

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE PROMOCIÓN Y  
VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE  
LA MADRE Y EL NIÑO EN EL DISTRITO DE PACCHA.  
YAULI. LA OROYA - JUNÍN. 2011-2013**

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

**JHOSELYN NATHALY GARCIA QUISPE**

**CALLAO, 2018  
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jhoselyn Nathaly Garcia Quispe', is located in the bottom right corner of the page.

## **HOJA DE REFERENCIA DE JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

<b>MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA</b>	<b>Presidenta</b>
<b>DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI</b>	<b>Secretaria</b>
<b>DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA</b>	<b>Vocal</b>

**ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA**

**N° DE LIBRO: 005**

**N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 014**

**Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018**

**Resolución de Decanato N°055-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

**LIC. GARCIA QUISPE JHOSELYN NATHALY**

## ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVOS: .....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	7
II. MARCO TEÓRICO .....	8
2.1 ANTECEDENTES .....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:.....	32
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	34
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	34
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL .....	34
3.3 PROCESOS REALIZADOS DEL INFORME: .....	37
IV. RESULTADOS .....	38
V. CONCLUSIONES:.....	47
VI. RECOMENDACIONES .....	48
VII. REFERENCIALES.....	49
ANEXOS.....	50

## INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil (DCI) es un importante problema de salud pública que afecta principalmente a la población más vulnerable. Esta condición se encuentra generalmente asociada a la pobreza y tiene consecuencias de largo plazo, pues los niños afectados no solo tienen mayor probabilidad de enfermar y morir, sino de un menor desarrollo intelectual, bajo rendimiento escolar y por lo tanto cuando llegan a la adultez menores probabilidades de insertarse adecuadamente en el mercado laboral, afectando a su entorno familiar, comunidad y país. Por ello, más que un indicador de salud, es un indicador de desarrollo del país.

La DCI es un problema que afecta al PERU y más a poblaciones de áreas rurales (32.3%), a regiones de sierra (28.7%) y selva (24.1%). A nivel de región JUNIN también se observa un descenso desde el año 2007 al 2012 en 7.5 %.

En el marco del Plan de Incentivos Municipales, y como estrategia para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil, el Ministerio de Salud propuso la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, considerada como una estrategia comunitaria donde se desarrollan actividades para promover en las familias la adopción de prácticas saludables y contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo infantil. Estas actividades están

desarrolladas por los agentes comunitarios de salud con el respaldo de personal de salud y la inversión del gobierno local.

El presente trabajo académico profesional tiene por finalidad evidenciar las prácticas saludables que adquirieron las madres para el cuidado de la niña y/o niño en el tiempo que asistieron al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

La OPS/OMS reconoce que la Atención Primaria de Salud, constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen los Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica y reducir la mortalidad infantil y materna, mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud, agua segura y disposición sanitaria de excretas, la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas.

La Desnutrición Crónica Infantil (DCI) es un problema importante de salud pública cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital, y que afecta principalmente a los pobres o pobres extremos de nuestro país. (1)

La evidencia más reciente refuerza la importancia de enfrentar la desnutrición crónica porque tiene efectos negativos inmediatos como mayor probabilidad de ocurrencia de enfermedades o muerte prematura en niños menores de cinco años, a largo plazo inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños afectando el desempeño escolar, la capacidad de trabajo, y ocasiona costos y pérdidas económicas a la familia, la sociedad y el país convirtiéndose en un problema serio para el desarrollo socioeconómico.(2)

La prevalencia de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años ha disminuido de 28.5 % en el 2007 a 18.1 % en el 2012 observándose una disminución en 9.1 porcentuales a nivel nacional cifra con la que el PERU ha alcanzado y superado los objetivos de desarrollo del milenio. Esta situación nos coloca por debajo de países como Guatemala, Honduras, Haití, Bolivia, Nicaragua, Belice, El Salvador, Panamá y Guyana en el ámbito de América Latina quienes muestran cifras superiores a la nuestra.

Según el área de residencia la mayor proporción de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años se encuentra en los residentes de las áreas rurales; siendo 3 veces más que en los residentes de áreas urbanas, además que es mayor la proporción en niños de la sierra en comparación con los niños de la selva y la costa al año 2012.

A nivel de región JUNIN también se observa un descenso desde el año 2007 al 2012 en 7.5 %.

Es sabido que la desnutrición crónica infantil es un problema multicausal que requiere un abordaje integral desde los determinantes, donde la articulación multisectorial es clave, pero que en el Distrito de Paccha muchas veces no se efectiviza o es deficiente debido a la falta de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud, perdiéndose en muchas oportunidades una

valiosa oportunidad para mejorar indicadores desfavorables en nutrición infantil.

Potenciar la implementación de Municipios y Comunidades Saludables frente a la desnutrición crónica infantil, es decir, realizar acciones de promoción de la salud orientada al mejoramiento de prácticas saludables y la generación de entornos favorables para propiciar un adecuado CRECIMIENTO y oportuno DESARROLLO de niñas y niños en una comunidad o localidad de las municipalidades pobres y extremadamente pobres del país ayudaría a disminuir los altos índices de desnutrición crónica infantil.

Una de estas acciones es la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, considerada como la estrategia comunitaria donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de tres principales actividades: a) Educación en prácticas saludables, b) Vigilancia Comunal y c) Toma de decisiones. Estas actividades están desarrolladas por los agentes comunitarios de salud con el respaldo de personal de salud y la inversión del gobierno local.



## **1.2 OBJETIVOS:**

Describir la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño en el distrito de Paccha –Yauli La Oroya Junin 2011- 2013.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo académico profesional se justifica porque en el Distrito de Paccha se ha podido observar a través del tiempo (2011) que las familias no fomentaban las prácticas saludables para el cuidado de la niña y/o niño lo que originaba un factor para la presencia de desnutrición crónica en sus niños.

Se justifica además porque de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer la adopción de prácticas saludables para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños menores de 36 meses desde la gestación.

Se justifica porque de los resultados encontrados se podrán proponer normas a fin de difundir trabajo académico profesional expuesto.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES

COELLO COBEÑA Nancy Estefanía / Gómez Panchana Guillermo, La Libertad- Ecuador 2012- 2013 en su estudio "*Participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años!*". Centro de salud Comuna de Olón 2012-2013. El estudio se realizó con madres de familia del Centro de Salud de la comuna Olón, provincia de Santa Elena. El objetivo de esta investigación es determinar la participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años, a través de las acciones que realizan las madres con respecto a la desnutrición. En esta investigación se aplica la metodología cuantitativa, descriptiva y transversal. Para la recolección de datos se aplicó encuestas a 46 madres de familia, mediante esta técnica se pudo determinar y comprobar que la participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición de los niños son escasas, el estudio reflejó que las acciones de madres son desfavorables en cuanto a la prevención de la desnutrición , en cuanto que 33% de las madres encuestadas conocen que llevar a sus hijos al control pediátrico es importante para preservar la salud de los menores, el 17% de las madres de familia no llevan a sus hijos al control pediátrico, y es alarmante que el 50% de madres solo lleven a sus hijos al pediatra cuando enferman, por lo tanto no saben las

consecuencias que esta enfermedad implica, ni cómo afectará el desarrollo físico y psicológico del niño. Se recomienda emplear estrategias de enfermería para enseñar a las madres de familia sobre temas como desnutrición infantil, causas que lo provocan y consecuencias, así como también el rol de la familia en la alimentación de los niños, y una pequeña guía de nutrición que servirá de ayuda a las madres de familia.

**PONTON LUNA** Maria Luisa, Riobamba - Ecuador 2012, en su estudio *"Identificación de los Factores de Riesgo en el Retraso del Crecimiento Lineal en Niños Y Niñas De 01 A 5 Años de los Centros de Cuidado Infantil Del Ilustre Municipio del Canton Riobamaba"*. Cuyo objetivo Identificación de los Factores de Riesgo en el Retraso del Crecimiento Lineal en Niños Y Niñas De 01 A 5 Años de los Centros de Cuidado Infantil, de diseño no experimental de tipo transversal mediante la toma de medidas antropométricas y encuestas aplicada a 155 niños que asisten a los centros de cuidado infantil. De los resultados los infantes del estudio se encuentran en las edades comprendidas entre 12-59 meses con prevalencia del sexo masculino con el 50.9 % y femenino del 49 %, mediante entrevista personal a las madres de los niños se identificó que los conocimientos, actitudes practicas sobre alimentación e higiene son buenos, la evaluación nutricional en base a los indicadores antropométricos (P/E-T/E-P/T) encontramos que en T/E hay desmedro del 65.8 %, del total de niños y niñas que asisten a

los centros pertenecen a padres que laboran en construcción, pequeños agricultores, entre otras labores por lo que los centros infantiles se han convertido en una gran ayuda para ellos.

