

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



**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL
PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO – TAMBURCO – APURÍMAC,
2019 - 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA INFANCIA**

IDE MARIBEL COSTILLA MOYNA

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| • DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| • DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | SECRETARIO |
| • MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 49-2021

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo Universitario N° 084-2021-CU, de fecha 27 de Mayo del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza y fortaleza para continuar en este proceso para obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres y a mi hija por el apoyo incondicional que día a día me brindan.

AGRADECIMIENTO

*A Dios, por bendecirme la vida,
por guiarme y protegerme en mi
trabajo.*

*A mis amados padres, por ser
los principales en incentivar
a seguir con mi especialidad.*

*A mis estimados docentes, mi
profundo agradecimiento,
quienes, con su enseñanza de
sus valiosos conocimientos, por
su guía, comprensión, paciencia
a lo largo del proceso de
investigación a sí mismo a la
prestigiosa Universidad
Nacional del Callao.*

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
I CAPÍTULO.....	6
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	6
II CAPÍTULO.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
1.1 Antecedentes	10
1.1.1 Antecedentes Internacionales	10
1.1.2 Antecedentes Nacionales.....	15
1.2 Bases Teóricas	19
2.2.1 El modelo de promoción de la salud de Nola Pender.....	19
1.3 Bases Conceptuales	29
2.3.1 Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.....	29
□ Atención integral de salud (AIS)	38
□ Propósito del AIS	38
□ Principios del AIS	39
□ Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS (2003 – 2011)	39
□ Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-FBC)	39
□ Cuidado integral de salud	40
□ El sistema de salud en el Perú	40
□ Cuidados periodo prenatal del niño	41
● Cuidados individuales:	41
II CAPÍTULO PLAN DE INTERVENCION	45
2.1 Generalidades.....	45
2.1.1 Direcciones Regional de Salud Apurímac.....	45
2.1.2 Misión	48
2.1.3 Visión	48
2.1.4 Establecimientos de primer nivel.....	49
2.1.5 Recursos humanos.....	49
2.1.6 Puesto de Salud I-1 -San Antonio	50

2.2	Justificación.....	50
2.3	Objetivos	51
2.3.1	Objetivo General.....	51
2.4	Metas:	52
2.5	RECURSOS.....	56
	CONCLUSIONES.....	62
	RECOMENDACIONES	63
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	64
	ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

	Tabla 01 Niños menores de 4 años vacunas completas.....	58
	Tabla 02 Actores sociales que promueven el cuidado infantil lactancia materna.....	59
	Tabla 03 Capacitación de los responsables de la comunidad de san Antonio.....	60

INTRODUCCIÓN

Las elevadas tasas de mortalidad infantil a nivel mundial y en países de América han seguido disminuyendo, particularmente en la última década; en cambio, aún existen profundas discrepancias entre ellas (1) (2) Se observan diferencias en las tasas de mortalidad infantil en los países desarrollados y en desarrollo, y la diferencia entre estos últimos es muy significativa (3) (4) (5) En países de todo el mundo, la tasa de mortalidad infantil manifiesta únicamente el promedio nacional, ocultando diferencias significativas entre los diferentes grupos de población, ya sea agrupados por ubicación geográfica, ingresos o raza.

Desde hace muchos años, el Ministerio de Salud viene implementando las "Directrices para la solución de las enfermedades infecciosas más comunes de la niñez y la desnutrición" para los departamentos de salud que brindan servicios hospitalarios para niños de 1 mes a 4 años. Esta guía presenta métodos clínicos basados en la mejor evidencia científica disponible para el cuidado de niños de 1 mes a 4 años que ingresan en hospitales equipados con recursos básicos de laboratorio y medicamentos esenciales. (6)

En algunos casos especiales, esta guía puede ser aplicable al establecimiento de salud con un número reducido de camas en las que se hospitaliza a niños enfermos. Las directrices se centran en el tratamiento hospitalario de enfermedades que representan las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, tales como: diarrea, neumonía, desnutrición severa, dengue, malaria, meningitis, leptospirosis, entre otros. Se complementa con una gama más amplia de libros de texto pediátricos, que deben consultarse para obtener

información sobre el tratamiento de enfermedades o complicaciones menos comunes.(6)

Las medidas de control existentes incluyen el Plan de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), cuya apropiada aplicación accederá al crecimiento y desarrollo armónico de los niños menores de 4 años. La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han elaborado la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) con el propósito de disminuir la mortalidad y morbilidad de los niños menores de cinco años. Y mejorar la calidad de los servicios de salud y atención domiciliaria. La AIEPI también combina acciones de promoción de la salud y prevención para transformar la atención en un espacio para mejorar los conocimientos, prácticas y actitudes de atención y cuidado infantil familiar. (3) (1) (2)

Para llevar a cabo este trabajo académico se implementó un plan de intervención que incluyó justificación, objetivos, metas, planes de actividades, recursos, evaluación y ejecución. Cabe mencionar que se implementó en el 2021 y se inició en el primer trimestre del mismo año, estará íntegramente elaborado por el autor y será presentado, asimismo, también se convertirá en un punto para el futuro de la agencia con las investigaciones para proporcionar una referencia, porque la bibliografía suficiente es útil para futuras investigaciones.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en

relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexo

I CAPÍTULO

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La primera infancia es un momento crítico en la vida humana, por lo que vale la pena que los niños en esta etapa disfruten de una atención integral y de alta calidad.

Se estima que en 2008, sucedieron 8,8 millones de niños menores de 5 años murieron en todo el mundo. Esta tasa es uno de los indicadores más sensibles y relevantes para evaluar la economía social, la salud y la calidad de vida de la población. Desde todas las perspectivas, la muerte de los niños tendrá un impacto negativo en sus familias y comunidades, y restringirá severamente el ejercicio de sus derechos, especialmente en términos de una vida sana y un desarrollo. (7)

En Latinoamérica y Asia, la tasa de mortalidad más alta para los niños menores de 5 años se encuentra entre los 0 a 11 meses y los 12 a 23 meses; la tasa supera las 20 muertes por cada 1.000 niños cada año. La tasa de mortalidad para el grupo de 2 a 4 años es de aproximadamente 5 muertes por cada 1000 niños por año. En cuanto a su incidencia por grupo de edad, el grupo más afectado es de 6 a 11 meses, seguido de 12 a 23 meses, y luego de 0 a 6 meses. Este último se ve afectado por las prácticas de lactancia materna. A partir del segundo año de nacimiento, la tasa de incidencia disminuye gradualmente, mantener un grupo de menores en riesgo durante 2 años.(8)

En Perú, el Ministerio de Salud ha implementado el I Programa de Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel nacional para

disminuir la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 4 años y mejorar la calidad de la atención a los niños. Instituciones y comunidades (9)

En la provincia de Abancay, Apurímac, Perú, los recientes incidentes de salud y atención integral no solo han afectado mucho la atención médica de nuestra población, sino que también han afectado mucho los factores socioeconómicos de nuestras familias, grupos vulnerables y nuestros hijos menores, especialmente menores de 5 años. Como se observó en el diagnóstico la Región presenta altas tasas de desnutrición crónica (30,2%) y anemia (50%) por lo que se requiere con carácter de urgencia un programa que complemente y logre coberturar las zonas no alcanzadas por los programas del Estado. Actualmente se encuentran tres proyectos en la cartera del Gobierno Regional, pero esto no es suficiente para lograr el bienestar de todos los niños menores de 5 años de la Región, entre los 3 proyectos sólo se alcanza a los 18 000 beneficiarios mientras que los niños menores de 5 años son 60 000. Pensando en esta brecha se contempla la conformación de un nuevo proyecto que logre la cobertura para el resto de los niños. (10)

El puesto de salud San Antonio es un establecimiento de salud de nivel 1.I perteneciente a la Micro Red Micaela Bastidas, de la Red de Salud Abancay, Distrito de Abancay, Departamento de Apurímac, que brinda atención primaria de salud, en la actualidad viene funcionando en el local propio con sus respectivos ambientes brindando atención al público usuario en turnos de 12 horas de Lunes a sábado por estar ubicado en la carretera Abancay- Cusco vía carróza de alta incidencia de accidentes de tránsito. El puesto de Salud de San Antonio tiene a su cargo las comunidades de San Antonio, Kolcaque, Mirador, San Jorge,

Willcuypata, Ccanabamba Alta y Baja ; Cuenta con una población total asignada de 2,300 habitantes y 62 niños menores de 5 años, cuenta con 01 Enfermera,02 técnicos de Enfermería,01 Medico,01 obstetra,01 Odontólogo quienes realizan la atención integral del niño en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo .Limitaciones por el Norte con Tamburco, por el Sur con el Mirador, por el Este con Ccanabamba y por el Este con Kerapata. De acuerdo a las evaluaciones que se presentaron durante los últimos años el puesto de salud de San Antonio de Enero a Diciembre de 2019 se captó 12 niños con anemia, 02 niños con bajo peso al nacer que vino de la ciudad del Cusco. En el año 2020 06 niños con anemia y en el presente año 2021 06 niños con anemia, no se alcanzó coberturas de las metas programadas en casos de desnutrición infantil menores de 5 años y algunos programas de la primera infancia a pesar del arduo trabajo que realizaron el personal de enfermería de dicho establecimiento, por tal motivo se realiza este trabajo académico .

Mis años de experiencia en el área de crecimiento y desarrollo me hizo comprender que al infante desde que nace cuando acude a su control debería de ser atendido por todas las áreas y recibir una atención integral y oportuna de igual modo a la madre y el acompañante. por ello es conveniente realizar el presente trabajo académico y los resultados adquiridos me ayudara a trabajar articuladamente con el personal de salud en los servicios de Medicina, Odontología, poniendo énfasis en disminuir las incidencias de la anemia, enfermedades de Infecciones Respiratorias agudas, Enfermedades diarreicas agudas, riesgo de sobrepeso, la obesidad, la desnutrición, prevención de la parasitosis, enfermedades inmunoprevenibles mediante la inmunización con las vacunas. Realizar promoción de la salud con el desarrollo de actividades preventivas promocionales y articulando

el trabajo con los actores sociales como Municipios, ONG, Juntos, Cunamas, Vaso de leche y las diferentes instituciones que abordamos un fin común que es la niñez y apostar por el futuro del país.

II CAPÍTULO

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

1.1.1 *Antecedentes Internacionales*

QUIZHPE A & UPHOFF E (2013) Presentaron su estudio el cual lleva por título “Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador” Ciudad de Cuenca, **Métodos:** entre julio de 2010 a junio de 2011 se revisaron las historias clínicas de los pacientes de 2 meses a 5 años que brindaron atención médica gratuita a niños en dos centros de atención primaria de salud en áreas urbanas y rurales. Se recopilaron datos sobre las características, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes de forma retrospectiva. **Resultados:** tanto en los centros de salud como en la mayoría de las historias clínicas, hubo falta de información sobre el tratamiento y la administración de antibióticos. Los datos recopilados de 1.063 pacientes mostraron que la frecuencia de uso excesivo de antibióticos fue mayor en los centros de atención rurales (6,50%). La **conclusión** es que existen algunos incumplimientos en la aplicación de esta estrategia, y es importante estudiar las razones en profundidad en futuras investigaciones. La imposibilidad de acceder a los servicios de salud puede ser una razón relacionada (10)

En relación al antecedente anterior, como profesional de la salud y teniendo como experiencia más de 10 años mi opinión es: cierto que las limitaciones de los servicios de salud en áreas rurales así como Ecuador sucede también en nuestro país Perú, pero a diferencia de los resultados encontrados en Ecuador, en establecimientos de salud del área rural sucede todo lo contrario, tenemos la falta

de antibióticos en aquellos establecimientos lo que si tiene un excesivo consumo de analgésicos tipo ibuprofeno. En áreas urbanas pues pienso que el consumo excesivo y desmesurado de antibióticos si sucede por la automedicación que la mayoría población peruana, abanquina realiza y por la cantidad de farmacias y boticas que expenden medicamentos sin previa receta médica.

