



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

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

**DISMINUYENDO LA INCIDENCIA DE  
RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO EN EL  
CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA - NUEVO  
CHIMBOTE, 2018**

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

**AUTOR:**

**LIC. ENF. JOSEFINA MILAGROS QUEZADA PAREDES**

**ASESORA:**

**MGTR. ENF. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA**

**CHIMBOTE – PERÚ 2018**

**JURADO EVALUADOR**

MGTR. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

**PRESIDENTA**

MGTR. SUSANA ELIZABETH CABANILLAS DE LA CRUZ

**MIEMBRO**

MGTR. FANNY ROCIO ÑIQUE TAPIA

**MIEMBRO**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, darme la vida y cada día ser  
grandes oportunidades.

A mis padres por su amor y  
confianza en mí.

A todas las personas que  
contribuyeron a lo largo de toda  
mi formación académica a que  
desarrollaré esta pasión por la  
profesión que ejerzo.

## **DEDICATORIA**

A mis seres queridos que me dieron los ánimos y fortaleza para alcanzar mis metas y objetivos.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>I. PRESENTACIÓN</b>	01
<b>II. HOJA RESUMEN</b>	03
2.1. Título del Proyecto	04
2.2. Localización	04
2.3. Población Beneficiaria	04
2.4. Institución que lo Presenta	04
2.5. Duración del Proyecto	04
2.6. Costo Total	04
2.7. Resumen	04
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	05
<b>IV. OBJETIVOS</b>	25
<b>V. METAS</b>	25
<b>VI. METODOLOGÍA</b>	26
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención	26
6.2. Sostenibilidad del proyecto	32
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>	33
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b>	40
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES</b>	42
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	50
<b>XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES</b>	50
<b>XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## **I. PRESENTACIÓN**

Un indicador fiable para pronosticar el riesgo de incidencia de morbi mortalidad en el recién nacido es la medida antropométrica del peso (1). El Bajo Peso al Nacer, constituye unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal y fetal. Tal como los índices de crecimiento y desarrollo neurológico postnatal anormales, los cuales se hacen más elevados en este grupo de recién nacidos de bajo peso (2).

Entre los factores asociados al Recién Nacido de Bajo Peso (RNBP) tenemos los referidos al aspecto socio demográfico, edad materna (<20 años y >35 años), madres solteras, precaria economía, baja escolaridad; riesgos preconceptionales, enfermedades hipertensivas, renales, cardiorrespiratorio y autoinmunes, historial de madre con bajo peso, partos previos; riesgos en el embarazo, preeclampsia, placenta previa, amenaza de aborto, infecciones urinarias, diabetes gestacional; deficiencia en los cuidados perinatales, inicio tardío (mayora 13 semanas de gestación), control prenatal insuficiente; riesgos ambientales: consumo de tabaco, alcohol y drogas, trabajo maternos forzados (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera bajo peso al nacer, al recién nacido (RN) con un peso menor a 2,500 g, siendo el índice predictivo más importante de mortalidad infantil, especialmente del RN. Se estima que de los RN viables, un alto porcentaje sufre trastornos neurológicos y déficit intelectual; se incrementan la prevalencia de morbilidad

ambulatoria y hospitalaria para infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas aguda, anemia e infecciones urinarias (3).

El crecimiento intrauterino inadecuado, es un factor de riesgo para los RNBP, así como los partos prematuros. Aun cuando los avances científicos en salud actuales son importantes, aun no hay una causa específica que orienten a la aparición de estos trastornos. A pesar de ello, estos factores de riesgo nos permiten identificar estos grupos vulnerables en la población (3).

La incidencia de RNBP es considerado un grave problema de salud pública, más aun en países en desarrollo dado que no se invierte en generar las estrategias de investigación para la búsqueda de soluciones en esta problemática. Aun cuando se sabe que la identificación temprana de los factores de riesgo y accionar sobre ellos ayudaría a intensificar los esfuerzos que se hacen a nivel internacional para reducir la tasa de bajo peso al nacer. A pesar de los logros alcanzados en el Perú, a través la intervención multisectorial en salud, el bajo peso al nacer sigue siendo un problema de gran relevancia (3). En este contexto, el presente trabajo académico titulado:

DISMINUYENDO LA INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO EN EL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA - NUEVO CHIMBOTE, 2018, plantea la metodología de abordaje del problema, planteamiento de objetivos y plan de trabajo. Espero que este proyecto sea de gran utilidad para los gestores en salud y todos los profesionales de salud que nos esforzamos por mejorar la salud de la población sujeta a nuestra atención.

Está especialmente dirigido a todos los enfermeros que gerencian las prestaciones de servicios de salud de los diferentes establecimientos de salud

de la provincia, esperando que contribuya a mejorar la calidad de atención en la lucha contra la incidencia de los Recién nacidos de bajo peso.

## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. TITULO DEL PROYECTO:

DISMINUYENDO LA INCIDENCIA DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO

PESO EN EL CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA - NUEVO CHIMBOTE,

2018.

### 2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Nuevo Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

Región : Ancash

### 2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Niños Recién Nacidos de la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los Profesionales de salud que laboramos en el Centro de Salud Yugoslavia y las madres, lograremos disminuir la incidencia de Recién nacidos de bajo peso.

### 2.4. INSTITUTION QUE LO PRESENTA:

C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote, Ministerio de Salud.

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

### 2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:

2 años

Fecha Inicio : Enero 2019

Fecha Termino : Diciembre 2020

**2.6. COSTO TOTAL: S/. 17,725.00**

**2.7. RESUMEN:**

El presente trabajo académico nace a raíz de la problemática de la incidencia de Recién nacidos de bajo peso de la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia, enmarcada el principio del cuidado de calidad y del usuario y sustentada en el la sensibilización y capacitación de la familia, comunidad, autoridades locales y personal de salud.

Por ello, el presente proyecto, busca la Disminución de la incidencia de los RNBP en familias de la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote. Por lo cual se establecen como líneas de acción la sensibilización y capacitación y se proponen planes de acción como: sensibilización, proyección a la comunidad y capacitación. Elaboración del plan de sensibilización, capacitación y mejora de la atención integral basado en familia y comunidad.

También incluye la elaboración del plan de sensibilización y capacitación a las autoridades locales para acercarlos a las necesidades de incrementar las prestaciones de atención integral a la madre y al niño de acuerdo a las políticas de salud del Ministerio de Salud.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la reducción de la de Recién nacidos de bajo peso de la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia – Nuevo Chimbote.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

En la dinámica demográfica de un país, la natalidad constituye uno de los factores determinantes en el crecimiento poblacional. Según la OMS en el año 2016 del total de niños fallecidos, el 45% recién nacidos pre términos, tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos se producen en la primera semana de vida (4).

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos (5).

En el Perú durante el 2015, el 61% de los neonatos, nacieron con un peso entre 2500 gr y 3499 gr y el 6% con un peso entre 1500 gr y 2499 gr, con menos del 1% se encuentra los neonatos que nacieron con menos de 1500 gr. A nivel de regiones los neonatos de bajo peso se concentran en la región Pasco con un 9,5%, Cajamarca con un 9,2%, Loreto con 8,5% y 8,4% en la región Junín (6). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en Ancash la salud infantil ha continuado mejorando, sin embargo persisten aun problemas que merecen atención preferente como el bajo peso al nacer, dado que es un factor de riesgo para la salud y supervivencia del neonato. El 7,8% de nacimientos vivos fueron de bajo peso, este porcentaje fue ligeramente mayor al 7,3% al año anterior (7). Así mismo, según datos estadísticos del total de

nacimientos vivos atendidos en la provincia del santa, el 3,3% corresponden a recién nacidos con bajo peso y el 1,1% con muy bajo peso (8).

La OMS define al RNBP, como al producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2500 gr, con independencia de su edad de gestación. Reducir la incidencia del RNBP por lo menos un tercio entre el año 2000 y 2010, fue uno de los mayores objetivos adoptados por la asamblea general de las naciones unidas, en el plan de acción, de la sesión especial dedicada a los niños. Las políticas públicas de salud para la reducción del bajo peso es una importante contribución a la disminución de la mortalidad infantil dentro de los objetivos a desarrollar durante el milenio, dado que la mitad del total de las muertes perinatales ocurren en recién nacidos con bajo peso (9). El cuidado de enfermería se define como el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre enfermera – paciente, además del dominio de lo técnico científico orientado a comprender al otro en el entorno en el que se desenvuelve. Es decir las enfermeras y enfermeros son los que se ocupan de la atención del necesitado, definiendo atención como un mecanismo vertical que articula diferentes procesos horizontales en función de las necesidades del organismo, que son el pensamiento (lenguaje), memoria (motivación), la percepción (aprendizaje) y que esta atención para que sea excelente debe poseer calidad, sabiendo así que la calidad es la totalidad de las características de una entidad que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas (10).

La atención de enfermería al recién nacido de bajo peso constituye un área muy especializada de conocimientos y de práctica que requiere una experiencia prolongada bajo supervisión para lograr el nivel de competencia que permite la

actuación independiente, supone la comprensión fisiológica, y características neonatales, un conocimiento de la finalidad y manejo de una serie de aparatos y dispositivos mecánicos, la capacidad de reconocer desviaciones de lo esperado muy útil y la de emprender una acción prudente (11).

Una función importante del personal de enfermería es mantener un registro detallado de todas las actividades y observaciones. El conocimiento y manejo de los equipos mecánicos son inherente a la atención del recién nacido (RN). La atención al recién nacido debe ser precisa a un control intensivo de sus constantes vitales y una especial atención a la presencia de signos que sugieran el desarrollo de complicaciones y que requieran una inmediata notificación al médico (12).

Las acciones de enfermería se definen como aquellas estrategias que se ejecutan con la finalidad de proporcionar cuidados a los pacientes en función de sus necesidades y de acuerdo con la patología presentada. En el marco de las acciones de enfermería el propósito de los cuidados de enfermería es proporcionarle al recién nacido de bajo peso después del nacimiento, un conjunto de situaciones que se derivan de los cuidados y de las necesidades de higiene y confort, dentro de las cuales se encuentran: higiene y comodidad del neonato, lavado de manos antes y después de manipular, baño diario, cambio de ropa, cambio de posiciones, permeabilidad de vía periférica, cura de cordón umbilical y confort térmico (13).

Las acciones independientes se definen como aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizados a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son las actividades que no requieren la orden previa de un médico. Mientras que las

acciones interdependientes son aquellas actividades que la enfermera (o) lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. La ejecución de acciones de enfermería dirigidas a propiciar en los recién nacidos, garantiza un control permanente sobre la capacidad de recuperación del mismo, al mismo tiempo que se le asegura el máximo de bienestar en su estadía hospitalaria (13). La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido de bajo peso al nacer, el objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido. La más frecuente es la depresión y una eventual reanimación por lo que se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la supervisión y procedimientos en este período. Es muy distinto prepararse para recibir a un prematuro de menos de 1500g, que a un Recién Nacido de término que proviene de un embarazo fisiológico y de un parto espontáneo (14).

Las primeras horas de vida del recién nacido con bajo peso requieren de una supervisión especial de su temperatura, signos vitales y condición clínica general. Este debe realizarse junto a la madre si el niño no tiene problemas, cuidando que se mantenga un buen control de la temperatura. Esto permite mantener y fortalecer el vínculo madre-hijo en un período especialmente sensible e importante y el inicio precoz de la lactancia. Si las condiciones no lo permiten, el recién nacido debe quedar en una sala especial con una temperatura de alrededor de 27-28°C y ser enviado con su madre en cuanto establezca su temperatura y se consigne parámetros vitales normales (15).

Esto ocurre habitualmente entre la primera y segunda hora de vida. Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la

adaptación del RN al medio extrauterino. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida, es normal una taquicardia de hasta 180 por min (primeros 3 minutos) una respiración de 60 a 80 por min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia de mocos y secreciones en la boca y fosas nasales. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende (15).

Por otro lado, se estima que en el mundo treinta millones de niños nacen cada año con un peso inferior al normal para la edad gestacional. Existen diferentes indicadores para medir la desnutrición, estos incluyen la relación entre el peso, la talla, y la edad. El bajo peso es un indicador de malnutrición aguda, que refleja un proceso severo y reciente, donde lo que prevalece es la pérdida de peso corporal, usualmente causado por hambre y/o enfermedad (16).

Los niños con bajo peso al nacer (BPN), son veinte veces más propensos a morir y presentan mayor morbilidad que los de buen peso. Pueden padecer afecciones asociadas como: asfixia perinatal, aspiración de meconio, anemia, hipotermia, hipoglucemia, hipo calcemia, policitemia, edema pulmonar, enfermedad de membrana hialina, neumonitis por Streptococcus beta hemolítico grupo B, apnea del recién nacido, insuficiencia cardiaca congestiva, sepsis, hemorragia interventricular e hiperbilirrubinemia (17).

La evidencia científica actual muestra que los recién nacidos prematuros y de bajo peso presentan una mejor evolución si sus padres se integran en sus cuidados («Cuidados centrados en el desarrollo»). La asistencia domiciliaria, es decir, el cuidado y seguimiento del recién nacido (RN) en su propio domicilio en lugar de en el box de pre alta hospitalaria, forma parte de las

nuevas tendencias en la atención neonatal en los países desarrollados. Existen experiencias que así lo demuestran en Estados Unidos, Noruega y países del norte de Europa y también en España (18).

El grupo de los RNBP representan el 0,5-1 % de todos los recién nacidos y aunque es un número pequeño en términos absolutos constituyen el 40% de la muertes neonatales, realizan la ocupación de la mitad de las camas de cuidados intensivos y constituyen el grupo de mayor riesgo de secuelas (5). Asimismo la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES), publicada en el periodo 2011, en el Perú, la tasa de proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas es de 15,8%. Según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), en la región Lambayeque año 2011, la tasa de proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor de 37 semanas es de 11,6%, con una estimación para el 2013 de 14,5% (19)

Sin embargo el Ministerio de Salud (MINSA) informa una incidencia acumulada de prematuridad en sus establecimientos de 3.4 por cada 1000 nacimientos y la clasifico de la siguiente manera leve (del 34 a las 36 semanas); moderada (de 30 a 33 semanas); extrema (del 26 a 29 semanas); muy extrema (del 22 a 25 semanas). Por ello el estado Peruano lleva adelante un conjunto de políticas enfocadas en la prevención y atención del recién nacido prematuro (19)

Esta realidad no es ajena al Centro de Salud Yugoslavia del Distrito de Nuevo Chimbote, según datos estadísticos de 251 recién nacidos vivos, hubo 06 RNBP, el cual representa del 2,5%, relacionados a diversos factores directos e indirectos como; socioeconómicos, edad de la madre, alimentación materna, etc. y aunque la incidencia puede parecer baja (2.5%), la idiosincrasia cultural

de las madres gestantes y de la familia, aumenta considerablemente el riesgo de que esta incidencia sea mayor, incrementando la morbimortalidad en los RNBP y disminuyendo las posibilidades de recuperarse del problema y muchas más de sufrir un retardo neurológico.

El trabajo “Disminuyendo la incidencia de Recién Nacidos de bajo peso en la jurisdicción del C.S. Yugoslavia” es fundamental, pues el nacimiento de niños y niñas de bajo peso es algo que se ha incrementado en el curso de los últimos años. Esto ocasiona un problema de salud colectiva, lo cual está relacionado en muchos casos con problemas de salud de la madre, situaciones sociales y condiciones de salud pública bajo las cuales se desarrolla el embarazo. El resultado de estos nacimientos está relacionado con diversos factores, como son los biopsicosociales de la población que lo imprime; características económicas y culturales suficientes que pueden considerarse como elementos principales y otros asociados, que al desarrollo de este estudio se puede ir evaluando (2).

El recién nacido según la edad gestacional tiene ciertas características físicas y neurológicas que nos permiten valorar con precisión la edad gestacional lo que permite clasificar al recién nacido en las siguientes categorías: Recién nacido pre término (RNPT) Antes de 37 semanas de gestación. Recién nacido a término (RNAT) De 37 a 42 semanas de gestación. Recién nacido pos término (RNPT) Más de 42 semanas de gestación. Según el peso al nacer, se clasifica en: Recién nacido de bajo peso cuando el peso es menor de 2500 gramos. Recién nacido de muy bajo peso cuando el peso es menor de 1500 gramos. Recién nacido de extremado bajo peso cuando el peso es menor de 1.000 gr. (20).

Se define como recién nacido de bajo peso (RNBP) al niño que nace con cifras inferiores a los 2,500 gramos, y ésta es uno de las causas más importantes de la mortalidad infantil y Perinatal. El bajo peso del recién nacido constituye un hecho biológico, ocurrido como consecuencia de las influencias de factores fisiopatológicos tanto maternos como fetales; siendo importante conocer las causas y factores condicionantes que prevalecen o agravan este hecho, constituyendo un importante problema de salud perinatal que implica una necesidad de primer orden el conocer cuáles son estos factores de riesgo y lograr prevenir los nacimientos de bajo peso, ya que estos se están configurando como una de las causas que favorecen la elevada tasa de morbimortalidad perinatal existente (20).

El bajo peso de un recién nacido es un indicador valioso que refleja la realidad objetiva de la situación de salud de la población, en especial de las mujeres en etapa de gestación. El bajo peso del recién nacido es uno de los grandes problemas de salud pública, puesto que es un predictor de morbimortalidad y representa la segunda causa de mortalidad perinatal, se usa como indicador de la salud del neonato, permitiendo predecir sobrevida y desarrollo, y la capacidad reproductiva de la madre (20).

El Bajo Peso al Nacer (BPN) es un indicador, que constituye unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal y fetal. Entre los factores asociados al RNBP se identifican cinco grupos: a) socio demográfico: edad materna (menos de 20 años y más 35 años), madres solteras, pobreza desfavorables, baja escolaridad; b) riesgos preconcepcionales: hipertensión arterial (HTA) crónica, enfermedades renales, cardiorrespiratorio y autoinmunes, antecedentes del bajo peso de la madre o de partos previos; c)

riesgos durante la gestación: HTA gestacional, placenta previa, amenaza de aborto, infecciones urinarias, diabetes gestacional; d) Cuidados perinatales inadecuados: inicio en forma tardío (más de 13 semanas de gestación), visitas insuficientes de controles ; e) riesgos ambientales: trabajo materno excesivo e inadecuados, consumo de tabaco, alcohol y drogas (2).

Por otro lado, la mortalidad neonatal en nuestro país es de 18,3 por mil nacidos vivos actualmente el bajo peso es una de las causas de muerte de los niños menores de un año. En el Hospital San Bartolomé la mortalidad perinatal fue de 13 por mil nacidos vivos en el año 2000. La prematuridad y el RNBP son los índices predictivos más importantes de la mortalidad infantil por su asociación al mayor riesgo de morbilidad, mortalidad y secuelas neurológicas (20).

El bajo peso, es uno de los factores responsables del 60 por ciento de las muertes en lactantes, constituyéndose un problema de salud pública sobre todo en países subdesarrollados el cual ascendía al 19 por ciento, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados: Estados Unidos se sitúa alrededor del 4 por ciento, en el Reino Unido 3 por ciento y en España en torno al 4 por ciento. Estas cifras de RN con bajo peso al nacer en Latinoamérica son diversas; en el 2005 Argentina registraba un 8,3%, Ecuador 12% y República Dominicana 14%. Uruguay 8% y Panamá 8,9% en Chile 6.5%, Paraguay 5,3% y Bolivia 12% (20).

El recién nacido amerita una vigilancia estricta de su crecimiento y desarrollo en todos los aspectos, donde la madre es la protagonista de ese proceso. Dicho cuidado requiere de una persona adulta y de un esfuerzo considerable, con una entrega total, no solo de su cuerpo para el embarazo y de

sus pechos para la lactancia, sino también de su tiempo y la postergación temporaria de su proyecto de vida distinto de la maternidad (21).