**Cáritas** del Perú y la Asociación Pan American Silver, Morococha 2013 en el Proyecto *“Salud y Nutrición de Madres y Niños del Distrito de Morococha 2013.”* unieron esfuerzos con el objetivo de reducir la desnutrición crónica y anemia infantil en niños menores de 3 años y madres gestantes, El propósito de este proyecto fue mejorar los niveles de nutrición y salud materno infantil de la población urbana del distrito de Morococha, provincia de Yauli de la Región Junín. Participaron 195 madres, 147 niños menores de 3 años, 10 promotoras de salud, 26 profesionales de salud, 19 docentes, 240 alumnos, así como una institución educativa y un Centro de Salud de 16 sectores de las zonas de Morococha Vieja, Morococha Nueva y Pucará. Además, el gobierno local se involucró de manera activa mostrando su compromiso con los procesos sostenibles de lucha contra la desnutrición crónica infantil obteniéndose como resultados :

**SISTEMA ARTICULADO DE VIGILANCIA DE LA SALUD FUNCIONA EN COORDINACIÓN CON EL SECTOR SALUD, LAS ORGANIZACIONES COMUNALES Y GOBIERNO LOCAL (Reuniones de socialización y coordinación de la estrategia local de vigilancia de la salud con CLAS, ACS y equipo de Cáritas , Vigilancia nutricional de niños menores de 3 años en coordinación con MINSA) .EL SECTOR**

SALUD Y LAS COMUNIDADES HAN FORTALECIDO SUS CAPACIDADES Y MEJORADO LAS ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNO INFANTIL(Capacitación a agentes comunitarios , Campañas locales de promoción de la salud Capacitación y consejería a madres y padres de familia para incrementar conductas saludables y disminuir enfermedades prevalentes de la infancia)

**Morán Tello Andrés / Villanueva Aragón Carlos / Edgar Castillo** y COL, Ancash – Perú 2010, en el proyecto *“Reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil en Ancash 2007 - 2010 Proyecto Ally Micuy”*, El objetivo del proyecto fue mejorar el estado de salud y nutrición de los niños menores de 3 años en comunidades de 11 provincias de la región Ancash, siguiendo el Método de Muestreo de Lotes. Los resultados se procesaron mediante un software especialmente diseñado por el equipo central de Cáritas del Perú. Se incrementó en 71.0 puntos porcentuales las familias con niños menores de 3 años que cuentan con una cocina mejorada. Los partos atendidos en un establecimiento de salud se incrementaron de 60.1% a 77.6%. La cobertura de vacunación con el esquema básico (Antipolio, DPT, BCG y antisarampión) en niños de 12 a 23 meses se incrementó ligeramente de 78.8% a 84%. Se incrementó el porcentaje de madres que dan de lactar a su hijo dentro de la primera hora de nacidos, que pasó de 65.8% a 79.9%. La proporción de madres que

dan lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes se incrementó en 10.9 puntos porcentuales. El porcentaje de los niños de 6 a 23 meses que recibe 4 o más comidas espesas al día pasó de 10.4% a 36.2%. Al inicio del proyecto ninguna madre reconocía 4 signos o señales de peligro en el niño enfermo; mientras que al final 27.2% de madres conocían 4 o más de estos signos. La prevalencia de la diarrea en niños menores de 3 años descendió de 29.1% a 24.5%. Al inicio ninguna madre de un niño menor de 3 años se lavaba las manos en los 5 momentos clave. Al final el 16.3% de las madres realizaba esta práctica. La prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años disminuyó de 37% a 27%. En los niños menores de 5 años disminuyó de 42.2% a 34.8%.

**MOROMIZATO** Regina, Asociación Red Innova, Lima –PERU, Julio 2013 en el *“Proyecto Creciendo juntos: Mejorando la calidad de vida de la primera infancia por medio de la Gestión Municipal”*. Con la provisión de un capital inicial y el apoyo técnico a los funcionarios públicos, tres municipios de Perú están implementando programas de visitas al hogar para niños muy pequeños. Con el objetivo de promover el aprendizaje de los niños en la primera infancia, integrarlos en el plan de desarrollo local, esclarecer qué recursos tendría que aportar el propio municipio, e implementar un sistema de seguimiento basado en la metodología Tecnología Decisiones Informadas, creada por el Ministerio de Salud del país. Los

municipios de Belén, Mazán y Río Tambo fueron escogidos para recibir un capital inicial y desarrollar capacidades para implementar los proyectos que se presentaron: El 100% de los municipios lanza iniciativas de investigación a través de un Centro de Vigilancia Comunal (CVC), en coordinación con el sector de salud. Se creó una plataforma denominada Instancia de Articulación y Coordinación (IAC) – para coordinar a todas las instituciones y a los sectores responsables del bienestar de los niños y de su desarrollo desde antes del nacimiento. Estos mecanismos han empleado los centros de salud como punto central para realizar un seguimiento del crecimiento de los niños, conseguir la participación de las familias y apoyar la formación de los agentes de la comunidad responsables de las visitas al hogar. La desnutrición crónica en niños menores de tres años disminuyó en los tres municipios BELEN 43% a 36 % de MAZAN de 38 % a 36 % Y RIO TAMBO 49% a 47.5 %, los niños que acuden a los centros de vigilancia comunal BELEN 10.7% a 41 % de MAZAN de 65 % a 90 % Y RIO TAMBO 60% a 68 %.

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **Participación Social Comunitaria**

Se considera que la participación “definida como la acción y efecto de participar en la comunidad es un derecho ciudadano. La participación social comunitaria se establece entre personas y grupos que se relacionan de acuerdo a intereses comunes y se realiza en lugares y

espacios cotidianos, de manera voluntaria” (Bedregal y Pardo 2004: 44). Por ello, la participación se establece en el diálogo y la integración social para generar apoyo social a través de la identificación, análisis de la situación de la infancia y propuesta de acciones que promuevan el crecimiento y desarrollo infantil. También es importante señalar que el diálogo y la integración social generan una mayor cohesión que constituye un factor protector para la infancia.

Sin embargo, la operatividad de la participación social comunitaria es compleja y su institucionalización desde instancias como el sector salud o los gobiernos municipales sigue siendo un reto:

“La participación parte de la premisa de que quien participa en crear algo tiende a sentir apropiación de lo que ha creado, hace más y mejor uso de su creación y busca preservarla y mejorarla para su propio bien y el de la colectividad.

Reconocer que la gente pobre puede tener menos conocimientos acerca de muchas cosas pero conoce mejor que nadie sus necesidades, es un punto de entrada para el aprendizaje de cómo acercarse a la gente para aprender de ella y con ella” (Sierra 2011: 96).

Intervenciones de escala nacional como los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal que son parte de la meta del Plan de Incentivos



implica procesar cambios en las relaciones de poder (comunidad con gobierno municipal o sector salud), aceptar la diversidad y dinamismo de los contextos locales y mejorar los comportamientos y actitudes a todos los niveles; se requiere adicionalmente un proceso de capacitación sostenido y de muy alta calidad como parte del sistema de trabajo que implica trabajar la meta de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal.

Como veremos más adelante, la participación es un elemento clave para un trabajo coordinado y articulado entre el sector salud, el gobierno municipal y la comunidad a favor de las niñas y niños. Por ejemplo, una experiencia que antecedió a los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal fue el Programa Buen Inicio cuyo propósito general fue promover el crecimiento y desarrollo temprano en poblaciones rurales, y siendo la metodología participativa parte fundamental de su estrategia de intervención, consiguió reducir la DCI en 17.2 puntos porcentuales y la anemia en 23.7 puntos porcentuales en 4 años de intervención en Cusco, Cajamarca, Apurímac y Loreto.

### **Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal – PI**

“El PI es un instrumento de Presupuesto por Resultados (PpR), cuyo objetivo principal es impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la

mejora de su gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad.

#### - Objetivos

El PI implica una transferencia condicionada de recursos financieros, adicionales al presupuesto institucional de las municipalidades, por el cumplimiento oportuno de metas que deben alcanzar en un período de tiempo determinado. Estas metas están orientadas al logro de los siguientes objetivos:

Incrementar los niveles de recaudación de los tributos municipales, fortaleciendo la estabilidad y eficiencia en la percepción de los mismos.

Mejorar la ejecución de proyectos de inversión pública, considerando los lineamientos de política de mejora en la calidad del gasto.

Reducir la desnutrición crónica infantil en el país.

Simplificar trámites generando condiciones favorables para el clima de negocios.

Mejorar la provisión de servicios públicos.

Prevenir riesgos de desastres

El MEF y los sectores involucrados brindan capacitación y asistencia técnica gratuita, a través de su web, vía telefónica, correo electrónico y presencial para el adecuado cumplimiento de las metas del PI.

El PI fue creado en el año 2009 mediante Ley N° 29332, modificado mediante Decreto de Urgencia N° 119-2009 e incorporado en la Ley del Presupuesto del Sector Público de los Años Fiscales 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente.

La Ley de Presupuesto para el Año Fiscal 2012 fusionó el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión con el Programa de Modernización Municipal dando origen al Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI).

La cantidad de recursos que puede recibir cada municipalidad en el marco del PI se determina cada año mediante Resolución Ministerial, la cual indica el monto máximo en caso de cumplir el 100% de sus metas. Si el cumplimiento de metas es parcial, el monto a transferir será proporcional a dicho cumplimiento, según el informe de evaluación elaborado por los sectores involucrados (Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio del Interior, Contraloría General de la República y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables), y las ponderaciones establecidas en el Decreto Supremo.

### **Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño – CPVC**

Es un espacio dentro la comunidad que promueve la adopción de prácticas saludables en las familias. Se enfoca en contribuir al óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación.

Utiliza sesiones demostrativas, sesiones educativas, acciones de vigilancia y toma decisiones para potenciar el desarrollo intelectual y económico en la primera infancia. Demanda una participación activa de las autoridades, líderes comunales, personal de salud y otros actores sociales.

Desde el año 2012, el PI incorpora como parte de sus metas la implementación de esta estrategia comunitaria que contribuye a la disminución de la desnutrición crónica infantil en concordancia con uno de sus fines y objetivos. Cuya meta fue la Implementación de un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño – CPVC, y para el año 2013 la meta fue el Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado integral de la Madre y del Niño - CPVC.

