

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: INSTALACIÓN DEL SERVICIO
DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS.
PUESTO DE SALUD SANTA ANA DISTRITO JOSÉ LEONARDO ORTIZ.
LAMBAYEQUE**

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

AUTORES

WALTER CABRERA HERRERA

CLEOTILDE DIAZ GOMEZ

ASESORA

Mgtr. ANITA DEL ROSARIO ZEVALLOS COTRINA

Chiclayo, 2017

ÍNDICE

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
RESUMEN PERFIL DEL PROYECTO	8
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	11
1.1. CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO	11
1.2. NOMBRE DEL PROYECTO.....	11
1.3. RESPONSABILIDAD FUNCIONAL	11
1.4. UNIDAD FORMULADORA.....	11
1.5. UNIDAD EJECUTORA.....	12
1.6. UNIDAD GEOGRAFICA	12
1.7. MARCO DE REFERENCIA	14
1.7.1. Marco teórico referencial	14
1.7.2. Marco político social.....	19
CAPÍTULO II IDENTIFICACIÓN	25
2.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	25
2.1.1. ÁREA DE ESTUDIO Y ÁREA DE INFLUENCIA	25
2.1.2. DIAGNÓSTICO DE INVOLUCRADOS	48
2.1.3. DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS.....	51
2.2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL, CAUSAS Y EFECTOS	55
2.2.1. Definición del Problema Central.....	55
2.2.2. Análisis de causas	55
2.2.3. Análisis de los efectos.....	56
2.3. OBJETIVOS DEL PROYECTO, MEDIOS Y FINES.....	58
2.3.1. Descripción del Objetivo Central.....	58
2.3.2. Medios de primer nivel.	58
2.4. ANÁLISIS DE MEDIOS FUNDAMENTALES.....	58
2.5. ANÁLISIS DE FINES	59

2.6	DETERMINACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	61
2.6.1	Planteamiento técnico de las alternativas de solución.....	61
2.6.2	Matriz del marco lógico	62
CAPÍTULO III: FORMULACIÓN.....		66
3.1.	HORIZONTE DE LA EVALUACIÓN.	66
3.2.	ANÁLISIS DE LA DEMANDA.....	66
3.3.	ANÁLISIS DE LA OFERTA.	68
3.4.	ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA.....	69
3.5.	PLANTEAMIENTO TÉCNICO DE LAS ALTERNATIVAS.....	70
CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL		72
4.1.	COSTOS DEL PROYECTO	72
4.2.	BENEFICIOS	74
4.2.1.	Beneficios Sociales Cuantitativos	74
4.2.2.	Beneficios Sociales Cualitativos	74
4.2.3.	Beneficios en la situación sin proyecto	74
4.2.4.	Beneficios incrementales.....	74
CAPÍTULO V: EVALUACIÓN		76
5.1.	EVALUACIÓN SOCIAL.....	76
5.1.1.	Estimación del costo efectividad.....	76
5.2	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	77
5.3	SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	82
5.4	IMPACTO AMBIENTAL.....	82
5.5	OBSERVACIONES	83
5.6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
	RECOMENDACIONES	84
5.7	FECHA DE FORMULACIÓN:.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		85
ANEXOS		86

DEDICATORIA

Este proyecto está enfocado a mejorar la óptica y la visión de los gestores de la salud pública para contribuir a entender que los establecimientos de atención primaria de salud deben ser implementados con centros de estimulación temprana para que los niños de las zonas urbano marginales tengan la oportunidad de acceso para mejorar sus condiciones de salud y su desarrollo psicomotor porque ellos son el futuro de nuestra patria.

Walter y Cleotilde.

AGRADECIMIENTO

Se agradece a la oportunidad que nos brinda la vida, y a la sabiduría que permite entender los beneficios de la salud para trabajar por una población libre de enfermedad, con mejores estilos de vida y con más expectativas de futuro que contribuyan al desarrollo del país.

Walter y Cleotilde

RESUMEN

Contar con un Centro de estimulación temprana es una prioridad en los establecimientos de Salud del País. Dada la importancia de este proyecto como una alternativa para promover el desarrollo infantil de los menores de tres años de edad del Puesto de Salud Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz, Lambayeque, se plantea como objetivo mejorar su nivel de salud y desarrollar la estimulación temprana de manera óptima con la participación de las madres de la comunidad de Santa Ana, en el marco de la reforma de salud y los objetivos del Desarrollo Sostenible. Así mismo al finalizar el proyecto se habrá logrado fortalecer las competencias del personal de salud, para una adecuada atención de estimulación temprana, así mismo se habrá dotado el equipamiento suficiente en el servicio, como el desarrollo de conocimientos apropiados de las madres sobre el desarrollo infantil temprano, así como fortalecer las capacidades de los pobladores del pueblo joven Santa Ana, para contar con un buen servicio de estimulación temprana y desarrollar prácticas adecuadas que constituyan en beneficio del desarrollo integral de los infantes menores de tres años. El desarrollo es un proceso que inicia desde la vida intrauterina de manera ordenada y duradera pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño. Además, se considera un horizonte de duración de 10 años de generación de beneficios, que comprende el tiempo de realización de todas las acciones, la evaluación y seguimiento del proyecto.

Palabras Claves: Estimulación temprana, niño menor de 36 meses, familia y comunidad.

ABSTRACT

The need to have an early stimulation center is present in all health establishments in Peru. This is why the following project is presented as an alternative to the need to strengthen early stimulation care for children aged 3 years' age at the Sana Ana Health Center in the district of José Leonardo Ortiz, Lambayeque, with the aim of improving their health and promoting optimal early stimulation with the participation of mothers of the community of Santa Ana, within the framework of health reform and sustainable development. At the end of the project, it will be possible to strengthen the competencies of health personnel, to provide adequate early stimulation care, as well as adequate equipment in the service, such as the development of appropriate knowledge of mothers on early stimulation three-year-old children will also be provided with appropriate information on the benefits of early stimulation as well as strengthening the capacities of the population of the healthy young Ana community to have a good early stimulation service and develop appropriate practices that constitute in benefit of the integral development of infants under three years of age, it is necessary to take into account that it occurs through a process that has to start from the intrauterine life in an orderly and lasting way through the neurological, behavioral, cognitive, social and emotional development of the child. In addition, it is considered a horizon of 10 years of generation of benefits, which includes the time of completion of all actions, evaluation and monitoring of the project. The investment budget is

Keywords: Early Stimulation, Child under 36 months, Family and community.

RESUMEN PERFIL DEL PROYECTO

PROYECTO DE INVERSIÓN:

INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL NIÑO MENOR DE TRES AÑOS. PUESTO DE SALUD SANTA ANA DISTRITO JOSÉ LEONARDO ORTIZ. LAMBAYEQUE

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a una adecuada prestación del servicio de estimulación temprana del niño menor de tres años en el Puesto de Salud de Santa Ana.

ALTERNATIVA N° 01

Medios Fundamentales	Acciones
<p>Medio Fundamental: 1 Suficiente infraestructura para el funcionamiento del servicio de estimulación.</p>	<p>1.1. Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED</p>
<p>Medio Fundamental: 2 Suficiente equipamiento para realizar la estimulación.</p>	<p>2.1. Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos. 2.2. Instalación de un software de estimulación</p>
<p>Medio Fundamental:3 Familias con adecuados cuidados al niño menor de 3años</p>	<p>3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente. 3.2. Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región</p>

<p>Medio Fundamental: 4</p> <p>Suficientes conocimientos sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años.</p>	<p>4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito.</p> <p>4.2 Capacitación a madres de familia sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años.</p>
---	---

ALTERNATIVA N° 2

Medios Fundamentales	Acciones
<p>Medio Fundamental 1:</p> <p>Suficiente infraestructura para el funcionamiento del servicio de Estimulación.</p>	<p>1.2. Construcción del centro de estimulación temprana en el puesto de Salud Santa Ana</p>
<p>Medio Fundamental 2:</p> <p>Suficiente equipamiento para realizar la estimulación.</p>	<p>2.2 Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.</p> <p>2.3. Instalación de un software de estimulación temprana</p>
<p>Medio Fundamental 3:</p> <p>Familias con adecuados cuidados al niño menor de 3 años.</p>	<p>3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente</p> <p>3.2. Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región</p>
<p>Medio Fundamental 4:</p> <p>Suficientes conocimientos sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años.</p>	<p>4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito.</p> <p>4.2 Capacitación a madres sobre estimulación psico-afectiva de los niños menores de tres años.</p>

RESULTADOS ESPERADOS:

R1: Se habrá logrado una construcción del centro de estimulación temprana en el puesto de Salud Santa Ana

R2: Se habrá implementado el centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.

R3: Se habrá fortalecido las competencias del recurso humano mediante la capacitación y pasantías en estimulación temprana de manera permanente.

R4: Se habrá desarrollado conocimientos en la población sobre la importancia de la estimulación temprana en los niños menores de tres años.

Costos – Presupuesto Total:

Del resultado de la Evaluación Costo – Efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de 491, 504, 00 soles y con la alternativa 02 será de 585,172.00 soles.

EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS

DESCRIPCION	ALT. N° 01	ALT. N° 02
VACSN (T.D. 9%)	491,504.00	585,172.00
Beneficiarios (Total del Horizonte)	52,381	52,381
COSTO EFECTIVIDAD	9.38	11.17

Fuente: Elaboración del equipo, 2015.

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1. CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO

1.2. NOMBRE DEL PROYECTO

Instalación del Servicio de Estimulación Temprana del Niño Menor de tres años. Puesto de Salud Santa Ana Distrito José Leonardo Ortiz. Lambayeque

1.3. RESPONSABILIDAD FUNCIONAL

FUNCIÓN 020: Salud

Corresponde al nivel máximo de agregación de las acciones y servicios Ofrecidos en materia de salud orientados a mejorar el bienestar de la Población

PROGRAMA FUNCIONAL 034: Salud colectiva

Conjunto de acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños en la población, así como la regulación y control sanitario.

SUB PROGRAMA FUNCIONAL 0095: Control de riesgos y daños para la salud Comprende las acciones orientadas al desarrollo de las actividades de prevención y promoción de la salud, que contribuye a la reducción de la desnutrición crónica infantil y mejoras en la salud materna, mediante la instalación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal de la Madre y del niño.

1.4. UNIDAD FORMULADORA

Sector	Gobierno Regional.
Pliego	Gobierno Regional.
Nombre de la UF	Gerencia Regional de Salud Lambayeque.
Persona Responsable de Formular	
	Lic. Walter Cabrera Herrera
	Lic. Cleotilde Diaz Gomez
Persona responsable de la Unidad	
Formuladora GERESA	Ing. Julio H. Albuja Ramirez.
Dirección	Av. Salaverry 1610.

Teléfono 074-219-349.
E-mail Jalbujar@geresalambayeque.gob.pe

1.5. UNIDAD EJECUTORA

Sector Gobierno Regionales
Pliego Gobierno Regional de Lambayeque
Nombre de la UE Gerencia Regional de Salud Lambayeque.
Persona Responsable de la Unidad Dr. Pedro Cruzado Puente
Cargo Gerente Regional de Salud
Dirección Av. Salaverry N° 1610
Teléfono 074-237021

1.6. UNIDAD GEOGRÁFICA

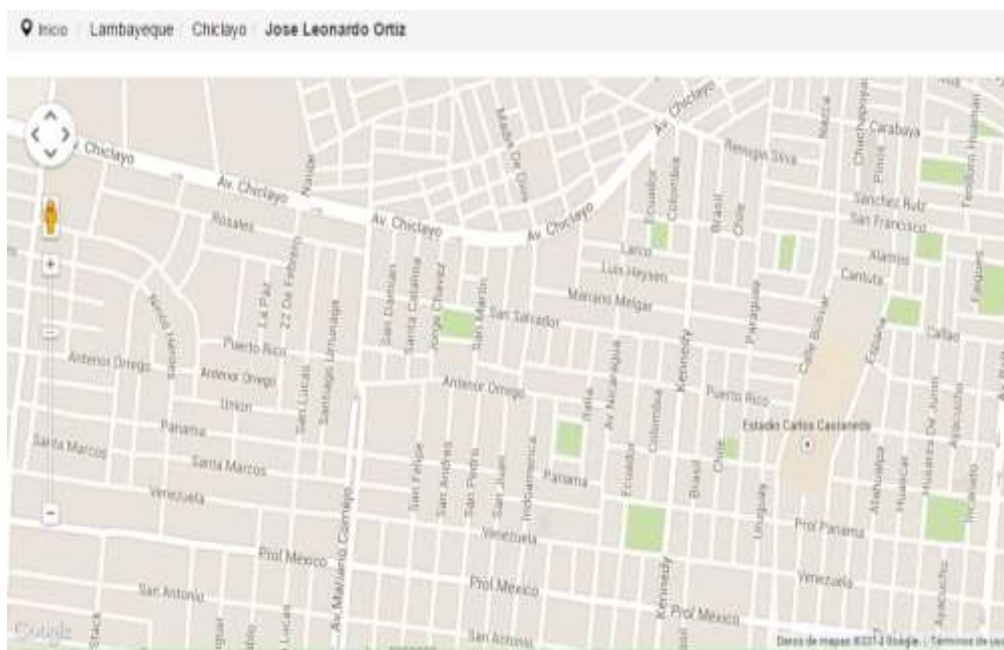
La provincia de Chiclayo dentro de sus distritos más extensos y populosos lo tiene a José Leonardo Ortiz, que está ubicado al norte de Chiclayo y cuenta con varios asentamientos humanos y en el pueblo joven Santa Ana se encuentra el puesto de salud santa Ana.

Límites:

Norte : Zona rural Culpón y San Miguel
Sur : Ciudad de Chiclayo
Este : Carretera a Ferreñafe
Oeste : Carretera a Lambayeque



DISTRITO DE JOSE LEONARDO ORTIZ



Clima: Es un clima típico de región costa con temperatura variada acorde con cada estación del año.

Superficie: Plana, y está poblada totalmente Altitud: 50 msnm

Temperatura: La temperatura oscila desde 18 grados en temporada de invierno hasta los 36 grados en temporada de verano.

1.7. MARCO DE REFERENCIA

1.7.1. Marco teórico referencial.

El crecimiento del niño es un mundo frágil y fascinante. Frágil porque el ser humano requiere para lograr el desarrollo de muchos cuidados de salud, de alimentación, estímulos adecuados y de un entorno estable lleno de afecto. Fascinante porque cada ser encierra capacidades que se perfeccionan con el tiempo y que asombran por inesperadas¹.

Estas capacidades se fortalecen con la práctica de estimulación temprana, la cual tiene un aprendizaje oportuno, continuo; la estimulación temprana tiene efectos favorables a corto y largo plazo, siendo claramente evidentes sus beneficios durante la vida adulta del individuo. El desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño².

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, gobiernos, organizaciones, y comunidad en general².

La mayor parte del desarrollo cerebral ocurre antes de que el niño cumpla 3 años de edad. Al mismo tiempo que las neuronas del niño proliferan y las sinapsis establecen nuevas conexiones a gran velocidad, se definen las pautas para el resto de la vida. En ese lapso de 36 meses, los niños adquieren la capacidad de pensar, hablar, aprender, razonar y se establecen los fundamentos de los comportamientos sociales y biológicos que lo marcarán durante toda la vida adulta. Durante los primeros años de la vida, los factores ambientales y estímulos adquieren una gran importancia, si son adecuados, el sistema nervioso se desarrollará en mejores condiciones³.