Todo esto requiere que la joven madre adopte actitudes de auto cuidado hacia su salud y la del niño, las cuales en la mayoría de los casos no son las adecuadas contribuyendo al aumento de la morbilidad en el período neonatal, lo que podría evitarse si se entrenara a las futuras madres adolescentes durante su embarazo, dándoles las herramientas o conocimientos sobre los cuidados del recién nacido en cuanto a: alimentación, hábito evacuatorio, cordón umbilical, aseo personal, cambio de pañales, descanso, uso del chupón, vestimenta, inmunizaciones, estimulación precoz y otros aspectos que realizados correctamente pueden contribuir con el normal crecimiento y desarrollo del niño y además estimular y fortalecer el vínculo madre – hijo, ya que los cuidados se pueden ofrecer en cualquier momento del día (21).

La adolescencia es un factor predisponente para los RNBP, porque la madre adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir su propio cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán, de allí que modificar el estilo de vida de la adolescente embarazada sea una decisión personal y una forma particular de vivir de la persona, la cual puede estar determinada por las circunstancias ambientales (22)

La elección del estilo de vida determinará en el individuo el

comportamiento a seguir con respecto a sus hábitos alimentarios, de recreación, tabáquicos, alcohólicos, y de relaciones interpersonales. De tal manera que cada individuo asume según su decisión su comportamiento el cuidado de su salud. Manual de Salud Reproductiva Programa de Atención Integral de salud para el Adolescente (22).

Nivel de conocimiento sobre cuidados durante el embarazo. La adolescente embarazada para tener orientación de los riesgos durante el embarazo analiza las facultades cognitivas y su capacidad de captar la realidad en sus diversas manifestaciones es más que una disciplina filosófica general, esta no se ocupa de una verdad particular de algún campo de la ciencia, sino que se ocupa del cuerpo de las verdades cognoscibles. Por tanto, el conocimiento en la adolescencia debe partir del principio que por su explicación sistemática se determina el modo de conocer los aspectos de la realidad en su salud reproductiva, el cual abarca desde su reflejo superficial hasta el dominio de las leyes que rigen sus fenómenos a través del conocimiento (21)

El Grado de Instrucción, es un elemento facilitador que permite a las madres adquirir información y tener cuidados, sin embargo su capacidad puede verse limitada por el trabajo fuera de casa, dedicando menor tiempo, así mismo. Un alto nivel de instrucción permite a la madre informarse sobre el cuidado integral durante el embarazo, permitiendo actitudes favorables; por el contrario las madres con bajo nivel de instrucción tienen menos capacidad de decisión, no toman la atención necesaria, durante su periodo de gestación, condicionando problemas nutricionales, y complicaciones que pueden llevar a aumentar las tasas de morbimortalidad, por lo tanto el grado de instrucción de una persona influye en la modificación de los hábitos y prácticas de salud (23).

Otro de los factores estudiados es la Procedencia, la cual es un elemento clave para identificar el control del embarazo, debido a que las madres de la zona rural tendrán acceso limitado a los centros de salud por las distancias existentes entre dichos lugares y la poca confianza en la realización de estas actividades, debido a sus costumbres y creencias; en cambio las madres que residen en zonas urbanas por tener mayor acceso los centros de salud , estarán mejor informadas sobre los cuidados que debe tener en el proceso del embarazo (23). Los recién nacidos que nacen con bajo peso suelen tener serios problemas de salud durante los primeros meses de vida y es mayor el riesgo de que sufran discapacidades con efectos de duración prolongada. Aunque los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con estos problemas (24).

Los conocimientos de los profesionales de enfermería, en un alto porcentaje son dados por su experiencia; repercutiendo positivamente en el nivel de atención y cuidado a los neonatos. El papel de la enfermera en los servicios de neonatología se ha desarrollado ante el incremento de la necesidad de cuidados más especializados en los neonatos de riesgo; lo cual ha concedido que ésta ocupe un importante espacio en dicha especialidad para lograr una atención óptima en los recién nacidos es menester estandarizar las acciones de enfermería registrándolas en una guía de cuidados (25).

Por lo anteriormente expuesto, dentro de mi práctica profesional en mi función asistencial en el C.S. Yugoslavia, cuyo propósito es brindar una atención de calidad a la población jurisdicción de este establecimiento de salud, en especial a las madres gestantes y los recién nacidos, el cual incidirá en la disminución de la incidencia de los Recién nacidos de bajo peso, por lo cual el presente

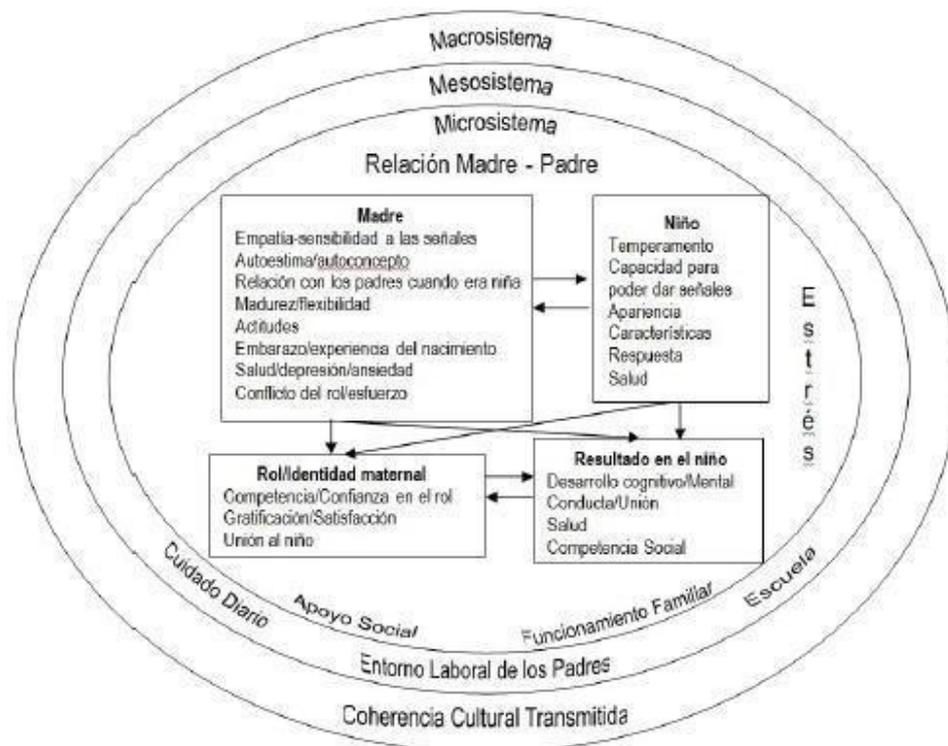
trabajo se enmarca en el modelo de Modelo de adopción del rol maternal de Ramona Mercer.

El Modelo de adopción del rol maternal de Mercer, explica el proceso que enfrenta la mujer para convertirse en madre, así como las variables que influyen en ese proceso desde el embarazo hasta el primer año después del nacimiento del hijo. El hecho de convertirse en madre, hace que esta se cuestione su competencia para brindar cuidados a su hijo, aunque sin duda la madre es quien más conoce las necesidades de su bebé, logrando anticiparse sabiendo cómo, que, cuando y por qué debe hacer algo para obtener el bienestar de su hijo (26). Mercer define al profesional de enfermería como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad (27). Así mismo, define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura; el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno (26).

Mercer propone la necesidad que el profesional de enfermería se concientice referente a que el entorno familiar y la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal. Mismo que se entiende como proceso interactivo y evolutivo durante un periodo de tiempo, donde la madre afronta una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, experimentando

gratificación placentera en la realización de los cuidados vinculados al bienestar de su hijo (27). El cuidado de enfermería debe contribuir a la identificación de las situaciones que dificulten o apoyen al proceso de la adopción del rol materno, planteando acciones que lo favorezcan (26).

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfembrenner, los cuales se relacionan entre sí. 1) El microsistema donde se produce la adopción maternal, que incluye la familia, la relaciones entre la madre y el padre, apoyo social y estrés; 2) Mesosistema, que influye en el rol maternal en desarrollo y el niño, incluyendo el cuidado diario, la escuela, lugar laboral y otras; 3) Macrosistema que incluye las influencias sociales, políticas y culturales, la originan el entorno del cuidado de la salud y el impacto sobre la adopción del rol maternal (27).



*Teoría de adopción del rol materno (Mercer, 1981) (26)* Mercer define competencia en el rol, como la capacidad de la mujer para proporcionar atención experta y sensible, fomentando el desarrollo y bienestar del niño. Las prácticas de alimentación se definen como apropiadas cuando la madre tiene la capacidad de responder a las señales de hambre y saciedad en base al desarrollo físico y emocional del lactante. El resultado en el niño se define como la ausencia o presencia de enfermedades que pueden provocar la separación de la madre y el hijo e interferir en la adopción del rol materno (26).

Según este modelo la madre pasa los siguientes estadios en la adquisición del rol maternal: 1) Anticipación, empieza durante la gestación con los primeros ajustes psicológicos y sociales de la madre ante las expectativas del rol materno; Formal, empieza con el nacimiento del hijo y se activa el aprendizaje del rol; Informal, empieza cuando la madre desarrolla sus propias formas de realizar su rol, según experiencias pasadas y objetivos a futuro; personal, se produce cuando la mujer interioriza el rol, en la cual experimenta sentimientos de armonía, confianza y competencia en el desarrollo del rol materno (27).

MARCO LEGAL. Los lineamientos que sustentan el proyecto son los siguientes: Ley N° 26842, Ley General de Salud. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Decreto Supremo N° 023-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 0162009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas (28)

D.S. N° 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación y Nutrición Infantil. D.S. N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS. D.S. N° 003-2008SA, que aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la reducción de la desnutrición crónica infantil y salud materna neonatal (28)

Resolución Ministerial N° 455-2001/SA/DM, que aprobó el documento normativo “Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil”. Resolución Ministerial N° 7292003-SA/DM, que aprobó el documento “La Salud Integral: Compromiso de Todos. El Modelo de Atención Integral de Salud”. Resolución Ministerial N° 751-2004-SA/DM que aprobó la NTS N° 018-MINSA/DGSP-V1 “Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA. que aprobó la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V.1 “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño” (28).

Resolución Ministerial N° 193-2008/MINSA, que aprobó la NTS N° 063-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Infantil y Salud Materno Neonatal”. Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprobó la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V.01. “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de

atención de salud, en la familia y la comunidad”. Resolución Ministerial N° 707-2010-MINSA, que aprobó la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01

“Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro” (28).

Rojas E. et al (29), en Bolivia 2015, realizó la investigación Bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno infantil Germán Urquidi.

Cochabamba, Bolivia; estudio de tipo observacional, cuantitativo, descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi de la provincia Cercado del Departamento de Cochabamba, Bolivia; concluyendo que la prevalencia de bajo peso al nacer en nuestro medio fue de 9,6%, los factores principales para un bajo peso al nacer fueron la edad gestacional y la talla baja la nacer.

Rivas M. y Solis R. (30), en Nicaragua 2015, realizó la investigación “Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015”; estudio analítico de caso y controles retrospectivo, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de; concluyendo que el 70% de las mujeres analfabetas tuvieron hijos con bajo peso al nacer dato alarmante ya que representa un gran porcentaje de la población estudiada, el periodo Intergenésico menor de 2 años tuvieron hijos con BPN, el síndrome Hipertensivo Gestacional es uno de los principales factores para el desarrollo del bajo peso al nacer.

Lalaleo M. (31), en Ecuador 2015, realizó la investigación en Nicaragua

2015, realizó la investigación “Factores que influyen en el bajo peso al nacer en niños atendidos en el área de neonatología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro”; estudio descriptivo retrospectivo; cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en el bajo peso al nacer en niños atendidos en el área de neonatología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro; concluyendo que la prevalencia de bajo peso al nacer es de 45,4%, la frecuencia más alta se encuentra entre la edad fértil de 21 a 25 años con porcentaje de 36,4% y en la edad comprendida entre 26 a 30 años con un porcentaje de 22,5%.

Lazo V. (32), en Huancayo 2014, realizó la investigación “Factores maternos asociados a bajo peso en recién nacidos a término”; estudio observacional, transversal, retrospectivo y de nivel correlacional; cuyo objetivo identificar los factores maternos que están asociados con el bajo peso de recién nacidos a término; concluyo que los principales factores de riesgo son: ser gran multípara, edad mayor a 34 años, antecedente de aborto y anemia materna durante la gestación. El peso pregestacional inadecuado no tuvo diferencia estadística.

Villacorta E. (33), en Iquitos 2015, realizó la investigación “Factores asociados para bajo peso al nacer en recién nacidos a término en el hospital Cesar Garayar Garcia”; investigación de tipo no experimental descriptivo de diseño retrospectivo, transversal; cuyo objetivo fue determinar los factores asociados para bajo peso al nacer en recién nacidos a término en el hospital Cesar Garayar Garcia; tuvo como conclusión que el bajo peso al nacer en recién nacidos a término se asocia con algunos factores biológicos, clínico-obstétricos y socioeconómicos maternos.

Zavala Y. (34), en Lima 2017, realizó la investigación “Prevalencia de bajo peso al nacer en neonatos del hospital de Ventanilla – Callao nacidos en el periodo de enero a diciembre del 2015”; investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal; tuvo como objetivo Determinar la prevalencia de BPN en neonatos en el Hospital de Ventanilla – Callao nacidos en el periodo de enero a diciembre del 2015; concluyendo que según la recolección de datos en base a las fichas de Historias Clínicas en los neonatos del Hospital de Ventanilla se encontró que 52 nacidos tuvieron BPN (12.9%) de un total de 403 nacidos.

Aguilar T. y Matta A. (8), en Chimbote 2014, realizó la investigación “Edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de apoyo La Caleta”; trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal; cuyo objetivo fue conocer la edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de Apoyo La Caleta; concluyendo que del total de 91 recién nacidos vivos, el 3.3% tuvo bajo peso y el 1.1% con muy bajo peso, siendo lo más relevante en cuanto a factores la edad de la madre, hábitos de fumar, CPN inadecuado.

Es preciso señalar que el trabajo académico que se propone, mejorar las estrategias del personal de salud del C.S. Yugoslavia para lograr disminuir la incidencia de los recién nacidos de bajo peso, a través de la sensibilización, capacitación y sinceramiento del requerimiento de personal para el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el logro de las metas propuestas.

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Disminuyendo la incidencia de los recién nacidos de bajo peso en el C.S.

Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2018

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Madre muestra interés en la prevención de RNBP.
- Mejora de los hábitos saludables de la familia
- Eficiente involucramiento de líderes de la comunidad en la prevención de RNBP.

#### **V. METAS:**

1. Disminución del 10% de la incidencia de los RNBP en C.S. Yugoslavia – Nuevo Chimbote.
2. Sensibilización al 100% de madres en prevención de RNBP.
3. 100% de familias con hábitos saludables
4. 25% Familias involucrados en problemas de RNBP
5. 02 Talleres de sensibilización para activar el CPVC de la comunidad
6. 04 Talleres de Sensibilización en la importancia del CPN.
7. 04 Jornadas de capacitación en prácticas saludables y nutrición
8. 04 Talleres de sensibilización en estilos de vida saludables
9. Equipo multidisciplinario de salud participan en la ejecución de talleres de sensibilización sobre estilos de vida saludables
10. 04 Ferias de alimentación saludable realizadas.
11. 02 campañas de salud materna y del RN en la jurisdicción del CS Yugoslavia con la participación del municipio.

12. Capacitar al 100% de Agentes Comunitarios en Salud en temas de prevención de RNBP.
13. Capacitación de Autoridades en salud materna y del RN.

## **VI. METODOLOGÍA**

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

Las estrategias para el presente proyecto es gestión de los servicios de salud, sensibilización y capacitación, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

#### **A. SENSIBILIZACIÓN**

La sensibilización se basa en concienciar a las personas, haciendo que estas voluntariamente se den cuenta de la importancia de algo, es un fenómeno de modificación de respuesta, opuesto a la habituación y diferente al condicionamiento, que provoca una respuesta innata sin necesidad de un estímulo adicional (35).

"El proceso de sensibilización representa el marco o pórtico inicial del aprendizaje. Está configurado por tres grandes procesos

de carácter afectivo-motivacional que son la motivación, la emoción y las actitudes" (35).

La motivación hace referencia al conjunto de procesos de activación, dirección y persistencia de la conducta, mientras que el control emocional se basa en la inteligencia emocional para resistir a los impulsos y auto-controlar las emociones. Las actitudes finalmente, están relacionadas con el esfuerzo, el entusiasmo y la autodisciplina que tienen los miembros de la organización para asumir los nuevos retos y cambios a los que se ven enfrentados (35) La comunidad de la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia y el personal de salud, no están sensibilizados en el impacto que tiene las prestaciones de salud en la lucha contra la disminución de la incidencia de los Recién nacidos de bajo peso al nacer y por ende en la calidad de atención del usuario interno y externo. Aspecto vital para lograr el objetivo planteado en este proyecto.

#### **Acciones:**

#### **1A. Taller de sensibilización para activar el Centro de Promoción de Vigilancia Comunal**

- Elaboración del plan para la ejecución de los talleres de sensibilización.
- Ejecución de los talleres de sensibilización.
- Activación del CPVC.
- Evaluación e informe.

**1B. Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y capacitadas en la importancia del CPN.**

- Elaboración del plan para la ejecución de los talleres de sensibilización.
- Ejecución de los talleres de sensibilización.
- Evaluación e informe.

**2B. Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables.**

- Elaboración del plan para la ejecución de los talleres de sensibilización.
- Ejecución de los talleres de capacitación.
- Evaluación e informe.

**B. DIFUSIÓN A LA COMUNIDAD**

Difusión consiste en informar a la comunidad sobre actividades que permitirán el fortalecimiento de la organización comunal, llegando al máximo número de personas que sea posible. Esto promoverá la participación activa de mujeres y varones en espacios de toma de decisiones para cuidar, observar, estar alerta a lo que está pasando en la comunidad, referida a todas las condiciones que conlleven para un buen crecimiento y desarrollo, en los diferentes escenarios de la comunidad, tales como la vivienda, los lugares de trabajo, de educación, de reuniones sociales, recreativas, etc. (36).

En el Centro de salud Yugoslavia hay escasas de actividades extramurales que repercutan en beneficio de la población sujeta de

atención bajo su jurisdicción. Para lo cual se debe tener en cuenta lo que estipula el nuevo modelo de atención integral, familiar y comunitario, el cual considera que la atención de salud debe ser un proceso continuo cuya atención se centra en las familias, desarrollando actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, dando herramientas para el autocuidado las personas. Enfatiza la promoción de estilos de vida saludables (37).

**Acciones:**

**2C. Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes (alimentación gestante) necesarios para prevenir los RNBP**

- Elaboración del plan para la ejecución de la Feria de alimentos propios de la zona.
- Implementación y ejecución de la Feria de alimentos propios de la zona.
- Evaluación e informe.

**3A. Campañas de salud materna y del RN en el distrito de Nuevo Chimbote en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (Municipio)**

- Reuniones de coordinación con autoridades.
- Elaboración del plan para la ejecución de la Campaña de salud Integral.
- Implementación y ejecución de la Feria de la Campaña de salud.
- Evaluación e informe.

## C. CAPACITACIÓN

Se define capacitación como un conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes de las personas. En salud se reconoce como un proceso educativo, sistemático y organizado a través del cual las personas se van desarrollando, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes. Involucra el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud y crear las posibilidades para actuar en la comunidad, logrando cambios que favorezcan la salud colectiva (38).