En el caso de la Implementación de los CPVC en el 2012 se consideraron cuatro actividades principales que se desarrollaran a través de coordinaciones y reuniones de trabajo:

**Criterios técnicos para adecuar y/o mejorar la infraestructura del local:**

El espacio físico del Centros de Promoción y Vigilancia Comunal será el lugar donde interactúe e intercambien saberes las gestantes, niñas y niños, padre y/o cuidadores de la comunidad, por lo tanto hay que brindarles un sitio SEGURO y ESTIMULANTE. En ese sentido, el Centros de Promoción y Vigilancia Comunal no requiere de construcción, sino de una adecuación y/o reparación de un espacio concedido por la comunidad, esta puede ser:

El Local Comunal, con un espacio adecuado para el funcionamiento del centro de promoción y vigilancia.

Un local vacío de la comunidad y/o del gobierno local, con ambiente adecuado para su uso.

Una casa donada por la comunidad o en sesión de uso, aprobada en asamblea comunal.

En caso de no cumplir con las condiciones anteriores, si el gobierno local cuenta con los recursos financieros, puede realizar la construcción del mismo.

La protección y seguridad del Centros de Promoción y Vigilancia Comunal y todo el material y equipamiento que contenga, estará a cargo de la comunidad y de la Municipalidad y se dejará constancia en el Acta de cumplimiento de la meta.

**Criterios técnicos para la adquisición de mobiliario, materiales y equipamiento básico:** El Centros de Promoción y Vigilancia Comunal deberá contar como mínimo con materiales y equipamiento necesario para brindar facilidades cuando se desarrollen las actividades de educación en salud, vigilancia y toma de decisiones a favor del cuidado de las (os) menores de 36 meses y de las gestantes.

Se requiere equipos sencillos y de buena calidad (evitar lo sofisticado) y pueden ser adquiridos en la zona y/o región. Tanto el material o la pintura de los equipos e infraestructura del Centros de Promoción y Vigilancia Comunal debe ser fácil de limpiar o lavar, para mantener la higiene del espacio. Cuidar que los materiales y mobiliarios no tengan áreas o zonas de peligro (puntas, astillas, etc.) que puedan dañar a las niñas, niños y gestantes.

**Capacitación básica a los Agentes Comunitarios de Salud:**

Una vez comprometida la comunidad para implementar el Centros de Promoción y Vigilancia Comunal, expresado con la firma del acta comunal de parte de la junta vecinal o quien haga sus veces, esta procederá en asamblea a elegir a los Agentes Comunitarios de Salud. Los agentes comunitarios de salud serán:

Capacitados en temas básicos para el cuidado de la madre y los menores.

Equipados con material básico para las actividades de promoción y vigilancia a las familias.

Recibirán reconocimientos o estímulos (no monetarios) de manera Periódica por parte de la municipalidad para hacer **sostenible la labor del voluntariado**, por su contribución a las acciones de promoción y prevención, en beneficio de su comunidad.

**Propuesta para reconocimiento y/o estímulos no monetarios para los Agentes Comunitarios de Salud ACS:**

A continuación se presenta algunas formas de reconocimiento y/o estímulos no monetarios de parte de la municipalidad que se propone a los integrantes del equipo de trabajo para su análisis y consideración, y teniendo en cuenta la realidad de su distrito, comunidad o dinámica de trabajo actual, identificar cualquiera de ellos y otro tipo de reconocimiento y/o estímulos no monetarios.

Se debe considerar que el reconocimiento y/o estímulos no monetarios debe ser SENTIDO O VISTO como tal y ACEPTADO por los ACS y sostenible por quien o quienes la otorguen.

Reconocimiento público y social acerca de la labor voluntaria de los ACS.

Reconocimiento e incentivo para la labor voluntaria de los ACS.

Reconocimiento público y social acerca de la labor voluntaria de los ACS.

**Principales Actividades para el funcionamiento del CPVC:** En el caso del funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal en el 2013 se consideraron tres actividades principales:

**Educación en Prácticas Saludables:** Consiste en la interacción e intercambio de experiencias entre las familias, los agentes comunitarios de salud y el personal de salud, a través de sesiones demostrativas, sesiones educativas y sesiones para el desarrollo de la niña y niño, para la adopción de prácticas saludables desde los primeros días de embarazo.

**Vigilancia Comunal:** Consiste en vigilar; es decir, cuidar, observar, estar alerta a lo que está pasando en la comunidad, referida a todas las condiciones que conlleven para un buen crecimiento y desarrollo desde la gestación y los primeros tres años de vida, en los diferentes escenarios de la comunidad, tales como la vivienda, los lugares de trabajo, de educación, de reuniones sociales, recreativas, etc. Por tanto, se vigilará desde la comunidad algunas prácticas básicas favorables para el cuidado de la salud de la gestante y de los menores de 36 meses tales como:

**Situaciones de Vigilancia Propuesta para los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal en el 2013**

Que la madre reciba: el paquete educativo programado:

Atención del embarazo en el EESS.

Suplemento de Hierro

Vacuna antitetánica.

Que las niñas y los niños cuenten o reciban:

DNI

CRED

Vacunas

Suplemento de Hierro

Crecimiento y estado nutricional

La vigilancia comunal será realizada por los agentes comunitarios de salud, con la participación activa de las autoridades y líderes comunales, con la asistencia técnica y acompañamiento del personal de salud del establecimiento de salud.

Esta vigilancia permite conocer si los niños están creciendo, madurando, desarrollándose bien y cuentan con potencialidades para su vida futura.

**Toma de decisiones:** Consiste en reuniones mensuales o bimensuales con representantes de la comunidad, salud y municipalidad, para revisar y analizar la información de la vigilancia, tomar decisiones y asumir responsabilidades en acciones concretas que permitan la adopción de prácticas y generación de entornos saludables, para lo cual es necesario



realizar dos tipos de reuniones: (a) De análisis y reflexión (b) De toma de decisiones e intervención.

### **Primera Infancia**

La primera infancia es un periodo crítico en la vida de todo ser humano que corresponde al inicio de la vida pero sobre todo a los cimientos sobre los cuales descansa nuestra forma de ser y de relacionarlos con los demás.

De acuerdo a lo planteado por UNICEF, si bien la primera infancia se considera hasta los 8 años de edad, son especialmente relevantes los tres primeros años de vida e incluso el periodo prenatal. En ese sentido, es importante resaltar que las alteraciones del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia tienen secuelas para toda la vida y si bien se ha demostrado que la plasticidad de nuestro cerebro nos permite superarlas en gran medida, lo cierto es que en un contexto de pobreza difícilmente una niña o niño contará con todos los recursos y medios que se requieren para lograrlo.

**Desnutrición** : Según los investigadores y la OMS definen la desnutrición como un estado en el cual la carencia prolongada de uno o más nutrientes retrasa el desarrollo físico del niño, o bien da lugar a la aparición de condiciones clínicas específicas como

anemia, bocio y raquitismo, lo cual afecta en especial a los niños menores de 5 años, donde se marca en el peso y talla en las diferentes edades, siendo este el mayor problema a nivel nacional, lo cual perjudica en el rendimiento escolar a largo plazo, provocando problemas físicos y clínicos.

La desnutrición es un conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por una ingesta deficiente y/o aprovechamiento biológico de macro nutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales.

### **Etiología**

Los factores causantes que tienen un valor definitivo en la desnutrición son tres:

Factores que determinan la disponibilidad de los alimentos: como la producción, transporte, almacenamiento entre otros.

Factores que determinan el consumo de alimentos: económicos, culturales, psicológicos y religiosos.

Factores que determinan el aprovechamiento: como el momento fisiológico, condiciones fisiopatológicas presentes, estado previo de nutrición.

### **Desnutrición Crónica Infantil:**

La desnutrición crónica infantil es una de las problemáticas que afecta a las niñas y niños de nuestro país, especialmente a la niñez que vive en condiciones de pobreza. La desnutrición crónica infantil afecta el crecimiento de las niñas y niños (relación de talla o estatura para su edad) a consecuencia de enfermedades recurrentes y/o una ingesta alimentaria deficiente y prolongada. Pero sobre todo el desarrollo de sus capacidades en el presente y en el futuro cuando ésta se presenta en los primeros tres años de vida. Tal como lo señalan Beltrán y Seinfeld, la trascendencia que tiene esta problemática en la vida de las niñas y niños es fundamental no solo para ellas y ellos, sino para sus familias, su comunidad e inclusive para nuestro país.

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002).

Como explican Sagan y Dryuyan (1994), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes. Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades

comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación. (Beltran y Seinfeld. 2009: 3).

## **TEORÍA DE LA ENFERMERÍA MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**NOLA J. PENDER**

### **FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA:**

Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en la educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el *Modelo de Promoción de la Salud (MPS)*.

El modelo de la promoción de la salud se basa:

1: En la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta.

2: Modelo de la valoración de expectativas de la motivación humana descrita por Feather (1982), afirma que la conducta es racional y económica

**Conducta previa relacionada:** Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado efectos directo o indirectos de comprometerse con las conductas de promoción en salud.

**Factores personales:** Factores predictivos de ciertas conductas

**Factores personales biológicos:** Variables como edad, sexo, IMC, estado de menopausia capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio.

**Factores personales psicológicos:** autoestima, auto motivación competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.

**Factores personales socioculturales:** Raza, etnia, aculturación, formación y estado socio económico.

**Efecto relacionado con la actividad:** Son los sentimientos subjetivos, positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta en sí.

**Influencias interpersonales:** Conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Incluyen normas, apoyo social y modelación.

**Influencias situacionales:** Percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta.

**Compromiso con un plan de acción:** El concepto de la intención y de la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

**Importancia de la salud:** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.

**Definición de la salud:** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

**Estado de salud percibido:** El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.

**Beneficios percibidos de las conductas:** Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos. Otros factores modificantes, como son la edad, el sexo, la educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto a cuidados sanitarios y las expectativas de los allegados desempeñan también un importante en la determinación de las conductas respecto a los cuidados sanitarios. Estos factores modificantes se consideran como una

influencia indirecta sobre la conducta, mientras que los factores cognitivo-perceptuales actúan directamente sobre ella.