Considerando que la Estimulación Temprana (ET) es el conjunto de acciones dirigidas a promover las capacidades físicas, mentales y sociales del niño, a prevenir el retardo en el desarrollo psicomotor, a curar, rehabilitar y al mejor desarrollo de las potencialidades individuales, en caso de que se detecte que un niño presenta retraso en su desarrollo, se estimulará para llevarlo al nivel correspondiente para su edad cronológica. De no ser posible esto, se referirá a Centros de Atención especializada⁴.

El monitoreo y evaluación del desarrollo infantil indica si el cerebro funciona adecuadamente, llevando un seguimiento y observación estrecha de habilidades y destrezas que van apareciendo en el niño con la edad⁵.

Se ha identificado que los niños que no son sometidos a una estimulación temprana pueden enfrentar los siguientes problemas: trastornos del aprendizaje, del lenguaje, de la comunicación y de su desarrollo emocional, lo que se reflejará en una deficiente adaptación social. Considerando que el desarrollo infantil es un proceso que puede alterarse por diversas razones, en diferentes momentos y en distintas formas, la piedra angular para fomentar el buen desarrollo infantil es conocer las alteraciones que suelen ocurrir y los signos tempranos que indican que algo anda mal⁶.

Diversos factores a nivel del ambiente y del niño mismo, lo ponen en mayor riesgo de manifestar algún problema. El hecho de poder detectar las señales oportunamente permite prevenir muchas de las dificultades posteriores. La observación estrecha del comportamiento infantil en forma sistemática, a lo largo de los 2 primeros años de vida, constituye la base de la vigilancia del crecimiento y desarrollo. Mientras algunas manifestaciones son visibles en los primeros años, otras no aparecen, sino hasta más tarde⁵.

Por esta razón se considera la importancia de incluir en toda consulta del niño sano de 0 a 2 años, la evaluación del desarrollo psicomotor grueso y fino, social y del lenguaje, para así poder detectar cualquier alteración y dar una habilitación o rehabilitación oportuna. Todas estas razones hacen prioritaria la toma de decisiones a nivel político y de salud pública, en el ámbito de la promoción del desarrollo en el niño en general, ya que la experiencia ha demostrado las bondades de la estimulación temprana en niños en riesgo⁵.

Ahora se busca la universalidad de estas acciones para todos los niños, con las medidas pertinentes, como la orientación y capacitación adecuadas de todos los involucrados, para asegurar el bienestar y la salud de la primera infancia, ya que estos primeros años marcan una influencia determinante en la vida del individuo.

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida. Sin embargo, de acuerdo con la última encuesta de ENDES 2010 se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presento anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en su desarrollo².

Las madres de la comunidad de pueblo joven Santa Ana, son madres que están comprendidas en la etapa de vida adolescentes y jóvenes, con estudios secundarios completos en un porcentaje menor y el resto con estudios secundarios incompletos, con escasos conocimientos sobre el cuidado de sus hijos las que son apoyadas por sus madres y/o suegras.

El apoyo al niño con la estimulación temprana, alimentación balanceada se ve disminuida por la misma edad de la madre y el grado de instrucción, que a esto se suma la falta de trabajo de los padres condicionando a una inestabilidad laboral o trabajos eventuales y dejar a sus hijos bajo el cuidado de terceras personas, evitando la utilización de un tiempo adecuado y específico para contribuir al desarrollo de su niño.

La propuesta se da como una alternativa frente a la necesidad de fortalecer la atención integral del niño menor de tres años, mejorar el nivel de salud y promover la estimulación temprana con la participación de las madres en el marco de la reforma del sector de salud, cuya estrategia es de vital importancia en el primer nivel de atención que tiene como eje de reforma y el desarrollo sostenible que es el diseño e implementación de un nuevo modelo de atención integral basado en la familia y comunidad y que prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

con la participación de las madres y trabajo comunitario⁷.

Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad⁸.

El Proyecto es consistente con los Lineamientos de Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, destinadas a orientar la vida del país hasta el año 2021; donde en la décimo tercera política de estado, se refiere al “ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL”, en la que el estado se compromete a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables, entre las que potenciarán la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades y promover hábitos de vida saludable y alcanzar el mejoramiento progresivo del acceso al servicio de salud de calidad⁹.

Según la norma técnica de Salud para la Atención Integral del niño y niña la Estimulación Temprana es un conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención, el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales².

También es compatible con el Plan Nacional de Acción por la Infancia que plantea: Fortalecer las capacidades del estado, la sociedad civil, las familias y los propios niños, niñas y adolescentes para concertar y desarrollar acciones orientadas a la vigencia de sus derechos, en un marco de valores democráticos, donde niños, niñas y adolescentes son actores prioritarios en la agenda nacional¹⁰.

Por lo tanto tiene compatibilidad con los Lineamientos Básicos del Plan Estratégico Nacional: Plantea brindar nutrición, prevención, ejercicio psicomotor y

complemento alimentario a familias en alto riesgo en especial, niños menores de 3 años, madres gestantes y lactantes, Finalmente, para el desarrollo de este estudio nos enmarcamos: Ley N° 28411, Ley General de Sistema Nacional de Presupuesto, Ley N° 27293, del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), es la que considera como objetivo sustentar la viabilidad de todo proyecto a fin de permitir la optimización del uso de los Recursos Públicos destinados a la Inversión Pública. Resolución Directoral N° 002-2007-EF/68-01 (Directiva General del SNIP): donde dentro del ciclo de los proyectos, la etapa de pre inversión consta de tres niveles: Perfil, Pre Factibilidad, pudiéndose determinar la aprobación de estos estudios, en cualquiera de los niveles establecidos en la fase de pre inversión¹⁰.

Por otro lado, los OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2007- 2020 consideran:

- 1: Reducir la Mortalidad Infantil: Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social económica.
- 2: Reducir la Desnutrición Infantil: Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza.
- 3: Mejorar la Calidad de Vida del Discapacitado: Disminuir la discapacidad y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una Atención Integral de salud.

También dentro de los OBJETIVOS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD la Seguridad Alimentaria y Nutricional se encarga de promover prácticas de alimentación y nutrición saludable en las familias con niños menores de 5 años, mujeres gestantes y madres que dan de lactar.

Estrategias e intervenciones:

1. Monitoreo adecuado y oportuno del crecimiento y desarrollo del niño usando los insumos y normas de los servicios de salud.
2. Estimulación psicoactiva del niño durante los tres primeros años de edad.
3. Fomento, protección y promoción de la lactancia materna exclusiva. Continuación de la lactancia materna después de los 6 meses de edad sin restricciones y expansión de los Hospitales amigos de la madre y el niño.

Control de deficiencias de micronutrientes (hierro y vitamina A): Suplementación con Vitamina A y Sulfato Ferroso a niños.

4. Promover la participación activa de la familia y de toda la comunidad en la identificación y solución de los problemas de riesgo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños desde el embarazo. Ley general de salud N°26842 en su título I de los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual contempla:

Artículo 14. – Toda persona tiene el derecho de participar individual o asociadamente en programas de promoción y mejoramiento de la salud individual¹¹.

Ley marco de aseguramiento universal en salud ley n° 29344 en sus disposiciones generales establece:

Artículo 3°. – Del aseguramiento universal en salud

El aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Normatividad del sector salud:

Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, con R. M. –N° 990-2010/MINSA. Con fecha 20 de diciembre del 2010.

1.7.2. Marco político social.

El proyecto se enmarca en los siguientes lineamientos de políticas y normas vigentes:

1.- Compatibilidad con los objetivos del Milenio: Construir una alianza global para el desarrollo. Dentro de los ocho objetivos planteados, el presente proyecto es compatible con: Erradicar la pobreza extrema y el hambre: Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día y Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

2.- El Perfil de proyecto es consistente con: los Lineamientos de Política de Estado del Acuerdo Nacional (2002), destinadas a orientar la vida del país hasta el año 2021; hacia una política en desarrollo y estimulación temprana infantil, contemplados

específicamente en la décimo tercera política de estado, referida al “ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL”, en la que el estado se compromete a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Entre ellos tenemos la Atención integral y la Estimulación al niño privilegiando las acciones de promoción y prevención del mejoramiento progresivo del acceso al servicio de salud de calidad. Según la norma técnica de Salud para la Atención Integral del niño y niña la Estimulación Temprana es un Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención. El vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales⁹.

3.- Compatibilidad con el Plan Nacional de Acción por la Infancia:

El presente proyecto es compatible con el Plan Nacional de Acción por la Infancia en el que se plantea: Misión: Fortalecer las capacidades del Estado, la sociedad civil, las familias y los propios niños, niñas y adolescentes para concertar y desarrollar acciones orientadas a la vigencia de sus derechos, en un marco de valores democráticos, donde niños, niñas y adolescentes son actores prioritarios en la agenda nacional¹⁰.

4.- Compatibilidad con los Lineamientos Básicos del Plan Estratégico Nacional:

Se plantea brindar nutrición, prevención, ejercicio psicomotor y complemento alimentario a familias en alto riesgo en especial, niños menores de 3 años, madres gestantes y lactantes. Finalmente, para el desarrollo de este estudio nos enmarcamos: Ley N 28411, Ley General de Sistema Nacional de Presupuesto. Ley N^a 27293, del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), es la que considera como objetivo sustentar la viabilidad de todo proyecto a fin de permitir la optimización del uso de los Recursos Públicos destinados a la Inversión Pública. Resolución Directoral N° 002-2007-EF/68-01 (Directiva General del SNIP): donde dentro del ciclo de los proyectos, la etapa de pre inversión consta de tres niveles: Perfil, Pre Factibilidad, Factibilidad, pudiéndose determinar la aprobación de estos estudios, en cualquiera de los niveles establecidos en la fase de pre inversión.

5.-. Acuerdos Nacionales: Acceso universal a servicios de salud y seguridad social.

El plan Bicentenario expresa los anhelos de la comunidad nacional, acumulados en las dos últimas décadas y que han venido siendo expresados por el Foro del Acuerdo Nacional, las organizaciones empresariales, sociales y de la academia, así como los sectores del Estado y los Gobiernos Regionales en sendos planes estratégicos.

La Visión Compartida de Futuro y su estrategia a la vez expresan un patrón de desarrollo con metas al 2021. Los lineamientos de política del Plan Bicentenario que se relacionan con el proyecto pertenecen al Objetivo Nacional “Igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos” en cuanto a Salud y Aseguramiento los más afines son: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 a 5 años; y fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y de drogadicción⁹.

6.-Décima Política de Estado: Reducción de la Pobreza Nos comprometemos a dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y a la reducción de la desigualdad social, aplicando políticas integrales y mecanismos orientados a garantizar la igualdad de oportunidades económicas, sociales y políticas.

7. – Décimo Quinta Política de Estado: Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición Nos comprometemos a establecer una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.

8.- Compatibilidad con las funciones de los gobiernos locales. Se enmarca en las funciones de los gobiernos locales según el artículo 84º, numeral 2.4 que señala “Organizar, administrar y ejecutar los programas locales de asistencia, protección y apoyo a la población en riesgo, de niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad y otros grupos de la población en situación de discriminación”.

Además, en los últimos años la comunidad internacional ha encauzado los esfuerzos a convocar a cada uno de los países al desarrollo de programas de todo tipo encaminados a la protección de la niñez, para alcanzar cada vez niveles más altos de desarrollo. La

respuesta de los países por la protección de la niñez ha comenzado ya a dar frutos, los cuales se materializan en la creación de programas y modalidades para la atención de los niños y las niñas en la primera infancia. Se impone entonces la necesidad de iniciar la estimulación de los niños desde el mismo momento de la concepción.

En los países subdesarrollados se aborda con gran fuerza el problema de la estimulación dirigida a los grupos de niños que por las condiciones de vida desfavorables en que se encuentran, situaciones de extrema pobreza, constituyen niños con alto riesgo tanto ambiental como biológico, así como niños que presentan anomalías que los hacen necesitar influencias educativas especiales por no estar comprendidos en la norma⁶.

a) OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE¹²:

Objetivo 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.

- Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.
- Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables.
- Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la micro financiación
- Crear marcos normativos sólidos en los planos nacional, regional e internacional, sobre la base de estrategias de desarrollo en favor de los pobres que tengan en cuenta las cuestiones de género, a fin de apoyar la inversión acelerada en medidas para erradicar la pobreza.

Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

- Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una

alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año

- Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad
- Adoptar medidas para asegurar el buen funcionamiento de los mercados de productos básicos alimentarios y sus derivados y facilitar el acceso oportuno a información sobre los mercados, en particular sobre las reservas de alimentos, a fin de ayudar a limitar la extrema volatilidad de los precios de los alimentos.

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

- Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacuna seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los Países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.

- Para 2030, velar por que todas las niñas y todos los niños terminen los ciclos de la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y de calidad y producir resultados escolares pertinentes y eficaces
- Para 2030, velar por que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y a una enseñanza preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria

- Para 2030, eliminar las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables, incluidas las personas con discapacidad, los pueblos indígenas y los niños en situaciones de vulnerabilidad, a todos los niveles de la enseñanza y la formación profesional
- Construir y adecuar instalaciones escolares que respondan a las necesidades de los niños y las personas discapacitadas y tengan en cuenta las cuestiones de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos

Objetivo 9: Construir infraestructuras resilientes promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.

- Para 2030, mejorar la infraestructura y reajustar las industrias para que sean sostenibles, usando los recursos con mayor eficacia y promoviendo la adopción de tecnologías y procesos industriales limpios y ambientalmente racionales, y logrando que todos los países adopten medidas de acuerdo con sus capacidades respectivas.
- Facilitar el desarrollo de infraestructuras sostenibles y resilientes en los países en desarrollo con un mayor apoyo financiero, tecnológico y técnico a los países de África, los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

CAPÍTULO II IDENTIFICACIÓN

2.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El Puesto de Salud Santa Ana cuenta con cuatro sectores de la población del distrito de José Leonardo Ortiz provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque según la población del año 2014 con 13,327 habitantes que representa al establecimiento de salud, con categoría I-2 se atiende 12 horas al día no cuenta con un ambiente para las Sesiones de estimulación temprana.

2.1.1. AREA DE ESTUDIO Y AREA DE INFLUENCIA

El área de estudio y el área de influencia lo constituye toda la Jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana, la que se enmarca en 4 sectores; los mismos que se encuentran ubicados en una zona urbano marginal del pueblo joven santa Ana, del distrito de José Leonardo Ortiz, con calles sin asfalto, llenas de basurales, sin áreas verdes y con la presencia de canes vagos. La densidad poblacional es alta; pero también es alta la presencia de grupos dedicados al hurto, drogadicción y pandillaje, no cuenta con un centro de estimulación temprana.

CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA DE INFLUENCIA:

El distrito de José Leonardo Ortiz está ubicado al norte del distrito de Chiclayo y el pueblo joven de santa Ana está ubicada entre las intersecciones de las avenidas Legía, Mariano Cornejo, avenida Chiclayo y la avenida Kennedy muy cerca al mercado mayorista Moshoqueque, Los Medios de transporte por vía terrestre utilizado con mayor frecuencia son los de servicio público como las combis, moto taxis, taxis y de forma particular con su movilidad propia.