La capacitación, ubica la salud en el contexto socio-económico, político y cultural dentro de las comunidades, estimulando la producción del conocimiento y la transformación de los servicios de salud (39).

La capacitación promueve la adopción de prácticas saludables en las familias del grupo objetivo con el fin de enfrentar las causas directas e indirectas de la incidencia de RNBP, generando información relevante para la toma de decisiones de las autoridades locales. Estos insumos contribuirán a la generación de entornos saludables a nivel de la vivienda, comunidad y municipio a favor de la salud de la madre gestante y de los menores de 36 meses (36)

El personal del Centro de Salud Yugoslavia, no cuentan con la capacitación suficiente en una problemática en salud pública como es la incidencia de los Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer, es en

ese contexto es que se ubica la necesidad de desarrollar actividades de capacitación para mejorar los servicios y promover el desarrollo integral del recién nacido, que contribuya al fortalecimiento del proceso de salud (40).

Realizar reuniones mensuales o bimensuales con representantes de la comunidad, salud y municipalidad, para revisar y analizar la información de la vigilancia, tomar decisiones y asumir responsabilidades en acciones concretas que permitan la adopción de prácticas y generación entornos saludables (36).

Quienes se encuentren trabajando con esta población en situación de vulnerabilidad deben recibir una formación adecuada y específica, incluyendo el conocimiento de normas legales y técnicas, desarrollando al máximo las competencias, capacidades y habilidades necesarias para la tarea que desempeñan (40).

#### **Acciones:**

#### **2A. Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres.**

- Elaboración del plan para la ejecución de los talleres de capacitación.
- Ejecución de los talleres de capacitación.
- Evaluación e informe.

#### **3. B Capacitación a los Agentes Comunitarios de salud sobre temas de prevención de RNBP**

- Conformación del equipo responsable de la capacitación a ACS.
- Elaboración del plan de capacitación a ACS.

- Ejecución del plan de capacitación a los ACS.
- Supervisión y monitoreo del plan de capacitación.
  
- Evaluación e informe final.

### **3C. Capacitación con las autoridades sobre la importancia de la salud materna y la salud del RN**

- Conformación del equipo responsable de la capacitación a autoridades locales.
- Elaboración del plan de capacitación a las autoridades locales.
- Ejecución del plan de capacitación a las autoridades locales.
- Supervisión y monitoreo del plan de capacitación.
- Evaluación e informe final.

## **6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja en el Centro de Salud de Yugoslavia; la Jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con la Jefatura del establecimiento de salud y la dirección de la Red de Salud Pacífico Sur, así como las autoridades locales, con la finalidad de impulsar y mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

En este sentido la coordinación del proyecto tendrá especial cuidado en realizar un estrecho seguimiento de las coordinaciones con todos los componentes para asegurar que no se rompen los equilibrios que se vayan alcanzando.

## 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
Disminución de la incidencia de los RNBP en familias de la jurisdicción del C.S. Yugoslavia – Nuevo Chimbote.	10% de disminución de la incidencia de los RNBP en C.S. Yugoslavia – Nvo. Ch.	1. Recién nacidos de Bajo peso al nacer. $\frac{\text{Numero de RNBP}}{\text{Numero de RN vivos}} \times 100$	Porcentaje de Recién nacidos con bajo peso en el C.S. Yugoslavia.	1. Registro de atención de partos institucionales. 2. Registro de RN vivos. 3. Registro de Recién nacidos con bajo peso al nacer.	Semestral	Informes quincenales: FUA, HIS

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
Madre muestra interés en la prevención de RNBP	100% de madres sensibilizadas en prevención de RNBP.	2. Madres sensibilizadas en prevención de RNBP. $\frac{\text{sensibilizadas}}{\text{Numero de madres}} \times 100$ □□□□□□ □□ □□□□□□	Porcentaje de madres sensibilizadas en prevención de RNBP.	Registro de madres sensibilizadas por sesiones educativas	Semestral	Lista de chequeo
Mejora de los hábitos saludables en la familia	100% de familias con hábitos saludables	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familias con hábitos saludables}}{\text{Numero de familias}} \times 100$	Porcentaje de familias con hábitos saludables-	Registro de familias con consejería	Semestra l	Lista de chequeo
Eficiente involucramiento de líderes de la comunidad en la prevención de RNBP	25% Líderes de la comunidad involucrados en problemas de RNBP	$\frac{\text{eres e a comun involucrados}}{\text{Total de familias}} \times 100$	Porcentaje de líderes de la comunidad involucradas en problemas de RNBP	Registro de líderes de la comunidad que participan en actividades de prevención de RNBP.	Semestra l	Lista de chequeo

## 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
Familia y comunidad sensibilizados en la prevención de RNBP	<p>1. A Taller de sensibilización para activar el CPVC.</p> <p>1. B Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y capacitadas en la importancia del CPN.</p>	<p>02 Talleres de sensibilización para activar el CPVC la comunidad</p> <p>04 Talleres de Sensibilización en la importancia del CPN.</p>	<p>N° de talleres de sensibilización ejecutadas / N° de talleres programados.</p> <p>N° de talleres de sensibilización a madres líderes sobre la importancia del CPN / N° de talleres programados.</p>	<p>Numero de talleres de sensibilización ejecutadas para activas el CPVC.</p> <p>Numero de talleres de sensibilización a madres líderes sobre importancia del CPN</p>	Registros de asistencia a l talleres	Cada 15 días	Registro de familias sensibilizadas.
Líderes comunales capacitados en estilos de vida saludables	2. A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables	04 Talleres de sensibilización en estilos de vida saludables.	N° Taller de sensibilización en estilos de vida saludables realizadas.	Numero de talleres de sensibilización ejecutadas en estilos de vida saludables	Registro de asistencia de Líderes comunales a los talleresde capacitación.	Cada 15 días	Registro de Líderes comunales capacitados

Madres sensibilizadas en prácticas y alimentación saludable	2. B Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres.	04 Jornadas de capacitación en prácticas saludables y nutrición	Nº de Talleres de capacitación a madres en prácticas saludables y nutrición ejecutadas / Nº de talleres programados.	Numero de talleres de capacitación en prácticas saludables ejecutadas	Registros de asistencia a los talleres	Cada 15 días	Registro de familias sensibilizadas.
---	---	---	--	---	--	--------------	--------------------------------------

Ferias y Campañas de salud materna y del RN	<p>Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes (alimentación gestante) necesarios para prevenir los RNBP</p> <p>Campañas de salud materna y del RN en el distrito de Nuevo Chimbote en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (Municipio)</p>	<p>04 Ferias de alimentación saludable realizadas</p> <p>02 campañas de salud materna y del RN en la jurisdicción del CS Yugoslavia con la participación del municipio.</p>	<p>Nº de Ferias de alimentación saludable ejecutadas</p> <p>Campañas de salud materna y del RN realizadas</p>	<p>Numero de ferias de alimentación saludable ejecutadas.</p> <p>Numero de campañas de atención integral a la madre y al RN</p>	<p>Registro de asistencia a las ferias de alimentación saludables</p> <p>Registro de atenciones en la Campaña de salud materna y del RN</p>	<p>4 semanas</p> <p>4 semanas</p>	<p>Lista de chequeo</p> <p>Lista de chequeo</p>
---	--	---	---	---	---	-----------------------------------	---

Agentes Comunitarios de Salud capacitados en temas de prevención de RNBP.	Capacitación a los Agentes Comunitarios de salud sobre temas de prevención de RNBP.	100% de ACS capacitados en temas de prevención de RNBP	Talleres de capacitación y reuniones de sensibilización a los Agentes Comunitarios de salud	Numero de talleres de capacitación y sensibilización ejecutadas a ACS	Registro de ACS asistentes a los talleres de capacitación.  Informe de la actividad.	Cada 15 días	Registro de ACS asistentes
Municipios capacitados	Capacitación con las autoridades sobre la importancia de la salud materna y la salud del RN	Capacitación de Autoridades en salud materna y del RN	Nº de Capacitaciones de autoridades en temas relacionados a salud materna y del RN.	Numero de capacitaciones ejecutadas a autoridades en temas de salud materna y del RN	Registro de municipios asistentes a las capacitaciones.	Cada 15 días	Lista de chequeo

## 7.1. Beneficios

- **Beneficios con proyecto**
  - Disminución de la incidencia de Recién nacidos de bajo peso al nacer en la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia.
  - Familia y comunidad sensibilizado en la lucha contra la incidencia de Recién nacidos de bajo peso.
  - Agentes Comunitarios de Salud de la jurisdicción del C.S. Yugoslavia capacitados.
  - Autoridades locales sensibilizadas.

### □ Beneficios sin proyecto

- *Aumento de la incidencia de Recién nacidos de bajo peso en la jurisdicción del Centro de Salud Yugoslavia*
  - Aumento de los casos de recién nacidos de bajo peso al nacer.
    - Familia y comunidad no sensibilizado
    - Agentes Comunitarios de Salud no capacitados.
  - Autoridades locales no comprometidas con la lucha de la prevención de los RNBP.

## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1. Materiales para Capacitación

N°	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local Comunal	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.50	2000	0.00	<b>1,000.00</b>
4	Fotocopias	0.10	4000	0.00	<b>400.00</b>
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	250	0.00	<b>500.00</b>
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
7	Refrigerio	2.50	1000	0.00	<b>2,500.00</b>
8	Movilidad local	5.00	1000	0.00	<b>5,000.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN</b>					<b>9,400.00</b>

### 8.2. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local Comunal	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	<b>0.00</b>
3	Impresiones	0.50	1250	0.00	<b>625.00</b>
4	Fotocopias	0.10	2000	0.00	<b>200.00</b>
6	Refrigerio	2.50	1000	0.00	<b>2,500.00</b>
7	Movilidad local	5.00	1000	0.00	<b>5,000.00</b>
<b>COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.</b>					<b>8,325.00</b>

### 8.3. RESUMEN DE PRESUPUESTO:

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>APORTE REQUERIDO S/.</b>	<b>APORTE PROPIO S/.</b>	<b>COSTO TOTAL S/.</b>
Capacitación	4,275.00		9,400.00
Talleres de sensibilización	5,180.00		8,325.00
<b>TOTAL</b>			<b>17,725.00</b>

**IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES**

**PLAN OPERATIVO**

**OBJETIVO GENERAL: Disminuyendo la incidencia de los recién nacidos de bajo peso en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote. 2018.**

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		INDICADOR					INDICADOR
					2018		2019		2020	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	I	
1	Elaboración del trabajo académico “Disminuyendo la incidencia de Recién nacidos de bajo peso en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2018.”	1	Informe	500.00	X					Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la dirección de la Red de Salud Pacifico Sur	1	Informe	150.00	X					Proyecto Presentado

3	Reunión con la Jefatura del CS y de Enfermería para formar comité de apoyo a la ejecución del proyecto	1	Informe	200.00		X				Reunión realizada
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	17,725.00			X	X		Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	500.00					X	Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	200.00					X	Proyecto presentado

## PLAN OPERATIVO

### OBJETIVO ESPECIFICO 1: Madre muestra interés en la prevención de RNBP

No	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Taller de sensibilización para activar el CPVC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de sensibilización</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	1,325.00	X	
					X	
					X	
					X	
					X	

2	Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización</li> </ul>	Taller	2,340.00	X	
	capacitadas en la importancia del CPN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de sensibilización</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>			X	
					X	X
						X

3	Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de capacitación</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de capacitación.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	1,920.00	X	
					X	
					X	X
					X	X

**OBJETIVO ESPECIFICO 2:** Mejora de los hábitos saludables de la familia

No	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II

1	Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de sensibilización</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	2,300.00	X   X  X	X   X
2	Talleres para cambios de estilos de vida de manera coordinada e integral con un equipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de capacitación.</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> </ul>	Taller	2,360.00	X   X	

	multidisciplinario de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de sensibilización</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>			X	X
3	Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes (alimentación gestante) necesarios para prevenir los RNBP	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan de la Feria de alimentos propios.</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de las ferias de alimentos propios.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	2,200.00	X	X

**OBJETIVO ESPECIFICO 3:** Eficiente involucramiento de líderes de la comunidad en problemas de RNBP

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Campañas de salud materna y del RN en el distrito de Nuevo Chimbote en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (Municipio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan de las campañas de salud.</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de las campañas de salud.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Campaña	2,500.00	X  X  X X	   X X
2	Capacitación a los Agentes Comunitarios de salud sobre temas de	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de capacitación.</li> </ul>	Taller	1,400.00	X	

	prevención de RNBP	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de capacitación.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>			X	
					X	
					X	X
						X
3	Capacitación con las autoridades sobre la importancia de la salud materna y la salud del RN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan de capacitación.</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar su aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres de capacitación.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	1,380.00	X	
					X	
					X	
					X	X
						X

## **X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención “Disminución de la incidencia de Recién nacidos de bajo peso en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2018” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de enfermería, jefatura de servicio y del Centro de salud, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Disminución de la incidencia de Recién nacidos de bajo peso en el C.S. Yugoslavia, Nuevo Chimbote 2018”.

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

- Dirección Regional de Salud de Ancash.

## **XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA**

1. Villamonte W. et al. Peso al nacer en recién nacidos a término en diferentes niveles de altura en el Perú. [Internet]. Perú: Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia; 2011. [consultado el 4 de junio del 2018]. Disponible en URL: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322011000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322011000300003)
2. Mendoza A. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. [Tesis de Licenciatura]. Argentina; 2006. [consultado el 24 de junio del 2018]. Disponible en URL: <http://www.fem.uncu.ed.ar.vol02>.
3. Ticona M, Huanco D y Ticona V. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. [Internet]. México: Ginecología y Obstetricia Mexicana; 2012. [consultado el 13 de junio del 2018]. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2012/gom122b.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. [Internet]. Perú; 2016. [consultado el 29 de mayo de 2018]. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
5. Organización Mundial de la Salud. Un Nuevo Enfoque Global sobre Nacimientos Prematuros. [Internet]. Nueva York, 2012. [consultado el 19 de mayo de 2018]. Disponible en URL: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116\\_wpd\\_press\\_releas%20e\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121116_wpd_press_releas%20e_es.pdf) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/%20>
6. Ministerio de Salud. Boletín informativo de nacimientos Perú 2015: registrados en línea. [Internet]. Lima: CNV; 2016. [Consultado el 08 de diciembre de 2018] Disponible en URL: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin\\_CNV\\_16.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf)
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES): Departamento de Ancas. [Internet]. Lima: ENDES; 2013. [Consultado el 08 de diciembre de 2018] Disponible en URL: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/)

Lib1112/Libro.pdf

8. Aguilar T. y Matta A. Edad gestacional y peso del recién nacido relacionados a factores sociales, nutricionales y obstétricos en adolescentes. Hospital de apoyo la Caleta. [Internet]. Chimbote: UNS; 2014. [Consultado el 9 de diciembre de 2018] Disponible en URL:  
<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/2017>
9. Faneite P. et al. Bajo peso al nacer. Importancia. Caracas: Venezuela. Rev. Obstetricia y ginecología; 2006. [Internet]. [consultado el 19 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S00487322006000300002&script=sci> [Noviembre, 2011].
10. Zea L. Cuidar de otros: condición humana y esencia de una profesión. [Internet]. Colombia: Universidad de Antioquia; 2003. [consultado el 21 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105217944012>.
11. Muñoz J. Guía de Cuidados del recién nacido. [Internet]. España: Hospital Universitario Reina Sofía; 2012. [consultado el 22 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
[https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/publicaciones\\_enfermeria/recien\\_nacido.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/recien_nacido.pdf).
12. Barrios F. Cuidado del recién nacido con bajo peso al nacer. [Internet]. Venezuela; 2004. [consultado el 22 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
[www.scielo.org.ve/pdf/rsvm/v28n1/art11.pdf](http://www.scielo.org.ve/pdf/rsvm/v28n1/art11.pdf).
13. Domínguez L. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005.
14. Ventura V y Tapia J. El recién nacido normal: atención inmediata, cuidado de transición y puerperio. [Internet]. Cuba: Revista Médica de Pediatría; 2005. [consultado el 10 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol3/2/5/san2005.pdf>

15. Wilson D. Manual de Enfermería Pediátrica - Cuidados inmediato del recién nacido. México: McGraw Hill; 2009.
16. Leal M. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. [Internet]. La Habana – Cuba: Revista Cubana de salud pública; 2008. [consultado el 11 de junio de 2018]. Disponible en URL: <http://www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S004877322006000300002&script=sci>
17. Orea I. Bajo peso al nacer. Influencia de algunos factores de riesgo. [Internet]. Costa Rica. Revista Indesa; 2009. [consultado el 15 de junio de 2018]. Disponible en URL: [http://www.scielo.sa.cr/cielo.php?script=sci\\_abstract](http://www.scielo.sa.cr/cielo.php?script=sci_abstract)
18. Alvarez R. Evolución del peso del prematuro con alta precoz y atención domiciliar de enfermería. Barcelona: Anales de Pediatría; 2014. [consultado el 25 de junio de 2018]. Disponible en URL: [https://ac.elscdn.com/S2341287914001082/1-s2.0-S2341287914001082main.pdf?\\_tid=6bac3415-8658-4069-81af-41ba17dccf8a&acdnat=1531084113\\_c1c94a57cef1e2f0bd514aab3587bad7](https://ac.elscdn.com/S2341287914001082/1-s2.0-S2341287914001082main.pdf?_tid=6bac3415-8658-4069-81af-41ba17dccf8a&acdnat=1531084113_c1c94a57cef1e2f0bd514aab3587bad7)
19. Anton J. Influencia del área sensorial en el desarrollo de niños prematuros de 0-12 meses en el servicio de terapia física y rehabilitación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo: Universidad Alas Peruanas, 2015.
20. Soldevilla M. Factores biosocioculturales de madres adolescentes relacionados con el bajo peso del recién nacido. [Internet]. Huancayo: Universidad Nacional de Trujillo; 2012. [consultado el 28 de junio de 2018]. Disponible en URL: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8732>
21. Colmenares Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. [Internet]. España: Universidad de Murcia; 2008. [consultado el 20 de junio de 2018]. Disponible en URL: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93631>
22. Miranda R. Factores Bio-psicosociales relacionados al Embarazo en Adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa El Salvador.