BISMARCK A (2015) Presento su estudio Titulado “Calidad en la Atención integral de las enfermedades prevalentes en niños menores de 5 años. Según usuarios/os en sala de emergencia pediátrica del hospital escuela Cesar Amador Molina de Matagalpa 2015” Ciudad de Matagalpa, En la **metodología** se realizó un estudio descriptivo transversal, y se realizaron las siguientes actividades para la obtención de información: como selección de ubicación, coordinación con autoridades responsables, desarrollo de herramientas, observación, entrevistas internas y externas con usuarios, y verificación a ser usó la herramienta y luego continúe recopilando información. Entre los **resultados** destacan algunas de las debilidades mencionadas por los dos usuarios entrevistados. Por ejemplo, no existe un método educativo sugerente para los pacientes en la sala, y hay muy poca introducción de obligaciones y derechos en el proceso de enfermería. , no se brindan observadores para verificar la información relevante. Consulta adecuada sobre su tratamiento, alimentación, lactancia materna y mobiliario adecuado. En cuanto a la satisfacción, los usuarios internos mencionaron que no están satisfechos con su salario y existe una gran brecha en los recursos de apoyo y enfermería. Por otro lado, los usuarios externos mencionaron hasta que la mayoría de ellos no responden a sus problemas de salud. La conclusión es que los usuarios internos tienen entre 21 y 34 años y los externos entre 0 y 5 años El personal que

más trabaja en el Hospital Escolar César Amador Molina son los médicos generales y los médicos generales con buena experiencia laboral. La estructura es considerada defectuosa por los usuarios externos, y tanto los usuarios externos como los internos la consideran normal durante el proceso, por lo que los usuarios que trabajan en HECAM en Matagalpa y participan en consultas pediátricas no quedan satisfechos. Por ello, se recomienda mejorar la accesibilidad de los métodos educativos, la asesoría y la educación para comprender las señales de alerta y la salud de los menores. (7)

Mi punto de opinión en referencia al antecedente citado es: en relación a que en los establecimientos de salud tampoco se cuenta métodos sugerentes para pacientes en espera cuando por ejemplo van a llevar a su menor hijo(a) a su control de crecimiento, además no existe el material didáctico propio para evaluación y muchas veces las profesionales tenemos que estar adaptando algunos juegos, además esto se incrementó con el problema actual que sucede a nivel mundial, la pandemia covid-19 donde no se realizaron evaluaciones de crecimiento y desarrollo de niño sano.

VILLAREYNA J (2015) Presentó su estudio titulado “Cumplimiento de la atención integral enfermedades prevalentes de la infancia, en el componente de neumonía en niños de 1 mes a 4 años egresados del Hospital Primario Carlos Centeno siuna, en el periodo de marzo a diciembre del año 2013” Ciudad de Managua, **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Primario Carlos Centeno Siuna de marzo a diciembre de 2013. **Resultados:** el 48,5% de los pacientes tenía entre 1 y 11 meses de edad, el 53,5% eran varones y el 22,6% se encontraba en rango de desnutrición. Respecto a los

exámenes complementarios 89,8% BHC; 71,7% radiografías. 39,3% Hay más de un factor de riesgo. El 73,7% no recibió antibioterapia antes del ingreso; el 65,6% recibió antibioterapia de primera línea; el 5,1% presentó complicaciones; el 62,7% de los pacientes ingresaron por > 7 días; el 89,8% presentó una evolución satisfactoria. **Conclusión:** El grupo de edad más afectado corresponde al estado de eutrofización masculina (1 mes-11 meses). Según el protocolo (penicilina cristalina), el tratamiento de la neumonía es el tratamiento de primera línea. Las complicaciones más frecuentes son el derrame pleural y la estancia hospitalaria > 7 días. (11)

Referente al antecedente citado en mi opinión en el mes de febrero año 2020 se presentó un caso de SOBA(Síndrome de Obstrucción bronquial Agudo) de 4 meses de edad en una niña con Síndrome de DAOW ,Por el descuido de la madre y haber llevado a una clínica particular y no haber cumplido con el tratamiento, la lactante falleció En niños menores de 5 años no se presentaron casos de Neumonía talvez por la inmunización que se realizó con vacuna neumococo de acuerdo al esquema de vacunación, se presentaron de Enero a Diciembre 2019 el 10% de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas que se recuperaron con medicamentos genéricos de paracetamol y amoxicilina, medidas preventivas y seguimientos por el personal de salud.

PÉREZ & DEL CARMEN (2015) Presentaron su estudio titulado “Cumplimiento de la norma de atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia, para el manejo de enfermedades diarreicas aguda en niños menores de 5 años de edad, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero – diciembre 2014” Ciudad de Granada

Metodología: la investigación fue descriptiva y transversal, la muestra incluyó a 120 niños con diarrea entre enero y diciembre de 2014. Estos niños procedían de cuatro ciudades de la provincia de Granada. **Resultados:** Se encontró que el 65,8% de los niños menores de 5 años con diarrea tenían entre 12 y 59 meses. Entre ellos, el 60,0% presentaba EDA más cierto grado de DH, que es la forma más clínica en general. Al identificar las manifestaciones clínicas de los niños con EDA, el 54,2% presentó fiebre, el 46,6% vómitos y el 38,3% dolor abdominal. La **conclusión** es que en la mayoría de los casos participantes, el diagnóstico y aplicación del plan de tratamiento es inconsistente con las normas establecidas, pues en la mayoría de los casos, la manifestación de la diarrea es un cierto grado de deshidratación, y el plan más utilizado es el correspondiente C a la deshidratación severa, como el 5% de las personas no tienen DH y se manejó con el mismo plan. (12)

En mi opinión en el puesto de salud San Antonio no se presentaron casos de EDA con deshidratación se realizó como medida preventiva con inmunización de vacuna Rotavirus de 2 y 4 meses de edad de acuerdo al esquema de vacunación ,al acudir al establecimiento de salud a su control de crecimiento y desarrollo se les brindaba consejerías a las madres de los niños menores de 5 años sobre la alimentación de acuerdo a su edad , sesiones educativas y demostrativas sobre lavado de manos con agua y jabón consumo de agua segura.

HELVETIA L (2016) Presento su estudio titulado “La educación y atención integral para el desarrollo de la niñez menor de 3 años en Costa Rica: Una deuda del estado costarricense” Ciudad de Costa rica, **metodología** utilizada en este tema se realiza desde un paradigma cualitativo, y el método analítico elegido es la dialéctica hermenéutica, que permite profundizar en determinados documentos e

interpretar el discurso de los intérpretes. Para la recolección de la información se utilizó el análisis de la literatura de diferentes fuentes bibliográficas, los planes y recomendaciones existentes en el país que llamaron la atención de la población, la política nacional de niñez y adolescencia y el código de niñez y adolescencia, entrevistas en profundidad y expertos. en diversos ámbitos vinculados a la población, las personas que atienden a niñas y niños menores de 5 años. Entre las principales **conclusiones** Las conclusiones alcanzadas indican que las intervenciones para niños menores de 3 años requieren la participación de toda la sociedad, un sistema que integre al sector privado y diferentes sectores (educación, salud, servicios sociales) y la coordinación de diferentes agencias para producir servicios infantiles de calidad. (13)

En mi opinión referente al antecedente citado en las intervenciones para niños menores de 5 años requieren la participación de la sociedad. Desde el año 2019 a la fecha se viene trabajando articuladamente con la Municipalidad del Distrito de Tamburco con niños menores de 1 año con el padrón Nominal y niños con Anemias(apoyando con sangrecitas),con el programa de cunamas realizando la alimentación de niños menores de 3 años y estimulación temprana).para brindar una atención integral de calidad.

1.1.2 Antecedentes Nacionales

BERROSPI (2017) En su estudio titulado “Intervenciones de enfermería en la atención integral del niño en el componente crecimiento y desarrollo del C.S laderas de Chillón- Puente Piedra, 2014-2016” el cual tuvo el **objetivo** de describir intervención de Enfermería en la atención Integral del Niño en el componente Crecimiento y Desarrollo, C.S. Laderas de Chillon, Puente Piedra 2014-2016. Para

la metodología se usó un plan de atención, datos de afiliación y antecedentes, formato de consulta, entrevistas con preguntas abiertas entre otros, **resultando** así que un porcentaje promedio de 28.93% de Lactantes mayores atendidos en el periodo 2014 en las áreas del desarrollo psicomotor pertenecen al sexo masculino y, el 24,16% al sexo femenino. De los cuales, un 26.65% fueron evaluadas en el área motor, el 11.73% en el área social. el 9.72% en el área de Lenguaje y, el 4.99% en el área de coordinación. Así se **concluye** que Según la evaluación y atención brindada a los lactantes mayores que acudieron al crecimiento y desarrollo en el periodo 2014, con mayor porcentaje de 28.93% de lactantes estuvo representado por el sexo masculino a diferencia del sexo femenino con 24.16%. De los cuales, ambos sexos fueron evaluados en las áreas motor con 26.65%, en el área social 11.73%, en el área lenguaje 9.72% y en el área coordinación 4.99%

En el servicio de área Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud San Antonio con referente al antecedente citado mi opinión es que se realizó el 40% de estimulación temprana a niños menores de 5 años de acuerdo a las edades en el periodo del año 2019 porque no se contaba con kit completo de estimulación temprana del desarrollo psicomotor en las áreas de Lenguaje, área Motora, Área Social y área de coordinación en ambos sexos femeninos y masculinos

HUAYTAN Y. (2019) En su estudio titulado “Calidad de atención integral brindada por madres cuidadoras a niños menores de 3 años, beneficiarios del Programa Nacional Cuna Más, Huánuco” Ciudad de Huánuco. **Metodología.** Fue un estudio transversal, prospectivo y observacional con diseño descriptivo y métodos cuantitativos. La muestra incluyó 80 cuidadoras de 100 cuidadoras del servicio de guardería del programa Cuna Más del país peruano. Se utilizó una guía

de entrevista con características generales y una escala de calidad de la atención, esta última es efectiva y confiable. Se consideraron los aspectos éticos de la investigación y se realizó un análisis descriptivo de frecuencia. **Resultados.** La calidad de la atención integral se verifica en sus tres componentes. En la dimensión de aprendizaje infantil, el 70% (56) de la calidad se muestra en un nivel alto; en la salud infantil, el 71,3% (57) de la calidad está en un nivel medio; en términos de nutrición y alimentación, 27,5 % (22) de la calidad de la atención es baja. En general, el 52,5% (42) demostró una calidad de atención integral moderada, seguido por un 33,8% (27) de calidad de atención de alto nivel. **Conclusión.** La calidad de la atención integral a los niños beneficiarios de los servicios de atención diurna del Programa Nacional Cuna Mas del país, responsable las madres cuidadoras es moderada; esto indica la necesidad de fortalecer las capacidades de atención integral de los niños beneficiarios y la supervisión continua de la enfermería, especialistas como profesionales de enfermería. (15)

Referente al antecedente citado mi opinión sobre los servicios de atención diurna del Programa Nacional Cuna Mas .Las madres que cuidan a los niños no trabajan permanente en un periodo de un año, se cambian y esto indica capacitar a las madres cuidadoras en atención integral. No todos los niños menores de 3 años de la comunidad de San Antonio participan en cunamas porque viven en zonas rurales lejanas ,los que acuden son niños y niñas de zona Urbana.