SECTORES: CROQUIS DE SECTORIZACIÓN

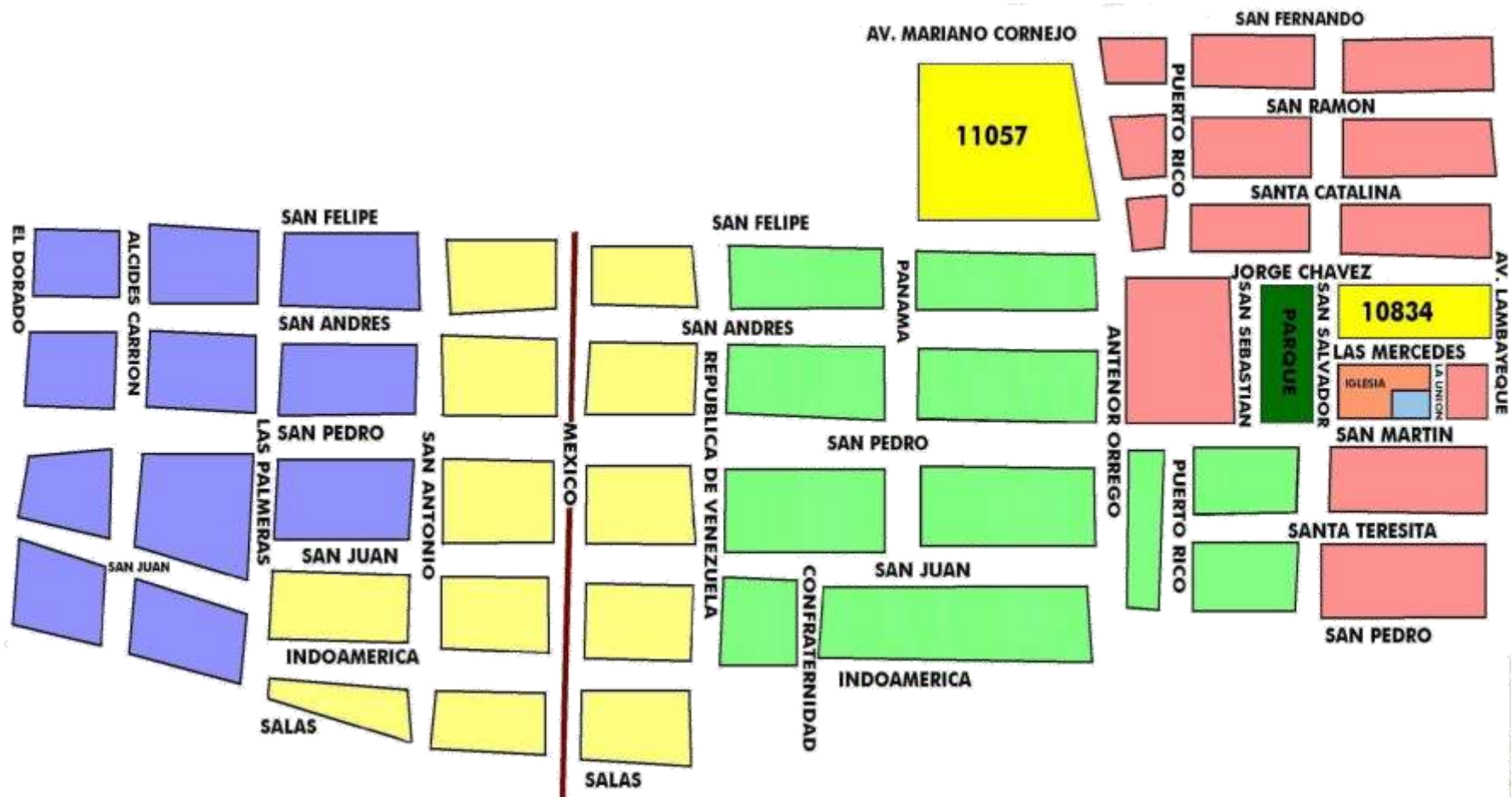


TABLA 1.

DINÁMICA DEMOGRÁFICA

Tabla: Población del Distrito de José Leonardo Ortiz/Puesto de salud Santa Ana por Edad y Sexo – 2014.

LUGAR	Pob. Total	<1	1	2	3	4	5-9	10-11	12-14
J.L. Ortiz	190,388	3,286	3,318	3,344	3,364	3,381	17,109	6,951	10,792
P. S. Santa Ana	13,327	231	232	234	235	235	1198	487	755

15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 +
11,554	7,919	19,571	17,675	15,147	13,450	11,782	10,145	8,773	7,087	5362	3901	2660	1864	1953
809	555	1370	1239	1060	941	825	710	614	496	375	273	186	130	137

Población Femenina						
Distrito Establecimiento	Nacimiento	28	Población. Femenina Total	10-14	5-19	20-49
J. L. Ortiz	3,321	252	98,480	8,901	10,003	45,960
P. S. Santa Ana	232	18	6,797	633	696	3,134

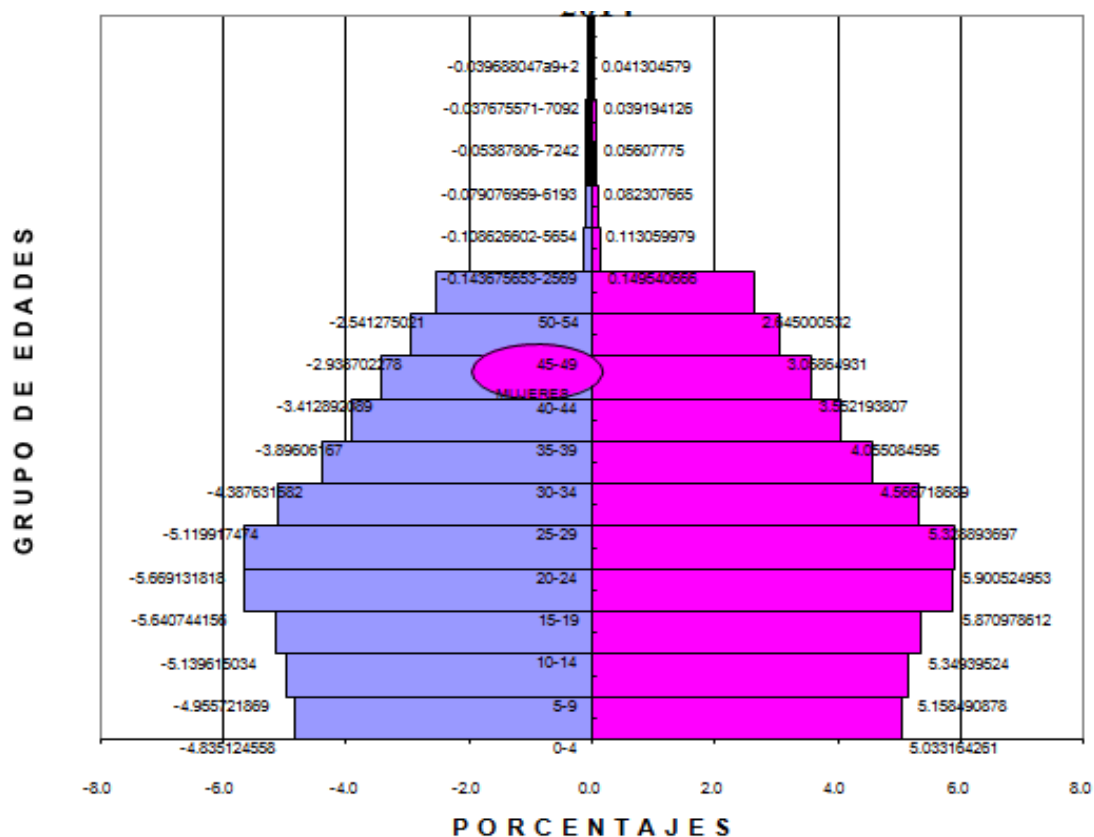
TABLA 2
POBLACIÓN POR SEXO DEL DISTRITO DE JOSE

Edad	Total	Hombres	%	Mujeres	%
0-4	16693	8179	49%	8514	51%
5-9	17109	8383	49%	8726	51%
10-14	17743	8694	49%	9049	
15-19	19473	9542	49%	9931	51%
20-24	19571	9590	49%	9981	51%
25-29	17675	8661	49%	9014	51%
30-34	15147	7422	49%	7725	51%
35-39	13450	6591	49%	6860	51%
40-44	11782	5773	49%	6009	51%
45 – 49	10145	4971	49%	5174	51%
50 – 54	8773	4299	49%	4474	51%
55 – 59	496	243	49%	253	51%
60 – 64	375	184	49%	191	51%
65 – 69	273	134	49%	139	51%
70 – 74	186	91	49%	95	51%
75 – 79	130	64	49%	66	51%
80 a +	137	67	49%	70	51%
TOTAL	169158	82886	49%	86272	51%

FUENTE: Registro de distribución de población del INEI

La tabla nos muestra que, las mujeres son más en un 2% en relación a los varones y el grupo atareo con mayor representatividad está entre los 15 a 24 años y la relación de proporcionalidad también se mantiene igual entre las mujeres y los varones.

GRÁFICO 1
PIRAMIDE POBLACIONAL DISTRITO DE JOSE LEONARDO ORTIZ
2014



LEYENDA:

VARONES:

MUJERES:

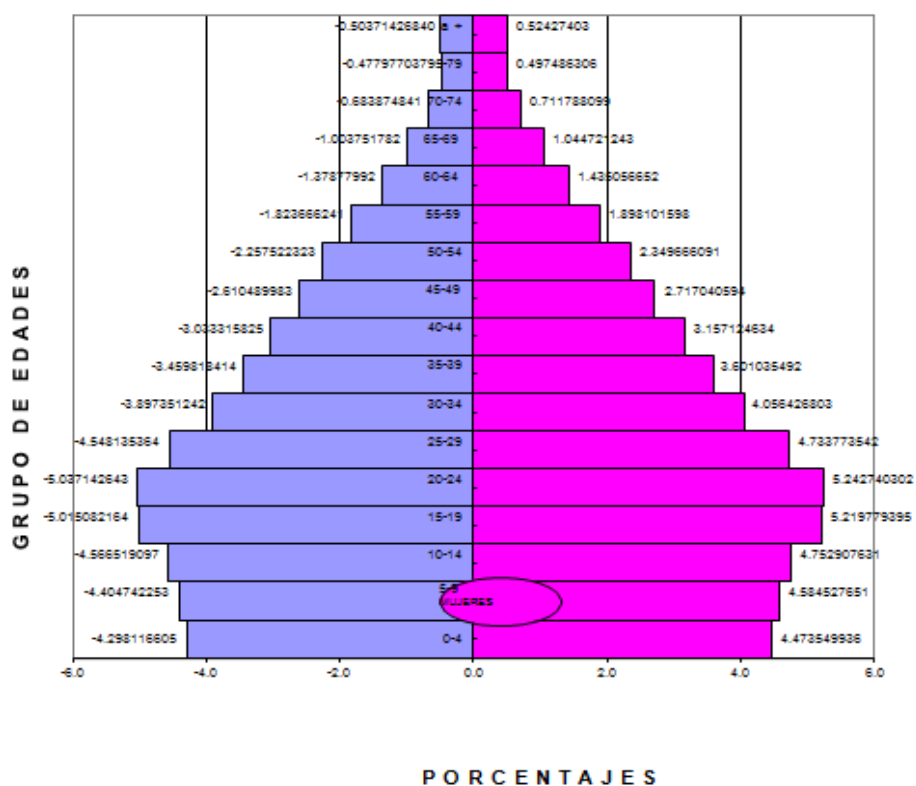
La gráfica de la pirámide poblacional del distrito de José Leonardo Ortiz muestra que las mujeres son más en un 2% en relación a los varones y la mayor concentración poblacional está en los grupos atareos de 15 a 24 años y se mantiene la misma en relación porcentual entre las mujeres con los varones.

TABLA 3
POBLACIONAL DEL P.S. SANTA ANA 2014

GRUPO ETAREO	POBLACION		
0-4	1169	573	596
5-9	1198	587	611
10-14	1242	609	633
15-19	1364	668	696
20-24	1370	671	699
25-29	1237	606	631
30-34	1060	519	541
35-39	941	461	480
40-44	825	404	421
45-49	710	348	362
50-54	614	301	313
55-59	496	243	253
60-64	375	184	191
65-69	273	134	139
70-74	186	91	95
75-79	130	64	66
80 a +	137	67	70
TOTAL	13327	6530	6797

Fuente: Registro de población asignada por el INIE – año 2014

GRÁFICO 2
PIRAMIDE POBLACIONAL DEL P.S. SANTA ANA 2014



LEYENDA:

VARONES: █

MUJERES: █

La gráfica de la pirámide poblacional del Puesto de Salud de Santa Ana, muestra que la mayor población está comprendida entre los 0 y 34 años y las mujeres son más en un 2% en relación a los varones; pero los grupos etarios de 15 a 24 años representa la mayor concentración de la población y las mujeres también superan a los varones en un 2%.

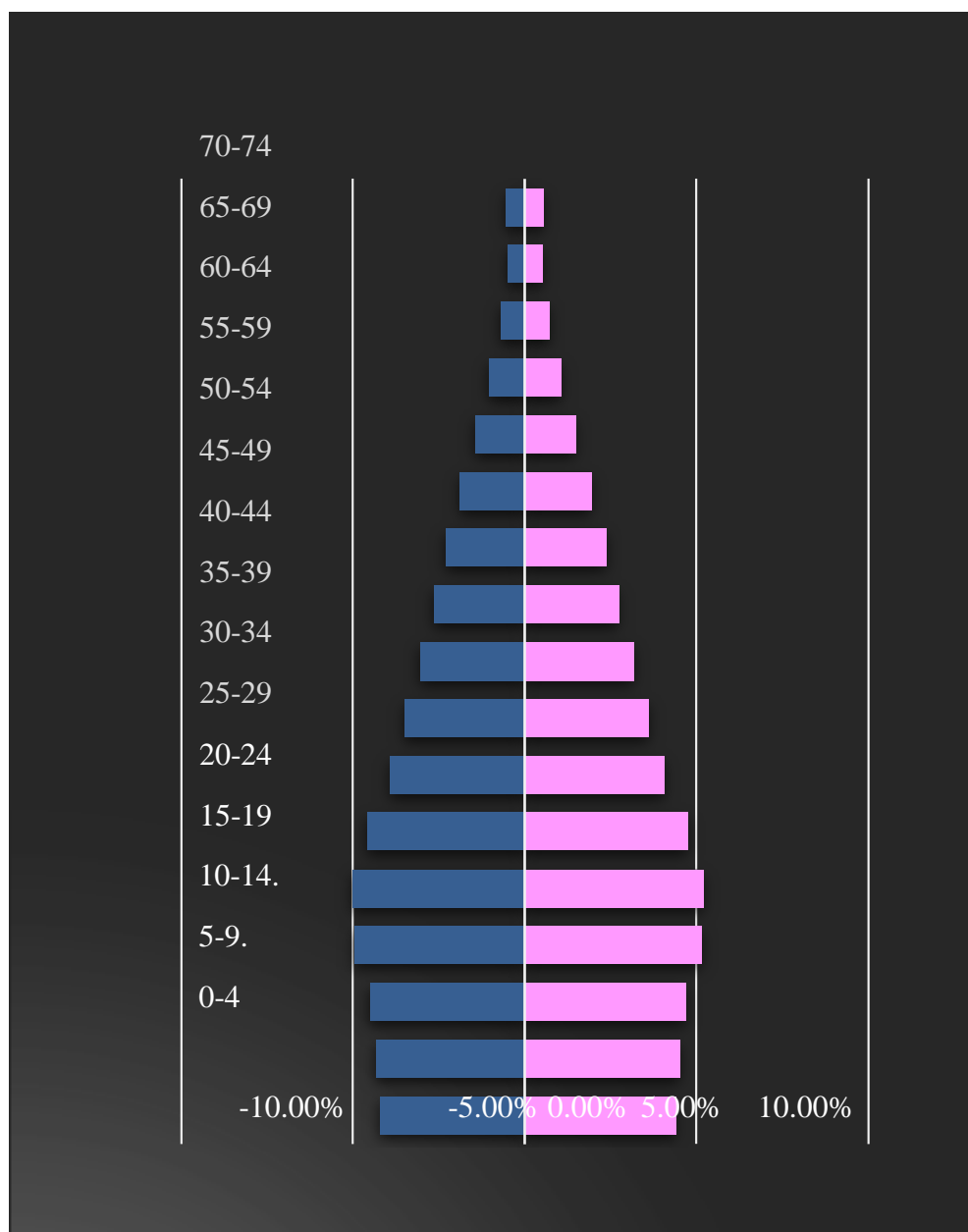
TABLA 4
POBLACIÓN DEL DISTRITO DE JOSE LEONARDO ORTIZ – 2015

