



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

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

**DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA JURIDICCIÓN
DEL PUESTO DE SALUD RAYPA – HUANCHAY, 2018**

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

AUTOR:

LIC. ENF. GINA JAKELY ARMAS CARRILLO

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 por darme la vida, salud
y fuerza para concluir con éxito
esta gran etapa de mi vida.

A mis queridos Padres, por todo su
amor, sus enseñanzas y de sentirme
cerca de ellos a pesar de la
distancia, por ser siempre ejemplo
de fuerza, perseverancia y símbolo
de superación.

A todas las personas, por estar
conmigo en todo momento y
darme ánimos para salir
adelante, por su cariño y apoyo

A la Mgtr. Elsa Palacios Carranza
por brindarme su apoyo,
orientación, tiempo y disposición
para la realización de este
presente trabajo.

DEDICATORIA

A Todas las personas que me han permitido llegar a cumplir uno de mis anhelados sueños de los cuales estaré eternamente agradecida.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	01
II. HOJA RESUMEN	02
2.1. Título del Proyecto	02
2.2. Localización	02
2.3. Población Beneficiaria	02
2.4. Institución que lo Presenta	02
2.5. Duración del Proyecto	02
2.6. Costo Total	02
2.7. Resumen	03
III. JUSTIFICACION	04
IV. OBJETIVOS	25
V. METAS	25
VI. METODOLOGIA	26
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención	26
6.2. Sostenibilidad del proyecto	35
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION	36
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	43
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES	46
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	52
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	59

I. PRESENTACIÓN

La desnutrición crónica infantil es un problema de salud pública que afecta el desarrollo infantil temprano, que tiene como causas directas a las enfermedades comunes de la infancia (diarreas e infecciones respiratorias) que junto a una alimentación diaria deficiente en calidad y cantidad en sus hogares la generan. Es por ello, que compromete la salud y la calidad de vida de miles niños y niñas. Se manifiesta en las niñas y los niños al presentar retardo en su crecimiento, que se expresa en un déficit de la talla para la edad, afectando también el desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales (1).

En el mundo en desarrollo, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, cuyos efectos se sienten durante el resto de sus vidas. Además, en torno al 13% de los niños menores de 5 años padece desnutrición aguda, que requiere tratamiento inmediato y atención médica urgente (2).

La desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza (3).

Dentro de este contexto en el presente trabajo académico titulado: **DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA JURIDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD RAYPA-HUANCHAY 2018**, se encontrará toda la metodología de cómo abordamos el problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo, se utilizó el modelo de proyectos de Inversión del SNIP y del autor Bobadilla.

Espero que este proyecto sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales de salud que queremos mejorar la problemática de nuestras instituciones.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD RAYPA-HUANCHAY, 2018

2.2. LOCALIZACION:

Centro Poblado : Raypa
Distrito : Huanchay
Provincia : Huaraz
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Niños menores de 5 años del centro poblado de Raypa.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud que laboramos en el puesto de salud Raypa del distrito de Huanchay lograremos disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Puesto de Salud Raypa, Microred de Salud Huamey-Red de Salud Pacífico Sur – Ministerio de Salud.
Universidad Católica los Ángeles de Chimbote

2.5. DURACION DEL PROYECTO: 1 año

Fecha Inicio : Enero 2019.
Fecha Término : Enero 2020

2.6. COSTO TOTAL: S/ 105.362.00

2.7. RESUMEN:

El presente proyecto de intervención nace a raíz de la problemática de la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años, en el Perú teniéndola como uno de los problemas de salud pública más importante, que se expresa en un déficit de la talla para la edad, afectando también el desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales, en términos agregados, dificulta el desarrollo de la población (1,2).

Por ello, el presente proyecto, busca la disminución de la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años en la jurisdicción de Raypa y por ende incrementar el porcentaje de niños saludables y sin desnutrición.

Por lo cual se establecen como líneas de acción la gestión, sensibilización y capacitación y se proponen planes de acción como: Gestión, sensibilización y capacitación. Elaboración del cuadro de necesidades de equipos para su implementación, elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal de salud, elaboración de planes de capacitación y sensibilización y de registro.

También incluye la elaboración del plan de sensibilización y capacitación a las madres y familias de niños menores de 5 años para educarlos en salud y adquieran hábitos de estilo de vida saludable en base a una alimentación saludable con alimentos con alto valor nutritivo.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la disminución de la desnutrición crónica en la jurisdicción de Raypa, concientizando a las madres y familias de las consecuencias irreversibles que causa la desnutrición crónica en sus niños.

Es necesario aumentar la inversión en la lucha contra la desnutrición y poner en marcha estrategias multisectoriales que aborden las causas de la desnutrición.

III. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición infantil es un problema importante de salud pública cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital, y que afecta principalmente a los pobres o pobres extremos. La evidencia más reciente refuerza la importancia de enfrentar la desnutrición crónica porque tiene efectos negativos inmediatos como mayor probabilidad de ocurrencia de enfermedades o muerte prematura en niños menores de cinco años, a largo plazo afecta el desempeño escolar, la capacidad de trabajo, y ocasiona costos y pérdidas económicas a la familia y la sociedad (3).

Se dice que los niños con problemas nutricionales tienen un menor desempeño escolar, lo que genera pocas oportunidades de realizar estudios universitarios y lleva a pobres aspiraciones laborales en la edad adulta. El tema es tan dramático, que en el 2010 el Banco Mundial hizo un estudio titulado El costo económico de un mal comienzo en la vida, en el que explica cómo la desnutrición juega un papel crucial en la transmisión de pobreza e inequidad social entre generaciones. Por eso el organismo establece que si un gobierno baja 1 % las tasas de desnutrición infantil, los índices de pobreza disminuyen 4 % (4).

En el 2010 la Universidad de los Andes realizó una encuesta a 10.000 hogares colombianos de distintas regiones en áreas rural y urbana, de todos los estratos económicos y siguió las familias por tres años. El objetivo era recolectar datos que permitieran identificar los factores que influyen en el problema de la desnutrición crónica a nivel nacional (5).

Según la Unicef, refiere que cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas,

India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. El resto de los países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (de mayor a menor porcentaje) (6).

La pobreza, el hacinamiento, la calidad de la vivienda, el nivel educativo de la madre y el embarazo en adolescentes son las principales causas de niños con problemas de desnutrición. Esta población tiene hasta seis veces más probabilidad de tener bebés con problemas de peso al nacer. Debido al pobre acceso a servicios de educación y salud estas poblaciones tienen niños con un pobre desarrollo, lo que traerá adultos con las mismas características. Es un ciclo vicioso, una historia de nunca acabar (6).

En Colombia la población rural es la más vulnerable. El 13% de los niños padece de desnutrición crónica en comparación con el 8 % del área urbana. Aunque existe una leve mejoría en comparación con los datos del 2010, lo ideal es mantener el número en cero. Para lograr esto hay que atacar el problema (7).

En general, la malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de

urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas (8).

En el último decenio, nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 3 años; sin embargo, aun cuando estas han disminuido en comparación con el año 2007, habiendo alcanzado el objetivo país de desarrollo del milenio del 2015 para el caso de la desnutrición crónica infantil, con el promedio nacional, las inequidades aún se evidencian a nivel regional y en zonas de pobreza (8).

En el año 2011 la desnutrición crónica afectaba a unos 531 mil niños entre cero y cinco años (19,5% del total de niños de ese grupo de edad), dejando importantes secuelas para el resto de sus vidas. En el Perú, la desnutrición crónica muestra una distribución heterogénea, en 2011, en el área rural la desnutrición crónica afectaba al 36,8% de los niños, mientras que en el área urbana al 10,2%. En el mismo periodo, el retraso del crecimiento afectaba al 30% de los niños en la sierra, al 21,6% en la selva y al 12% en la costa (3). Como respuesta a este problema el Estado peruano implementó diferentes intervenciones, una de las más destacables es el Programa Articulado Nutricional, que constituye un esfuerzo multisectorial con un enfoque preventivo para reducir la desnutrición (9).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en el último año, la desnutrición crónica en la población menor de cinco años de edad pasó de 14,4% a 13,1%, disminuyendo en 1,3 puntos porcentuales, es decir, 39 mil 300 niñas y niños dejaron la condición de desnutridos (9).

También, informó que en los últimos cinco años, la desnutrición crónica disminuyó en 6,4 puntos porcentuales al pasar de 19,5% a 13,1%, es decir, 201 mil 100 personas menores de cinco años dejaron de ser desnutridos. Según área

de residencia, en los últimos 5 años en el área rural disminuye en 10,5 puntos porcentuales y en el área urbana en 2,2 puntos porcentuales (9).

“La desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años afectó principalmente a los departamentos más pobres del país como Huancavelica, Cajamarca, Ucayali, Pasco y Loreto, con tasas de desnutrición crónica superiores al 23,0%. En el último año, la desnutrición crónica disminuyó en 16 regiones del país, siendo Huánuco y Piura las que presentaron una disminución de 5,0 puntos porcentuales”; subrayó el Jefe del INEI. Dr. Aníbal Sánchez Aguilar al presentar los Resultados de los Indicadores de Salud Materno Neonatal, Infantil y Articulado Nutricional de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016 (10).

Actualmente en la región de Ancash la desnutrición crónica está por encima del promedio nacional de desnutrición infantil que es de 18 por ciento. La zona sierra de Ancash es la que registra más incidencia de este problema de salud, en la provincia Carlos Fermín Fitzcarrald el 45 por ciento de niños de cero a cinco años padece de desnutrición crónica (11).

En la Red de Salud Pacífico Sur, el nivel de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años se encuentra en un 15.8% (2384 niños), como Microred de salud Huarmey el grado de desnutrición crónica se encuentra en un 11.5% (189 niños), y así mismo en el distrito de Huanchay el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica se encuentra en un 25.9 %. Estos datos fueron recolectados en la oficina de estadística e informática de la Red de Salud pacifico Sur entre los periodos de enero hasta setiembre 2018 (12).

En relación al estado nutricional del puesto de salud Raypa, los niños menores de 5 años de la jurisdicción se encuentra en un 23% con desnutrición crónica según indicadores del registro del sistema del estado nutricional del niño (SIEN), así mismo se observa múltiples factores causantes del incremento

de la desnutrición, como el déficit compromiso de la comunidad, y autoridades municipales, educación deficiente y estilos de vida inadecuados para la conservación de la salud. Así mismo por mantener una categoría de I-1 el puesto de salud solo cuenta con un profesional de enfermera y una obstetra. La comunidad no puede ser abastecida en la atención médica, ni mucho menos con la especialista de una nutricionista. Sin embargo se continúa brindando la atención primaria (12).

El puesto de salud Raypa, brinda una atención integral desde la etapa de la gestación hasta la adultez, sin embargo tenemos una estrategia que prioriza la atención del niño, como es el programa Articulado Nutricional que inicia la atención específica del niño desde la etapa de nacimiento, ofreciendo servicios de control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, evaluación nutricional, suplementación de micronutrientes y profilaxis antiparasitario; en el nivel de diagnóstico el tamizaje de anemia; también ofrece servicios de tratamiento para la recuperación de la salud del niño.

Por otro lado la desnutrición es el resultado de la presencia del uso inadecuado e insuficiente de alimentos y por ende la aparición repetida de enfermedades infecciosas (13). Así mismo el término malnutrición proteico-energética, se ha utilizado para describir una serie de trastornos caracterizados, principalmente, por el retraso del crecimiento de niñas y niños. Sin embargo, este retraso en el crecimiento es solo una manifestación de una serie de afecciones al desarrollo físico y mental. Este tipo de desnutrición tiene mayor gravedad en menores de tres años, debido a sus elevadas necesidades energéticas, proteicas y a su particular vulnerabilidad a las infecciones (13).