BARDALES R (2020) Presento su estudio titulado “Análisis de la atención integral en los servicios de cuidado diurno – caso Programa Cuna Más” Ciudad de Lima En el **método** utilizado para este estudio de caso cualitativo, los participantes del servicio de guardería fueron identificados con una duración de al menos un año,

fueron entrevistados y los resultados se obtuvieron a partir de entrevistas semiestructuradas transcritas y luego información clasificada. **Los resultados** los resultados de cada subcategoría con los antecedentes y metas del plan de cuna para analizar cada subcategoría. El estudio **concluyó** que de acuerdo a los resultados de la entrevista, existen ciertas debilidades en las dos subcategorías de cuidado infantil y aprendizaje infantil, esto se debe ver desde el rol principal de los cuidadores siendo la debilidad de alta rotación, lo cual es indefenso. Brindar servicios integrales para ayudar a los niños a realizar plenamente su potencial de desarrollo en todos los aspectos. (16)

En opinión del Antecedente citado durante el tiempo de experiencia que vengo trabajando los antecedentes y metas del plan de Cunamas en las visitas que realice a las madres cuidadoras se encontraban trabajando con sus propios hijos siendo la debilidad de la madre cuidadora que más atención y cuidado daba a su hijo que a los niños beneficiarios lo cual no brindaban una atención adecuada en el desarrollo de todos los aspectos en el cuidado infantil y aprendizaje infantil.

PILLCO M (2021) Presentó su estudio Titulado “Prestaciones de servicio y atención integral en niños del Programa Nacional Cuna Mas en tiempos de pandemia Abancay, 2020.” Ciudad de Abancay, En esta metodología, utilizando métodos de descripción relacionados y propósitos de aplicación y diseño no experimental, la muestra está compuesta por 60 usuarios, y se realizan entrevistas y encuestas a través de listas de verificación para obtener los resultados de la prestación de servicios para una variable. El 40% de los padres usuarios brindan atención integral basada en los servicios actuales no presenciales, y encontraron que el 50% de ellos cree que la cobertura de inmunización presencial es alta, el 76,7% de las personas

toman suplementos de hierro personalmente y el 16,7% de niños reciben cuidados normales sin cuidados personales Al obtener la tasa de cobertura de hemoglobina, se **concluye** que la evidencia estadística confirma que la relación entre atención infantil y atención integral en el Programa Nacional Cuna Mas en la provincia de Abancay es significativamente menor en el año 2020. (17)

En mi opinión referente al antecedente citado ,el personal de cunamas actualmente en tiempo de pandemia Covid 19 está realizando visitas domiciliarias donde están haciendo la entrega de algunos productos de alimentación e insumos de higiene en la jurisdicción de San Antonio, al mismo tiempo están verificando el consumo de sulfato ferroso en niños menores de 3años y verificando su carne de vacunación del niño.

1.2 Bases Teóricas

2.2.1 El modelo de promoción de la salud de Nola Pender

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El mps pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. Nola Pender nace en Lansing, Michigan el 16 de Agosto de 1941, su primer acercamiento con la

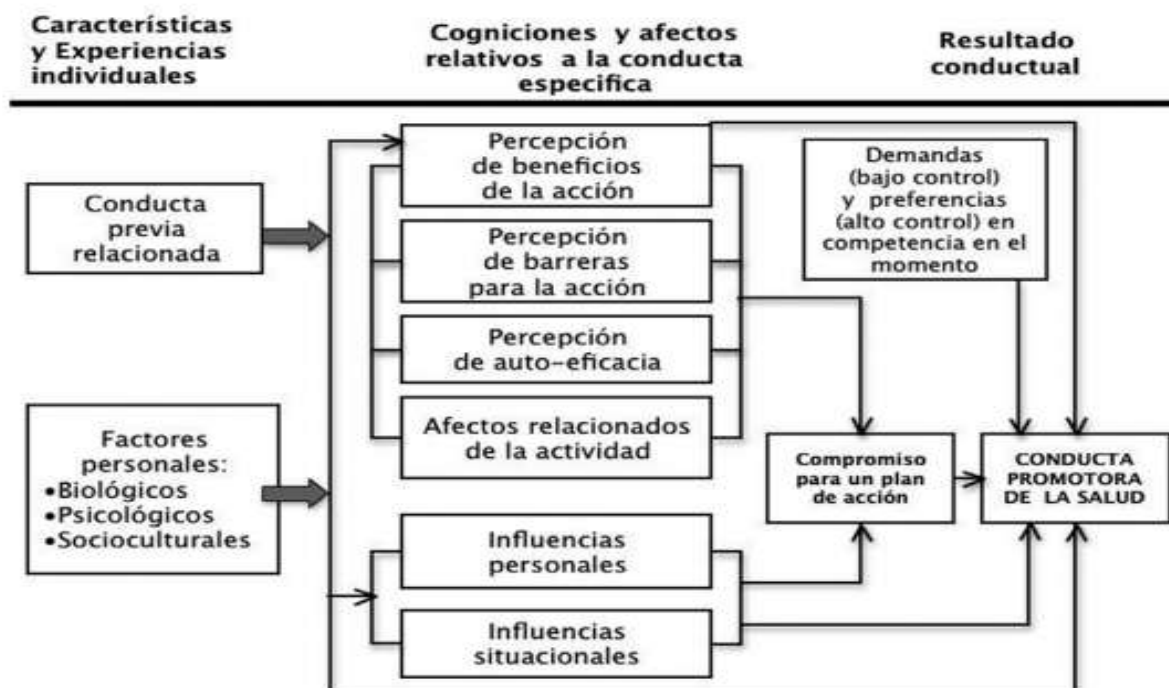
enfermería fue a los 7 años, al observar el cuidado enfermero que le ofrecían a su tía hospitalizada. En 1962 recibe su diploma de la escuela de enfermería de West Suburban Hospital de Oak Park, Illinois. En 1964 completa su título en la Universidad del Estado de Michigan, Evanston, Illinois. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS)

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (19) y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. (20)

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La

intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.



Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino IE, Stjepovich JB²¹

En este esquema se pueden ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha; la primera trata sobre las características y experiencias individuales de las personas y abarca dos conceptos: **conducta previa relacionada** y **los factores personales**.

los beneficios percibidos por la acción

que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud;

barreras percibidas para la acción

alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real

auto eficacia percibida

éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta. La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica

el afecto relacionado con el comportamiento

son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta

las influencias interpersonales

se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto de esta columna, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud

Los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de

un compromiso para un plan de acción

concepto ubicado en la tercera columna y que constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud; en este compromiso pueden influir además, las demandas y preferencias contrapuestas

inmediatas. En las primeras se consideran aquellas conductas alternativas sobre las que los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo.

la conducta promotora de la salud

Esta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva

2.2.2 Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales

Madeleine Leininger es la fundadora de la Enfermería Transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas y de la Enfermería Transcultural. Fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería que obtuvo un doctorado en Antropología Cultural y Social.

Mientras trabajaba en el Hospital Universitario de Cincinnati, Leininger percibió la falta de comprensión de los factores culturales por parte del personal, que influían en el comportamiento de los niños. En estos niños de procedencias culturales distintas, observó diferencias en las respuestas al cuidado y al tratamiento psiquiátrico que la inquietaron profundamente. Llegó a la conclusión de que sus decisiones y acciones, al igual que las de sus compañeros, no ayudaban adecuadamente a esos niños. Leininger se planteó numerosas preguntas a sí misma y al personal acerca de las diferencias culturales de los niños y acerca de los resultados de las terapias y percibió que algunos miembros nuevos del personal

conocían la influencia de los factores culturales en los diagnósticos y en los tratamientos para los pacientes.

Margaret Mead trabajó como profesora visitante en el departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cincinnati y Leininger aprovechó para tratar con ella sobre las relaciones potenciales entre la enfermería y la antropología. Aunque no estimulada por Mead, Leininger decidió proseguir con su estudio doctoral enfocado en la antropología cultural, social y psicológica en la Universidad de Washington, Seattle. Durante su doctorado, Leininger estudió un gran número de culturas. La antropología le pareció fascinante y consideró que debería ser de interés común para todas las enfermeras. Enfocó su estudio en el pueblo Gadsup de las tierras altas en el Este de Nueva Guinea, donde vivió con los indígenas durante 2 años y llevó a cabo un estudio en etnografía y etno enfermería en dos aldeas. No solo pudo percibir las características exclusivas de la cultura, sino que observó también un gran número de divergencias culturales con respecto al cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar.

Tras su profundo estudio y su experiencia directa con el pueblo Gadsup, continuó con la elaboración de su teoría de la diversidad y de la universalidad y el método de la etno enfermería.

Su investigación y su teoría han ayudado a los estudiantes de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. Ha sido el personaje de la enfermería que más ha influido en que estudiantes y profesores sigan estudios universitarios básicos de antropología y a relacionar este saber con la educación y la práctica de la enfermería transcultural. Su entusiasmo por desarrollar la enfermería transcultural desde un enfoque de los cuidados humanos se ha mantenido durante más de cinco décadas.

Leininger ha establecido, explicado y utilizado la teoría de los cuidados culturales con el fin de estudiar un gran número de culturas tanto dentro como fuera de Estados Unidos. Elaboró un método de investigación cualitativa en etno enfermería para encajar la teoría, pero, sobre todo, para captar el punto de vista interno de las culturas (Leininger, 1991b, 1995c). El método de investigación de la etno enfermería fue el primer método de investigación enfermera realizado en el campo de la enfermería para que el personal enfermero analizase los complejos cuidados y los fenómenos culturales.

Modelo de Madeleine Leininger. enfermería transcultural

Un área formal de estudio y practica de la enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos y grupos con respecto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas , con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería, que sea congruente, sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas

Supuestos principales

Los cuidados son la esencia de la enfermería, y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte

Los cuatro conceptos del paradigma Enfermero

Persona

Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas

Entorno

La teoría de Leininger no la define explícitamente, pero si se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Esta muy relacionado con el aspecto de cultura

Salud

Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada, además refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.

Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud. patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud

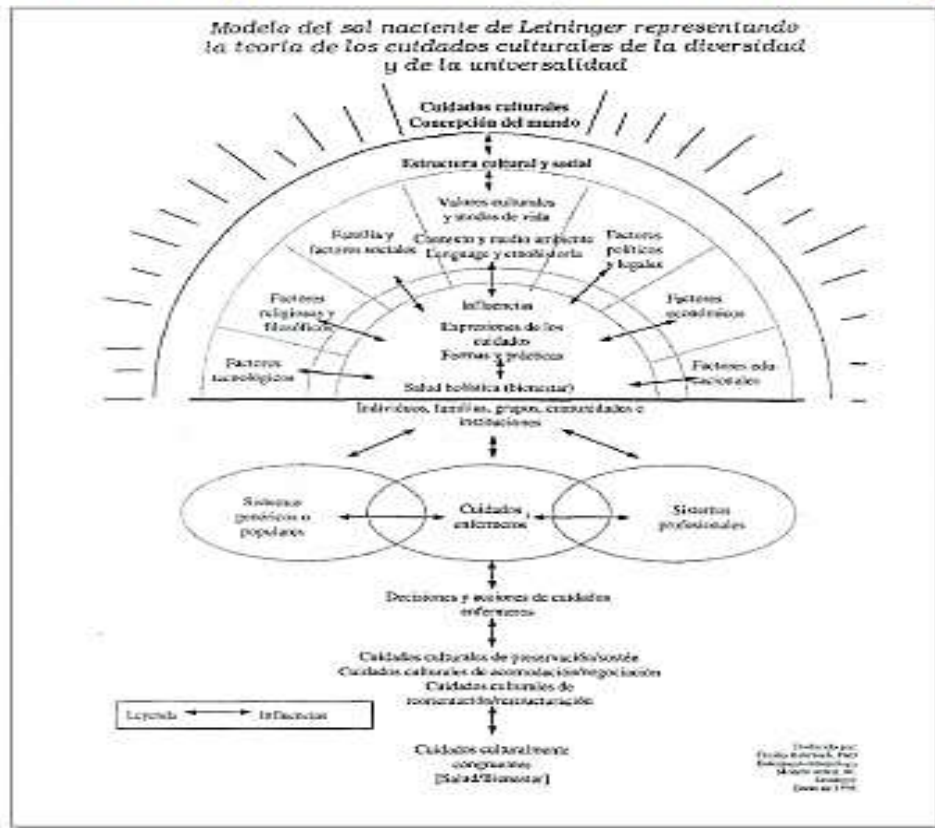
Enfermería

Es una ciencia y arte humanístico que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promocionan y mantienen la salud o la recuperación de la enfermedad

Tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas.

Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales)

Tema 11. Modelos y Teorías en Enfermería (IV). Modelo de Madeleine Leininger



Como primera teoría en enfermería, el cuidado cultural es muy valorado a nivel mundial. Otras disciplinas también han considerado que la teoría y el método son útiles. Las enfermeras que utilizan la teoría y el método con frecuencia expresan lo valiosos que son para descubrir formas culturalmente basadas en conocer y practicar. Actualmente las prácticas enfermeras son holísticas, hallazgos de investigación basados en la cultura para utilizar en el cuidado de clientes de culturas o subculturas diferentes o semejantes en diferentes países. Aquellos para quienes la teoría y el método son nuevos pueden beneficiarse de la guía de personas experimentadas, junto con el estudio de la investigación transcultural dirigido utilizando la teoría y el método. Todavía más importante, las enfermeras con

frecuencia expresan que esta teoría y este método son los que tiene sentido utilizar en enfermería. Afirman que la teoría es natural para la enfermería y las ayudan a obtener puntos de vista sobre el cuidado, la salud y el bienestar. Indudablemente, es la teoría de hoy y del mañana en nuestro mundo cada vez más multicultural. La investigación y la teoría proporcionan una vía para avanzar la profesión de la enfermería y el cuerpo de conocimiento transcultural para aplicar en la práctica, la formación, la investigación y la consulta clínica enfermera mundialmente.

Además la teoría de la enfermería transcultural ofrece una perspectiva amplia, holística y extensa de los grupos humanos, poblaciones y especies. Los conceptos amplios o genéricos están bien organizados y definidos para su estudio en culturas específicas. La teoría de los cuidados culturales de Leininger es relevante en todo el mundo como guía para los investigadores de enfermería en la conceptualización de los enfoques de su investigación para estudiar la cultura. Los conceptos y construcciones relacionados con la estructura social, el entorno y el lenguaje son extremadamente importantes y están claramente definidos para un conocimiento de base cultural sustentado en el mundo de las personas. Múltiples conceptos e interrelaciones claves de conceptos se hacen explícitos, especialmente para los factores de estructura social. La comprensión de la teoría exige cierto conocimiento antropológico básico, así como un considerable conocimiento de la enfermería transcultural, que se usará de una forma precisa y experta. Leininger descubrió que cuando la teoría ha sido completamente conceptualizada, los estudiantes de enfermería de grado y de pregrado se sienten motivados para utilizarla y descubrir su grado de practicidad, relevancia y utilidad en su trabajo. El modelo del sol naciente queda impreso en sus mentes como una forma de conocimiento.

1.3 Bases Conceptuales

2.3.1 Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años

Finalidad

Contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano de las niñas y niños menores de cinco años. (21)

Definiciones operativas

a) Antropometría.- Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros. (21)

b) Atención temprana del desarrollo.- Es el conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúan la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco (5) años de edad, para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo.

c) Consejería.- La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

d) Crecimiento.- Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos, entre otros. (21)

e) Control del crecimiento y desarrollo.- Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial

f) Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).- Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 , a 24 meses.

g) Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) --Es un instrumento que evalúa el desarrollo mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Evalúa tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad. El test se encuentra estandarizado para niños de 2 a 5 años. (21)

h) Desarrollo.- Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual,

ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales

i) Desarrollo Infantil Temprano (DIT).- Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

j) Enfoque de buen trato.- El buen trato es una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro u otra. Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los o las demás, y de la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones. (21)

k) Enfoque intercultural.- El enfoque intercultural implica que el estado valore e incorpore las diferentes visiones, culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, promoviendo el reconocimiento de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada, de manera especial a los pueblos indígenas y la población afroperuana.

l) Factores determinantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales, políticos y económicos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

m) Factores protectores.- Están referidos a actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y comportamientos sanos y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

n) Factores de riesgo.- Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño (21)

Atención Integral:

Son las acciones dirigidas a las personas, la familia, la comunidad; es un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad o incapacidad. Lo cual se busca integrar las actividades preventivas- promocionales y las recuperativas en la mayor parte de las atenciones.

Oportunidad de la atención

La presencia del individuo en el establecimiento de salud debe ser oportuno para la oferta de la "Atención Integral de Salud", ya que acude como paciente solicitante de algún servicio o como acompañante. A sí mismo el acompañante recibirá la atención curativas y/o preventivo – promocionales, si es dado el mismo día; caso contrario serán captados y registrados para asegurar su seguimiento posterior.

Organización de la atención en función de las Redes de Servicios

Los habitantes deben de tener el acceso a todas las prestaciones del Paquete Integral de Servicios de Salud, de acuerdo a los niveles de complejidad. Cada establecimiento debe poseer claramente qué puede y qué debe hacer en la atención del niño, cómo y cuándo debe referir a los niños, ya que su capacidad resolutive se encuentra rebasada.

Atención Integral de Salud del Niño o Niña

Tiene como finalidad brindar atención integral de salud con calidad al niño y niña, que responda a sus necesidades de salud y contribuya a elevar su calidad de vida como base para un desarrollo sostenible del país, dentro de sus objetivos es establecer las normas para la atención integral de salud de niño de 0 a 5 años en el marco del modelo de atención integral de salud (Ministerio de Salud, 2006).
Estructura: Todo personal de salud debe implementar las intervenciones para el desarrollo de la atención integral de salud del niño y cumplir todos los parámetros y el seguimiento correspondiente. Tenemos:

Inmunizaciones: la prevención de las enfermedades infecciosas durante la niñez, mediante las vacunas constituye uno de los aspectos de mayor importancia en la prevención de las patologías y promoción de la salud. Para obtener un buen resultado de la vacunación es fundamental que los servicios de salud garanticen que el personal responsable de la atención conozca los aspectos básicos de las sustancias biológicas que manejan y estén adecuadamente informados sobre las dosis, vías de administración, interacciones, indicaciones y contraindicaciones (18).

Consejería nutricional en niñas y niños con problemas de alimentación y

nutrición: Es la acción educativo comunicacional que se brinda a través de una atención especializada que realiza el personal de salud a las madres, padres y/o tutores de las niñas o niños con problemas de alimentación y nutrición, con el fin de realizar el manejo de la malnutrición en la consulta externa según la guía de práctica clínica correspondiente, priorizando la Lactancia Materna Exclusiva durante los seis primeros meses de edad, alimentación complementaria más lactancia materna prolongada hasta los 24 meses de edad y la suplementación con micronutrientes (hierro, vitamina A y otros) (18).

Estimulación Temprana: conjunto de intervenciones organizadas dirigidas a la niña o niño desde que nacen hasta los 3 años de edad, las mismas que se realizan en el establecimiento de salud, en la familia y comunidad, con el objetivo de atender de manera oportuna y adecuada sus necesidades de desarrollo, así como potenciar sus capacidades, habilidades y actitudes, favoreciendo su desarrollo sensorial y socio afectivo (18).

- **Suplementación con sulfato ferroso:** la administración de hierro es necesaria para prevenir y corregir la deficiencia de hierro sérico, siendo su efecto a corto plazo. La suplementación está orientada a los grupos de riesgo, en este caso a las niñas y niños de seis a veinticuatro meses de edad. En los prematuros y los de bajo peso al nacer la administración se realizará según prescripción médica (18).

- **Suplementación con vitamina "A":** está orientada a corregir y prevenir deficiencias de vitamina A en el corto plazo, en las zonas de mayor riesgo del país (pobreza, pobreza extrema, especialmente rural). La suplementación se fomentará

a partir del sexto mes y debe ser administrada únicamente por el personal de salud previamente capacitado (18).

- **Visita familiar integral:** es la acción donde el personal de salud acude a las viviendas de la familia con el propósito de verificar las prácticas del cuidado de la salud y alimentación de las niñas y niños, adoptadas por las familias, y reforzarlas mediante estrategias educativo comunicacionales, las mismas que incluyen la consejería y las sesiones demostrativas. Del mismo modo realizará el seguimiento y el control del daño, y recogerá información a través de la ficha familiar (18).

El control del crecimiento y desarrollo incluye en su proceso la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento.

- a) **Valoración:** Implica la recopilación, organización, validación y registro de datos, utilizando técnicas e instrumentos como la observación, entrevista, exploración física, exámenes de ayuda diagnóstica, interconsulta, entre otros; el registro se realiza en los instrumentos establecidos para tal efecto.
- b) **Diagnóstico:** Implica el análisis de los datos recolectados durante la valoración, los cuales permitirán identificar problemas reales y/o potenciales. Una identificación correcta del diagnóstico proporcionará una intervención eficaz.
- c) **Intervención:** Involucra actividades y/o acciones a seguir, ya sea que se apliquen a nivel individual, familiar o a nivel de la comunidad. Para

diagnósticos de riesgo, las intervenciones van dirigidas a modificar o eliminar los factores de riesgo.

d) **Seguimiento:** El seguimiento se realiza en cada contacto con la niña y el niño. Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de la valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignadas en la historia clínica y el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, a fin de facilitar el seguimiento.

Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

Consideraciones generales

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud, a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica.

Detección de Enfermedades Prevalentes

La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI2.

La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.

En todos los establecimientos de salud, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años, de acuerdo al siguiente esquema:

- Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año.

- Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

Los exámenes se realizarán en los establecimientos de salud que cuenten con el equipamiento necesario, de lo contrario los niños y niñas serán referidos al establecimiento con la capacidad resolutive correspondiente, siguiendo los procedimientos establecidos para la referencia y contra referencia.

El tratamiento y seguimiento de los casos es de responsabilidad del personal de salud de acuerdo a la categoría del establecimiento. El procedimiento se realiza en cada caso de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.

