

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DEMOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: INSTALACIÓN DEL SERVICIO
DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD LA
VICTORIA II, DISTRITO LA VICTORIA, CHICLAYO – LAMBAYEQUE
2018**

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

AUTORES

DORIS AGUILAR SOPLIN

KATERINE YSABELA OLIVOS LESCANO DE SAAVEDRA

ASESOR

JULIA MARIA NUREÑA MONTENEGRO

<https://orcid.org/0000-0002-9545-1888>

Chiclayo, 2019

**PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA: INSTALACIÓN DEL
SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL CENTRO
DE SALUD LA VICTORIA II, DISTRITO LA VICTORIA,
CHICLAYO – LAMBAYEQUE 2018**

PRESENTADO POR:

**DORIS AGUILAR SOPLIN
KATERINE YSABELA OLIVOS LESCANO DE SAAVEDRA**

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

APROBADO POR:

Anita del Rosario Zevallos Cotrina
PRESIDENTE

Angélica Vega Ramirez
SECRETARIO

Julia Maria Nureña Montenegro
VOCAL

ÍNDICE

DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT.....	VIII
RESUMEN DEL PERFIL DEL PROYECTO	9
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES	13
1.1. Código snip del proyecto	13
1.2. Nombre del proyecto	13
1.3. Responsabilidad funcional.....	13
1.4. Unidad formuladora.....	14
1.5. Unidad ejecutora.....	14
1.6. Ubicación geográfica	15
1.7. Marco de referencial	17
1.7.1 Marco teórico referencial	17
1.7.2 Marco político social	19
CAPÍTULO II: IDENTIFICACIÓN.....	23
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	23
2.1.1 Área de estudio y área de influencia	23
2.1.2 Diagnóstico de los involucrados	38
2.1.3 Diagnóstico de los servicios	39
2.2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA SUS CAUSAS Y EFECTOS	43
2.2.1 Definición del problema central.....	43
2.2.2 Análisis de causas	43
2.2.3 Análisis de los efectos	44
2.3. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS MEDIOS Y FINES.....	46
2.3.1 Descripción del objetivo central.....	46
2.3.2 Análisis de medios	46
2.3.3 Analisis de fines	47
2.4. DETERMINACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA	50
2.4.1 Descripción de las alternativas de solución	50
2.4.2 Matriz de marco lógico	51

CAPÍTULO III: FORMULACIÓN	55
3.1. Horizonte de evaluación	55
3.2. Análisis de la demanda	55
3.3. Análisis de la oferta	58
3.4. Balanza de oferta y demanda	59
3.5. Planteamiento técnico de la alternativa	60
CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL	62
4.1. Costos del proyecto	62
4.2. Beneficios	64
4.2.1. Beneficios sociales cuantitativos	64
4.2.2. Beneficios sociales cualitativos	64
4.2.3. Beneficios en la situación sin proyecto	64
4.2.4. Beneficios incrementales	65
CAPÍTULO V: EVALUACIÓN	66
5.1. Evaluación social	66
5.2. Cronograma de ejecución	67
5.2.1. Cronograma de ejecución física	67
5.2.2. Cronograma de Ejecución financiera	68
5.3. Sostenibilidad del proyecto	71
5.4. Impacto ambiental	72
5.5. Observaciones	72
5.6. Conclusiones y recomendaciones	73
5.7. Fecha de formulación	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	77

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios, por habernos dado la vida y haber permitido llegar a este momento tan importante de nuestra formación profesional.

Con todo cariño y amor para las personas que nos brindaron su apoyo a lograr nuestra meta, por motivarnos y darnos la fuerza para seguir adelante. Por siempre en nuestros corazones queridos padres.

Doris y Katerine

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por bendecirnos en lograr este objetivo, haciendo realidad nuestros sueños anhelados.

A la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo por darnos la oportunidad de estudiar y ser futuros Especialistas para servir y ayudar a la humanidad.

A nuestros profesores, por todo lo aportado en nuestra formación profesional.

Al Jefe del Centro de Salud María Jesús del distrito La Victoria, por permitirnos realizar el presente proyecto.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

Doris
Katerine Ysabela

RESUMEN

En el presente proyecto: Instalación del servicio de estimulación temprana en el Centro de Salud la Victoria II, Distrito La Victoria, provincia de Chiclayo, Región Lambayeque, con una población de 771 niños menores de 3 años, se desarrollará basándose en la atención integral, con el fin de estimularlos desde temprana edad para reducir los casos de retraso o déficit en el desarrollo psicomotor, aprovechando al máximo sus capacidades a través de nuevos y tecnificados métodos de enseñanza dentro de un ambiente moderno que permita su mejor desempeño en la sociedad; puesto que la estimulación temprana constituye un reto del próximo milenio, acometerla es responsabilidad no solo del profesional de enfermería, sino también se rescata la participación activa de los padres en esta labor. El objetivo general del proyecto es incrementar el acceso al servicio de estimulación temprana a los niños menores de 36 meses. Al finalizar, se habrá logrado: fortalecer las competencias del personal de salud para una adecuada atención integral; dotar de equipamiento suficiente en los servicios de salud y desarrollar conocimientos apropiados a las familias para el cuidado integral del niño menor de 3 años; también se habrá fortalecido las capacidades de los agentes comunitarios en los sistemas de vigilancia comunitaria, para una adecuada atención integral. Se concluye que dicho proyecto brindará un servicio que beneficiará en el crecimiento y desarrollo al niño menor de 36 meses, en el periodo horizonte del proyecto que es de 10 años, los mismos que garantizaran la ejecución, seguimiento y monitoreo del proyecto.

Palabras Claves: Instalación de servicio, estimulación temprana, niño menor de 36 meses.

ABSTRACT

In this project: Installation of the Early Stimulation service at the Victoria II Health Center, La Victoria District, Chiclayo Province, Lambayeque Region, with a population of 771 children under 3 years of age, will be developed based on comprehensive care, in order to stimulate them from an early age to reduce cases of retardation or deficit in psychomotor development, making the most of their capabilities through new and technified teaching methods within a modern environment that allows their best performance in society; Since early stimulation constitutes a challenge for the next millennium, undertaking it is the responsibility not only of the nursing professional, but also the active participation of parents in this work is rescued. The overall objective of the project is to increase access to the early stimulation service for children under 36 months. Upon completion, it will have been achieved: strengthen the competencies of health personnel for adequate comprehensive care; provide sufficient equipment in health services and develop appropriate knowledge for families for the comprehensive care of children under 3 years old; The capacities of community agents in community surveillance systems will also be strengthened, for adequate comprehensive care. It is concluded that this project will provide a service that will benefit the child under 36 months in the growth and development, in the horizon period of the project that is 10 years, which will guarantee the execution, monitoring and monitoring of the project.

Keywords: Service installation, early stimulation, child under 36 months.

RESUMEN DEL PERFIL DEL PROYECTO

Título:

“Instalación del servicio de estimulación temprana en el Centro de Salud La Victoria II, Distrito La Victoria, Chiclayo - Lambayeque” 2018.

Objetivo General:

Contribuir a un eficiente desarrollo de estimulación temprana en niños menores de 3 años en el Centro de Salud la Victoria II.

Alternativa de solución 1

MEDIOS FUNDAMENTALES	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
Medio fundamental 1: Infraestructura adecuada para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.	1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.
Medio fundamental 2: Adecuado equipamiento para la estimulación temprana para niños menores de 3 años.	2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana.
Medio fundamental 3: Suficiente recurso humano especializado para la estimulación temprana para niños menores de 3 años.	3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.
	3.2. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.
	3.3. Diplomado en estimulación temprana.
Medio fundamental 4: Adecuada información sobre estimulación temprana para niños menores de 3 años.	4.1 Adecuada información sobre Estimulación temprana para niños menores de 3 años
	4.2. Pasacalle
Medio fundamental 5: Interés de los padres de familia sobre la importancia de estimulación temprana para niños menores de 3 años.	5.1. Talleres de capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.
Medio fundamental 6: Suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años.	6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.

Alternativa de solución 2:

MEDIOS FUNDAMENTALES	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
Medio fundamental 1: Infraestructura adecuada para la estimulación temprana para niños menores de 3 años.	1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.
Medio fundamental 2: Adecuado equipamiento para la estimulación temprana para niños menores de 3 años.	2.2. Alquiler de equipos
Medio fundamental 3: Suficiente recurso humano especializado para la estimulación temprana para niños menores de 3 años.	3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.
	3.2. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.
	3.3. Diplomado en estimulación temprana.
Medio fundamental 4: Adecuada información sobre estimulación temprana para niños menores de 3 años.	4.1. Adecuada información sobre estimulación temprana para niños menores de 3 años.
	4.2. Pasacalle
Medio fundamental 5: Interés de los padres de familia sobre la importancia de estimulación temprana para niños menores de 3 años.	5.1. Talleres de capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.
Medio fundamental 6: Suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años.	6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.

RESULTADOS ESPERADOS

R1 Se habrá instalado un módulo con infraestructura adecuada para el servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años, fortaleciendo sus habilidades psicomotoras, lenguaje y social en el Centro de Salud La Victoria II - Distrito La Victoria, Chiclayo – Lambayeque.

R2 Se habrá dotado de equipamiento suficiente en el servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años, fortaleciendo sus habilidades psicomotoras, lenguaje y social en el Centro de Salud la Victoria II Distrito La Victoria, Chiclayo – Lambayeque.

R3 Se habrá fortalecido las competencias de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana para niños menores de 3 años en el Centro de Salud la Victoria II Distrito la Victoria, Chiclayo – Lambayeque.

R4 Se habrá realizado una correcta difusión del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años en el Centro de Salud La Victoria II Distrito La Victoria, Chiclayo – Lambayeque.

R5 Se habrá desarrollado una eficiente información, educación y comunicación a los padres de familia de los niños menores de 3 años en el Centro de Salud la Victoria II Distrito la Victoria, Chiclayo – Lambayeque.

R6 Se habrá logrado suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años en el Centro de Salud La Victoria II Distrito La Victoria, Chiclayo – Lambayeque.

Costos

Al realizar la evaluación costo – efectividad, concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de 273.862.00 nuevos soles y con la alternativa 02 será de 282.660.00 nuevos soles.

EVALUACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN

Descripción	Alternativa N° 01	Alternativa N° 02
VACSN (T.D. 9%)	273,862	282,660
Beneficiarios (Total del Horizonte)	611,754	611,754
Costo efectividad	0.45	0.46

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES

1.1. CÓDIGO SNIP DEL PROYECTO

1.2. NOMBRE DEL PROYECTO

“Instalación del servicio de estimulación temprana en el Centro de Salud La Victoria II, Distrito La Victoria, Chiclayo –Lambayeque”

1.3. RESPONSABILIDAD FUNCIONAL

- **Función: 20 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: 043 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.

- **Subprograma: 0095 Control de riesgos y daños para la salud**

Comprende las acciones orientadas al desarrollo de las actividades de prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, evitables mediante vacunas, u otras de carácter endémico, que exijan el tratamiento de individuos y el establecimiento de medidas de vigilancia epidemiológicas.

1.4. UNIDAD FORMULADORA

SECTOR	Gerencia Regional de Salud
PLIEGO	Gobierno Regional de Lambayeque
NOMBRE DE LA UNIDAD FORMULADORA	Gerencia Regional de Salud
PERSONA RESPONSABLE DE FORMULAR	Aguilar Soplín, Doris Olivos Lescano de Saavedra Katerine Ysabela
PERSONA RESPONSABLE DE LA UNIDAD FORMULADORA	Ing. Julio Albuja Ramírez
DIRECCIÓN	Av. Salaverry N° 1610
TELEFONO	074 219 349
E-MAIL	ufsaludlamb@hotmail.com

1.5. UNIDAD EJECUTORA

SECTOR	Gerencia Regional de Salud
PLIEGO	Gobierno Regional de Lambayeque
NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	Gerencia Regional de Salud
PERSONA RESPONSABLE DE EJECUTORA	Dr. Pedro Cruzado Puente
CARGO	Gerente Regional de Salud
DIRECCIÓN	Av. Salaverry N° 1610
TELEFONO	074 219 349
E-MAIL	ufsaludlamb@hotmail.com

1.6. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El Centro de Salud La Victoria Sector II – María Jesús, se encuentra ubicado en La Calle Paul Harris N° 1198 en el Distrito de La Victoria, Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque – Perú.



Fue creado el distrito de la Victoria por Ley 23926 el 14 de septiembre de 1984, siendo Presidente de la República Fernando Belaúnde Terry. Está ubicado al sur de la ciudad de Chiclayo, su relieve es llano y su extensión territorial es de 32 Km².

Actualmente el distrito de La Victoria cuenta con los siguientes pueblos jóvenes:

- El Bosque
- 1° de Junio
- Antonio Raymondi (Víctor Raúl Haya de la Torre)
- Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre
- Carmetal

Igualmente, cuenta con los siguientes asentamientos humanos:

- Los Nogales
- Santa Isabel
- Santo Domingo
- 7 de Agosto
- Santo Tomás
- Los Rosales
- La urbanización Santa Rosa.

