



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

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

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

**AUTOR:
LIC. ENF. LADDY JANYRA VILLENA ORTEGA**

**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 haberme dado la fuerza y la oportunidad de terminar satisfactoriamente este trabajo de investigación.

A mis padres, hermano y familia por la compañía y el apoyo que me brindan, sé que cuento con ellos siempre.

A nuestra Alma Mater Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote y a los docentes por haber sido guías y pilares durante nuestra formación profesional.

En especial a la Mg. Elsa Palacios por su disposición, apoyo, confianza, por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

LADDY

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, mi mejor amigo por iluminar el camino para seguir adelante y porque siempre está a mi lado, pues percibo su amor bendito constantemente.

A mis padres: WILE y MARY por brindarme su amor y apoyo de manera incondicional, en toda mi formación profesional y porque sus consejos, orientaciones y enseñanzas, forjaron mi espíritu emprendedor.

A mi sobrino LEONARD CALEB quien es mi motivo para seguir adelante.

A mis amigos y amigas del alma, gracias por esos momentos inolvidables.

LADDY

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	01
II. HOJA RESUMEN	03
2.1. Título del Proyecto	03
2.2. Localización	03
2.3. Población Beneficiaria	03
2.4. Institución que lo Presenta	03
2.5. Duración del Proyecto	03
2.6. Costo Total	03
2.7. Resumen	04
III. JUSTIFICACIÓN	05
IV. OBJETIVOS	27
V. METAS	27
VI. METODOLOGÍA	28
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención	28
6.2. Sostenibilidad del proyecto	34
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	35
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	42
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	44
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	51
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	51
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

I. PRESENTACIÓN

La salud es un derecho según la constitución política del Perú y a la vez considerada como un bien público que se construye, se vive y se disfruta en seno familiar y la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es el principal motivo de trabajo de los equipos de salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de las poblaciones a su cargo (1).

La desnutrición crónica infantil (DCI) en niños y niñas menores de 5 años, altera el buen desarrollo cognitivo, mucho más si se presenta durante el crecimiento y desarrollo cerebral, observándose más en los niños menores de dos años, en el que el daño puede ser irreversible, siendo uno de los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano (1).

En el Perú, la problemática del DCI y anemia se viene afrontando a través de la implementación de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y los diferentes sectores involucrados, en el marco del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, que en base al análisis de las coberturas que esta problemática ha generado, se hace necesario un ordenamiento y fortalecimiento intrasectorial e intersectorial de las intervenciones para el logro de resultados, con la participación de todos los actores involucrados (2).

La malnutrición es uno de los flagelos que más ataca a la población, considerado un problema de salud pública; resaltando los determinantes de la salud, con énfasis en los factores socioeconómicos y ambientales, relacionado con la pobreza y la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la

discriminación por razones de sexo, raza o credo político; otras causas como baja escolaridad materna, embarazo adolescente, cuidados deficientes de la madre al niño y niña, las prácticas inadecuadas de crianza, el limitado acceso a servicios básicos y de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, por el cada vez más importante proceso de urbanización y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas (2).

Hoy en día apostar por el desarrollo de la infancia, en la mejora de la salud materna y neonatal, la reducción de la DCI y la anemia, requiere de la intervención urgente del Estado Peruano y así asegurar el desarrollo infantil y proteger a la futura población activa del país y en su capacidad de progresar económica y socialmente, fomentando una mayor equidad social (2).

Dentro de este contexto en el presente trabajo académico titulado: **DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN FAMILIAS DE LA JURISDICCIÓN EL P.S. HUANCHAY HUARAZ 2018**, se encontrará toda la metodología de cómo abordamos el problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo. 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 salud de la población sujeta a nuestra atención.

Están especialmente dirigido a todos los enfermeros que gerencian las prestaciones de servicios de salud de los diferentes establecimientos de salud de la provincia, esperando que contribuya a mejorar la calidad de atención en la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil.

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 HUANCHAY -HUARAZ, 2018.

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Huanchay
Provincia : Huaraz
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos**: Madres con niños menores de 5 años del distrito de Huanchay- Hz .
- **Beneficiarios Indirectos**: Personal de salud del P.S. Huanchay – Hz.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

P.S. Huanchay Hz – Microred Huarmey- Red de Salud Pacifico Sur-
Ministerio de Salud.
Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:

1 año

Fecha Inicio : Enero 2019

Fecha Termino : Enero 2020

2.6.COSTO TOTAL: S/. 9,455.00

2.7. RESUMEN:

El presente proyecto de intervención nace a raíz de la problemática de la desnutrición crónica infantil del Puesto de salud Huanchay – Huaraz, enmarcada el principio del cuidado de calidad y del usuario y sustentada en el la sensibilización y capacitación de la familia, comunidad, autoridades locales y personal de salud.

Por ello, el presente proyecto, busca la reducción de la incidencia de desnutrición crónica infantil en niños y niñas menores de 5 años del P.S. Huanchay-Huaraz. Por lo cual se establecen como líneas de acción la sensibilización y capacitación y se proponen planes de acción como: sensibilización, proyección a la comunidad y capacitación. Elaboración del plan de sensibilización, capacitación y mejora de la atención integral basado en familia y comunidad.

También incluye la elaboración del plan de sensibilización y capacitación a las autoridades locales para acercarlos a las necesidades de incrementar las prestaciones de atención integral a niño menor de 5 años de acuerdo a las políticas de salud del MINSA.

Como profesional de enfermería y en mi labor profesional deseo participar activamente en la reducción de la desnutrición crónica infantil en la jurisdicción del P.S. Huanchay - Huaraz.

III. JUSTIFICACIÓN

En los primeros años de vida se promueve los cimientos de la salud adulta. Entre los factores que aumentan el riesgo de tener una salud inadecuada a lo largo de la vida del individuo, reduciendo las funciones físicas, psicológicas y de aprendizaje en la adultez, está un deficiente desarrollo y apoyo emocional. La pobreza en la infancia y un deficiente desarrollo influyen en el desarrollo biológico y crecimiento, generando consecuencia en el desarrollo biológico del individuo (1).

Entre los factores socio económicos, tenemos a las carencias que afectan la salud de las personas. La población de los quintiles 1 y 2, suelen estar sometidos a un riesgo doble de padecer morbilidad graves y mortalidad prematura, mayor a quienes viven en quintiles 3 y 4. No obstante, estos riesgos no solo están limitados a personas que viven en condiciones de pobreza, sino que se extiende a toda la sociedad (1).

Las condiciones sociales, económicas y culturales influyen en la calidad de la alimentación el cual repercute en la salud de las personas. Al analizar la diferencia alimenticia entre las clases sociales, podemos percatarnos que esta está relacionado con el consumo de nutrientes. Individuos con salarios mínimos, familias jóvenes y quienes se encuentran desempleados, cuentan con escasas probabilidades de acceder a una alimentación adecuada, cuyos efectos negativos lo padecen especialmente los niños menores de cinco años con la desnutrición (2).

La desnutrición es una enfermedad que parece ser propio de la sociedad de los países subdesarrollados. La desnutrición severa es consecuencia de una

carencia exponencial de alimentos en la dieta básica diaria y a lo que se tiene que enfrentar día a día los profesionales de la salud (3).

Todo niño menor de 5 años tiene dependencia en cuanto a su alimentación, especialmente de sus padres, quienes muchas veces no cuentan con la economía suficiente o tienen un deficiente nivel cultural y educacional, como para cumplir adecuadamente con ese rol. Esa responsabilidad educacional la cumplen el personal de salud de cada establecimiento, tal es el caso del P.S Huanchay de Huaraz (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 178 millones de niños padecen desnutrición a nivel mundial. Anualmente, la desnutrición es la causante de 3,5 a 5 millones de mortalidad de niños menores de 5 años. La desnutrición alcanza más del 60% de niños menores de 5 años en América Latina y El Caribe. Hay deficiencia en la cantidad y calidad de alimentos, necesarios para la satisfacción mínimas nutricionales; esto varía de país en país (4). Según la FAO, en América Latina y el Caribe durante el año 2012, aproximadamente 7 millones de niños menores de 5 años padecieron Desnutrición Crónica Infantil, equivalente al 12.8% de los niños de toda la región (5).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2012) en el Perú, “la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años alcanzó el 18,1%, disminuyendo el 1,4% en relación al año 2011 (19,5%); no siendo así la realidad de muchas regiones y zonas rurales pobres con cifras elevadas, como las regiones de: Huancavelica (52%), Cajamarca (36%), Apurímac (31%) y Ayacucho (28%)” (5). El Fondo de las Naciones Unidas para la

Infancia (UNICEF) clasifica a la desnutrición crónica en los niños como "emergencia silenciosa", porque produce efectos muy nocivos y muy difíciles de identificar a corto plazo, generando consecuencias muy graves a largo plazo (6).

Así mismo afirma que entre los tipos de desnutrición en niños menores de 5 años, la desnutrición crónica es más común, situación alarmante dado que se conoce que la desnutrición constituye un alarmante problema de salud pública, que influye en el crecimiento, desarrollo, salud y educación de estos niños (7).

Huancavelica, durante el 2015, en lo que respecta a los casos de desnutrición crónica infantil, continuó como la región con mayor número de casos con 10%, por delante de la región Huánuco, quien ocupa el segundo lugar en índices de DCI a nivel nacional (5).

En el marco del “Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021”, “el gobierno peruano se ha comprometido a proteger la nutrición infantil y reducir la desnutrición crónica infantil, enfatizando que la salud es condición indispensable de desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La desnutrición se ha reducido en los últimos años, sin embargo aún afectó al 13,1% de menores de 5 años en el 2016. En el último decenio nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil, aunque aún persisten inequidades a nivel regional y en zonas de pobreza, lo que exige la continuidad de las acciones destinadas a disminuir estas brechas (8).

Esta realidad no es ajena a la población de niños menores de 5 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Huanchay – Huaraz, quien cuenta con un alto índice de desnutrición crónica infantil, de 71 niños menores de 5 años, 13 niños que representa un 17% de la población total de niños menores de 5 años, padecen de DCI, a pesar de los esfuerzos conjuntos del personal de salud, dado la idiosincrasia cultural de las madres responsables de estos niños, que hace difícil ampliar las coberturas en atención integral de salud del niño menor de 5 años.

El trabajo “Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay-Huaraz 2018” es fundamental, dado que se origina debido a la alta incidencia de DCI que aqueja a los niños de Huanchay, así como en la necesidad de reconocer y analizar los factores que Influyen en la Implementación del “Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021”, en esta localidad, para así plantear estrategias necesarias en la promoción de la salud y prevención de riesgos, que sirva para disminuir la incidencia de desnutrición en los niños menores de 5 años de la jurisdicción del P.S. Huanchay.

Este proyecto pretende contribuir a mejorar la calidad de atención que recibe el niño menor de 5 años en los esfuerzos por disminuir la DCI. Además cabe resaltar que este proyecto contribuirá a la disminución de la incidencia de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, mejorando nuestras actividades como profesionales de la salud, en beneficio de una población tan vulnerable como los niños.