Edades	% Hombres	% Mujeres
0-4	-4.22%	4.39%
5-9.	-4.33%	4.51%
10-14.	-4.51%	4.69%
15-19	-4.96%	5.16%
20-24	-5.00%	5.20%
25-29	-4.57%	4.75%
30-34	-3.90%	4.06%
35-39	-3.47%	3.62%
40-44	-3.05%	3.17%
45-49	-2.63%	2.74%
50-54	-2.30%	2.39%
55-59	-1.87%	1.95%
60-64	-1.43%	1.49%
65-69	-1.04%	1.08%
70-74	-0.70%	0.73%
75-79	-0.49%	0.51%
80 a +	-0.52%	0.55%
Total	-49.00%	51.00%

Fuente: registro de población asignada por el INEI – 2015

GRÁFICO 3

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL DISTRITO DE JOSE LEONARDO

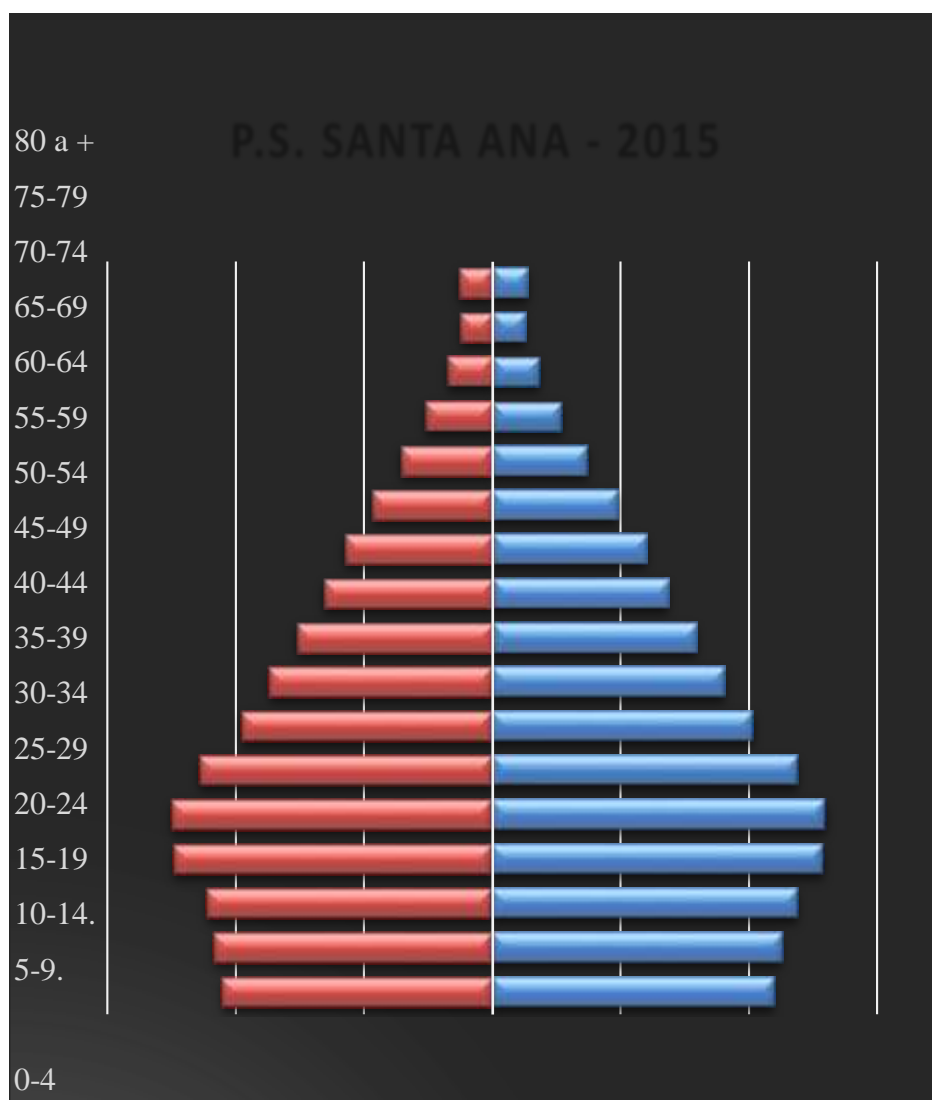


La gráfica de la pirámide poblacional del Distrito de José Leonardo Ortiz, muestra que la mayor población está comprendida entre los grupos etarios de 15 a 29 años y las mujeres son más en cerca del 2% en relación a los varones.

TABLA 5
POBLACIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA ANA 2015

Edades	% Hombres	% Mujeres
0-4	-4.22%	4.39%
5-9	-4.33%	4.51%
10-14	-4.51%	4.69%
15-19	-4.96%	5.16%
20-24	-5.00%	5.20%
25-29	-4.57%	4.75%
30-34	-3.90%	4.06%
35-39	-3.47%	3.62%
40-44	-3.05%	3.17%
45-49	-2.63%	2.74%
50-54	-2.30%	2.39%
55-59	-1.87%	1.95%
60-64	-1.43%	1.49%
65-69	-1.04%	1.08%
70-74	-0.70%	0.73%
75-79	-0.49%	0.51%
80 a +	-0.52%	0.55%
Total	-49.00%	51.00%

Fuente: Registro de población asignada por el INEI – 2015

GRÁFICO 4**PIRAMIDE POBLACIONAL DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA ANA 2015**

La gráfica de la pirámide poblacional del Puesto de Salud Santa Ana, muestra que la mayor población está comprendida entre los grupos etareos de 15 a 24 años y las mujeres son más en cerca del 0.20% en relación a los varones.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

TABLA 6. POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 6 Y MÁS AÑOS DE EDAD POR GRUPO ETAREO DISTRITO JOSE LEONARDO ORTIZ – AÑO 2014.

DEPARTAMENTO, PROVINCIA, ÁREA URBANA Y RURAL, SEXO Y CATEGORIA DE OCUPACION	TOTAL	GRANDES GRUPOS DE EDAD				
		6 A 14 AÑOS	15 A 29 AÑOS	30 A 44 AÑOS	45 A 64 AÑOS	65 Y MÁS AÑOS
Distrito JOSE LEONARDO ORTIZ	58972	633	22024	21619	13372	1847
Empleado	17675	157	7809	6466	3051	192
Obrero	7680	96	3237	2570	1537	240
Trabajador independiente	30212	290	8803	11569	8213	1337
Empleador o patron	1177	2	353	447	327	48
Trabajador del hogar	2228	88	1299	567	244	30

Fuente: datos estadísticos del INEI.

Del total de la población económicamente activa el 51.23% está representada por los trabajadores independientes, seguida de la población en condición de empleado con el 29.97%, ubicándose en tercer plano a la población en condición de obrera con el 13%, mientras que los trabajadores de hogar se ubican el cuarto plano con el 3.8% y el quinto plano a los trabajadores en condición de empleador o patrón con solo el 2%. Por otro lado, teniendo en cuenta los grupos atareos, el más representativo es el de 15 a 29 años con un 37%, seguido de los 30 a 44 años con el 36.5%, el grupo atareo de 45 a 64 años se ubica en el tercer plano con el 22.5%, mientras que los de 65 a más años se ubican el cuarto pleno con el 3% y en el quinto año los de 6 a 14 años con tan solo el 1%.

TABLA 7
POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA DISTRITO JOSE LEONARDO ORTIZ – 2014

CARACTERISTICAS POBLACIONALES	NUMERO	PORCENTAJE
POBLACION EN EDAD DE TRABAJAR DE 6 MAS AÑOS DE EDAD.	58972	100%
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA INDEPENDIENTE	30212	51.23%
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DEPENDIENTE (EMPLEADO)	17675	29.97%
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA OBRERA	7680	13.02%
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA TRABAJADORA DE HOGAR	2228	3.77%
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EMPLEADORA o PATRONA	1177	1.99%

Fuente: datos estadísticos de INEI

Del total de la población del distrito de José Leonardo Ortiz el 1% representa la población económicamente activa de la cual el 51.23% representa la población económicamente activa independiente, seguida de la población económicamente activa en condición de empleada con el 29.97% y el 13.02% lo representa la población E. A. obrera y en un solo 3.77% las trabajadoras del hogar.

ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS A NIVEL DEL DISTRITO

La población del distrito de José Leonardo Ortiz tiene actividad eminentemente comercial con centros de distribución al por mayor y por menor en abarrotes, azúcar, arroz, maíz, frutas, madereras, ferreterías, materiales de construcción, venta de vehículos menores, repuestos de vehículos, llantas entre otros. Etc. Otro sector de la población se dedica a brindar servicios de transporte de carga y de pasajeros, de hospedaje y alimentación (hostales, hoteles y restaurantes), así como de mantenimiento de vehículos con talleres de mecánica automotriz, planchada y pintura. En el área de la salud también existen boticas y farmacias, así como centros médicos y clínicas.

La actividad económica en la población en su mayoría es el comercio, servicio de taxi y moto taxi también servicios de mecánica automotriz, planchado y pintura, Pobreza y Extrema Pobreza. El distrito de José Leonardo Ortiz está considerada categorizado en el III quintil, que significa medianamente pobre. Así mismo en educación a nivel del Pueblo joven santa existen las siguiente Instituciones Educativas I.E N° 10834 “Santa Ana” (Publica), en los niveles inicial y primaria, IE. Particular “Paraíso school”, en los niveles inicial, primaria y secundaria. Servicios básicos con relación al Agua Potable 100% de las familias cuentan con agua potable domiciliaria, las 24 horas del día, administrado por EPSEL, Saneamiento básico en un 100% de familias con red de desagüe y alcantarillado, administrado por EPSEL, por lo que en electricidad 100% de las viviendas cuentan con energía eléctrica las 24 horas del día, administrado por Electro Norte. Ha si también las Comunicaciones: en un 100% de la población utiliza como medio de comunicación los servicios de telefonía móvil de las empresas de movistar y claro, así como la telefonía fija y a través de los servicios de internet, Acceso a teléfono, internet.

TABLA 8
POBLACIÓN SEGÚN MORBILIDAD GENERAL

N°	CAUSAS	POBLACIÓN	%
	TOTAL GENERAL	8,031	100
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,776	22.1
2	ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABOLICAS	1,352	16.8
3	EMBARAZO, PARTO Y PUERIPERIO	980	12.2
4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	867	10.8
5	ENFERMEDADES DEL SISETMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	666	8.3
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	583	7.3
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	485	6.0
8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	234	2.9
9	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	216	2.7
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	208	2.6

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA 9
MORBILIDAD GENERAL POR CAPÍTULO DE DIAGNÓSTICO. P.S. SANTA ANA
AÑO 2015

N°	CAUSAS	POBLACIÓN	%
	TOTAL GENERAL	6,444	100%
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,341	20.8%
2	ENFERMEDADES ENDOCRINAS NUTRICIONALES Y METABOLICAS	863	13.4%
3	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	699	10.8%
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	616	9.6%
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	553	8.6%
6	ENFERMEDADES DEL SISETMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	454	7.0%
7	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	415	6.45
8	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS	315	4.9%
9	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	294	4.6%
10	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	191	3.0%

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

TABLA 10

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR CAPÍTULO DE DIAGNÓSTICO. JOSE LEONARDO ORTIZ – AÑO 2016

Nº	CAUSAS	POBLACIÓN	%
	TOTAL, GENERAL	104,482	100
1	CARIES DENTAL	7,880	7.5
2	FARINGITIS AGUDA	7,253	6.94
3	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	4,985	4.77
4	RINIFARINGITIS AGUDA (RESFRIO COMUN)	4,373	4.19
5	OBESIDAD	4,337	4.15
6	DORSALGIA	3,510	3.36
7	ATENCION A LA MADRE POR OTRAS COMPLICACIONES	3,393	3.25
8	ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA	2,725	2.61
9	OTRAS DEFICIENCIAS NURICIONALES	2,432	2.33
10	AMIGDALIIS AGUDA	2,201	2.11

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2014 la morbilidad general por establecimiento es 8,031 entre las 10 primeras causas de morbilidad, encabezando las enfermedades del sistema respiratorio el primer lugar de las morbilidades en los menores de cinco años, seguida de las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas, así como las de los embarazo parto y puerperio entre otras.

En el 2015 la morbilidad general por establecimiento es de 6,444 entre las 10 primeras causas de morbilidad está en primer orden las infecciones respiratorias, seguida de las enfermedades endocrinas y metabólicas, las enfermedades parasitarias y entre otras.

Para el 2016 la morbilidad general por distrito de José Leonardo Ortiz es de 104.442 entre las 10 primeras causas y está encabezando las caries detal, seguida de la faringitis aguda y entre el resto de enfermedades citadas en la tabla.

TABLA 11

**POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS SEGUN TIPO DE DIARREA E INFECCIÓN
RESPIRATORIA DISTRITO J.L.O AÑO 2014**

	Año 2014		
	Casos < 5 años	Población 2014	Tasa de Incidencia *1000
DISTRITO JOSE			
EDAS ACUOSAS	693	4722	146.7
EDAS DISENTERICAS	10	4722	2.1
IRAS COMPLICADAS	7	4722	1.5
IRAS NO COMPLICADAS	5206	4722	1,102.4

FUENTE: Oficina de Estadística GERESA – LAMBAYEQUE

TABLA 12

**POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS SEGÚN TIPO DE DIARREA E INFECCIONES
RESPIRATORIAS DISTRITO J.L.O AÑO 2015**

	Año 2015		
	Casos < 5 años	Población 2015	Tasa de Incidencia *1000
DISTRITO JOSE			
EDAS ACUOSAS	693	4722	146.7
EDAS DISENTERICAS	10	4722	2.1
IRAS COMPLICADAS	7	4722	1.5
IRAS NO COMPLICADAS	5206	4722	1,102.4

FUENTE: Oficina de Estadística GERESA – LAMBAYEQUE

TABLA 13

**POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS SEGÚN TIPO DE DIARREA E INFECCIÓN
RESPIRATORIA DISTRITO J.L.O AÑO 2016**

	Año 2016		
	Casos < 5 años	Población 2016	Tasa de Incidencia *1000
DISTRITO JOSE LEONARDO ORTIZ			
EDAS ACUOSAS	693	4722	146.8
EDAS DISENTERICAS	10	4722	2.1
IRAS COMPLICADAS	7	4722	1.5
IRAS NO COMPLICADAS	5206	4722	1,102.4

FUENTE: Oficina de Estadística GERESA – LAMBAYEQUE

TABLA 14

**ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO Y PARASITOSIS EN NIÑOS DE 0 A 11
AÑOS DISTRITO JOSE LEONARDO ORTIZ AÑO – 2014**

Morbilidad	Diagnosticado						
	<1 ^a	1a	2a	3 ^a	4a	5-11a	Sub-Total
1. Anemia por deficiencia de Hierro	2,734	1,845	752	388	247	382	6,348
2. Parasitosis intestinal	110	787	1,030	829	595	1,314	4,665

TABLA 15
ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS:

Indicador de Anemia en Niños Menores de 2 Años.		
Indicador de Anemia en Niños Menores de 2 Años. – LAMBAYEQUE MINSA - - Anual-2014		Indicador
Anemia por deficiencia de Hierro	5,331	27.0%
Descarte de Anemia (Z01.7)	19,777	
Indicador	27.0%	

TABLA 16
**ATENDIDOS Y ATENCIONES SEGÚN ETAPAS DE VIDA- P.S. SANTA ANA –
CHICLAYO AÑO 2014**

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
NIÑOS	896	24.9	7,015	33.7
ADOLESCENTES	270	7.5	1235	5.9
JOVEN	1,124	31.3	6,012	28.9
ADULTOS	1094	30.4	5,602	26.9
ADULTO MAYOR	211	5.8	911	4.4
TOTAL	3,595	100	20,775	100

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

En el año 2014 el número de atendidos en el Puesto de Salud de Santa Ana se alcanzó brindar servicio a 3,595 usuarios que tuvieron acceso por primera vez al establecimiento lo que indica que hay buena demanda. En cuanto a las atenciones se observa que se brindó servicio a 20,775 usuarios.