GEOGRAFÍA

Altitud: 28 Altitud (msnm.)

Ubicación geográfica: Latitud Sur: 06°47'18 Longitud Oeste: 79°50'12

Tiene una superficie de 32 km².

RECURSOS NATURALES

Sus suelos no son muy extensos, existen terrenos de cultivo, algunos fértiles, y otros que presentan salinización. Su flora está conservada en los parques y alrededores de la ciudad, y tienen acequias que riegan de agua sus cultivos, que se encuentran al extremo sur-oeste del distrito.

1.7. MARCO DE REFERENCIAL

1.7.1 Marco teórico referencial

La instalación del servicio de estimulación temprana para los niños menores de 36 meses, permitirá ofertar servicio integral y personalizado en sus diferentes áreas, mejorando su atención y aprendizaje.

Ante las profundas y aceleradas transformaciones científicas técnicas que vive la humanidad en todo el universo de salud, se evidencia la necesidad de estimulación que tiene el hombre desde el momento en que se concibe, y en todo su desarrollo biopsicosocial; logrando de este un ser integral y armónicamente desarrollado como demanda nuestra sociedad, para ello, se necesita solidificar una estimulación temprana precisa y oportuna, desde las primeras edades en todos los niños supuestamente sanos y en aquellos que tengan alteraciones psicopatológicas, siendo esta de gran interés profesional en el campo del conocimiento humano ¹.

La Estimulación Temprana es un Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo 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 sociales ².

Se llama Sesión de Estimulación Temprana a una secuencia de ejercicios o actividades previamente elaboradas para estimular todas las áreas de desarrollo de la niña o niño. La sesión de estimulación se realiza con un grupo de niñas o niños de edades similares y con la participación de sus padres, que son dirigidos por un guía capacitado en estimulación temprana. Su duración varía según la edad de la niña o niño y no debe ser mayor de dos horas ³.

Actualmente, la estimulación temprana, aplica actividades sistematizadas y secuenciales, desde los primeros años de vida, muy estrechamente ligada con las fases del desarrollo y el aprendizaje de los niños pequeños. Es importante recalcar que para que se produzca la estimulación, debe existir un desarrollo cognitivo, físico que le permita responder a los estímulos recibidos ⁴.

La estimulación tiene lugar a través de la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce, por otra amplían la habilidad mental que le facilita el aprendizaje, ya que se desarrollan destrezas, para estimularse a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración la imaginación, ya que todo niño nace con la necesidad biológica de aprender y cualquier otra etapa de la vida ⁵.

Además, la estimulación temprana permite mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos, tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales. Esta intervención precoz consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuesta inmediatas del niño para que éstas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal. Sin embargo, desde una perspectiva más global. La estimulación temprana supone el proporcionar determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y por tanto, conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades ⁶.

Estimularemos las áreas de desarrollo psicomotriz: movimiento, coordinación, lenguaje y socialización. La niña o niño inicia su desarrollo con el movimiento. Desarrolla movimientos grandes como: gatear, ponerse de pie, caminar y correr. Desarrolla movimientos pequeños como: agarrar los objetos con los dedos, pintar, dibujar, tocar instrumentos musicales y otros. La función principal del lenguaje es la comunicación entre las personas. La niña o niño desarrolla las primeras formas de lenguaje (agu-agu, gritos, risas). Más adelante desarrollará en forma correcta el habla y la escritura. Desde que la niña o niño nace, ve, oye y percibe las cosas y el medio que lo rodea. Esta área se relaciona con el desarrollo de los sentidos y el pensamiento. Desarrolla el pensamiento, la capacidad de razonar, poner atención y seguir instrucciones. Esta área se relaciona con el desarrollo del afecto y las emociones. Permitirá que la niña o niño pueda establecer buenas relaciones con sus padres y las demás personas que lo rodean. Desarrolla la confianza y seguridad en sí mismo y ayuda a formar la personalidad ³.

Según estudios científicos, los primeros años de vida son el mejor momento para que las neuronas sean activadas o estimuladas. Es durante los años iniciales de existencia de un ser humano cuando el cuerpo es especialmente receptivo a nuevas experiencias y está particularmente capacitado para aprovecharlas. Más tarde, aún será posible perfeccionar esas conexiones entre neuronas y esos circuitos, pero resultará más difícil, y las más de las veces imposible, crear conexiones. La información navegará por los circuitos creados, pero no se generarán otros nuevos. Por eso, el desarrollo intelectual de una persona depende en gran medida de los circuitos establecidos durante la etapa más adecuada de su vida para hacerlo, es decir durante los primeros años ⁷.

La enfermera es un vínculo dinámico entre los niños, médico, familia y comunidad, propiciando las buenas relaciones de afecto, amor, atención y orientación entre los niños y sus familiares, donde se establecerán patrones de confianza, permitiéndole tener oportunidades para actuar por sí mismo potenciando su desarrollo socio psico y biológico. Es de importancia la labor de enfermería como parte del equipo del Programa de Estimulación Temprana.

Históricamente la enfermera ha dedicado sus mayores esfuerzos en contribuir de forma efectiva al mejoramiento de la salud de la población y a brindar cuidados al individuo, familia y comunidad, es aquí la importancia de la enfermera en la consulta de estimulación temprana, donde una vez más tendrá oportunidades para proyectarse con una óptica en la realización de sus acciones, asumiéndolas con un enfoque biopsico y social y pudiendo transmitir a otros, (familia y comunidad), posibles soluciones a las problemáticas del niño. Para lograr esto, es necesario mantener una comunicación directa a través de las acciones de enfermería y conocimientos alcanzados de la especialidad ^{8,9} se revela lo antes comentado, lo que permitirá solidificar el carácter preventivo y de ayuda a la evolución de los más necesitados.

1.7.2 Marco político social

Objetivos del desarrollo sustentable ¹⁰

Objetivo 3 Salud y Bienestar; garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades se requiere garantizar acceso a insumos y servicios, medicina especializada y la oportuna atención en todos los niveles de complejidad, tanto en urgencias como en servicios ambulatorios. Además, es importante fortalecer la rectoría del sistema, en aras de un

manejo transparente y eficiente de los recursos, para impulsar un modelo que priorice la prevención de la enfermedad y promueva la salud a través de la acción multisectorial, garantizando el derecho de individuos y comunidades en las zonas rurales y urbanas.

Objetivo 4 Educación de calidad, garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. La consecución de una educación de calidad es la base para mejorar la vida de las personas y el desarrollo sostenible. Se han producido importantes avances con relación a la mejora en el acceso a la educación a todos los niveles y el incremento en las tasas de escolarización en las escuelas, sobre todo en el caso de las mujeres y las niñas. Se ha incrementado en gran medida el nivel mínimo de alfabetización, si bien es necesario redoblar los esfuerzos para conseguir mayores avances en la consecución de los objetivos de la educación universal. Por ejemplo, se ha conseguido la igualdad entre niñas y niños en la educación primaria en el mundo, pero pocos países han conseguido ese objetivo a todos los niveles educativos.

➤ **Lineamientos de política sectorial:**

Ley N° 28927 de presupuesto del sector público en el capítulo IV Implementación del presupuesto por resultados establece la aplicación de la gestión presupuestaria basada en los resultados, priorizando actividades a favor de la infancia (atención a menor de 5 años y de la mujer gestante, entre otros), identidad ¹¹.

Ley N° 27902, que modifica la ley orgánica de gobiernos regionales N° 27867 para regular la participación de los alcaldes provinciales y la sociedad civil en los gobiernos regionales y fortalecer el proceso de descentralización y Regionalización. Consideraciones específicas de esta ley: Planificación concertada, presupuesto participativo, funciones y competencias en materia de salud, educación y nutrición ¹².

Ley orgánica de Municipalidades (N° 27972), es el responsable de la gestión de la atención primaria de salud ¹³.

Ley de estimulación prenatal y temprana N°28124; en donde se establece el marco normativo e institucional que oriente las acciones del estado y de la sociedad; a fin de potenciar el desarrollo físico, mental y sensorial del ser humano a través del programa de estimulación prenatal y temprana, orientado a lograr el desarrollo humano armónico e integral de la niñez sin exclusión alguna ¹⁴.

➤ **Normas técnicas**

Norma técnica N° 074- 2008, aprobada con resolución ministerial N° 862-2008- MINSA, establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad¹⁵.

Norma técnica de salud N° 137 para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, 2017. Documento en el que se establece las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva ¹⁶.

➤ **Planes de desarrollo**

Plan nacional concertado de salud aprobado por resolución Ministerial N° 589-2007 del MINSA define los lineamientos de política de salud para el periodo 2007-2020, los cuales son: Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención, aseguramiento universal en salud, descentralización de la función salud a nivel de gobierno regional y local, mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad, desarrollo de los recursos humanos, desarrollo de la rectoría del sistema de salud, participación ciudadana en salud y mejor de los otros determinantes de la salud ¹⁷.

Plan estratégico de desarrollo Nacional – Plan bicentenario el Perú hacia el 2021 elaborado por CEPLAN- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico y aprobado por el acuerdo nacional en el mes de marzo del 2011. El objetivo del segundo eje estratégico a nivel nacional: igualdad de oportunidades y acceso universal a los servicios básicos, busca lograr que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para desarrollarse, lo que involucra tener acceso a

servicios básicos, en particular educación, salud, agua, desagüe, electricidad, telecomunicaciones, vivienda y seguridad ciudadana¹⁸.

CAPÍTULO II: IDENTIFICACIÓN

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

2.1.1 Área de estudio y área de influencia

El área de estudio es igual al área de influencia, el cual tiene alcance distrital.

El Distrito de La Victoria cuenta con dos Centros Urbanos: La Victoria y Chosica del Norte, 05 Pueblos Jóvenes: El Bosque, Primero de Junio, Víctor Raúl, Ampliación Víctor Raúl Haya de la Torre y Antonio Raymondi. Los Centros Poblados Rurales: Chacupe Alto, Chacupe Bajo, Cuyate, Pozo Loco, El Palmo, con categorías de caseríos y anexos. Además, se han formado recientemente los asentamientos humanos: Santo Domingo, Los Nogales, Los Rosales y 7 de agosto ¹⁹. Tomando como base los últimos censos, se considera al Distrito de La Victoria uno de los distritos más populosos de la provincia de Chiclayo ocupando el tercer lugar en población con un 11.4% ^{20, 21, 22}.

Tabla N° 01: Población según censo 2007 y 2017 por ámbito geográfico censal ^{21, 22}

Ámbito Geográfico Censal	Población total	
	2007	2017
Perú	27 412 157	29 381 884
Dpto. Lambayeque	1 112 868	1 197 260
Prov. Chiclayo	757 452	799 675
Distrito La Victoria	77699	90 912

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda 2007 y 2017

Determinantes de Salud

Riesgo ambiental: La presencia de factores ambientales en el área de influencia del distrito de La Victoria, eleva el riesgo de enfermar y morir de la población en general y principalmente los grupos etarios más vulnerables, dentro de los cuales están el menor de 3 años y las gestantes. El distrito la victoria se ha inventariado los siguientes riesgos ambientales.

**Tabla N° 02: Problemas ambientales identificados por Sectores del distrito La Victoria
Año 2017**

Sectores	Problema	cantidad	Material contaminante
	Fábrica de alcohol	1	Etanol
	Fábrica de ollas	1	Aluminio
Chosica del Norte	Casas de reciclaje de basura	7	Descomposición de residuos: microorganismos patógenos, hongos, etc.
	Basuras por las calles.	-	Microorganismos y sustancias patógenas
Bosque	Contaminación por smog: humos de restaurantes, panaderías, etc	-	Dióxido de carbono
	Fábricas de Ladrillos (humo)	9	Dióxido de carbono
Antonio Raymondí	Deficiente recojo de basura	1 vez a la semana	Acumulación de basura y desechos tóxicos

Fuente: Registros de la Municipalidad La Victoria

Abastecimiento de Agua: La población que tiene acceso al servicio de agua potable de red pública dentro de la vivienda es del 92.69%, fuera de la vivienda en el 5,55% y de pilón o pileta de uso público en el 1.76% según los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a través del censo del año 2017.

Tabla N° 03: Viviendas particulares con ocupantes presentes, por tipo de procedencia del agua por red pública distrito La Victoria

Tipo de abastecimiento	%
Red Publica dentro de la vivienda	92.69
Red Publica fuera de la vivienda, pero dentro de la edificación	5.55
Pilón o pileta de uso Publico	1.76
Total	100.00

Fuente: INEI- Censo nacional de población y vivienda 2017

Eliminación de excretas: En el distrito, según los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, a través del censo del año 2017, muestra que el 88.35% tiene red pública de desagüe.

Tabla N° 04: Disponibilidad de servicio higiénico en la vivienda distrito La Victoria

Forma de eliminación excretas	%
Red pública de desagüe dentro de la vivienda	86.17
Red pública de desagüe fuera de la vivienda	5.67
Pozo séptico	0.69
Letrina	0.08
Pozo ciego o negro	7.19
Rio/ acequia	0.05
Campo abierto	0.05
Otro	0.10
Total	100.00

Fuente: INEI- Censo nacional de población y vivienda 2017

Servicio de Energía Eléctrica. Según el censo 2017, el distrito de la Victoria tiene el 91.20% de viviendas con este servicio, aun un porcentaje pequeño no tienen este servicio.