Se dice que los niños son el “futuro de un país”, por ello debemos cuidarlos, protegerlos y asegurarles un desarrollo saludable y equilibrado; siendo uno de los objetivos principales de las políticas públicas a nivel nacional, dado que con esto se conseguirá adultos competitivos y aptos. En el Perú, la desnutrición crónica infantil, se ha constituido en uno de los mayores flagelos que afectan la salud pública, siendo un flagelo que a pesar de los esfuerzos persiste.

Según la OMS, define a la DCI como el “estado en el cual un niño presenta retardo en su crecimiento en relación a su edad, lo que afecta su capacidad física, intelectual, emocional y social”. Así mismo refiere que en el Perú, la incidencia de la DCI en niños menores de 5 años ha disminuido progresivamente, de 28,5% en el 2007 a 18,1% en el 2012, mostrando que las estrategias y políticas de salud han surtido efecto positivo de cara a los objetivos de desarrollo del Milenio (9).

La desnutrición crónica infantil es consecuencia de la ingesta de una dieta no saludable, en calidad y cantidad; así como de la prevalencia de enfermedades que padecen los niños desde su concepción. Como medida de prevención se hace necesario poner énfasis en la calidad y cantidad de alimentos que los niños y niñas ingieren, prevención enfermedades, reduciendo su impacto y duración. La labor que realicen las madres y cuidadores en el cuidado de los niños y niñas en cuanto a salud, nutrición y alimentación, son de relevante importancia para prevenir la DCI en el Perú (9).

El flagelo de la desnutrición infantil, se encuentra íntimamente relacionado a los índices de pobreza y deficiencia en el cuidado y educación de salud de la población, así como a la carencia de conocimientos adecuados de las madres y cuidadores sobre salud, alimentación y nutrición infantil. Estos factores influyen negativamente en la capacidad cognitiva, física y laboral de las personas en la adultez, sumergiéndolas en la mediocridad, dado que no lograron desarrollar por completo sus capacidades, habilidades y destrezas; convirtiéndose en escenario irreversible (9).

La incidencia de la desnutrición, está relacionado al nivel educativo de la madre; quiere decir que mientras mayor sea el nivel educativo, pondrá en práctica actividades que promuevan condiciones favorables para la integridad física e intelectual de sus hijos, como brindar lactancia materna exclusiva y complementaria por períodos más largos, ablactancia adecuada, etc. Por consiguiente podemos afirmar que a mayor nivel educativo de la madre, es menor riesgo de padecer desnutrición del niño, corroborado por la ENDES 2015, donde se concluye que “la desnutrición crónica infantil afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (35,9%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 12% con secundaria completa y 5,7% con nivel superior”. (6).

Igualmente aunado a las altas cifras de la DCI, un alto porcentaje (43,5%) de niños menores de tres años sufrieron anemia por deficiencia de micronutrientes (ENDES 2015) durante el año 2015. Así mismo, las políticas públicas sociales direccionadas hacia los niños, población en situación de vulnerabilidad, no beneficia a quienes debería, aumentando las brechas de inequidad (5).

Entre los factores relacionados al elevado índice de desnutrición infantil, se encuentran aquellas vinculadas a la baja cobertura de atención a las gestantes, desnutrición materna, así como el inicio inadecuado de la alimentación complementaria de manera temprana (antes de los 6 meses de edad) y deficiente en los niños mayores de 6 meses (6).

La pobreza está relacionado con la incapacidad de los individuos para lograr una satisfacción adecuada en sus necesidades de alimentación. También se influye el estado de la salud, condiciones de vivienda, educación, empleabilidad, ingresos, gastos, así como la participación, identidad y derechos humanos. Generalmente va acompañada de elevado índice de desempleo, desnutrición, analfabetismo, pobre nivel educativo de la mujer, riesgos ambientales y limitación en la accesibilidad a los servicios de salud y sociales, como salud reproductiva y planificación familiar. Estos factores, contribuyen a elevar los índices de fecundidad, morbilidad y mortalidad, evidenciando una relación directa entre las tasas de fecundidad, mortalidad y niveles de pobreza (10).

La alimentación complementaria, genera un estado de riesgo en el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años. Lo cual ratifica la importancia de este tipo de alimentación a partir de los 6 meses de edad, debe ser adecuado en cuanto a su consistencia y cantidad. En esta etapa es muy importante la alimentación en los niños y niñas a partir de los 6 meses de edad; siendo una característica inmutable en el análisis del estado nutricional del niño. Las familias que presentan dificultades para que el niño reciba

lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, exponen al niño a cuadros de desnutrición (11).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el primer eslabón para construir la Línea de Pobreza Extrema, es precisar los “requerimientos nutricionales”. “Para el país, se estimaron 3 normas calóricas, para lo cual se tuvo en cuenta las diferencias en la estructura demográfica de la población”. El cálculo de las normas calóricas para las diferentes edades, se hizo en base a las recomendaciones de la OMS y de la FAO (12).

La desnutrición crónica influye irreversiblemente en las capacidades fundamentales de la persona desde la infancia temprana, manteniéndose éstas consecuencias durante toda su vida, constituyendo de esta manera en un factor de transmisión de pobreza de generación en generación, dado que sus efectos generan impactos dañinos en su propio desarrollo (7).

Estudios previos han determinado que en el Perú, hay una alta probabilidad de que el hijo de un padre pobre o analfabeto también llegue a ser pobre o analfabeto. Así mismo, la brecha creciente entre grupos homogéneos, específicamente en términos de origen étnico y geográfico activa las alarmas, es decir que un indígena que vive en zonas rurales tiene diez veces mayor probabilidad de ser extremadamente pobre que quienes viven en las zonas urbanas (13).

El inicio temprano de la alimentación complementaria, aumenta el riesgo de incidencia de infecciones gastrointestinales, debido a que hay riesgo de usar biberones contaminados accidentalmente; así como alimentos que no logran

aportar los nutrientes requeridos para un adecuado desarrollo del niño. “Las estadísticas señalan que si un 4% de niños nacen con desnutrición crónica, la introducción de complementos alimenticios elevan este porcentaje, estabilizándose hacia los 3 años” (14).

Nutrición se refiere a la ingesta de alimentos de acuerdo a las necesidades dietéticas del organismo. Una nutrición adecuada es un elemento fundamental para una buena salud. La malnutrición influye en la disminución de la inmunidad, aumenta el riesgo de padecer enfermedades, altera el desarrollo físico y mental, y reduce la productividad. En individuos de todos los grupos etarios, una nutrición eficiente permite reforzar el sistema inmunitario, reduce la afección de enfermedades y disfrutar de una buena salud. Un niño sano aprende mejor, por lo que se concluye que la nutrición es uno de los pilares fundamentales para una buena salud y desarrollo (15).

Un individuo sano tiene mayor fortaleza, es más productivo y se encuentra en condiciones más óptimas de romper el ciclo de pobreza y desarrollar su potencial al máximo. La crisis económica el cual genera una elevación de los precios de los alimentos y una escasa productividad agrícola, amenazan la seguridad alimentaria a nivel mundial, generando indefectiblemente un aumento de la desnutrición (15).

La alimentación equilibrada, se refiere a la posibilidad de tener acceso a una variedad de alimentos en cantidades adecuadas, teniendo en cuenta las características de cada individuo y de su estilo de vida, mismas que garantiza la satisfacción de los requerimientos de nuestro organismo en cuanto a energía y nutrientes, necesarios para preservar un buen estado nutricional, salud y bienestar (15).

Una alimentación equilibrada, nos permite dosificar los requerimientos nutricionales, obteniendo un equilibrio, evitando así un déficit o exceso de los principales nutrientes. Este tipo de alimentación adecuado permitirá cumplir con los requerimientos de acuerdo a la edad, sexo, peso, actividad, estado fisiológico; siendo fundamental en el desarrollo del niño y la niña, dado que es una etapa básica en el crecimiento y formación del organismo humano (16).

La alimentación balanceada se puede clasificar en:

Alimentos energéticos: Proveen la energía para realizar distintas actividades físicas y para mantener la temperatura corporal. Entre ellos tenemos a los carbohidratos, contenidos en los cereales (maíz, trigo, avena, cebada, arroz) y sus derivados (harinas, pan, galletas, fideos), los tubérculos (papa, camote), los granos (arvejas, garbanzos, lentejas); los glúcidos se encuentran en la miel, las frutas (plátano, ciruela, manzana), chocolates; los lípidos o grasa se encuentran en los embutidos, mantequilla, manteca, etc., mismos que se consumen lentamente, depositándose en muchas partes del cuerpo, que sirven de reserva de energía (16).

Alimentos constructores: contienen nutrientes y participan en el crecimiento y mantenimiento celular, permitiéndonos desarrollarnos y estudiar, adecuadamente en cada una de las etapas de vida. Contienen proteínas, que brindan los componentes requeridos para crecer, construir o formar los tejidos de nuestro cuerpo, reparar o cicatrizar las partes que han sido dañadas por una cortadura, un golpe, etc. Así también forma y fortalece la piel, músculos, huesos, uñas, dientes, etc., evita la anemia así como la

fatiga muscular y facilita las reacciones químicas necesarias para el mantenimiento de la vida (16).

Aquí, encontramos todos los alimentos de origen animal: la carne, pollo, cerdo, pescado, vísceras, mariscos, moluscos, huevos, la leche y derivados, las legumbres que contienen proteínas en regular cantidad (como los frejoles, lentejas, habas, garbanzos, etc.). Estos alimentos son buena fuente de proteínas, grasas y hierro. Adicional a ello, los lácteos proveen calcio al organismo y los alimentos marinos ricos en fósforo (16).

Alimentos reguladores: aportan vitaminas, minerales y fibra al cuerpo. Permiten el buen funcionamiento intestinal y la prevención de ciertas enfermedades. Permiten fortalecer nuestro sistema inmunológico. Los alimentos que contienen estas sustancias: agua, verduras, hortalizas, naranja, guayaba, piña y el mango entre otros; ayudan a una buena visión, formación y conservación de la piel, así mismo colabora en la prevención del cáncer y la disminución de los niveles de colesterol. Estos alimentos no aportan calorías al organismo. Así mismo los minerales como el hierro, fósforo, calcio, zinc, yodo, etc. y el agua (16).

La alimentación en el niño menor de 5 años es importante para su desarrollo adecuado. Cuando el niño empieza a probar alimentos de distintos sabores, olores y textura, que para él significan nuevas experiencias, probablemente muestre preferencias y rechazos. Para evitar el rechazo o la preferencia exclusiva por algún alimento, es necesario crear un ambiente tranquilo y agradable a la hora de sus comidas, en lo posible libre de tensiones (17).

La consistencia de los alimentos depende de la edad del niño, de los 6 a 8 meses se recomienda comidas espesas: papillas, purés o mazamorras; de 9 a 11 meses, comidas espesas: alimentos desmenuzados o picados para que puedan comer con los dedos; de 12 a 24 meses, preparaciones sólidas, variadas utilizando alimentos de la olla familiar (segundo); de 2 a 5 años los niños consumen alimentos con los diversos tipos de alimentos que consumen en casa (18).