## **METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA**

**Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

**Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

**Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

**Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

## **ACEPTACIÓN POR PARTE DE LA COMUNIDAD ENFERMERA**

**Práctica profesional:** El concepto de promoción de la salud es muy popular dentro de la práctica. El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la formación en la



promoción de la salud, una de las ventajas del modelo es haber diseñado y validado instrumentos para su aplicación.

**Formación:** La promoción de la salud constituye un nuevo énfasis que queda actualmente por detrás de los cuidados dirigidos a la enfermedad, debido a que la formación clínica se enfoca mayormente a los equipos de cuidados en fase aguda. Cada vez más, el MPS se incorpora al plan de estudios de la enfermería como un aspecto de valoración de salud, enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar.

**Investigación:** El modelo de promoción de la salud constituye principalmente un cuestionario para la investigación. El modelo tiene implicaciones para su aplicación debido al énfasis que pone en la importancia de la valoración individual de los factores que se cree que influyen en la modificación de la conducta sanitaria.

## **DESARROLLOS POSTERIORES**

El modelo se sigue modificando y comprobando por su poder de explicar las relaciones entre los factores que se cree que influyen en los cambios en un amplio despliegue de conductas de salud. Ahora existe un apoyo empírico suficiente para las variables del modelo, de modo que algunas conductas garanticen y lleven a cabo los estudios

de intervención para comprobar las intervenciones enfermeras basadas en el modelo.

## 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

**Agente Comunitario de Salud (ACS):** Es un miembro voluntario elegido por la comunidad, reconocido por el establecimiento de salud. Ejerce funciones de liderazgo y ejecuta acciones de promoción y prevención de acuerdo a las capacidades que son recibidas por parte del equipo de salud.

**Alcalde Distrital y Provincial:** Es la máxima autoridad representativa del territorio local. Promueve el desarrollo sostenible de su comunidad, su participación es vital para la implementación de la vigilancia comunal en salud como parte de las acciones desde el gobierno local que mejoren las condiciones sanitarias del territorio.

**Personal de Salud:** Equipo multidisciplinario con predisposición para el trabajo en equipo; con actitud crítica y proactiva. Fortalece las competencias de los diferentes actores sociales. Gestiona y concerta con instituciones públicas y privadas; trabaja con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad; ejerce abogacía ante los actores sociales claves. Coordina con los diferentes niveles y aplica las normas para la operatividad de la vigilancia comunal en salud.

**Vigilancia Comunal en Salud:** Es el conjunto de procesos, que articula los esfuerzos de los diferentes actores sociales a través de mecanismos y estrategias cuya finalidad es vigilar en especial a los

grupos de riesgos, para evitar enfermar o morir; así mismo, promover el autocuidado tanto individual como colectivo.

**Deserción:** Es la ausencia temporal de una determinada persona al establecimiento de salud, habiéndose iniciado previamente un paquete de cuidados. Se aplica de acuerdo al grupo esperado y se expresa en porcentajes. Por ejemplo: de 30 niños esperados para CRED en una determinada semana, de los cuales acudieron 25, la deserción es del 16.6%.

**Banner de vigilancia comunal de niño y niña < de 3 años:** Debe ser rellenado por el agente comunitario. Se usa para registrar la vigilancia de las actividades que recibieron los niños durante un mes.

**Banner de vigilancia comunal de la gestante:** Debe ser rellenado por el agente comunitario. Se usa para registrar la vigilancia de las actividades que recibieron las gestantes durante un mes.

**CPVC:** Centro de promoción y vigilancia comunal para el cuidado integral de la madre y el niño.

**PI:** Plan de incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal.

**PPR:** "Presupuesto por Resultados (PpR).

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para el presente trabajo académico profesional se solicitó la respectiva autorización:

Al jefe de la oficina de desarrollo local del distrito de Paccha para la revisión de: resoluciones de alcaldía sobre la implementación y funcionamiento del centro de promoción y vigilancia para el cuidado de la madre y el niño.

Al jefe del establecimiento para la revisión de: padrón nominal de los niños menores de 3 años del distrito, planes de capacitación, registros de seguimientos, reportes bimensuales, datos estadísticos fuente SIEN Y HIS-REPORT, cuaderno de registro de los agentes comunitarios.

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Mi experiencia profesional en el P.S. PACCHA se inicia con identificar la realidad propia de un Distrito con sus problemas de salud como son : deserción en controles de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, la población acude al establecimiento de salud solo por necesidades recuperativas , se presentaba partos domiciliarios, la tasa de desnutrición crónica infantil alcanzaba elevados porcentajes en comparación a los datos presentados a nivel nacional, familias poco dispuestas al cambio de hábitos y

comportamientos, autoridades locales con poco compromiso de trabajo e inversión para la mejora de la salud de la población del Distrito.

El personal de salud que laboramos en nuestro establecimiento nos reunimos con las autoridades locales y nos propusimos un reto que fue el de fortalecer la vigilancia comunitaria con participación activa de la población.

Se Hicieron las coordinaciones necesarias para realizar la pasantía en la comunidad de HUAMANGUILLA- AYACUCHO para ver un modelo de un centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño copiarlo y mejorarlo en nuestro Distrito.

Asimismo que desde el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas se impulsa el plan de incentivos municipales asumiéndose así el compromiso de implementar un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal que me permita mejorar el seguimiento de los niños y la gestante.

Se inicia con la conformación del equipo de trabajo (Municipalidad, establecimiento de salud, comunidad) refrendados por una resolución de alcaldía N° 075ª-2012- ALC/MDP, Octubre del 2012.

El equipo del establecimiento de salud tuvo una capacitación con certificación a nivel de DIRESA- JUNIN.

Se hizo un plan de capacitación y cronograma con los 06 temas a tratar sobre vigilancia comunal y prácticas claves a los agentes comunitarios en salud.

Nos proporcionaron un ambiente apropiado para el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, se hizo la adecuación con los criterios técnicos emanados en la guía de Criterios Técnicos para la Implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado de la Madre y del Niño Meta **de Salud al 31 de dic. 2012** MINSA en cuanto a la infraestructura y el equipamiento. Nos reunimos con los agentes comunitarios a fin de proponer siluetas para el llenado de los banners para la vigilancia de los niños y gestantes.

Las actividades inherentes en este espacio comunal que se desarrollaron fueron: sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos, lavado de manos, fomento de prácticas saludables, vigilancia de controles de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, vigilancia de las gestantes con el llenado de los banners.

De acuerdo a la vigilancia que se realizaba en forma mensual se llevó a cabo la TOMA DE DECISIONES: con reuniones de análisis y reflexión con los agentes comunitarios, las familias, el personal de salud, las autoridades locales para identificar las causas de incumplimiento y plantear intervenciones a realizar.

Finalmente se realizó el reconocimiento no monetario a los agentes comunitarios de salud: entrega de chalecos y gorras para su identificación, mochilas y útiles de escritorio, canastas de víveres en forma mensual.

### **3.3 PROCESOS REALIZADOS DEL INFORME:**

De datos obtenidos serán procesados estadísticamente por un programa EXCEL el cual nos permitirá obtener cuadros estadísticos comparativos desde el 2011 - 2013 para demostrar la disminución de la desnutrición crónica infantil en los niños del distrito de PACCHA – LA OROYA antes y después de la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal.

## IV. RESULTADOS

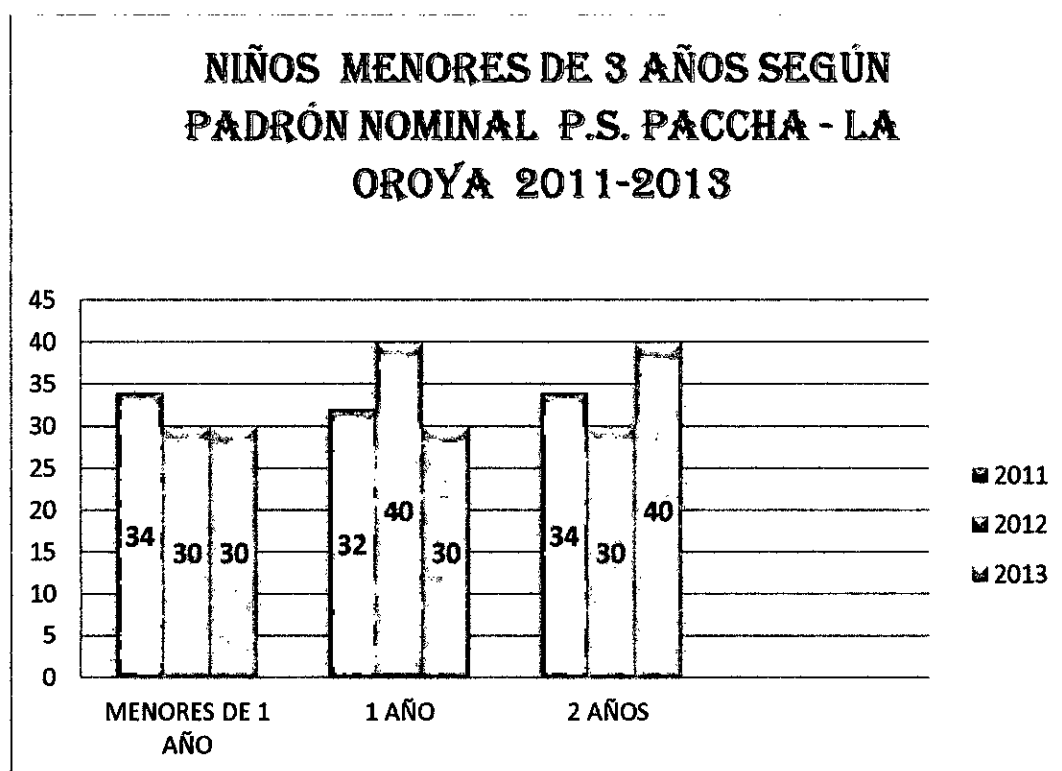
CUADRO N° 4.1

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS SEGÚN PADRÓN NOMINAL P.S. PACCHA -  
LA OROYA 2011-2013

	2011	2012	2013
MENORES DE 1 AÑO	34	30	26
1 AÑO	32	40	26
2 AÑOS	34	30	40

FUENTE: Padrón nominal del P.S. Paccha – La Oroya

GRÁFICO N° 4.1



En el cuadro 4.1 : en la población de niños menores de 3 años según padrón nominal en el P.S. PACCHA se observa que la mayor cantidad de niños es de 01 año en el 2012 y en menor cantidad niños menores de 01 año en el 2013.