Tabla N° 05: Cobertura de energía eléctrica según categorías Distrito La Victoria.

Servicio energía eléctrica	Cobertura (%)
Si	91,2
No	8,8
Total	100,00

Fuente: INEI- Censo nacional de población y vivienda 2017

Educación: El distrito de La Victoria según el Censo 2017, tiene el 26,15% de su población con educación de nivel secundario y el 11.33% de su población sin ningún nivel de estudios, lo cual es preocupante.

Tabla N° 06: Educación según categorías, distrito La Victoria

Grado de Instrucción	%
Sin Nivel	11.33
Educación Inicial	03.16
Primaria	20.96
Secundaria	26.15
Superior No universitaria Incompleta	10.48
Superior No universitaria completa	12.11
Superior universitaria Incompleta	10.20
Superior universitaria completa	05.61
Total	100.00

Fuente: INE Censo nacional de población y vivienda 2017

Analfabetismo en población de 15 años a más: El analfabetismo es una condición de exclusión que no sólo limita el acceso al conocimiento, sino que dificulta el ejercicio pleno de la ciudadanía. La población analfabeta del distrito La Victoria según el Censo 2017 es de 4.4%. De los cuales el 15.3% proceden de la zona rural y el 4.0 % son de la zona Urbana. Según género, se observa que las disparidades aún existen entre hombres y mujeres. Las mujeres muestran tasas de analfabetismo más altas (6.2%), en comparación al de los hombres (2.3%). Según el área de residencia, en el año 2017, el analfabetismo afecta al 15.3% de la población del área rural y al 4.0 % del área urbana.

Tabla N° 07: Tasa de analfabetismo según sexo del distrito La Victoria

Variable	Provincia de Chiclayo		Distrito La Victoria	
	N°	%	N°	%
Población analfabeta (≥ 15 años)	25,578	4.7	2,361	4.4
Hombre	6,486	2.5	586	2.3
Mujer	19,092	6.7	1,775	6.2
Urbana	21,448	4.2	2,082	4.0
Rural	4,130	12.3	279	15.3

Fuente: INEI - Censos nacional de población y vivienda 2017.

Costumbres y Hábitos de Higiene: La población usa el agua para su higiene personal y consumo. La mayoría lavan las verduras antes de cocinarlas; un 30% usan solución desinfectante, asimismo, el 78% de la población se lava las manos con jabón.

Transporte: El servicio del transporte en el distrito de La Victoria es a través de Combis, autos, motos, moto taxis, teniendo un parque automotor en crecimiento, el costo por el servicio de ruta de combi es de S/. 1.20 nuevo sol, el caso de las motos taxis el costo es S/. 1.50 nuevo sol dentro del distrito y fuera de ella depende de la distancia y del tiempo que se emplea, se cuenta con vías como las avenidas, calles y pasajes adecuadas.

Actividades Económicas: Las actividades principales de la población del distrito La Victoria son en primer lugar el Comercio (25.1%), Transporte, almacenamiento y comunicaciones (15.6%), Industrias manufactureras (9.6%), y un menor porcentaje de la población se dedica a la agricultura y ganadería (5.3%).

Tabla N° 08: Principales actividades económicas distrito La Victoria

Actividad económica	%
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura	5.3
Pesca	0.1
Explotación de minas y canteras	0.1
Industrias manufactureras	9.6
Suministro de electricidad, gas y agua	0.3
Construcción	8.0
Comercio	25.1
Venta, mantenimiento y reparación de vehículos automotores y motocicletas	3.0
Hoteles y restaurantes	4.8
Transportes, almacenamiento y comunicaciones	15.6
Intermediación financiera	0.5
Actividad inmobiliaria, empresarial y alquileres	4.2
Administración pública y defensa para seguridad social afiliada	3.7
Enseñanza	6.4
Servicios sociales y de salud	2.4
Otras actividades, servicio común social y personales	4.0
Hogares privados con servicio doméstico	4.0
Actividad económica no especificada	2.9
Total	100

Fuente: INEI Censo nacional de población y vivienda 2017

En el distrito de la Victoria del total de la población económicamente activa (PEA de 15 y los menores de 60 años). El 35.30% de la población está Ocupada y el 25.25% Desocupada.

Tabla N° 09: Población económicamente activa según categorías distrito La Victoria

Categorías	%
PEA ocupada	35.30
PEA desocupada	25.25
No PEA	39.45
Total	100.00

Fuente: INEI Censo nacional de población y vivienda 2017

Turismo: En el distrito La Victoria, la mayor concentración turística se presenta cada año durante las festividades patronales que realiza, por ejemplo, todo el mes de octubre por el Señor de Los Milagros, el 13 de septiembre por la creación del Distrito, así como el 30 de agosto por Santa Rosa de Lima.

Estado de Salud del Distrito de La Victoria II

El Centro de Salud La Victoria II, con categoría I-3 tiene designada el 24 % de la población del distrito, contando con 17 ambientes; que resultan insuficientes para el desarrollo de la Atención Integral de Salud. Incluso sería ideal la ampliación de los ambientes y la construcción de una plataforma para actividad física con adultos mayores y trabajadores, promoviendo estilos de vida saludable, además de un auditorio para sesiones con adolescentes, promotores y líderes comunales.

Tabla N°10 Población total por micro red C.S La Victoria II

Población total Microred 2018			
Distrito La Victoria	Establecimiento	Población	%
92,360	C. S. VICTORIA II	20,319	22

Fuente: Oficina de Estadística e Informática - GERESAL 2018

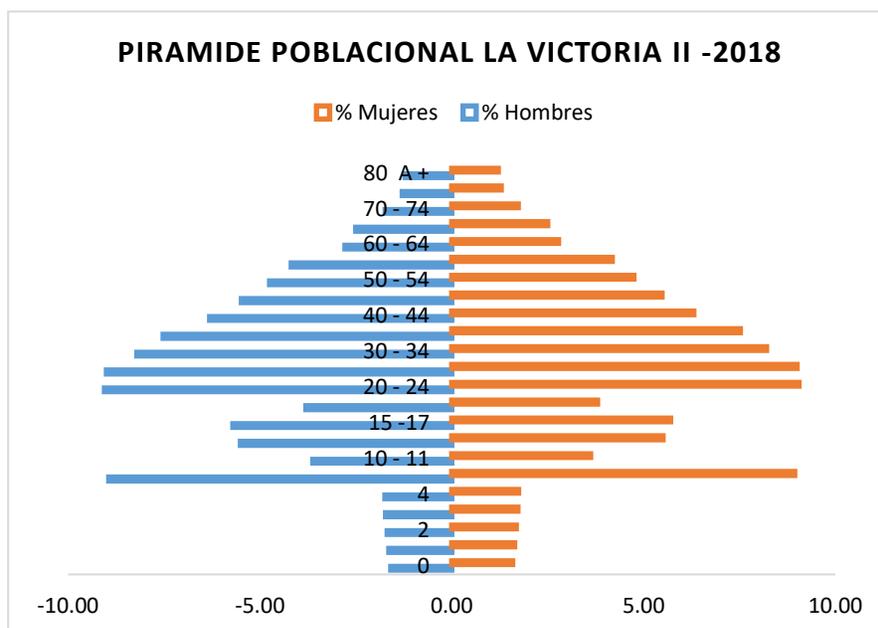
La pirámide poblacional es de tipo expansivo, típico de los países en desarrollo, de base ancha, conformado por los niños de 0-4 años, la cual se está estrechando a través de los años. Esta población es la más susceptible a enfermedades diarreicas y respiratorias, constituyendo sus principales causas de mortalidad. Por lo que se debe fortalecer las actividades preventivas promocionales para disminuirlas, fortaleciendo la lactancia materna y el cumplimiento del cronograma de inmunizaciones.

La población del distrito se caracteriza por ser una población mayormente joven, del total de habitantes el 52 % son mujeres y el 48 % hombres, con relación a los grupos etarios es de significar que el 68.0% son menores de 29 años, 28.6% de la población se encuentra comprendida entre 30 a 64 años (promedio) y el 3.4% son personas mayores de 65 años.

El grupo etario adulto mayor proporcionalmente está aumentando debiéndose fortalecer la atención en las enfermedades no transmisibles y degenerativas desarrollándose, estrategias adecuadas para las actividades de prevención y control de estos daños.

La población de MEF y pediátrica constituyen un importantísimo porcentaje de la pirámide poblacional, por lo que debemos continuar fortaleciendo los establecimientos de Salud de la Provincia en la atención del binomio madre niño, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad en estos grupos etarios²³.

Gráfico N° 01 Pirámide Poblacional La Victoria II - 2018



La población del distrito y de la región en general está creciendo, determinando que se incrementen espacios de atención, recursos humanos, logísticos, tecnológicos para cumplir no solo con las actividades asistenciales sino también las preventivas promocionales en sus diferentes aspectos.

Tabla N°11 Población 2018. Grupos por edad

POBLACIÓN 2018						
EDAD	Distrito La Victoria	C.S. El Bosque	C.S La Victoria I	C.S La Victoria II	P.S Chosica del Norte	P.S Antonio Raymondi
<1 año	443	126	148	116	21	32
1 año	1028	294	343	269	49	73
2 años	1472	420	491	386	70	105
3 años	1457	417	486	381	69	104
4 años	1488	425	496	390	71	106
5-9 años	6766	1933	2255	1772	322	484
10-11 años	2720	777	907	712	130	194
12-14 años	4162	1189	1387	1090	199	297
15-17 años	4317	1233	1439	1131	206	308
18 -19 años	2864	818	955	750	136	205
20-24 años	6911	1975	2303	1810	329	494
25-29 años	6930	1980	2310	1815	330	495
30-34 años	6508	1859	2169	1705	310	465
35-39 años	5803	1658	1934	1520	276	415
40-44 años	4972	1421	1657	1302	237	355
45-49 años	4305	1230	1435	1127	205	308
50-54 años	3769	1078	1256	987	179	269
55-59 años	3404	972	1135	891	162	244
60-64 años	2694	770	898	706	128	192
65-69 años	2091	597	697	548	100	149
70-74 años	1427	408	475	374	68	102
75-79 años	1039	297	347	272	49	74
80 a mas	1012	289	338	265	48	72
TOTAL	77582	22166	25861	20319	3694	5542

Fuente: Oficina de Estadística e Informática - GERESAL 2018

Es relevante mencionar que la mayor cantidad de mujeres se concentra en las MEF lo que determina acciones sanitarias dirigidas hacia este grupo etario.

Según el primer Objetivo Sanitario Nacional 2007-2020 de reducir la mortalidad materna uno de los principales es reducir el embarazo en adolescentes por lo que debemos continuar fortaleciendo la estrategia de brindar atención integral y diferenciada a los adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y en todos los campos de salud del distrito.

Tabla N° 12 Grupos Especiales: Gestantes y adolescentes

TOTAL	Nacim ento	28 días	Población Femenina Total	Población femenina			
				10-14 años	15-19 años	20-49 años	Gest. Esperada
Distrito La Victoria	1218	93	39823	3420	3590	18579	1658
C.S El Bosque	348	27	11056	977	1026	5308	474
C.S La Victoria I	406	31	13424	1140	1197	6193	553
C.S La Victoria II	319	24	10548	896	940	4866	434
P.S Chosica del Norte	58	4	1918	163	171	885	79
P.S Antonio Raymondi	87	7	2877	244	256	1327	118

Fuente: Oficina de Estadística e Informática - GERESAL 2018

Indicadores Sanitarios distrito La Victoria

La desnutrición Global, crónica y la anemia aún siguen siendo un problema, aunque hay una disminución de la desnutrición global al pasar del 3,2% en el 2014 al 2,6% en el 2018. La anemia pasó del 42.5% en el 2014 al 38% en el 2018 pasando por variaciones con incrementos y disminuciones en los últimos cinco años. Un dato importante es el porcentaje de la obesidad desde el 2014 al 2017 fue disminuyendo del 4.3% al 2.3% para tener un incremento en el 2018¹⁹.