En la desnutrición, se reconocen distintos factores de riesgo y su alta prevalencia en una comunidad determinada, está íntimamente ligada al subdesarrollo económico, a la injusticia social y al analfabetismo. Los estudios prospectivos de los factores de riesgo de crecimiento infantil de países de bajos ingresos son relativamente escasos, pero vitales para guiar los esfuerzos de

intervención. En niños menores de cinco años se han señalado diversos factores de riesgo nutricional relacionados con el individuo, los padres, el medio familiar y el ambiente en general. Ante estos hechos se explora acerca de los factores de riesgo ligados a la desnutrición grave en niños menores de cinco años para poder crear programas que superen estos problemas y lograr disminuir el número de pacientes con desnutrición grave (14).

A la vez para que un niño desarrolle desnutrición interviene diversos factores inherentes al paciente, a la madre, el entorno familiar y social. El grupo etáreo más afectado con desnutrición grave comprende a los niños de 12 meses a 23 meses; también está influido por varios factores como la insuficiente o ausencia de administración de alimentos, los cuales no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa de desarrollo; el bajo nivel educativo de los padres y la falta de conocimiento acerca de una adecuada nutrición.

Sin embargo, Girmay y colaboradores en un estudio de cohorte realizado en Etiopia, muestra mayor prevalencia en niños de 6 a 12 meses de edad, por ser esta una etapa de transición entre la alimentación con leche materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria (15).

Respecto al peso de nacimiento menor a 2500 gramos que es mencionado como factor de riesgo en varios estudios, constituye un factor importante para desarrollar desnutrición, porque el tener bajo peso al nacimiento nos indica un deficiente estado nutricional materno lo que incrementa el riesgo de desnutrición intrauterina.

Un aspecto importante en la desnutrición infantil, es la relacionada a los padres del niño desnutrido, en especial a la madre, como es el caso de la madre adolescente (menor de 18 años) seguramente asociado a su poca experiencia para alimentar y reconocer signos de peligro (13,16).

Otro aspecto importante es la relación que existe entre los pacientes con desnutrición grave y el nivel educativo de la madre, siendo las madres con bajo

nivel educativo las que tiene falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil lo cual incide negativamente en la nutrición de los hijos. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria (ciclo completo), en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo (12,16-17).

Se logró identificar como factor de riesgo la actividad laboral de la madre, como se describe en varios estudios de la ONU y OMS12-18, porque son madres pobres generalmente las que dejan de estudiar y salen en busca de trabajo para mantener a sus hijos y muchas veces dejan a los niños al cuidado de otras personas lo cual incide negativamente en la nutrición de sus hijos. (17)

Entre los factores de riesgo socio-ambientales, se encontró como factor de riesgo significativo la presencia de otros hermanos menores de 5 años que está asociado con la competencia por lo alimentos, disminución del cuidado materno y mayor riesgo de infecciones, probablemente por hacinamiento (16,17).

No es raro que los niños sean víctimas de prácticas alimentarias inadecuadas, especialmente en regiones donde la ausencia o insuficiente lactancia materna exclusiva (seis primeros meses) expone al niño a recibir alimentos que no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa del desarrollo, por ejemplo el empleo temprano de fórmulas preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene. Además la limitada disponibilidad a los alimentos complementarios a la leche materna (en niños mayores de 6 meses) impide proveer los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa, que constituye una etapa de máximo crecimiento y desarrollo (17).

También hacemos hincapié que la residencia rural al igual que la falta de accesibilidad al agua potable incrementa el riesgo de desnutrición en los niños menores de 5 años. Uno de ellos es la falta de accesos a la tierra afecta la capacidad de crédito y otros recursos, lo que repercute en los ingresos

económicos, la sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tienden a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducen el acceso a los alimentos, la condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas probablemente también intervienen en la desnutrición al igual que las migraciones, conflictos sociales los cuales limitan la capacidad de respuesta colectiva a desastres naturales o económicos, que llevan a dificultad el acceso a los alimentos.(16,17)

Por otro lado la desnutrición puede ser crónica y aguda. A la vez implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgada o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta) (18).

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño (19).

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (19).

Hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos

y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (18,19).

La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año unos 19 millones de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos). La desnutrición, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad (20).

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, existen otras causas tan importantes como ésta, tales como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos (19,20).

Como se ha visto previamente, la desnutrición es un fenómeno multidimensional, razón por la cual las políticas dirigidas a combatirla deben ser multisectoriales. Específicamente, es necesario garantizar los cuatro factores mencionados en la primera sección: una vivienda segura, hecha con material noble y acceso a servicios de agua y desagüe; una adecuada atención de la salud del niño, con disponibilidad garantizada para acceder y financiar las intervenciones necesarias (seguros de salud); un cuidador preparado en términos de buenas prácticas de alimentación, salud e higiene; y una comunidad saludable, con programas sociales e infraestructura económica y social que hagan posible el alivio de la situación de los más pobres (20).

Por otro lado, la etapa infantil en los primeros cinco años de edad es considerada el periodo más crítico en el proceso de crecimiento de los individuos. A través de este periodo de desarrollo el crecimiento de los niños se acelera y desacelera en diferentes edades y etapas. Cualquier motivo, elemento perturbador y/o situación adversa que interrumpa este proceso, constituye un factor de riesgo para el normal desarrollo infantil. Anomalías durante este periodo pueden tener consecuencias permanentes y afectar el bienestar de un individuo a lo largo de toda su vida (21).

El desarrollo físico de la primera infancia es una etapa crucial y extremadamente importante en el proceso de crecimiento de los individuos. En promedio durante los primeros dos años de edad un niño crece alrededor de 37 cm y aumenta su peso significativamente. Esta velocidad de crecimiento -unos 25 cm/año en el primer año y unos 12 cm/año en el segundo- no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal. Cualquier evento que interrumpa este proceso de crecimiento -por ejemplo ingesta inadecuada de alimentos- podría producir trastornos definitivos del crecimiento y del desarrollo, por esto, la vigilancia y seguimiento del niño durante estos periodos son de suma importancia (21).

Una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño. Un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. La desnutrición es un concepto diferente de la malnutrición, que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos (22).

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas: Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, pesa poco para su altura, pesa menos de lo que le corresponde para su edad. Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el

peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición (22).

Desnutrición crónica un niño que presenta un retraso en su crecimiento, se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad, indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño; si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (22,23).

Desnutrición aguda moderada: Un niño que pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura, se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia, requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore (23).

Desnutrición aguda grave o severa es la que el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura, se mide también por el perímetro del brazo; altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente. La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas (15,23).

La primera infancia se define como el periodo de nacimiento que va desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses y 29 días, es una etapa extraordinario desarrollo cerebral que sienta las bases del aprendizaje posterior, así mismo es la fase del incremento del número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia) de una manera acelerada. Está regulado por lo factores

nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genético y neuroendocrinos, entre otros (17,18).

Como profesional de enfermería, existe un gran compromiso con la comunidad para prevenir la desnutrición crónica infantil, tratando de disminuir los factores de riesgo que se encuentran latentes en toda la jurisdicción de los caseríos pertenecientes del Centro poblado Raypa. Una de ellas es la evaluación del sistema de vigilancia nutricional, las sesiones demostrativas de alimentación saludable, sesiones educativas y visitas domiciliarias.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades (23).

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (23).

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables (22,23).

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Donde nos menciona que: “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (22,23).

La teoría de la Promoción de la Salud, menciona Meta paradigmas: (24)
Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

- Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida (23).

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así (23).

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado (24).

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad (25).

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una metateoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (24).

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública. El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad (23).

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud (24).

A continuación el MARCO LEGAL del proyecto donde, el Ministerio de Salud definió la conformación de una comisión sectorial de naturaleza temporal, encargada de elaborar un plan de alcance nacional, que contenga las acciones destinadas a promover la reducción de la desnutrición crónica infantil, denominado “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País”, a través de la Resolución

Ministerial 675 -2013-MINSA, presidida por el Despacho Ministerial e integrada por un representante del Despacho Viceministerial, por las direcciones de línea, direcciones de apoyo, órganos desconcentrados y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARSALUD II) (25).

Es necesario, mencionar que la elaboración del plan recoge aspectos positivos de experiencias que se han venido desarrollando a nivel nacional e internacional en materia de reducción de DCI y prevención de anemia en niños menores de 3 años, e incorpora elementos de la reforma del sector salud que se han oficializado, y que a lo largo de su implementación enfrentará el reto de continuar agregando de manera progresiva, los procesos que de ella emanen y en función a la reglamentación de los decretos legislativos que la respaldan (26).

Los lineamientos que sustentan el proyecto son los siguientes: Ley 26842, Ley General de Salud. Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización. Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. Decreto Legislativo 1154, que autoriza los Servicios Complementarios en Salud. Decreto Legislativo 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público. Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 010-MINSA/INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”. Resolución Ministerial 292-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud 040-MINSA/ DGSP-V.1 “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño” (26).

Por otro lado Se halló que a nivel nacional en la perspectiva retrospectiva el costo de la desnutrición infantil para el 2013, fue de 10 999 millones de soles, equivalentes al 2,2% del PBI de ese mismo año. Los costos prospectivos a nivel nacional, de quienes al 2013 tienen entre 0 y 59 meses, alcanzaron los 4505 millones de nuevos soles y representan el 0,9% del PBI del año 2011. La mayor parte de los costos provienen de las pérdidas de productividad en ambos casos. Además, la desnutrición afecta mucho más a la sierra y selva peruana (27).

Por su parte, Glewwe, Jacoby, y King (2001) encuentran que un mejor estado nutricional en los niños les permite iniciar la formación escolar más temprano y repiten menos grados escolares. Algunos estudios longitudinales reportan que el indicador talla/edad predice el performance escolar en la edad adulta o el performance cognitivo. Datos longitudinales de Filipinas, Jamaica, Perú, Indonesia, Brasil y Suráfrica muestran que la desnutrición crónica entre los 12 y 36 meses de edad está asociada con un pobre desarrollo cognitivo y/o menos años de escolaridad (28).

Otro efecto adverso de la desnutrición, es el impacto negativo sobre los salarios. Los estudios sobre este aspecto muestran como los efectos de la desnutrición, tales como un pobre desarrollo cognitivo, estatura reducida y bajos niveles de escolaridad impactan los salarios. Estudios longitudinales en Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Suráfrica han demostrado que los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez se traducen en la edad adulta con baja productividad, menores ingresos económicos y problemas de salud (27,28).

Según Glewwe y Jacoby, encuentran que por cada año de retraso en el ingreso formal a la educación primaria, consecuencia de una inadecuada nutrición en Ghana un niño pierde el 3% de riqueza a lo largo de su vida. Thomas y Strauss estiman el impacto directo de la altura de un individuo sobre los salarios para la población urbana en Brasil. Luego de controlar por una

variedad de características encuentran que la baja estatura como consecuencia en parte por una pobre nutrición en la niñez esta correlacionada con bajos niveles de ingreso en la adultez. Además de tener consecuencias nefastas sobre la primera infancia y los resultados en la edad adulta, la desnutrición tiene un vínculo con la mortalidad infantil (29).

Pelletier et al. Intentan esclarecer el vínculo existente entre la desnutrición infantil y la mortalidad con datos de 53 países. Si bien, la literatura sobre este aspecto particular no había logrado establecer una clara relación entre antropometría y mortalidad, este estudio, estiman mediante un método epidemiológico el porcentaje de muertes en niños entre 0-59 meses, asociado a la desnutrición infantil. Sus resultados sugieren que 56% de las muertes infantiles en los países en desarrollo son atribuibles a los efectos de la mala nutrición. Por otro lado, se calcula que cerca de 7.6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año, un tercio de estas muertes está relacionado con la desnutrición (30).

Cabe señalar que los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez también pueden llegar a ser intergeneracionales, mujeres de baja estatura¹² – producto de una pobre nutrición en la infancia- pueden experimentar complicaciones durante el parto y tienen una mayor probabilidad de dar a luz niños con bajo peso, lo que a su vez es un factor de riesgo de la mortalidad infantil (31).

