89	37	41.6%
P.S. CHONTAYOC	154	29	18.8	147	24	16.3%	89	25	28.1%
P.S. COLLON	131	57	43.5	119	47	39.5%	57	20	35.1%
P.S. HUANJA	72	18	25.0	69	16	23.2%	36	13	36.1%
P.S. JANGAS	576	153	26.5	555	158	28.5%	258	80	31.0%
P.S. MATAQUITA	333	100	30.0	233	92	39.5%	106	47	44.3%
P.S. PALTAY	452	121	26.7	443	127	28.7%	227	61	26.9%
P.S. PASHPA	191	56	29.3	195	61	31.3%	82	28	34.1%
P.S. TARICA	141	18	12.7	101	16	15.8%	49	12	24.5%
Total	2903	739	25.4	2575	696	27.0%	1304	398	30.5%

Prevalencia de DESNUTRICION AGUDA en NIÑOS Menores de 05 Años Microred Monterrey

2017

EES	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
	Total general	D.Aguda	%	Total general	D.Aguda	%	Total general	D.Aguda	%
C.S. MONTERREY	538	5	1%	654	9	1%	597	7	1%
P.S. CHAVIN	202	6	3%	114	1	1%	138	3	2%
P.S. CHONTAYOC	155		0%	110		0%	118	1	1%
P.S. COLLON	102	2	2%	58		0%	97		0%
P.S. HUANJA	57		0%	57	1	2%	43	1	2%
P.S. JANGAS	536	6	1%	525	4	1%	483	4	1%
P.S. MATAQUITA	192	4	2%	110	3	3%	117	3	3%
P.S. PALTAY	375	1	0%	236		0%	315	1	0%
P.S. PASHPA	111	4	4%	117	5	4%	128	7	5%
P.S. TARICA	175	1	1%	147		0%	144	3	2%
Total general	2443	29	1%	2128	23	1%	2180	30	1%

2016

	I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre		
	Evaluaodos	Nº	%	Evaluaodos	Nº	%	Evaluaodos	Nº	%
C.S. MONTERREY	709	6	0.8	587	4	0.7%	311	3	1.0%
P.S. CHAVIN	144	5	3.5	125	2	1.6%	88	3	3.4%
P.S. CHONTAYOC	154	4	2.5	145	3	2.1%	89	2	2.2%
P.S. COLLON	131	1	0.7	119	1	0.8%	58	3	5.2%
P.S. HUANJA	72	0	0.0	68	0	0.0%	36	0	0.0%
P.S. JANGAS	576	8	1.3	556	7	1.3%	258	5	1.9%
P.S. MATAQUITA	333	5	1.5	230	3	1.3%	106	0	0.0%
P.S. PALTAY	452	2	0.4	445	3	0.7%	228	1	0.4%
P.S. PASHPA	191	5	2.6	195	10	5.1%	83	4	4.8%
P.S. TARICA	141	9	6.3	105	5	4.8%	49	1	2.0%
Total	2903	45	1.5	2575	38	1.5%	1306	22	1.7%

Prevalencia de SOBREPESO en NIÑOS MENORES de 05 Años Microred Monterrey

EES	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
	Total general	SobrePeso	%	Total general	SobrePeso	%	Total general	SobrePeso	%
C.S. MONTERREY	538	17	3%	654	13	2%	597	16	3%
P.S. CHAVIN	202	10	5%	114	2	2%	138	8	6%
P.S. CHONTAYOC	155	6	4%	110	2	2%	118	8	7%
P.S. COLLON	102	5	5%	58	5	9%	97	3	3%
P.S. HUANJA	57	3	5%	57	4	7%	43	1	2%
P.S. JANGAS	536	19	4%	525	30	6%	483	22	5%
P.S. MATAQUITA	192	12	6%	110	16	15%	117	10	9%
P.S. PALTAY	375	21	6%	236	15	6%	315	23	7%
P.S. PASHPA	111	14	13%	117	8	7%	128	3	2%
P.S. TARICA	175	13	7%	147	14	10%	144	14	10%
Total general	2443	120	5%	2128	109	5%	2180	108	5%

2016

	I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre		
	Evaluatedos	Nº	%	Evaluatedos	Nº	%	Evaluatedos	Nº	%
C.S. MONTERREY	709	35	4.9	586	35	6.0%	311	21	6.8%
P.S. CHAVIN	144	11	7.6	127	9	7.1%	88	5	5.7%
P.S. CHONTAYOC	154	4	2.5	147	3	2.0%	89	3	3.4%
P.S. COLLON	131	3	2.2	119	4	3.4%	58	1	1.7%
P.S. HUANJA	72	4	5.5	69	6	8.7%	36	6	16.7%
P.S. JANGAS	576	37	6.4	555	38	6.8%	258	23	8.9%
P.S. MATAQUITA	333	5	1.5	233	4	1.7%	106	4	3.8%
P.S. PALTAY	452	35	7.7	443	26	5.9%	228	22	9.6%
P.S. PASHPA	191	7	3.6	195	6	3.1%	83	5	6.0%
P.S. TARICA	141	7	4.9	101	7	6.9%	49	5	10.2%
Total	2903	148	5.1	2575	138	5.4%	1306	95	7.3%