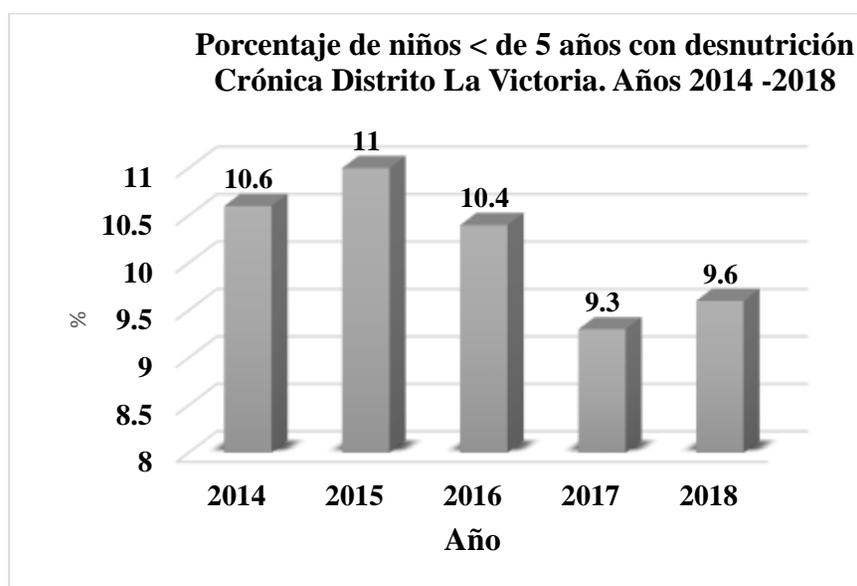
Tabla N° 13: Casos de desnutrición global, crónica, obesidad y anemia en niños menores de 5 años del distrito La Victoria años 2014-2018

Años	Desnutrición global	Desnutrición crónica	Obesidad	Anemia
2014	3.2	10.6	4.3	42.5
2015	3.0	11.0	3.7	38.1
2016	3.0	10.4	2.6	41.8
2017	2.9	9.3	2.3	47.9
2018	2.6	9.6	2.7	38.0

Fuente: Base datos SIEN-INS

Si comparamos el problema de desnutrición crónica en el distrito La Victoria en los últimos cinco años observamos una tendencia a la disminución desde el 2015 al 2017 con un ligero incremento en el año 2018.

Gráfico N°02: Porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica distrito La Victoria. Años 2014 -2018



Fuente: SIEN-INS

Las coberturas de Inmunizaciones en el menor de 1 año con 3era Pentavalente, SPR1, neumococo 3 dosis en los últimos cuatro años (2014-2017) están dentro de lo Ideal, lo preocupante es la cobertura de niños de 4 años con DPT 2da. Dosis que solo alcanzó el 51% que indica una cobertura de alto riesgo.

TablaN°14: Indicadores de Inmunizaciones en el menor de 5 años. Distrito La Victoria. Años 2014 – 2017

Indicadores de coberturas	2014	2015	2016	2017
Niños < de 1 año protegidos con vacuna Pentavalente 3 dosis	94,0	104,3	98,64	187,7
Niños de 1 año protegidos con vacuna SPR 1 dosis	91,0	101,0	93,60	94,6
Niños de 1 año protegidos con vacuna contra Neumococo 3 dosis	100	91,4	91,58	88,1
Niños de 4 años con vacuna DPT 2 Dosis	43,0	45,5	42,0	51,1

Fuente: informe operacional de Microred La Victoria

La cobertura de Control de crecimiento y desarrollo en el niño y niña menor de 1 año es de 66% y la suplementación con hierro en este mismo grupo etario fue de 63%, estas

coberturas reflejan riesgo para los niños y niñas que no tienen acceso a este servicio que debería preocuparnos.

**Tabla N° 15: Indicadores de CRED en el menor de 5 años distrito La Victoria.
Años 2013 – 2017***

Indicadores	2013	2014	2015	2017
% de niños controlados en Crecimiento y Desarrollo	51.2	74	66	45,7
% de niños suplementados con sulfato ferroso < 6 meses	12	21	76.1	35.9
% de niños suplementados con sulfato ferroso de 6-35 meses	16	100	63	11,5

*No se encontró registro 2016

Fuente: Informe operacional de Microred la Victoria

MORBILIDAD DISTRITO LA VICTORIA

La primera causa de Morbilidad en el año 2017 en los niños de 0 a 11 años fueron las Infecciones Respiratorias agudas seguida de las enfermedades del sistema digestivo.

Tabla N° 16: Primeras causas de morbilidad según capítulos y grupos etarios distrito La Victoria. Año 2017

Morbilidad	TOTAL	0-11	12-17	18-29	30-59	>60
1 Capítulo X: Enfermedades del sistema respiratorio	12,052	7,463	822	1,039	1,582	1,146
2 Capítulo XI: Enfermedades del sistema digestivo	10,041	2,413	1,023	2,320	3,055	1,230
3 Capítulo IV: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,880	1,068	351	1,356	2,177	1,928
4 Capítulo I: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5,945	2,267	349	1,357	1,545	427
5 Capítulo XIII: Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	4,440	110	128	411	1,816	1,975
6 Capítulo XV: Embarazo, parto y puerperio	4,235	1	296	2,701	1,235	2
7 Capítulo XIV: Enfermedades del sistema genitourinario	4,180	397	219	1,179	1,694	691
8 Capítulo XVIII: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados	3,793	1,551	366	656	878	342
9 Capítulo XII: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2,264	999	215	337	443	270
10 Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	2,080	540	150	398	586	406

Fuente: Oficina de estadística GERESA Lambayeque

La primera causa de Morbilidad en el año 2018 en los niños de 0 a 11 años fueron caries dental e infecciones respiratorias altas (faringitis y rinofaringitis aguda).

Tabla N° 17: Primeras causas de morbilidad en consulta externa según capítulos y grupos etarios distrito La Victoria. Año 2018

Código	Morbilidad	Total	Grupo etario (años)				
			0-11	12-17	18-29	30-59	60+
	Total general	1,255,329	384,966	87,188	199,785	364,097	219,293
K02	Caries dental	81,572	35,642	10,660	15,786	16,556	2,928
J02	Faringitis aguda	76,925	45,393	5,454	6,854	12,682	6,542
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	61,645	42,100	3,356	4,568	7,187	4,434
N39	Otros trastornos del sistema urinario	48,101	5,587	2,563	10,611	20,984	8,356
M54	Dorsalgia	46,548	447	1,106	5,155	24,071	15,769
E66	Obesidad	44,588	5,050	2,849	10,336	20,246	6,107
K29	Gastritis y duodenitis	27,223	372	1,621	4,737	12,786	7,707
K04	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	26,815	10,160	2,449	4,544	7,431	2,231
J03	Amigdalitis aguda	25,663	16,271	1,909	2,274	3,809	1,400
I10	Hipertensión esencial (primaria)	23,028	118	85	326	5,583	16,916
	Otras causas	793,221	223,826	55,136	134,594	232,762	146,903

Fuente: Oficina de Estadística e Informática GERESA

MORTALIDAD DISTRITO LA VICTORIA

La primera causa de Mortalidad el año 2017 fue neumonía, organismo no especificado con un total de 49 personas, seguida de la Hipertensión arterial con 35 personas, y en tercer lugar muerte por infarto agudo de miocardio.

Tabla N° 18: Primeras causas de mortalidad distrito La Victoria. Año 2017

CIE10	Causas	Total		
		T	H	M
J18	Neumonía, organismo no identificado	49	28	21
I10	Hipertensión esencial (primaria)	35	20	15
I21	Infarto agudo de miocardio	20	12	18
J84	Otras enfermedades pulmonares intersticiales	20	11	19
A41	Otras septicemias	16	8	8
C16	Tumor maligno del estómago	16	7	9
E14	Diabetes mellitus, no especificada	15	14	11
K74	Fibrosis y cirrosis del hígado	13	13	0
N18	Insuficiencia renal crónica	13	6	7
V09	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	11	7	4
W34	Disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	9	9	0
C25	Tumor maligno del páncreas	8	5	3
I50	Insuficiencia cardiaca	8	4	4
C34	Tumor maligno de los bronquios y el pulmón	7	4	3
C50	Tumor maligno de la mama	7	0	7
I70	Aterosclerosis	7	5	2
C18	Tumor maligno del colon	6	2	4
C53	Tumor maligno del cuello del útero	6	0	6
A16	Tuberculosis respiratoria, no confirmada bacteriológica o histológicamente	5	5	0
A61	Tumor maligno de la próstata	5	5	0

Fuente: Oficina de estadística GERESA Lambayeque

Dentro de las primeras causas de Mortalidad por red Chiclayo para el año 2017 están en primer lugar están la neumonía con un total de 574 personas, seguido de hipertensión esencial y diabetes mellitus.

Tabla N° 19: Primeras causas de mortalidad. Red de salud Chiclayo. Año 2017

N°	Causas	Total		
		T	H	M
1	Neumonía, organismo no identificado	574	294	280
2	Hipertensión esencial (primaria)	255	125	130
3	Diabetes mellitus, no especificada	182	95	87
4	Fibrosis y cirrosis del hígado	164	110	54
5	Infarto agudo de miocardio	162	88	74
6	Otras enfermedades pulmonares intersticiales	161	75	86
7	Tumor maligno del estómago	118	58	60
8	Peatón lesionado en otros accidentes de transporte, y en los no especificados	111	82	29
9	Otras septicemias	104	46	58
10	Tumor maligno del cuello del útero	97	0	97
11	Insuficiencia renal crónica	91	53	38
12	Tumor maligno de los bronquios y el pulmón	82	45	37
13	Tumor maligno de la próstata	81	81	0
14	Otras enfermedades obstructivas crónicas	65	24	41
15	Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	65	36	29
16	Tumor maligno de la mama	62	0	62
17	Insuficiencia cardíaca	61	29	32
18	Otros trastornos del sistema urinario	56	24	32
19	Accidente vascular encefálico agudo, no especificado, como hemorrágico ó isquémico	44	26	18
20	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación.	43	39	4
	Otras causas	1539	844	695
	Total	4117	2174	1943

Fuente: Oficina de estadística GERESA Lambayeque

2.1.2. Diagnóstico de los involucrados

Grupo Involucrado	Problema percibido	Intereses	Estrategias	Acuerdos y Compromisos
Madres de Niños de 0 a 36 meses	No reciben estimulación temprana.	Mejorar la atención integral del niño	Creación del centro de estimulación temprana	Asistencia periódica a las sesiones de estimulación temprana
Personal de salud que brinda atención integral del niño	No cuentan con ambiente para realizar las sesiones de estimulación temprana.	Adecuación de espacios para la estimulación temprana	Construcción y equipamiento del ambiente de estimulación temprana	Participación activa en la gestión para la edificación e implementación del CET
	Escaso personal	Monitoreo permanente de las necesidades de recursos humanos	Mejorar la asignación de recursos humanos	Mayor presupuesto y monitoreo a la gestión de recursos humanos
	Personal no capacitado	Desarrollo de capacidades	Entrenamiento y actualización del personal en estimulación temprana.	Participación activa en las capacitaciones
Familias y Promotores de Salud	Desconocimiento sobre el programa de estimulación temprana	Adecuación cultural al programa de estimulación temprana	Niños con estimulación temprana	Compromiso de la familia de asistir a las sesiones de estimulación temprana de sus hijos.
Municipalidad distrital. Organizaciones de bases Vasos de Leche	Falta de compromiso con la atención integral del niño.	Sensibilización en la atención integral del niño	Desarrollo de capacidades	Participación activa en las capacitaciones para la atención integral del niño

2.1.3. Diagnóstico de los servicios

Infraestructura

El Centro de salud la Victoria II está construido de material noble, cuenta con 20 ambientes distribuidos en 2 pisos: el primer piso: Cuenta con 17 ambientes: Admisión, Triaje, Farmacia, Consultorio del Joven, Adulto y Adulto Mayor, PROMSA, Consultorio de Obstetricia, Tópico de Emergencia, Oficina del SIS, Consultorio de CRED, Consultorio de Psicología, Nutrición, Consultorio de Odontología, Consultorio Médico, Gerencia, Consultorio de Zoonosis, Recaudación, Servicio Higiénico para el personal, Servicio Higiénico para Público. El segundo piso: Cuenta con 3 ambientes: Laboratorio, Estrategia de TBC, consultorio de UAMP.

El centro de salud La Victoria II actualmente tiene sus ambientes deteriorados, construidos hace 49 años y 46 años de funcionamiento.

Por la demanda estos ya son insuficientes por lo que se debe ampliar su estructura y atender a la comunidad que cada día es más numerosa.

Fachada del establecimiento de salud la victoria II en malas condiciones y con un protector de sol en malas condiciones

El Consultorio de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones es de material noble el cual cuenta con un área de 4 m², en donde labora dos enfermeras y 1 técnico de enfermería, funcionando el área de vacuna y crecimiento y desarrollo de la etapa vida niño.

Cuenta con 2 ambiente 1 de material noble y el otro de material prefabricado.

Centro Salud La Victoria II



Servicio de CRED



Servicio de Obstetricia



Equipamiento

En el 2010 La Municipalidad del distrito La Victoria a través del Articulado Nutricional, Implemento el establecimiento con equipos como: Tallímetro, infantómetro, balanzas digitales, colchonetas baterías CRED, Doppler, kits de sesiones demostrativas. Todos estos equipos fueron dados en sesión de uso y actualmente se encuentran en regular estado. Ningún establecimiento de salud de la Microred La Victoria cuenta con materiales y Equipos para realizar las sesiones de estimulación temprana a los menores de 3 años.