TABLA 17
ATENDIDOS Y ATENCIONES SEGÚN ETAPAS DE VIDA- P.S. SANTA ANA –
CHICLAYO AÑO 2015

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES	%
NIÑOS	935	27.5	2,240	31.2%
ADOLESCENTES	241	7.0%	446	6.2%
JOVEN	957	28.1%	2,066	28.8%
ADULTOS	1,085	31.9%	2,084	29.0%
ADULTO MAYOR	184	5.4%	343	4.8%
TOTAL	3,402	100%	7,179	100%

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

El cuadro muestra que durante este año hubo 3,402 atendidos, siendo el grupo de adultos el más representativo, seguido de los jóvenes y niños en cuanto a las atenciones la cifra indica que 7,179 fueron los beneficiados.

TABLA 18
ATENDIDOS Y ATENCIONES PUESTO DE SALUD

CATEGORIA ESTABLECIMIENTO	ATENDIDOS	%	ATENCIONES: (NUEVO/ CONTINUADOR/ REINGRESO)	%
MEDICINA	4,488	36.3%	9,030	32.3%
OBSTETRICIA	5,174	41.8%	10,875	39.0%
ENFERMERIA	1,446	11.7%	5,624	20.1%
PSICOLOGIA	1,264	10.2%	2,400	8.6%
		100%		100%

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Según la fuente de información se observa que durante el año 2016 la demanda del servicio de enfermería es de 1446 atendidos a 5,624 atenciones en relación de obstetricia y Medicina, seguidos de Psicología en menor atención.

TABLA 19

CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS DE MENORES 5: (AÑO 2016)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS						
GRUPO	ATENDIDO	%	ATENCION	%	CONTROLA	%
0 – 28 días	144	21.6%	338	10.1%	122	35.8%
<1 año	189	28.3%	1773	52.9%	98	28.7%
1 año	54	8,1%	633	19.0%	55	16.1%
2 años	113	16.9%	262	7.8%	30	8.8%
3 años	74	11.1%	169	5.0%	21	6.2%
4 años	93	14.0%	173	5.2%	15	4.4%
TOTAL	667	100%	3,348	100%	341	100%

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

Durante el año 2016 se brindaron 5,624 atenciones a niños menores de 5 años en el establecimiento de salud.

TABLA 20

INDICADORES DE GESTIÓN CRED

INDICADORES		P.S “SANTA ANA”	
		AÑO 2015	
1	Niños <1 año controlados en CRED	105	47.9%
	Población <1 año programada	219	
2	Niños de 6 meses con lactancia materna exclusiva	110	120%
	Población menor de 6 meses Programado	91	
3	Niños de 6 meses suplementados con hierro	56	61.5%
	Niños de 6 meses programados	91	
4	Niños de 1 año controlados en CRED	64	29.2%
	Población 1 año programado	219	
5	Niños de 2 años controlados en CRED		

	Población 2 años programados		%
6	Niños de 3 años controlados en CRED	28	46.7%
	Población de 3 años Programados	60	
7	Niños de 4 años controlados en CRED	24	35.8%
	Población de 4 años Programados	67	
8	N° de niños de 12 a 23 m suplementados con sulfato ferrosol	46	79%
	Población 12 a 23 m Programados	58	

TABLA 21

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES (sulfato ferroso)

GRUPO ETAREO	ATENDIDOS	ATENCIONES	COBERTURADOS
RN < 2,500 gr. (1er Frasco)			
6 a 11 meses(3er Frasco)	157	443	63%
12 a 23 meses (4to Frasco)	109	221	8%
24 a 35 meses (4to Frasco)	21	49	5%

Fuente: Oficina Estadística GERESA LAMBAYEQUE

El cuadro nos muestra que los niños de 6 a 11 meses suplementados con sulfato ferroso en el P. S. Santa Ana, se logró una cobertura de 63% en los niños de 6 a 11 meses, seguido de los niños de 1 año en un 8% y en los de 2 años en un 5%.

2.1.2 DIAGNÓSTICO DE INVOLUCRADOS

GRUPOS INVOLUCRADOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS	INTERÉS	ESTRATEGIAS	INTERESES DEL PROYECTO	COMPROMISOS
Municipalidad de José Leonardo Ortiz	La población del distrito del distrito de José Leonardo Ortiz necesita la instalación de un módulo propio para la atención de estimulación temprana	Tener niños menores de 03 años sanos y controlados.	Tener un módulo en el establecimiento de salud para la atención de estimulación temprana	El Proyecto forma parte de los Objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo Regional Concertado Lambayeque 2011 al 202	Disponibilidad del Gobierno municipal de apoyar en su financiamiento a través del Presupuesto participativo o incentivos Municipales
Gerencia Regional de Salud	Coberturas no adecuadas de la población programada en el Puesto de Salud Santa Ana de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana	Disminuir las tasas de morbimortalidad por desnutrición, anemia y riesgos del crecimiento desarrollo del niño menor de cinco años	Impulsar el proceso para lograr su viabilidad del Proyecto.	Contar con espacios en la Jurisdicción de Santa Ana a fin de promover la adopción de prácticas saludables. Para disminuir riesgos o complicaciones en el niño menor de cinco años.	Impulsar y gestionar el financiamiento ante el Gobierno Municipal a través de su Presupuesto participativo.

<p>Red Chiclayo y Micro red del Distrito de José Leonardo Ortiz</p>	<p>Insuficiente capacidad resolutive para lograr optimas coberturas de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana</p>	<p>Mejorar la cobertura de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana</p>	<p>Sensibilizar al gobierno municipal para la ejecución de la propuesta.</p>	<p>Mejorar la capacidad resolutive para lograr óptimas coberturas en la atención integral de niños menores de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana</p>	<p>Desarrollar las gestiones que sean necesarias para el equipamiento y ambientación del ambiente destinado para la atención de niños menor de cinco años controlados en el CRED y estimulación temprana.</p>
<p>Autoridades Locales del distrito</p>	<p>Niños menores de cinco años no controlados en el CRED y sin estimulación temprana, no reciben atención integral, y sin descarte de enfermedad.</p>	<p>Tener una población infantil protegida.</p>	<p>Colocaren agenda el tema de equipamiento y asignación de recursos humanos para la estrategia y etapa de vida.</p>	<p>Apoyo en la gestión del equipamiento.</p>	<p>Desarrollar las gestiones que sean necesarias para el Equipamiento de la etapa de vida del niño menor de cinco años.</p>

<p>Niños menores de tres años no controlados en el CRED y sin estimulación temprana.</p>	<p>No existe un lugar en la comunidad donde los niños menores de cinco años no controlados en el CRED y sin estimulación temprana reciban apoyo para desarrollar acciones de promotion y prevención.</p>	<p>Contar con espacios en la comunidad donde se pueda brindar cuidado de su salud.</p>	<p>Inscripción en el padrón nominal de niños menores de tres años no controlados en el CRED y sin estimulación temprana.</p>	<p>Contar con espacios en la comunidad donde se promuevan la adopción de prácticas saludables para el cuidado de su salud.</p>	<p>Cumplir adecuadamente con las citas y recomendaciones impartidas en atención integral niños menores de cinco años no controlados en el CRED y sin estimulación temprana.</p>
<p>Agentes comunitarios</p>	<p>Falta de un espacio en la comunidad para su trabajo de vigilancia comunal.</p>	<p>Contar con un local dentro del establecimiento para desarrollar actividades de promoción y prevención.</p>	<p>Sectorización e integración a las fichas familiares</p>	<p>Contar con un local en el establecimiento para desarrollar sus actividades.</p>	<p>Participar en las Sesiones demostrativas al grupo beneficiario. Participar de los talleres de capacitación permanente</p>

2.1.3 DIAGNÓSTICO DE LOS SERVICIOS



El Puesto de Salud Santa Ana, tiene un área construida de material noble de 203 m², donde funcionan los consultorios de medicina 1, obstetricia, enfermería 1(PAI), farmacia, tópico, admisión, informática y sala múltiple y un área construida de material prefabricado (Draywol) es de 99 m²: donde funcionan los consultorios de obstetricia 2, medicina 2, tuberculosis, triaje, enfermería 2 (consultorio CRED) y psicología.

El Área sin construir es de 176 m² que funciona como sala de espera de los pacientes, el consultorio de enfermería 1 tiene un área construida de 27.5 m² donde funciona el servicio de inmunizaciones y cadena de frio; y el consultorio de enfermería 2 tiene un área construida de 7.80 m². Donde funciona en consultorio de CRED.

El grafico que se muestra a continuación ilustra la distribución de los ambientes del establecimiento. Por lo tanto, la distribución de los ambientes se adjunta a continuación en el siguiente plano de distribución del establecimiento.

DISTRIBUCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

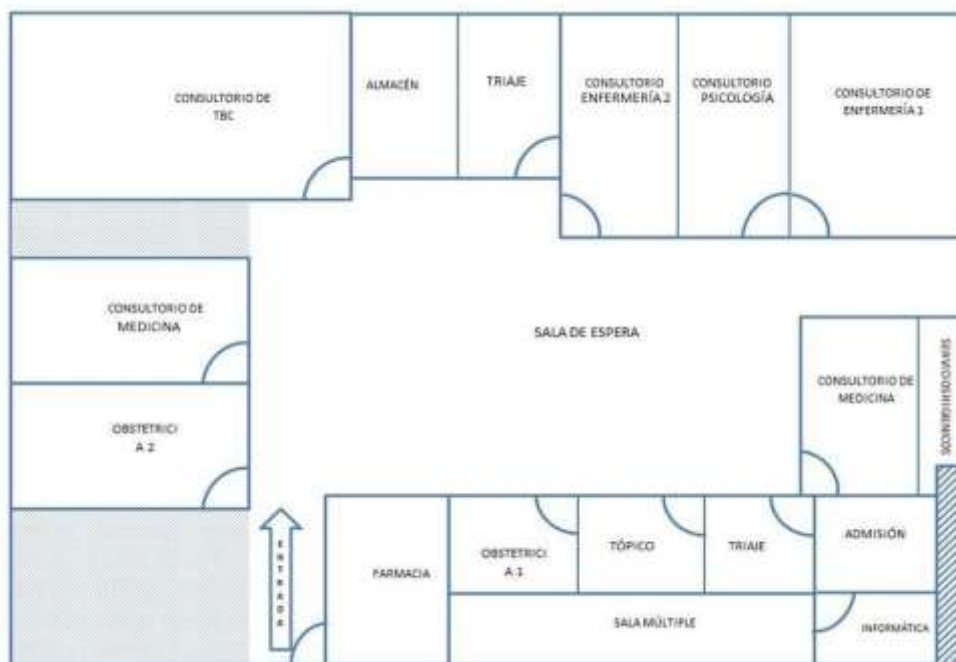


IMAGEN DEL CONSULTORIO DE CRED



Consultorio de CRED tiene un área de 7.80 m², de material prefabricado (drawol), lo cual resulta muy reducido e insuficiente para realizar sesiones de estimulación temprana, la imagen evidencia el espacio reducido donde se brinda la atención de CRED, así como la escasa implementación del servicio para realizar la estimulación temprana en el niño menor de tres años.

TABLA 22

RECURSOS HUMANOS SEGÚN CONDICIÓN LABORAL DEL P.S SANTA ANA

TIPO DE PROFESIONAL MEDICOS	CONDICIÓN LABORAL				TOTAL
	CONTRAT	NOMB	SERUMS	INTERNO	
MEDICOS	03	---	---	----	03
ENFERMEROS	02	03	-	----	05
OBSTETRICES	-	03	----	----	03
PSICOLOGOS	-	01	-----	03	04
TEC.	03	08	----	----	11
TEC.	-----	----	----	--	-----
TEC.	01	01	----	----	02
OTROS					
TOTAL	08	16	01	03	28

Fuente: Oficina de recursos humanos de la red asistencial de Chiclayo.

Se detalla número de recursos humanos con los que cuenta el puesto de salud especificando tipo de profesión y condición laboral el total de enfermeros con las que cuenta el establecimiento de salud, todos realizan la atención integral del niño exclusivamente, se cuenta con enfermera para la Unidad de Promoción de la Salud, y una de ellas es responsable de la atención a personas en la etapa de vida adulto mayor y la estrategia daños no transmisibles.

TABLA 23

EQUIPAMIENTO DE CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

N°	EQUIPO/MOBILIARIO	TOTAL	ESTADO DE CONSERVACIÓN		
			BUENO	REGULAR	MALO
1	Mesa para examen lactante	2	2		
2	Escritorio con 4 cajones	3	3		
3	Sillas de metal	2	2		
4	Balanza pediátrica de mesa	2	2		
5	Estetoscopio pediátrico	1	1		
6	Termos KST	4	4		
7	Termos GIOSTYLE	1	1		
8	Caja RCW 25	1	1		
9	Refrigeradora ICE LINE	1	1		
10	Congeladora	1	1		
11	Equipo cómputo	1	1		
12	Infantometro	2	2		
13	Tallímetros preescolar	2	2		
14	Coche de curaciones	1	1		
15	Riñoneras de metal	2	2		
16	Tambores de acero quirúrgico	2	2		
17	Batería TEPSI	2	2		
18	Batería Test Peruano	2	2		

Guías de remisión de la adquisición y/o donación de equipos y mater.

El equipamiento que cuenta el Puesto de Salud Santa Ana es insuficiente debido a la alta demanda de niños, no contamos con una balanza para niños preescolares, ni equipos para la realización de sesiones de estimulación temprana.

2.2 DETERMINACION DEL PROBLEMA CENTRAL, CAUSAS Y EFECTOS

2.2.1 Definición del Problema Central

Deficiente desarrollo psicomotor del niño menor de tres años en el puesto de salud santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz.

2.2.2 Análisis de causas

CAUSAS DIRECTAS.

Se han identificado 2 causas indirectas que ocasiona el problema central.

1: Limitado acceso al servicio de estimulación temprana.

Pocas madres de los niños menores de tres años acuden a su estimulación.

Las madres no cumplen con la fecha de citas con sus niños a su estimulación

Es probable que las madres desconozcan la importancia de la estimulación en los niños

Es probable que las madres por sus labores no tengan tiempo suficiente

Es probable que las madres no se sienten motivadas por no haber un centro de estimulación implementado

Es probable que los horarios para el desarrollo de estimulación no sean los adecuados

2: Barreras socioculturales de los padres.