Suplementación con micro nutriente.

Suplementación con hierro.

Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad.

El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.

En niñas y niños mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizará durante 6 meses en forma continua por año.

En niñas y niños menores de 36 meses que residen en zonas endémicas de malaria se debe descartar la presencia de la enfermedad (identificación del parásito) y dar tratamiento antes del inicio de la suplementación.

- **Atención integral de salud (AIS)**

El Ministerio de Salud ha señalado que como uno de sus lineamientos básicos para el período 2002-2012, la implementación de un modelo de atención integral. En definitiva, esto significa " consolidar y priorizar las acciones de atención integral, enfatizar la promoción y prevención, cuidar la salud y disminuir los riesgos y lesiones de las personas, especialmente niños, mujeres, ancianos y discapacitados".(18)

- ***Propósito del AIS***

La aplicación del modelo de atención integral no solo puede mejorar la calidad de los servicios, sino también aumentar la atención y participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y acciones que afecten a su salud en el marco de los métodos de promoción de la salud, y avanzar hacia un mejor nivel de bienestar las personas, familias y comunidades en su conjunto. (18)

- ***¿Qué es la salud?***

La salud es "la capacidad de realizar el potencial humano (biológico, psicológico y social), así como los derechos individuales y colectivos, lo que admite que todos participen generosamente en los beneficios del desarrollo.

- ***¿Qué es la Atención Integral de Salud?***

En el contexto de la familia y la comunidad, ofrecer a los individuos atención médica continua y de alta calidad para promover la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación. Esta atención es tratada por personal de salud competente desde el enfoque biopsicosocial, que trabaja como un equipo de salud coordinado con la participación de la sociedad. (19)

- ***Principios del AIS***

La familia es un entorno privilegiado en el que una persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Se basa en la unión entre hombres y mujeres, el amor entre ellos y su comportamiento hacia los niños. Esta es un área donde las personas saben que son amadas y tienen la capacidad de amar. Por tanto, la familia es el fundamento de toda persona, comunidad amorosa y de vida, y todos los miembros de la familia son necesarios para lograr el desarrollo integral de la humanidad. (20)

- ***Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS (2003 – 2011)***

“La provisión continua y calidad de una atención encaminada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para los individuos, en el contexto de su familia y comunidad”. El modelo fue sustentado reconociendo ocho dificultades en la oferta de los servicios de salud, donde sobresalían:

- a) La inequidad y deficiencias en la cobertura.
- b) Fallas de solidaridad.
- c) Desarticulación entre los niveles de atención.
- d) Ineficiencia e ineficacia del sistema de salud.
- e) Deficientes competencias requeridas del recurso humano de los equipos de salud (21). ”.

- ***Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-FBC)***

Tiene como objetivo actualizar la base y el alcance de la atención médica integral(22). Los antecedentes en ese momento fueron influenciados por el método de los determinantes sociales, que fue promovido por la Organización Mundial de

la Salud a través del establecimiento del Comité de Determinantes Sociales de la Salud en 2005. (23).

- **Cuidado integral de salud**

Aunque la tasa de mortalidad infantil disminuyó entre 1990 y 2017, 15 niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos en todo el país (2017), está claro que en las áreas rurales, esta cifra es aún mayor. Según la Encuesta de demográfica y salud familiar de 2017, en comparación con las zonas urbanas (22 y 13 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) (10). Por otro lado, se observó una disminución de la mortalidad neonatal en la década de 2000 a 2010, pero su tendencia a la baja se mantuvo estable. Desde 2010, la primera causa está relacionada con los bebés prematuros (28,3%), seguida de Infección (21,1%), malformaciones congénitas (13,8%), asfixia y motivos relacionados con la atención del parto (13,1%), etc. (25).

- **El sistema de salud en el Perú**

El sistema de salud peruano, como muchos otros sistemas de salud en América Latina, está muy fragmentado. Los diferentes subsistemas se financian de formas distintas, servicios auxiliares y de prestación de servicios de salud (30). Los servicios de salud se ofrecen en diferentes y tipos de usuarios, lo que lleva a los siguientes resultados: es difícil obtener servicios médicos que satisfagan las necesidades de la población en el tiempo, servicios técnicamente insuficientes, uso inadecuado de los recursos disponibles y baja eficiencia, y aumento innecesario de los costos de producción. Y la satisfacción de los usuarios con los servicios que reciben (31).

- ***Cuidados periodo prenatal del niño***

Es una situación crítica que afecta el recorrido de vida de las personas, familias y comunidades. El tiempo prenatal es un período crítico del progreso humano, que comienza con la atención previa al embarazo, antes, durante y después del embarazo. El propósito de brindar atención integral es que la familia comprenda la importancia de planificar el momento adecuado para las mujeres embarazadas, incluida la importancia de la atención prenatal, las necesidades de seguimiento durante el embarazo, el diagnóstico temprano de enfermedades maternas y fetales y el parto. Y estimulación temprana. Los efectos ambientales adversos en el útero y la infancia pueden cambiar persistentemente la morfología, la fisiología y el metabolismo del cuerpo, agrandando la delicadeza a las enfermedades en el período adulto (32).

- ***Cuidados individuales:***

Control nutricional, apego temprano, alimentación saludable, atención prenatal reorientada, atención del recién nacido, inmunización durante el embarazo, suplementos de hierro y ácido fólico, apoyo psicológico, prevención psicológica, detección de azúcar en sangre, ejercicio físico, atención al parto, atención posparto, atención materna inmediata y compañía para la lactancia materna.

- ***Cuidados familiares:***

Instruir a los miembros de la familia sobre la calidad de los controles prenatales, el apoyo familiar para el cuidado del bebé, los padres responsables, la salud reproductiva y la planificación familiar, así como la prevención de los riesgos

familiares, la estimulación temprana, el monitoreo de las señales de alerta temprana para los miembros de la familia y la provisión de una alimentación adecuada.

- **Cuidados comunitarios:**

Locales de trabajo adecuado, lactancia institucional, condiciones espacios seguros y libre de estrés, etc. Licencia de maternidad adecuada. Brindar servicios de enfermería a mujeres embarazadas y mujeres en familias, comunidades, sus espacios de desarrollo, centros de trabajo e instituciones educativas. El objetivo de cuidar a una mujer embarazada es tener un embarazo saludable, reducir su riesgo de muerte, y permitir el control y manejo de la exposición al feto, para que este pueda alcanzar el pleno desarrollo en el proceso de desarrollo psicomotor, emocional y social.

- **Cuidados individuales por curso de vida niño**

Según el censo del INEI, esta población representa el 26,4% del Perú (33). Asimismo, este grupo ha sido priorizado por las políticas globales y nacionales en los últimos 40 años. En los objetivos de Desarrollo del Milenio se ha abordado la mortalidad infantil y la desnutrición crónica, con énfasis en la promoción y prevención.

- **Cuidados individuales:**

Atención rápida del recién nacido, cribado neonatal, inmunización, educación sobre el cuidado del recién nacido, salud bucal, búsqueda del crecimiento y desarrollo (CRED), suplementación con hierro, consulta de lactancia materna y alimentación complementaria, consejo de higiene, autoestima, destrezas sociales, cribado de parásitos, cribado de hemoglobina, estimación de acuerdo con las pautas de práctica clínica, evaluación de la vista, detección de violencia doméstica, visitas

domiciliarias, atención a las prioridades de salud y peligros generales, y ayuda a las personas con discapacidad a participar plenamente en la vida, etc.

- **Cuidados familiares:**

Se define como las buenas prácticas de lactancia, higiene, hábitos al alimentarse, entorno seguro y buen trato, responsabilidad, estimulación del habla, prevención de riesgos y conocimiento de señales de alerta.

- **Cartera de servicios:**

Los establecimientos de salud brindan una gama de diferentes beneficios y responden a las obligaciones de salud de las poblaciones y a las anterioridades de la política en el sector salud. (35).

- **Ciclo vital familiar:**

Una serie de etapas que recorre una familia desde la creación hasta la disolución. En la transición y proceso de estas etapas, los miembros de la familia experimentarán diferentes eventos predecibles. Estos eventos suelen ir acompañados de una mayor presión emocional, problemas físicos, psicológicos o de relación. (36).

- **Cuidado:**

Se entiende como la acción para ayudar y mantener el estado de salud de uno y de los demás sobre la base de asociaciones horizontales, igualitarias y participativas. Por el contrario, la atención es vertical, distinto y no actúa en el grupo social. (36)

- **Cuidado de la salud:**

Implica proteger, cuidar y proteger el derecho del individuo a la salud, el seno de la familia y las comunidades en las que vive de manera compasiva; estas acciones se llevan a cabo por individuos, organizaciones, sociedad o el estado. (74).

- **Cuidado integral de la salud:**

Se define como los actos e intervenciones individuales, dentro de las familias y comunidades dirigidas a fomentar un hábito y comportamiento saludable (37).

- **Curso de vida:**

Incluye una serie de sucesos que se dan durante toda la existencia de humanos y poblaciones, y estos eventos interactúan para afectar su salud desde que nacen hasta llegar a la muerte. (37)

- **Determinantes Sociales de la Salud:**

Se definen como el entorno en el que las viven las personas, dentro de esto está el sistema de salud, y son una gran parte de la causa de la desigualdad en salud en los países.

- **Vía de cuidados integrales en salud:**

Es un instrumento de gestión integral de la atención de la salud en RIS, que define las condiciones óptimas para garantizar la naturaleza integral y vertical de dicha atención para las personas, familias y comunidades de los de los encargados del sistema de salud.

II CAPÍTULO PLAN DE INTERVENCION

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO - TAMBURCO - APURÍMAC, 2019 - 2021