Prevalencia de SOBREPESO EN GESTANTES evaluadas Microred Monterrey 2017

EES	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
	Total general	SobrePeso	%	Total general	SobrePeso	%	Total general	SobrePeso	%
C.S. MONTERREY	83	36	43%	74	29	39%	69	25	36%
P.S. CHAVIN	18	8	44%	20	5	25%	24	11	46%
P.S. CHONTAYOC	19	6	32%	13	4	31%	11	4	36%
P.S. COLLON	21	11	52%	18	9	50%	13	7	54%
P.S. HUANJA	7	2	29%	15	5	33%	13	1	8%
P.S. JANGAS	24	8	33%	58	22	38%	8	1	13%
P.S. MATAQUITA	48	24	50%	27	12	44%	17	5	29%
P.S. PALTAY	71	32	45%	43	5	12%	43	8	19%
P.S. PASHPA	24	3	13%	36	6	17%	22	5	23%
P.S. TARICA	10	5	50%	19	9	47%	23	10	43%
Total general	325	135	42%	323	106	33%	243	77	32%

2016

	II Trimestre			III Trimestre		
	Evaluados	Nº	%	Evaluados	Nº	%
C.S. MONTERREY	86	39	45.3%	45	13	29%
P.S. CHAVIN	28	1	3.6%	14	5	36%
P.S. CHONTAYOC	28	18	64.3%	14	8	57%
P.S. COLLON	17	0	0.0%	7	1	14%
P.S. HUANJA	9	4	44.4%	4	3	75%
P.S. JANGAS	69	32	46.4%	26	7	27%
P.S. MATAQUITA	13	6	46.2%	12	6	50%
P.S. PALTAY	61	16	26.2%	23	7	30%
P.S. PASHPA	33	4	12.1%	14	3	21%
P.S. TARICA	22	10	45.5%	21	11	52%
Total	366	130	35.5%	180	64	36%

Prevalencia de DEFICIT DE PESO EN GESTANTES evaluadas Microred Monterrey

EES	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
	Total General	Deficit	%	Total General	Deficit	%	Total General	Deficit	%
C.S. MONTERREY	83	10	12%	74	9	12%	69	7	10%
P.S. CHAVIN	18	2	11%	20		0%	24	2	8%
P.S. CHONTAYOC	19		0%	13	1	8%	11	4	36%
P.S. COLLON	21	1	5%	18		0%	13		0%
P.S. HUANJA	7	1	14%	15	2	13%	13		0%
P.S. JANGAS	24	2	8%	58	2	3%	8		0%
P.S. MATAQUITA	48	7	15%	27	1	4%	17	1	6%
P.S. PALTAY	71	1	1%	43	2	5%	43	2	5%
P.S. PASHPA	24		0%	36		0%	22	3	14%
P.S. TARICA	10		0%	19	1	5%	23	2	9%
Total general	325	24	7%	323	18	6%	243	21	9%

2016

	I Trimestre			II Trimestre			III Trimestre		
	Evaluados	Nº	%	Evaluados	Nº	%	Evaluados	Nº	%
C.S. MONTERREY	103	8	7.7	86	8	9.3%	45	4	9%
P.S. CHAVIN	23	8	34.7	28	10	35.7%	14	3	21%
P.S. CHONTAYOC	17	0	0	28	2	7.1%	14	1	7%
P.S. COLLON	23	5	21.7	17	0	0.0%	7	0	0%
P.S. HUANJA	21	0	0	9	0	0.0%	4	0	0%
P.S. JANGAS	70	1	1.4	69	7	10.1%	26	3	12%
P.S. MATAQUITA	19	1	5.3	13	0	0.0%	12	0	0%
P.S. PALTAY	42	5	11.9	61	2	3.3%	23	0	0%
P.S. PASHPA	26	1	3.8	33	7	21.2%	14	4	29%
P.S. TARICA	26	0	0.0	22	4	18.2%	21	2	10%
Total	370	29	7.8	366	40	10.9%	180	17	9%