El limitado acceso a la estimulación con sus niños puede estar sujeto a sus patrones culturales

También puede estar limitada debido a los mitos y religión de los padres y familiares

También puede estar limitada por el nivel de instrucción de los padres

CAUSAS INDIRECTAS:

Se han identificado 03 causas indirectas que ocasiona el problema central:

1. Inexistencia de infraestructura para el funcionamiento del servicio de estimulación temprana del niño menor de 3 años. No se cuenta con el ambiente específico para el desarrollo de las sesiones de estimulación temprana, el consultorio de CRED solo tiene 33 m² en el cual se atiende al niño para CRED y PAI.
2. Insuficiente equipamiento para realizar la estimulación al niño menor de 3 años. El puesto de Salud de Santa Ana no cuenta con un ambiente adecuado para las sesiones de estimulación temprana porque carece de políticas de implementación por parte de la RED, GERESA.

3. Limitada competencia de los recursos humanos para realizar estimulación temprana. El personal del Puesto de Salud de Santa Ana no se encuentra capacitado para el área de estimulación temprana por falta de interés de la RED, GERESA en brindar capacitaciones de estimulación.
4. Escasos conocimientos sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años, por parte de los padres de familia debido a que en los primeros años de vida no se evidencian los problemas en su desarrollo psicomotor restando importancia y pasan por desapercibido.

2.2.3 Análisis de los efectos

EFECTO DIRECTO

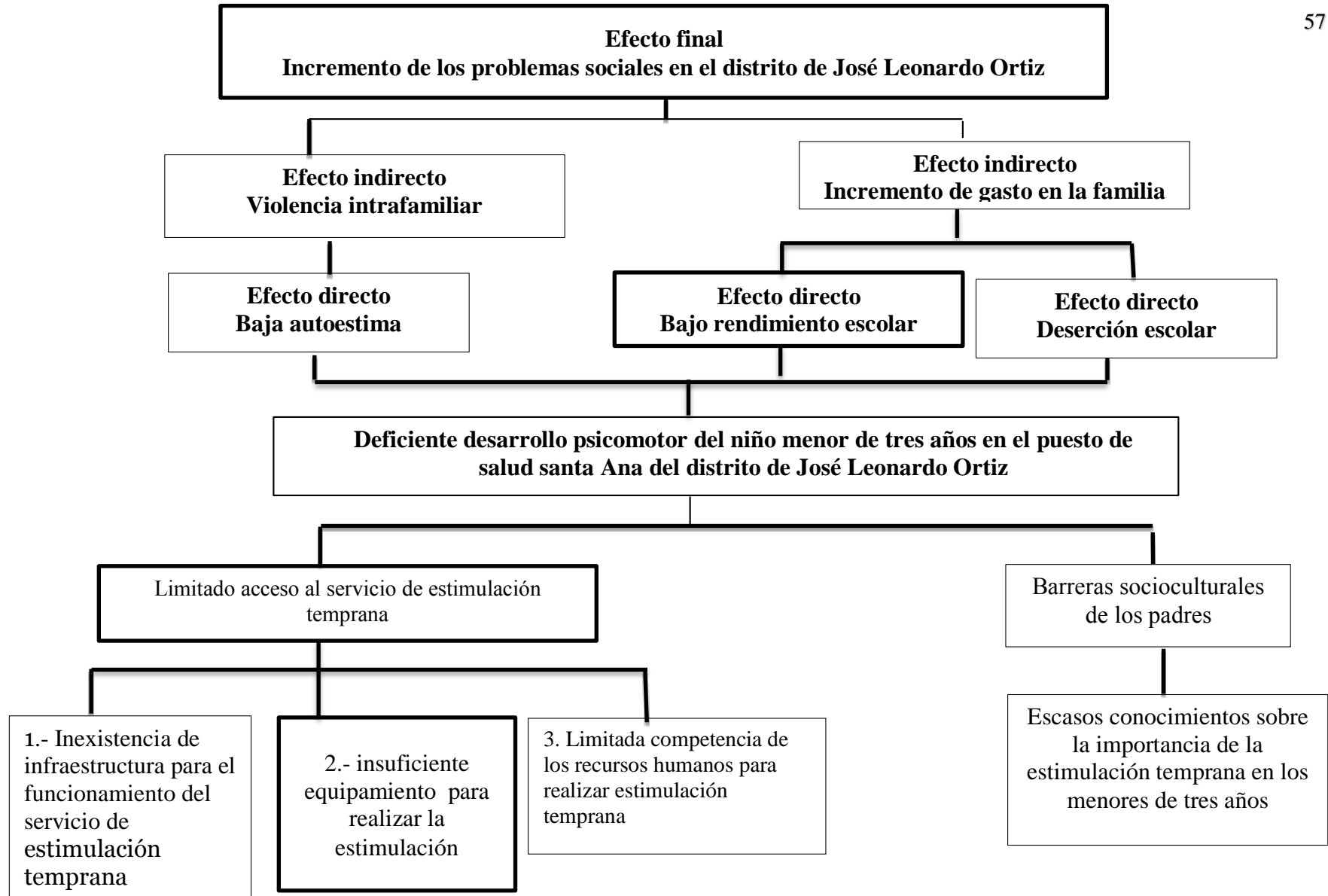
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Bajo rendimiento escolar
- ✓ Deserción escolar

EFECTO INDIRECTO

- ✓ Violencia intrafamiliar.
- ✓ Incremento de gasto en la familia.

EFECTO FINAL

Incremento de los problemas sociales en el distrito de José Leonardo Ortiz



2.3 OBJETIVOS DEL PROYECTO, MEDIOS Y FINES

2.3.1 Descripción del Objetivo Central.

Eficiente desarrollo Psicomotor del niño menor de tres años en el puesto de salud santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz.

Principales indicadores del objetivo central:

- ✓ Abordaje temprano de las deficiencias del desarrollo psicomotor en el niño menor de tres años
- ✓ Disminución de las deficiencias del desarrollo psicomotor en los menores de tres años en un 50%
- ✓ Recursos humanos debidamente capacitados y comprometidos con la estimulación de los menores de tres años

2.3.2 Medios de primer nivel.

- ✓ Adecuado acceso a servicios de estimulación temprana.
- ✓ Reducción de barreras socioculturales de los padres.

2.4 ANÁLISIS DE MEDIOS FUNDAMENTALES.

Medio Fundamental 1

Suficiente infraestructura para el funcionamiento del servicio de estimulación temprana.

El centro de estimulación temprana tendrá las medidas requeridas para realizar este servicio y con la protección necesaria para ser un ambiente seguro

Medio Fundamental 2

Suficiente equipamiento para realizar la estimulación.

El servicio de estimulación temprana contara con el equipo necesario para brindar una atención de calidad.

Medio fundamental 3

Recursos humanos con adecuadas competencias para realizar estimulación temprana.

Todo el personal que brinde este servicio será capacitado contantemente para que brinde una atención de calidad y oportuna.

Medio Fundamental 4

Suficientes conocimientos sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años.

La población ampliara sus conocimientos sobre estimulación temprana, signos de alarma y la importancia de aprender y practicarla con sus hijos para que desarrollen su potencial cerebral sus menores hijos.

2.5 ANÁLISIS DE FINES

Análisis de Fines Directo

- ✓ Alta Autoestima.
- ✓ Mejora del rendimiento escolar.
- ✓ Disminución de la deserción escolar.

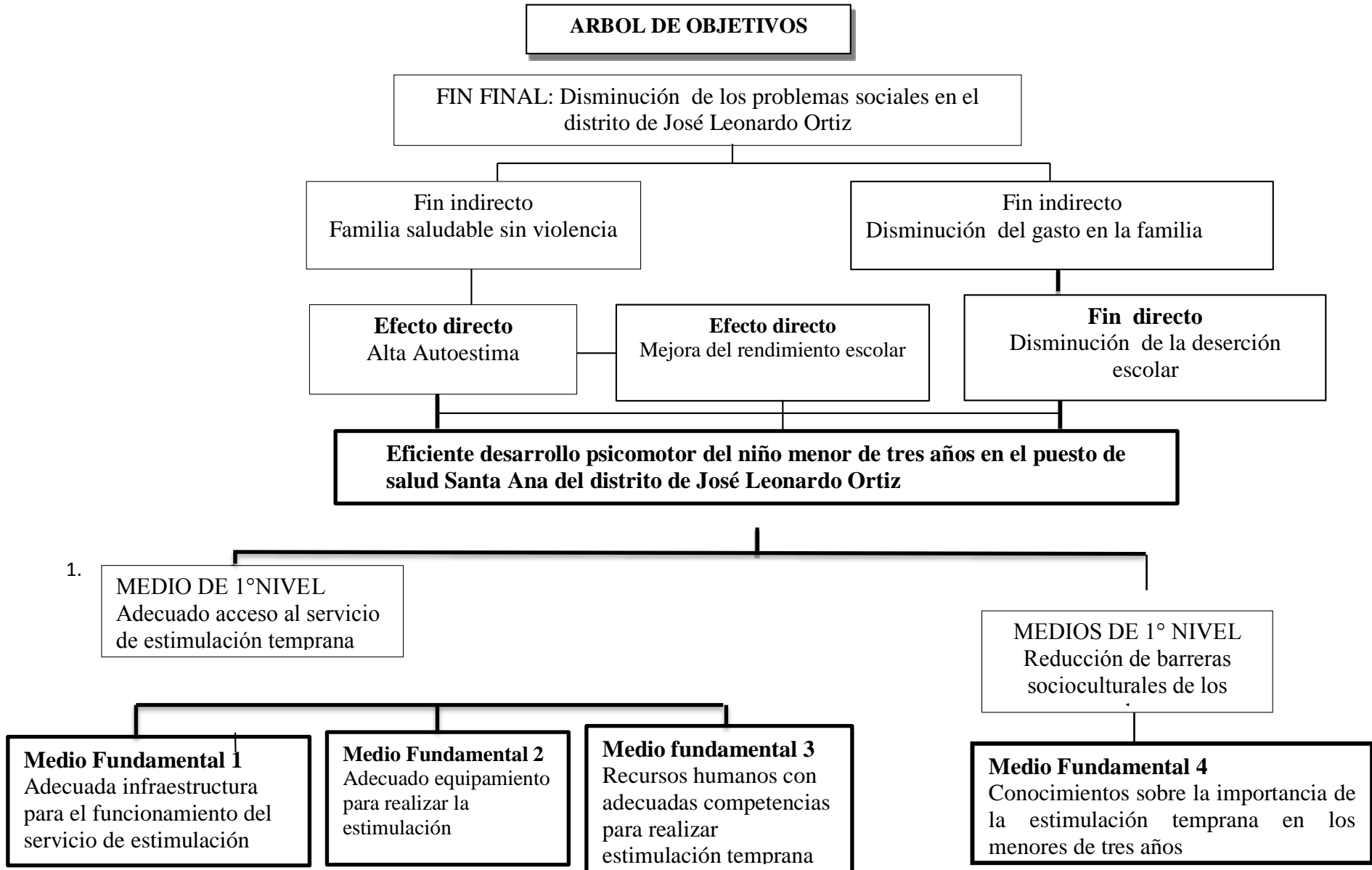
Fines Indirectos

- ✓ Familia saludable sin violencia
- ✓ Disminución del gasto en la familia

Fin Final

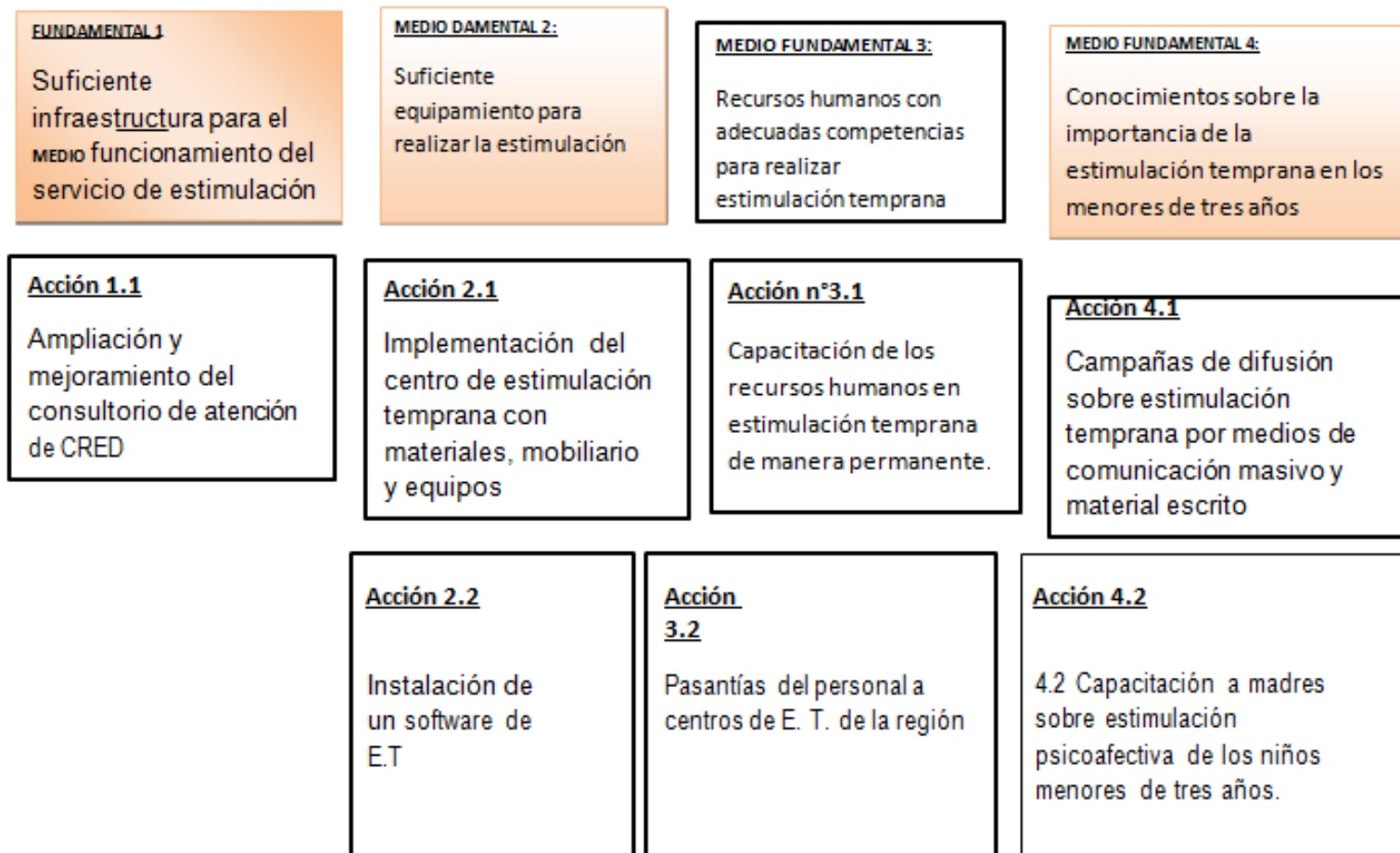
Disminución de los problemas sociales en el Distrito de José Leonardo Ortiz.