2.1 Generalidades

2.1.1 *Direcciones Regional de Salud Apurímac*

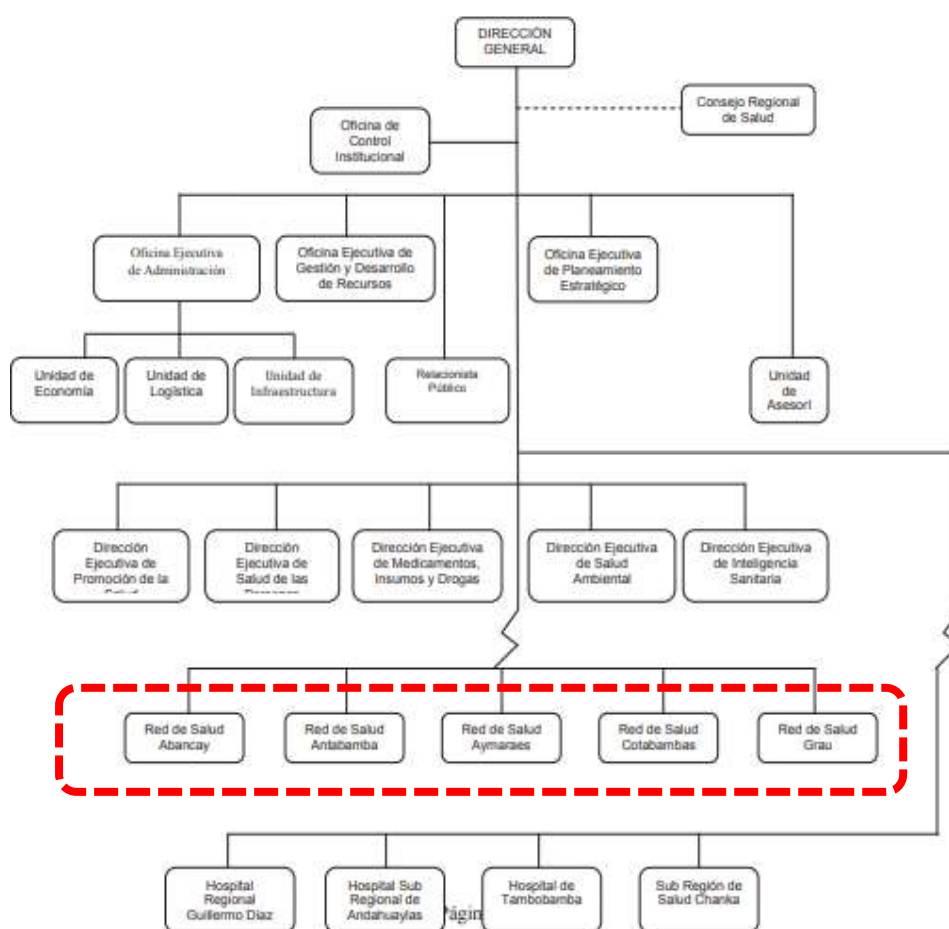
Dentro de las prioridades de salud de la dirección regional de salud Apurímac y todos sus centros y puestos de salud comprenden la lucha contra la anemia y desnutrición crónica infantil (DCI), el fortalecimiento de las coberturas de vacunación y los servicios de salud mental, la reducción de la mortalidad materna y neonatal, así como la prevención y control de la tuberculosis, enfermedades transmisibles (dengue, zika, VIH) y no transmisibles (obesidad, hipertensión arterial, diabetes) identificadas dentro de los lineamientos de política y gestión del Ministerio de Salud (MINSA).

La salud, además de mejorar la calidad de vida y la longevidad de la población, tiene un impacto directo sobre el bienestar social; actualmente el sistema de salud enfrenta retos importantes desde establecimientos adecuados hasta su abastecimiento y mantenimiento en el tiempo, para poder afrontar distinto tipo de enfermedades, por lo cual la Región trabaja las estrategias y campañas de salud articulándose internamente y con otras entidades a nivel nacional. Para mejorar las

condiciones de salud de la población la Región ha priorizado 9 acciones estratégicas, las cuales hace un énfasis especial en el Desarrollo Infantil Temprano en más de la mitad de ellas. Los puestos y centros de salud están a cargo de las microrredes y redes de salud propiamente dichas tal como se presentan a continuación:

Imagen N°01

Organigrama Estructural De La Dirección Regional De Salud Apurímac



<https://www.diresaapurimac.gob.pe/images/transparencia/organigrama.pdf>

Dentro de la **red de salud Abancay** podemos ubicar las diferentes microrredes como se presenta en la siguiente imagen:

Imagen N°02

MICROREDES A CARGO DE LA RED DE SALUD ABANCAY

▶ CENTENARIO					
▶ LAMBRAMA					
Número	Establecimiento	1-1	1-2	1-3	1-4
1	Tamburco				1-4
2	Cachora			1-3	
3	Huanipaca			1-3	
4	Villa gloria			1-3	
5	Tacmara		1-2		
6	Atumpa	1-1			
7	Ccoya	1-1			
8	Huanchulla	1-1			
9	Karquequi	1-1			
10	Kerapata	1-1			
11	Kiunalla	1-1			
12	Marchahuasi	1-1			
13	San Antonio	1-1			
Total		10	2	0	1

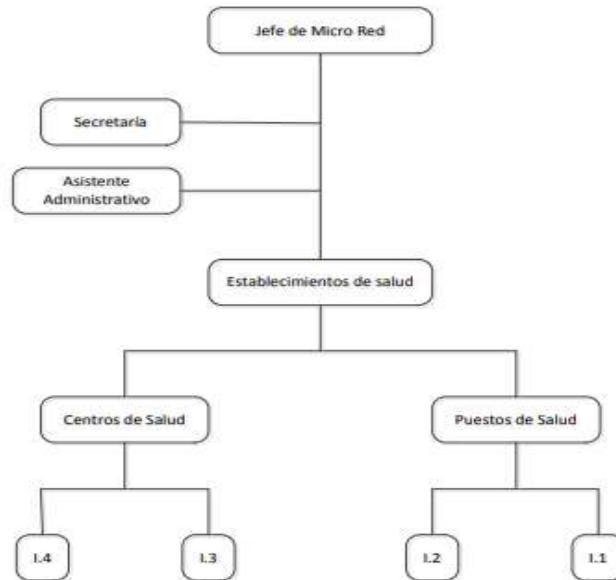
Fuente: <http://reddesaludabancay.gob.pe/m-r-centenario/>

El puesto de salud de San Antonio pertenece a la micro- red Micaela Bastidas- red de salud Abancay.

Imagen N°03

Organigrama Estructural De La Micro-Red

MICRO RED DE SALUD MICAELA BASTIDAS



Fuente: <http://reddesaludabancay.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/MOF-RED-DE-SALUD-ABANCAY-2012-1.pdf>

2.1.2 Misión

Somos un puesto de salud que brinda servicios de salud integral con calidad, equidad, eficiencia e interculturalidad mediante un trabajo concertado con los actores sociales y líderes comunales. Con el fin de mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y medio ambiente para el desarrollo integral de su jurisdicción.

2.1.3 Visión

Ser una puesto de salud líder con recurso humano comprometido con Micro Redes y establecimientos de Salud con capacidad resolutoria que brinda servicios de salud adecuados en forma integral con calidad, calidez, e interculturalidad, dando énfasis a la prevención y promoción, con el fin de mejorar el estado de salud de las personas, familias y comunidades para el desarrollo integral de su jurisdicción.

2.1.4 Establecimientos de primer nivel

DIRECCION DE RED DE SALUD ABANCAY MICRO RED MICAELA BASTIDAS

CUADRO DE CATEGORIZACION POR NIVEL DE EE.SS.

N°	ESTABLECIMIENTOS	CATEGORIA DE EE.SS.			
		I - 1	I - 2	I - 3	I - 4
1	TAMBURCO				I-4
2	CACHORA			I-3	
3	HUANIPACA			I-3	
4	VILLA GLORIA			I-3	
5	TACMARA (HUANIPACA)		I-2		
6	ATUMPATA	I-1			
7	CCOYA	I-1			
8	HUANCHULLA	I-1			
9	KARQUEQUI	I-1			
10	KERPATA	I-1			
11	KIUNALLA	I-1			
12	MARCAHUASI	I-1			
13	SAN ANTONIO (TAMBURCO)	I-1			
	TOTAL	8	1	3	1

Fuente: <http://reddesaludabancay.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/MOF-RED-DE-SALUD-ABANCAY-2012-1.pdf>

2.1.5 Recursos humanos

GRUPO OCUPACIONAL	CANTIDAD REQUERIDA POR TIPO DE EE.SS. COBERTURANDO ROLES DE TRABAJO ASISTENCIAL			
	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4
MÉDICO GENERAL	0	2	3	4
MÉDICO GINECOLOGO				2
MÉDICO PEDIATRA				2
MÉDICO EN MEDICINA FAMILIAR				2
ENFERMERA	2	2	3	10
OBSTETRA		1	2	5
CIRUJANO DENTISTA I			2	4
PSICOLOGO				1
QUÍMICO FARMACÉUTICO				2
NUTRICIONISTA				1
TECNOLOGO MÉDICO DE LABORATORIO CLÍNICO, ANATOMÍA PATOLÓGICA O BIOLOGÍA			1	2
TRABAJADOR SOCIAL				1
TÉCNICO ADMINISTRATIVO				3
ASISTENTE ADMINISTRATIVO				2
TÉCNICO INFORMÁTICO				3
TÉCNICO EN ENFERMERÍA	2	3	4	17
TÉCNICO EN LABORATORIO			1	2
TÉCNICO EN FARMACIA			2	2
GUARDIAN				3
PERSONAL DE SERVICIO				3
CHOFER		1	2	2
TOTAL DE PERSONAL	4	9	20	73

Fuente: <http://reddesaludabancay.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/MOF-RED-DE-SALUD-ABANCAY-2012-1.pdf>

2.1.6 Puesto de Salud I-1 -San Antonio

El puesto de salud San Antonio en la actualidad presenta la categoría de puesto I-1 pero la necesidad de mejorar ha motivado a la recategorización de este puesto con el objetivo de ser un puesto de salud de categoría I-3, el presente plan de intervención que se llevará a cabo se priorizará los programas de salud del área niño y área mujer realizando de esta manera un trabajo de tipo multidisciplinario para la mejora de toda la comunidad de San Antonio como parte de jurisdicción.

2.2 Justificación

En la región de Apurímac se concibe la Educación como el primer eje fundamental del proceso de desarrollo, priorizando el sistema educativo de calidad y equitativo donde todos los apurimeños tengan las oportunidades para desarrollar al máximo sus capacidades, el segundo eje importante constituye el acceso oportuno a servicios de salud de calidad que consolide su carácter democrático, inclusivo y socialmente integrador, cerrando brechas de equidad.

Como bien se menciona en nuestra región las autoridades correspondientes al área de salud tienen el objetivo principal de mejorar la calidad de vida y la longevidad de la población dichos objetivos están planteado en el Plan Estratégico Institucional de la dirección regional de salud que tiene como indicadores principales la disminución de tasa de desnutrición crónica de niños menores de 5 años, el porcentaje de prevalencia de anemia en niños de 6-36 meses y la tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) , además de mejorar las condiciones de salud en la población con énfasis en el desarrollo infantil temprano y por último se tiene como objetivo mejorar la calidad ambiental en la región donde se plantea que la educación ambiental incide de forma directa al desenvolvimiento de las otras acciones estratégicas.

Por todo lo expuesto el presente plan de intervención posee una **justificación de tipo institucional** debido a que con las actividades propuestas en este plan se ayudará a cumplir con los objetivos estratégicos regionales planteados por la dirección regional de salud, red de salud Abancay y la Microred Micaela Bastidas y de esta manera poder mejorar la calidad de vida de toda la población adscrita en san Antonio

Presenta también una **justificación de tipo practica** porque con la ayuda de este plan estratégico al intervenir en los programas del área niño, área mujer y el mejoramiento de la calidad ambiental mejoraremos el problema de salud pública de nuestra región y se lograría cumplir con todos los objetivos propuestos resolver todos los indicadores en mejora de la salud integral del poblador de san Antonio.

Al momento de ejecutar el presenta plan de intervención serán los niños, las madres y toda la comunidad de san Antonio los mayores beneficiarios al mejorar su entorno de salud con las actividades ambientales planteadas en el presente plan, de esta manera presenta una justificación de tipo social pro que ayudara a poseer una mayor productividad económica para sus familias.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo General

Contribuir a mejorar a la atención integral de los niños menores de cinco años de la comunidad de San Antonio.

3.3.2 Objetivos específicos

- Promover la vacunación completa en niños menores de 4 años y la mejora de su calidad de vida a través del cuidado infantil.

- Incentivar a gran porcentaje de los actores sociales que promueven el cuidado infantil lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
- Asegurar la calidad de agua para el consumo humano.