- [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos: Perú; 2004. [consultado el 18 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3236>
23. Bortman M. Factores de riesgo de bajo peso”. Lima: Revista Panamericana de Salud; 2005.
  24. Israel L. Algunos factores Maternos relacionados con el bajo peso al nacer. [Internet]. Cuba: Revista cubana de Obstetricia y Ginecología; 2014. [consultado el 27 de junio de 2018]. Disponible en URL:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2004000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100001)
  25. Villanueva Z. Procedimiento de Enfermería en el Cuidado del RN inmediato y período de adaptación: aspiración de secreciones, aspiración con bombilla, aspiración con sonda gástrica, lavado gástrico. Lima: Hospital Edgardo Rebagliati Martins; 2012.
  26. Ortiz R, Cardenas V y Flores Y. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante. [Internet] [consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/teorizaciones2.pdf>
  27. Alvarado L, Guarín L y Cañón W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. [Internet]. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2011. [consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706>
  28. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Perú: MINSA; 2017.
  29. Rojas E, Mamani Y, Choque M. et al. Bajo peso al nacer y sus factores asociados en el Hospital Materno infantil Germán Urquidí. Cochabamba, Bolivia. [Internet]. Bolivia: Gaceta Médica Boliviana; 2015. [consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662015000100006](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662015000100006)

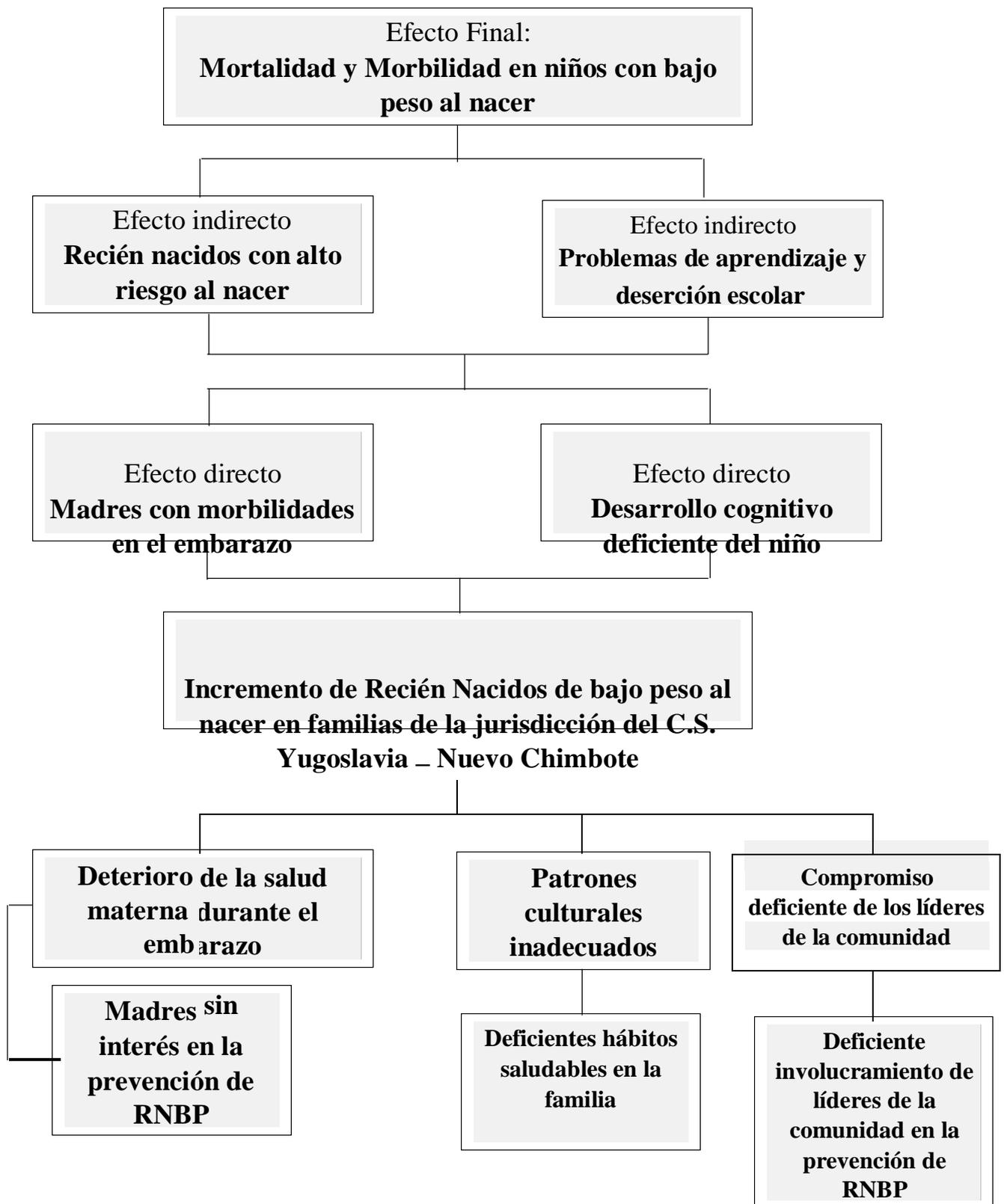
30. Rivas M. y Solis R. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Escuela Asunción de Juigalpa de Enero 2014 a Enero 2015. [Internet]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. [consultado el 9 de diciembre 2018]. Disponible en URL: <http://repositorio.unan.edu.ni/1418/1/4751.pdf>
31. Lalaleo M. Factores que influyen en el bajo peso al nacer en niños atendidos en el área de neonatología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro. [Internet]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2015. [consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/498/1/TUAMED0392015.pdf>
32. Lazo V. Factores maternos asociados a bajo peso en recién nacidos a término. [Internet]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2014. [Consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/96/VANESSA%20LAZO%20CHUCOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Villacorta E. Factores asociados para bajo peso al nacer en recién nacidos a término en el hospital Cesar Garayar Garcia. [Internet]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015. [Consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3689/Victor\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3689/Victor_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Zavala Y. Prevalencia de bajo peso al nacer en neonatos del hospital de Ventanilla – Callao nacidos en el periodo de enero a diciembre del 2015. [Internet]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. [Consultado el 09 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1375/T-TPMC-Yanira%20Rosa%20Damaris%20Zavala%20Bazan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Londoño, K. Estrategias de sensibilización que promueva una cultura organizacional de calidad. [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada Bogotá Colombia; 2013. [consultado el 14 de junio del 2018]. Disponible en URL:

<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10874/1/Londo%C3%B1oKatherinStefanie2013.pdf>

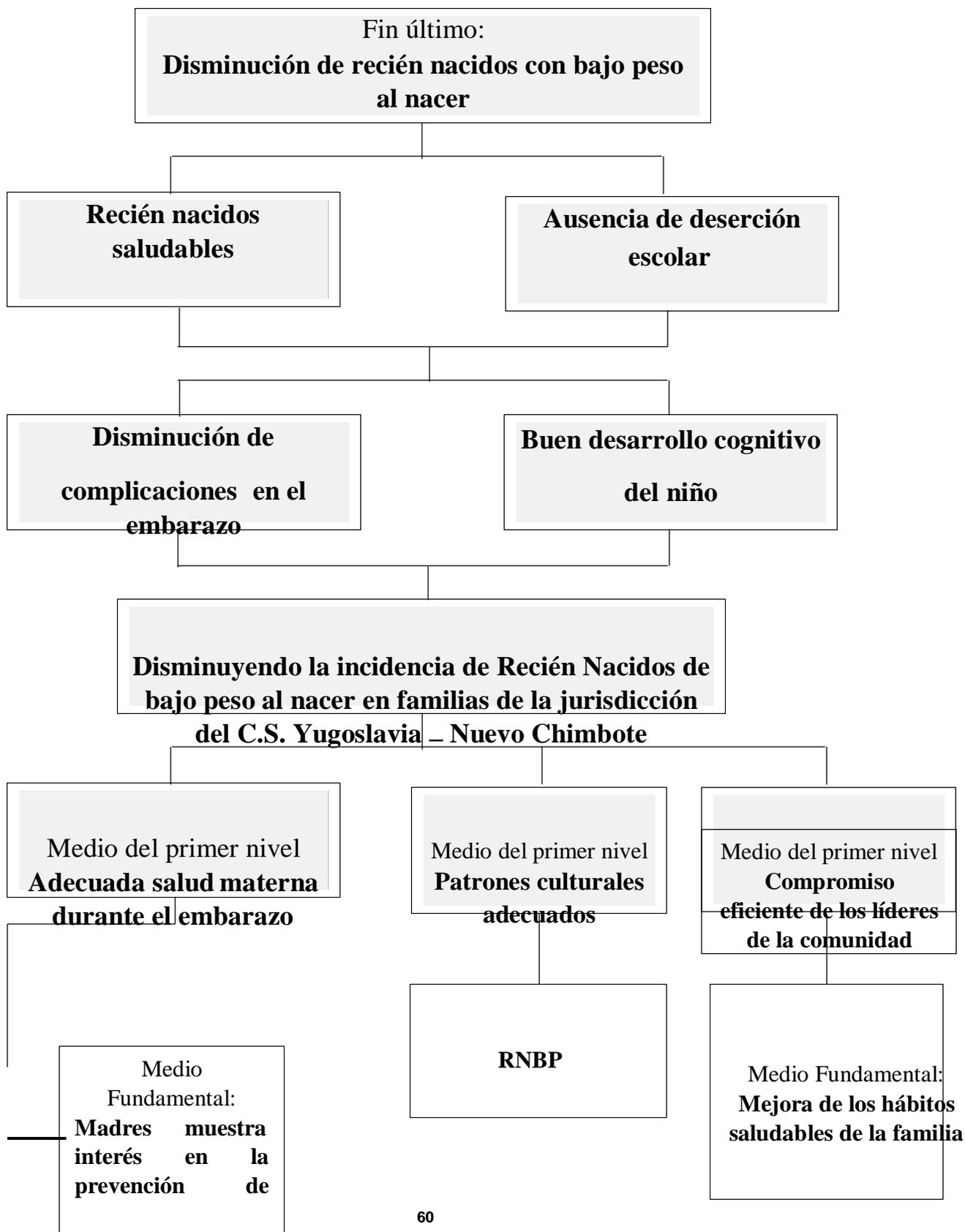
36. Ministerio de Salud. Criterios técnicos para el funcionamiento del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño. Lima: MINSA; 2013
37. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Ministerio de Salud, Lima; 2011
38. Ministerio de Salud. Guía técnica de gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible. Lima: MINSA; 2012.
39. Charcape S. Fortaleciendo el servicio de central de esterilización del hospital La Caleta Chimbote. [Tesis segunda especialidad]. Chimbote: ULADECH; 2017.
40. Organización Panamericana de la Salud. Programa de capacitación en prevención y atención de salud. Organización Panamericana de Salud. [Internet]. [consultado el 30 de junio del 2018]. Disponible en URL: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=506-orden-g-manual-partic-eq-salud-6&category\\_slug=publications&Itemid=307](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=506-orden-g-manual-partic-eq-salud-6&category_slug=publications&Itemid=307)

# ANEXOS

## ANEXO 1: ÁRBOL CAUSA - EFECTO

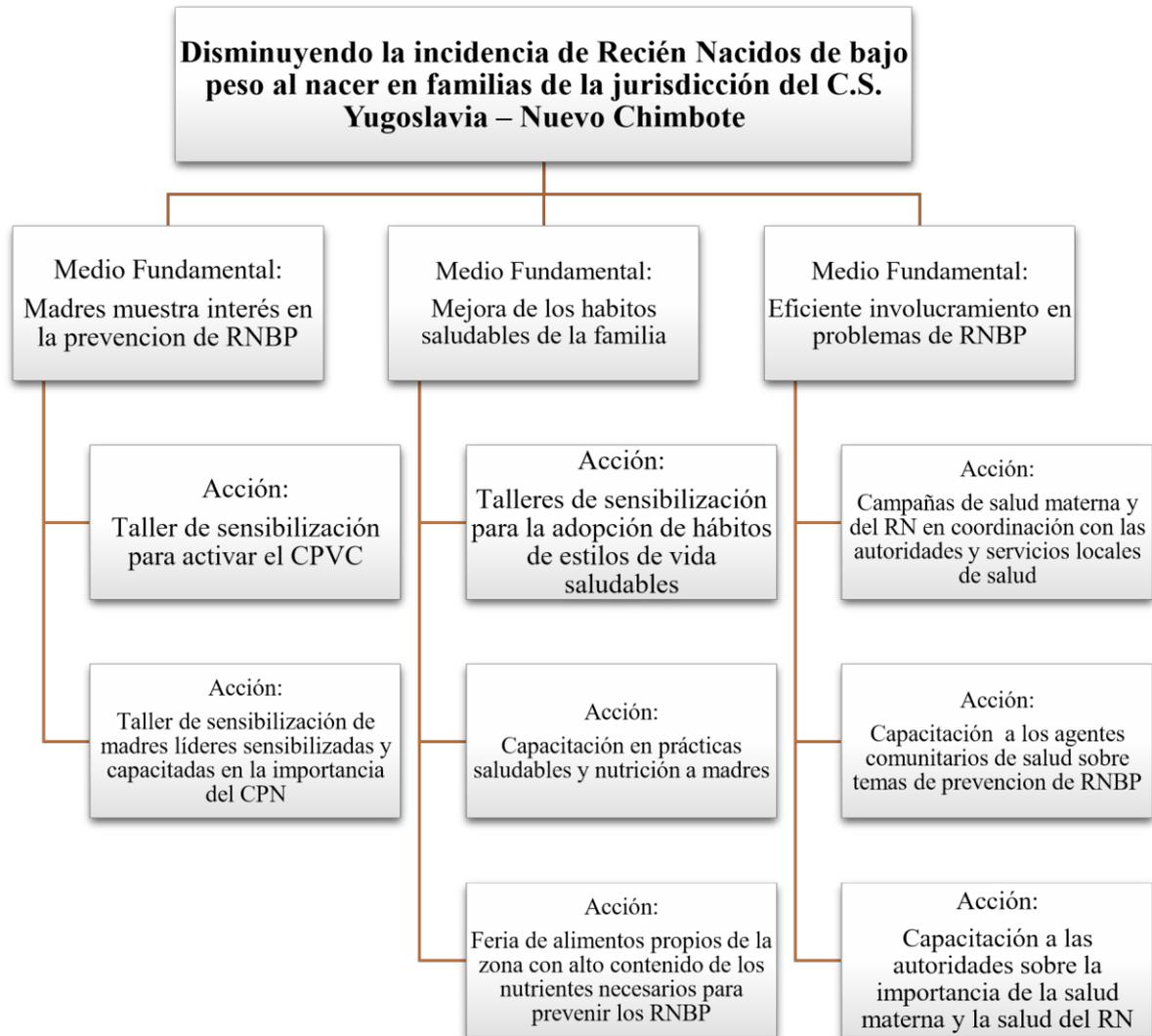


## ANEXO 2: MEDIOS Y FINES



Medio Fundamental:  
**Eficiente**  
**involucramiento de**  
**líderes de la**  
**comunidad en la**  
**prevención de RNBP**

## ANEXO 4 Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas



## MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Correspondencia					
	Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Disminución de Recién nacidos con bajo peso al nacer				
Propósito	Disminuyendo la incidencia de Recién nacidos de bajo peso al nacer en familias de la jurisdicción del C.S. Yugoslavia	10% de disminución de la incidencia de los RNBP en C.S. Yugoslavia.	Recién nacidos de Bajo peso al nacer. $\frac{\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square}{\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square\square} \square 100$	Registro de atención de partos institucionales.  Registro de RN vivos.  Registro de Recién nacidos con bajo peso al nacer.	Disminución de la incidencia de RNBP

Componentes	<p><b>1.</b> Madre muestra interés en la prevención de RNBP</p> <p><b>2.</b> Mejora de los hábitos saludables en la familia</p> <p><b>3.</b> Eficiente involucramiento de líderes de la comunidad en la prevención de RNBP.</p>	<p>100% de madres sensibilizadas en prevención de RNBP.</p> <p>100% de familias con hábitos saludables</p> <p>25% Familias involucradas en problemas de RNBP</p>	<p>1. Madres sensibilizadas en prevención de RNBP.</p> $\frac{\text{sensibilizadas}}{\text{Numero de madres}} \times 100$ <p>□□□□□□ □□ □□□□□□</p> <p><i>N° de familias con hábitos saludables</i></p> $\frac{\text{habitos saludables}}{\text{Numero de familias}} \times 100$ <p><i>involucrados</i></p> $\frac{\text{Total de familias}}{\text{Total de familias}} \times 100$ <p>□° □□ □□□□□□ □□ □□ □□□□□□□□</p>	<p>Registro de madres sensibilizadas por sesiones educativas</p> <p>Registro de familias con consejería</p> <p>Registro de líderes de la comunidad que participan en actividades de prevención de RNBP.</p>	<p>Madres sensibilizadas en prevención de RNBP</p> <p>Familias sensibilizadas en hábitos saludables.</p> <p>Líderes de la comunidad involucradas en problemas de RNBP.</p>
-------------	---	--	---	---	--

Acciones	<p>1. A Taller de sensibilización para activar el CPVC a quienes la conforman.</p> <p>1. B Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y capacitadas en la importancia del CPN.</p> <p>2. A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables a líderes comunales</p> <p>2. B Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres.</p>	<p>02 Talleres de sensibilización para activar el CPVC de la comunidad</p> <p>04 Talleres de Sensibilización en la importancia del CPN.</p> <p>04 Talleres de sensibilización en estilos de vida saludables</p> <p>04 Jornadas de capacitación en prácticas saludables y nutrición</p>	<p>N° de talleres de sensibilización ejecutadas</p> <p>N° de talleres de sensibilización a madres líderes sobre la importancia del CPN.</p> <p>Taller de sensibilización en estilos de vida saludables realizadas.</p> <p>Taller de capacitación a madres en prácticas saludables y nutrición.</p>	<p><input type="checkbox"/> Registros de asistencia a los talleres</p> <p><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de asistencia de las madres líderes a los talleres</p> <p><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de asistencia a los talleres de capacitación.</p> <p><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de asistencia de madres a los talleres.</p> <p><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres</p>	<p>Componentes del CPVC (ACS, líderes comunales, autoridades locales y comunales, personal de salud).</p> <p>Madres líderes capacitadas en la importancia del CPN.</p> <p>Líderes comunales capacitadas practican estilos de vida saludables</p> <p>Madres capacitadas ejecutan practicas saludables</p>
----------	---	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--



	<p>2. C Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes (alimentación gestante) necesarios para prevenir los RNBP</p>	<p>04 Ferias de alimentación saludable realizadas</p>	<p>Ferias de alimentación saludable ejecutadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Registro de asistencia a las ferias de alimentación saludables</li> <li><input type="checkbox"/> Informe de la actividad.</li> <li><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de las ferias de alimentación saludable.</li>   <li><input type="checkbox"/> Registro de atenciones en la Campaña de salud materna y del RN</li> <li><input type="checkbox"/> Informe de la actividad.</li> <li><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de las Campaña de salud materna y del RN.</li>   <li><input type="checkbox"/> Registro de ACS asistentes a los talleres de capacitación.</li> <li><input type="checkbox"/> Informe de la actividad.</li> <li><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de los</li> </ul>	<p>Población participa activamente en las ferias de alimentación saludable con exposición de alimentos propio de la zona</p> <p>Gobierno local asumen con responsabilidad la implementación, ejecución y evaluación de las campañas de salud</p> <p>Campañas de salud materna y del RN ejecutadas con éxito.</p> <p>ACS capacitados desarrollan actividades de prevención del RNBP</p>
	<p>3. A Campañas de salud materna y del RN en el distrito de Nuevo Chimbote en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (Municipio)</p>	<p>02 campañas de salud materna y del RN en la jurisdicción del CS Yugoslavia con la participación del municipio.</p>	<p>Campañas de salud materna y del RN realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informe de la actividad.</li> <li><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de las Campaña de salud materna y del RN.</li> </ul>	<p>Gobierno local asumen con responsabilidad la implementación, ejecución y evaluación de las campañas de salud</p>
	<p>3. B Capacitación a los Agentes Comunitarios de salud sobre temas de prevención de RNBP</p>	<p>100% de ACS capacitados en temas de prevención de RNBP</p>	<p>Talleres de capacitación y reuniones de sensibilización a los Agentes Comunitarios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de los</li> </ul>	<p>ACS capacitados desarrollan actividades de prevención del RNBP</p>

				talleres de capacitación.	
--	--	--	--	---------------------------	--

	3. C Capacitación con las autoridades sobre la importancia de la salud materna y la salud del RN	Capacitación de Autoridades en salud materna y del RN	2. Capacitación de autoridades en temas relacionados a salud materna y del RN.	<input type="checkbox"/> Registro de municipios asistentes a las capacitaciones.	Autoridades comprometidas realizan actividades de cuidado de la salud materna y del RN
--	--	---	--	--	--





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH  
RED DE SALUD PACIFICO SUR



# ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

MICRORRED YUGOSLAVIA



2018

## ÍNDICE

### **PRESENTACIÓN CAPITULO I INTRODUCCIÓN CAPITULO II CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD GENERALIDADES**

- 1.1 Ubicación geográfica y límites
- 1.2 Extensión territorial
- 1.3 División política
- 1.4 Caracterización física de la Microrred Yugoslavia (Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco)
- 1.5 Legislación y creación de los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco.
- 1.6 Descripción del territorio

### **UBICACIÓN DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA EN LA RED PACIFICO SUR RESUMEN DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD: CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA 2018 INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS 1.**

#### **Características de La Población**

- 1.1 Población de la Provincia del Santa por distritos
- 1.2 Población de la Microrred Yugoslavia

### **CAPITULO III ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD Descripción y análisis de la morbilidad por consultorio externo Morbilidad de consulta externa por etapas de vida Morbilidad de consulta externa por género CAPITULO IV RESPUESTA SOCIAL DE SALUD ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD TERRITORIAL CONCLUSIONES REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud debe ser entendido como un proceso destinado a mejorar el conocimiento de la salud de la población, a través del conocimiento de las características del estado de salud de la población y sus determinantes, por parte de entidades encargadas de brindar servicios de salud, para la mejora la continua prestación de la atención.