Las porciones según grupo de alimentos Están en función al requerimiento de energía del niño menor de 5 años. Los niños y niñas de 2 a 5 años deben consumir un total de 1250 Kcal provenientes de los diferentes grupos de alimentos, distribuidos de la siguiente manera, aproximadamente:

REQUERIMIENTO DE ENERGÍA POR DÍA NIÑOS DE 2 – 5 AÑOS (1250 Kcal)		
TIEMPO DE COMIDA	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL	KCAL
DESAYUNO	20%	250
MEDIA MAÑANA	10%	125
ALMUERZO	40%	500
MEDIA TARDE	10%	125
CENA	20%	250
TOTAL	100%	1250

Fuente: Instituto Nacional de Salud (19)

La preparación de los alimentos deben ser sencillo: prefiriendo usar técnicas de cocción como el cocido, así como promover un bajo consumo de sal. Al entrar los niños a la etapa pre escolar, se producen cambios drásticos en su vida afectiva y social, así como en su alimentación, llegando la lonchera a formar parte importante en la dieta diaria del niño. “El requerimiento energético del niño se define como la ingesta calórica necesaria para

mantener un estado de salud y crecimiento normal, así como un nivel de actividad física adecuado” (15).

La desnutrición se da como resultado de una continua alimentación reducida y/o deficiente absorción de los nutrientes que se consumen como resultado de la prevalencia de enfermedades infecciosas. Incluye bajo peso para la edad, baja talla para la edad, delgadez extrema para la edad. También se asocia a una carencia de energía y/o carencia de vitaminas y minerales. Así mismo la falta de acceso a los alimentos, inaccesibilidad a los servicios de salud, consumo de agua no potable, deficiente saneamiento básico y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. Los factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, desigualdad o escasa educación de las madres, son también causales de la desnutrición (20).

Desnutrición aguda (Peso/Talla), bajo peso para la talla, es un indicador de desnutrición para los profesionales de la salud: mide el efecto de la deficiencia en la alimentación y la prevalencia de enfermedades en el pasado inmediato, se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo (21).

Desnutrición Crónica (Talla/Edad), referida a la inadecuada talla del niño para su edad. Lo que indica carencia de los nutrientes necesarios durante un largo tiempo, elevando el riesgo a padecer enfermedades y afectación del desarrollo físico e intelectual del niño. Es difícil de detectar por lo que recibe menor atención. El retardo en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, en la etapa fetal; si no se incide en la atención de la gestante y desde el nacimiento y antes de los 2 años de edad, las consecuencias serán irreversibles y perduraran durante toda su vida (22).

Desnutrición Global o Crónica reagudizada (Peso/Edad), se determina al comparar el peso del niño con el esperado para su edad y sexo. El peso para la edad es considerada como un indicador general de desnutrición, pues no discrimina a la desnutrición crónica (que se debería a factores estructurales de la sociedad) de la desnutrición aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente (23).

Los niños que padecen desnutrición crónica, tienen más susceptibilidad a enfermarse y menor esperanza de vida al nacer; as como, registran un menor rendimiento escolar y mayor riesgo de que sus futuros hijos tengan algún tipo de desnutrición (7). Están condicionados a una mayor frecuencia de enfermedades infecciosas como las diarreicas y respiratorias agudas, anemia, problemas de obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión arterial, entre otras (8).

La nutrición adecuada en los niños menores de 5 años constituye una determinante para el desarrollo social y económico de la población; así mismo determina lo que pasará en el resto de su vida: un desarrollo físico e intelectual adecuado, mismo que influirá a largo plazo en las habilidades, el rendimiento cognitivo, la productividad laboral e ingresos en la adultez (8)

El niño es un ser en plena evolución, en su interior ocurre una revolución que le permitirán desarrollarse íntegramente, poseen características anatómicas, fisiológicas y psicológicas que nítidamente lo diferencian del adulto, conforme crece estas diferencias se van haciendo cada vez menores, al llegar a los dos años de edad, sus órganos ya son similares a la de un adulto;

el desarrollo del niño está dado por una compleja diferenciación y función de sus órganos, proceso que ocurre durante el primer año de vida (24).

Conforme los niños y niñas crecen sus necesidades varían. Los bebés crecen aceleradamente, por tanto, sus necesidades están cambiando constantemente y no debe satisfacerse del mismo modo que las necesidades de los niños y niñas de 4 a 5 años. Aun los niños de 5 a 5 años necesitan supervisión y cuidado de los adultos, claro está que se diferencian es que los niños pequeños precisan supervisión física más cercana. Vigilar adecuada y oportunamente el crecimiento y desarrollo del niño (a), permitirá asegurarnos que su crecimiento y desarrollo es normal acorde a su edad (24).

Por lo anteriormente expuesto, dentro de mi práctica profesional en mi función asistencia en el P.S. Huanchay, cuyo propósito es brindar una atención de calidad a la población jurisdicción de este establecimiento de salud, en especial a los niños menores de 5 años, el cual incidirá en la disminución de la desnutrición crónica infantil, por lo cual el presente trabajo se enmarca en el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

El Modelo de Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación del profesional de enfermería. Según este modelo, “la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial” (25).

Virginia Henderson considera que “la única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte

tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible” (25).

El máximo principio de Virginia Henderson, “consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia”. El objetivo de este modelo es lograr la independencia del usuario lo antes posible (26).

Para Henderson la/el enfermera/o “es aquel que asiste a los usuarios en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz”. Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona (26).

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- Salud: se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento. (27).
- Persona: Es aquel individuo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla. (27).

- Entorno: Henderson reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. El entorno genera un impacto sobre el usuario y la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados (27).
- Enfermera: Es quien ayuda a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo. (27).

Las actividades que el personal de enfermería realiza para satisfacer las necesidades del paciente, son denominadas por Virginia Henderson como cuidados básicos de enfermería, los cuales derivan del concepto de Necesidades Básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas: reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional razonado, dirigidas a satisfacer las Necesidades Básicas de la persona. Los cuidados básicos actúan supliendo la autonomía de la persona en aquellos aspectos que lo requieran, ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos y voluntad para que pueda satisfacerla por sí misma (25).

Sin embargo, dichas necesidades se modifican en función de dos tipos de factores:

- Factores permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, o capacidad física.
- Factores variables, que son estados patológicos como: falta aguda de oxígeno, estados de inconsciencia, lesión local, etc. (27).

La profesión de enfermería actualmente se ha convertido en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que solo se daba atención a la enfermedad. “La profesión de enfermería se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas” (26).

MARCO LEGAL. Los lineamientos que sustentan el proyecto son los siguientes:

Ley 26842, Ley General de Salud; Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud; Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización; Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud; Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales; Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades; Ley 28314 que dispone la fortificación de harinas con micronutrientes; Decreto Legislativo 1161, Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud; Decreto Legislativo 1164 que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado (8).

Decreto Supremo (DS) 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil; DS 001-2012-MIMP, que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia-PNAIA 2012-2021” y constituye la Comisión Multisectorial encargada de su implementación; DS 007-2012-SA, que autoriza la sustitución del listado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); DS 008-2015-

MINAGRI, que aprueba el “Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2015-2021”; DS 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (8).

Resolución Ministerial (RM) 292-2006/MINSA, que aprueba que aprueba la NTS 040-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”; RM 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS 074-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”; RM 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”; RM 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad” (8)

RM 528-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”; RM 131-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”; RM 958-2012/MINSA, que aprueba el documento técnico: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil; RM 055-2016/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP-V.01 para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses (8).

RM 850-2016/MINSA, que aprueba “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”; RM 537-2017/MINSA que aprueba la NTS 137-MINSA/DGIESP “Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años” (8).

Se ha hecho necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión, para lograr su desarrollo. Así mismo, se ha necesitado adaptar un método científico usando metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería. Esto implica el uso de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados (25).

Cueva E. y Gancino J. (28), en Ecuador 2017, realizó la investigación “La Desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochapamba Sur. El estudio es descriptivo transversal de corte cuantitativo y cualitativo; el objetivo de esta investigación fue determinar las principales causas de desnutrición en el Centro Infantil del Buen Vivir (CIBV) Cochapamba; concluyendo que con la revisión de las historias clínicas verificando peso, talla e índice de masa corporal se pudo evidenciar que existe 1 niños con desnutrición tipo 1; y 3 niños que poseen riesgo de desnutrición, además de 9 niños con peso bajo debido a que se encuentran en el límite. Así mismo, se pudo evidenciar que los ingresos económicos son bajos, que el número de comidas no es adecuado y que son factores de riesgo para que exista desnutrición en los niños.

Coronado Z. (29), en Guatemala 2014, realizó la investigación “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años”, tuvo como objetivo describir los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala, durante el período de noviembre 2012 y febrero del 2013, obteniendo como resultado que dentro de los factores asociados a la desnutrición se encuentran predominantemente los factores socioculturales y educación de la madre, económica y familiar que son los que tienen mayor influencia como causa de la mal nutrición en los niños del Valle de Palajunoj; el factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, madres adolescentes.

Fiayo E. (30), en Colombia 2015, realizó la investigación “Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años en la República de Colombia”, cuyo objetivo fue estudiar los determinantes o aquellos factores que tienen incidencia sobre el estado nutricional infantil –niños menores de cinco años de edad; entre los principales resultados la prevalencia de DCI en Colombia es del 13.1% y de desnutrición aguda es del 0.9%; en cuanto a los determinantes, la posición socioeconómica del hogar constituye un factor crucial al igual que la educación de la madre y del jefe del hogar en la condición nutricional de los niños. La disposición de un adecuado sistema de excretas en los hogares resultó ser un factor fundamental.

Valencia P. (31), en Lima 2014, realizó la investigación " Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud

Aynaca en el 2013", cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional de la población menor de 5 años adscrito al Puesto de Salud de Aynaca; obteniendo como resultados que la prevalencia de la desnutrición crónica de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca es del 17.5% y la prevalencia de desnutrición aguda de 5%.

Leon M. (32), en Lima 2017, 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, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016”; cuyo objetivo fue identificar los principales factores que favorecen o limitan la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en Huancavelica; Las principales actividades aplicadas en función a las estrategias realizadas dentro del marco del Plan Nacional, que favorecieron el logro de los objetivos previstos, fueron despistaje de anemia, prácticas de higiene, sesiones demostrativas de alimentación saludable control de talla y peso, reduciendo la DCI en Huancavelica por encima del 8%, versus el 0.4% de reducción a nivel nacional.

Fernandez D. y Montenegro G. (33), en Cajamarca 2014, realizó la investigación sobre "Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector Magllanal- Jaén.". Es de tipo descriptivo, de diseño transversal; cuyo objetivo fue determinar los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años. Concluyendo que “los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su mayoría son: madres, adultas jóvenes, de ocupación ama de casa, con educación primaria incompleta, profesan la

religión católica, tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital, viven en relación conyugal de convivencia, y creen que el consumo de la betarraga ayuda a prevenir la anemia”.

Es preciso señalar que el trabajo académico que se propone, mejorar las estrategias del personal de salud del P.S. Huanchay para lograr disminuir la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años, a través de la sensibilización, capacitación y sinceramiento del requerimiento de personal para el cumplimiento de todas las actividades necesarias para el logro de las metas propuestas.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay-Huaraz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

V. METAS:

1. Disminución del 10% de la desnutrición crónica infantil en el P.S. Huanchay – Huaraz.
2. Sensibilizar al 100% de madres en el cuidado del niño.
3. 50% de familias con buenas costumbres en alimentación saludable.
4. 25% Familias involucrados en la lucha contra la desnutrición crónica infantil.