En relación a los antecedentes a nivel internacional:

Dávila P (32), en Guatemala 2013, realizó la investigación “Evaluación del estado nutricional de niños menores de cinco años”. Obteniendo resultados: Los valores promedio de la edad en meses la mayoría de los niños tenían entre 0 a 23 meses y estaban clasificados como estado nutricional normal, seguido de niños con desnutrición crónica (21%) para T/E, se encontraron 57 casos con problemas de exceso y 8 de los 10 municipios presentaron casos de desnutrición aguda, Se observó, que los niños evaluados

tenían el 12.21% de inseguridad leve, 60% de inseguridad moderada y 27.63% inseguridad severa. CONCLUSIÓN: Se observó que los porcentajes de los diferentes estados nutricionales no varían de forma importante entre las categorías de inseguridad alimentaria y estas diferencias no son estadísticamente significativas según resultado de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

Alcaraz G (33), en Colombia, 2014, se realizó un estudio “El estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años. En el análisis se encontraron los mayores riesgos de desnutrición global, aguda y crónica para el sexo masculino, de desnutrición global, crónica y emaciación para cada uno de los indicadores ($p < 0,001$). Los niños de 12 a 23 meses y de 36 a 59 meses mostraron mayores prevalencias de insuficiencia ponderal y de talla corta ($p=0,001$). Presentaron mayor riesgo de talla corta los niños que vivían en familias de más de cinco personas ($p=0,013$). Los hijos de madres con educación universitaria o técnica y los hijos únicos tuvieron menor riesgo de insuficiencia ponderal y talla corta, en forma significativa ($p < 0,001$). Se encontró, según la estadística, mayor riesgo de insuficiencia ponderal y talla corta en niños entre los mayores de seis meses que recibían lactancia materna.

Valderrama M. (34), en Ecuador 2015, realizó “El estudio la influencia del programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses”, El tipo de investigación fue básica de naturaleza explicativa, el diseño no experimental de corte causal, y el método que se empleó durante el proceso de investigación fue el hipotético – deductivo. La muestra estuvo conformada por 36 trabajadores del ministerio de salud. Se llegó a la siguiente conclusión general: la aplicación del programa articulado nutricional no influye significativamente en la disminución de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 36 meses.

Pulgar D (35), en Guatemala 2016, realizó la investigación “Proyecto Inseguridad Alimentaria y Desnutrición” El objetivo del proyecto fue fortalecer procesos que impulsaran una mejor seguridad alimentaria y nutricional en Guatemala a través de la revisión, comparación y selección de políticas y prácticas eficaces para la adopción por sistemas agrícolas de pequeña escala mediante la implementación de dos componentes: En cuanto a eficacia el objetivo principal del proyecto ha sido logrado habiéndose involucrado a las autoridades nacionales y realizado consultas con agencias de cooperación que permitieron hacer ajustes a los procedimientos y metodologías. El proyecto fue eficiente en la realización de trabajos de campo y consultas con actores claves al igual que la participación de investigadores y estudiantes en procesos participativos.

A nivel nacional:

Valencia P (36), en Lima 2013, realizó la investigación “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca, Huaura”, encontrándose que la prevalencia de la desnutrición crónica según la clasificación de Waterlow OPS es de 28%, según Waterlow modificado de 17.5% y según OMS MINSA de 17.5%. La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%. La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso en según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%.

Casaperalta J. y Gonzáles O (37), en Cajamarca 2015, realizó el estudio de “La desnutrición crónica infantil”. El estudio, es de tipo transversal, retrospectivo y analítico, y tiene como objetivo, determinar la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de 3 años y sus determinantes en la Micro Red de Salud Huambocancha Baja 2015. Los principales resultados han

vido: la prevalencia de la desnutrición crónica infantil es del 41%, la desnutrición crónica infantil se presenta con mayor incidencia en el género masculino con el 48.6%; mientras que el femenino es de 32.2 %. A la aplicación de estadístico Chi cuadrado, no se identifica asociación de las variables independientes en la prevalencia de desnutrición crónica infantil.

Navarrete P, Velasco J, Loayza M, Huatuco Z (38), en Perú 2016; realizó la investigación “Situación nutricional de niños de tres a cinco años de edad en tres distritos de Lima Metropolitana. Con el objetivo de determinar el distrito que presentó mayor desnutrición. El cual la población del distrito de San Juan de Lurigancho presentó mayor desnutrición crónica (8.6%) y mayor sobrepeso (11.0%), la población del distrito de Villa María del Triunfo presentó mayor desnutrición aguda (1.3%) y la de Villa El Salvador mayor obesidad (4.6%). Por tanto el tema nutricional tiene un gran impulso por parte del gobierno peruano a través de programas sociales, estando pendiente el enfoque sobre los determinantes a nivel de causalidad, hoy solo se mira la seguridad alimentaria, cuidado materno-infantil y calidad del entorno de salud descuidando el enfoque de causalidad, considerado como el más importantes del abordaje del problema.

León M (39), en Huancavelica 2016. Realizó la investigación “Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia”, Este trabajo de investigación analiza la situación de la desnutrición crónica infantil en el departamento de Huancavelica, que afecta a más de 34 % de los niños de dicha región al 2015 y sobre los factores que influyeron en la implementación del “Plan Nacional para la reducción de la Desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia durante los años 2014-2016”. El hilo de ésta investigación, es la identificación y precisión de los factores determinantes dentro del Plan Nacional mencionado para Huancavelica y las causas más frecuentes que inciden y originan altos índices de desnutrición crónica infantil comparándolos con su entorno geográfico más cercano, a fin de

entender claramente las razones y factores que dificultan su reducción, a pesar de los planes ejecutados por el Estado.

Prado R (40), en Trujillo 2017, realizó la investigación “La fusión de los programas sociales y la disminución de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Sánchez Carrión”. Se prioriza la atención a los grupos de mayor vulnerabilidad nutricional (niños, madres gestantes y lactantes), en especial los localizados en zonas rurales deprimidas; a través del programa integral de nutrición manejado por el PRONAA y el Ministerio de Salud, logran captar a la población infantil de alto riesgo para promocionar el cuidado de la salud y la alimentación adecuada con el reparto de los alimentos, monitoreando la vigilancia nutricional del niño sano y en riesgo, asimismo apoyando a la recuperación del niño con desnutrición, y promoviendo actividades complementarias al apoyo alimentario, mediante la implementación con equipamiento y mejoramiento de centros de atención y capacitaciones de salubridad, y poder de esta manera hacer frente a la Desnutrición Crónica Infantil en nuestra región.

A nivel local:

El Sistema de Salud del Verbo Encarnado (41), en Chimbote 2015, realizó “El proyecto Sembrando Infancia desde los años 2015 hasta 2017”, el cual tuvo por objetivo disminuir la desnutrición crónica Infantil en la comunidad de Cambio Puente. Se inició el trabajo con 57 niños aproximadamente el cual se realizaban las medidas antropométricas mensuales, y múltiples actividades como capacitaciones de nutrición a madres docentes y municipios, ferias nutricionales, comedores nutricionales, campañas integrales, orientación y consejería nutricional casa por casa a madres y gestantes para lograr la disminución de estos indicadores, el cual se logró el objetivo de un 45 % en un 15.3%, niños con desnutrición crónica infantil.

Por lo expuesto, dentro de mi experiencia profesional en el primer nivel de atención, tengo el propósito y compromiso de brindar una atención integral al niño menor de 5 años, específicamente en la disminución de la

desnutrición crónica infantil, donde incluye diferentes determinantes para mantener una buena salud; es por ello que para este presente trabajo se utiliza la Teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender.

Cabe resaltar que el presente trabajo de investigación que se propone, mejorará la nutrición del niño menor de 5 años del puesto de salud Raypa, porque se brindaran las estrategias de sensibilización, capacitación, formación de talleres, ferias demostrativos de alimentos propios de la zona, el trabajo con instituciones educativas, madres gestantes y lactantes; por lo tanto generará el impacto de la disminución de la desnutrición crónica infantil.

IV. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del puesto de salud Raypa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Madre muestra interés en el cuidado del niño
2. Costumbres favorables de la familia en la alimentación.
3. Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición

V. METAS:

1. Disminución del 50% de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del puesto de salud Raypa.
2. 100% de las madres muestra interés en el cuidado del niño.
3. 100% de las familias adopta costumbres favorables en alimentación.
4. 100% de eficiencia en involucramiento en problemas de la desnutrición.
5. 2 talleres de sensibilización para la activación del sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño.
6. 2 talleres para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.

7. 3 comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.
8. 4 capacitaciones sobre la promoción alimentación. Adecuada.
9. 6 talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.
10. .5 talleres multidisciplinario de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil.
11. 1 feria expositiva de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.
12. 4 reuniones de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.
13. 2 capacitaciones a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.
14. 2 capacitaciones con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil.

VI. METODOLOGIA

6.1. LINEAS 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 es una actividad que forma parte de la cultura inclusiva y promueve la creación de actitudes positivas de respeto, solidaridad, valoración y tolerancia frente a la discapacidad, y esto ayudará a fomentar la convivencia, a desarrollar la empatía, favorecerá la aceptación de las personas con discapacidad (42).

Así mismo menciona que la sensibilización se utiliza como estrategia para reconocer y a su vez como metodología, ha

direccionado la experiencia del proceso de sensibilización hacia la comprensión hermenéutica desde un enfoque reflexivo; plantea la exegesis y la praxis simbólica para el trabajo social y el reconocimiento del ser (42).

El equipo de salud del Puesto de Salud Raypa perteneciente a la Microred de Salud Huarmey, se encuentra en un constante cambio a nivel de jefaturas, ocasionando en el personal de salud que se encuentren solos, no direccionados, actuando según lo que crean bueno o malo, generando muchas veces, desmotivación e insensibilización en el cuidado y/o actividades preventivas promocionales específicamente en el niño menor de 5 años; ante ello este trabajo es vital para tener una línea de trabajo, que ayuda a encaminar el objetivo planteado en este proyecto.

Acciones:

1.A.Taller de sensibilización para activación del sistema de vigilancia comunal para el cuidado del niño, dirigidos a las madres de familia con niños menores de 5 años.

- Coordinación y planificación de los talleres de sensibilización, a las madres de familia.
- Ejecución de los talleres de sensibilización.
- Organizar e instaurar de manera conjunta un sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño en coordinación con el establecimiento de salud y comunidad.
- Monitoreo del sistema de vigilancia comunal a las madres que brindan cuidado del niño realizada por el equipo y agentes comprometidos.
- Evaluación e informe.

1.B Taller de sensibilización de Comites de madres lideres para la promoción de una adecuada alimentación.

- Planificación y coordinación de los talleres de sensibilización para la promoción de alimentación adecuada.
- Ejecutar y desarrollar talleres de sensibilización de la promoción de alimentación adecuada para disminuir la desnutrición infantil.
- Elaboración del informe.

2.A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.

- Coordinación y planificación de los talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.
- Coordinación con diferentes profesionales de la salud para el logro de talleres integrales.
- Ejecutar y desarrollar talleres de sensibilización de estilos de vida saludable para las familias.
- Evaluación del informe.

B. DOCUMENTOS DE GESTIÓN:

El Sistema de gestión de calidad de atención en salud es el conjunto de procesos que dirigen y controlan la atención de la salud en lo referente a la calidad de atención. A través de actividades de regulación y evaluación, así como intervenciones que promueven el aprendizaje de los prestadores y de las organizaciones de salud; con la conformación de sistemas de monitoreo y evaluación de la atención dirigidos a garantizar la calidad como paradigma de intervención, al cual progresivamente se van incorporando los aportes de la gestión de la calidad total, principalmente a través de la mejora continua (43).

A la vez se busca reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, gestión basada procesos y en información relevante como sustento de las decisiones (43).