Equipamiento: obsoleto, si supero su vida útil, inadecuado, limitado

Descripción	Cantidad	Bueno	Regular	Malo
Escritorio	1	1	0	0
Mesa para examen físico	2	1	1	0
Total	3	2	1	0

Del total de equipamiento se observa que el 66,67% se encuentra en condiciones de bueno y el 33.33% en condición regular

Recursos Humanos

La brecha de Recursos humanos en los establecimientos del distrito La Victoria sigue siendo muy alta, en el año 2017 la brecha del recurso Profesional de enfermería fue de 49 (80%), pues solo había 12 profesionales de enfermería, esta situación no ha cambiado pues al presente año, la población del distrito de la Victoria es de 92360, y solo contamos con 19 enfermeras en CRED y PAI, 02 Técnicos de nutrición, 15 Obstetras, 01 nutricionista, 10 Técnicos de Enfermería.

El servicio de control de CRED del C.S La Victoria II cuenta con 5 personal asistencial: 3 médicos y 2 enfermeras. De los médicos 2 son nombrados y uno se encuentra contratado bajo la modalidad CAS, los médicos atienden las interconsultas de los niños que presentan alguna patología; Del profesional de enfermería 2 son nombradas. No cuenta con técnico de enfermería.

Descripción	Cantidad	Nombrado	CAS	728
Médico	3	2	1	0
Enfermera	2	2	0	0
Técnico Enfermería	0	0	0	0
Total	5	4	1	0

SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud tienden a involucrar a la comunidad en actividades vinculadas a la salud (desde el planeamiento hasta la prestación de servicios), para que la comunidad e individuos dejen de ser objeto de atención y se conviertan en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud.

Los servicios de salud deben ser apoyados por agentes o promotores comunitarios y las organizaciones comunales.

Carteras de servicios del Centro de Salud La Victoria II, categoría I-3

Servicios	Turno	
	Mañana (7:30am-1:30pm)	Tarde (1:30pm-7:30pm)
Consultorios médicos		
Medicina general	X	X
Estrategias		
Tuberculosis	X	X
Enfermedades Metaxénicas	X	
Zoonosis	X	
Enfermedades no transmisibles	X	
Accidentes de tránsito.	X	
Unidades Operativas		
Niño	X	X
adolescente	X	
adulto y adulto mayor	X	
Emergencia		
Tópico de Emergencia	X	X
Otros Servicios		
Odontología	X	X
Enfermería	X	X
Admisión	X	X
Triaje	X	X
Tópico de Emergencia General	X	X
Promoción de la salud	X	
Laboratorio	X	
Terapia Fisca y rehabilitación		X
Nutrición	X	X
Psicología	X	X
Saneamiento ambiental	X	
Oficina del SIS	X	
Farmacia	X	X

2.2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA SUS CAUSAS Y EFECTOS

2.2.1 Definición del problema central

Deficiente desarrollo de estimulación temprana en niños menores de 3 años en el Centro de Salud La Victoria II.

2.2.2 Análisis de causas

Causas directas

Se han identificado 02 causas directas que ocasionan el problema central, estas son:

1. Insuficiente servicio para la prestación de estimulación temprana para los niños menores de 3 años, no se cuenta con la infraestructura correspondiente y el recurso humano no abastece a la demanda de atenciones, siendo que las atenciones superan se encuentran en el rango de 15 por día.
2. Desconocimiento de la importancia de brindar y recibir la prestación, no existe una información fluida sobre este servicio; lo cual ocasiona el desconocimiento de la población.

Causas indirectas:

Se han identificado 06 causas indirectas, estas son:

1. Inadecuada Infraestructura para brindar sesiones de estimulación temprana para niños menores de 3 años. No se cuenta con ambiente exclusivo para brindar las sesiones de estimulación temprana, muchos de los ambientes de las diferentes estrategias son compartidos, solo se realizan los controles de crecimiento y desarrollo y por la gran demanda de niños y el tiempo limitado no permite hacer una sesión.
2. Limitado Equipamiento para la estimulación temprana para niños menores de 3 años. El ambiente de control CRED, es reducido, e incluso todo el establecimiento de salud, por lo que no permite desarrollar sesiones de estimulación temprana.
3. Limitado recurso humano especializado para la estimulación temprana para niños menores de 3 años. El personal de enfermería responsable de las sesiones de estimulación temprana,

deben realizar actividades de capacitación en dicha área, actividades necesarias para estandarizar la atención al niño menor de 3 años y brindar así una atención de calidad.

4. Escasa información para la estimulación temprana para niños menores de 3 años. Por no contar con el servicio propio y específico no se ha podido ofertar ni hacer la difusión correspondiente.
5. Desinterés de los padres de familia sobre la importancia de la estimulación temprana para niños menores de 3 años. Por no contar con el servicio exclusivo de estimulación los padres desconocen la importancia del mismo, por lo que es importante educar brindando talleres en familia con el menor de 3 años.
6. Insuficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años. Debido al desconocimiento de las autoridades en temas de trabajo multisectorial se llega al desconocimiento en la importancia de que los niños reciban estimulación temprana.

2.2.3 Análisis de los efectos

Efectos directos

- Detección tardía de niños con problemas de desarrollo
- Bajo rendimiento escolar.

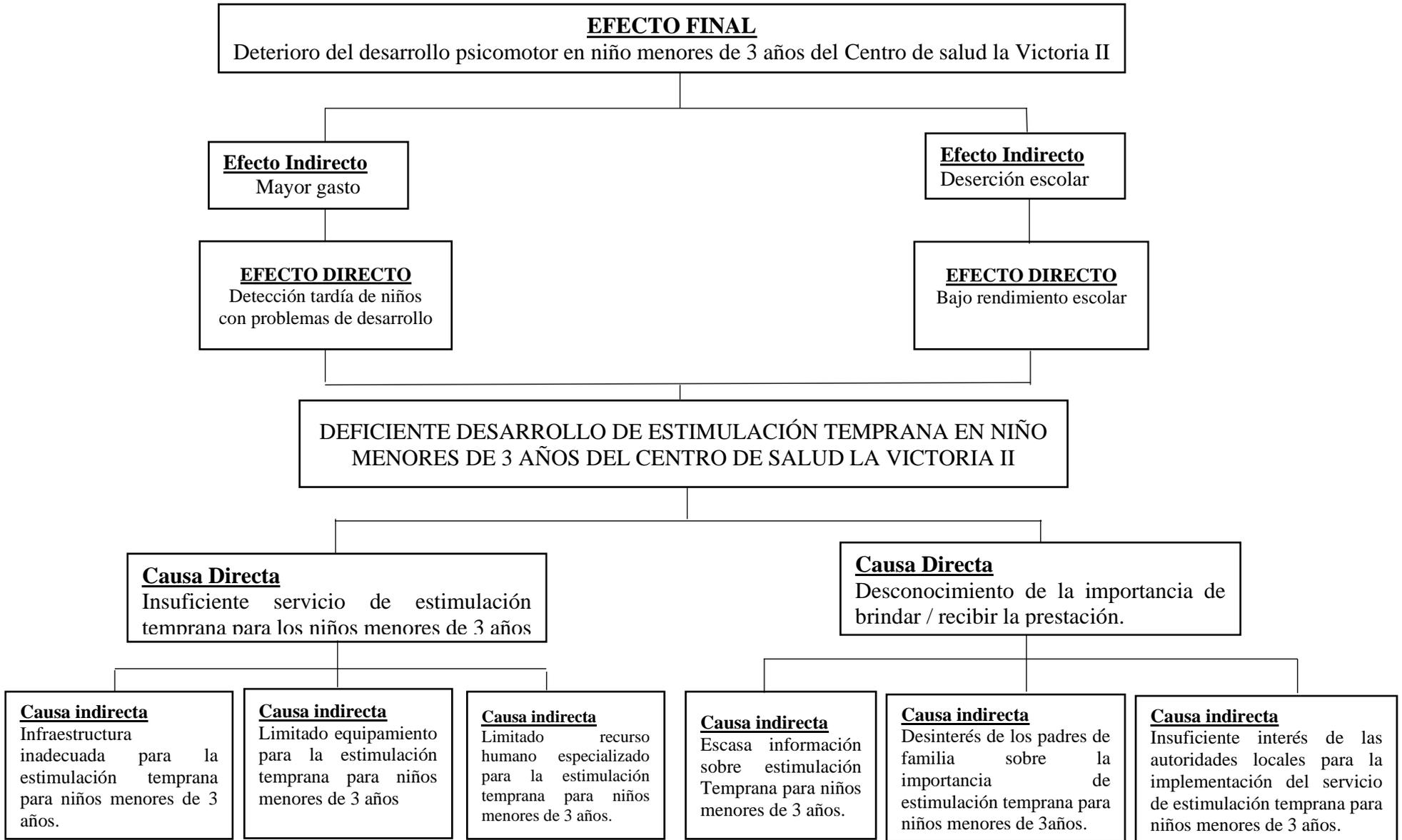
Efectos indirectos

- Mayor gasto económico de salud por parte de la familia y del establecimiento de salud.
- Deserción escolar.

Efecto final

Deterioro del desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años del distrito de la Victoria.

Árbol de problemas (causas y efectos)



2.3. DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS MEDIOS Y FINES

2.3.1. DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO CENTRAL

Contribuir a un eficiente desarrollo de estimulación temprana en niños menores de 3 años en el Centro de salud la Victoria II.

Principales indicadores del objetivo central

Principales indicadores del objetivo	Valor Actual	Valor final del proyecto
70% niños menores sin riesgo y retraso en el desarrollo psicomotor	5%	70%
% de niños menores de 3 años que recibieron estimulación temprana mensual	50%	80%
80% de niños menores de 3 años con sesiones de estimulación completas.	5%	80%
Al finalizar el proyecto 70% de padres realizando estimulación temprana a sus niños menores de 3 años.	10%	70%

2.3.2. ANÁLISIS DE MEDIOS MEDIOS DE PRIMER NIVEL

1. Suficiente servicio para la prestación de estimulación temprana para los niños menores de 3 años, contando con la infraestructura correspondiente y el recurso humano capacitado para la atención exclusiva de estimulación temprana.
2. Conocimiento de la importancia de brindar y recibir la prestación, haciendo conocer a la población la importancia de que se puedan identificar daños irreversibles en el desarrollo psicomotor.

MEDIOS FUNDAMENTALES

1. Infraestructura adecuada para la estimulación temprana para niños menores de 3 años, permitiendo un espacio de libertad y armonía para el desarrollo psicomotor del niño.
2. Suficiente Equipamiento para la estimulación temprana para niños menores de 3 años, logrando identificar sus logros y avances en su desarrollo, del mismo modo poder identificar los riesgos del desarrollo psicomotor.
3. Recurso Humano especializado para la estimulación temprana para niños menores de 3 años, permite lograr un mejor desarrollo del servicio donde los padres de familia se sientan satisfechos con la atención humana y de calidad.
4. Adecuada información sobre estimulación temprana para niños menores de 3 años, para que los padres puedan informarse correctamente de la importancia de asistir a sus respectivos controles de estimulación y poder tener niños sanos que puedan desenvolverse correctamente en la sociedad.
5. Interés de los padres de familia sobre la importancia de la estimulación temprana para niños menores de 3 años, logrando un mejor desarrollo psicomotor y prevención de riesgos.
6. Suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años, informando a la colectividad en general de su importancia de asistir y llevar a sus niños.

2.3.3. ANÁLISIS DE FINES FINES DIRECTOS

- Detección oportuna de niños con problemas de desarrollo
- Alto rendimiento escolar.