5. 100% de niños con CRED y vacunas completas.
6. 03 Talleres de sensibilización para activar el SIVICO la comunidad.
7. 04 Talleres de sensibilización en alimentación saludable.
8. 04 Jornadas de capacitación en prácticas saludables y nutrición.
9. 04 Talleres de sensibilización en estilos de vida saludables
10. Equipo multidisciplinario de salud participa en la ejecución de talleres de sensibilización sobre estilos de vida saludables.
11. Ejecución 04 Ferias de alimentación saludable.
12. 02 campañas de atención integral al niño menor de 5 años en la jurisdicción del PS Huanchay con la participación del municipio
13. Capacitar al 50% de docentes de las instituciones educativas en alimentación saludable.
14. Capacitación de Autoridades en saneamiento básico.

VI. METODOLOGÍA

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

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

A. SENSIBILIZACIÓN

La sensibilización se basa en concienciar a las personas, haciendo que voluntariamente se den cuenta de la importancia de algo, es un fenómeno de modificación de respuesta, sin necesidad de un

estímulo adicional. El comportamiento colectivo que caracteriza una cultura organizacional, está delimitado por la conducta de cada individuo, incluyendo sus convicciones o creencias sobre el comportamiento correcto ante cada situación, y los valores que determinan la correspondencia entre lo que se piense, se dice y se hace (34). Una mayor equidad requiere que la sociedad desarrolle sistemas de protección y promoción de oportunidades y de calidad de vida que permitan que los ciudadanos sean partícipes de los beneficios y actores del desarrollo (35).

La comunidad de Huanchay y el personal de salud del Puesto de Salud Huanchay, no están sensibilizados en el impacto que tiene las prestaciones de salud en la lucha contra la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y por ende en la calidad de atención del usuario interno y externo. Aspecto vital para lograr el objetivo planteado en este proyecto.

Acciones:

1A. Taller de sensibilización para activar el SIVICO la comunidad.

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

1B. Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y capacitadas en alimentación saludable.

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

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

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

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

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

B. DIFUSIÓN A LA COMUNIDAD

La difusión implica propagar una noticia, para hacerla pública y que sea conocida por el máximo número de personas posible. “La necesidad de difundir el enfoque de promoción de la salud, surge

por el entendido de la inexistencia de una conceptualización clara de lo que implica la promoción de la salud. Entender que en este enfoque innovador los nuevos protagonistas son los ciudadanos; los nuevos espacios son los municipios, las escuelas, los ámbitos de trabajo, etc., y que depende necesariamente de la concertación intersectorial; pero sobre todo, entender que pasa de un sistema de salud enfocado en el daño y riesgo a un sistema que interviene en la dimensión social y política de la salud” (36).

En el puesto de salud Huanchay hay un déficit de actividades extramurales en beneficio de la población bajo su jurisdicción, tal y como lo estipula el Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad, teniendo en cuenta que la salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana.

Acciones:

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

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

3A. Campañas de salud infantil en el distrito de Huanchay-Huaraz en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (Municipio)

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

C. CAPACITACIÓN

La Capacitación está considerada como un proceso educativo a corto plazo el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual las personas se van desarrollando para beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes, que se logran por interacción en ámbitos de educación formal y no formal. Involucra el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud y crear las posibilidades para actuar en la comunidad, logrando cambios que favorezcan la salud colectiva (37).

Las autoridades locales y docentes de Huanchay, no cuentan con la capacitación suficiente en una problemática en salud pública como es la desnutrición crónica infantil, es en ese contexto es que se ubica la necesidad de desarrollar actividades de capacitación

para mejorar los servicios y promover el desarrollo integral del niño menor de 5 años, que contribuya al fortalecimiento del proceso de salud. Quienes se encuentren trabajando con esta población en situación de vulnerabilidad deben recibir una formación adecuada y específica, incluyendo el conocimiento de normas legales y técnicas, desarrollando al máximo las competencias, capacidades y habilidades necesarias para la tarea que desempeñan (38).

Acciones:

1C. Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres de niños y niñas menores de 5 años.

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

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

- Conformación del equipo responsable de la capacitación a docentes.
- Elaboración del plan de capacitación a docentes.
- Ejecución del plan de capacitación en las instituciones educativas de Huanchay.
- Supervisión y monitoreo del plan de capacitación.
- Evaluación e informe final.

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

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

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

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

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

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay – Huaraz	10% de disminución de la desnutrición crónica infantil en el P.S. Huanchay – Huaraz.	1. Niños menores de 5 años con desnutrición crónica infantil. $\frac{\text{Numero de niñas y niños menores de 5 años con DCI}}{\text{Numero de niñas y niños menores de 5 años}} \times 100$	Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con DCI en el PS Huanchay-Huaraz	1. Registro de niños(as) menores de 5 años con DCI. 2. Registro de niños(as) con suplementación de MMN 3. Registros de niños(as) con CRED 4. Registro de niños menores de 5 años vacunados 5. Registro de madres de niños menores 6 meses que practica la LME.	Semestral	Informes quincenales: FUA, HIS

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Madre muestra interés en el cuidado del niño	100% de madres sensibilizadas en el cuidado del niño.	Madres sensibilizadas en el cuidado de niño. $\frac{\text{Numero de madres de niños(os) menores de 5 años sensibilizadas en el cuidado del niño}}{\text{Numero de madres de niños(as) menores de 5 años}} \times 100$	Porcentaje de madres sensibilizadas en el cuidado del niño.	Registro de madres sensibilizadas por sesiones educativas	Semestral	Lista de chequeo
Costumbres favorables de la familia en la alimentación	100% de familias con buenas costumbres de la familia en alimentación saludable	$\frac{\text{Nº de familias con niños(as) menores de 5 años con costumbres saludables}}{\text{Numero de familias con niñ(as) menores de 5 años}} \times 100$	Porcentaje de familias con niños menores de 5 años con costumbres saludables	Registro de familias con consejería	Semestra 1	Lista de chequeo
Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición	25% Familias involucrados en la lucha contra la desnutrición crónica infantil	$\frac{\text{Nº de familias involucradas}}{\text{Total de familias}} \times 100$	Porcentaje de familias involucradas en la lucha contra la DCI	Registro de familias que participan en actividades de lucha contra la DCI. Registro de centros de promoción y vigilancia.	Semestra 1	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de producto o monitoreo por meta	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frec.	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
Familia y comunidad sensibilizados en la lucha contra la desnutrición crónica	1. A Taller de sensibilización para activar el SIVICO de la comunidad.	03 Talleres de sensibilización para activar el SIVICO la comunidad	N° de talleres de sensibilización ejecutadas	Numero de talleres de sensibilización ejecutadas para activar el SIVICO	Registros de asistencia a los talleres	Cada 15 días	Registro de familias sensibilizadas.
	1. B Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y capacitadas en alimentación saludable.	04 Talleres de Simbolización en alimentación saludable	N° de talleres de sensibilización a madres líderes en alimentación saludable.	Numero de talleres de sensibilización a madres líderes en alimentación saludable			
	1. C Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres de niños y niñas menores de 5 años.	04 Jornadas de capacitación en prácticas saludables y nutrición	N° de jornadas de capacitación en prácticas saludables ejecutadas.	Número de jornadas de capacitación en prácticas saludables ejecutadas			

ACS capacitados en estilos de vida saludables	Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables a los ACS.	04 Talleres de sensibilización en estilos de vida saludables.	Nº Taller de sensibilización en estilos de vida saludables realizadas.	Numero de talleres de sensibilización ejecutadas en estilos de vida saludables	Registro de asistencia de ACS a los talleres de capacitación.	Cada 15 días	Registro de ACS capacitados
Personal de salud capacitado ejecuta talleres sobre estilos de vida saludables	2. B Talleres para cambios de estilos de vida a las familias con niños menores de 5 años de manera coordinada e integral con un equipo multidisciplinario de salud.	100% del equipo multidisciplinario de salud participan en la ejecución de talleres de sensibilización sobre estilos de vida saludables	Nº Equipo multidisciplinario ejecutan talleres sobre estilos de vida saludables	Numero de talleres ejecutadas por equipo multidisciplinario en estilos de vida saludables	Programación del personal de salud como responsables de los talleres de sensibilización Registro de asistencia del personal de salud e los talleres de sensibilización	Cada 15 días	Lista de chequeo

<p>Ferias y Campañas de atención integral del niño y niña menor de 5 años</p>	<p>Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.</p> <p>Campañas de salud infantil en el distrito de Huanchay-Huaraz en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (municipio)</p>	<p>04 Ferias de alimentación saludable realizadas</p> <p>02 campañas de atención integral al niño menor de 5 años en la jurisdicción del PS Huanchay con la participación del municipio</p>	<p>Nº de Ferias de alimentación saludable ejecutadas</p> <p>Nº de Campañas de atención integral al niño menor de 5 años realizadas</p>	<p>Numero de ferias de alimentación saludable ejecutadas</p> <p>Numero de campañas de atención integral al niño menor de 5 años ejecutadas</p>	<p>Registro de asistencia a las ferias de alimentación saludables</p> <p>Registro de atenciones en la Campaña de atención integral al niño menor de 5 años</p>	<p>4 semanas</p>	<p>Lista de chequeo</p>
<p>Docentes capacitados en temas de alimentación saludable.</p>	<p>Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.</p>	<p>50% de docentes de las instituciones educativas capacitados en alimentación saludable</p>	<p>Nº de Talleres de capacitación y reuniones de sensibilización a los docentes de las instituciones educativas</p>	<p>Numero de talleres de capacitación de sensibilización ejecutadas a los docentes</p>	<p>Registro de docentes asistentes a los talleres de capacitación. Informe de la actividad.</p>	<p>Cada 15 días</p>	<p>Registro de docentes asistentes</p>

Municipios capacitados	Capacitación con las autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	Capacitación de Autoridades en saneamiento básico	Nº de Capacitaciones a autoridades en temas relacionados a saneamiento básico.	Numero de capacitaciones ejecutadas a autoridades en saneamiento básico	Registro de municipios asistentes a las capacitaciones.	Cada 15 días	Lista de chequeo
------------------------	---	---	--	---	---	--------------	------------------

7.1. Beneficios

7.1.1. Beneficios con proyecto

- Disminución de la incidencia de desnutrición crónica infantil en la jurisdicción del Puesto de Salud Huanchay.
- Familia y comunidad sensibilizado en la lucha contra la desnutrición crónica infantil.
- Docentes de las instituciones educativas de Huanchay capacitados.
- Autoridades locales sensibilizadas.

7.1.2. Beneficios sin proyecto

- Aumento de la desnutrición crónica infantil en la jurisdicción del puesto de salud Huanchay
 - ✓ Aumento de los casos de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años.
 - ✓ Familia y comunidad no sensibilizado
 - ✓ Docentes de las instituciones educativas no capacitados.
 - ✓ Autoridades locales no comprometidas con la lucha de la DCI.