El Puesto de Salud de Raypa, cuenta de forma parcial en documentos de gestión que guíen la ejecución de procesos administrativos como es el trabajo coordinado con las autoridades municipales y del sector educación, sin embargo existe una contraparte que limita y obstaculiza la estandarización para brindar una atención de calidad, un sistema de vigilancia comunal, campañas médicas, para los niños menores de 5 años específicamente para aquellos niños que presentan diagnóstico de desnutrición crónica. Ya que estas se rigen por un presupuesto nacional, donde la parte logística para la compra de equipos, e insumos necesarios es deficiente, creando así una desconfianza en la ejecución de dichas actividades preventivas promocionales. En relación a lo mencionado es por ello que se buscan otras estrategias de apoyo para mantener y desarrollar este proyecto, el cual iniciamos articular otros sectores y convertirnos en una gran equipo multidisciplinario, que tiene un solo objetivo de disminuir la desnutrición crónica infantil.

Se realizará el requerimiento de un médico, un nutricionista y una Enfermera para la realización de las múltiples actividades del proyecto como son campañas médicas, sesiones educativas y demostrativas, ferias de alimentación, tamizajes de anemia y mejoramiento del estado nutricional del niño menor de 5 años.

Acciones:

1.C Formación de comité de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.

- Planificación y coordinación de los talleres.

- Formación de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.
- Acta de coordinación y sustentación con las firmas de las madres del comité.
- Identificación y compromiso de familias con niños y niñas menores de 5 años para promover la alimentación adecuada.
- Elaboración del informe.

3.A Reunión de Coordinación con las autoridades locales para las campañas de salud infantil.

- Planificación de las reuniones de coordinación para las campañas infantil.
- Reuniones de coordinación, planificación con el sector salud y otras instituciones para la realización y/o ejecución de campañas.
- Informar y comprometer a la comunidad para la realización de las campañas.
- Ejecución de la campaña de salud.
- Monitoreo y evaluación de las campañas realizadas.

3.D Implementación completa del equipo de salud, por las autoridades municipales para el seguimiento y monitoreo de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica.

- Contratación del equipo completo de salud.
- Elaboración del padrón de los niños con desnutrición crónica.
- Identificación de factores condicionantes de los niños con desnutrición crónica.
- Elaboración del cronograma de las visitas domiciliarias a las familias con niños con desnutrición crónica.
- Supervisión Educación y consejería personalizada sobre alimentación balanceada a las familias con desnutrición crónica.

C. CAPACITACIÓN

La capacitación es una de las funciones clave de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema. Lo anterior significa que la administración y el desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones -incluida la capacitación- interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización. Existe un conjunto de herramientas básicas que se emplean en la administración y el desarrollo del personal de las organizaciones modernas, las cuales también pueden ser provechosamente utilizadas para la gestión de la capacitación; entre ellas, las principales son: a) las descripciones y especificaciones de los cargos; b) las especificaciones de los itinerarios de carrera interna; c) los manuales de organización, procedimientos y métodos de trabajo; d) el sistema de evaluación del desempeño; y, e) los expedientes del personal (44).

El equipo de salud del Puesto de Salud de Raypa, cuenta con capacitaciones constantes de nivel de red en relación a todos los programas preventivos promocionales, sin embargo las capacitaciones son escasas y poco participativas del equipo de salud, debido a la multifuncionalidad de los servicios de salud en el establecimiento, causando así una actualización deficiente que luego se evidencia en los indicadores de salud de nuestra jurisdicción y mucho más en los índices de desnutrición. Lo mismo sucede con la población, con las autoridades comunales y el sector educación que no se articulan para el conocimiento del problema de la desnutrición crónica e infantil. Por ello la realización de esta línea de acción es fundamental para alcanzar el objetivo trazado.

Acciones:

1.D Capacitación a las madres líderes sobre la promoción de una adecuada alimentación.

- Coordinación y planificación para la capacitación de madres líderes en la promoción de alimentación adecuada.

- Elaboración concertada con las madres líderes de salud para la elaboración de un cronograma para el desarrollo de capacitaciones nutricionales.
- Ejecución del plan de capacitación sobre la promoción de una adecuada alimentación.
- Evaluación del plan de capacitación.

3.B Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.

- Coordinación y sensibilización de las instituciones educativas para la participación en las capacitaciones.
- Taller de nutrición y lonchera saludable para niños de 5 años.
- Monitoreo de las prácticas de aprendizaje de los docentes a favor de la infancia en sus escuelas.

3.C Capacitación con las autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.

- Planificar y coordinar las capacitaciones sobre el saneamiento básico para el mejoramiento del mismo.
- Diseño y elaboración de las capacitaciones sobre el saneamiento básico.
- Ejecución y desarrollo de las capacitaciones.
- Monitoreo y seguimiento a la instancia municipal para la mejora de los servicios de saneamiento básico.

D. EDUCACIÓN:

La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas que los transfieren a otras personas, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, el ejemplo, la formación o la investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra, pues además está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de las figuras de autoridad: los padres, los educadores (profesores o maestros), pero los

estudiantes también pueden educarse a sí mismos en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. Cualquier experiencia que tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente o actúa puede considerarse educativa (45).

La comunidad del puesto de salud Raypa siendo una zona rural, con familias en su gran mayoría con nivel primario, dedicados a la agricultura, con un nivel de conocimiento deficiente en el sector de salud y en mantener una alimentación balanceada; y con un índice de desnutrición infantil elevado; por ello se hace necesario estos objetivos para el cumplimiento de la meta.

Acciones:

2.B Talleres para cambios de conducta de salud de manera coordinada e integral con un equipo multidisciplinario de salud.

- Planificación de los talleres de cambios de conducta de salud.
- Coordinación con un equipo multidisciplinario de salud de manera integral para incrementar el control de la salud asegurando los cambios conductuales.
- Ejecución y desarrollo de los talleres.
- Evaluación del informe.

E. PROMOCIÓN:

Consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un proceso social y político que fortalece las habilidades y conocimientos de los individuos en salud; también se dirige a cambiar a las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo, actuando sobre los determinantes de la salud (46).

Por último una de las estrategias para poder generar estilos de vida saludables, es mostrar los beneficios si aceptamos la modificación de

hábitos y esto solo se logrará si se realiza la promoción de la salud; resaltando lo más beneficioso que puede tener la comunidad para mantener un niño sano y feliz, libre de desnutrición crónica (46).

El puesto de salud Raypa, cuenta con diversas estrategias promocionales para combatir la desnutrición crónica infantil y una de ellas son las sesiones demostrativas de alimentación saludable, sin embargo no toda la población esta concientizada al uso de alimentos nutritivos para mejorar el estado nutricional del niño; es por ello que a través de estas estrategias se incrementará el nivel educativo y sensibilización de la población infantil.

Acciones:

2.C Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.

- Planificación de un plan de trabajo para la feria expositiva de alimentos propios de la zona.
- Formación de un grupo organizador integrado con autoridades municipales, agentes comunitarios e instituciones de salud, para la organización de los comités de trabajo.
- Selección y determinación de los expositores potenciales de productos a exponer en la feria.
- Determinación de las dimensiones y ubicación de los stands en el recinto.
- Elaboración de la campaña de comunicación y captación de visitantes.
- Ejecución de la feria expositiva de alimentos propios de la zona para las familias.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del profesional de enfermería del puesto de salud de Raypa, pero a la vez estará inmerso el equipo de salud, las autoridades locales y municipales, el sector educación, y como ente primordial e indispensable en este trabajo la participación activa de la gestante, padres y madres con niños menores de 5 años. Con la finalidad de mantener el sostenimiento del proyecto de intervención.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

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
Propósito: Disminución en desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del puesto de salud Raypa.	Disminución del 50% de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del puesto de Salud Raypa.	1. Criterio de verificación del estado nutricional del niño menor de 5 años. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } > 5 \text{ años evaluados según su estado nutricional.}}{\text{N}^\circ \text{ del total niños } > 5 \text{ años}}$	Verificación del estado nutricional del niño <5 años a través de indicadores de P/E, T/E, P/T.	1. Registro del sistema de información del estado nutricional del niño >5 años. 2. Verificación porcentual del estado de desnutrición crónica del niño >5 años. 3. Registro de calibración de los equipos antropométricos 4. Calidad de los valores del peso y la talla de los equipos antropométricos.	3 talleres por año	Lista de chequeo
1. Madre muestra interés en el cuidado del niño	100% de las madres muestra interés en el cuidado del niño.	• Porcentaje de madres que muestran interés en el cuidado del niño. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres que muestran interés en el cuidado del niño} \times 100}{\text{Total de madres}}$	Cambio de actitud de la madre para el cuidado del niño con desnutrición crónica.	• Registro de madres participantes por talleres.	3 talleres por año	Lista de chequeo
2. Costumbres favorables de la familia en la alimentación.	100% de las familias adopta costumbres favorables en alimentación.	• Criterio de verificación de las costumbres favorables de las familias en alimentación. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de familias con costumbres favorables de las familia en la alimentación} \times 100}{\text{Total de familias}}$	Adopción de estilos de vida saludables	• Registros de asistencia a los talleres.	3 talleres por año	Lista de chequeo

3.Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición	100% de eficiencia en involucramiento en problemas de la desnutrición.	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de eficiencia en involucramiento de problemas de desnutrición. 	Gestión multisectorial para la erradicación de la desnutrición crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las reuniones con autoridades comunales de la jurisdicción. • Acta de acuerdos y compromisos de la mejora en la alimentación adecuada en el niño menor de 5 años 	2 talleres por año	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	Frecuencia	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
1.Madre muestra interés en el cuidado del niño	1.A. Taller de sensibilización a las madres de niños <5 años para la activación del sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño.	2 talleres de sensibilización para la activación del sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño, dirigido a las madres de familia con niños menores de 5 años.	<p>Porcentaje de talleres de sensibilización para la activación del sistema de vigilancia comunal del niño < 5 años</p> <p>Nº de talleres de sensibilización realizados para la activación del sistema de vigilancia comunal del niño < 5 años x100</p> <p>-----</p> <p>Total de talleres de sensibilización realizados para la activación del sistema de vigilancia comunal del niño < 5 años</p>	Formación del Sistema de vigilancia nutricional activo.	Registro de madres <5 años sensibilizadas por talleres.	3 talleres por año	Lista de chequeo
	1.B Taller de sensibilización de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.	2 talleres para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.	<p>Porcentaje de talleres para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.</p> <p>Nº de talleres ejecutados para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.</p> <p>-----</p> <p>Total de talleres programados para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.</p>	Formación de madres líderes para la adopción de estilos de vida saludables en brindar una alimentación balanceada.	Registro de comités de madres líderes sensibilizadas por talleres.	3 talleres por año	Lista de chequeo
	1.C Formación de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.	3 comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.	<p>Porcentaje de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.</p> <p>Nº de comités ejecutados de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.</p> <p>-----</p> <p>Total de comités programados de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación</p>	Conjunto de madres líderes organizadas para asegurar una adecuada alimentación.	Registro de comités de madres líderes Registro de actas de compromiso.	3 talleres por año	Lista de chequeo