El esfuerzo por efectuar un Análisis de la Situación de Salud desde la perspectiva de una Microrred de baja complejidad, no solo implica la necesidad de sistematizar toda la información obtenida de sus actividades asistenciales, preventivas y promocionales, sino también de mostrar un esfuerzo valioso relacionado a una organización que cumple con sus objetivos, en medio de políticas financieras y de inversión muy limitadas para las actividades del sector salud en el país.

La dinámica con la que se movilizan los diferentes riesgos y daños a la salud en la comunidad, podría definir el surgimiento de nuevos escenarios de transición entre las enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles con relación a las entidades degenerativas o no transmisibles, como reflejo de los procesos sociales y económicos que ha experimentado el país en los últimos años.

Tales variaciones en los procesos de salud-enfermedad, obligan al sistema nacional de salud a replantear su visión del futuro y sus mecanismos para la concepción de una adecuada oferta frente a una demanda que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la salud de la población de la Microred Yugoslavia. Asimismo, proceso de descentralización y reforma de salud, demanda el fortalecimiento de los niveles locales en el conocimiento de sus reales necesidades y capacidades para una planificación de la salud con enfoque territorial, para el uso racional y eficiente de sus recursos en salud.

En este sentido, el presente documento recopila información de las condiciones socio - demográficas, características de morbilidad y mortalidad así como la respuesta que la sociedad realiza hacia los principales problemas de salud de la jurisdicción. Asimismo, para su preparación ha sido necesario utilizar diferentes fuentes de información y publicación realizadas a nivel local en los últimos años, teniendo como antecedente base el Análisis de los Factores Condicionantes de la Salud, el estudio de las Prioridades Regionales, Información clasificada de la Dirección de Estadística e Informática, así como informes realizados por instituciones tanto públicas como privadas.

La Microred Yugoslavia, asume el compromiso de mejorar permanentemente el análisis de la información sobre los problemas de salud, así como de sus factores determinantes, y cumplir con el rol que le compete, contribuyendo a la consecución de una salud de calidad para todos los pobladores del ámbito jurisdiccional.

## **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

El presente documento técnico “Análisis Situacional de Salud Microrred Yugoslavia 2018”, responde a la necesidad de optimizar la planificación local en salud, elemento sustancial en el desarrollo del actual proceso de descentralización de la función salud y fortalecer a un futuro modelo de Inteligencia Sanitaria local.

El Análisis de Situación de Salud Local (ASIS Local) es un procedimiento que permite conocer y analizar el proceso de salud-enfermedad de grupos, comunidades o poblaciones, identificar sus factores determinantes y evaluar el grado en que los servicios de salud responden a las necesidades de la población; con el fin de identificar o diagnosticar problemas y necesidades prioritarios de salud, los cuales deben servir como parte del proceso de planificación local y la toma de decisiones.

La Microrred Yugoslavia, es un órgano desconcentrado de la Red de Salud Pacifico Sur, que desarrolla actividades de atención de salud. Comprende 2 distritos de la

Provincial del Santa: Nuevo Chimbote y Samanco, para lo cual contamos con 9 establecimientos de salud (1 Centro de Salud y 8 Puestos de Salud). El Distrito de Nuevo Chimbote concentra el 18.83% de la población de la Provincia del Santa mientras que el Distrito de Samanco el 1%.

El objetivo principal del presente documento es el de guiar a los equipos locales de salud de los establecimientos de la Microrred Yugoslavia en la elaboración del ASIS Local, dentro del marco del proceso de descentralización, que demanda la transferencia de la gestión de salud local, la modernidad de la gestión en salud, la participación multisectorial, la priorización de los problemas sanitarios, el análisis de la vulnerabilidad territorial y el fortalecimiento de la organización en redes y micro redes del sistema local de salud.

## **CAPITULO II CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DE LA SITUACIÓN DE SALUD**

### **1. GENERALIDADES**

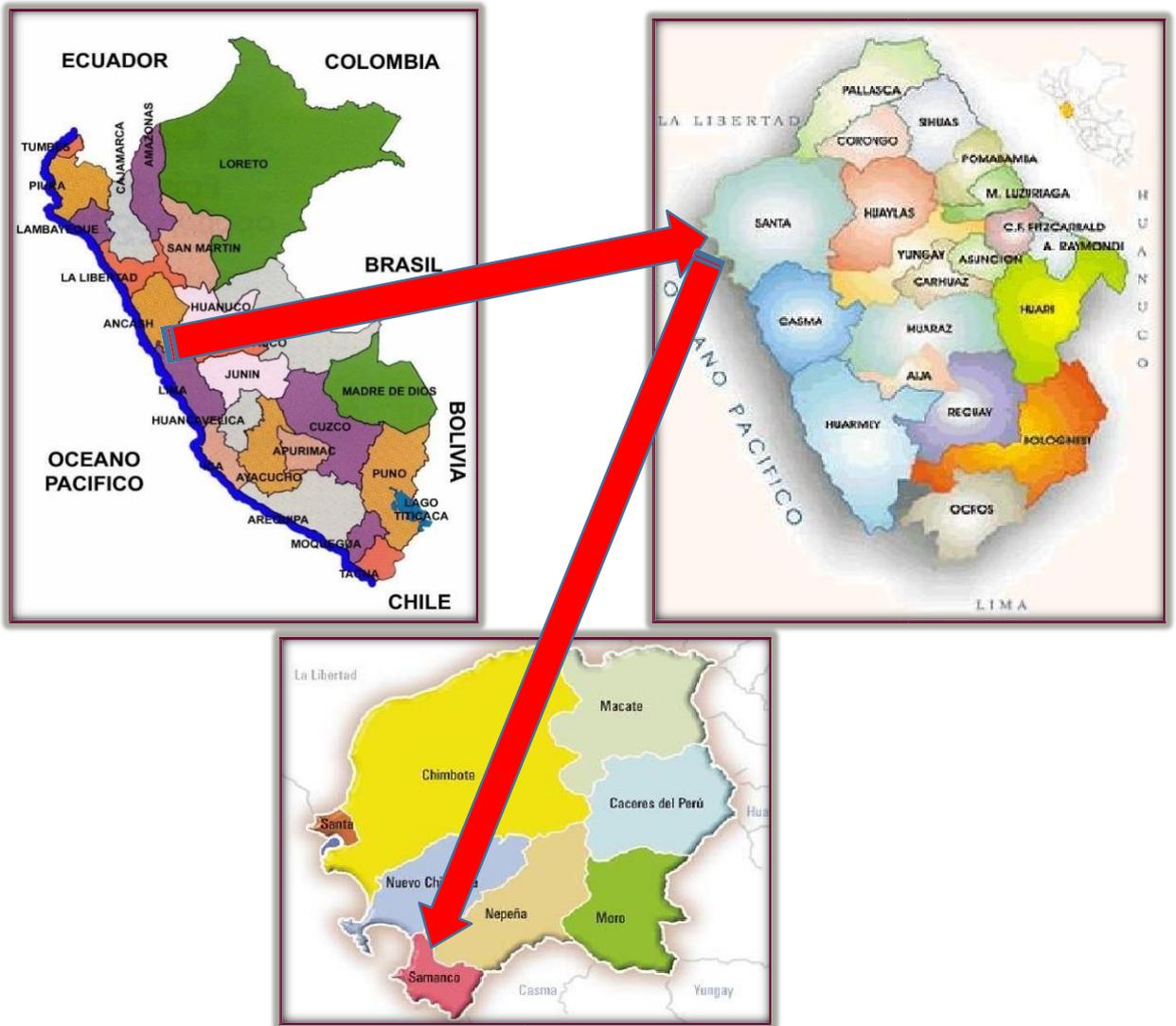
#### **1.1. Ubicación Geográfica y Límites:**

Geográficamente, la Microrred de Salud Yugoslavia se encuentra ubicada en el Departamento de Ancash, Provincia del Santa y comprende los distritos de Nuevo Chimbote y Samanco.

El Distrito de Nuevo Chimbote se halla a 9° 7'19.07" de latitud sur y 78° 31' 51.63" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, a 25 m.s.n.m. El Distrito de Samanco se ubica a 9°15'41.80" de latitud sur y 78°29'47.76" de longitud oeste, a 21 m.s.n.m.

**ANCASH EN EL PERÚ.**

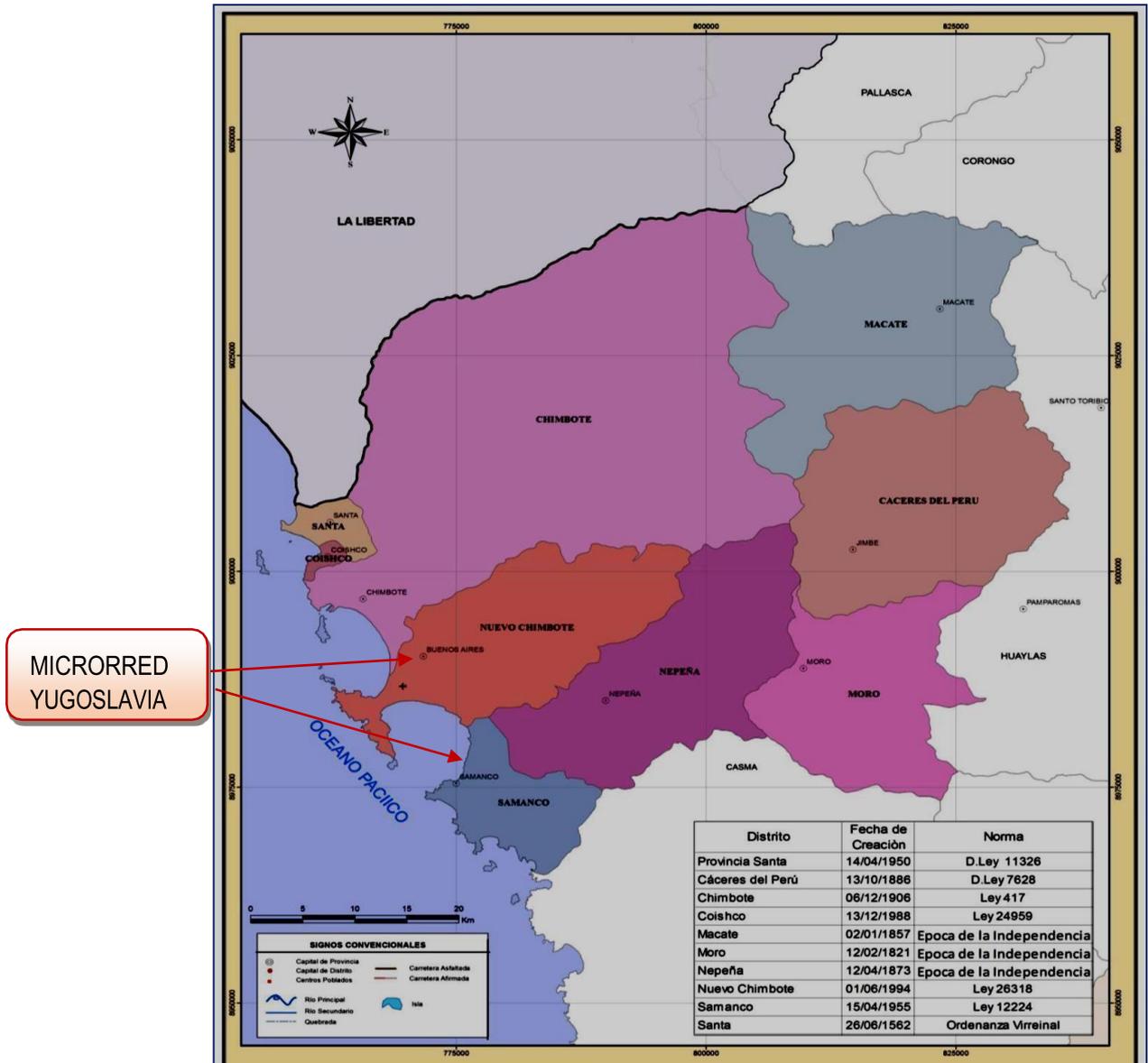
**PROVINCIA DEL SANTA EN  
ANCASH.**



### 1.3. División Política

La Microrred Yugoslavia, políticamente comprenden los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco, de la Provincia del Santa.

**MAPA POLÍTICO DE LA PROVINCIA DEL SANTA.**



Fuente: Municipalidad Provincial del Santa - 2018

**1.4. Caracterización Física de los Distritos de la Microrred Yugoslavia** En la Microrred Yugoslavia se distinguen claramente dos espacios: costero urbano y costero rural, siendo el primero el más extenso.

1.4.1.- Sub Espacio Costero Urbano.- Comprende las zonas urbanas cercanas de la franja litoral y con mayor concentración poblacional.

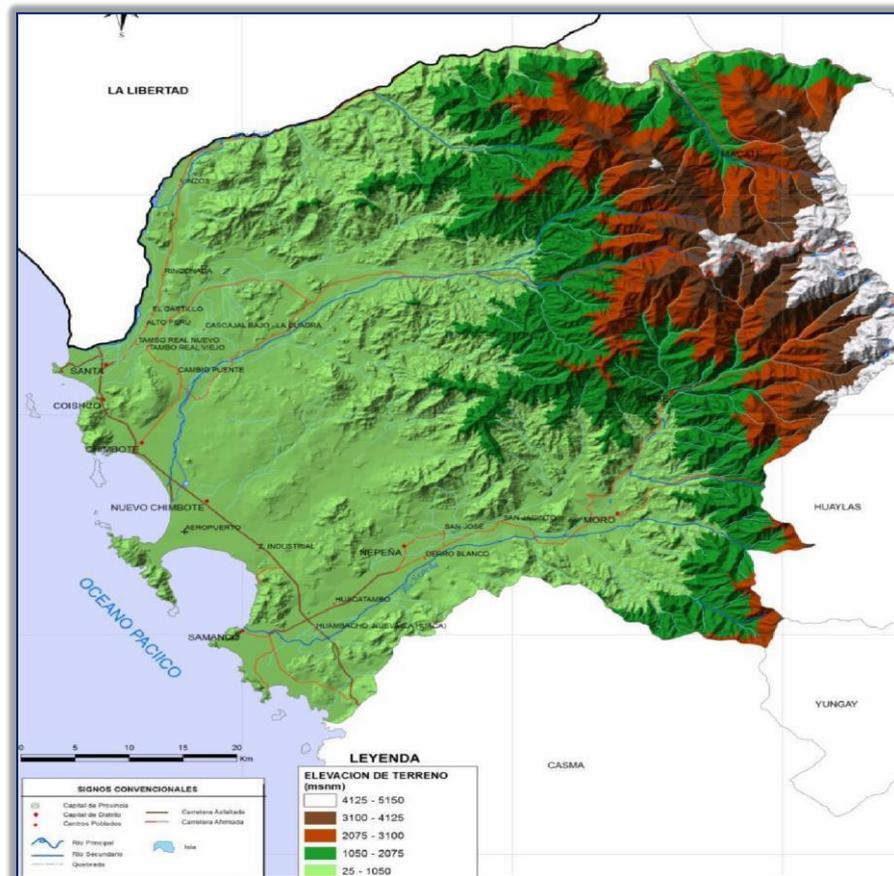
Este espacio constituye el eje de desarrollo provincial, por presentar elevados niveles de integración geográfica y económica, debido a la presencia de una red vial en su mayoría asfaltada y que atraviesa los principales centros urbanos favoreciendo las

actividades agrícolas, turísticas, comerciales, etc.; un aeropuerto nacional administrado por CORPAC S. A.

El Distrito de Nuevo Chimbote es netamente urbano, al 2012 tiene el 99.19% de su población urbana. Con la población proyectada al año 2018, la tendencia se mantiene y consolida; en tanto que, el Distrito de Samanco concentra el 72.83% de sus poblaciones habitando en áreas urbanas.

1.4.2.- Sub Espacio Costero Rural.- Incluye el 0.81% y 27.17% de los centros poblados de los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco respectivamente.

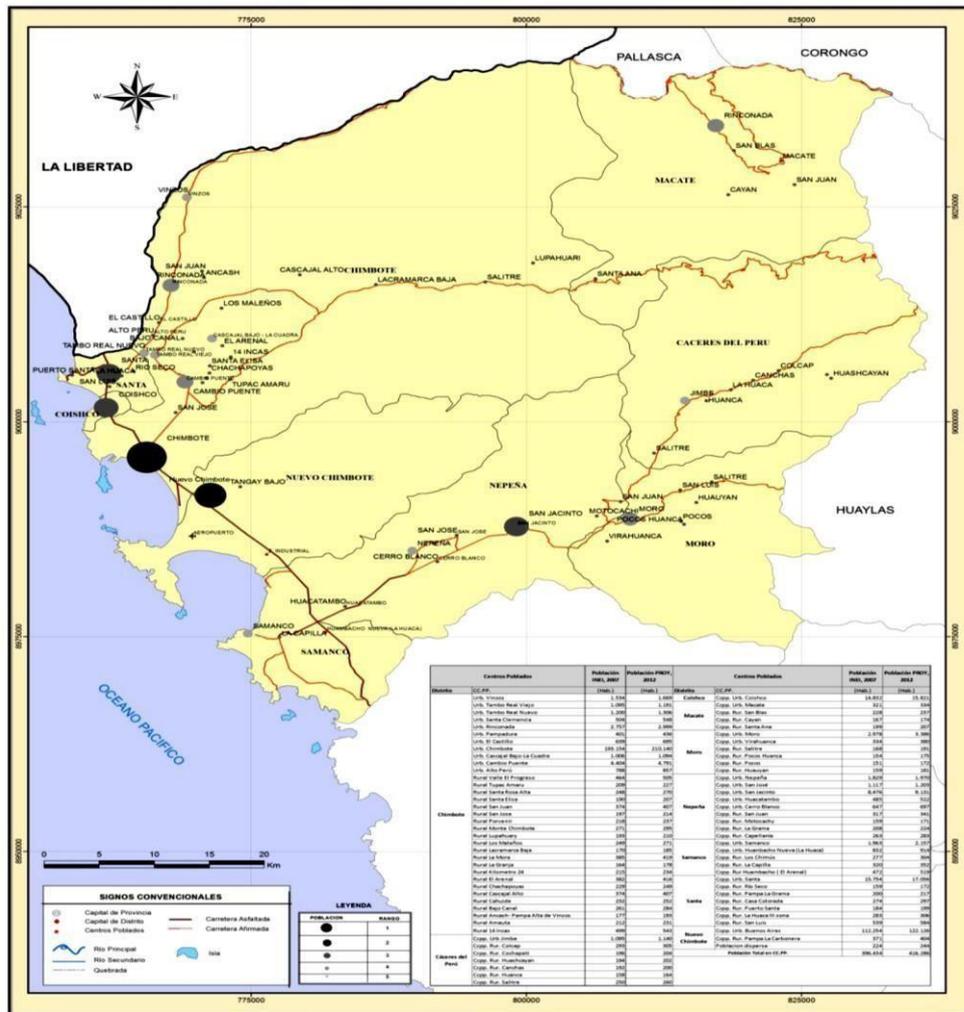
### UBICACIÓN NATURAL DE LOS DISTRITOS DE NUEVO CHIMBOTE Y SAMANCO.