71. RECURSOS REQUERIDOS

71.2. Materiales para Capacitación

N°	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local Comunal	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	1000	0.00	500.00
4	Fotocopias	0.10	2000	0.00	200.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	100	0.00	200.00
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
7	Refrigerio	2.50	450	0.00	1,125.00
8	Movilidad local	5.00	450	0.00	2,250.00
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN					4,275.00

71.3. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

N°	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local Comunal	0.00	0	0.00	0.00
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	600	0.00	300.00
4	Fotocopias	0.10	800	0.00	80.00
6	Refrigerio	2.50	600	0.00	1,500.00
7	Movilidad local	5.00	600	0.00	3,000.00
COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.					5,180.00

71.4. RESUMEN DE PRESUPUESTO:

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Capacitación	4,275.00		4,275.00
Talleres de sensibilización	5,180.00		5,180.00
TOTAL			9,455.00

72. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay-Huaraz.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		INDICADOR					INDICADOR
					2018		2019		2020	
					I semestre	II semestre	I	II	I	
1	Elaboración del trabajo académico “Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay-Huaraz”	1	Informe	500.00	X					Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la dirección de la Red de Salud Pacifico Sur	1	Informe	50.00	X					Proyecto Presentado
3	Reunión con la Jefatura del PS y de Enfermería para formar comité de apoyo a la ejecución del proyecto	1	Informe	50.00		X				Reunión realizada
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	9,455.00			X	X		Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	50.00					X	Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	200.00					X	Proyecto presentado

PLAN OPERATIVO

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

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Taller de sensibilización para activar el SIVICO la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	630.00	X	
2	Taller de sensibilización de madres lideres sensibilizadas y	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan al área de 	Taller	910.00	X	X

	capacitadas en alimentación saludable.	<p>capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 			X	X
3	Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres de niños y niñas menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de capacitación ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	910.00	X	X

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Familia con costumbres favorables en la alimentación

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	860.00	X X X X	 X X
2	Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres de niños y niñas menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de capacitación. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. 	Taller	870.00	X X	

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 			X	X
					X	X
3	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"> ➤ Elaboración del plan de la Feria de alimentos propios. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	1000	X	X
					X	X
					X	X
					X	X

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Eficiente involucramiento en problemas de la desnutrición

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Campañas de salud infantil en el distrito de Huanchay-Huaraz en coordinación con las autoridades y servicios locales de salud. (municipio)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan de las campañas de salud. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	1750.00	X X X X	 X X
2	Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de capacitación. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. 	Taller	1300.00	X X	

	alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 			X	X
					X	X
3	Capacitación con las autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan de capacitación. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	1225.00	X	X
					X	X
					X	X
					X	X

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay-Huaraz” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de enfermería, jefatura de servicio y del Puesto de salud, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay-Huaraz”.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- Dirección Regional de Salud de Ancash.
- Red de Salud Pacifico Sur.
- Microred Huarmey
- Municipalidad Distrital de Huanchay

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil sociodemográfico del Perú, [Internet]; agosto 2008.[Consultado el 27 de mayo del 2018] Disponible en URL en: <http://www.inei.gob.pe/>
2. Silva J, Zúñiga O. Factores socioculturales del cuidador(a) familiar y el grado de asistencia al control de crecimiento y desarrollo (CRED) de los niños de 1 a 5 años del Puesto de Salud del Distrito Callhuas [tesis licenciatura]. Huancayo: Universidad los Ángeles de Chimbote; 2008.
3. Chilon R, Gallardo M. Factores socioeconómicos-culturales y estado nutricional del menor de 5 años. Comunidad de Lucmachuco [tesis licenciatura] Bambamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2009.
4. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. [Internet]. [consultado el 25 de mayo del 2018]. Disponible en URL: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-lecturas/bloqueii/Hechos%20prob.pdf>.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: “Hambre en América Latina y el Caribe, acercándose a los objetivos del Milenio”. FAO; 2013.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). [Internet]. Perú; 2015. [consultado el 3 de junio de 2018] Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

7. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). "La desnutrición infantil condena a un país a la eterna pobreza". Artículo sobre desnutrición. [Internet] Perú. 2010. [Consultado el 15 de junio del 2018] Disponible en URL: <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcorn/nutrición/dipticoll.pdf>.
8. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y Control de la anemia materno infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
9. Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano. Plan Nacional de Acción por la infancia y la adolescencia (PNAIA) 2002-2010. Lima; 2002.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2016.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia (PNAIA). Lima; 2010.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). Perfil de la pobreza por departamentos 2005-2007. Lima, 2007.
13. Giugale M. Perú: La oportunidad de un país diferente: próspero, equitativo y gobernable. [Internet] Lima: Banco Mundial; 2006. [Consultado el 19 de junio del 2018]. Disponible en URL: https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/BM_Peru_un_pais_diferente.pdf
14. Segura J, Montes C, Hilario M. Pobreza y desnutrición infantil. [Internet]. Lima: Prisma; 2002. [Consultado el 29 de junio del 2018]. Disponible en URL:

https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Pobreza_y_Desnutricion.pdf

15. Canales O. Efectividad de la sesión educativa "Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas" en el incremento de conocimientos de madres de preescolares en la Institución Educativa San José, El Agustino, [tesis licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. [consultado el 13 de junio del 2018]. Disponible en URL: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/548/1/canalesho.Pdf>
16. Chilon R y Gallardo M, "Factores socioeconómicos-culturales y estado nutricional del menor de 5 años. Comunidad de Lucmachuco [tesis licenciatura] Bambamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2009.
17. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación. La alimentación de los niños de más de seis meses. [Internet]. Quebec: FAO; 2016. [consultado el 20 de noviembre de 2018]. Disponible en URL: <http://www.fao.org/docrep/pdf/008/y5740s/y5740s11.pdf>
18. Instituto Nacional de Salud. Inicio de la alimentación complementaria. [Internet]. Lima: INS; 2018. [consultado el 20 de noviembre de 2018]. Disponible en URL: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/ninos-y-ninas/alimentacion-complementaria>
19. Instituto Nacional de Salud. Alimentación saludable en niños de 2 a 5 años: porciones recomendadas. [Internet]. Lima: INS; 2018. [consultado el 20 de noviembre de 2018]. Disponible en URL: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/ninos-y-ninas/porciones-recomendadas/ninos-de-2-5-anos>

20. Organización Mundial de la Salud. La Nutrición. [Internet]. Ginebra; 2018. [consultado el 20 de junio de 2018]. Disponible en URL: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación del estado nutricional del niño. [Internet]; 2010 [consultado el 28 de junio de 2018]. Disponible en URL :http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=2
22. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Avances a la mejora de la nutrición. [Internet]. Quebec: FAO. [consultado el 12 de junio de 2018] Disponible en URL :<http://www.fao.org/hunger/es/>
23. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (FAO) [Internet] [consultado el 17 de junio de 2018]. Disponible en URL: <http://www.fao.org/docs/eims/upload/5068/viveropol.pdf>
24. Acha V. Factores de riesgo en la curva de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años del centro de salud Corrales. [Tesis Licenciatura]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2016. [consultado el 21 de noviembre de 2018]. Disponible en URL: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/50/TESIS%20-%20ACHA%20Y%20ATOCHE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Rodríguez J. et al. Marco conceptual, proceso enfermero en EPES. [Internet] Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2005. [consultado el 22 de junio de 2018]. Disponible en URL: http://www.epes.es/wp-content/uploads/Marco_Conceptual_Proceso.pdf

26. Bellido J y Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes. [Internet]. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. [consultado el 17 de junio de 2018] Disponible en URL:
https://www.researchgate.net/publication/305591606_Proceso_Enfermero_de_sde_el_Modelo_de_Cuidados_de_Virginia_Henderson_y_los_Lenguajes>NN
27. Ibarra C. Evaluación de los programas de salud del adulto mayor el personal de enfermería de la comunidad en la ciudad Nueva Vitoria, México. [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2016. [consultado el 20 de junio de 2018]. Disponible en URL:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28058/1/Tesis_Ibarra_Gonzalez.pdf
28. Cueva E y Gancino J. La Desnutrición en los niños de 1 a 3 años en el Centro Infantil del Buen Vivir de Cochapamba Sur (CIBV). [Internet]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2017. [consultado el 01 de diciembre de 2018]. Disponible en URL:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9859/1/T-UCE-0006-104.pdf>
29. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. [Tesis Licenciatura]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014. [consultado el 22 de noviembre de 2018]. Disponible en URL:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>
30. Fiayo E. Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años en la República de Colombia. [Tesis Maestría]. Argentina: Universidad Nacional de la Plata; 2015. [consultado el 22 de noviembre de 2018]. Disponible en

URL:

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52484/Documento_completo___pdf?sequence=3

31. Valencia P. Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca. [Internet]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2014. [consultado el 01 de diciembre de 2018]. Disponible en URL http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3580/Valencia_p.pdf?sequence=1
32. Leon M. et al. Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016. [Internet]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017. [consultado el 02 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9813/Le%C3%B3n%20Klenke_Factores_influyen_implementaci%C3%B3n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Fernandez D. y Montenegro G. Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector Magllanal- Jaén. [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2014. [consultado el 02 de diciembre de 2018]. Disponible en URL: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/695/T%20649.3%20F363%202014.pdf?sequence=1>

34. Londoño K. Estrategias de sensibilización que promueva una cultura organizacional de calidad. [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada Bogotá Colombia; 2013. [consultado el 14 de junio del 2018]. Disponible en URL:
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10874/1/Londo%C3%B1oKatherinStefanie2013.pdf>
35. Aliaga E. Políticas de promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas. [Internet]. Foro Salud-Lima; 2003. [consultado el 24 de junio del 2018]. Disponible en URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf
36. Charcape S. Fortaleciendo el servicio de central de esterilización del hospital La Caleta Chimbote. [Tesis segunda especialidad]. Chimbote: ULADECH; 2017.
37. Ministerio de Salud. Guía técnica de gestión de promoción de la salud en instituciones educativas para el desarrollo sostenible. Lima: MINSA; 2012.
38. Organización Panamericana de la Salud. Programa de capacitación en prevención y atención de salud. Organización Panamericana de Salud. [Internet]. [consultado el 30 de junio del 2018]. Disponible en URL: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=506-orden-g-manual-partic-eq-salud-6&category_slug=publications&Itemid=307

ANEXOS

ANEXO 1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Puesto de Salud Huanchay – Huaraz cuenta con una inadecuada infraestructura y pocos recursos, tanto humanos como materiales, conllevan muchas veces a que la atención integral al usuario sea limitada. Así mismo, la distribución de sus ambientes hacen que la mayor cantidad de estrategias sanitarias funcionen en un solo ambiente, por ejemplo evaluación por el equipo multidisciplinario, para realizar consejerías, produciendo incomodidad tanto para el personal como para los demás afectados, debido al reducido espacio en donde funcionan dichos ambientes.