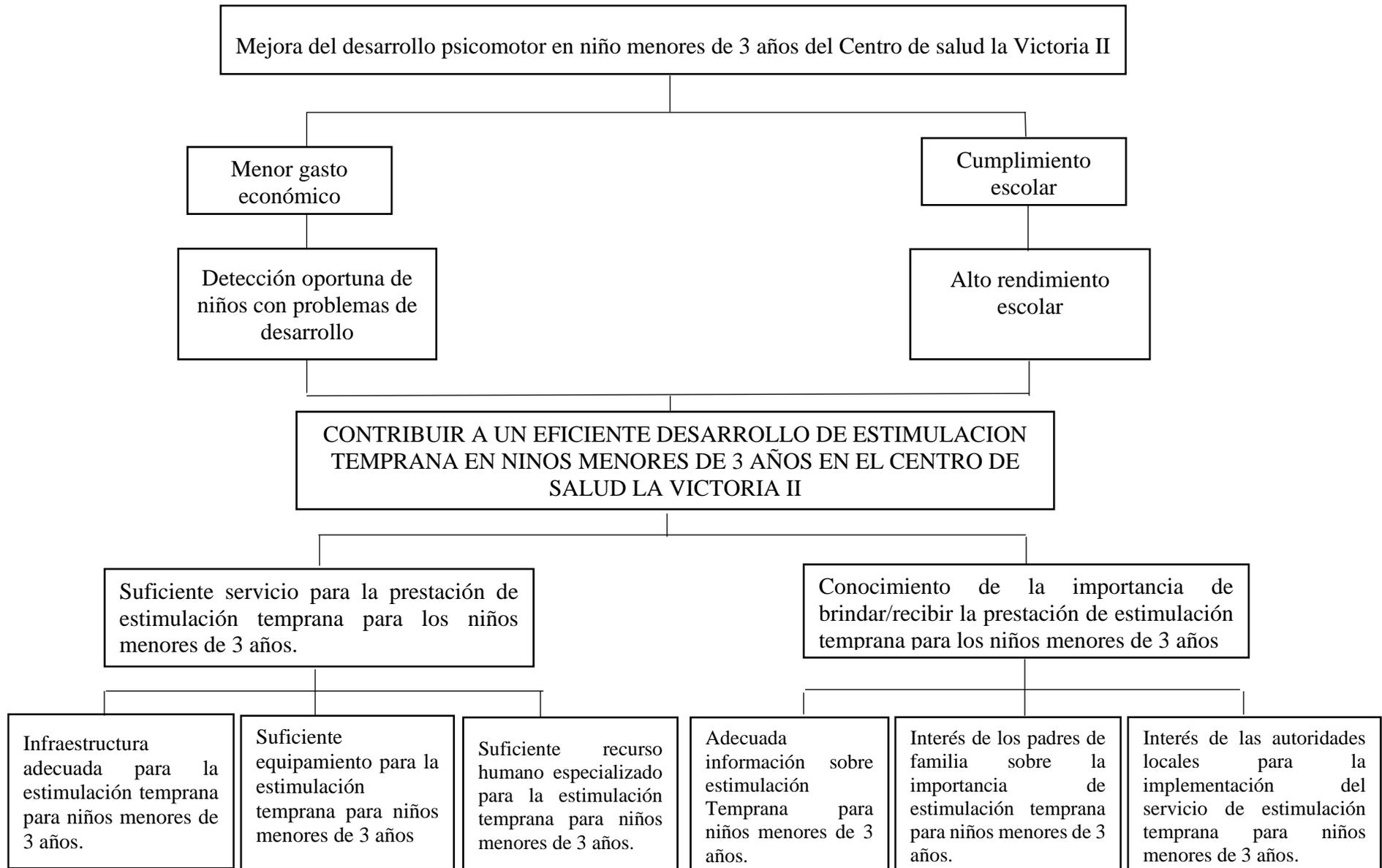
FINES INDIRECTOS

- Menor gasto económico de salud por parte de la familia y del establecimiento de salud.
- Asistencia escolar.

FIN FINAL

Mejora del desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años.

Árbol de objetivos



2.4. DETERMINACIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

2.4.1 Descripción de las alternativas de solución

Se proponen acciones a partir de los medios fundamentales los cuales constituyen las raíces del árbol de medios y fines.

Medios fundamentales	Alternativas de solución
Medio fundamental 1: Infraestructura adecuada para la Estimulación temprana de niños menores de 3 años.	1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.
Medio fundamental 2: Adecuado equipamiento para la Estimulación temprana de niños menores de 3 años.	2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana.
Medio fundamental 3: Suficiente recurso humano especializado para la Estimulación temprana de niños menores de 3 años.	3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.
	3.2. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.
	3.3. Diplomado en Estimulación Temprana.
Medio fundamental 4: Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años.	4.1. Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años
	4.2. Pasacalle
Medio fundamental 5: Interés de los padres de familia sobre la importancia de estimulación temprana para niños menores de 3 años.	5.1. Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.
Medio fundamental 6: Suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años.	6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.

2.4.2 Matriz de marco lógico

Resumen	Indicador	Fuente de verificación	Supuestos
Mejora del desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años.	Al 2021, se incrementará de 50% a 85% la atención en desarrollo psicomotor en niños menores de 3 años.	- Registro HIS - Registro diario - Padrón de niños < de 3 años con fechas de controles y citas. - Informe analítico	Si cuenta con el financiamiento para la ejecución del proyecto
Propósito			
Eficiente desarrollo de estimulación temprana en niños menores de 3 años en el Centro de salud la Victoria II.	El 70% de los niños menores de 3 años, culminarán su control de CRED con desarrollo psicomotor normal, serán niños activos desempeñándose muy bien en el nivel inicial.	- Registro HIS. - Cuaderno de atenciones. - Ficha única de atención de salud. - Informe analítico.	Personal de salud e instituciones públicas y privadas involucradas en el desarrollo del proyecto
Componentes			
R1: Se habrá instalado un módulo con infraestructura adecuada para el servicio de estimulación temprana.	Al finalizar el proyecto se cuenta el servicio de estimulación temprana	Acta de entrega y fotos	Participación de los gobiernos locales, GERESA y población en general.

<p>R2: Se habrá dotado de equipamiento suficiente en el servicio de estimulación temprana.</p>	<p>Al finalizar el proyecto se cuenta el servicio de estimulación temprana equipada para brindar una atención integral de salud a nivel familiar.</p>	<p>Acta de entrega y fotos.</p>	<p>Participación de los gobiernos locales.</p>
<p>R3: Se habrá fortalecido las competencias de los recursos humanos para la atención en estimulación temprana.</p>	<p>Al primer trimestre del proyecto 3 profesionales capacitados para la atención en estimulación temprana.</p>	<p>- Registro de asistencia a taller. - Fotos. - Certificados. - Replica de pasantías</p>	<p>GERESA Comprometida en el fortalecimiento de capacidades de los profesionales de salud.</p>
<p>R4: Se habrá realizado una correcta difusión del servicio de Estimulación Temprana.</p>	<p>Al primer trimestre el 50% de la población sabrá del centro de estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>Publicidad en los diferentes medios de comunicación.</p>	<p>Participación del personal de salud y padres de familias en los talleres de estimulación temprana.</p>
<p>R5: Se habrá desarrollado una eficiente información, educación y comunicación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.</p>	<p>Al segundo trimestre del proyecto se cuenta con 50% de familias informadas sobre la importancia de estimulación temprana en los niños menores de 3 años.</p>	<p>- Registro de asistencias. - Trípticos. - Fotos</p>	<p>Personal de salud trabajando permanentemente con las familias.</p>

R6: Se habrá logrado suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana.	Participan las autoridades en la inauguración, en la difusión y continuo crecimiento del centro de estimulación temprana.	- Actas. - Fotos. - Compromisos	Trabajo multidisciplinario.
Actividades			
1.1 Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.	El C.S la victoria contara con un ambiente de estimulación temprana.	- Acta. - Fotos	Se realiza la creación del centro de estimulación temprana.
2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana.	El servicio esta implementado con todos los equipos y materiales necesarios.	- Acta. - Fotos	Se realiza la creación del centro de estimulación temprana en el C.S La Victoria II
3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.	Tres talleres de capacitación para el personal responsable	- Asistencia. - Fotos	Personal de salud recibe capacitación en estimulación temprana.
3.2 Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.	Una pasantía	- Asistencia. - Fotos. - Replica	Personal de salud realiza la réplica al equipo de trabajo.

3.3 Diplomado en Estimulación Temprana.	3 Diplomados	- Asistencia. - Fotos. - Certificado	Personal de salud capacitado en estimulación temprana
4.1 Adecuada información sobre estimulación temprana para niños menores de 3 años	3 campañas de difusión masiva	- Registros. - Fotos	En coordinación con la Municipalidad distrital se realiza la difusión masiva.
4.2. Pasacalle	1 pasacalle ejecutado	- Registros - Asistencia - Fotos	Equipo de salud y padres de familia participan del pasacalle.
5.1. Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.	2 talleres trimestrales	- Registros - Asistencia - Fotos	Participación de los padres de familia con sus hijos en los talleres de estimulación temprana
6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	2 capacitaciones anuales	- Registros - Asistencia - Fotos	Participación activa de las autoridades locales.

CAPÍTULO III: FORMULACIÓN

3.1 Horizonte de Evaluación

El horizonte de evaluación del PIP comprende el período de ejecución del proyecto (período “0”) más un máximo de diez (10) años de generación de beneficios (período ex post). Dicho período que inicia en mayo del 2018 hasta el diciembre del 2027, el mismo que comprende todas las fases del Ciclo del Proyecto.

El período “2018” comprende el tiempo de realización de todas las acciones necesarias para la ejecución del proyecto, que puede ser mayor a un año.

3.2 Análisis de la Demanda

El estudio comprende instalación del servicio de estimulación temprana en el centro de salud la Victoria II, distrito la Victoria, Chiclayo - Lambayeque; donde existe una población de 20,319 habitantes, estableciendo como prioridad la población total de niños menores de 3 años, los mismos que ascienden a 771 niños.

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

Cuadro N° 01: Población asignada al Centro de Salud La Victoria II

Población de Referencia	Total	Edades puntuales y grupos de edad									
		<1a	1	2	3	4	5-9	10-19	20-44	45-64	≥65
Total	20,319	116	269	386	381	390	1772	3683	8152	3711	1459

Fuente: GERESA- Oficina de Epidemiología

Asimismo, para determinar la Población con necesidades sentidas o población demanda potencial, Población que busca atención y Población demanda efectiva se aplicaran los siguientes indicadores:

Cuadro N° 02: Indicadores para determinación de la demanda

Población Referencial	20,319	
% con necesidades sentidas	63,6%	
% Pob. que busca atención	53.2%	
% de Asegurado al SIS	80.0%	FACTOR 0.640
% de Pob. que debe coberturar al I Nivel MINSA	80.0%	

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 4,400.

Cuadro N° 03: Estimación de la población Demanda Efectiva

Población referencial (a)	% de población con necesidades sentidas (b)	Población con necesidades sentidas (c) = (a) x (b)	% de población que busca atención (d)	Población que busca atención (e) = (c) x (d)	Factor (f)	Población demandante efectiva Asegurados SIS que acceden a un EESS del 1er. Nivel (g) = (e) x (f)
22,319	63.6%	12,923	53.2%	6,875	0.640	4,400

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 4,400 por la ratio de concentración (atenciones /atendidos) 3 obteniéndose una Demanda de Atenciones 20,700.

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 4,400 por el 100 % no médicos u otros determinándose la población efectiva asegurados SIS en consultorios externos. Se detalla a continuación la población según especialidades

- Obstetricia : 10,943
- Enfermería : 6,581

Cuadro N° 04: Demanda Efectiva de Atenciones

Población demandante efectiva Asegurados SIS que acceden a un EESS del I nivel (g)	% Promedio de atendidos en consultorios externos Médico y no médico (h)	Población Demandante efectiva Asegurados SIS en consultorios externos Médicos y no médicos (i) = (g) x (h)	Especialidades (j)	% que representa cada especialidad (k)	Demanda efectiva de atendidos por especialidad (l) = (k) x (i)	Concentración en consulta externa (m)	Demanda efectiva de atenciones médicas y no médicas (n) = (l) x (m)
4,400	Médico 53%	2,332	Medicina	100.0%	2,332	2	4,867
	No Médico 47%	2,068	Obstetricia	529.1%	10,943	5	57,903
			Enfermería	318.3%	6,581	3	20,946
			Odontología	125.1%	2,586	1	3,234
			Psicología	166.0%	3,433	2	5,700
			Nutrición	1.1%	23	2	43

Para determinar la demanda Efectiva de atenciones médicas y no medicas se aplica la ratio de concentración (atenciones /atendidos)

Cuadro N° 05: Determinación de la demanda de atención según servicios**ESTIMACIÓN DEMANDA DURANTE EL HORIZONTE PIP**

SERVICIO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
MEDICINA	4867	4965	5064	5165	5269	5374	5481	5591	5703	5817	5933	
OBSTETRICIA	20946	21364	21792	22228	22672	23126	23588	24060	24541	25032	25533	
ENFERMERIA	20946	21364	21792	22228	22672	23126	23588	24060	24541	25032	25533	
ODONTOLOGIA	3234	3299	3365	3432	3501	3571	3642	3715	3789	3865	3943	
PSICOLOGIA	5700	5814	5930	6048	6169	6293	6419	6547	6678	6812	6948	
NUTRICION	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	
TOTAL	50868	51886	52924	53982	55062	56163	57286	58432	59601	60793	62008	619004

3.3. Análisis de la Oferta

Del análisis de la Oferta, se ha determinado que existe en el Distrito de La Victoria, la prestación de los servicios de enfermería, obstetricia, odontología, psicología y nutrición identificándose la oferta actual a partir del total de atenciones efectuadas en el establecimiento de salud.