Fuente: Municipalidad Provincial del Santa 2018

### ESPACIOS COSTEROS RURALES Y URBANOS DE LA PROVINCIA DEL SANTA.

# ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD 2018



Fuente: Municipalidad Provincial del Santa - 2018

## 1.5. Legislación: Ley creación de los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco

### DATOS DE CREACIÓN DE LOS DISTRITOS DE NUEVO CHIMBOTE Y SAMANCO

DISTRITO	NOMBRE	Categoría	CALIFICACIÓN DE CREACIÓN		
			Nombre	Número	Fecha
Nuevo Chimbote	Buenos Aires	Ciudad	Ley	26318	27.05.1994
Samanco	Samanco	Pueblo	Ley	12294	15.04.1955

Fuente: Municipalidad Provincial del Santa - 2013

**1.6. Descripción del Territorio**

El relieve de los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco es plano no accidentado, surcado por los diferentes ríos que desembocan en el Océano Pacífico.

**1.6.1. Características Fisiográficas y Geográficas:**

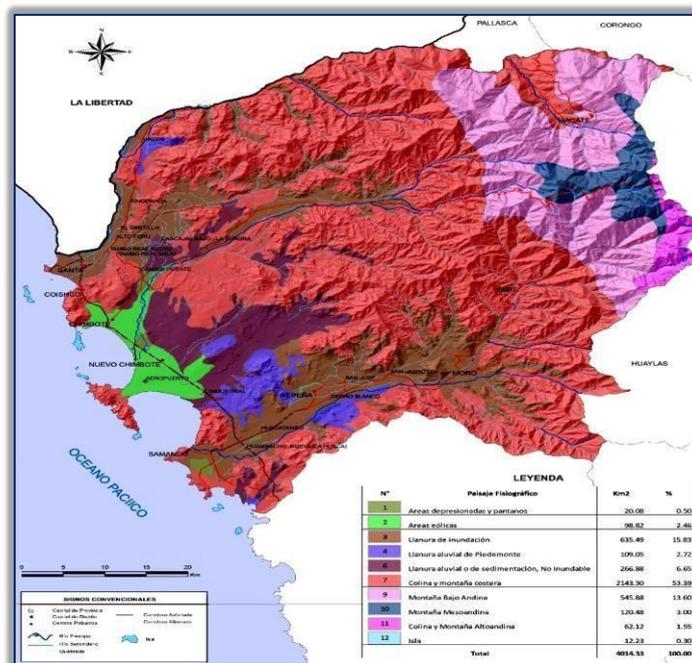
**1.6.1.1. Fisiografía:** Se han diferenciado los siguientes paisajes fisiográficos:

**PAISAJES FISOGRÁFICOS DE LOS DISTRITOS DE NUEVO CHIMBOTE Y SAMANCO**

N°	Paisaje Fisiográfico
1	Áreas depresionadas y pantanos
2	Áreas eólicas
3	Llanura de inundación
4	Llanura aluvial de Piedemonte
5	Llanura aluvial o de sedimentación, No Inundable
6	Colina y montaña costera
7	Montaña Bajoandina
8	Isla

Fuente: Inventario de los recursos naturales – INRENA.

**FISIOGRAFÍA DE LA PROVINCIA DEL SANTA.**

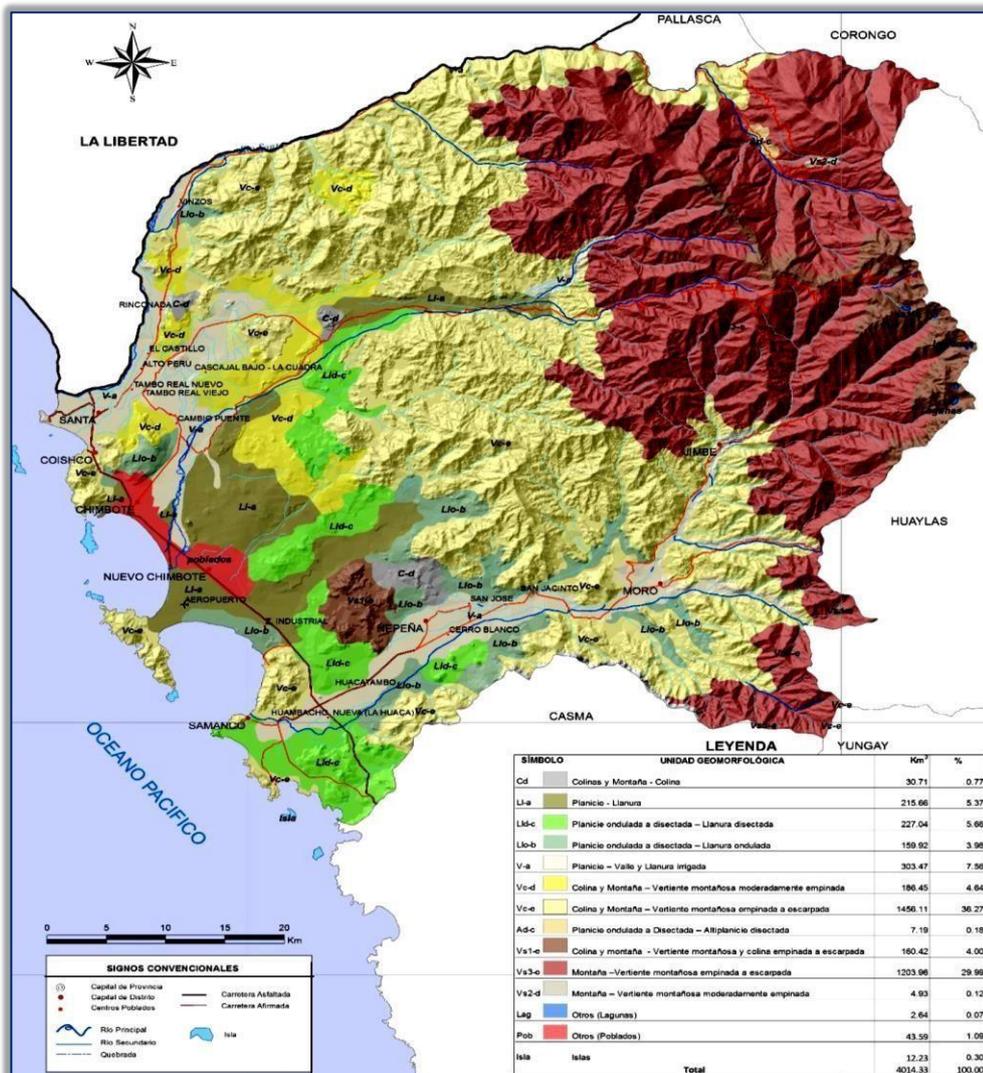


Fuente: Inventario y uso racional de los recursos naturales – INRENA 2013.

1.6.1.2. Geomorfología

La geomorfología actual de los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco es el resultado de procesos antiguos ocurridos principalmente en el cuaternario. El área de ambos distritos se muestra con una topografía compleja, con amplias zonas relativamente planas con colinas y cerros de diferentes edades. La disposición de muchos afloramientos rocosos en la parte baja, la forma de las bahías y en general toda la topografía sugieren la existencia de un nivel de erosión más antiguo y profundo que el actual, rellenando posteriormente de sedimentos cuaternarios. En cambio los procesos actuales que modifican la superficie se deben principalmente a las ocurrencias sísmicas, condiciones climáticas, erosión marina y la acción del hombre.

GEOMORFOLOGÍA DE LA PROVINCIA DEL SANTA.



Fuente: Inventario y uso racional de los recursos naturales – INRENA2013.

### 1.6.1.3. Clima

El clima de los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco desértico, cálido, semi cálido, con humedad relativa del 65% a 84% y precipitaciones casi nulas; resultado de la interrelación de los siguientes factores:

- ✚ La situación geográfica del territorio provincial y su configuración regional.
- ✚ La Cordillera de los Andes, en particular la Cordillera Negra y su participación en la conformación de la red hidrográfica.
- ✚ El Anticiclón del Pacífico Asur Oriental cuya influencia directa se efectúa sobre la zona litoral.
- ✚ La Corriente Oceánica de Humboldt o Corriente Peruana que debido al cambio climático modifica las temperaturas y precipitaciones.

Estos factores al combinarse propician una diversidad de climas influyendo fuertemente en la estructuración del uso del espacio, en los usos y costumbres, y en la orientación de la explotación económica de los recursos.

#### a) Temperatura

Según el mapa de temperatura del Perú, los Distritos de Nuevo Chimbote presentan valores variables de temperatura, el máximo oscila entre los 32° C en el mes de febrero y el mínimo en 14° C en el mes de julio.

#### b) Precipitaciones

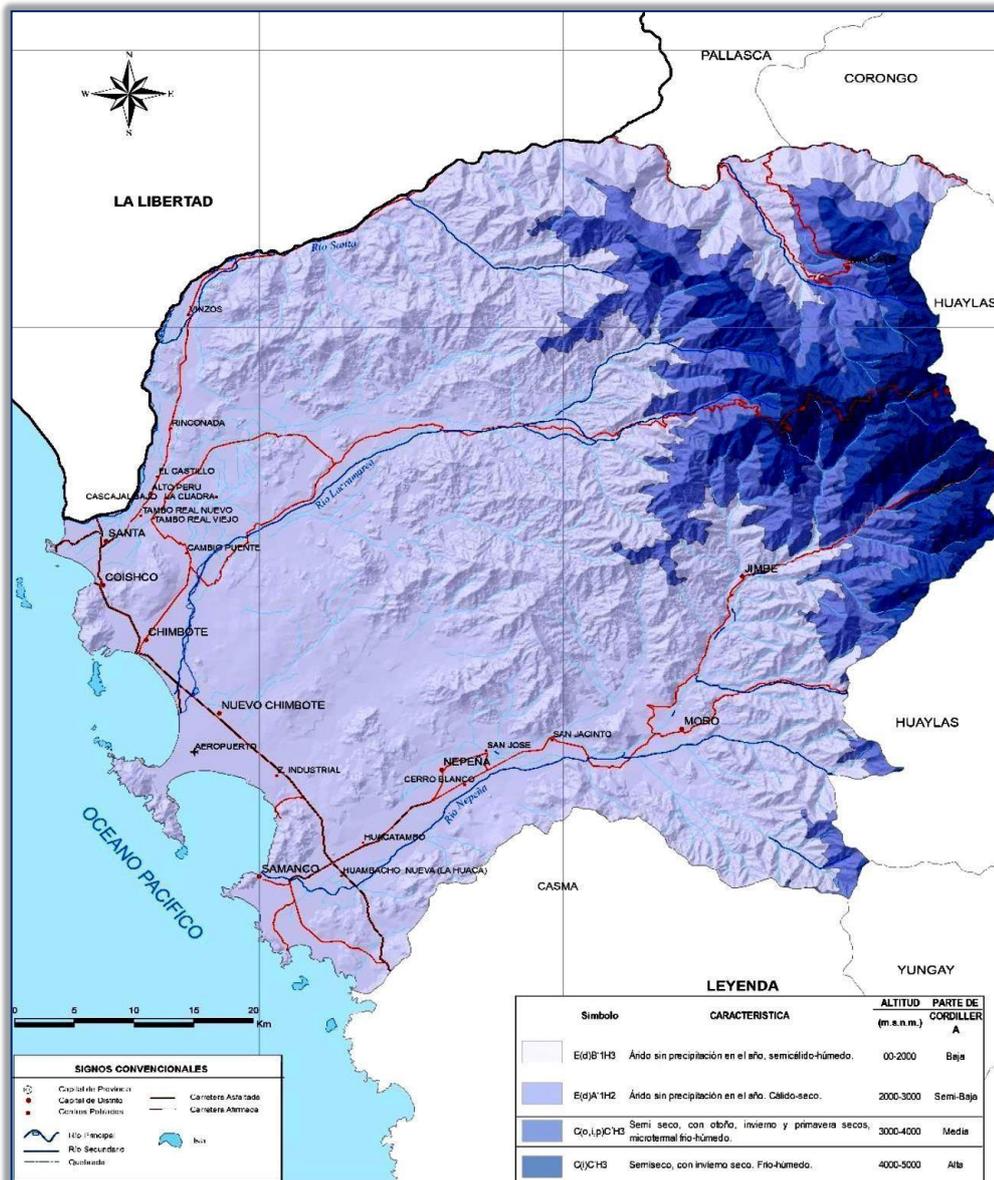
Según el mapa de precipitaciones del Perú (MINAM), en la zona más cercana al litoral marino llueve de 0 a 400 mm al año, característico de la zona costera del Perú.

Estos promedios se ven alterados cuando sucede el Fenómeno de El Niño cuando la precipitación llega a superar los 1200 mm/día.

#### c) Vientos

Los vientos son constantes todo el año, predominantemente con dirección suroeste, a una velocidad de 30 a 40 km/h. el medio ambiente del distrito ha sido afectado por la irresponsable actividad fabril de harina de pescado en la zona norte y la explosión demográfica expresada preocupantemente en masivas invasiones. Durante el invierno neblinas de un espesor de 400 m.

CLIMAS DE LA PROVINCIA DEL SANTA



Fuente: Municipalidad Provincial del Santa 2018

1.6.1.4. Recursos Naturales y Potencial

a) Recurso Flora

Según el mapa de cobertura vegetal del Perú (MINAM, 2010) los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco presentan las siguientes áreas de coberturas vegetales:

- **Cultivos agropecuarios:** Entre los cultivos costeros bajo riego se mencionan a los siguientes: caña de azúcar, alcachofa, algodón, maíz, menestras (frijoles canario, pallares, frijol castilla), camote, vid, marigol, espárrago, ají, cucurbitáceas, hortalizas diversas, sorgo, alfalfa, frutales (paltos, maracuyá, mango, etc.). Entre

los principales cultivos de secano figura el maíz, pasturas, alfalfa. Esta actividad de cultivar la tierra está ligada generalmente a la crianza de animales domésticos para autoconsumo o para venta, entre los que se menciona: patos, pollos, gallinas, cuy, cerdo, vacas, chivos, entre otros.

- **Matorrales:** Son comunidades arbustivas de ambientes secos
- **Planicies costeras y estribaciones:** Este tipo de vegetal se localiza por debajo de ámbito de los matorrales. Entre estas especies vegetales se encuentran algunas especies de cactáceas, que soportan condiciones de extrema sequía, también se pueden localizar alguna vegetación herbácea de vida efímera o temporal como las malváceas.

### b) Recurso Fauna

La fauna actual, observada en la zona, la podemos dividir en tres grupos en base a sus hábitats:

- **Fauna del desierto costero:** comprende aves, como la lechuza de los arenales y los gallinazos (Cathartidae).  
Entre los reptiles del desierto costero se encuentran las lagartijas y serpientes; gran cantidad de invertebrados como insectos, arácnidos (escorpión y arañas) y otros muchos grupos.  
Entre los mamíferos se tiene al zorro costero (*Psedalopex sechurae*), ratones (*Rattus rattus*) y murciélagos (*Desmodis rotundus*).
- **Fauna relacionada a los cuerpos de agua continental (lagunas, pantanos, monte ribereño y campos de cultivo):** Incluyen aves como los chorlos (Charadriidae), playeros y playeritos (Scolopacidae), cucaracheros (Troglodytidae), el chisco (Mimidae), pollas de agua (Rallidae), cernícalos, halcones, águilas (Acciitridae), gallinazos (Cathartidae), garzas (Ardidae), cigüeñuelas (recurvirostridae), turtupilin (Tyrannidae), jilgueros y gorriones (Fringilidae), guardacaballos (Cuculidae), picaflores (Trochilidae) y la golondrina Santa Rosita (Hirundinidae); mamíferos como los ratones de campo, zorros y murciélagos; reptiles; igual a la zona de desierto; anfibios: el único representante es el *Bufo limensis* (Bufonidae); gran cantidad de Invertebrados de muy diversos grupos como moluscos (caracoles y bivalvos), insectos como mariposas, libélulas, escarabajos, saltamontes, grillos, avispas, chinches, zancudos, etc. Arácnidos, helmintos y muchos otros grupos.

- **Fauna relacionada con el mar:** A pesar de e existir diferencias notables entre la fauna (especialmente invertebrados) que habita en esta zona, ya sea entre la que habita en la orilla rocosa, arenosa o en el mar abierto, a continuación se hace un listado de la mayoría de especies, sin mencionar el hábitat común: Aves: gaviotas (Laridae), zarapitos (Scolopacidae), guanayes, patillos y chuitas (Phalacrocoracidae), pelicanos (Pelecanidae), Piqueros (Sulidae), ostreros (Haematopodidae), marisqueros o gorriones marinos (Furnariidae), gallinazos (Cathartidae), marisqueros o gorriones marinos (Furnariidae), ostreros (Haematopodidae).

Reptiles: Tortuga verde y tortuga olivácea (Cheloniidae), tortuga laud (Dermochelidae).

Moluscos: caracoles (litorinas, chanques, muricidos, lapas, turbantes), bivalvos (Choros, choritos, ostras, almejas, navajas, conchas de abanico, mejillones), chitones.

Artrópodos: crustáceos (cangrejos, arañas de mar, isópodos, percebes, pulgas de mar, balanos).

Celentéreos: Anémonas.

Equinodermos: estrellas de mar, sol de mar, erizos. Anélidos: poliquetos.

En lo que respecta al ecosistema marino, las condiciones marinas en esta latitud han permitido el desarrollo de una gran variedad de especies, destacándose la sardina, anchoveta, jurel, merluza, cuya producción sostenida ha permitido la instalación de plantas pesqueras.

Por tanto podemos afirmar que existe un desarrollo de actividad pesquera (tipo artesanal) e industrial. Siendo una fuente de ingresos económicos para esta localidad.

Así mismo, se encuentra también otras especies marinas tales como: calamar, caracol, concha de abanico, pulpo, langostino.

Un gran porcentaje de la población se dedica a la pesca artesanal a lo largo de la localidad de Samanco y Nuevo Chimbote; entre las especies de pescado que son de consumo popular se tiene las siguientes: parece, volador, suco, chiri, lisa, cabrilla, lengüeta, raya, bagre.

Por otro lado es conveniente mencionar que el mar se le viene utilizando como medio receptor de las descargas de aguas residuales sin tratamiento previo y los

residuos sólidos urbanos, practicas muy habituales a lo largo de toda la costa, porque se cree que el mar tiene un poder de autodepuración infinito.