	1.D Capacitación a las madres líderes sobre la promoción de una adecuada alimentación.	4 capacitaciones sobre la promoción alimentación. Adecuada	Porcentaje de madres líderes capacitadas en la promoción de una adecuada alimentación. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres líderes capacitadas} \times 100}{\text{Total de madres líderes}}$	Conocimientos teóricos y prácticos sobre una adecuada alimentación.	Registros de asistencia a las capacitaciones.	Cada 2 meses	Lista de chequeo
2. Costumbres favorables de la familia en la alimentación.	2.A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.	6 talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.	Porcentaje de talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres ejecutados para la sensibilización en la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable} \times 100}{\text{Total de talleres programados para la sensibilización en la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable}}$	Cambio de actitud para adoptar estilos de vida saludable.	Registro de familias sensibilizadas por talleres	Cada 6 meses	Lista de chequeo
	2.B Talleres para cambios de conducta de salud de manera coordinada e integral con un equipo multidisciplinario de salud.	5 talleres multidisciplinario de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil	Porcentaje de talleres multidisciplinario de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres ejecutados multidisciplinarios de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil} \times 100}{\text{Total de talleres programados multidisciplinario de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil}}$	Cambio de conducta de salud para asegurar una alimentación adecuada	Registro de familias por talleres	3 talleres por año	Lista de chequeo
	2.C Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	1 feria expositiva de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	Porcentaje de ferias expositivas de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de feria expositiva de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil}}{\text{Total de ferias expositivas de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil}}$	Evento social, económico o cultural que ofrece alimentos propios de la zona para asegurar la disminución de la			

				desnutrición infantil.			
3. Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición.	3.A Reunión de Coordinación con las autoridades locales para las campañas de salud infantil.	4 reuniones de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.	<p>Porcentaje de reuniones de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.</p> <p>N° de reuniones ejecutados de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.</p> <hr/> <p>Total de reuniones programadas de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.</p>	Acciones coordinadas con las autoridades locales para organizar campañas de salud.	Acta de compromiso.	Cada 6 meses	Lista de chequeo
	3.B Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.	2 capacitaciones a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.	<p>Porcentaje capacitaciones a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.</p> <p>N° de capacitaciones ejecutados a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.</p> <p>docentes capacitados x100</p> <hr/> <p>Total capacitaciones programados a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.</p>	Conocimientos teóricos y prácticos sobre una alimentación saludable.	Registro de capacitados por capacitación.	Cada 2 meses	Lista de chequeo
	3.C Capacitación con las autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	2 capacitaciones con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica	<p>Porcentaje de las capacitaciones con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil.</p> <p>N° de capacitaciones ejecutadas con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil.x100</p> <hr/> <p>Total de capacitaciones programadas con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil.</p>	Conocimientos teóricos y prácticos sobre una alimentación saludable.	Registro de autoridades capacitadas.	Cada 2 meses	Lista de chequeo

	<p>3.d. Implementación completa del equipo de salud, por las autoridades municipales para el seguimiento y monitoreo de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica.</p>	<p>Equipo completo de salud para el monitoreo en la prevención y tratamiento del niño con desnutrición crónica.</p>	<p>1 médico cirujano 1 Lic. Nutricionista (o) 1 Lic. Enfermera (o)</p>	<p>Actividades de monitoreo y seguimiento</p>	<p>Registros y fichas de visitas domiciliarias</p>	<p>2 visitas domiciliarias por semana</p>	<p>Informe de visitas domiciliarias</p>
--	---	---	--	---	--	---	---

7.1. Beneficios:

A. Beneficios con proyecto

- **Disminución en desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del puesto de salud Raypa.**
 - ✓ Madre muestra interés en el cuidado del niño
 - ✓ Costumbres favorables de la familia en la alimentación.
 - ✓ Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición.

B. Beneficios sin proyecto

- **Incremento en desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del puesto de salud Raypa.**
 - ✓ Desinterés de la madre y de la familia en el cuidado del niño.
 - ✓ Costumbres desfavorables en la familia sobre alimentación.
 - ✓ Deficiente involucramiento en problemas de la desnutrición.

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. HUMANOS:

RECURSO HUMANO	HORAS MENSUAL	COSTO X HORAS S/.	COSTO PROPIO	APORTE REQUERIDO
2 Enfermeras	150	10.00	18 000.00	18000.00
1 Nutricionista	150	10.00		18000.00
1 Médico	75	22.30		20970.00
Costo total			18000.00	56970.00

8.2. PRESUPUESTO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
01	Local comunal	0.0	01	450.00	0.00
02	Laptop	2.500.00	01	2.500.00	0.00
04	Balanzas	500.00	03	0.00	1500.00
05	Tallímetros	250.00	03	0.00	750.00
06	Registros	0.20	50.00	0.00	25.00
07	Material de difusión	0.50	100	0.00	50.00
08	Cartillas del estado nutricional	5.00	04	20.00	0.00
09	Refrigerios	2.50	100	0.00	250.00
10	Movilidad local	4.00	25	0.00	100.00
11	Impresiones	0.50	200	0.00	100.00
12	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
13	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	40	0.00	80.00
	Total			2970.00	2875.00

8.3. MATERIALES PARA CAPACITACIÓN A PADRES DE FAMILIA, AUTORIDADES LOCALES Y COMUNALES, DOCENTES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local comunal	0.00	01	200.00	0.00
2	Impresiones	0.50	200	0.00	100.00
3	Fotocopias	0.10	400	0.00	40.00
4	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	50	0.00	100.00
5	Equipo multimedia	0.00	0	800.000	0.00
6	Refrigerio	2.00	40	0.00	80.00
7	Movilidad local	4.00	08	0.00	32.00
	SUBTOTAL			1000.00	352.00

8.4. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN A AUTORIDADES MUNICIPALES

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local comunal	0.00	1	150.00	0.00
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	150	0.00	450.00
4	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
5	Ponentes	100.00	1	0.00	100.00
6	Refrigerio	2.00	50	0.00	100.00
7	Movilidad local	4.00	100	0.00	400.00
	SUBTOTAL			150.00	1070.00

**8.5. PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE FERIAS Y
EVENTOS PROMOCIONALES EN RELACIÓN A LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA**

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Médico	S/300.00 x día x persona	03	0.00	S/.900.00
2	Movilidad Local	S/25.00 x día x persona	03	0.00	S/75.00
3	Local comunal	0.00	01	01	0.00
4	Sillas	1500.00	24	1500.00	
5	Mesa grande	600.00	1	600.00	0.00
COSTO TOTAL				2100.00	S/.975.00

8.6. RESUMEN DE PRESUPUESTO:

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Recursos Humanos	56970.00	18000.00	74970.00
Sistema de Vigilancia Nutricional	2875.00	2970.00	5845.00
Capacitación	352.00	1000.00	1352.00
Taller	1070.00	150.00	1220.00
Ferias nutricionales	975.00	2100.00	21975.00
TOTAL	62242.00	24220.00	S/.105.362.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del Puesto de salud Raypa.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2019-2020				
			DESCRIP.	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Elaboración del trabajo académico “Disminuyendo la desnutrición crónica infantil del niño menor de 5 años del puesto de salud Raypa”	1	Informe	350.00	X				Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la Microred de Salud de Huarmey y Red de Salud Pacifico Sur.	1	Informe	50.00	X				Proyecto Presentado
3	Reunión con las autoridades municipales y comunales, sector educación y personal de Salud para formar Comité de mejora continua para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	1070.00		X			Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	3052.00.		X	X	X	Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	50.00			X		Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	50.00				X	Proyecto presentado

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Madre muestra interés en el cuidado del niño

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA ENERO 2019 –ENERO 2020				
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV	
1	1.A. Taller de sensibilización para activación del sistema de vigilancia comunal para el cuidado del niño, dirigido a las madres de familia con niños menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación y coordinación de los talleres de sensibilización. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización. ➤ Organizar e instaurar de manera conjunta un sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño en coordinación con el establecimiento de salud y comunidad. ➤ Monitoreo del sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño realizada por el equipo y agentes comprometidos. ➤ Evaluación e informe. 	Taller	12200.00	X		X	X	X
1	1.B Taller de sensibilización de Comités de madres lideres para la promoción de una adecuada alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación y coordinación de los talleres de sensibilización para la promoción de alimentación adecuada. ➤ Ejecutar y desarrollar talleres de sensibilización de la promoción de alimentación adecuada para disminuir la desnutrición infantil. ➤ Elaboración del informe. 	Taller	12200.00	X		X	X	X
1	1.C Formación de comité de madres lideres para la promoción de una adecuada alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación y coordinación de los talleres. ➤ Formación de comités de madres lideres para la promoción de una adecuada alimentación. ➤ Acta de coordinación y sustentación con las firmas de las madres del comité. ➤ Identificación y compromiso de familias con niños y niñas menores de 5 años para promover la alimentación adecuada. ➤ Elaboración del informe. 	Comité	19345.00	X				X

1	1.D Capacitación a las madres líderes sobre la promoción de una adecuada alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación y coordinación para la capacitación de madres líderes en la promoción de alimentación adecuada. ➤ Elaboración concertada con las madres líderes de salud para la elaboración de un cronograma para el desarrollo de capacitaciones nutricionales. ➤ Ejecución del plan de capacitación sobre la promoción de una adecuada alimentación. ➤ Evaluación del plan de capacitación. 	Capacitación		X	X	X	X
---	--	---	--------------	--	---	---	---	---

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Costumbres favorables de la familia en la alimentación.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA ENERO 2019- ENERO 2020				
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV	
2	2.A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación y planificación de los talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable. ➤ Coordinación con diferentes profesionales de la salud para el logro de talleres integrales. ➤ Ejecutar y desarrollar talleres de sensibilización de estilos de vida saludable para las familias. ➤ Evaluación del informe. 	Taller	S/352.00	X		X	X	
2	2.B Talleres para cambios de conducta de salud de manera coordinada e integral con un equipo multidisciplinario de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación de los talleres de cambios de conducta de salud. ➤ Coordinación con un equipo multidisciplinario de salud de manera integral para incrementar el control de la salud asegurando los cambios conductuales. ➤ Ejecución y desarrollo de los talleres. ➤ Evaluación del informe. 	Taller	S/. 655.00	X		X		X
	2.C Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación de un plan de trabajo para la feria expositiva de alimentos propios de la zona. ➤ Formación de un grupo organizador integrado con autoridades municipales, agentes comunitarios e instituciones de salud, para la organización de los comités de trabajo. ➤ Selección y determinación de los expositores potenciales de productos a exponer en la feria. ➤ Determinación de las dimensiones y ubicación de los stands en el recinto. ➤ Elaboración de la campaña de comunicación y captación de visitantes. ➤ Ejecución de la feria expositiva de alimentos propios de la zona para las familias. 	Feria expositiva	S/. 1070.00	X		X		X
						X	X	X	X

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA ENERO 2019- ENERO 2020			
			DESCRIPCION	COSTOS	I	II	III	IV
3	3.A Reunión de Coordinación con las autoridades locales para las campañas de salud infantil.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación de las reuniones de coordinación para las campañas infantil. ➤ Reuniones de coordinación, planificación con el sector salud y otras instituciones para la realización y/o ejecución de campañas. ➤ Informar y comprometer a la comunidad para la realización de las campañas. ➤ Ejecución de la campaña de salud. ➤ Monitoreo y evaluación de las campañas realizadas 	Reunión de coordinación	S/1070.00	X	X	X	
					X	X	X	X
						X	X	X
						X	X	X
3	3.B Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación y sensibilización de las instituciones educativas para la participación en las capacitaciones. ➤ Taller de nutrición y lonchera saludable para niños de 5 años. ➤ Monitoreo de las prácticas de aprendizaje de los docentes a favor de la infancia en sus escuelas. 	Capacitación	S/. 352.00	X	X	X	X
						X		
							X	X
							X	X
3	3.C Capacitación con las autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificar y coordinar las capacitaciones sobre el saneamiento básico para el mejoramiento del mismo. ➤ Diseño y elaboración de las capacitaciones sobre el saneamiento básico. ➤ Ejecución y desarrollo de las capacitaciones. ➤ Monitoreo y seguimiento a la instancia municipal para la mejora de los servicios de saneamiento básico. 	Capacitación		X			
					X	X		
						X		X
							X	X

3	3.d.Implementación completa del equipo de salud, por las autoridades municipales para el seguimiento y monitoreo de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contratación del equipo completo de salud. ➤ Elaboración del padrón de los niños con desnutrición crónica. ➤ Identificación de factores condicionantes de los niños con desnutrición crónica. ➤ Elaboración del cronograma de las visitas domiciliarias a las familias con niños desnutrición crónica. ➤ Supervisión Educación y consejería personalizada sobre alimentación balanceada a las familias con desnutrición crónica. 	<p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p style="text-align: center;">X</p>	<p style="text-align: center;">X</p>	<p style="text-align: center;">X</p>	<p style="text-align: center;">X</p>	<p style="text-align: center;">X</p>
---	---	--	---	--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “Disminuyendo la desnutrición crónica infantil del puesto de salud Raypa” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo del puesto de salud, jefe de Microred de Huarney, autoridades municipales del Distrito de Huanchay - Raypa, y la Red de Salud Pacífico Sur para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- Red de Salud Pacifico Sur.
- Microred de salud Huarney
- Municipalidad de Huanchay-Huaraz
 - Qaliwarma
 - Programa Juntos
 - Vasos de leche