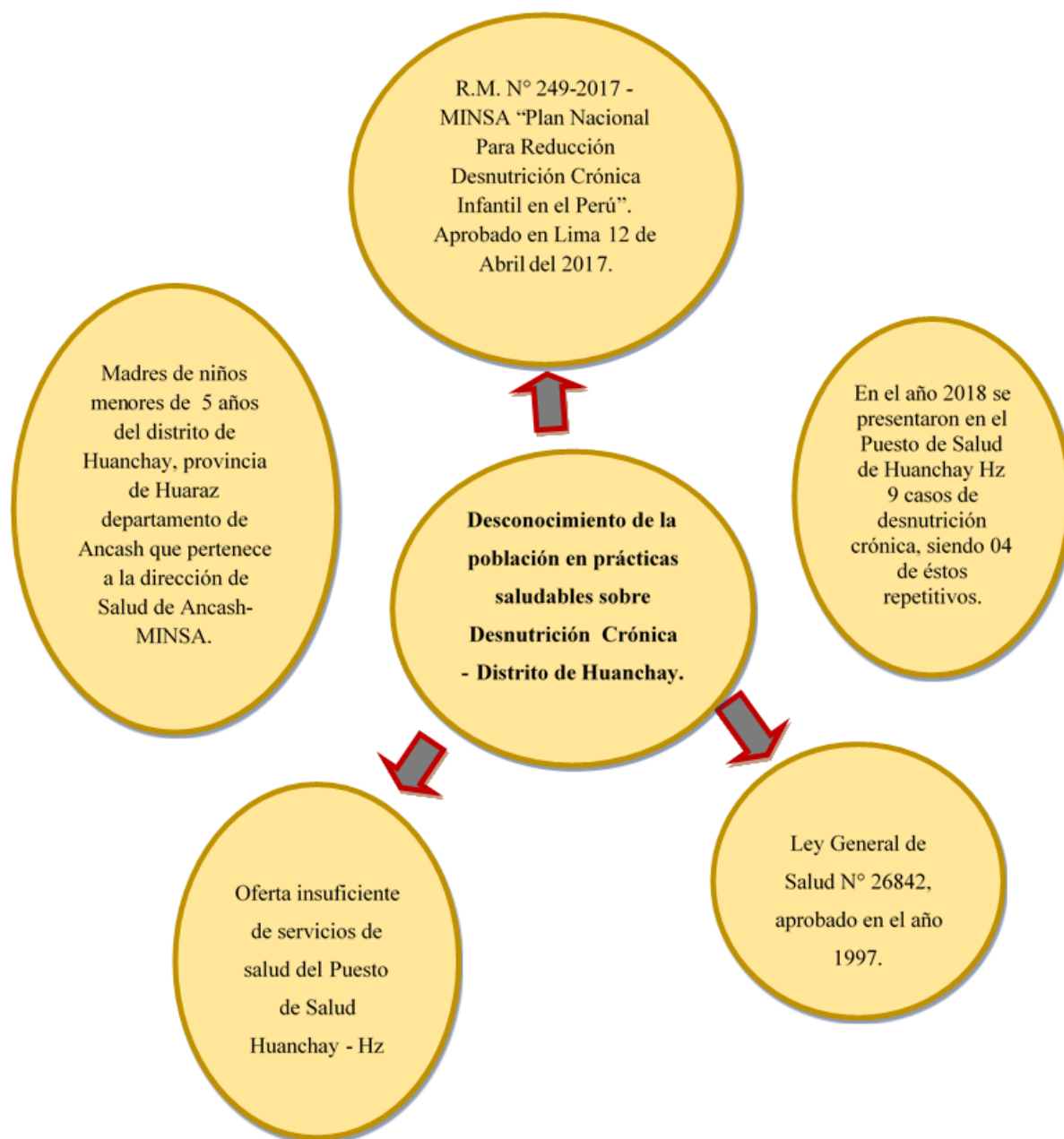
Asimismo, el personal de salud no se abastece para cubrir todos los sectores del distrito debido al número reducido de promotores de salud y la ausencia de éstos en algunos sectores dificultando así la aplicación de fichas familiares e intervención de las familias de riesgo.

El Distrito de Huanchay no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; por lo que es una comunidad con problemas de salud múltiples que se encuentran interactuando en los diferentes procesos biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. En la parte alta de Huanchay se evidencian viviendas hacinadas, con un solo ambiente que es multiuso como por ejemplo: sala, comedor y dormitorio, mascotas domiciliarias, crianza de animales sin medidas sanitarias y preventivas.

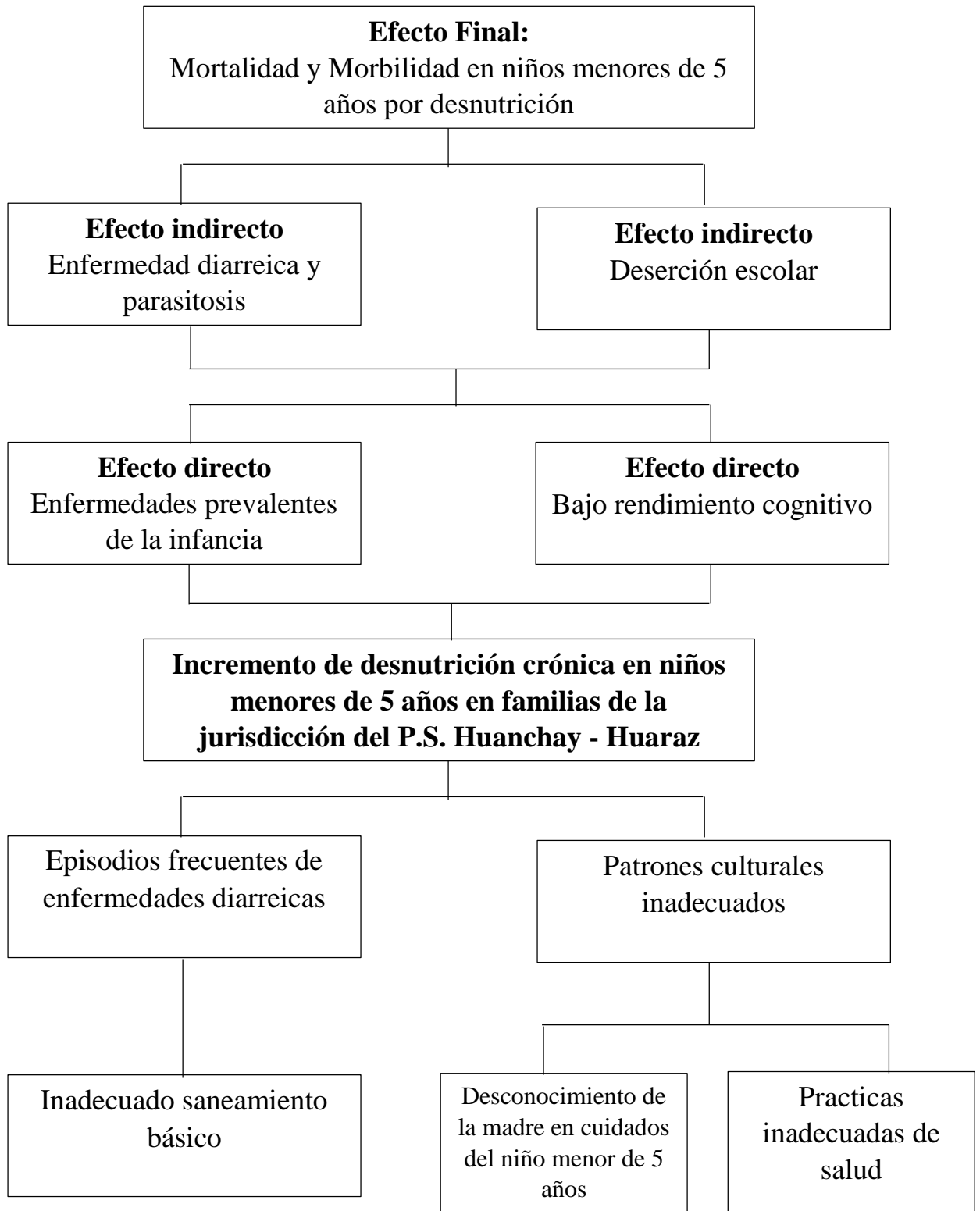
El Subempleo es un problema presente en el distrito de Huanchay, siendo una de sus causas la escasez de las fuentes de trabajo que existe en el lugar; así mismo, su principal fuente de trabajo es la agricultura. Es así que la PEA de 15 ó más realiza actividades de agricultura en un 80%, un 20% se dedica a la agricultura y ganadería.

También presenta problemas respecto a una inadecuada cultura sanitaria y ambiental como son los hábitos y estilos de vida saludables, incrementando de esta manera la probabilidad de enfermar debido a la práctica de hábitos y costumbres que ha regulado su comportamiento. Lo cual hace que la Desnutrición crónica baya en aumento y este perjudicando la salud de los niños.

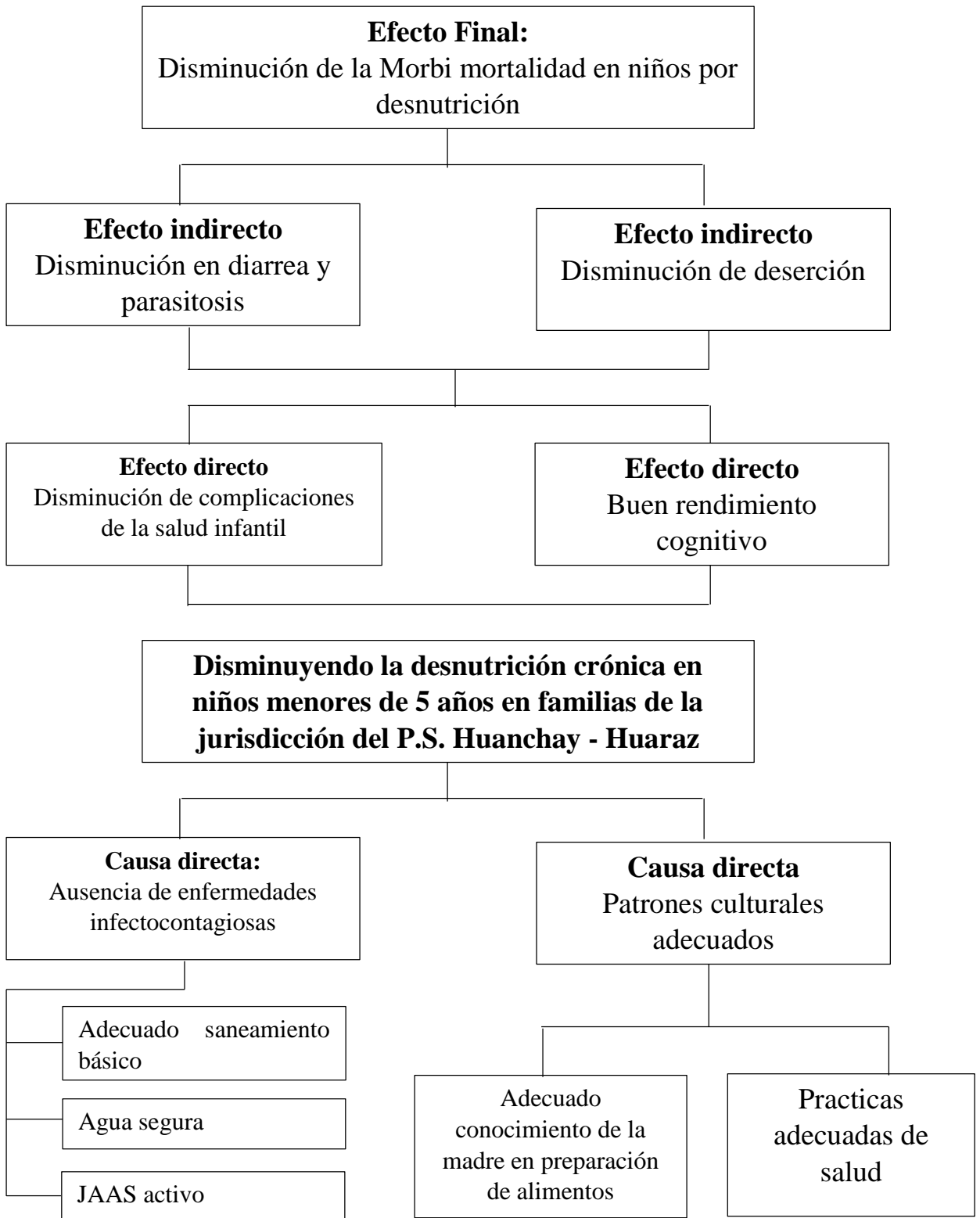
REVISIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO Y DEFINICIÓN FINAL DEL PROBLEMA