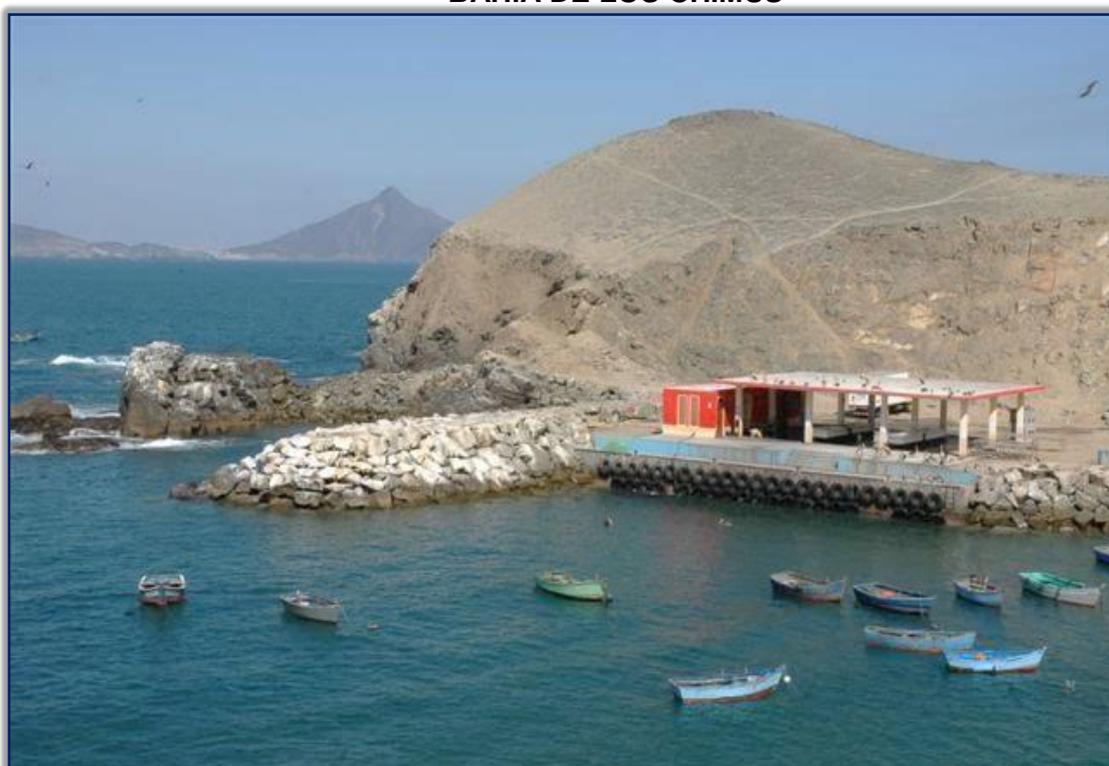
### c) Recurso Hídrico

- **Cuenca del Rio Lacramarca:** Nace en la vertiente occidental de la Cordillera Negra. Es un río con escurrimiento eventual y de reducido caudal en condiciones normales, las mismas que proceden de precipitaciones estacionales y filtraciones por excesos de riego de la parte alta (irrigadas por el canal IRCHIM) Su cuenca total es de aproximadamente 860 km2 siendo húmeda una mínima parte.

Principales tributarios:

- Qda. Cabeza de Toro
  - Qda. Cascajal
  - Qda. San Antonio
  - Qda. Pampa Prieto – Qda. Carbonera
- **Recurso mar:** La provincia del Santa es un provincia costera y por lo tanto el mar se convierte en un recurso importante para su desarrollo; en el entorno de la provincia encontramos a Puerto Santa, Bahía de Coishco, Bahía del Ferrol, Bahía de Samanco y Los Chimús en representación de las playas del sur de la provincia.

### BAHÍA DE LOS CHIMÚS



**BAHÍA DE SAMANCO**



- **Proyecto Especial CHINECAS:** es un proyecto que ha sido planteado con la finalidad de lograr el aprovechamiento de los recursos hídricos superficiales y subterráneos disponibles en las cuencas conformantes por los ríos Santa, Nepeña, y Casma Sechín

La bocatoma de captación se localiza en la margen izquierda del río Santa y el canal de derivación se dirige al sur para complementar el riego del valle de SantaLacramarca (16 800 ha), Nepeña (8 300 ha) y Casma - Sechín (4 700 ha) y ampliar la frontera agrícola en los intervalles como los existentes entre los ríos Lacramarca-Nepeña (Tangay, San Antonio, Buenos Aires, Pampa Carbonera) y los ríos Nepeña y Casma (Tortuga, Buenavista, Sechín, etc.), áreas en las que falta agua, además de abastecer de agua potable al cono sur de la ciudad de Chimbote.

En la actualidad el proyecto presenta problemas con agricultores informales por el riego indiscriminado que está generando elevación de la capa freática y filtraciones ubicadas en la zona terminal de la intercuenca Lacramarca – Nepeña.

**PROYECTO ESPECIAL CHINECAS**



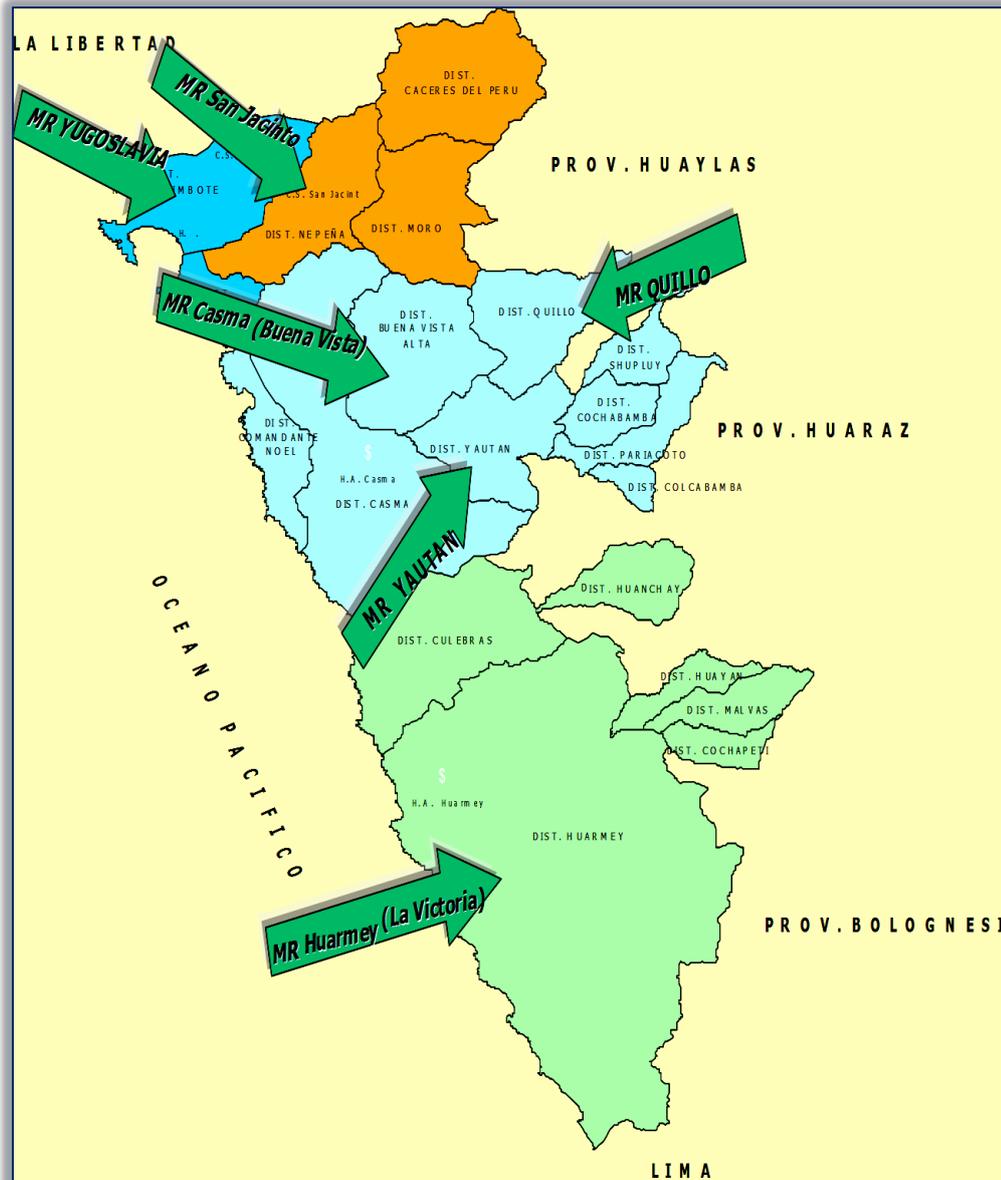
- **Sistema de humedales:** A lo largo de la costa de la provincia desembocan tres ríos los cuales dan lugar a la formación de un sistema de humedales, éstos se ubican en los distritos de Samanco, Nuevo Chimbote, Chimbote y Santa. Los humedales son un sistema de vida muy particular, pues se convierte en un hábitat de especies migratorias, endémicas y locales, este sistema es el principal regulador del sistema hídrico de agua subterránea y agua superficial, alberga especies de flora que son muy beneficiosas desde ornamentales hasta medicinales y productivas, por lo que los humedales pueden ser fuente de econegocios.

#### 1.7. Ubicación de la Sede de la Microrred Yugoslavia

- Departamento : Ancash
- Provincia : Santa
- Distritos: Nuevo Chimbote y Samanco.
- Teléfono : 312002
- Correo Electrónico : [m.r.yugoslavia@hotmail.com](mailto:m.r.yugoslavia@hotmail.com)

El Ámbito Jurisdiccional de la Microrred Yugoslavia, se ejerce en un total de 2 distritos, que comprenden los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco, de la Provincia del Santa.

**UBICACIÓN DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA EN LA RED PACIFICO SUR**



Fuente: Microrred Yugoslavia 2018

**a) Establecimientos asignados a la Microrred Yugoslavia**

La Microrred Yugoslavia se encuentra integrada por 08 establecimientos de salud del MINSA

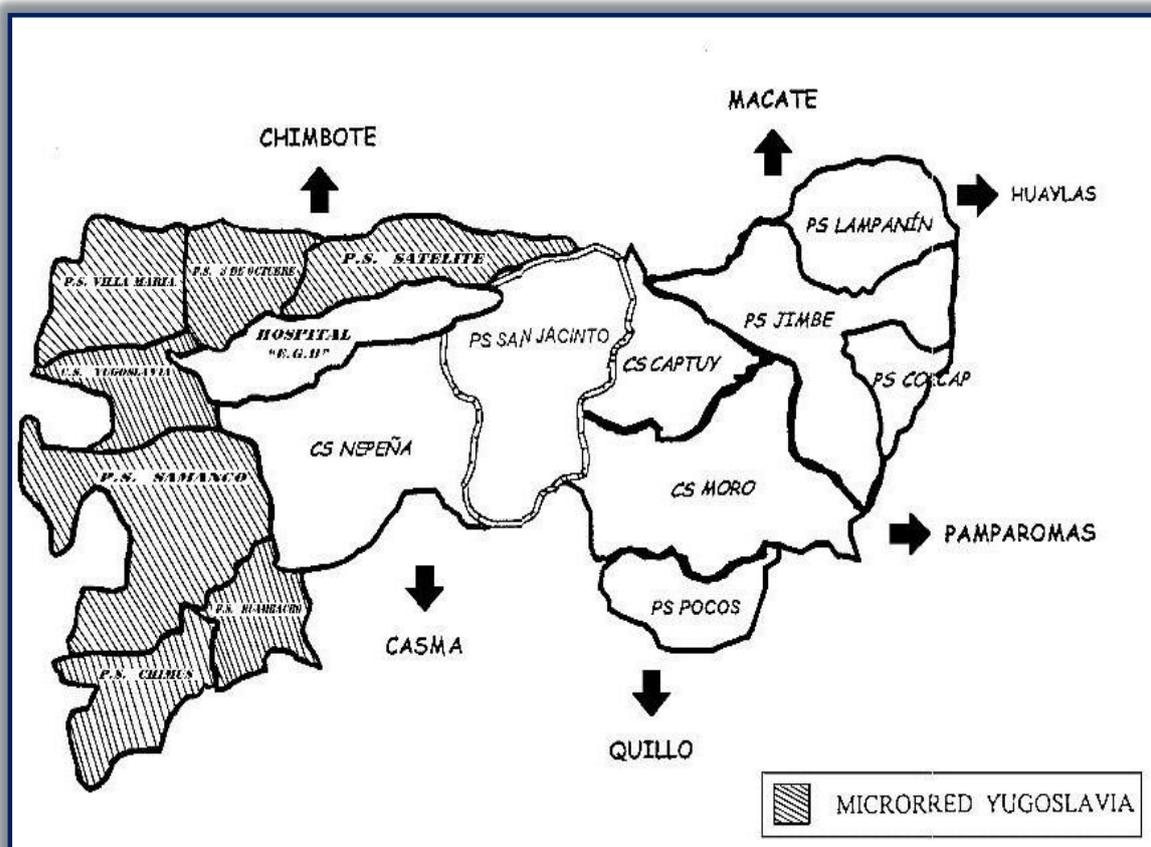
**ESTABLECIMIENTOS DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA SEGÚN**

**CATEGORÍA**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORÍA EES
<b>DISTRITO NUEVO CHIMBOTE</b>	
C.S. Yugoslavia	I-4
C.S. Nicolás Garatea	I-2
P.S. 3 de Octubre	I-2
P.S. Villa María	I-2
P.S. Satélite	I-2
<b>DISTRITO SAMANCO</b>	
P.S. Samanco	I-2
P.S. Los Chimús	I-1
P.S. Huambacho	I-4

Fuente: Microrred Yugoslavia 2018.

**DELIMITACIÓN JURISDICCIONAL DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA**



**b) Datos de la cabecera de la Microrred Yugoslavia:**

La sede de la Microrred, se ubica en el Centro de Salud Yugoslavia, sito en el Centro Poblado Urb. Casuarinas, Avenida Bruces S/N - Distrito Nuevo Chimbote.

**INFORMACIÓN GENERAL DE LA CABECERA DE LA MICRORRED  
YUGOSLAVIA – 2014.**

<b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:</b>	<b>CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA</b>
Código RENAES del Establecimiento:	0000001704
Tipo de Establecimiento de Salud	Centro de Salud
Tipo de Institución	MINSA
Categoría del Establecimiento de Salud :	I-4 (Centro de Salud con Internamiento)
Funciones Obstétricas y Neonatales que realiza	Básicas
Nivel del Establecimiento de Salud :	Primer Nivel de Complejidad
Responsable del Establecimiento :	M.C. KATTIA PANTIGOSO ORTECHO
Dirección :	Av. Bruces S/N – Urb. Casuarinas II
Teléfonos :	043 - 312002
Correo Electrónico :	<a href="mailto:m.r.yugoslavia@hotmail.com">m.r.yugoslavia@hotmail.com</a>
DISA :	Ancash
RED :	Pacifico Sur
MICRORRED :	Yugoslavia
Departamento :	Ancash
Provincia:	Del Santa
Distrito:	Nuevo Chimbote

Fuente: Microrred Yugoslavia – 2018.

**RESUMEN DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD  
POBLACIÓN ADSCRITA A LA MICRORRED YUGOSLAVIA POR GRUPO  
ETAREO 2018.**

<b>POBLACIÓN POR GRUPO ETAREO</b>	<b>MICRORRED YUGOSLAVIA</b>	<b>C. S. YUGOSLAVIA</b>
0	2426	911
1	2768	1056
2	2590	985
3	1520	555
4	2219	825
5	2340	863
6	2748	1050
7	2756	1053
8	2763	1056
9	2770	1058
10	2776	1062
11	2777	1062
12-17	17081	6536
18-29	33455	12729
30-59	62558	23919
60 +	12136	4597
<b>TOTAL</b>	<b>155683</b>	<b>59317</b>
NACIMIENTOS	2779	1062
GESTANTES ESPERADAS	3784	1446

## INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

### 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

#### 1.1. Población de la Provincia del Santa por Distritos

La Provincia del Santa tiene actualmente una población aproximada de 604,133 habitantes, mientras que el Distrito de Chimbote cuenta con una población que asciende a 2120,774 habitantes que representa el 49.73% del total de la población de la Provincia, el Distrito de Nuevo Chimbote tiene un significativo 33.69% de la población total sumando entre ambos Distritos el 83.42% de la población, entre ambas se constituyen como una ciudad intermedia mayor, con un potencial económico social significativo entre las ciudades costeras del Perú.

Los Distritos menos poblados son el Distritos de Macate y Samanco, con 3,501 y 4,563 habitantes respectivamente.

La Microrred Yugoslavia comprende los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco; y, tiene asignado 151,007 habitantes, que representa el 34.74% de la población de la Provincia del Santa.

**POBLACIÓN EN LA PROVINCIA DEL SANTA POR DISTRITOS – 2018.**

N°	DISTRITO	TOTAL POBLACIÓN 2018	%
1	DISTRITO NUEVO CHIMBOTE	151,064	33.69
2	DISTRITO SAMANCO	4,619	1.05
3	DISTRITO NEPEÑA	15,802	3.55
4	DISTRITO MORO	7,902	1.74
5	DISTRITO CÁCERES DEL PERÚ	4,972	1.13
6	SANTA	184,359	4.67
7	MACATE	3,501	0.81
8	COISHCO	15,760	3.63
9	CHIMBOTE	220,774	49.73
	<b>TOTAL PROVINCIA DEL SANTA</b>	<b>604133</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018.

También cabe precisar que, con respecto a la población asignada a la Red de Salud Pacífico Sur:

- En el primer estrato con más de 100 mil habitantes se ubica solamente el distrito de Nuevo Chimbote con 151,064 Habts que representa el 52.47% de la población total de la red pacífico sur.
- En el Sexto estrato entre mil y 5 mil hab se encuentran el Distrito de Samanco con una población 4,619 habitantes representando un 1.63% de la población total de la Red.

### 1.2. Población de la Microrred Yugoslavia

La Microrred Yugoslavia se constituye como tal, a partir de la R.D.N° 010-2009-RSPSNCH/D., la misma que define al ámbito jurisdiccional y los establecimientos de salud que la conforman. La jurisdicción de la Microrred corresponde a los poblados y ciudades de los Distrito de Nuevo Chimbote y Samanco.

La Microrred está conformada por los siguientes establecimientos de salud:

- Centro de Salud Yugoslavia
- Puesto de Salud de Villa María
- Puesto de Salud 3 de Octubre
- Puesto de Salud Satélite
- Puesto de Salud Garatea
- Puesto de Salud de Samanco
- Puesto de Salud Huambacho
- Puesto de Salud Chimú

A continuación se muestra la distribución de la población asignada por establecimientos de salud que integran la Microrred Yugoslavia.

**POBLACIÓN ASIGNADA A LA MICRORRED YUGOSLAVIA POR DISTRITOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD – 2018.**

<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA</b>	<b>POBLACIÓN ASIGNADA 2018</b>
<b>DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE</b>	<b>151,064</b>
C. S. Yugoslavia	59,317
P. S. 3 de Octubre	18,411
P. S. Villa María	21,419
P. S. Satélite	18,925
P. S. Garatea	32,992
<b>DISTRITO DE SAMANCO</b>	<b>4,619</b>
P. S. Samanco	2,670
P. S. Huambacho	1,671
P. S. Los Chimús	278
<b>TOTAL MR YUGOSLAVIA (DISTRITOS DE NUEVO CHIMBOTE Y SAMANCO)</b>	<b>155,683</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática 2018.

**CAPITULO III ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD**

El Ministerio de Salud ha presentado al país El Plan Nacional Concertado de Salud, en cuyo documento en el Capítulo III se determina los Lineamientos de Política de Salud 2007 - 2020, los objetivos sanitarios nacionales 2007 – 2020, los objetivos del sistema de salud 2007 – 2011 y los objetivos de los determinantes de la salud.

Lineamientos De Política De Salud 2007 – 2020

1. Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
2. Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Aseguramiento Universal.
4. Descentralización de la función salud al nivel del Gobierno Regional y Local
5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
6. Desarrollo de los Recursos Humanos.
7. Medicamentos de calidad para todos/as.
8. Financiamiento en función de resultados.
9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
10. Participación Ciudadana en Salud.
11. Mejora de los otros determinantes de la Salud

Estos lineamientos se enmarcan en la Reforma del Sector Salud, el Plan estratégico Regional 2012 – 2021 y Plan Estratégico de la Microrred Yugoslavia 2012-2018, los mismos que orientan el quehacer sanitario de los diferentes niveles de gestión institucional.

En este contexto, la Microrred Yugoslavia debe garantizar la atención de salud y el acceso a la atención integral de salud oportuna, eficiente, equitativa y de calidad, promoviendo la universalización de la salud en forma concertada, articulando esfuerzos con los sectores públicos y agentes sociales. Para ello, es fundamental conocer las características del proceso salud-enfermedad de la población para la planificación de las actuaciones en el ámbito de la salud en general y de la salud pública en particular.