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Indicadores de la Situación de la Desnutrición y Anemia. Perú. 2015. (fecha de acceso 27 de junio 2018). URL Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/situacion.html>.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. EEUU. 2013. (fecha de acceso 27 de junio 2018) URL Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.
3. Beltrán P. y etal. Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente. Perú. 5(6), 974-1031, 2016. Perú. (fecha de acceso 15 de junio del 2018)URL Disponible en :<http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/349>
4. Ministerio de Salud, Norma Técnica de la Situación de la Desnutrición y Anemia. Perú. 2009. (fecha de acceso 27 de junio 2018) URL Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/situacion.html>
5. Coronel D. Revista semana de la nutrición Los primeros 100 años de vida. España. 29 (7) 2016. (fecha de acceso 29 de agosto).URL Disponible en: <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/importancia-de-la-nutricion-de-los-ninos-en-los-primeros-100-dias-de-vida/473314>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .La desnutrición infantil en el mundo EEUU. 2011. (fecha de acceso 12 de julio del 2018). URL Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/file/Dossierdesnutricion.pdf>
7. Fiayo T. Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años. Colombia. 2014. Sección A. p.6. (fecha de acceso 26 de junio del 2018). URL Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52484/Documento_completo__pdf?sequence=3
8. Seinfeld J. Documento de Discusión Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente, Perú. 2014. (fecha de acceso 22 de junio del 2018). URL Disponible en: http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú (2017). (fecha de acceso 13 de julio del 2018). Disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-131-de-menores-de-cinco-anos-disminuyendo-en-13-puntos-porcentuales-en-el-ultimo-ano-9599/>

10. Ministerio de Economía y Finanzas. Programa articulado nutricional MEF; Perú. 2013. (fecha de acceso 12 de julio del 2018). URL Disponible en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documenta/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf
11. Mohme G. Revista La república desnutrición en el Ancash. Perú 6 (2) 12-14, 2013. (fecha de acceso 8 de julio del 2018). Disponible en <https://larepublica.pe/sociedad/1143986-Ancash-esta-por-encima-del-promedio-nacional-de-desnutricion-cronica-infantil>
12. Red de salud pacifico Sur. Sistema de Información Nutricional del Niño Menor de 5 años. III Semestre.2018. oficina de estadística e informática. Chimbote 2018.
13. Gutiérrez W. La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2011 Abr (citado 8 de diciembre del 2018) (2): 396-397. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200040&lng=es.
14. Callisaya E, Mejía H. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Rev. bol. ped. [Internet]. 2012 (citado 02 de diciembre 2018) 51(2): 90-96. URL Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200002&lng=es
15. MINSA, INS, CENAN. Lineamientos de Nutrición Infantil. Norma Técnica N.º 010-MINSA/INS-V01 RM 610-2004 MINSA. Lima: MINSA; 2004.
16. Sistema de Información Gerencial de Seguridad Alimentaria. El costo del hambre en Bolivia. Impacto social y económico de la desnutrición infantil. Bolivia 2009: Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas.
17. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003.

18. Abeya, G., Calvo E., Durán, P., Longo, E., y Mazza, C. Evaluación del estado nutricional de niños y niñas y embarazadas mediante antropometría. Ministerio de Salud de la Nación. Perú 2007.
19. Ayala E. El desarrollo integral del niño y la relación la desnutrición crónica infantil. del Perú-. (tesis Doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
20. Sampedro C. La importancia de la alimentación en el desarrollo de las funciones cognitivas del niños (tesis Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. (fecha de acceso 8 de julio del 2018). Disponible en https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002097.pdf.
21. Nola P. Modelo Promoción de la salud. Barcelona, España: Elsevier. 2011
22. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier-Mosby; 2007
23. Muñoz M. y Baltica C. Universidades y promoción de la salud: cómo alcanzar el punto de encuentro. (fecha de acceso 18 de junio 2018)URL Disponible: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=246-universidades-promocion-salud-como-alcanzar-punto-encuentro-6&category_slug=articulos-revista-974&Itemid=1031
24. McElligott, J. et al. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado., España. 1999. (fecha de acceso 18 de agosto del 2018). URL disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
25. Ministerio de Salud. Directiva N° 050 -MINS/DGSP-V.01 “Directiva Sanitaria que Establece la Suplementación Preventiva con Hierro en las Niñas y Niños Menores de Tres Años-2012. (fecha de acceso 20 de julio 2018). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_32.pdf
26. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 010-MINSA/INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”. Resolución Ministerial 292-2006/MINSA-2004 Perú.

27. Instituto Nacional de Salud. Guía Técnica N° 001/2012- “Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil” Perú.
28. Levels Trends M. y Child Mortality S. Organización Mundial de la Salud- Desnutrición crónica infantil. Canada (2011). (fecha de acceso 11 de julio del 2018). URL Disponible en : http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2011.pdf.
29. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Boletín electrónico. 2005. (fecha de acceso 12 de julio del 2018) URL disponible en: <http://paho.org>.
30. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Perú 2010. fecha de acceso 12 de julio del 2018) URL disponible en : http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=co_m_content&view=article&id=62&Itemid=9
31. Organización Mundial para las Naciones Unidas (OMS). Estadística y Nutrición. [En línea] Word Reference, 17 de Junio de 2015. [Citado el: 03 de Junio de 2016.] fecha de acceso 12 de julio del 2018) URL disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/02/Chavez-Juana.pdf>
32. Garza H, Abreu J, y Garza E, Impacto de la capacitación en una empresa del ramo eléctrico México 2009. (fecha de acceso 3 de noviembre del 2018). URL Disponible en [http://www.spentamexico.org/v4-n1/4\(1\)%20194-249.pdf](http://www.spentamexico.org/v4-n1/4(1)%20194-249.pdf)
33. Alcaraz G, El estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años. Colombia 2014.
34. Valderrama A. Estrategias educativas- fórum académico. Perú 2011. (fecha de acceso 24 de julio del 2018). URL Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52484/Documento_completo_.pdf?sequence=3
35. Pulgar D, Figueroa M. Adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Quetzaltenango, Guatemala. 2016
36. Munduante D, Prescilla H. Evaluación del Estado Nutricional de niños menores de cinco años que asistieron al Centro de Salud del Departamento de Petén de Junio a agosto del 2013. Petén Guatemala: Universitaria, 2013.

37. Casaperalta C y Gonzáles L. Estrategias de Fortalecimiento para Disminución de la Desnutrición Crónica Infantil. Perú-Cajamarca, 2015.
38. Tolentino W. “Programa De Sensibilización” Educación sin barreras. Ecuador 2011. (fecha de acceso 12 de noviembre del 2018). URL disponible en:https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/plan_de_sensibilizacion_100214.pdf
39. León M. Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia. (tesis Maestría)Perú -.Huancavelica 2016.
40. Prado R. La fusión de los programas sociales y la disminución de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Sánchez Carrión (tesis doctoral). Universidad Nacional de Trujillo. Perú-Trujillo. 2017.
41. Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado. Proyecto Sembrado Infancia. 2015, Perú Chimbote-2015. (acceso 2 de noviembre del 2018). URL disponible en: <http://www.ssverboencarnado.org/proyectos.php>
42. Castillo M, Educación sin Barreras. Programa de Sensibilización. Ecuador 2011. (acceso 30 de noviembre del 2018). URL disponible en :https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/plan_de_sensibilizacion_100214.pdf
43. Grados T. Introducción a la psicología. Motivación y Emoción.(diapositiva) universidad alicante, 2013.50 diapositivas. (acceso 30 de noviembre del 2018). URL disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/9/Tema%209.%20Motivaci%C3%B3n%20y%20Emoci%C3%B3n..pdf>
44. Colegio de Enfermeros del Perú. Sistema de gestión de calidad 2010 Lima Perú.. (fecha de acceso 12 de julio del 2018). URL Disponible en <http://www.enfermeros/hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Presentacion/Documentos/PLANES/SistemaGestionCalidadSalud.pdf>
45. UNESCO (2006). Clasificación Internacional Normalizada de la Educación. ISBN 92-9189-037-5. Consultado el 19 de marzo de 2012.
46. Modelo nacional de educación permanente en salud. Base de datos en línea. (fecha de acceso 05 de octubre 2018). URL Disponible en:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=55576&indexSearch=ID>.

47. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud, un enfoque innovador y eficaz. Noticias e información del centenario, información de prensa. (fecha de acceso 3 de noviembre del 2018). URL Disponible en <https://educacion.gob.ec>

ANEXOS

ANEXO N° 01

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Salud de Raypa, tiene a su cargo 1100 habitantes con 52 niños menores de 5 años en toda su jurisdicción, tiene una categoría del nivel de atención I-1, las familias que se encuentran en el centro poblado de Raypa se encuentran con un nivel de pobreza Quintil 1 (muy pobre), sus viviendas están construidas de adobe, con presencia de alumbrado público y agua, pero en ausencia de desagüe.

Muchos años después y debido al acelerado crecimiento poblacional y de la formación de familias jóvenes se agregan otras comunidades como Caserío Pishan, Caserío Cumbrec, Caserío Colcap, Caserío Raypa, Caserío Rumar, Caserío Palacio, Caserío Raypa Alta. Estos caseríos cuentan con el sistema de agua, sin embargo el agua no es apta para el consumo humano por no ser clorada.

En relación al estado nutricional de los niños menores de 5 años recolectados en la oficina de estadística e informática de la Red de Salud pacifico Sur, refiere que el centro poblado Raypa – Huanchay, el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica se encuentra en un 25.9 %. Esto se debe a que existe un bajo nivel educativo debido a que la mayoría de los pobladores están en un nivel de alfabetización de nivel primario, agregado a ello la alimentación es muy pobre en proteínas por no tener los por el bajo nivel de cultura y educación. recursos y el acceso para la compra de ellos.