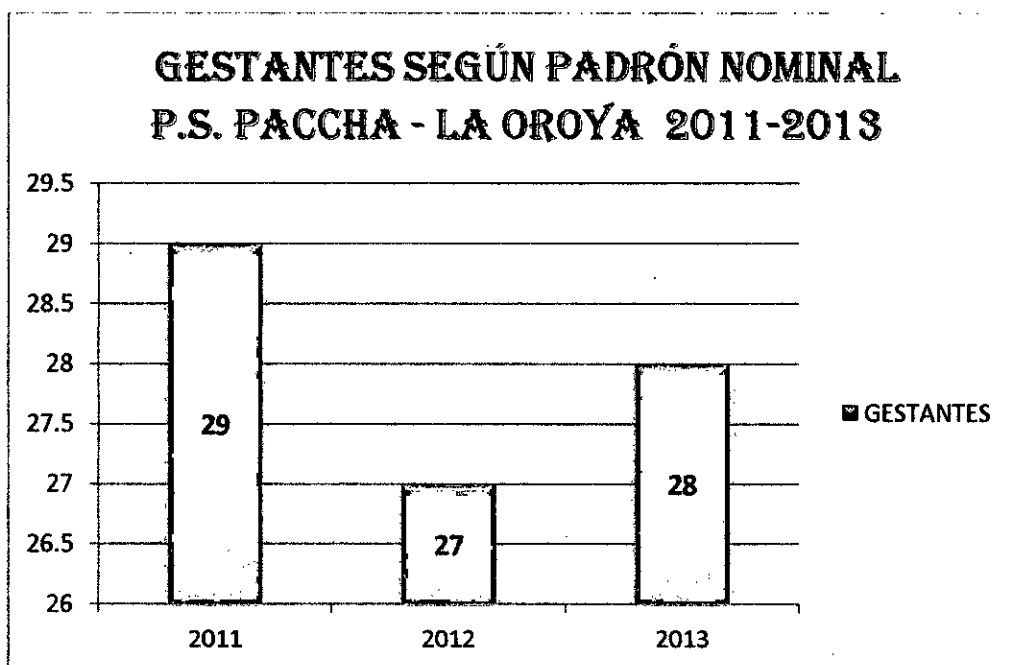


**CUADRO 4.2**  
**GESTANTES SEGÚN PADRÓN NOMINAL P.S. PACCHA - LA OROYA**  
**2011-2013**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>GESTANTES</b>	29	27	28

**FUENTE:** Registro de Padrón Nominal P. S. Paccha.

**GRÁFICO N° 4.2**



En el cuadro 4.2: en la población de gestantes según padrón nominal en el P.S. PACCHA se observa que la mayor cantidad de gestantes es del año 2011 y en menor cantidad de gestantes en el 2012.

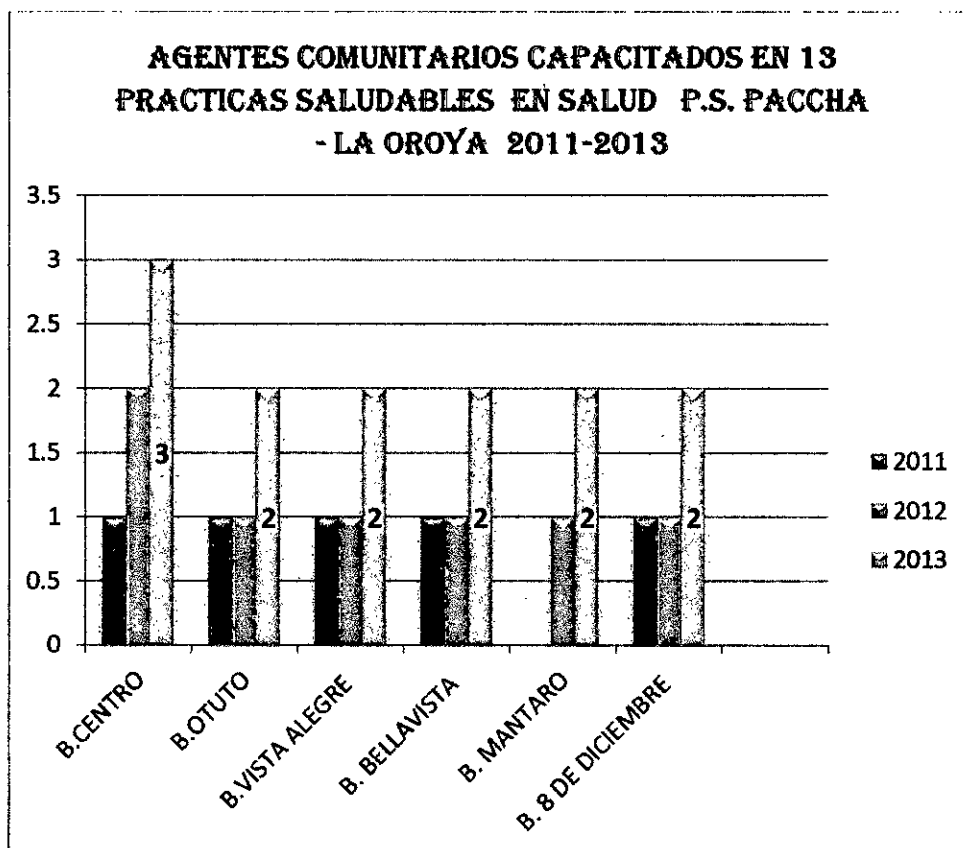
**CUADRO 4.3**

**AGENTES COMUNITARIOS CAPACITADOS EN 13 PRÁCTICAS SALUDABLES P.S. PACCHA – LA OROYA 2011-2013**

	2011	2012	2013
B.CENTRO	1	2	3
B.OTUTO	1	1	2
B.VISTA ALEGRE	1	1	2
B. BELLAVISTA	1	1	2
B. MANTARO	0	1	2
B. 8 DE DICIEMBRE	1	1	2

FUENTE: Registro nominal de agentes comunitarios P.S. Paccha – La Oroya

**GRÁFICO N° 4.3**



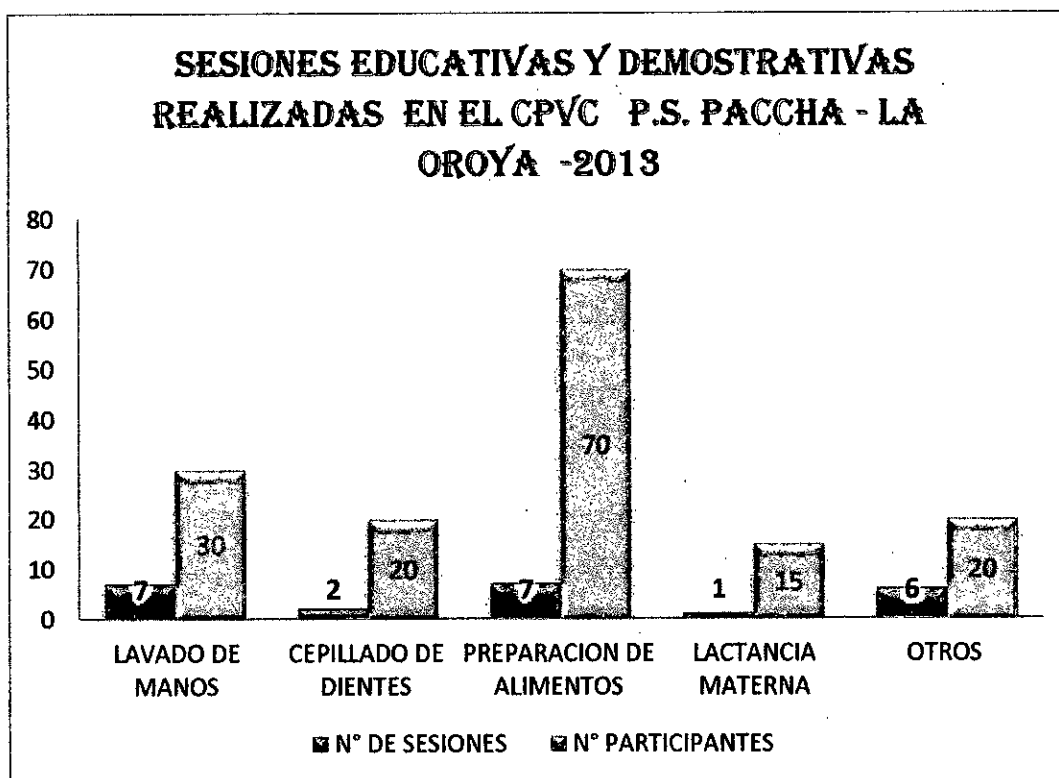
En el cuadro 4.3 : se observa que en el P.S. PACCHA según el registro de agentes comunitarios por sectores: la mayor cantidad es de 03 en el año 2013 en el barrio centro y en menor cantidad de 0 en el 2011 en el barrio Mantaro.