Cuadro N° 6: Determinación de la oferta

CONSULTORIOS EXTERNOS MÉDICOS Y NO MÉDICOS	SERVICIOS	CANTIDAD DE ATENCIONES A PACIENTES SIS POR SERVICIO (Promedio de 3 últimos años)
Médico	MEDICINA	21,619
No Médico	OBSTETRICIA	16,266
	ENFERMERÍA	27,898
	ODONTOLOGÍA	5,849
	PSICOLOGÍA	1,700
	NUTRICIÓN	593

Cuadro N° 07: Estimación de la oferta durante el Horizonte del PIP

Atenciones 2018												
SERVICIO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
MEDICINA	21,619	22,051	22,492	22,942	23,401	23,869	24,347	24,833	25,330	25,837	26,353	263,075
OBSTETRICIA	16,266	16,591	16,923	17,262	17,607	17,959	18,318	18,685	19,058	19,439	19,828	197,936
ENFERMERIA	27,898	28,456	29,025	29,606	30,198	30,802	31,418	32,046	32,687	33,341	34,008	339,483
ODONTOLOGIA	5,849	5,966	6,085	6,207	6,331	6,458	6,587	6,719	6,853	6,990	7,130	71,175
PSICOLOGIA	1,700	1,734	1,769	1,804	1,840	1,877	1,914	1,953	1,992	2,032	2,072	20,687
NUTRICION	593	605	617	629	642	655	668	681	695	709	723	7,216
TOTAL	73332	74799	76295	77821	79377	80964	82584	84235	85920	87639	89391	892356

Fuente: Establecimiento de Salud

3.4. Balanza de 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.

SERVICIO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	TOTAL
MEDICINA	16752	17087	17428	17777	18133	18495	18865	19242	19627	20020	20420	203847
OBSTETRICIA	-4680	-4773	-4869	-4966	-5065	-5167	-5270	-5375	-5483	-5593	-5704	-56944
ENFERMERIA	6952	7091	7233	7378	7526	7676	7830	7986	8146	8309	8475	84602
ODONTOLOGIA	2615	2667	2720	2775	2830	2887	2945	3003	3064	3125	3187	31818
PSICOLOGIA	-4000	-4080	-4161	-4244	-4329	-4416	-4504	-4594	-4686	-4780	-4876	-48670
NUTRICION	550	561	572	583	595	607	619	631	644	657	670	6687
TOTAL	18189	18553	18924	19303	19689	20082	20484	20894	21312	21738	22173	221340

3.5 PLANTEAMIENTO TÉCNICO DE LA ALTERNATIVA

Alternativa 1

MEDIOS FUNDAMENTALES	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
<p>Medio fundamental 1: Infraestructura adecuada para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.</p>
<p>Medio fundamental 2: Adecuado equipamiento para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana.</p>
<p>Medio fundamental 3: Suficiente recurso humano especializado para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.</p>
	<p>3.2Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.</p>
	<p>3.3Diplomado en Estimulación Temprana.</p>
<p>Medio fundamental 4: Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>4.1 Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años</p>
	<p>4.2. Pasacalle</p>
<p>Medio fundamental 5: Interés de los padres de familia sobre la importancia de estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>5.1. Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.</p>
<p>Medio fundamental 6: Suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.</p>

Alternativa de solución 2:

MEDIOS FUNDAMENTALES	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN
<p>Medio fundamental 1: Infraestructura adecuada para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>1.1 Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.</p>
<p>Medio fundamental 2: Adecuado equipamiento para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>2.2. Alquiler de equipos</p>
<p>Medio fundamental 3: Suficiente recurso humano especializado para la Estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.</p>
	<p>3.2 Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.</p>
	<p>3.3 Diplomado en Estimulación Temprana.</p>
<p>Medio fundamental 4: Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>4.1 Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años</p>
	<p>4.2. Pasacalle</p>
<p>Medio fundamental 5: Interés de los padres de familia sobre la importancia de estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>5.1. Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.</p>
<p>Medio fundamental 6: Suficiente interés de las autoridades locales para la implementación del servicio de estimulación temprana para niños menores de 3 años.</p>	<p>6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.</p>

CAPÍTULO IV: MARCO PRESUPUESTAL

4.1. COSTOS DEL PROYECTO

PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVA N° 1									
PIP:	INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD LA VICTORIA II, DISTRITO LA VICTORIA, CHICLAYO - LAMBAYEQUE					Dpto.:	LAMBAYEQUE		
Ubicación:	12/08/2018					Provincia:	CHICLAYO		
Fecha:	12/08/2016					Distrito:	LA VICTORIA		
						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						135,584.00	0.8475	114,901.69	
	COSTOS DIRECTOS					135,584.00			
1.1.	Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana	GLB	1	75000	75000				
2.1.	Adquisición de equipos y materiales para la estimulación temprana.	GLB	1	16660.00	16660				
3.1.	Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos	GLB	1	2790.00	2790				
3.2.	Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados	GLB	1	6000.00	6000				
3.3.	Diplomado en Estimulación Temprana	GLB	1	4500.00	4500				
4.1	Difusión de la información por medios de comunicación masivos	GLB	1	9820.00	9820				
4.2	Pasacalle	GLB	1	1312.00	1312				
5.1.	Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.	GLB	1	14251.00	14251				
6.1.	Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	GLB	1	5251.00	5251				
SUB-TOTAL 1						135,584.00		114,901.69	
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.	
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%		6,779.20	6,779.20	0.8475	5,745.08	
COSTO TOTAL DIRECTO						142,363.20		120,646.78	
05.00.00	IGV		18.0%		25,625.38	25,625.38		0.00	
SUB-TOTAL 2						167,988.58		120,646.78	
07.00.00	SUPERVISIÓN (**)	Porcentaje	5.0%		8,399.43	8,399.43	0.9091	7,635.84	
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%		5,039.66	5,039.66	0.9091	4,581.51	
MONTO DE INVERSION S/.						181,427.66		132,864.13	

Costos de la Alternativa 02

PRESUPUESTO PRE-OPERATIVO ALTERNATIVA N° 2

PP INSTALACIÓN DEL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL CENTRO DE SALUD LA VICTORIA II, DISTRITO LA VICTORIA, CHICLAYO - LAMBAYEQUE **Dpto.:** LAMBAYEQUE
Ubicación: Distrito La Victoria **Provincia:** CHICLAYO
Fecha: 12/08/2018 **Distrito:** LA VICTORIA

						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					142,159.00	0.8475	120,473.73
1.1.	Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana	GLB	1	75000.00	75000			
2.2.	Alquiler de equipos	GLB	1	23235.00	23235			
3.1.	Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos	GLB	1	2790.00	2790			
3.2.	Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados	GLB	1	6000.00	6000			
3.3.	Diplomado en Estimulación Temprana	GLB	1	4500.00	4500			
4.1.	Difusión de la información por medios de comunicación masivos	GLB	1	9820.00	9820			
4.2.	Pasacalle	GLB	1	1312.00	1312			
5.1.	Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años.	GLB	1	14251.00	14251			
6.1.	Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	GLB	1	5251.00	5251			
SUB-TOTAL 1						142,159.00		120,473.73
Item	Partidas	Unidad	Cantidad	Precio	Parcial	Total S/.		Total S/.
02.00.00	GASTOS GENERALES	Porcentaje	5.0%		7,107.95	7,107.95	0.8475	6,023.69
COSTO TOTAL DIRECTO						149,266.95		126,497.42
05.00.00	IGV		18.0%		26,868.05	26,868.05		0.00
SUB-TOTAL 2						176,135.00		126,497.42
07.00.00	SUPERVISIÓN (**)	Porcentaje	5.0%		8,806.75	8,806.75	0.9091	8,006.14
08.00.00	EXPEDIENTE TECNICO	Porcentaje	3.0%		5,284.05	5,284.05	0.9091	4,803.68
MONTO DE INVERSIÓN S/.						190,225.80		139,307.23

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

El PIP si ha identificado beneficios cualitativos ya que con su implementación se mejorará la calidad de vida de los niños menores de 3 años con respecto a su estimulación temprana en el distrito de la Victoria II que por no contar con el servicio hay limitado el acceso a al mismo; por tanto, la puesta en marcha del PIP permitirá:

- ✓ Contar con un equipamiento adecuado para atender a la población menor de 3 años.
- ✓ Desarrollar competencias en el personal de salud para brindar un cuidado de calidad con enfoque de interculturalidad, desarrollando acciones de promoción y prevención de manera articulada con la población y autoridades locales.
- ✓ En las familias contar con prácticas nutricionales y de cuidado del niño menor de 3 años adecuado.
- ✓ Que las familias cuenten con acceso de ejercicios de estimulación, alimentos nutritivos y dietas adecuadas.
- ✓ La formación de agentes comunitarios de salud, que participen activamente en la vigilancia de pacientes con neutra y escasa estimulación temprana.
- ✓ Gestión concertada local para la disminución de niños sin estimulación temprana, con déficit en el desarrollo psicomotor.
- ✓ Elevar la calidad y condiciones de vida de la población beneficiaria.

4.2.3. Beneficios en la situación sin proyecto

El establecimiento de salud no dispone de personal suficiente, ni el equipamiento adecuado para el servicio de estimulación temprana, sin embargo, se ha identificado los siguientes beneficios:

- ✓ Cubrir los requerimientos para la atención de estimulación temprana.
- ✓ Contar con un espacio adecuado que le permita brindar de manera parcial una atención al niño menor de 3 años y a los padres.
- ✓ Reducir los diagnósticos de trastornos del desarrollo.

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 en estimulación temprana en niños menores de 3 años del C.S La Victoria II.
- ✓ 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 C. S La Victoria II).

Del resultado de la Evaluación Costo – Efectividad se concluye que lograr el objetivo del proyecto: con la alternativa 01 el costo será de 273,862 nuevos soles y con la alternativa 02 será de 282.660.00 nuevos soles.

Cuadro N° 09 Estimación del Costo Efectividad

Descripción	Alternativa N° 01	Alternativa N° 02
VACSN (T.D. 9%)	273,862	282,660
Beneficiarios (Total del Horizonte)	611,754	611,754
Costo efectividad	0.45	0.46

Fuente: Elaboración propia

5.2. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

5.2.1. Cronograma de ejecución física

Principales rubros	Costos de inversión	2018	2019		
		Trimestre IV	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III
Expediente técnico	5,039.66	100%			
Costo directo por componente					
1.1. Construcción de módulo para el servicio de estimulación temprana	75,000.00		50%	50%	
2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana	16,660.00		20%	40%	40%
3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos	2,790.00		25%	25%	50%
3.2. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados	6,000.00		30%	30%	40%
3.3. Diplomado en estimulación temprana	4,500.00		30%	30%	40%
4.1. Difusión de la información por medios de comunicación masivos.	9,820.00		30%	30%	40%
4.2. Pasacalle	1,312.00		30%	30%	40%
5.1. Talleres de capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años	14,251.00		30%	30%	40%
6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	5,251.00		30%	30%	40%
Costo directo total	135,584.00				
Gastos generales	6,779.20		30%	30%	40%
IGV	25,625.38		30%	30%	40%
Supervisión	8,399.43		30%	30%	40%
TOTAL	181,427.67				

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.

5.2.2. Cronograma de Ejecución financiera

Principales rubros	Costos de inversión	2018	2019		
		Trimestre IV	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III
Expediente técnico	5,039.66	100%			
Costo directo por componente					
1.2. Construcción de módulo para el servicio de estimulación temprana	75,000.00		50%	50%	
2.2. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana	16,660.00		20%	40%	40%
3.2 Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos	2,790.00		25%	25%	50%
3.4. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados	6,000.00		30%	30%	40%
3.5. Diplomado en estimulación temprana	4,500.00		30%	30%	40%
4.1. Difusión de la información por medios de comunicación masivos.	9,820.00		30%	30%	40%
4.2. Pasacalle	1,312.00		30%	30%	40%
5.1. Talleres de capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años	14,251.00		30%	30%	40%
6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	5,251.00		30%	30%	40%
Costo directo total	135,584.00				
Gastos generales	6,779.20		30%	30%	40%
IGV	25,625.38		30%	30%	40%
Supervisión	8,399.43		30%	30%	40%
TOTAL	181,427.67				

Acciones de la alternativa 01

Acciones	Unidad de medida	Cantidad	Tiempo
1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.	Módulo construido	1 centro de estimulación temprana	En 1 año
2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana.	Equipos	1 vez cada 5 años	En 3 meses
3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.	Taller	3 veces por año	Anual
3.2. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.	Pasantía	1 vez una persona	Anual
3.3. Diplomado en Estimulación Temprana.	Diplomado	3 personas	En 8 meses
4.1. Adecuada información sobre estimulación Temprana para niños menores de 3 años	Campañas	3 veces al año	Anual
4.2. Pasacalle	Campaña	1 vez al año	1 día
5.1. Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años sobre alimentación saludable.	Taller	2 días/taller	4 días
6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	Comité	1 comité	2 días

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

DIAGRAMA DE GANT: CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN SEGÚN ACCIONES Y TIEMPOS

Acciones	Unidad de medida	Cantidad	Primer año			
			Trimestre			
			I	II	III	IV
1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana.	Construcción	1 Centro de estimulación temprana	X			
2.1. Adquisición de equipos y materiales para estimulación temprana.	Equipos	1 vez cada 5 años		X		
3.1. Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos.	Taller	3 veces por año		X		
3.4. Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados.	Pasantía	1 vez una persona		X		
3.5. Diplomado en Estimulación Temprana.	Diplomado	3 personas		X		
4.1. Adecuada información sobre Estimulación Temprana para niños menores de 3 años	Campañas	3 veces al año	X	X	X	X
4.2. Pasacalle	Campaña	1 vez al año		X		
5.1. Talleres de Capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años sobre alimentación saludable.	Taller	2 días/taller	X	X	X	X
6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana.	Comité	1 comité	X	X	X	X

5.3. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

El proyecto desde el inicio contempla acciones que contribuirán a la sostenibilidad del proyecto, ya que fortalece las capacidades de los diferentes actores involucrados en el servicio de estimulación temprana en niños menores de 3 años: personal de salud, familias y comunidad.