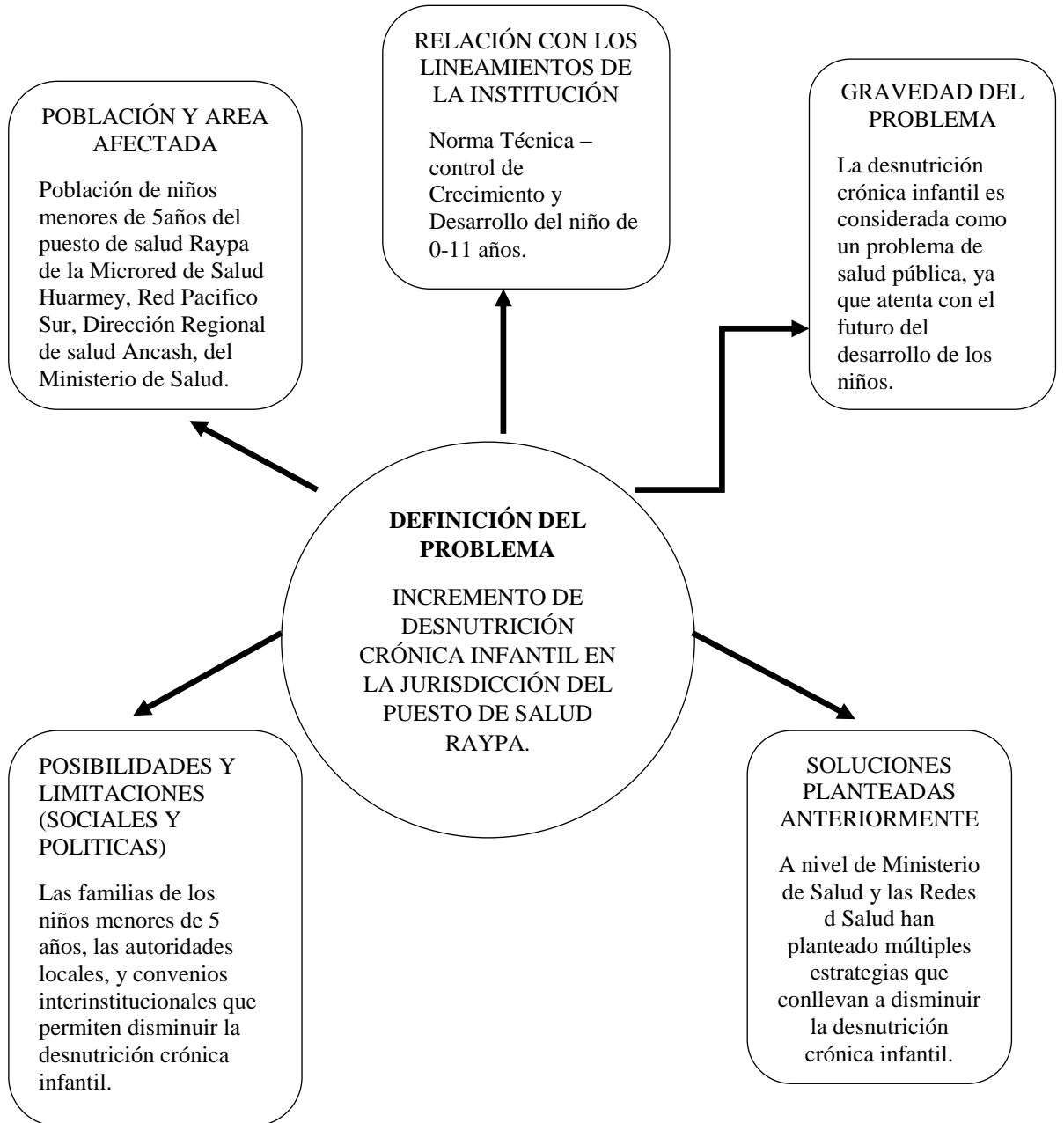
Por otro lado el saneamiento básico de desagüe esta deficiente, teniendo pozo ciego y en su mayoría utilizando el campo abierto para la eliminación de sus necesidades, generando múltiples enfermedades e incrementando los diagnósticos de parasitosis y anemia infantil.

Existen a la vez las enfermedades más prevalentes y frecuentes como son las IRAS Y EDAS, así mismo se presentan partos domiciliarios. Así mismo los caseríos del centro poblado reciben ayudas sociales como es el programa juntos para las familias con niños menores de 5 años, y el programa social Pensión 65 para la

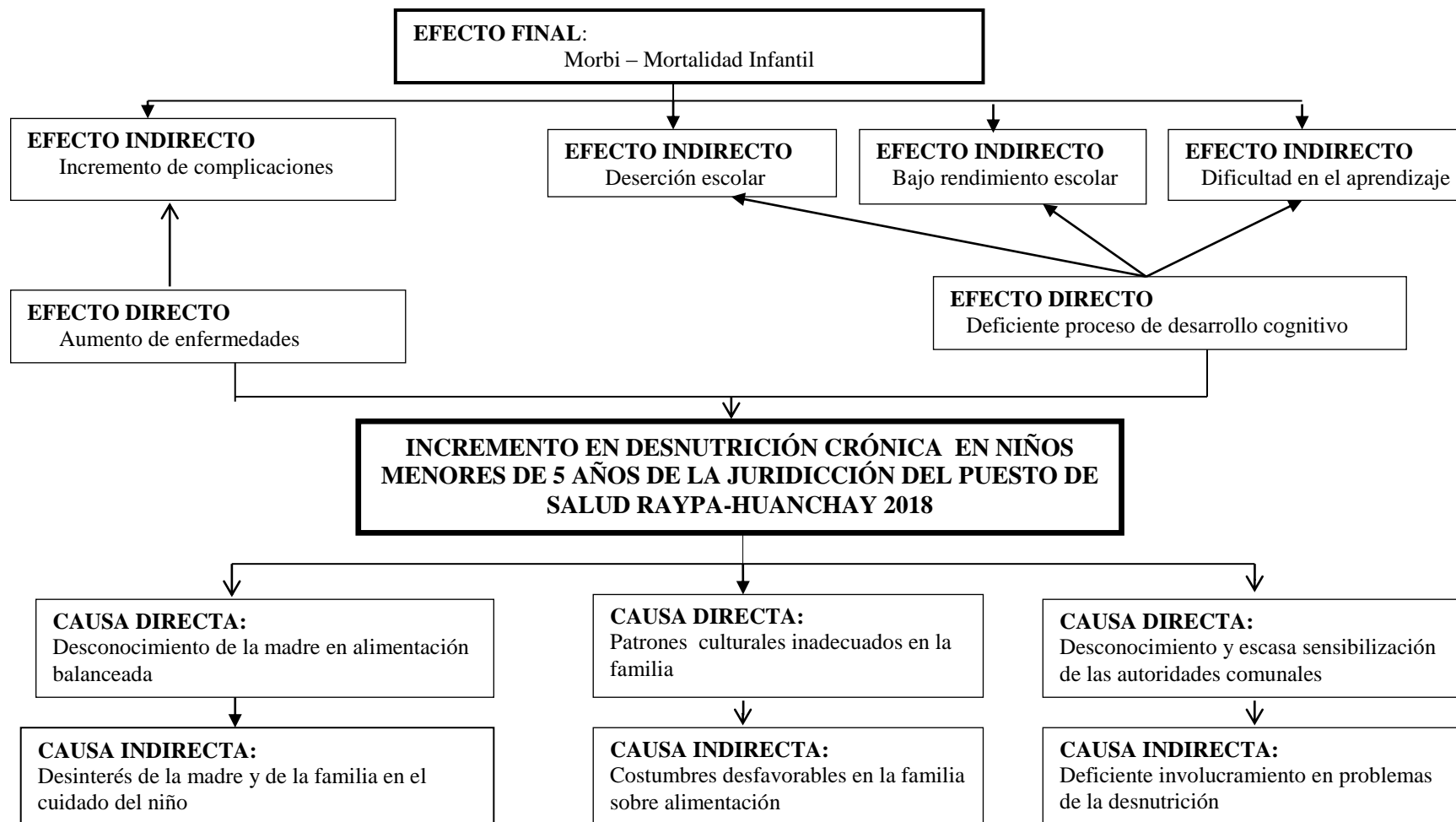
población adulta mayor, también el sector educación es prioridad en este centro poblado.

También se observa la distribución de la población por etapas de vida que el porcentaje más alto pertenece al grupo adulto de 30 a 59 años (38.1%), considerado como la población activa en la agricultura y la producción, seguido de la población de 0 - 11 años con un 28.9 %, posteriormente la población adolescente con un 25%; y joven 18.2%. adulto con el 11%.