**CUADRO 4.4**  
**SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS REALIZADAS EN EL**  
**CPVC P.S. PACCHA - LA OROYA -2013**

	N° DE SESIONES	N° PARTICIPANTES
LAVADO DE MANOS	7	30
CEPILLADO DE DIENTES	2	20
PREPARACION DE ALIMENTOS	7	70
LACTANCIA MATERNA	1	15
OTROS	6	20

FUENTE: Reporte Bimensuales del CPVC – Paccha 2013

GRÁFICO N° 4.4



En el cuadro 4.4 se observa que en el P.S. PACCHA según las sesiones educativas y demostrativas la mayor cantidad es de 7 que fueron en lavado de manos y de preparación de alimentos y en menor cantidad de 1 en lactancia materna exclusiva.

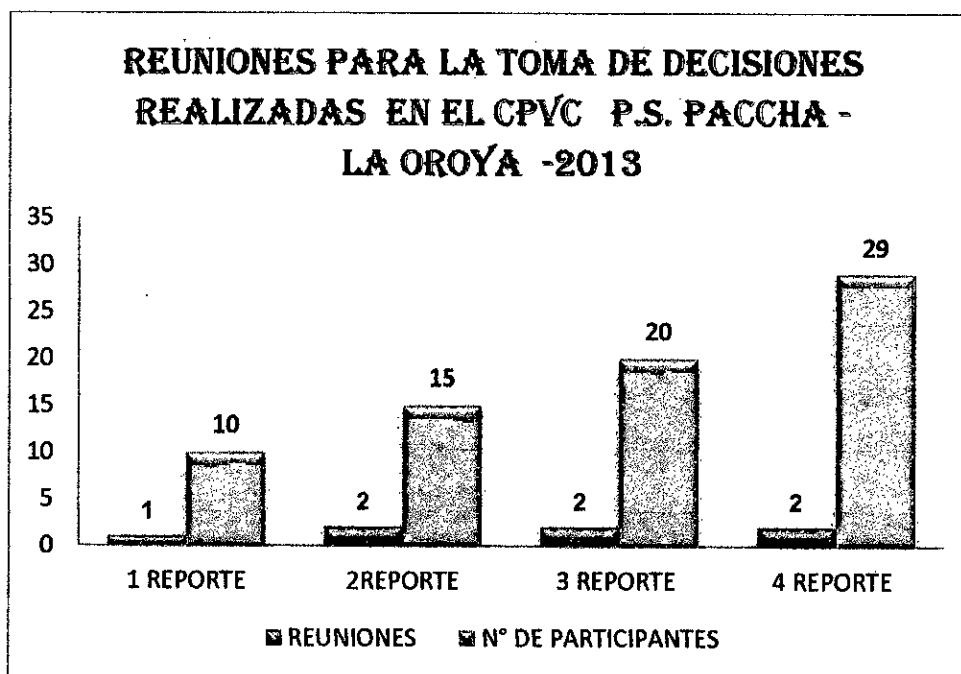
### CUADRO 4.5

#### REUNIONES PARA LA TOMA DE DECISIONES REALIZADAS EN EL CPVC P.S. PACCHA - LA OROYA - 2013

	REUNIONES	N° DE PARTICIPANTES
1 REPORTE	1	10
2 REPORTE	2	15
3 REPORTE	2	20
4 REPORTE	2	29

FUENTE: Reporte Bimensuales del CPVC - Paccha 2013

### GRÁFICO N° 4.5



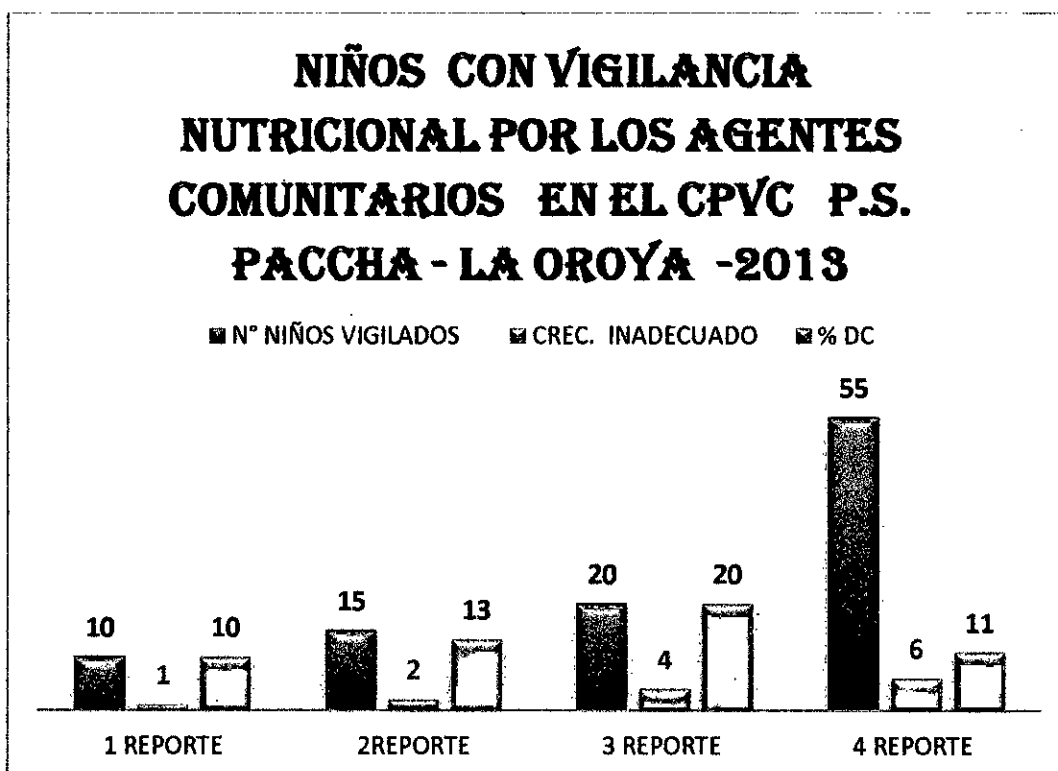
En el cuadro 4.5 se observa que en el CPVC PACCHA las reuniones para la toma de decisiones la mayor cantidad es de 2 con 29 participantes en el cuarto reporte y en menor cantidad de 1 con tan solo 10 participantes en el primer reporte.

**CUADRO 4.6**  
**NIÑOS CON VIGILANCIA NUTRICIONAL POR LOS AGENTES**  
**COMUNITARIOS EN EL CPVC**  
**P.S. PACCHA - LA OROYA -2013**

	N° NIÑOS VIGILADOS	CREC. INADECUADO	% DC
1 REPORTE	10	1	10
2 REPORTE	15	2	13
3 REPORTE	20	4	20
4 REPORTE	55	6	11

FUENTE: Reportes Bimensuales CPVC Paccha – La Oroya

GRÁFICO N°4.6



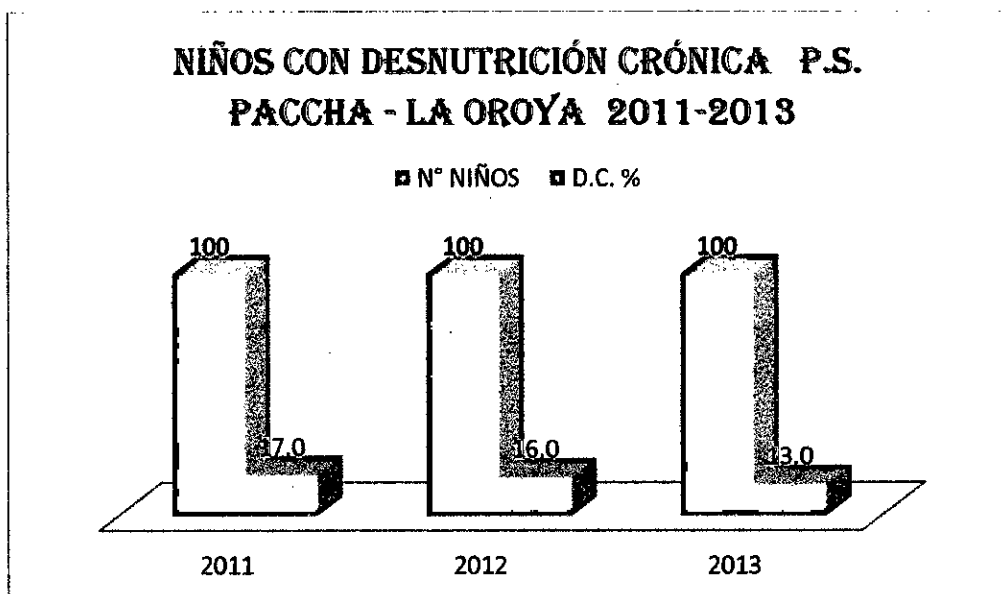
En el cuadro 4.6 : se observa que en el CPVC PACCHA de los 55 niños vigilados por los agentes comunitarios 6 presentaron crecimiento inadecuado en 13 % en el 4 reporte y de 10 niños vigilados 01 presento crecimiento inadecuado en 10% en el primer reporte del total de 100 niños vigilados .