ARBOL DE OBJETIVOS



2.6 DETERMINACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

2.6.1 Planteamiento técnico de las alternativas de solución



Matriz del marco lógico

	RESUMEN DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
F I N	Contribuir a la disminución de casos de los problemas sociales en el distrito de José Leonardo Ortiz	Al menos el 75% de los Niños que ingresan al Puesto se Santa Ana desarrollan habilidades psicomotrices.	Pruebas de desarrollo de Habilidades, de comprensión y expresión realizadas por el Centro de Desarrollo Infantil Temprano a los niños que terminaron la instrucción pre básica.	El apoyo público se Mantiene
P R O P Ó S I T O	Promover un eficiente desarrollo sicomotor del niño menor de tres años en el puesto de salud santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz	Al menos el 50% de los niños que ingresan al Puesto de Santa Ana desarrollan habilidades psicomotoras.	Actas oficiales de fichas personales que son entregadas al Ministerio de Inclusión Social – MIES, lista de cotejos.	Los padres apoyan las innovaciones pedagógicas

C O M P O N E N T E S	C1. Se contará con una infraestructura adecuada para el funcionamiento del servicio de estimulación temprana al final del proyecto.	01 infraestructura adecuada	Actas de entrega Fotografías	Un gobierno regional o la GERESA, son los involucrados responsables en el mejoramiento del servicio de estimulación temprana.
	C2. Se habrá contado con un adecuado equipamiento para realizar las sesiones de estimulación temprana en los niños menores de tres años.	Al final del proyecto el P.S Santa Ana cuenta con 01 equipamiento adecuado de estimulación temprana.	Lista de chequeo de materiales necesarios para una estimulación temprana.	Un gobierno regional apostando por el programa de estimulación temprana
	C3. Se habrán fortalecido las competencias de los recursos humanos para la atención de estimulación temprana.	100% del recurso humano capacitado para brindar sesiones de estimulación a los niños menores de tres años del puesto de salud de Santa Ana.	Registro de asistencia Diseño metodológico Fotografías	Red Asistencial de Chiclayo comprometidos en el fortalecimiento de competencias de los recursos humanos.

<p>C4. Se habrá desarrollado conocimientos en los padres de familias sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años</p>	<p>Al final del proyecto al menos el 70% de padres de familias del caserío de Santa Ana reciben información sobre estimulación temprana</p>	<p>Registro de asistencia Cartas de compromiso Plan de capacitación Fotografías</p>	<p>Padres de familias comprometidos en la realización de la estimulación temprana de sus niños en sus viviendas.</p>
---	---	---	--

A C T I V I D A D E S	1.1 Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED	01 consultorio de estimulación temprana mejorado al 100%	Consultorio mejorado	S/. 50,000.00
	2.1 Implementación del consultorio de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos	Consultorio de estimulación Temprana implementado al 100%	Equipos adquiridos	S/. 9,600.00
	2.2 Instalación de un software de estimulación temprana	01 Equipo de estimulación temprana	Equipo instalado	S/. 7,000.00
	3.1 Capacitación de los Recursos Humanos en la Estimulación Temprana.	Lograr que la mayoría o al 100% del recurso humano del establecimiento de salud esté capacitado en estimulación temprana.	Recursos humanos capacitados	S/. 5,276.00
	3.2 Pasantías del personal de salud a centros de estimulación temprana	Pasantía a centros de estimulación temprana	Pasantía a experiencias exitosas sobre estimulación temprana	S/. 3,500.00
	4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana a través de medios masivos locales	03 campañas de difusión realizadas sobre estimulación temprana	Campañas realizadas	S/. 14,000.00
	4.2 Capacitación a madres sobre Estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años.	Capacitación sobre estimulación temprana	Madres capacitadas	S/. 5,000.00

CAPÍTULO III: FORMULACIÓN

3.1.HORIZONTE DE LA EVALUACIÓN

Se considera un horizonte de duración de 10 años, los mismos que garantizarán que el proyecto será capaz de generar beneficios por encima de sus costos esperados.

3.2.ANALISIS DE LA DEMANDA

El estudio comprende brindar los servicios de atención integral de salud a la población afectada con problemas de salud en el Distrito de José Leonardo Ortiz; la misma que asciende a una población de 13,525 habitantes.

Para estimar la demanda fue necesario considerar la población asignada al establecimiento de salud, la misma que se detalla a continuación:

TABLA 24. POBLACIÓN

Población de Referencia	TOTAL	EDADES PUNTUALES Y GRUPOS DE EDAD									MEF 10-14A	MEF 15-19A	MEF 20-49A	GESTANTE ESPERADA	
		<1a	1	2	3	4	5 a 9	10 a 19	20 a 44	45 a 64					65 a más
TOTAL	13,525	229	231	233	234	236	1,196	2,613	5,518	2,273	762	1,382	1,164	8,279	592

Asimismo, del producto entre la población de referencia estimada anteriormente y el 63.6% de población con necesidades sentidas (ENAH0 2016). Asimismo, del producto entre la población con necesidades sentidas y el 53.2 % de la población que busca atención del primer nivel.

Población Referencial

% con necesidades sentidas

% Pob que busca atención

% de Asegurado al SIS

% de Pob que debe coberturar al I Nivel MINSa

TABLA 25. Indicadores para determinación de la demanda

13,525	
63.	
53.	
29.	
80.	FACTOR 0.236

En tal sentido, a la población antes estimada se aplica el factor a fin de determinar la población demanda efectiva asegurada por el SIS que accede al establecimiento de primer nivel de atención, representando un total de 1,080.

TABLA 26. Estimación de la población demanda efectiva

POB.	% DE POB. CON	POB. CON NECESIDADES	% DE POB. QUE BUSCA	POB. QUE BUSCA	FACTOR	POB. DEMANDANTE EFECTIVA
13,525	63.6%	8,602	53.2%	4,576	0.236	1,080

Asimismo, se determinó como Demanda Efectiva de Atenciones por UPSS de Consulta Externa, a partir de la población demandante efectiva asegurados SIS que accede al establecimiento 1,080 por el 63.6% promedio de atendidos médicos y 53.2% no médicos u otros determinándose la población efectiva asegurados SIS en consultorios externos, por tanto, se detalla a continuación la población según especialidades a intervenir:

SERVICIO	ATENCIONES
MEDICINA	4514
OBSTETRICIA	7259
ENFERMERIA	3030
ODONTOLOGIA	1168
LABORATORIO	2100
PSICOLOGIA	726
TOTAL	18797

Asimismo, de la población antes determinada se aplica el porcentaje que representa cada especialidad, a fin de determinar la demanda efectiva de atenciones por especialidad. En tal sentido siendo necesario determinar la demanda efectiva de atenciones médicas y no medicas se aplica la ratio de concentración (atenciones /atendidos), información que se detalla en el siguiente cuadro.

TABLA 27. Demanda Efectiva de Atenciones

POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS QUE ACCEDEN A UN EESS DEL I NIVEL (g)	% PROMEDIO DE ATENDIDOS EN CONS. EXTERNO MEDICO Y NO MEDICO (h)	POB. DEMANDANTE EFECTIVA ASEGURADOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS MEDICOS Y NO MEDICOS (i) = (g) x (h)	ESPECIALIDADES (j)	% QUE REPRESENTA CADA ESPECIALIDAD (k)	DEMANDA EFECTIVA DE ATENDIDOS POR ESPECIALIDAD (l) = (k) x (i)	CONCENTRACION EN CONSULTA EXTERNA (m)	DEMANDA EFECTIVA DE ATENCIONES MEDICAS Y NO MEDICAS (n) = (l) x (m)
1,080	Médico	194	MEDICINA	100.0%	194	2	414
	No Médico		OBSTETRICIA	50.8%	450	2	1,120
			ENFERMERIA	21.2%	188	12	2,296
			ODONTOLOGIA	8.2%	72	2	119
			LABORATORIO	14.7%	130	3	391
			PSICOLOGIA	5.1%	45	2	87
82%	886						

Fuente: Equipo de Trabajo

TABLA 28. Determinación de la Población Demanda según servicios

SERVICIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
OBSTETRICIA	414	422	431	439	448	457	466	476	485	495	505
ENFERMERIA	1120	1142	1165	1188	1212	1236	1261	1286	1312	1338	1365
ODONTOLOGIA	2296	2342	2388	2436	2485	2535	2585	2637	2690	2744	2799
LABORATORIO	119	121	124	126	129	131	134	136	139	142	145
PSICOLOGIA	87	88	90	92	94	96	98	100	102	104	106
TOTAL	4035	4116	4198	4282	4368	4455	4544	4635	4728	4822	4919

Fuente: Equipo de Trabajo

3.3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

Del análisis de la Oferta, se ha determinado que existe en el Distrito de José Leonardo Ortiz, la prestación de los servicios de medicina, obstetricia, enfermería, servicio social y psicología, identificándose la OFERTA ACTUAL a partir del total de atenciones efectuadas en el establecimiento de salud.

TABLA 29. Determinación de la Oferta

CONSULTORIOS EXTERNOS MÉDICOS Y NO MÉDICOS	ESPECIALIDADES	CANTIDAD DE ATENCIONES A PACIENTES SIS POR ESPECIALIDAD Promedio de 3 últimos
Médico		
No Médico	OBSTETRICIA	7259
	ENFERMERIA	3030
	ODONTOLOGIA	1168
	LABORATORIO	2100
	PSICOLOGIA	726

Fuente: Equipo de Trabajo

TABLA 30. Estimación de la oferta durante el Horizonte del PIP

SERVICIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
OBSTETRICIA	4514	4604	4696	4790	4886	4984	5083	5185	5289	5395	5503	54930
ENFERMERIA	7259	7404	7552	7703	7857	8015	8175	8338	8505	8675	8849	88333
ODONTOLOGIA	3030	3091	3152	3215	3280	3345	3412	3481	3550	3621	3694	36871
LABORATORIO	1168	1191	1215	1239	1264	1290	1315	1342	1368	1396	1424	14213
PSICOLOGIA	726	741	755	770	786	802	818	834	851	868	885	8834
TOTAL	16697	17031	17372	17719	18073	18435	18804	19180	19563	19954	20354	203181

Fuente: Equipo de Trabajo

3.4. ANÁLISIS DE LA OFERTA Y DEMANDA

Habiéndose estimado la Oferta y la Demanda de atenciones, se procederá a determinar la demanda no atendida como resultado de la Brechas existentes. Se observa que de la diferencia de Oferta y Demanda existen brechas en los servicios de atención básicos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

TABLA 31. Balance de Oferta y Demanda

SERVICIO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
MEDICINA	-4100	-4182	-4266	-4351	-4438	-4527	-4617	-4710	-4804	-4900	-4998	-49892
OBSTETRICIA	-6139	-6262	-6387	-6515	-6645	-6778	-6914	-7052	-7193	-7337	-7484	-74706
ENFERMERIA	-734	-749	-764	-779	-795	-811	-827	-843	-860	-877	-895	-8935
ODONTOLOGIA	-1049	-1070	-1092	-1113	-1136	-1158	-1182	-1205	-1229	-1254	-1279	-12767
NUTRICION	-639	-652	-665	-678	-692	-706	-720	-734	-749	-764	-779	-7779
TOTAL	-12662	-12915	-13173	-13437	-13706	-13980	-14259	-14545	-14835	-15132	-15435	-154079

Equipo de Trabajo

3.5. PLANTEAMIENTO TECNICO DE LAS ALTERNATIVAS**ALTERNATIVA 01**

MEDIOS FUNDAMENTALES	ACCIONES
Medio Fundamental: 1 Suficiente infraestructura para el funcionamiento del servicio de estimulación	1.1. Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED
Medio Fundamental: 2 Suficiente equipamiento para realizar la estimulación.	2.1. Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos. 2.3. Instalación de un software de estimulación temprana.
Medio Fundamental: 3 Familias con adecuados cuidados al niño menor de 3 años	3.1 Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente. 3.2 Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región
Medio Fundamental 4 Suficientes conocimientos sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años	4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito. 4.2 Capacitación a madres sobre estimulación psico - afectiva de los niños menores de tres años.

ALTERNATIVA 2

Medios Fundamentales	Acciones
Medio Fundamental 1 Suficiente infraestructura para el funcionamiento del servicio de estimulación	1.2. Construcción del centro de estimulación temprana en el puesto de Salud Santa Ana
Medio Fundamental 2 Suficiente equipamiento para realizar la estimulación.	2.2 Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos. 2.3. Instalación de un software de estimulación temprana.
Medio Fundamental 3 Familias con adecuados cuidados al niño menor de 3 años	3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente 3.2. Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región
Medio Fundamental 4. Suficientes conocimientos sobre la importancia de la estimulación temprana en los menores de tres años	4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito. 4.2 Capacitación a madres sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años.

CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL

4.1. COSTOS DEL PROYECTO

PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVA N° 1									
PIP: INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL MENOR DE TRES AÑOS PUESTO DE SALUD SANTA ANA DISTRITO JOSÉ LEONARDO ORTIZ. LAMBAYEQUE					Dpto.: LAMBAYEQUE				
Ubicación: Distrito Chiclayo					Provincia: CHICLAYO				
Fecha: 07/10/2016					Distrito: CHICLAYO				
					INVERSIÓN A PRECIOS DE MERCADO	FACTOR DE CORRECCION	INVERSIÓN A PRECIOS SOCIALES		
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.	
01.00.00	INFRAESTRUCTURA					94,376.00	0.8475	79,979.66	
	COSTOS DIRECTOS CAPACITACION				94,376.00				
	1.1 Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED	GLB	1	50,000	50000				
	2.1. Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.	GLB	1	9600	9600				
	2.2. Instalación de un software de estimulación temprana.	GLB	1	7000	7000				
	3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente	GLB	1	5276	5276				
	3.2. Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región	GLB	1	3500	3500				
	4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito	GLB	1	14000	14000				
	4.2 Capacitación a madres sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años	GLB	1	5000	5000				
SUB-TOTAL 1						94,376.00		79,979.66	
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.	
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%		4,718.80	4,718.80	0.8475	3,998.98	
COSTO TOTAL DIRECTO						99,094.80		83,978.64	
05.00.00	IGV		18.0%		17,837.06	17,837.06		0.00	
SUB-TOTAL 2						116,931.86		83,978.64	
07.00.00	SUPERVISIÓN (**)	Porcentaje	5.0%		5,846.59	5,846.59	0.9091	5,315.08	
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%		3,507.96	3,507.96	0.9091	3,189.05	
MONTO DE INVERSION S/.						126,286.41		92,482.78	

Alternativa N° 02

PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVA N° 2

PIP: INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL MENOR DE TRES AÑOS PUESTO DE SALUD SANTA ANA DISTRITO JOSÉ LEONARDO ORTIZ. LAMBAYEQUE Dpto.: LAMBAYEQUE

Ubicación: Distrito Chiclayo Provincia: CHICLAYO

Fecha: 07/10/2016 Distrito: CHICLAYO

						INVERSIÓN A PRECIOS DE MERCADO	FACTOR DE CORRECCION	INVERSIÓN A PRECIOS SOCIALES
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.
01.00.00	COSTOS DIRECTOS					164,376.00	0.8475	139,301.69
	1.2 Construcción del consultorio de atención de CRED	GLB	1	120,000	120000			
	2.1 Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.	GLB	1	9600	9600			
	2.2. Instalación de un software de estimulación temprana.	GLB	1	7000	7000			
	3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente	GLB	1	5276	5276			
	3.2. Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región	GLB	1	3500	3500			
	4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito	GLB	1	14000	14000			
	4.2 Capacitación a madres sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años	GLB	1	5000	5000			
SUB-TOTAL 1						164,376.00		139,301.69
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%		8,218.80	8,218.80	0.8475	6,965.08
COSTO TOTAL DIRECTO						172,594.80		146,266.78
05.00.00	IGV		18.0%		31,067.06	31,067.06		0.00
SUB-TOTAL 2						203,661.86		146,266.78
07.00.00	SUPERVISIÓN (**)	Porcentaje	5.0%		10,183.09	10,183.09	0.9091	9,257.36
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%		6,109.86	6,109.86	0.9091	5,554.41
MONTO DE INVERSION S/.						219,954.81		161,078.55

Fuente: Equipo de Trabajo

4.2. BENEFICIOS

4.2.1. Beneficios Sociales Cuantitativos

En el proyecto no se ha identificado beneficios cuantitativos ya que el proyecto es social, no generará ingresos monetarios.