DESERCION DE NIÑOS < 1 AÑO CON DESERCION CON CRED III TRIMESTRE 2015							
EESS	NIÑOS < DE 1 AÑO CON 1 CRED MARZO - NOV. 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 11 CRED III TRIM 2017	NIÑOS CON 11 CRED EESS	Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	34		42	42	-8	-23,53	
P.S. Chonlayoc	19		18	18	1	5,26	
P.S. Chavin	15		14	14	1	6,67	
P.S. Huanja	6		5	5	1	16,67	
P.S. Tarica	19		14	14	5	26,32	
P.S. Pallay	34		33	33	1	2,94	
P.S. Pashpa	15		12	12	3	20,00	
P.S. Collon	14		13	13	1	7,14	
P.S. Jangus	46		44	44	2	4,35	
E.S. Matucopis	12		14	14	-2	-16,67	
MICRORED	214	0	209	209	5	2,34	

DESERCION DE NIÑOS DE 4 AÑOS CON DESERCION CO

EESS	NIÑOS DE 4 AÑOS CON 1 CRED EN DIC 2016	1 CRED EN OTRO EESS	NIÑOS CON 4 CRED III TRIMESTRE	NIÑOS CON 4 CRED EESS Nº	%	ANALISIS
C.S. Monterrey	42		31	31	11	26,19
P.S. Chontayoc	8		10	10	-2	-25,00
P.S. Chavin	18		19	19	-1	-5,56
P.S. Huanja	7		7	7	0	0,00
P.S. Tarica	11		3	3	8	72,73
P.S. Pallay	41		28	28	13	31,71
P.S. Pashpa	10		7	7	3	30,00
P.S. Collon	9		5	5	4	44,44
P.S. Jangas	33		24	24	9	27,27
P.S. Mataquija	17		14	14	3	17,65
MICRORED	196	0	148	148	48	24,49

**PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 0 - 28 DIAS CONTROLADOS SEGÚN INEI COM
PARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017**

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINA L	AVANCE	%INEI	%NOMINA L
C.S. Monterrey	50	48	96,0		22	#;DIV/0!	160	149	33	20,6	22,1
P.S. Chontayoc	13	10	76,9		9	#;DIV/0!	25	24	9	36,0	37,5
P.S. Chavin	17	22	129,4		14	#;DIV/0!	33	31	15	45,5	48,4
P.S. Huanja	13	3	23,1		7	#;DIV/0!	22	21	5	22,7	23,8
P.S. Tarica	19	10	52,6		6	#;DIV/0!	14	8	8	57,1	100,0
P.S. Paltay	34	28	82,4		24	#;DIV/0!	40	21	10	25,0	47,6
P.S. Pashpa	15	13	86,7		15	#;DIV/0!	15	8	14	93,3	175,0
P.S. Collon	16	10	62,5		11	#;DIV/0!	14	8	5	35,7	62,5
P.S. Jangas	55	44	80,0		38	#;DIV/0!	55	29	36	65,5	124,1
P.S. Mataquita	29	18	62,1		10	#;DIV/0!	27	15	24	88,9	160,0
MICRORRED MONTERREY	261	206	78,9	0	156	#;DIV/0!	405	314	159	39,3	50,6

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESCARTE DE ANEMIA SEGÚN INEI COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	277	103	37,2		227	#DIV/0!	886	986	205	23,1	20,8
P.S. Chontayoc	72	26	36,1		22	#DIV/0!	139	156	46	33,1	29,5
P.S. Chavin	93	28	30,1		54	#DIV/0!	182	204	15	8,2	7,4
P.S. Huanja	72	14	19,444		19	#DIV/0!	123	138	27	22,0	19,6
P.S. Tarica	117	79	67,5		24	#DIV/0!	84	81	29	34,5	35,8
P.S. Paltay	209	43	20,6		112	#DIV/0!	242	231	96	39,7	41,6
P.S. Pashpa	89	22	24,7		46	#DIV/0!	89	86	14	15,7	16,3
P.S. Collon	95	36	37,9		25	#DIV/0!	84	81	25	29,8	30,9
P.S. Jangas	305	262	85,9		356	#DIV/0!	302	263	304	100,7	115,6
P.S. Mataquita	157	19	12,102		50	#DIV/0!	149	131	68	45,6	51,9
MICRORRED MONTERREY											
	1486	632	42,5	0	935	#DIV/0!	2280	2357	829	36,4	35,2