**CUADRO 4.7**  
**PROPORCIÓN DE NIÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA**  
**P.S. PACCHA - LA OROYA 2011-2013**

	N° NIÑOS	D.C. %
2011	100	17,0
2012	100	16,0
2013	100	13,0

FUENTE: Reporte SIEN- MINSA, HIS REPORT-P.S. PACCHA

**GRAFICO N° 4.7**



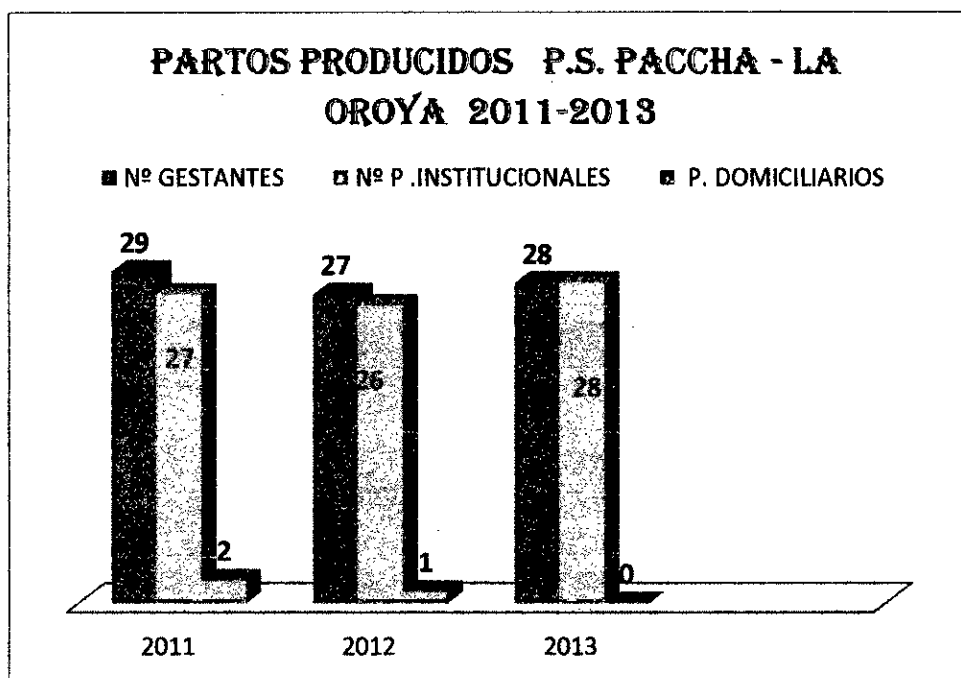
En el cuadro 4.7 se observa que el 2011 de 100 niños evaluados tuvieron 17% desnutrición crónica lo que significa 17 niños y en el 2013 de 100 niños evaluados tuvieron 13% desnutrición crónica lo que significa 13 niños, como se muestra ha disminuido.

**CUADRO 4.8**  
**NUMERO DE PARTOS PRODUCIDOS EN EL P.S. PACCHA - LA**  
**OROYA 2011-2013**

	Nº GESTANTES	Nº P .INSTITUCIONALES	P. DOMICILIARIOS
2011	29	27	2
2012	27	26	1
2013	28	28	0

FUENTE: HISS REPORT - P.S. PACCHA LA OROYA

**GRÁFICO N° 4.8**



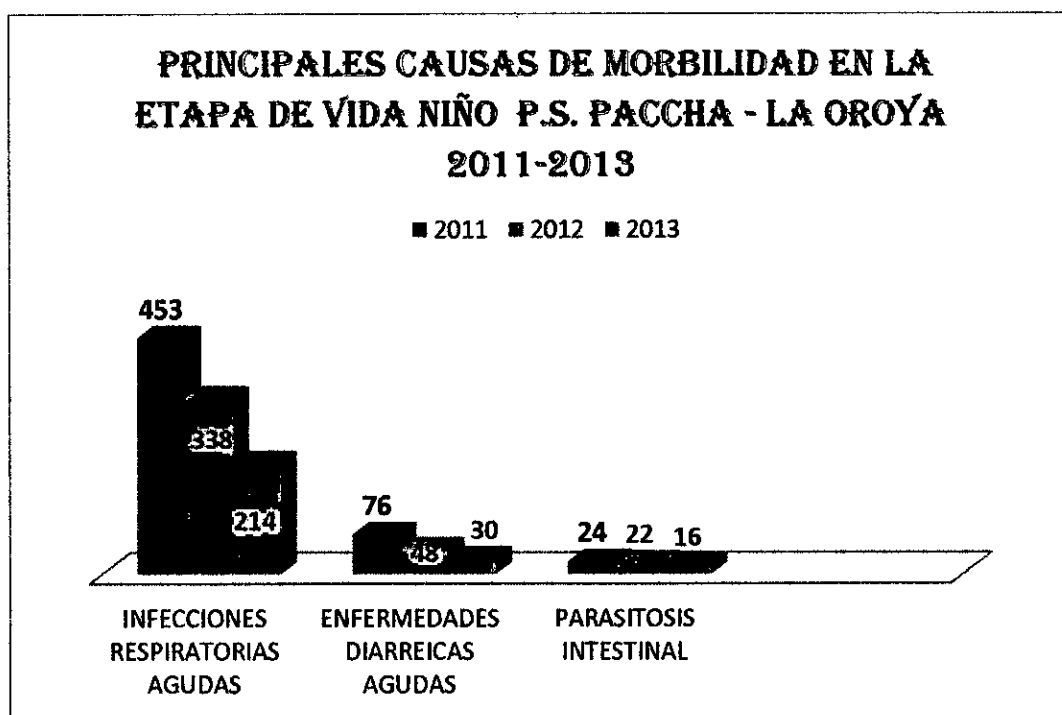
En el cuadro 4.8 se observa que en el 2011 de 29 partos producidos 02 fueron domiciliarios mientras que en el 2013 de 28 partos producidos ninguno fue domiciliario como se muestra ha disminuido.

**CUADRO 4. 9**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA ETAPA DE VIDA**  
**NIÑO P.S. PACCHA - LA OROYA 2011-2013**

	2011	2012	2013
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	453	338	214
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS	76	48	30
PARASITOSIS INTESTINAL	24	22	16

FUENTE: INFORME PLAN DE SALUD LOCAL – P.S. PACCHA

**GRÁFICO N° 4.9**



En el cuadro 4.9 se observa que las 03 principales causas de morbilidad como son infecciones respiratorias agudas enfermedades diarreicas agudas y parasitosis intestinal ha ido disminuyendo desde los años 2011 al 2013-.



## V. CONCLUSIONES:

- a) Atender el estado nutricional de la niñez es invertir en el desarrollo humano y por lo tanto en el desarrollo del país, por ello es prioridad nacional y regional y requiere de la participación de múltiples actores. Sin embargo, la articulación de esfuerzos sectoriales es compleja, pero necesaria para obtener resultados.
- a) Contar con un padrón nominal de niños y gestantes en un establecimiento de salud permite hacer un mejor seguimiento de la salud de la población.
- b) Los niños que presentan desnutrición crónica en un tiempo dado, se le puede recuperar, realizando intervenciones de enfermería como fueron las sesiones educativas – demostrativas, vigilancia oportuna para que su desarrollo sea óptimo para su edad y no tenga alguna complicación durante su vida.
- c) La desnutrición crónica (talla baja para la edad) muestra una tendencia descendente desde los años 2011- 2013.
- d) Las tres primeras causas de morbilidad en la etapa de vida niño como son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas y la parasitosis intestinal ha tenido una tendencia descendente desde los años 2011 al 2013

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Es importante propiciar un mayor involucramiento y compromiso por parte
- b) del Gobierno Municipal para el tema no solo del EL Centro de Promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño, sino para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y mejora de la salud en general. Se hace necesario realizar incidencia política con las autoridades regionales y locales para colocar a la Desnutrición Crónica Infantil en la agenda pública sanitaria y comprometer una asignación presupuestal mayor para el funcionamiento del EL Centro de Promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y el niño y la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil
- c) Implementar incentivos no monetarios continuos para los agentes comunitarios de salud para motivarlos e incorporar a mayor número de ACS.
- d) Identificar y conocer costumbres, las actitudes, valores y prácticas de salud que realizan los padres, la familia y la comunidad en el cuidado del niño; con el fin de ayudar a los niños a desarrollar sus potencialidades, ser felices y crecer sanos.

## VII. REFERENCIALES

1. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Programa Presupuestal Articulado Nutricional – Balance de Ejecución (2011).
2. **Alcázar L**, Ocampo D, Huamán-Espino L, Aparco JP. Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30 (4):569-74.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES (2013).
4. Ministerio de Economía y Finanzas – Dirección General de Presupuesto Público. Plan de Incentivos. La herramienta para una gestión local eficiente (2014).
5. Cf. MINSA. Criterios técnicos para el funcionamiento del Centro de Promoción y vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño. Dirección General de Promoción de la Salud 2013, p 10-40
6. Cf. MINSA. Criterios técnicos para la Implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño. Dirección General de Promoción de la Salud 2012, p 4-36.
7. Cf. Declaración de Alma-ata. Salud para Todos – 1978, numeral VII.N
8. <http://eticamirtha.galeon.com/Mirtha5.htm>. Accesado el 05/2/2017
9. **Raile, A. Martha**. Tomey, M. Ann. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier 2011