### **DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD POR CONSULTORIO EXTERNO**

Para el análisis del perfil de morbilidad hemos utilizado la información disponible de la base de datos del HIS de la Microrred de Salud Yugoslavia del Ministerio de Salud para el año 2018, determinándose las primeras causas, motivo de consulta externa en los establecimientos de salud que la conforman.

Para el análisis de la morbilidad de la Microrred Yugoslavia se trabajó con la clasificación por capítulos de CIE-10, así como estratificada por etapas de vida, la misma que es también usada por la Oficina de Estadística e Informática.

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA.  
MICRORRED DE SALUD YUGOSLAVIA 2018.**

<b>LISTA AGRUPADA DE MORBLIDAD</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL GENERAL ...</b>	<b>9,892</b>	
CARIES DENTAL	<b>2,397</b>	<b>24.23%</b>
FARINGITIS AGUDA	<b>1,141</b>	<b>11.53%</b>
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	<b>1,054</b>	<b>10.66%</b>
OBESIDAD	<b>1,026</b>	<b>10.37%</b>
ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES	<b>1,013</b>	<b>10.24%</b>
DORSALGIA	<b>804</b>	<b>8.13%</b>
RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	<b>704</b>	<b>7.12%</b>
OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	<b>650</b>	<b>6.57%</b>
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA	<b>577</b>	<b>5.83%</b>
AMIGDALITIS AGUDA	<b>526</b>	<b>5.32%</b>

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018.

Tomando en consideración el total de registros del HIS 2018, el 90.78%, de todas las consultas externas realizadas en los establecimientos de salud de la Microrred Yugoslavia del MINSA, tienen como causa 10 patologías; de estas las enfermedades del caries dental ocupan el primer lugar como causa de consulta con el 24.23% de todas las consultas; la segunda causa de consulta externa está representada por las faringitis aguda con el 11.53% de todas las consultas; seguida de las hipertensiones con el 10.66% de todas las consultas; en cuarto lugar se encuentran la obesidad con el 10.37% de todas las consultas; el quinto lugar le corresponde a enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales con el 10.24% de todas las consultas.

**MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA POR ETAPAS DE VIDA**

Las enfermedades del sistema digestivo son la primera causa de enfermedad en todas las Etapas de Vida a excepción de la etapa de vida niño donde ocupan el segundo lugar.

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL NIÑO POR CONSULTA EXTERNA MICRORED YUGOSLAVIA 2018**

<b>LISTA AGRUPADA DE MORBLIDAD</b>	<b>0-11A</b>	
<b>TOTAL GENERAL ...</b>	<b>3,307</b>	
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>1,059</b>	<b>32.02%</b>
<b>FARINGITIS AGUDA</b>	<b>670</b>	<b>20.26%</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>	<b>4</b>	<b>0.12%</b>
<b>OBESIDAD</b>	<b>248</b>	<b>7.50%</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES</b>	<b>272</b>	<b>8.22%</b>
<b>DORSALGIA</b>	<b>20</b>	<b>0.60%</b>
<b>RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]</b>	<b>523</b>	<b>15.81%</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO</b>	<b>117</b>	<b>3.54%</b>
<b>ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA</b>	<b>-</b>	<b>0.00%</b>
<b>AMIGDALITIS AGUDA</b>	<b>394</b>	<b>11.91%</b>

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018.

En esta etapa de vida, entre las primeras causas de consulta externa, de la Microred Yugoslavia en el año 2018, fueron caries dental 32.02 %, faringitis aguda 20.26%, hipertensión 0.12%, obesidad 7.50%, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales 8.22%.

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADOLESCENTE POR CONSULTA EXTERNA**

**MICRORED YUGOSLAVIA 2018**

<b>LISTA AGRUPADA DE MORBLIDAD</b>	<b>12-17A</b>	
<b>TOTAL GENERAL ...</b>	<b>713</b>	
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>276</b>	<b>39%</b>
<b>FARINGITIS AGUDA</b>	<b>68</b>	<b>10%</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>	<b>47</b>	<b>7%</b>
<b>OBESIDAD</b>	<b>80</b>	<b>11%</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES</b>	<b>59</b>	<b>8%</b>
<b>DORSALGIA</b>	<b>34</b>	<b>5%</b>
<b>RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]</b>	<b>35</b>	<b>5%</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO</b>	<b>43</b>	<b>6%</b>
<b>ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA</b>	<b>13</b>	<b>2%</b>

## ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD 2018

<b>AMIGDALITIS AGUDA</b>	<b>58</b>	<b>8%</b>
--------------------------	-----------	-----------

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018.

En esta etapa de vida, las primeras causas de consulta externa en la microred Yugoslavia en año 2018 fueron: caries dental 39 %, faringitis aguda 10 %, hipertensión 7%, obesidad 11 %, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales 8 %.

### DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADULTO POR CONSULTA EXTERNA

#### MICRORED YUGOSLAVIA 2018

LISTA AGRUPADA DE MORBLIDAD	18-29A	
<b>TOTAL GENERAL ...</b>	<b>1,726</b>	
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>428</b>	<b>25%</b>
<b>FARINGITIS AGUDA</b>	<b>96</b>	<b>6%</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>	<b>260</b>	<b>15%</b>
<b>OBESIDAD</b>	<b>189</b>	<b>11%</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES</b>	<b>178</b>	<b>10%</b>
<b>DORSALGIA</b>	<b>123</b>	<b>7%</b>
<b>RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]</b>	<b>47</b>	<b>3%</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO</b>	<b>114</b>	<b>7%</b>
<b>ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA</b>	<b>261</b>	<b>15%</b>
<b>AMIGDALITIS AGUDA</b>	<b>30</b>	<b>2%</b>

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018

En esta etapa de vida las primeras causa de consulta externa en la Microred Yugoslavia del año 2018 fueron: caries dental 25%, faringitis aguda 6 %, hipertensión 15%, obesidad 11 %, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales 10 %.

### DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL ADULTO MAYOR POR CONSULTA EXTERNA

#### MICRORED YUGOSLAVIA 2018

LISTA AGRUPADA DE MORBLIDAD	30-59A	
<b>TOTAL GENERAL ...</b>	<b>3,195</b>	
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>559</b>	<b>17%</b>
<b>FARINGITIS AGUDA</b>	<b>212</b>	<b>7%</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>	<b>464</b>	<b>15%</b>

## ANÁLISIS SITUACIONAL DE SALUD 2018

<b>OBESIDAD</b>	<b>460</b>	<b>14%</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES</b>	<b>388</b>	<b>12%</b>
<b>DORSALGIA</b>	<b>446</b>	<b>14%</b>
<b>RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]</b>	<b>65</b>	<b>2%</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO</b>	<b>274</b>	<b>9%</b>
<b>ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA</b>	<b>295</b>	<b>9%</b>
<b>AMIGDALITIS AGUDA</b>	<b>32</b>	<b>1%</b>

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018.

En esta etapa de vida entre las primeras causas de consulta externa de la Microred Yugoslavia en el 2018 fueron: caries dental 17%, faringitis aguda 7 %, hipertensión 15%, obesidad 14%, enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales 12 %.

### MORBILIDAD DE CONSULTA EXTERNA POR GÉNERO

#### DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL HOMBRE

##### MICRORED YUGOSLAVIA 2018

LISTA AGRUPADA DE MORBILIDAD	NUMERO DE CASOS	%
<b>TOTAL</b>	<b>3,338</b>	
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>931</b>	<b>27.89%</b>
<b>FARINGITIS AGUDA</b>	<b>516</b>	<b>15.46%</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>	<b>267</b>	<b>8.00%</b>
<b>OBESIDAD</b>	<b>277</b>	<b>8.30%</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES</b>	<b>395</b>	<b>11.83%</b>
<b>DORSALGIA</b>	<b>230</b>	<b>6.89%</b>
<b>RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIÓ COMÚN)</b>	<b>342</b>	<b>10.25%</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO</b>	<b>118</b>	<b>3.54%</b>
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA</b>	<b>1</b>	<b>0.03%</b>
<b>AMIGDALITIS AGUDA</b>	<b>261</b>	<b>7.82%</b>

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018.

Las enfermedades de caries dental 27.89 %, enfermedades de faringitis aguda 15.46%, hipertensión esencial 8.00%, las enfermedades de hipertensión 8.00%, enfermedades de obesidad 8.30%, constituyen las principales causas de atención en consulta externa de varones en la Microred Yugoslavia periodo 2018.

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA MUJER  
MICRORED YUGOSLAVIA 2018**

<b>LISTA AGRUPADA DE MORBILIDAD</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>8,961</b>	
<b>CARIES DENTAL</b>	<b>1,466</b>	<b>16.36%</b>
<b>FARINGITIS AGUDA</b>	<b>625</b>	<b>6.97%</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>	<b>787</b>	<b>8.78%</b>
<b>OBESIDAD</b>	<b>749</b>	<b>8.36%</b>
<b>ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES</b>	<b>618</b>	<b>6.90%</b>
<b>DORSALGIA</b>	<b>574</b>	<b>6.41%</b>
<b>RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIÓ COMÚN)</b>	<b>362</b>	<b>4.04%</b>
<b>OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO</b>	<b>532</b>	<b>5.94%</b>
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NO ESPECIFICADA</b>	<b>576</b>	<b>6.43%</b>
<b>AMIGDALITIS AGUDA</b>	<b>265</b>	<b>2.96%</b>

Fuente: Reporte HIS Microred Yugoslavia 2018.

Se puede evidenciar en la mujer, que las enfermedades De caries dental 16.36%, ocupan el primer lugar en las consultas externas a diferencia que en el varón las enfermedades de caries dental es 27.89%, seguido de las enfermedades de faringitis 6.97%, hipertensión 8.78%, obesidad 8.36% y las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales 6.90%.

El Ministerio de Salud en el marco de la Reforma Sanitaria promueve la atención en salud bajo el Modelo de Atención orientado a satisfacer las necesidades de carácter biológico, psicológico, social y ambiental; y dirigido a mantener, recuperar y/o mejorar

la salud de las personas, familias y comunidades; reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación.

El modelo de Atención Integral contempla las intervenciones de acuerdo a etapas de vida, mejorando no solo el nivel de salud del individuo, sino la eficiencia y eficacia de los servicios de salud, tomando en consideración al individuo, la familia y la comunidad.

Las enfermedades crónicas degenerativas se incrementan conforme avanza la edad, predominando en el adulto y adulto mayor. Los tumores están presentes desde la infancia, pero predominan en la etapa del adulto y adulto mayor.

## **CAPITULO IV RESPUESTA SOCIAL DE SALUD**

La Situación de Salud con el proceso de la globalización hace que los establecimientos de salud tengan que estar día a día en la capacidad de responder de forma positiva y efectiva a las diversas necesidades que pueda presentar la población. Es por eso que se ha buscado analizar e incorporar los cambios y características de las tendencias demográficas a las políticas y programas públicos de desarrollo social y económico, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de la población.

La realidad sanitaria debe enfrentar los desafíos y aprovechar las oportunidades que ofrece el cambio poblacional para contribuir a disminuir la pobreza, las desigualdades e inequidades sociales, étnicas y territoriales, así como mejorar la calidad de vida de toda la población que pertenece al ámbito de la Microred Yugoslavia, con plena vigencia de los derechos humanos, el respeto a la dignidad de las personas y la equidad entre hombres y mujeres con el propósito de lograr igualdad de opciones y oportunidades. También la situación y el acceso a la salud de la población que acude a los establecimientos de salud, está marcada por influencia de los factores sociales, económicos, ambientales y la satisfacción de las necesidades básicas entre otros, que influyen directamente en el estado de la salud de la población de ambos distritos.

En las zonas más alejadas a los establecimientos de salud que constituyen el primer nivel de atención, que tienen nivel de pobreza y que cuentan con una restringida labor

porque solo cumplen con atenciones de competencia promocional, preventiva y asistencial, la población tiene mayor riesgo de enfermar y morir por tener poco acceso a servicios de salud a comparación de la población no pobre que tiene menor riesgo de morbilidad y mortalidad y tiene mayor acceso a la atención de salud.

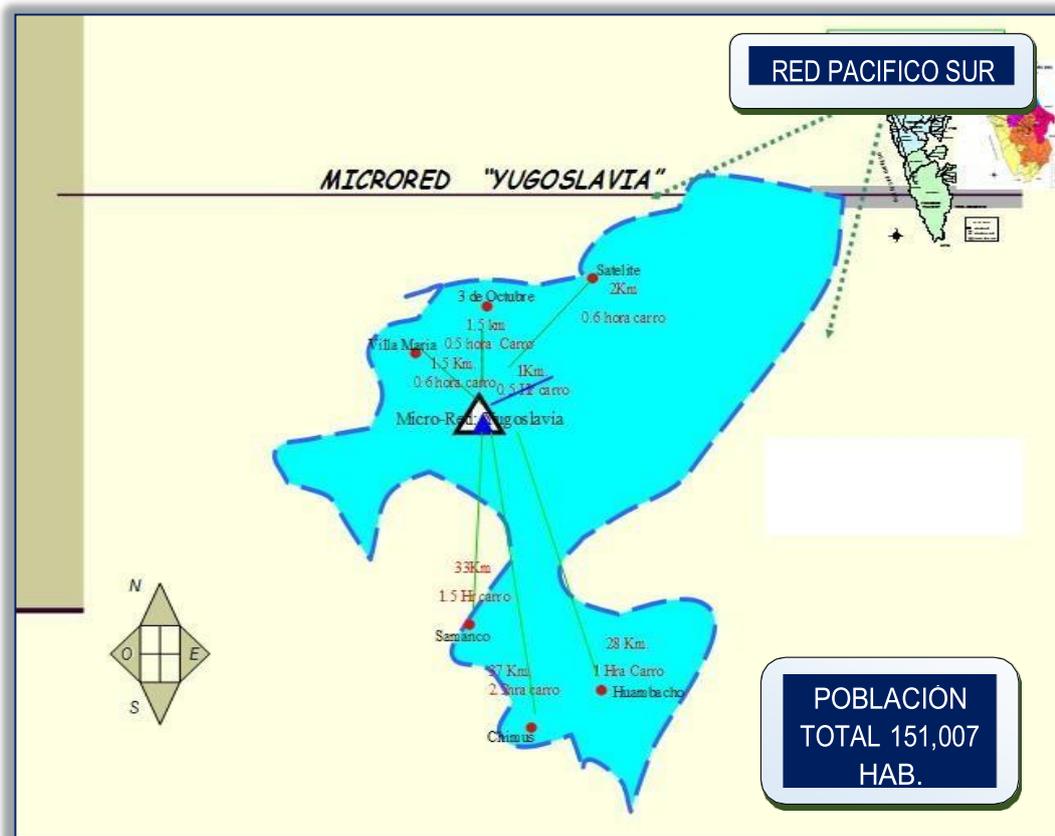
La Dirección Regional de salud de Ancash, que es la instancia regional responsable de ejercer el rol rector del Ministerio de Salud del Perú y conducir el accionar sanitario en la región, debe garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, primera barrera que limita la cobertura de atención, la disponibilidad de servicios adecuados a la necesidad de la población, así como insumos, equipamiento; y primordialmente la calidad y la calidez de la atención.

Las metas y los logros alcanzados determinaran la situación real y el diagnóstico institucional, que permitirán la toma de decisiones y acciones para el fortalecimiento institucional.

El ámbito de la Microred Yugoslavia está constituido por 2 Distritos como son Nuevo Chimbote y Samanco, en la cual se encuentran distribuidos los 8 Establecimientos de Salud como son el Centro de Salud Yugoslavia, P. S. Nicolás Garatea, P. S. 3 de Octubre, P. S. Satélite, P. S. Villa María, P. S. Huambacho, P. S. Samanco y P. S. Chimus.

Persisten muchas deficiencias como la infraestructura, que aún subsisten y reclaman ser solucionadas por las autoridades sanitarias, que deben enfocar priorizar y brindar la atención integral en los establecimientos de salud de la jurisdicción. Es por eso que el sector salud debe evaluar todos los aspectos para ordenar y adecuar la oferta a las necesidades de la población, tratando de satisfacer y resolver los principales problemas de salud de la población y vulnerar los riesgos que los condicionan.

### **MICRORED YUGOSLAVIA**



### ORGANIZACIÓN DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA

Se reconoce oficialmente a la Microred Yugoslavia mediante RD N° 010-2009 RSPSNCh/D. del 26 de Febrero del 2009.

Se encuentra integrada por 08 Unidades de Red: 01 Centro de Salud Nivel 1-4 más 6 Puestos de Salud Nivel 1-2, y 01 Puesto de Salud 1-1. Y por convenio realizado entre el Director de DIRESA y Rector de la Universidad Privada San Pedro se incluye a partir del 2010 el Policlínico San Luis nivel I -2.

### ESTABLECIMIENTOS DE LA MICRORRED YUGOSLAVIA SEGÚN CATEGORÍA 2014.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORÍA EESS
<b>DISTRITO NUEVO CHIMBOTE</b>	
C.S. Yugoslavia	I-4
C.S. Nicolás Garatea	I-2
P.S. 3 de Octubre	I-2
P.S. Villa María	I-2

P.S Satélite	I-2
Policlínico Docente Luis (Atiende San demanda)	I-2
<b>DISTRITO SAMANCO</b>	
P.S. Samanco	I-2
P.S. Los Chimús	I-1
P.S. Huambacho	I-4

El Ámbito Jurisdiccional de la Microrred Yugoslavia, se ejerce en un total de 2 distritos, que comprenden los Distritos de Nuevo Chimbote y Samanco, de la Provincia del Santa.

PROVINCIA	DISTRITO
SANTA	<b>Nuevo Chimbote</b>
	<b>Samanco</b>

El Establecimiento de Salud Yugoslavia, cabecera de Microrred y centro de referencia de los puestos de salud del entorno, se encuentra ubicado en el distrito de Nuevo Chimbote, con una población asignada como Microrred de 151,064 habitantes para el año 2018.

## CONCLUSIONES

### 1. Según el Proceso de Salud – Enfermedad

#### 1.1. Morbilidad

#### 1.2. Vulnerabilidad Territorial

- El nivel de vulnerabilidad de los distritos adscritos a la Microrred Yugoslavia se ubican en el nivel bajo de vulnerabilidad.

## **2. Según la Respuesta Social**

- Los servicios de salud están agrupados en dos subsectores: el público (Minsa, EsSalud y sanidad de las Fuerzas Policiales) y privado (entidades prestadoras de salud, clínicas y consultorios, etc.).
- Por lo general, los médicos, las enfermeras, las obstetras y los odontólogos se concentran en el Distrito de Nuevo Chimbote, debido a la mayor densidad poblacional y desarrollo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Análisis de Situación de Salud. Dirección Regional de Salud Ancash. 2011.
2. INEI. Proyecciones de la Población del Perú 1995 – 2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 34. 2003.
3. INEI/DHS. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Informe Principal 2008.
4. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Compendio Estadístico Departamental 1993 – 2007.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Nacional de Hogares. 2007.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Nacional de Hogares. 2005.

7. INSTITUTO DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Censo Nacional de Población. 2007.
8. MICRORRED YUGOSLAVIA. Plan Estratégico Institucional 2012-2016.
9. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Epidemiología. Indicadores Básicos De Salud 2009. Lima.
10. MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE NUEVO CHIMBOTE. Plan de Desarrollo Concertado 2011-2022.
11. MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DEL SANTA. "Plan de Acondicionamiento Territorial de la Provincia Del Santa 2013".
12. OPS/OMS. X Clasificación Internacional de Enfermedades. Publicación Científica N° 544. 2007.