ANEXO 2: GRAFICA N° 1 ARBOL DE CAUSAS Y EFECTOS

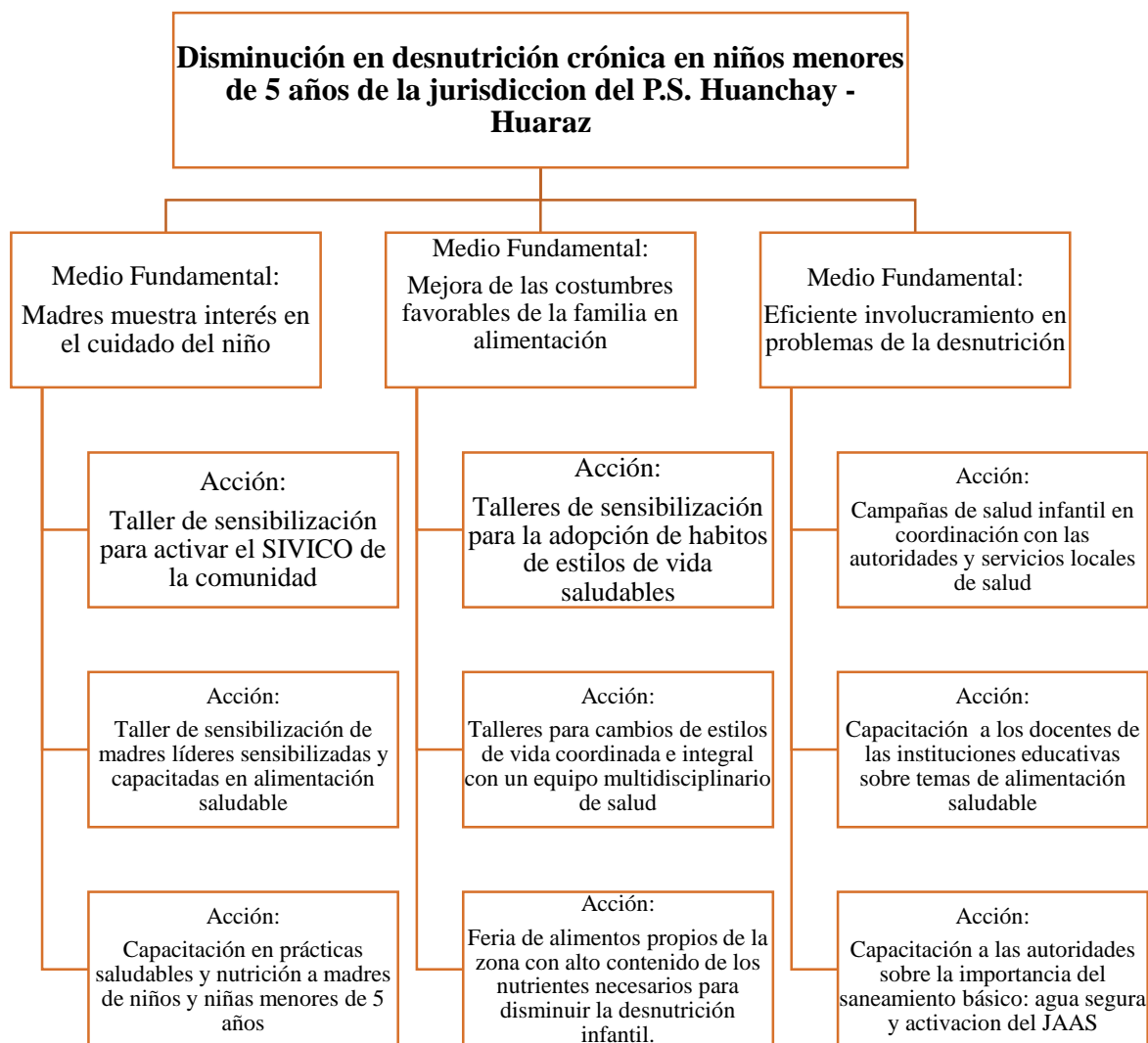


ANEXO 3: GRAFICA N° 2 ARBOL DE MEDIOS Y FINES



ANEXO 4

Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Correspondencia					
	Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Disminución de la Morbi mortalidad en niños por desnutrición				
Propósito	Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en familias de la jurisdicción el P.S. Huanchay - Huaraz	10% de disminución de la desnutrición crónica infantil en el P.S. Huanchay - Huaraz.	2. Niños menores de 5 años con desnutrición crónica infantil. $\frac{\text{Numero de niñas y niños menores de 5 años con DCI}}{\text{Numero de niñas y niños menores de 5 años}} \times 100$	6. Registro de niños(as) menores de 5 años con DCI. 7. Registro de niños(as) con suplementación de MMN 8. Registros de niños(as) con CRED 9. Registro de niños menores de 5 años vacunados 10. Registro de madres de niños menores 6 meses que practica la LME.	11. Registro ordenado de los niños menores de 5 años con DCI 12. Registro de las atenciones del niño(a) menor de 5 años. 13. Seguimiento y evaluación de las actividades programadas. 14. Coordinación permanente con los distintos actores y gestores involucrados (comunidad y autoridades)

Componentes	<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 madres sensibilizadas en el cuidado del niño.</p> <p>100% de familias con buenas costumbres de la familia en alimentación saludable</p> <p>25% Familias involucradas en la lucha contra la desnutrición crónica infantil</p>	<p>3. Madres sensibilizadas en el cuidado de niño.</p> $\frac{\text{Numero de madres de niños(os) menores de 5 años sensibilizadas en el cuidado del niño}}{\text{Numero de madres de niños(as) menores de 5 años}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de familias con niños(as) menores de 5 años con costumbres saludables}}{\text{Numero de familias con niños(as) menores de 5 años}} \times 100$ $\frac{\text{Nº de familias involucradas}}{\text{Total de familias}} \times 100$	<p>Registro de madres sensibilizadas por sesiones educativas</p> <p>Registro de familias con consejería</p> <p>Registro de familias que participan en actividades de lucha contra la DCI.</p> <p>Registro de centros de promoción y vigilancia.</p>	<p>Madres sensibilizadas a tener el cuidado del niño</p> <p>Familias sensibilizadas en costumbres favorables en la alimentación.</p> <p>Familias involucradas en problemas de la desnutrición</p> <p>Centro de promoción y vigilancia en funcionamiento.</p>
-------------	---	---	---	---	--

Causa/Efecto	Acciones	1. A Taller de sensibilización para activar el SIVICO la comunidad.	03 Talleres de sensibilización para activar el SIVICO la comunidad	4. N° de talleres de sensibilización ejecutadas	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a los talleres • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres 	Componentes del SIVICO (Personal de salud, CODECO y ACS) sensibilizados
		1. B Taller de sensibilización de madres líderes sensibilizadas y capacitadas en alimentación saludable.	04 Talleres de Simbolización en alimentación saludable	5. N° de talleres de sensibilización a madres líderes en alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de las madres líderes a los talleres • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres 	Madres líderes capacitadas en alimentación saludable
		1. C Capacitación en prácticas saludables y nutrición a madres de niños y niñas menores de 5 años.	04 Jornadas de capacitación en prácticas saludables y nutrición	6. Taller de capacitación en prácticas saludables ejecutadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de madres de niños(as) menores de 5 años a los talleres. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres 	Madres de niños(as) menores de 5 años capacitadas ejecutan prácticas saludables
		2. A Talleres de sensibilización para la adopción de hábitos de estilos de vida saludables	04 Talleres de sensibilización en estilos de vida saludables	7. Taller de sensibilización en estilos de vida saludables realizadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia de ACS a los talleres de capacitación. • Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres 	ACS capacitados adoptan hábitos de estilos de vida saludables.
			100% del equipo	8. Equipo multidisciplinario ejecutan		Personal de salud

		2. B talleres para cambios de estilos de vida de manera coordinada e integral con un equipo multidisciplinario de salud.	multidisciplinario de salud participan en la ejecución de talleres de sensibilización sobre estilos de vida saludables	talleres sobre estilos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Programación del personal de salud como responsables de los talleres de sensibilización • Registro de asistencia del personal de salud e los talleres de sensibilización • Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución del taller 	participa de manera activa en la ejecución de los talleres de sensibilización.
		2. C Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	04 Ferias de alimentación saludable realizadas	9. Ferias de alimentación saludable ejecutadas	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a las ferias de alimentación saludables • Informe de la actividad. • Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de las ferias de alimentación saludable. 	Población participa activamente en las ferias de alimentación saludable con exposición de alimentos propio de la zona
		3. A Campañas de salud infantil en el distrito de Huanchay-Huaraz en coordinación con las autoridades y	02 campañas de atención integral al niño menor de 5 años en la jurisdicción del PS Huanchay con la participación del municipio	10. Campañas de atención integral al niño menor de 5 años realizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de atenciones en la Campaña de atención integral al niño menor de 5 años 	Gobierno local y ACS asumen con responsabilidad la implementación, ejecución y evaluación de las campañas de atención integral

		servicios locales de salud. (municipio)			<ul style="list-style-type: none"> • Informe de la actividad. • Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de las Campañas de atención integral al niño menor de 5 años. • Registro de docentes asistentes a los talleres de capacitación. • Informe de la actividad. • Facturas y boletas de los gastos realizados para la ejecución de los talleres de capacitación. • Registro de municipios asistentes a las capacitaciones. • Informe de la vigilancia de la calidad de agua. • Registro de hogares con acceso a agua segura. 	<p>Campañas de atención integral al niño menor de 5 años ejecutadas con éxito.</p> <p>Docentes capacitados insertan temas de alimentación saludable en el desarrollo de sus clases</p> <p>Autoridades comprometidas realizan vigilancia de clorificación del agua de consumo humano.</p> <p>Hogares con acceso a agua segura.</p>
	3. B	Capacitación a los docentes de las instituciones educativas sobre temas de alimentación saludable.	50% de docentes de las instituciones educativas capacitados en alimentación saludable	11. Talleres de capacitación y reuniones de sensibilización a los docentes de las instituciones educativas		
	3. C	Capacitación con las autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	Capacitación de Autoridades en saneamiento básico	12. Capacitación de autoridades en temas relacionados a saneamiento básico. 13. Vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano y el nivel de riesgo sanitario de los sistemas de abastecimientos de agua. 14. Desinfección y/o tratamiento del agua para el consumo humano		