## **ANEXOS**

ANEXO 01

CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL



ANEXO 02

PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y EL NIÑO

**PACCHA - LA OROYA**

REUNION DE COORDINACION CON AUTORIDADES DEL MUNICIPIO, AGENTES COMUNITARIOS Y PERSONAL DE SALUD



# INAUGURACIÓN DEL CPVC DISTRITO DE PACCHA



## CAPACITACIONES A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DEL DISTRITO DE PACCHA



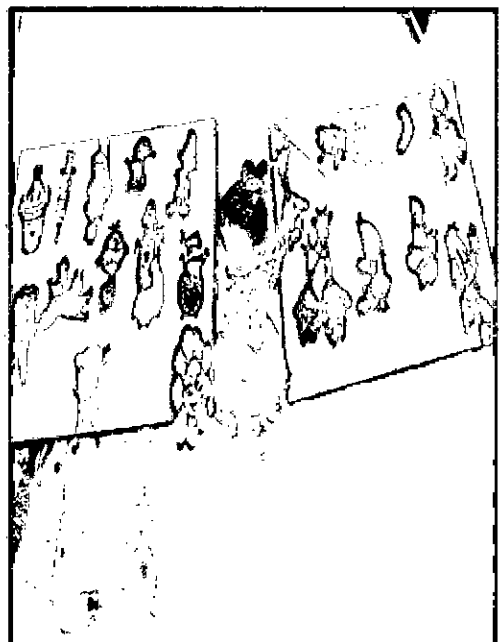
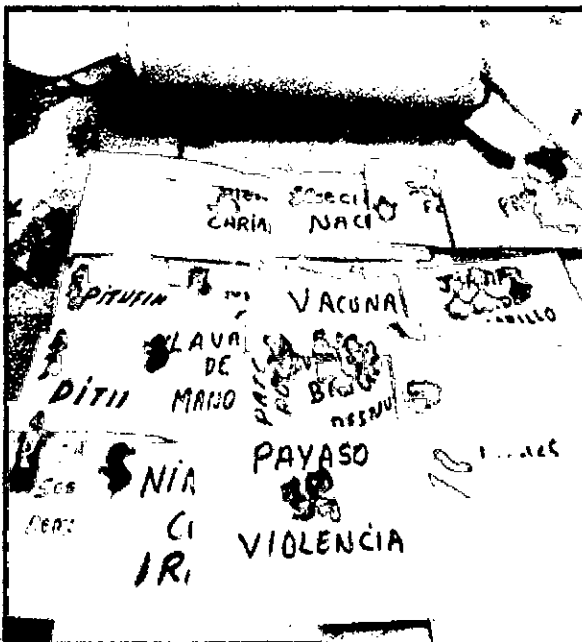
ANEXO

PADRÓN NOMINAL

NIÑOS MENORES DE 36 MESES

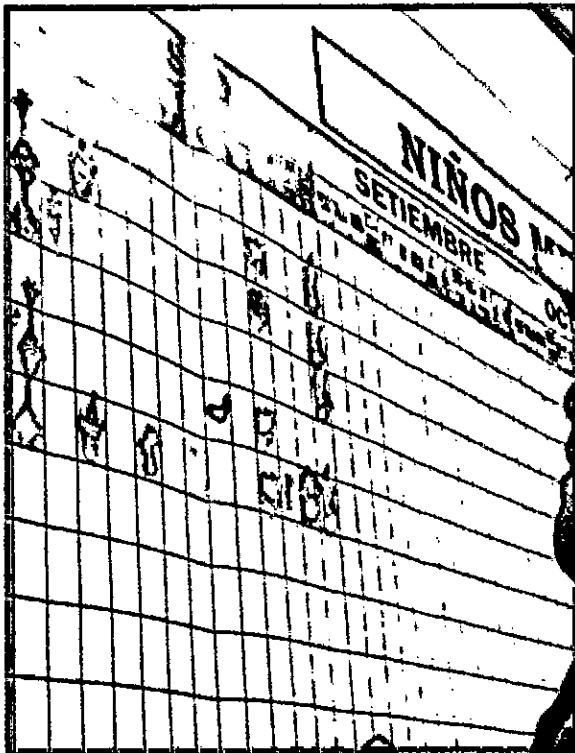
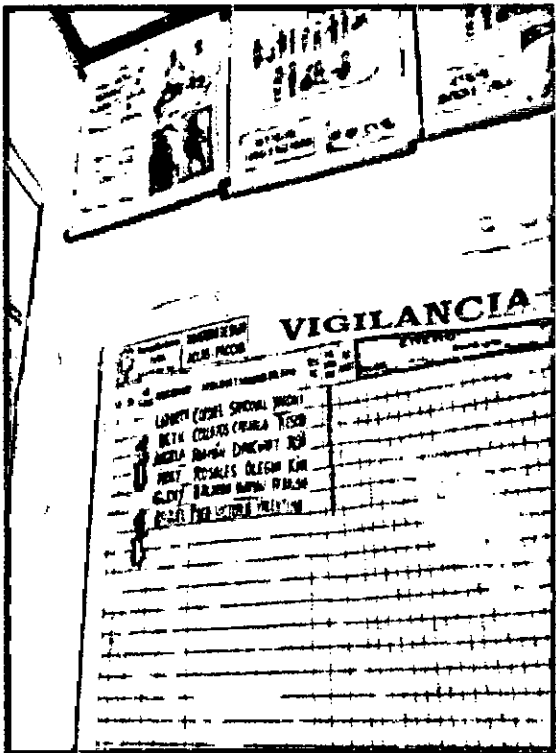


**VIGILANCIA NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS**

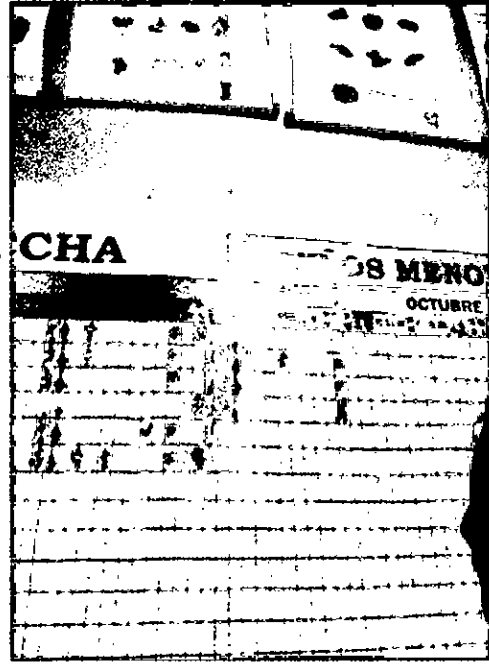




# VIGILANCIA NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS



# VIGILANCIA NUTRICIONAL A LOS NIÑOS CPVC DISTRITO DE PACCHA



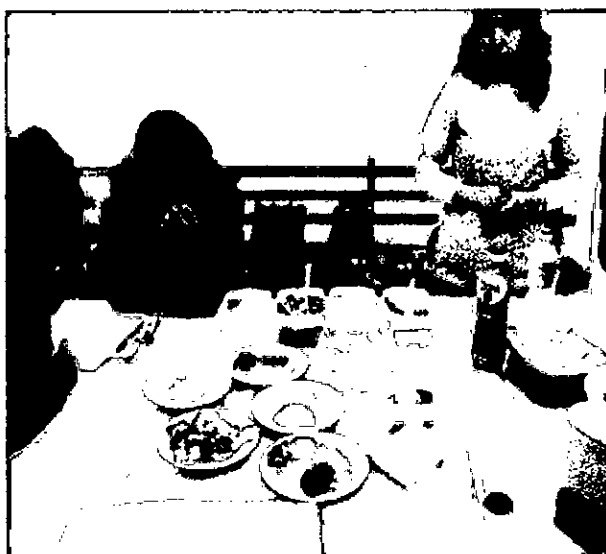
MINISTERIO DE SALUD ACLAS - PACCHA		VIGIL		
Nº CLÍNICA	NOMBRE DE LA NIÑA	APELLIDOS Y NOMBRES DEL NIÑO	EDAD (AÑOS)	SEXO
	LIEBETH	CORONEL SANDOVAL YARDELL		
	BETH	COLLAZOS CANARGO HESOD		
	ANGELA	HUMÁN DANCUART JOSÉ		
	MERY	ROSALES OLEGUA KIAN		
	GLENY	BALDEON HUMÁN FABRISIO		



# VIGILANCIA NUTRICIONAL DE GESTANTES CPVC DISTRITO DE



# SESIONES EDUCATIVAS DEMOSTRATIVAS PREPARACION DE ALIMENTOS



# SESIÓN DEMOSTRATIVA

## PREPARACION DE ALIMENTOS



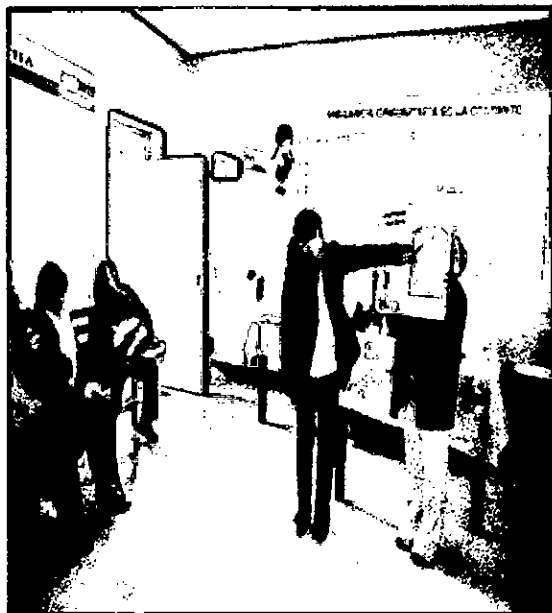
**SESIONES EDUCATIVAS Y  
DEMOSTRATIVAS DE  
PREPARACION DE ALIMENTOS**



# FESTIVAL DEL BEBE MAMONCITO



**SESIÓN DEMOSTRATIVA**  
**LAVADO DE MANOS y CEPILLADO DE**  
**DIENTES**





## REUNIONES PARA TOMA DE DESICIONES