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 3 AÑOS CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	58	38	65,5		34	#¡DIV/0!	92	192	33	35,9	17,2
P.S. Chontayoc	15	13	86,7		9	#¡DIV/0!	29	31	15	51,7	48,4
P.S. Chavin	19	15	78,9		19	#¡DIV/0!	38	40	14	36,8	35,0
P.S. Huanja	15	9	60,0		7	#¡DIV/0!	26	27	3	11,5	11,1
P.S. Tarica	25	22	88,0		2	#¡DIV/0!	18	19	7	38,9	36,8
P.S. Paltay	45	27	60,0		30	#¡DIV/0!	53	55	25	47,2	45,5
P.S. Pashpa	19	9	47,4		10	#¡DIV/0!	19	20	10	52,6	50,0
P.S. Collon	20	17	85,0		9	#¡DIV/0!	18	19	11	61,1	57,9
P.S. Jangas	64	41	64,1		32	#¡DIV/0!	63	52	32	50,8	61,5
P.S. Mataquita	33	20	60,6		17	#¡DIV/0!	31	25	10	32,3	40,0
MICRORRED MONTERREY	313	211	67,4	0	169	#¡DIV/0!	387	480	160	41,3	33,3

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 2 AÑOS CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017											
EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	56	47	83,9		47	#DIV/0!	180	217	43	23,9	19,8
P.S. Chontayoc	15	9	60,0		13	#DIV/0!	28	34	12	42,9	35,3
P.S. Chavin	19	19	100,0		16	#DIV/0!	37	45	17	45,9	37,8
P.S. Huanja	15	7	46,7		2	#DIV/0!	258	30	8	3,1	26,7
P.S. Tarica	24	16	66,7		6	#DIV/0!	17	16	14	82,4	87,5
P.S. Paltay	43	37	86,0		26	#DIV/0!	49	48	43	87,8	89,6
P.S. Pashpa	18	11	61,1		16	#DIV/0!	18	18	14	77,8	77,8
P.S. Collon	19	10	52,6		12	#DIV/0!	17	16	7	41,2	43,8
P.S. Jangas	62	38	61,3		36	#DIV/0!	61	61	29	47,5	47,5
P.S. Mataquita	32	14	43,8		12	#DIV/0!	30	31	20	66,7	64,5
MICRORRED MONTERREY	303	208	68,6	622	186	29,9	695	516	207	29,8	40,1

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS DE 4 AÑO CONTROLADOS SEGÚN INEI/NOMINAL COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	59	26	44,1		20	#¡DIV/0!	189	179	31	16,40	17,3
P.S. Chontayoc	15	15	100,0		13	#¡DIV/0!	30	28	10	33,33	35,7
P.S. Chavin	20	18	90,0		16	#¡DIV/0!	39	37	19	48,72	51,4
P.S. Huanja	15	6	40,0		10	#¡DIV/0!	26	25	7	26,92	28,0
P.S. Tarica	27	18	66,7		3	#¡DIV/0!	19	22	3	15,79	13,6
P.S. Paltay	48	31	64,6		20	#¡DIV/0!	56	61	28	50,00	45,9
P.S. Pashpa	20	17	85,0		12	#¡DIV/0!	20	23	7	35,00	30,4
P.S. Collon	22	10	45,5		15	#¡DIV/0!	19	22	5	26,32	22,7
P.S. Jangas	65	34	52,3		33	#¡DIV/0!	65	58	24	36,92	41,4
P.S. Mataquita	33	15	45,5		20	#¡DIV/0!	32	29	14	43,75	48,3
MICRORRED MONTERREY	324	190	58,6	0	162	#¡DIV/0!	495	484	148	29,90	30,6

PORCENTAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESCARTE DE PARASITOSIS SEGÚN INEI COMPARATIVO III TRIMESTRE 2015-2016-2017

EES	2015			2016			2017				
	META	AVANCE	%	META	AVANCE	%	INEI	NOMINAL	AVANCE	%INEI	%NOMINAL
C.S. Monterrey	277	79	28,5		130	#DIV/0!	886	986	135	15,2	13,7
P.S. Chontayoc	72	21	29,2		9	#DIV/0!	139	156	36	25,9	23,1
P.S. Chavín	93	21	22,6		43	#DIV/0!	182	204	15	8,2	7,4
P.S. Huanja	72	9	12,5		14	#DIV/0!	123	138	23	18,7	16,7
P.S. Tarica	117	32	27,4		21	#DIV/0!	84	81	21	25,0	25,9
P.S. Paltay	209	48	23,0		52	#DIV/0!	242	231	42	17,4	18,2
P.S. Pashpa	89	15	16,9		8	#DIV/0!	89	86	4	4,5	4,7
P.S. Collon	95	28	29,5		17	#DIV/0!	84	81	18	21,4	22,2
P.S. Jangas	305	244	80,0		313	#DIV/0!	302	263	258	85,4	98,1
P.S. Mataquita	157	14	8,9		43	#DIV/0!	149	131	6	4,0	4,6
MICRORRED MONTERREY											
	1486	511	34,4	0	650	#DIV/0!	2280	2357	558	24,5	23,7