4.2.2. Beneficios Sociales Cualitativos

- ✓ Recursos humanos del establecimiento de salud de Santa Ana han fortalecido sus capacidades en adecuados hábitos alimentarios nutricionales y actividad física y brindaran atención integral y de calidad a los pacientes con patologías prevalentes.
- ✓ El personal de salud ha mejorado su estado de salud y nutricional lo cual favorece en la atención en la atención del paciente de la jurisdicción del Puesto de Salud Santa Ana.
- ✓ Se logrará constituir un espacio para el trabajo concertado con los actores locales a favor de la Prevención, Promoción y control de las dislipidemias, sobre peso y obesidad.
- ✓ Se incrementará las acciones de promoción y prevención lo que permitirá disminuir las dislipidemias, el sobre peso y la obesidad.
- ✓ Se trabajará acciones de promoción y prevención a nivel de las instituciones educativas, para detección oportuna de casos y evitar casos de sobre peso y obesidad en los niños y adolescentes.

4.2.3. Beneficios en la situación sin proyecto

- ✓ El establecimiento de salud no dispone de personal suficiente, ni el equipamiento adecuado para la atención integral de los niños y niñas menores de 3 años, sin embargo, se ha identificado los siguientes beneficios:
- ✓ Cubrir parcialmente los requerimientos para la atención integral de la población infantil.
- ✓ Contar con un espacio adecuado que le permita brindar de manera parcial una atención integral de los niños.
- ✓ Reducir los niveles de propagación de enfermedades infectas contagiosas.

4.2.4. Beneficios incrementales

Comparando los beneficios identificados tanto en la situación “sin proyecto”, como en la situación “con Proyecto”, se han identificado los beneficios cualitativos incrementales siguientes:

- ✓ Cubrir la demanda insatisfecha para mejorar la atención a los niños menores de 3 años del Puesto de Salud Santa Ana del distrito de José Leonardo Ortiz
- ✓ Brindar atención de calidad y oportuna en todos los servicios o programas.
- ✓ Fortalecer las competencias en las familias y agentes comunitarios de salud para un mejor cuidado y atención integral de salud.
- ✓ Elevar la calidad y condiciones de vida de la población beneficiada, entre otras.

CAPÍTULO V: EVALUACIÓN

5.1. EVALUACIÓN SOCIAL

La metodología de evaluación que se utilizará es el de Costo Efectividad mediante la cual se identifican los beneficios del proyecto expresados en unidades no monetarias y se calculan los costos para cada unidad de beneficio del proyecto, considerado en la alternativa.

Se utilizará la siguiente formula:

$$CE = VACS/TPB$$

Donde:

CE: Es el Costo Efectividad

VACS: Es el Valor Actual de los Costos Sociales

TPB : Es el promedio de la población beneficiada (número de personas atendidas por el P.S. Santa Ana.

Del resultado de la Evaluación Costo – Efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de 491,504.00 soles y con la alternativa 02 será de 585,172.00 soles.

5.1.1. Estimación del costo efectividad

DESCRIPCION	ALT. N° 01	ALT. N° 02
VACSN (T.D. 9%)	491,504.00	585,172.00
Beneficiarios (Total del Horizonte)	52,381	52,381
COSTO EFECTIVIDAD	9.38	11.17

Fuente: Equipo de Trabajo

5.2 CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

5.2.1 Cronograma de Ejecución Física

Principales Rubros	COSTOS DE INVERSION	2016			
		Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV
Expediente Técnico	3,507.96	100%			
Costo Directo por componente:					
1.1 Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED	50,000.00		100%		
Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.	9,600.00		100%		
Instalación de un software de estimulación temprana.	7,000.00		100%		
Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente	5,276.00	25%	25%	25%	25%
Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región	3,500.00			100%	
Campañas de difusión sobre	14,000.00	25%	25%	25%	25%
	5,000.00	25%	25%	25%	25%
COSTO DIRECTO TOTAL	97,883.96				
Gastos Generales	4,718.80		30%	30%	40%
IGV	17,837.06		30%	30%	40%
Supervisión	5,846.59		30%	30%	40%
TOTAL	126,286.41				

Fuente: Elaboración propia

5.2.2 Cronograma de Ejecución Financiera

El proyecto se propone realizarlo en dos años con actividades que tendrán un avance porcentual diferenciado por trimestre, hasta alcanzar el 100 % de lo planificado.

Principales Rubros	COSTOS DE INVERSION	2016			
		Trimestre	Trimestre	Trimestre	Trimestre
		I	II	III	IV
Expediente Técnico	3,507.96	100%			
Costo Directo por componente:					
Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED	50,000.00		100%		
Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.	9,600.00		100%		
Instalación de un software de estimulación temprana.	7,000.00		100%		
Instalación de un software de estimulación temprana.	5,276.00	25%	25%	25%	25%
Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana	3,500.00			100%	
de manera permanente	14,000.00	25%	25%	25%	25%
Pasantías del personal por centros de	5,000.00	25%	25%	25%	25%
COSTO DIRECTO TOTAL	97,883.96				
Gastos Generales	4,718.80		30%	30%	40%
IGV	17,837.06		30%	30%	40%
Supervisión	5,846.59		30%	30%	40%
TOTAL	126,286.41				

Fuente: Elaboración propia

ACCIONES DE LA ALTERNATIVA 01

ACCIONES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	TIEMPO
1.1. Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED	Ampliación	1	1 mes
2.1. Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.	Implementación	01	30 días
2.2. Instalación de un software de estimulación temprana.	Instalación	01	15 días
3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente	Taller	04	03 días/ cada uno
Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región	Pasantía	1	3 días
4.1. Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito	Campaña	4	4 meses
Capacitación a madres sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años	Taller	4	6 meses

Las acciones propuestas tendrán que llevarse a cabo de acuerdo con cantidad y tiempo.

3.1. Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente	Talleres	04	X	X	X	X				
3.2. Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región	Reunión	1	X	X	X	X				
4.1 Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito.	Trípticos. Banner; Rota folios. Sport radial. Sport televisivo. Calendarios.	4								
Capacitación a madres sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres	Jornadas	4								

5.3 SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

Habiendo demostrado la rentabilidad social del proyecto y existiendo una política definida por parte de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, en el marco del Aseguramiento Universal; con la finalidad de garantizar el acceso y la calidad a los Servicios de Salud, asignando los montos requeridos para la sostenibilidad de este tipo de inversiones, es necesario abordar lo siguiente:

La capacidad técnica y los recursos financieros necesarios para ejecutar el proyecto, por parte del Gobierno Regional de Lambayeque, cuya fuente de financiamiento son los recursos de inversión asignados a través de Presupuesto Participativo municipal o del Presupuesto Participativo del Gobierno Regional.

Los arreglos institucionales previstos para la fase de operación y mantenimiento, en el cual el Gerencia Regional de Salud Lambayeque o quien corresponda suscribe su compromiso y garantiza la sostenibilidad del proyecto durante el periodo de la vida útil del mismo.

La capacidad de gestión de la organización encargada del proyecto en su etapa de operación; financiamiento de los costos de operación y mantenimiento, señalando cuales serían los aportes de las partes involucradas (Gobierno Regional, DIRESA y EESS, según sea el caso)

Firma de convenios con universidades de la región.

5.4 IMPACTO AMBIENTAL

La evaluación de Impacto Ambiental del Proyecto, identifica los impactos que se producirán como resultado de las interacciones del proyecto y los elementos ambientales naturales y humanos; en base a ello se proponen las medidas de mitigación de posibles impactos negativos, con la finalidad de armonizar las actividades del proyecto con el medio ambiente.

La finalidad del análisis del impacto ambiental busca evaluar las consecuencias que el proyecto ocasiona en el área de influencia y específicamente, en el comportamiento del ecosistema de su entorno.

El proyecto generará impactos positivos y negativos en el ambiente. Los impactos negativos se mitigarán con las siguientes acciones:

Mantenimiento preventivo y permanente de la infraestructura y equipamiento.

Eliminación de residuos sólidos y otros generados por la atención a la población.

5.5 OBSERVACIONES

El proyecto de Inversión Pública formulado responde a las prioridades establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud al 2020, por lo que debe ser aprobado y gestionar el presupuesto correspondiente para su ejecución.

5.6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Mejorar la calidad de atención del servicio de estimulación Temprana brindando una atención integral integrada al niño menor de tres años mejorando su desarrollo psicomotor.
- ✓ Luego de haber analizado y procesado la problemática del puesto de salud empresa, investigando el desarrollo y proceso del proyecto de inversión, y al haber planteado una solución concluimos en lo siguiente:
- ✓ Se concluyó que se mejorará el servicio de Estimulación Temprana del menor de 3 tres años, con la ejecución de talleres de estimulación, ambiente de atención, capacitaciones al personal, nuevos programas, motivación a los padres del niño menor de 3 años y personal capacitado, sensibilización a las autoridades, campañas y programas médicos de estimulación, actividades socio-culturales.
- ✓ La propuesta de solución se dio a través del análisis del problema.
- ✓ Se optó a manipular herramientas en un corto tiempo como Microsoft Excel, Microsoft Word y Microsoft Project, que nos facilitó la redacción de textos, realización de tablas de costos, gráficos de cotizaciones, gráficos y calendarización del proyecto.
- ✓ El diagrama del Árbol nos permitió tener un manejo de la Causa - Efecto del Problema del proyecto y los Objetivos – Medios y Fines del Servicio y atención al niño menor de tres años.
- ✓ El grupo del área de Estimulación de niños de 0 a 3 años incrementará su desarrollo psicomotor, lo que confirma que la falta de estimulación conduce a un estancamiento en su desarrollo psicomotor.

- ✓ Incremento de la adquisición de conductas psicomotoras de los niños estimulados en comparación con sus pares sin estimulación temprana.

RECOMENDACIONES

- ✓ Sugerimos al Centro de Salud de San Miguel beneficiada el Mejoramiento del Servicio de Estimulación Temprana del menor de años, que el área y equipamiento sea utilizado de manera responsable, con el fin de aprovechar al máximo los beneficios para lo cual fue diseñado y mejorado.
- ✓ El personal de Salud debe estar debidamente capacitado y motivado para dar una correcta y correcta atención al Niño menor de 3 años
- ✓ Realizar mantenimiento permanente para no tener ninguna deficiencia posteriormente.

5.7 FECHA DE FORMULACIÓN

Febrero del 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morillo A, Martínez G. La estimulación temprana y su influencia en los procesos de aprendizaje significativo en el primer año de educación general básica de las instituciones pertenecientes al Núcleo Educativo Olmedo, del Cantón Cayambe, provincia de Pichincha, durante el año lectivo 2011-2013. Propuesta Alternativa. [Tesis Licenciatura]. Ibarra; 2014.
2. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años. Lima: MINSA; 2015
3. Flores F, Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. Ciencia y Tecnología. Vol.9 N° 4, 2013
4. Martinez E, La estimulación temprana: un punto de partida. Revista Cubana de Pediatría. Vol 68, N°2, 1996
5. Secretaria de Salud. Estimulación temprana y evaluación del desarrollo para el niño menor de dos años de edad. Mexico
6. Baca M. Factores sociodemográficos, nivel de conocimiento y práctica de estimulación temprana en las madres de niños de 3 a 6 meses Puesto de Salud Villa Maria. Nuevo Chimbote, 2015. [Tesis Maestria]. Chimbote; 2016
7. Pisfil C, Bautista L. Experiencias de las madres, en el cuidado del desarrollo psicomotor del niño menor de 2 años. Caserío del Potrero. Reque-2011 [Tesis Licenciatura]. Chiclayo; 2008.
8. Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo sostenible. [En línea]. Santiago; 2015. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
9. Acuerdo Nacional. Políticas de estado y planes de gobierno 2016- 2021. Lima; 2016
10. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2012-202. Lima; 2012
11. Ministerio de Salud. Ley General de Salud. [En Línea]. Lima. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/SINADEF/Ley-26842.pdf>
12. Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo sostenible. [En línea]. Santiago; 2015. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>

ANEXOS

COSTOS UNITARIOS

Ampliación y mejoramiento del consultorio de atención de CRED

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Mejoramiento Consultorio	Unidad	1	50,000.00	50,000.00
TOTAL	TOTAL			50,000.00

Implementación del centro de estimulación temprana con materiales, mobiliario y equipos.

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Sonajas	Unidad	10	10.00	100.00
Rompecabezas	Unidad	10	25.00	250.00
Fichero con lista de animales	Juego	10	50.00	500.00
Libro de cuentos ilustrados	Unidad	10	25.00	250.00
Cubos rojos de maderas	Juego	5	30.00	150.00
Muñecas	Unidad	5	50.00	250.00
Encaje de figuras geométricas	Juego	10	45.00	450.00
Juego de sube y baja	Undad	1	1,000.00	1,000.00
Pelotas	Unidad	10	10.00	100.00
Piscina de plástico	Unidad	2	350.00	700.00
Piso microporoso	Unidad	2	600.00	1,200.00
Kit de sesiones educativas	Kit	3	90.00	270.00
Material de lavado de manos	Kit	2	15.00	30.00
Televisor	Unidad	1	1,500.00	1,500.00
Estante	Unidad	1	700.00	700.00
Gusano	Unidad	1	450.00	450.00
Colchonetas	Unidad	10	50.00	500.00
Mesas para niños	Unidad	3	400.00	1,200.00
TOTAL	TOTAL			9,600.00

Instalación de un software de estimulación temprana.

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Estipendio ing Sistema	Persona	1	7,000.00	7,000.00
TOTAL	TOTAL			7,000.00

Capacitación de los recursos humanos en estimulación temprana de manera permanente

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Alquiler de local	servicio	4	50	200.00
Multimedia	unidad	1	2500	2,500.00
Laptop	Unidad	1	2000	2,000.00
Blu – ray	unidad	1	156	156.00
Papel bond	unidad	400	0.05	20.00
Lapicero	unidad	40	0.5	20.00
Plumones	caja	5	36	180.00
Fotocopias	unidad	400	0.1	40.00
Cinta maskingtape	unidad	24	2.5	60.00
Pancarta	unidad	1	100	100.00
TOTAL	TOTAL			5,276.00

Pasantías del personal por centros de estimulación temprana de la región

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Pasajes	persona	3	200.00	600.00
Materiales	persona	3	350.00	1,050.00
Movilidad local	global	1	50.00	50.00
Hospedaje	persona	3	250.00	750.00
Alimentación	persona	3	350.00	1,050.00
TOTAL	TOTAL			3,500.00

Campañas de difusión sobre estimulación temprana por medios de comunicación masivo y material escrito

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Pancarta	unidad	5	80.00	400.00
Afiches	millar	10	650.00	6,500.00
Panel	unidad	5	70.00	350.00
Tripticos	millar	10	350.00	3,500.00
Afiches	millar	5	650.00	3,250.00
TOTAL	TOTAL			14,000.00

Capacitación a madres sobre estimulación psicoafectiva de los niños menores de tres años

DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Trípticos	millar	4	350.00	1,400.00
Difusión radial	servicio	4	200.00	800.00
Perifoneo	servicio	20	50.00	1,000.00
Alquiler de equipo multimedia	servicio	12	65.00	780.00
Movilidad local	persona	30	34.00	1,020.00
TOTAL	TOTAL			5,000.00