2.4 Metas:

- El 90% de los niños menores de 4 años cuenten con las vacunas completas, suplemento de hierro y vitamina A.
- Capacitar al 90% de los actores sociales que promueven el cuidado infantil lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
- Capacitación del 90% de los responsables de la comunidad de san Antonio para la vigilancia de agua para su consumo humano.

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p><i>Niños menores de 4 años vacunas completas, suplemento de hierro y vitamina A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a los niños menores de 4 años - Captar a la madre y al niño - Verificar si tiene la vacunación -Administración de la vacuna (si no lo tuviera) 	Niños menores de 4 años sin vacunas	$\frac{\text{Nº de niños > 4 años sin vacunas}}{\text{Nº total de niños > 4 años}} \times 100$	El 90% de los niños menores de 4 años cuenten con las vacunas completas, suplemento de hierro y vitamina A.	Setiembre del 2021 a mayo del 2022	Responsable Lic. Enfermería
<p><i>Actores sociales que promueven el cuidado infantil lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar a los responsables de la comunidad - Realizar capacitación al personal social sobre la importancia de lavado de 	Presidente de la comunidad dispuestos para la capacitación.	$\frac{\text{Nº de personas capacitadas}}{\text{Nº total de la comunidad}} \times 100$	Capacitar a l 90% de los actores sociales que promueven el cuidado infantil lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del	Setiembre del 2021 a mayo del 2022	responsable Lic. Enfermería-obstetra

manos, lactancia materna exclusiva - Evidenciar las			menor de 36 meses		
capacitaciones - Supervisar el cumplimiento.					
<p><i>Capacitación de los responsables de la comunidad de san Antonio para la vigilancia de agua para su consumo humano.</i></p> <p>-Realizar las capacitaciones al responsable de la comunidad. -Evidenciar las capacitaciones para la vigilancia de agua. -Supervisar su cumplimiento.</p>	<p>Presidente de la comunidad dispuestos para la capacitación para la vigilancia del agua</p>	$\frac{\text{Nº de personas capacitadas}}{\text{Nº total de la comunidad}} \times 100$	<p>capacitación del 90% de los responsables de la comunidad de san Antonio para la vigilancia de agua para su consumo humano.</p>	<p>Setiembre del 2021 a mayo del 2022</p>	<p>Responsable d PROMSA</p>

Actividades	Unidad de Medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
Capacitación a madres sobre prácticas relacionadas con el crecimiento físico y el desarrollo mental del niño y la niña. Sobre: <ul style="list-style-type: none"> . Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. . Alimentación complementaria. . Consumo de micronutrientes. . Afecto- cariño, estimulación temprana. 	Madres con niños menores de 5 años.	Registro en libro de acta.	100%	Enero a diciembre 2021	Enfermera
Capacitación a las madres en prevención de enfermedades a niños menores de 5 años en los temas de: <ul style="list-style-type: none"> . Vacunación según esquema de acuerdo a su edad antes de cumplir los 5 años. 	Madres con niños menores de 5 años.	Registro en libro de acta de actividades de capacitación.	100% de Madres con niños menores de 5 años.	Enero a diciembre 2021.	. Lic. Enfermera . Técnica Enfermera responsable de saneamiento ambiental.
Fortalecer al personal de salud sobre el mejoramiento de la calidad de atención en el establecimiento y los trabajos que se puedan realizar con la comunidad.	Personal de salud del puesto de Salud San Antonio nivel 1.1	Registro en acta.	100% de personal de Salud.	Enero a diciembre 2021.	. Lic. Enfermera.
Taller para involucrar a todo el personal de salud en: <ul style="list-style-type: none"> . Análisis de la realidad local: mapa, croquis. . El problema de salud infantil. 	Personal de salud del Puesto de Salud San Antonio nivel 1.1.	Registro en acta.	100% de personal de salud involucrado en atención integral de salud.	Enero a diciembre 2021.	. Lic. Enfermera.

2.5 RECURSOS

Materiales de escritorio

- Hojas bond.
- Hojas de colores.
- Cinta.
- Cartulina.
- Rotafolio.
- Lapiceros.
- Plumones.

Servicios

- Copias.
- Impresión.

Equipos

- Multimedia.
- Computadora.
- Laptop.
- USB.
- Impresora.
- Celular.
- Audífonos.

Recursos humanos

Se contará con todo el equipo multidisciplinario del puesto de salud de San Antonio quienes está conformado por:

- Licenciadas en enfermería
- Médico general
- Obstetras
- Odontólogo
- Técnicos en enfermería
- Personal administrativo

Ejecución

El plan de intervención en curso que se realizara desde el mes de setiembre del 2021 hasta el mes de mayo de 2022, las actividades se detallan a continuación:

Para el año 2021

- Se tiene que realizar el requerimiento para el correcto abastecimiento de las vacunas correspondientes para niños menores de 4 años.
- Abastecimiento de la vitamina A y hierro para su distribución en toda la comunidad
- Actualización del padrón nominal de toda la población comprendida en el presente plan de trabajo.
- Buscar al personal capacitado de la DIRESA o de la red Abancay para las diferentes capacitaciones correspondientes en el área de vigilancia del agua para su consumo humano.
- Contactar con el responsable de la comunidad para realizar todas las capacitaciones correspondientes con la población de la comunidad de san Antonio
- Difundir el plan de intervención a toda la comunidad de san Antonio
- Socializar con todo el personal profesional, administrativo el objetivo principal del presente plan de intervención
- Con el apoyo de todo el personal del puesto de salud se procederá a iniciar con las actividades propuestas-

Para el año 2022

- Proceder a realizar las vacunaciones al 90% de la población objetivo
- Administrar de forma correcta la vitamina a y hierro a toda la población.

- Capacitar a los actores sociales que promuevan el cuidado infantil, lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.
- Capacitar con todas las medidas de bioseguridad a la comunidad para una buena vigilancia de agua para su consumo humano.

A continuación, se presenta algunos estimados para el año 2022 según la programación que se realizó:

Tabla 1
Indicador: Niños menores de 4 años vacunas completas, suplemento de hierro y vitamina A

Indicador	2022					Total			
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Total				
Niños menores a 4 años con vacunas completas	20.80%	20.80%	25	20.80%	25	37.50%	45	120	100%
Niños con suplemento de hierro	20.80%	20.80%	25	20.80%	25	37.50%	45	120	100%
Niños con suplemento de vitamina A	20.80%	20.80%	25	20.80%	25	37.50%	45	120	100%

Fuente: elaboración propia

Total, de la población fuente: <http://www.diresaapurimac.gob.pe/web/poblacion/>

Tabla 2

Indicador: Actores sociales que promueven el cuidado infantil lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses.

Indicador	2022									
	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Total	
Capacitaciones a la comunidad -lavado de manos	24.30%	9	24.30%	9	24.30%	9	27%	10	37	100%
Capacitaciones de lactancia materna exclusiva	24.30%	9	24.30%	9	24.30%	9	27%	10	37	100%

Fuente: elaboración propia

Total, de la población fuente: <http://www.diresaapurimac.gob.pe/web/poblacion/>

Tabla 3

Indicador: Capacitación de los responsables de la comunidad de san Antonio para la vigilancia de agua para su consumo humano.

Indicador	2022									
	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Total	
Personas de la comunidad potenciales para capacitar en el rango de edad de 30-34	22,5%	25	22,5%	25	22,5%	25	32.40%	36	111	32,1%
Personas de la comunidad potenciales para capacitar en el rango de edad de 35-39	21,7%	20	21,7%	20	21,7%	20	34,7%	32	92	26,6%
Personas de la comunidad potenciales para capacitar en el rango de edad de 40-44	25%	20	25%	20	25%	20	25%	20	80	23,1%
Personas de la comunidad potenciales para capacitar en el rango de edad de 45-49	22,5%	14	22,5%	14	22,5%	14	32,5%	20	62	17,9%
Total									345	100%

Fuente: elaboración propia

Total, de la población fuente: <http://www.diresaapurimac.gob.pe/web/poblacion/>

3.8 Evaluación:

- En relación a los indicadores propuestos como se ya se había explicado de forma anterior ya se realizó el plan correspondiente para el año 2021 y para año 2022, se

programó la ejecución de todas las actividades en campo teniendo en cuenta las medidas de EPP y considerando que los grupos de edad mencionado ya cuentan con las vacunaciones correspondiente contra el COVID-19.

- Se espera lograr los porcentajes propuestos para cumplir de esta manera los indicadores planteados, además cuadros arriba se muestra una estimación de los trabajos a realizar.

- cabe mencionar que la población se adjuntó de la página web de la Diresa Apurímac para lograr la estimación en el grupo de edad.

Limitantes:

- Dentro de las dificultades o limitaciones no colaboración del personal el puesto de salud.
- La sobrecarga de trabajos e informes que solicita la micro red al puesto de salud
- Reuniones constantes en la Microred que harina que no se cumpla en las fechas indicadas
- El no abastecimiento de insumos requeridos para la aplicación del plan de intervención.

CONCLUSIONES

Posterior a la implementación del presente plan de intervención se relata las siguientes conclusiones:

1. Para garantizar que el 90% de los niños menores de 4 años cuenten de forma completa con su vacunas y además la implementación de hierro y vitamina A es importante realizar un trabajo en conjunto de todos los trabajadores del puesto de salud San Antonio para que esta manera se pueda cumplir con la meta propuesta, además es esencial la vinculación del presidente de la comunidad en reuniones constantes con la población para empoderarlo y hacerles conocer a sus pares la importancia de aplicación de todas las vacunas en este grupo etario.
2. Para el cuidado infantil sobre la lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación y protección del menor de 36 meses no cabe duda capacitar al 90% de los actores sociales, sin embargo este tipo de capacitaciones es importante incluir a la totalidad de componentes de la familia, haciendo hincapié en la incorporación del papa del menor para que sea de ayuda y tenga conocimiento de todos los cuidados del menor ya que por la comunidad de san Antonio se observa la poca participación del padre en el cuidado y atención del menor, y haciéndole entender que su participación para su crecimiento y desarrollo es importante para consolidar su estado emocional del niño.
3. En cuanto a la capacitación del 90% de los responsables de la comunidad de san Antonio para la vigilancia de agua para su consumo humano, para esta actividad se siente la falta de interés por parte de la comunidad por sus mismos que haceres diarios de su vida cotidiana, por ende, se tiene que motivar y empoderar acerca de la importancia de la calidad de agua para el consumo humano.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a la experiencia como profesional y trabajadora del puesto de salud San Antonio en cuanto a la implementación del plan de intervención en dicha comunidad y la evidencia disponible en la literatura científica, se aporta las siguientes recomendaciones prácticas

1. Se recomienda realizar planes de intervención en otros puestos y centros de salud con la finalidad de atender todas las necesidades propias de cada comunidad y/o sociedad en cuestión de salud.
2. Se recomienda realizar los análisis de salud y/o diagnósticos situacionales para evidenciar los propios problemas específicos de cada zona y a partir de ellos realizar planes de intervención.
3. Se recomienda empoderar a la comunidad objetivo para concientizar la realización de planes de intervención en cada una de ellas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gómez HidMF. Urgencias en Pediatría. 4th ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana Editores; 1996.
2. comunitario PrA. Perfiles de nueve proyectos locales en Bolivia, Ecuador y Perú apoyados en la Cruz Roja Americana. 3rd ed. Bolivia, Ecuador, Peru: Pagina web; 2002.
3. Behrman ea. Nelson Tratado de Pediatría. 15th ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana Editores; 1998.
4. F M. Hidratación oral y diarreas. 1st ed. Mexico: McGraw Hill Interamericana Editores; 2000.
5. Salud OPd. Manual de tratamiento de la diarrea. Organización Panamericana de la Salud Washington: USA 13: 4-171; 1992.
6. López JV. Cumplimiento de la atención integral enfermedades prevalentes de la infancia, en el componente de neumonía en niños de 1 mes a 4 años egresados del Hospital Primario Carlos Centeno siuna, en el periodo de marzo a diciembre del año 2013 Mangua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015.
7. TORREZ BAG. Calidad en la Atención integral de las enfermedades prevelentes en niños menores de 5 años. Según usuarios/os en sala de emergencia pedriatica del hospital escuela Cesar Amador Molina de Matagalpa 2015 Matagalpa: Universidad Nacional Autonoma De Nlicaragua, Managua; 2015.

8. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales Ginebra: Suiza edit; (2010).
9. E Q. Bases de pediatría crítica. 3rd ed. Imprenta N, editor. Quito-Ecuador; 2001.
10. Arturo Quizhpe EU. Aplicación de la estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia en Ecuador Cuenca: Revista Cubana de Salud Pública; 2013.
11. López JV. Cumplimiento de la atención integral enfermedades prevalentes de la infancia, en el componente de neumonía en niños de 1 mes a 4 años egresados del Hospital Primario Carlos Centeno siuna, en el periodo de marzo a diciembre del año 2013 Managua : Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015.
12. Cumplimiento de la norma de atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia, para el manejo de enfermedades diarreicas aguda en niños menores de 5 años de edad, atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Amistad Japón Nicaragua Granada: Universidad Autonoma De Nicaragua; 2015.
13. Leitón HC. La educacion y atencion integral para el desarrollo de la niñez menor de 3 años en Costa Rica: Una deuda del estado Costarricense Costa Rica: Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"; 2016.
14. Sanchez BG. factores asociados a coberturas de atención integral en el menor de 5 años en la ex red nº 3 Arequipa norte -caylloma minsa – 2005 Arequipa: Universidad Catolica de santa Maria; 2006.

15. Huaytán YA. Calidad de atención integral brindada por madres cuidadoras a niños menores de 3 años, beneficiarios del Programa Nacional Cuna Más, Huánuco Huanuco: Socialium revista científica de Ciencias Sociales; 2019.
16. Verástigue RNB. Análisis de la atención integral en los servicios de cuidado diurno - caso Programa Cuna Más Lima : Universidad Cesar Vallejo; 2020.
17. Mariela PR. Prestaciones de servicio y atención integral en niños del Programa Nacional Cuna Mas en tiempos de pandemia Abancay, 2020 Abancay: Universidad Cesar Vallejo; 2021.
18. Minsa. lineamientos de política sectorial para el periodo 2012 Lima: Minsa; 2012.
19. publica 1cPdEes. Que es la salud Rio de Janeiro; 1994.
20. G S. The Physician and Family Function Assessment Fam. Systems Med 2:263-278 , editor. Madrid; 1982.
21. Salud Md. Lineamientos de política sectorial para el período 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinqueni Lima: Ministerio de Salud; 2006.
22. Salud Md. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar Lima: Ministerio de Salud; 2009.
23. laSalud OMD. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final Pagina web: Organización Mundial de la Salud; 2008.

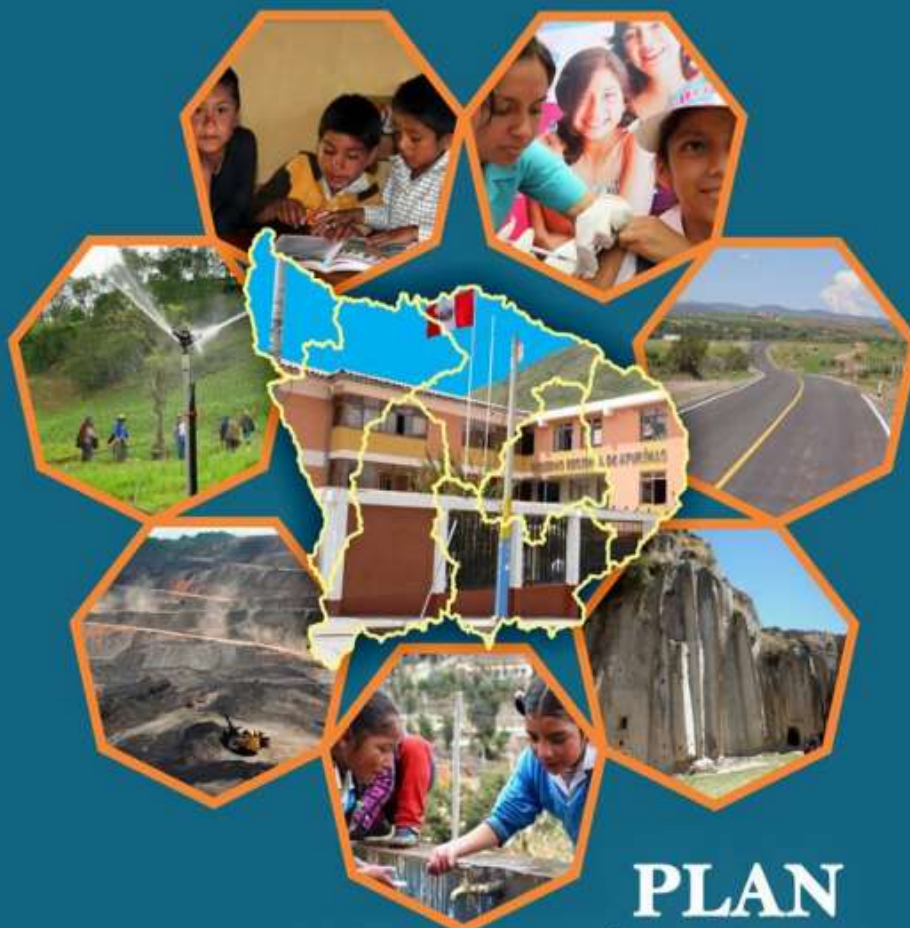
24. Salud OPdI. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
25. Perú MdSd. Análisis de la situación de salud del Perú Lima: MINSA; 2016.
26. duardo C OEOMMC. Desigualdades sociogeográficas en la mortalidad materna en Perú Lima: Rev Peru Med Exp Salud Publica; 2018.
27. INE. Capítulo 8: Salud Materna. Lima-Perú;: Encuesta Nacional Demográfica en Salud; 2017.
28. A W. The effects of women's education on maternal health: Evidence from Peru. Lima: Sci Med. 2017;180:1–9.; 2017.
29. OMS. Mortalidad materna <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> , editor.: pagina web; 2019.
30. O OPdIS. La Políticas Públicas y los sistemas y servicios de salud OPS , 2007. , editors.: Salud en las Americas,; 2007.
31. O OPdIS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Serie N°4 Redes Integradas de Servicios de Salud Revista web: OPS; 2010.; 2010.
32. Baker. Mothers, Babies and Health in Later Life London: August 188; 1995.
33. INEI. Censos Nacionales 2017: Perfil Sociodemográfico. 644th ed. Lima; 2017.

34. Unidas. OdN.. Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/los_8_objetivos_del_milenio/ , editor.: Internet ; 2000.
35. (MINSA MdSdP. Directiva Administrativa que establece la cartera de servicios de salud Lima: Pagina WEB; 2014.
36. Moratto V ZJMT. Conceptualización de ciclo vital familiar : una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. 2103121st ed. CES R, editor.; 2015.
37. M. B. El enfoque de curso de vida: orígenes y desarrollo. 2011 , 5(8):5–31. , editors. Latam: Rev Latinoam Población; 2011.

ANEXOS



GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC



PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL PEI 2018 - 2020

Pliego 442: Gobierno Regional de Apurímac



GERENCIA REGIONAL DE PLANEAMIENTO, PRESUPUESTO Y ACONDICIONAMIENTO TERRITORIAL
SUB GERENCIA DE PLANEAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO TERRITORIAL



MESA DE PARTES VIRTUAL

mesadepartes@direasaapurimac.gob.pe

CONVOCATORIAS CAS

SERUMS

SALA SITUACIONAL COVID-19 APURÍMAC

03 de agosto de 2021

Casos (+) por distritos:

ABANCAY	34 Cachi	16 Saksayca	36 Caykanchi
1773 Abancay	31 Tarma Huacra	26 Soraya	302 Cobacombas
1779 Cantivasi	18 Chari	25 J. A. Sanjurjo	245 Wari
1298 Tambura	18 Chaccampa	21 Colcabamba	
322 Lantirani	17 Pucallanca	21 Pucallanca	
217 Huancapi	7 Huayna	20 Chapi	
217 Cachos		19 Chaca	
138 Pichirhua		13 Huayllin	
138 Circa			
106 Chacococha			
	AYTAVANCA		
	465 Antasanta	CHICHERO	
	143 Pachacocha	659 Chinchero	
	136 J. E. Medrano	915 Ocoambo	
ANDAHUAYLAS	69 El Oto	529 Aico Huallo	
5243 Andahuaylas	56 Oropesa	438 Huacaca	
2020 Tlaevra	37 Sabino	177 Rocchac	
1789 San Jerónimo		158 Orqoy	
306 Huancarama		119 Ruyacancha	
281 Pucucha		38 Los Chankas	
228 Chimo		36 Coochaca	
238 Andara		38 Uramarca	
239 J. W. Arguedas		23 El Porvenir	
198 Pampacert			
194 Kishuan		COTABAMBA	
179 Huancaray		1775 Chivilhuacho	
148 Turpo		375 Tumbocamba	
135 Paccabamba		457 Requiza	
43 Kayalambta			

Ubicanos

Diresa Apurimac

WEB: Direasaapurimac.gob.pe

Diresa Apurimac

Av. Daniel A. Carrón 40 Abancay - Apurímac

ANTE UNA EMERGENCIA

LLAMA AL: 106 GRATIS

Salvemos vidas



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
DIRECCION DE RED DE SALUD ABANCAY
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad"



GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
APURIMAC

DIRECCION DE RED DE SALUD ABANCAY



MANUAL DE ORGANIZACION Y FUNCIONES

Abancay - 2012



COMUNICADOS



comunicado

Proceso de reasignación
2020

DESCARGA DOCUMENTO



COMUNICADO

Decreto que aprueba la asignación de cargos del Personal Técnico y Auxiliar en el área de Atención al Usuario de Urgencia N° 018-2020

DESCARGAR DOCUMENTO



RESULTADOS FINALES

Resumen final del proceso de ADECUACIÓN DE CARGOS DEL PERSONAL TÉCNICO Y AUXILIAR DE LA RED DE SALUD ABANCAY

DESCARGAR DOCUMENTO



COMUNICADO

Decreto que aprueba la asignación de cargos del Personal Técnico y Auxiliar en el área de Atención al Usuario de Urgencia N° 018-2020

DESCARGAR DOCUMENTO



RETO CUMPLIDO

Plan de Desarrollo Regional 2017-2021 (PDR) y el Plan de Desarrollo Organizacional (PDO) de la Red de Salud Abancay

DESCARGAR DOCUMENTO



Salida extramural a la comunidad de ccanabamba sobre seguimiento consumo de micronutriente (sulfato ferroso)



Seguimiento inmunización a niños de 4 años zona rural



Seguimiento y entrega de sulfato ferroso zona urbana