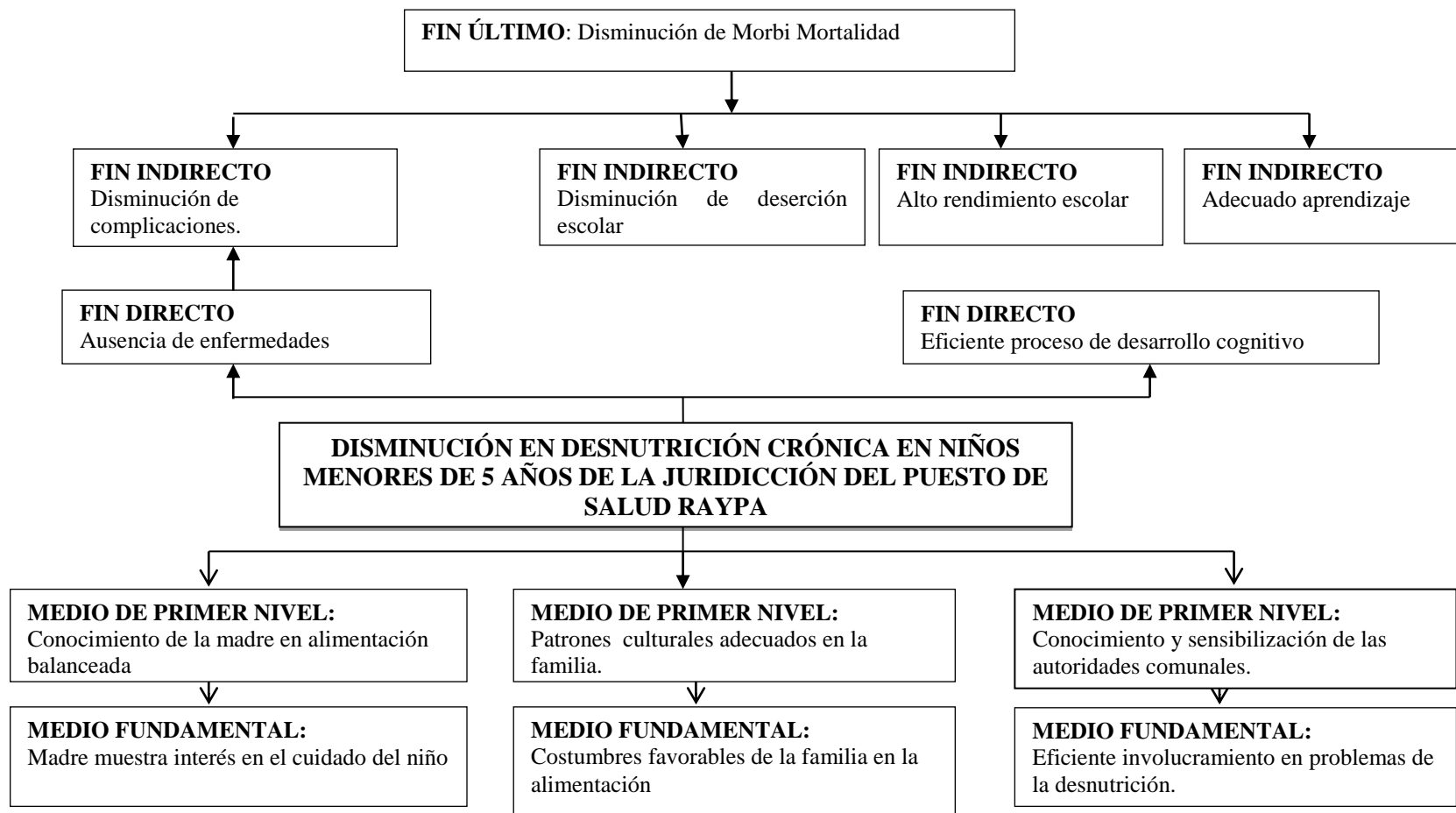
IDENTIFICACION DEL PROBLEMA



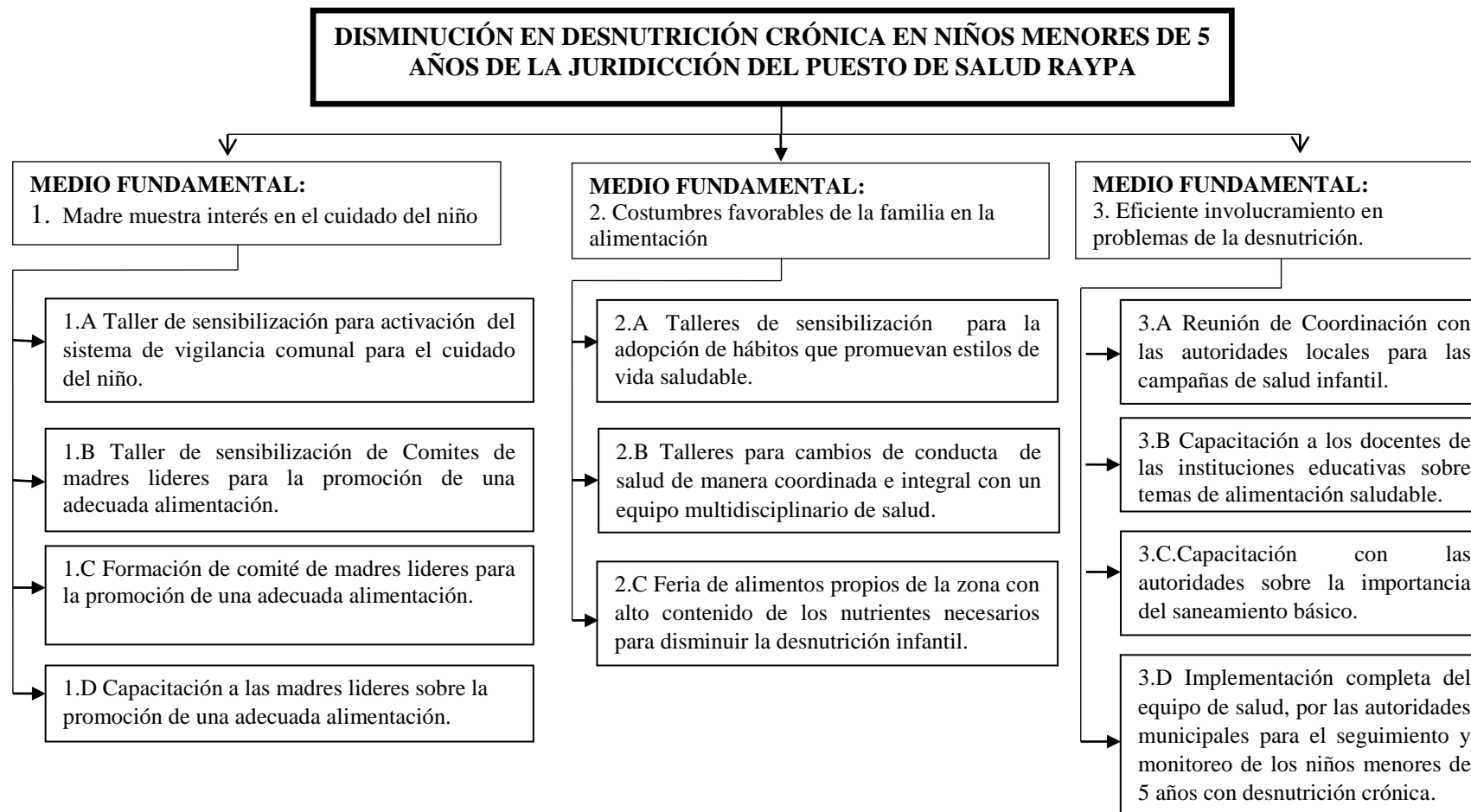
ANEXO N° 02:
GRÁFICA N° 01 ÁRBOL CAUSA - EFECTO



ANEXO N° 03:
GRÁFICA N° 02: ÁRBOL DE FINES Y MEDIOS



ANEXO N° 04:
GRÁFICA N° 03: MEDIOS FUNDAMENTALES



ANEXO N° 05: MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Correspondencia					
	Resumen de Objetivos	Metas	Indicadores	Medios De Verificación	Supuestos
Fin	Disminución de la Morbi Mortalidad en niños menores de 5 años, de la jurisdicción del puesto de salud Raypa.				
Propósito	Disminución en desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del puesto de salud Raypa en un 20 % en el I semestre y un 30% en el II Semestre.	Disminución del 50 % de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del puesto de salud Raypa.	<p>1. Criterio de verificación del estado nutricional del niño menor de 5 años. N° de niños > 5años evaluados según su estado nutricional.</p> <hr/> <p>N° del total niños >5 años</p> <p>2. Criterio de verificación del estado nutricional de desnutrición crónica del niño >5 años N° de niños con desnutrición crónica.</p> <hr/> <p>N° del total niños >5 años según estado nutricional</p> <p>3. Criterio de verificación de calibración de los equipos antropométricos. N° de calibraciones de los equipos antropométricos.</p> <hr/> <p>N° total de los equipos antropométricos.</p>	<p>1. Registro del sistema de información del estado nutricional del niño >5 años.</p> <p>2. Verificación porcentual del estado de desnutrición crónica del niño >5 años.</p> <p>3. Registro de calibración de los equipos antropométricos.</p> <p>4. Calidad de los valores del peso y la talla de los equipos antropométricos.</p>	<p>1. Los niños cuentan con un estado nutricional mensual.</p> <p>2. Las madres conocen el estado nutricional de sus hijos.</p> <p>3. Niños evaluados con equipos antropométricos calibrados.</p>

<p>Componentes</p>	<p>1. Madre muestra interés en el cuidado del niño</p> <p>2. Costumbres favorables de la familia en la alimentación.</p> <p>3. Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición.</p>	<p>100% de las madres muestra interés en el cuidado del niño.</p> <p>100% de las familias adopta costumbres favorables en alimentación.</p> <p>100% de eficiencia en involucramiento en problemas de la desnutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de madres que muestran interés en el cuidado del niño. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres que muestran interés en el cuidado del niño} \times 100}{\text{Total de madres}}$ • Criterio de verificación de las costumbres favorables de las familias en alimentación. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de familias con costumbres favorables de las familia en la alimentación} \times 100}{\text{Total de familias}}$ • Porcentaje de eficiencia en involucramiento de problemas de desnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de madres participantes por talleres. • Registros de asistencia a los talleres. • Registro de las reuniones con autoridades comunales de la jurisdicción. • Acta de acuerdos y compromisos de la mejora en la alimentación adecuada en el niño menor de 5 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Madres responsables en el interés del cuidado del niño. • Familias empoderadas en costumbres favorables para la prevención de la desnutrición crónicas del niño menor de 5 años. • Eficiente involucramiento en problemas de desnutrición de parte de las autoridades municipales, personal de salud, madres y familias.
<p>Acciones</p>	<p>1.A. Taller de sensibilización a las madres de niños <5 años para la activación del sistema de vigilancia comunal.</p>	<p>2 talleres de sensibilización para la activación del sistema de vigilancia comunal del cuidado del niño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de talleres de sensibilización para la activación del sistema de vigilancia comunal del niño < 5 años $\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres de sensibilización ejecutados para la activación del sistema de vigilancia comunal del niño} < 5 \text{ años} \times 100}{\text{Total de talleres de sensibilización ejecutados para la activación del sistema de vigilancia comunal del niño} < 5 \text{ años}}$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de madres de niños <5 años sensibilizadas por talleres. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres. • Acta de acuerdos y compromisos de la mejora en la alimentación adecuada en el niño menor de 5 años 	<p>Madres de familias sensibilizadas en el cuidado y la prevención de desnutrición crónica infantil y alimentos balanceados.</p>

	<p>1.B Taller de sensibilización de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.</p>	<p>2 talleres para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de talleres para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación. <p>Nº de talleres ejecutados para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.</p> <p>-----Total de talleres programados para la formación de comités de madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de comités de madres líderes sensibilizadas por talleres. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres. • Acta de acuerdos y compromisos de la mejora en la alimentación adecuada en el niño menor de 5 años 	<p>Madres líderes sensibilizadas para la promoción de una adecuada alimentación y prevención de la desnutrición crónica infantil.</p>
	<p>1.C Formación de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.</p>	<p>3 comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de comités de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación. <p>Nº de comités ejecutados de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación.</p> <hr/> <p>Total de comités programados de madres líderes para la promoción de una adecuada alimentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de madres que conforman los comités. • Acta de coordinación y sustentación con las firmas de las madres del comité. • Identificación y compromiso de madres con niños y niñas menores de 5 años para promover la alimentación adecuada. 	<p>Madres líderes formadoras de familias en la promoción de una adecuada alimentación</p>

	1.D Capacitación a las madres líderes sobre la promoción de una adecuada alimentación.	4 capacitaciones sobre la promoción alimentación. Adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de madres líderes capacitadas en la promoción de una adecuada alimentación. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres líderes capacitadas}}{\text{Total de madres líderes}} \times 100$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de madres <5 años capacitadas. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de las capacitaciones. 	Madres líderes capacitadas en la promoción de alimentación adecuada para la desnutrición crónica infantil.
Acciones	2.A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.	6 talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.	<p>Porcentaje de talleres de sensibilización para la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres ejecutados para la sensibilización en la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable}}{\text{Total de talleres programados para la sensibilización en la adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludable}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de personas por talleres. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres. • Acta de acuerdos y compromisos. 	Familias capacitadas en la sensibilización y adopción de hábitos que promuevan estilos de vida saludables en la prevención de la desnutrición crónica infantil.
	2.B Talleres con equipos multidisciplinarios de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil.	5 talleres multidisciplinarios de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil	<p>Porcentaje de talleres multidisciplinario de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres ejecutados multidisciplinarios de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil}}{\text{Total de talleres programados multidisciplinario de salud para cambios de conducta en la desnutrición crónica infantil}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de personas por talleres. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres. • Acta de acuerdos y compromisos. 	Equipo multidisciplinario de salud capacitado y sensibilizado para contribuir en la prevención de la desnutrición crónica infantil
	2.C Feria de alimentos propios de la zona con alto	1 feria expositiva de alimentos	Porcentaje de ferias expositivas de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a las capacitaciones a los expositores de alimentos 	Madres, familias y comunidad conocedora con alto

	contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	para disminuir la desnutrición infantil. N° de feria expositiva de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil. <hr/> Total de ferias expositivas de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	en la feria. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de la feria.	contenido de alimentos indispensables para la prevención de la desnutrición crónica infantil.
Acciones	3.A Reunión de Coordinación con las Autoridades locales para las campañas de salud infantil.	4 reuniones de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.	Porcentaje de reuniones de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil. N° de reuniones ejecutados de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil. <hr/> Total de reuniones programadas de coordinación con las autoridades (municipios) para la realización de campañas de salud infantil.	• Registro de asistencia de las autoridades que asistieron a las reuniones de coordinación, planificación con el sector salud y otras instituciones para la realización y/o ejecución de campañas. • Acta de acuerdos y compromisos.	Autoridades municipales comprometidas y sensibilizadas en la ejecución de campañas de la salud para la detección de enfermedades oportunas que incrementan la desnutrición crónica infantil.
	3.B Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable para la prevención de la desnutrición crónica infantil.	2 capacitaciones a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.	Porcentaje capacitaciones a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable. N° de capacitaciones ejecutados a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable. docentes capacitados x100 <hr/> Total capacitaciones programados a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable	• Registro de asistencia de docentes capacitados. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de las capacitaciones.	Docentes y alumnos de las instituciones educativas conocedores de la alimentación balanceada para la prevención de la desnutrición crónica infantil,

	3.C Capacitación con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil.	2 capacitaciones con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil	<p>Porcentaje de las capacitaciones con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones ejecutadas con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil}}{\text{Total de capacitaciones programadas con las autoridades municipales sobre la importancia del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de las autoridades capacitadas. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de las capacitaciones. 	Autoridades municipales capacitadas, sensibilizadas para la mantener de forma operativa servicios básicos de salud en la comunidad, como principal eje en la prevención de la desnutrición crónica infantil.
	3.d. Implementación completa del equipo de salud, por las autoridades municipales para el seguimiento y monitoreo de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica	100 % del equipo completo de salud para el monitoreo y seguimiento de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica.	2 visitas de domiciliarias semanales a cada familia para el seguimiento y monitoreo de los niños menores con desnutrición crónica.	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación del equipo completo de salud. • Elaboración del padrón de los niños con desnutrición crónica. • Identificación de factores condicionantes de los niños con desnutrición crónica. • Elaboración del cronograma de las visitas domiciliarias a las familias con niños con desnutrición crónica. • Supervisión Educación y consejería personalizada sobre alimentación balanceada a las familias con desnutrición crónica. 	Familias con visitas de seguimiento y monitoreo.