Se incluye un accionar integral para asegurar una eficiente implementación del programa de estimulación temprana en niños menores de 3 años. Se ha determinado que las áreas de atención principales para garantizar una buena atención son las siguientes:

- Mejoramiento del acceso y la calidad de la atención al niño menor de 3 años en servicios de estimulación, salud y otros servicios sociales relacionados.

- Mejoramiento del acceso al conocimiento y la información apropiada por parte de las familias, trabajadores, líderes comunales y autoridades.

- Mejoramiento de las prácticas de estimulación temprana, nutrición y recreativas a nivel familiar y comunal.

- A nivel organizacional del sector salud se fortalecerá las competencias del personal de salud del ámbito del proyecto para brindar un cuidado integral de calidad a los pacientes con déficit en el desarrollo físico, sensorial y social; con énfasis en acciones de promoción y prevención; también se realizará el monitoreo y evaluación de los indicadores acordes a las normas técnicas actuales para la disminución de pacientes con déficit en el desarrollo, mediante el desarrollo de intervenciones comunitarias. El seguimiento de indicadores proporcionará información que contribuirá a la gestión de mayores inversiones para acciones de capacitación, monitoreo y acompañamiento en el servicio como estrategias a desarrollar desde el sector salud para mejorar la calidad del niño menor de 3 años.

- A nivel de las organizaciones del gobierno local promoverá espacios permanentes de concertación, sobre todo para la incidencia política en base al manejo de información sobre su

importancia, mediante la información compartida sobre una estimulación temprana adecuada y equilibrada, combinada con el ejercicio físico, durante el desarrollo del proyecto. Las autoridades se apropiarán de algunas estrategias de trabajo y se podrá generar incidencia para una mayor inversión, permitiendo la reducción de casos de menores de tres años con déficit en el desarrollo psicomotor.

- A nivel de las familias se espera que las practicas mejoradas sean trasmitidas de familia en familia y se cree una red de protección social del cuidado del niño menor de 3 años.

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

Se creará el servicio de Estimulación Temprana del menor de 3 tres años, con 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. Se incrementará la adquisición de conductas psicomotoras de los niños estimulados en comparación con sus pares sin estimulación temprana. El proyecto demuestra rentabilidad social, sostenibilidad y está conforme a los lineamientos de política y objetivos del Sector Salud.

Se recomienda un trabajo multidisciplinario y de sensibilización a las familias del distrito de la victoria para que acudan al servicio de estimulación temprana en el C.S La Victoria II. Del mismo modo el trabajo continuo y en equipo del personal de salud, manteniendo un buen clima laboral, su capacitación continua, brindar la atención con calidad humana respetando la cultura de cada familia.

5.7. FECHA DE FORMULACIÓN

Mayo del 2018

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mata Luizaga, S. Guía de estimulación temprana de 0-36 meses. Favoreciendo el desarrollo. Proceso de atención de enfermería en la comunidad. Argentina. 1999.
2. Gómez G. Estimulación temprana en el desarrollo infantil. Universidad Rafael Landívar [internet]. 2014 [citado 12 feb 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/84/Gomez-Georgina.pdf>
3. ADRA Perú. Guía de estimulación temprana para el facilitador [internet] 2009 [citado 15 sep 2016]. Disponible en: <https://rarchivoszona33.files.wordpress.com/2012/08/libro-blanco.pdf>.
4. Abastos M. Enfermería en salud del niño y adolescente. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Callao [internet] 2010 [citado 15 sep 2016]. Disponible en: <http://cort.as/-RUm8>
5. González, C. Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. [internet] 2007 [citado 15 sep 2017]. Disponible en: <http://cort.as/-RUml>
6. Garza K. Estimulación temprana [internet] México 2012 [citado 15 sep 2017]. Disponible en: <http://karlaalejandraquiroz.blogspot.com/2013/03/estimulacion-temprana.html>
7. Stein L. Estimulación temprana. 5a. ed. Argentina: Ediciones Lea; 2012.
8. Tazón M, García J, Asequinolaza L. Relación y comunicación. 2da ed. Madrid: enfermeria21; 2002.
9. Tazón M, García J. Asequinolaza L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
10. Naciones Unidas. Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe. [internet] Santiago: CEPAL; 2016 [actualizado may 2016; consultado 15 sep 2018]. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
11. Ley 28927 del presupuesto del sector público para el año fiscal 2008 [internet] Perú: Congreso de la República; 2007 [citado el 26 de sep 2017]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/sectr_publ/presu_2007/Ley28927_Presupuesto_2007.pdf
12. Ley 27902 que modifica la ley orgánica de gobiernos regionales N° 27867, para regular la participación de los alcaldes provinciales y la sociedad civil en los gobiernos regionales y

- fortalecer el proceso de descentralización y regionalización [internet]. Perú: Congreso de la República; 2002 [citado el 15 oct 2017] disponible en: <http://cort.as/-SGC5>
13. Ley N° 27972, Ley orgánica de Municipalidades [internet]. Perú: Congreso de la República; 2003 [citado el 16 nov 2017] disponible en: <http://cort.as/-SGCK>
 14. Decreto Supremo 002-2006-SA: Reglamento de Ley N°28124 de promoción y estimulación prenatal y temprana [internet] Perú. Presidencia de la República; 2006 [citado el 20 dic 2017] disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/251892-002-2006-sa>
 15. Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA que aprueba: Norma técnica N°074 MINSA/DGSP-V.01 [internet] Perú. Ministerio Salud; 2008 [citado el 15 nov 2017] disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2783.PDF>
 16. Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA que aprueba: Norma técnica N° 137-MINSA/2017/DGIESP: "Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menores de cinco años [internet] Perú. Ministerio Salud; 2017 [citado el 17 nov 2017] disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>
 17. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA que aprueba: El Plan Nacional concertado de salud [internet] Perú. Ministerio de salud; 2007 [citado el 18 de ago 2017] disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf.
 18. Centro nacional de planeamiento estratégico, plan bicentenario: el Perú hacia el 2021 [internet] 2da ed. Lima: CEPLAN; 2011 [citado 15 sep 2016] disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversionfinal.pdf
 19. Municipalidad distrito La Victoria. Estudio de pre inversión a nivel de perfil “Creación del estadio municipal de La Victoria, distrito de La Victoria - Chiclayo - Lambayeque” año 1012.
 20. Instituto Nacional de Estadística: Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. [internet] Perú: INEI; 2017 [citado 15 de sep 2018. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/enaho>
 21. Instituto Nacional de Estadística: Censo nacional XI de población, VI de vivienda, 2007 [internet] Perú: INEI; 2007 [citado 17 dic 2018]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>
 22. Instituto Nacional de Estadística: Censo nacional XII de población, VII de vivienda, III de comunidades indígenas 2017: resultados nacionales definitivos Lambayeque [internet] Perú:

INEI; 2017 [citado 17 dic 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1560/

23. Ministerio de salud. Dirección de promoción de la salud: Plan de incentivo a la mejora de la gestión y modernización municipal del año 2013, Meta de salud: Funcionamiento del centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño. Lima, marzo del 2013.
24. Gerencia regional de salud Lambayeque. Oficina de Estadística: Base de datos SIEN años 2013 al 2017.
25. Álvarez, J. Proyectos de inversión en el sistema nacional de inversión pública- SNIP, 1ra ed Lima: Instituto pacífico SAC; 2008.

ANEXOS

Costos unitarios de cada una de las actividades

1.1. Construcción de un módulo para el servicio de estimulación temprana

Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Construcción del servicio de estimulación	M2	50	1500	75000
Total				75000

Acción 2.1 Implementación del servicio con equipos y materiales para la estimulación temprana

Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Colchonetas	Unidad	16	120.00	1920.00
Pelotas terapéuticas	Unidad	20	45.00	900.00
Rampas y escaleras de espuma	Unidad	2	300.00	600.00
Alfombra o piso microporoso	Paquetes por 6	4	70.00	280.00
Rodillos de espuma	Unidad	5	35.00	175.00
Túneles	Unidad	2	300.00	600.00
Piscinas de pelotas	Unidad	2	500.00	1000.00
Sonajas	Unidad	10	35.00	350.00
Música y videos para estimulación	Unidad	20	20.00	400.00
Rompecabezas de encaje	Unidad	5	15.00	75.00
Juguetes didácticos: material de texturas, material de estimulación visual	Unidad	3	300.00	900.00
Espejo	Unidad	1	100.00	100.00
Equipo de música	Unidad	1	1500.00	1500.00
Estantes de madera para juguetes	Unidad	3	500.00	1500.00
Televisor de 50	Unidad	1	2500.00	2500.00
DVD	Unidad	1	500.00	500.00
Sillas	Unidad	12	30.00	360.00
Gimnasio para psicomotricidad	Unidad	1	3000.00	3000.00
TOTAL				16660.00

Acción 3.1 Desarrollo de talleres de capacitación de estimulación temprana para los recursos humanos

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Papel sábana	Ciento	5	36.00	180.00
Plumones N°47	Caja	10	36.00	360.00
Pizarra acrílica	Unidad	1	120.00	120.00
Plumones acrílicos	Caja	2	36.00	72.00
Mota	Mota	2	4.00	8.00
Papel Bond	Millar	4	30.00	120.00
Cartulinas	Ciento	4	36.00	144.00
Cinta masking tape	Unidad	20	1.80	36.00
Impresiones	Global	1	400.00	400.00
Servicios				0.00
Programador	Taller	3	300.00	900.00
Alquiler multimedia	Taller	3	50.00	150.00
Refrigerio	Taller	3	70.00	210.00
Movilidad	Taller	3	30.00	90.00
TOTAL				2790.00

Acción 3.2 Pasantía a centros de estimulación temprana acreditados

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Servicios				0.00
Viajes	Unidad	1	4500.00	4500.00
Alimentación	Unidad	1	500.00	500.00
Hospedaje	Unidad	1	1000.00	1000.00
TOTAL				6000.00

Acción 3.3 Diplomado en estimulación temprana

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Módulos	Taller	3	1500.00	4500.00
TOTAL				4500.00

Acción 4.1 Difusión de la información por medios de comunicación masivos

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Radio	Cuñas radiales	960	10.00	9660.00
Periódico	Notas de prensa	16	10.00	160.00
Volantes	Cientos	2000	0.03	60.00
TOTAL				9820.00

Acción 4.2 Pasacalle

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Papel sábana	Ciento	5	36.00	180.00
Plumones N°47	Caja	10	36.00	360.00
Plumones acrílicos	Caja	2	36.00	72.00
Papel Bond	Millar	4	30.00	120.00
Cartulinas	Ciento	4	36.00	144.00
Cinta masking tape	Unidad	20	1.80	36.00
Impresiones	Global	1	400.00	400.00
TOTAL				1312.00

Acción 5.1. Talleres de capacitación a los padres de familia de los niños menores de 3 años

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Papel sábana	Ciento	5	36.00	180.00
Plumones N°47	Caja	10	36.00	360.00
Pizarra acrílica	Unidad	1	120.00	120.00
Plumones acrílicos	Caja	2	36.00	72.00
Mota	Mota	2	4.00	8.00
Papel Bond	Millar	4	30.00	120.00
Cartulinas	Ciento	4	36.00	144.00
Cinta masking tape	Unidad	20	1.80	36.00
Cinta embalaje	Unidad	8	3.50	28.00
Cuaderno	Unidad	10	7.00	70.00
Folletos	Millar	1	900.00	900.00
Material panel	Global	1	500.00	500.00
Alfileres	Caja	4	2.00	8.00
Grapas	Caja	1	5.00	5.00
Impresiones	Global	1	400.00	400.00
Tablillas	Unidad	10	5.00	50.00
Servicios				0.00
Capacitador	Taller	25	300.00	7500.00
Equipo Multimedia	Taller	25	50.00	1250.00
Refrigerio	Taller	25	70.00	1750.00
Movilidad	Taller	25	30.00	750.00
TOTAL				14251.00

Acción 6.1. Capacitación de sensibilización a las autoridades locales en estimulación temprana

Requerimiento	Unidad de medida	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Papel sábana	Ciento	5	36.00	180.00
Plumones N°47	Caja	10	36.00	360.00
Pizarra acrílica	Unidad	1	120.00	120.00
Plumones acrílicos	Caja	2	36.00	72.00
Mota	Mota	2	4.00	8.00
Papel Bond	Millar	4	30.00	120.00
Cartulinas	Ciento	4	36.00	144.00
Cinta masking tape	Unidad	20	1.80	36.00
Cinta embalaje	Unidad	8	3.50	28.00
Cuaderno	Unidad	10	7.00	70.00
Folletos	Millar	1	900.00	900.00
Material panel	Global	1	500.00	500.00
Alfileres	Caja	4	2.00	8.00
Grapas	Caja	1	5.00	5.00
Impresiones	Global	1	400.00	400.00
Tablillas	Unidad	10	5.00	50.00
Servicios				0.00
Capacitador	Taller	5	300.00	1500.00
Equipo Multimedia	Taller	5	50.00	250.00
Refrigerio	Taller	5	70.00	350.00
Movilidad	Taller	5	30.00	150.00
TOTAL				5251.00