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
ANCASH
RED DE SALUD PACIFICO SUR
MICRORED DE SALUD HUARMEY
PUESTO DE SALUD HUANCHAY - HZ**



ASIS

2018

1. SITUACIÓN GEOPOLÍTICA

a. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LOCALIDAD

i. ETIMOLOGÍA

La palabra Huanchay deriva toponómicamente de HUÁNCHAC O HUANCHAUQUEAR que en esta zona específica significa botar o espantar los HUANCHACOS (ave silvestre de pecho colorado que abunda en la zona Yunga) de los sembríos de maíz; siendo una de las acepciones más aceptadas. El profesor Maximiliano Mendoza hombre erudito de Huanchay, nos dice que este término proviene de sonidos onomatopéyicos Huan y la fusión de voces quechuas che o chay y que este segundo significa llegada. Con el transcurrir del tiempo, diacrónicamente, llego a ser el sustantivo Huanchay que también existe en otros lugares, hace mención además que la palabra HUANCHAC está inscrita en los documentos de los españoles dentro del convento de Santo domingo y Sevilla (España). En conclusión no se sabe con precisión la verdadera etimología.

ii. ORIGEN

El origen de los nombres de los caseríos que actualmente constituyen el Distrito de Huanchay, como en la mayor parte de los pueblos del Perú, se pierden en la penumbra de la historia sin ser descifradas pues nada concreto se tiene del pasado del distrito, lo más probable es que en la Época Incaica y tal vez desde la Preincaica ya existían muchos pueblos o núcleos importantes de ocupación agrícola, ganadera y minera, como se pueden comprobar la existencia de numerosas ruinas, represas, acequias y acueductos. Cabe mencionar también que en tiempos remotos existieron lugares como por ejemplo, “Pueblo viejo”, esto casi llegando a la laguna de Joró, “Ichik kemoc”; lugar donde se encontraron momias, restos arqueológicos y exuberantes pinturas rupestres. En la actualidad parte de estos restos podemos encontrar fácilmente en la I.E Javier Romero Maguiña-Huanchay.

b. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

i. REGIÓN NATURAL

Se encuentra en la sierra de Ancash, perteneciendo a la región natural Quechua.

c. LIMITES

- Por el Noroeste: Con el distrito de Pampas.
- Por el este: Con el distrito de La Libertad.
- Por el Sur: Con la provincia de Áija.
- Por el Oeste: Con la provincia de Huarney.

d. SUPERFICIE

El Distrito de Huanchay cuenta con una superficie de 209.34 Km².

e. ALTITUD

El Distrito de Huanchay se encuentra a 2590 m.s.n.m.

f. HIDROGRAFÍA

Los ríos tormentosos de Huanchay nacen en la cordillera occidental de los andes, vertiendo sus aguas al Océano Pacífico, formando de esta manera el río Culebras que se origina mediante dos ríos que nacen en la Puna. Uno nace de Chipta y de yana Hurán los cuales forman el río Puma Hurán que significa “Bravo y Duradero”. El otro riachuelo nace de las alturas de Shillquill, bajando por Coltus Nanyac, Huanchin, Quillhuan. El vocablo quiere decir “río mentiroso” y sus aguas sólo duran unos días. Estos dos ríos se juntan en Llacllin. De esta manera el río va descendiendo hacia el valle abajo y encontrándose al paso con el pequeño riachuelo “río Cocho”, más conocido como “agua salada”, que nace en las alturas de Joro, de Llaulla Punta, donde existen pequeñas lagunas. Este riachuelo riega las zonas de fundos de Jamca y Cocoroche.

Prosiguiendo su recorrido se encuentra con otro riachuelo, el río “Copi” más conocido como Motale que solamente vierte sus aguas cuando las precipitaciones fluviales son fuertes y continuas. Esto se origina en el límite Dos cruces, comunidad campesina de Coltus y del pueblo de Quishuar, pasando por los pueblitos de Rurin Quishuar y Tambo, al frente de Parián, de esta manera descendiendo hasta el río grande. Formando de ésta manera el río Culebras, que riega la jurisdicción del Distrito de Huanchay desde La florida, Cumbrec, Pisan, Colpac, Raypa, Palacio, Rumar y Janca. Continuando aguas

abajo, están ya ubicados en la jurisdicción del Distrito de Culebras, tenemos otro riachuelo más conocido como Cotacho que en épocas de lluvia o corriente del niño interrumpe el tránsito a la altura de Janca. Esto se encuentra al margen izquierdo y muy cerca de este riachuelo, pero al margen derecho se encuentra otro riachuelo denominado “Acrey” que riega los lugares de Quián, Huayash, Cusmo, Turrepampa y de esta manera el río Culebras llega a la tierra fértil de Molino y desciende sorteando a los pueblitos de Ampanú y Quita Sombrero. Así sigue pasando orgullosamente y de esta manera penetrándose al Océano pacífico. Además en las altas cumbres de Huanchay se encuentra picachos elevados más o menos a 4100 m.s.n.m (Chipta). Al pie de ellos se encuentran varias lagunas que se utilizaron en la época incaica y que hoy se encuentran en deterioro total por el paso del tiempo.

g. FLORA

La actividad agrícola en la parte alta del distrito se basa en el cultivo de cebada, papa, trigo, maíz serrano, habas, arvejas, manzana, melocotón. En la parte baja del distrito se cultiva fríjol, frutales, palta, maíz, tomate y pepino predominantemente.

h. FAUNA

La fauna es muy variada, contando con vacas, toros, ovejas, chivos, cerdos y animales menores como el cuy y el conejo. Referente a la fauna silvestre se aprecia la existencia de una buena cantidad de especies tales como: Venado, Tarugo, Vizcacha, Perdiz, Pato negro, Zorro; Zorrillo, Lechuza, Halcón y Gavil

2. FACTORES CLIMATOLÓGICOS

i. TEMPERATURA

Promedio de 7°C en invierno, de mayo a diciembre una temperatura promedio de 15°C.

ii. PRECIPITACIÓN

Precipitaciones fluviales se presentan de Diciembre a Abril, siendo intensas, causando múltiples bloqueos de la carretera por desplazamientos de lodo o por incremento del cauce de los ríos. Además de una neblina densa, pasando semanas sin ver el sol.

iii. HUMEDAD

Es aproximadamente de un 30% en los meses de Mayo a Diciembre; pero en los meses de Enero a Abril alcanza un 100% por la densa neblina.

IV. NUBOSIDAD

La nubosidad es permanente en los meses de Diciembre a Abril, con neblina que se prolonga toda esta época, con brillo solar escaso.

3. COMUNICACIÓN Y VÍAS DE ACCESO

I. VÍAS DE COMUNICACIÓN

Terrestre. La cual se encuentra en condición de trocha carrozable comunicando a menos de la mitad de sus caseríos, el resto de la vía es camino de herradura, comunicando al resto de sus caseríos.

II. TIPO DE TRANSPORTE

El acceso al distrito se hace en vehículos públicos (bus) desde Huarmey y Huaraz. El transporte dentro del caserío se realiza predominantemente a pie y en menor cuantía en acémila. El puesto de salud cuenta con una ambulancia y motocicleta lineal para desplazarse a algunos caseríos. Los buses de Huarmey tienen una frecuencia diaria (puede haber uno o dos buses) y el bus de Huaraz acude dos veces por semana (martes y sábado), retornando a Huaraz al día siguiente (3am).

III. DISTANCIA EN HORAS DE LA POBLACIÓN AL PUESTO DE SALUD

CASERÍOS	TIPO DE ACCESO	CONDICIÓN ACTUAL	TIPO DE TRANSPORTE	TIEMPO APROX.
Coltus	Camino de herradura	Malo	A pie, acémila	6 horas
Copi	Camino de herradura	Malo	A pie, acémila	5 horas

Parián	Camino de herradura	Malo	A pie, acémila	4 horas
LLaya	Camino de herradura	Malo	A pie, acémila	3horas
Quichapac	Camino de herradura	Malo	A pie, acémila	3h 30m
Pachuas	Camino de herradura	Malo	A pie , acémila	2h30m
	Trocha carrozable	Regular	Camioneta, moto	45 min
Nanyac	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	2h 30m
Jaqui	Camino de herradura	Malo	A pie , acémila	2 h
	Trocha carrozable	Regular	Camioneta, moto	30min
Paicha	Camino de herradura	Regular	A pie , acémila	1 hora
	Trocha carrozable	Regular	Camioneta, moto	15 min.
Jarac	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	30 min
Carcam	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	15 min
Llacllin	Camino de herradura	Regular	A pie , acémila	1 h 30m
	Trocha carrozable	Regular	Camioneta, moto	20 min.
Quillhuan	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	1h 40m
Huanchin	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	2horas
Huarip	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	4horas

Turca	Camino de herradura	Regular	A pie, acémila	2h 20m
La Florida	Camino de herradura	Regular	A pie , acémila	2 h
	Trocha carrozable	Regular	Camioneta, moto	30 min.
Callcun	Camino de herradura	Regular	A pie , acémila	1h 30m
Mahuacancha	Camino de herradura	Regular	A pie , acémila	1h 30m
Llahuas	Camino de herradura	Regular	A pie , acémila	2h30m
Huanchay	Camino de herradura	Regular	A pie	5 min.

Fuente: Mapa SISVEN_ Puesto de Salud Huanchay Hz

IV. DISTANCIA EN HORAS DEL PUESTO DE SALUD HUANCHAY HZ A OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Hospital de Apoyo Huarney: 5 horas en transporte público, 3 horas en transporte privado.
- Puesto de Salud Raypa: 3 horas en transporte público, 1 ½ hora en transporte privado.

V. MEDIO DE TRANSPORTE QUE SE EMPLEA EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia se debe transportar al paciente desde su domicilio al Puesto de Salud y si se requiere se coordina la transferencia al Hospital de apoyo Huarney. En el primer caso se emplea camilla Kirma de ser posible, también se suele usar acémila hasta el camino carrozable, de donde se puede seguir en la ambulancia del establecimiento, o en su defecto motocicleta o acémila hasta el Puesto de Salud Huanchay HZ. En caso de referencia se realiza en la ambulancia del Puesto de Salud al Hospital de Apoyo de Huarney.

VI. IDIOMA O DIALECTO PREDOMINANTE

La población es bilingüe casi en su totalidad (quechua y castellano).

VII. RELIGIÓN PREDOMINANTE

La Religión Católica predomina en el distrito y en menor número la religión Cristiana.

VIII. MEDIOS DE COMUNICACIÓN LOCAL

La capital del Distrito cuenta con una radio municipal, mediante la cual se logra integrar a la totalidad del distrito. Así mismo se cuenta con dos teléfonos rurales cerca de la plaza de armas del distrito. En telefonía las empresas con cobertura en la zona es Nextel y Movistar medio que recién se viene instalando en la zona. Se cuenta con servicio de Internet en el hospedaje de la municipalidad. En el puesto de salud se cuenta con radio de onda corta para contactarse con otros establecimientos de salud. En la zona captan de 2 a 5 canales de televisión (América, ATV, Panamericana, TV Perú, CMD) dependiendo de la ubicación. No se cuenta con periódicos o revistas oriundos del distrito.