

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO**



T E S I S

**Gestión de recursos y el impacto en la cobertura de control de
crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, Centro de
Salud Paucartambo – Pasco. 2021**

Para optar el grado académico de Maestro en:

Salud Pública y Comunitaria

Mención: Gerencia en Salud

Autor:

Bach. Juliana HUAMAN ESPINOZA

Asesor:

Dr. Ricardo Arturo GUARDIAN CHAVEZ

Cerro de Pasco - Perú - 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S

**Gestión de recursos y el impacto en la cobertura de control de
crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, Centro de
Salud Paucartambo – Pasco, 2021**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Javier SOLIS CONDOR
PRESIDENTE

Dra. Elda Nelly MOYA MALAGA
MIEMBRO

Mg. Flor Marlene SACHUN GARCIA
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Escuela de Posgrado
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 058-2023- DI-EPG-UNDAC

La Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:
Juliana HUAMAN ESPINOZA

Escuela de Posgrado:
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA – MENCIÓN: GERENCIA EN SALUD

Tipo de trabajo:
Tesis

TÍTULO DEL TRABAJO:

“GESTIÓN DE RECURSOS Y EL IMPACTO EN LA COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, CENTRO DE SALUD PAUCARTAMBO - PASCO, 2021”

ASESOR (A): Dr. Ricardo Arturo GUARDIAN CHAVEZ

Índice de Similitud:
29%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 08 de mayo del 2023



Dr. Julio César Carhuaricra Meza
Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado
UNDAC
Pasco - Perú

c.c. Archivo
JCCM/EPG

SISGEDO - EPG
Reg. Doc. 00337039
Reg. Exp. 00192524

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mis padres y hermanos que fueron apoyo, fuerza y motivación para seguir adelante y nunca rendirme ante las adversidades de la vida.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, mi Alma Mater. Por haber sido el crisol de mi formación profesional, a mis profesores y compañeros por haberme acompañado a recorrer los caminos académicos y sociales, en busca del cuidado enfermero integral.

RESUMEN

Los problemas en crecimiento y desarrollo, productos de la desnutrición son enfermedades de grandes proporciones en el mundo; es la principal causa de muerte en lactantes e infantes en países en vías de desarrollo; provoca la muerte de más de la mitad de niños menores de cinco años que la padecen. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud.

El Control de Crecimiento y Desarrollo es el monitoreo periódico por el que pasan todos los bebés y niños menores de cinco años de edad. Estos controles son realizados por las IPRESS (Instituciones prestadoras de servicios de salud) privadas y públicas. Entre las públicas, se encuentran las del Ministerio de Salud y ESSALUD, que, de manera gratuita y acorde a un cronograma establecido, brindan este servicio según la edad de los niños y niñas.

Se estima que en el mundo 178 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica (baja talla para la edad) que ha ocasionado 35% (3,5 millones) de muertes en ese grupo de edad, (2) presentándose como un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Es uno de los problemas más apremiantes en la población infantil en América latina.

En el presente estudio se utilizó el diseño descriptivo correlacional de corte transversal para el análisis de las variables gestión de recursos e impacto en la cobertura de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en el centro de Salud de Paucartambo y se llegó a las siguientes conclusiones: El factor institucional tiene relación directa y muy significativa con la Cobertura de Control de CRED en niños menores de 5 años del centro de Salud Paucartambo – Pasco. Con una $\rho = 0,82$ y un P-valor $= 0,015$. También se estableció una relación directa y significativa entre el factor administrativo, y recursos humanos, la primera con un $\rho = 0,764$ y la segunda P-valor =

0,024 y la segunda con un rho = 0,823 y un P- valor = 0,007. Por lo tanto, de acuerdo a las conclusiones anteriores en todas las hipótesis planteadas se demuestra su veracidad, esto significa que las tres dimensiones o factores de la variable gestión han contribuido a la eficiencia y eficacia del Programa Cobertura de Control de CRED, por lo tanto, el impacto en los pobladores del Distrito de Paucartambo resulto ser positivo.

Palabras claves: Gestión de recursos, cobertura de crecimiento y desarrollo

ABSTRACT

Problems in growth and development, product of malnutrition is a disease of great proportions in the world; and is the leading cause of death in infants and children in developing countries It causes the death of more than half of children under five who suffer from it. Therefore, preventing this disease has become a priority for the World Health Organization.

The Growth and Development Screening is the periodic health check that all babies and children under five years of age must undergo. These controls are carried out by the private and public IPRESS (Institutions providing health services). Among the public ones are those of the Ministry of Health and ESSALUD, which, free of charge and according to an established schedule, provide this service according to the age of the children.

It is estimated that 178 million children under the age of five in the world suffer from chronic malnutrition (low height for age), which has caused 35% (3.5 million) of deaths in this age group (2). multifactorial origin, resulting from a wide range of social and economic conditions, is one of the most pressing problems in the child population in Latin America.

Keywords: Resource management, coverage of growth and development.

INTRODUCCIÓN

La población infantil constituye un grupo muy importante para toda sociedad, el desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción del capital social, por lo tanto se debe de monitorear de manera adecuada y oportuna la evolución y desarrollo de los niños, siendo deber del estado velar por su desarrollo y preocuparse por su bienestar a través de instituciones, entidades protectoras, estrategias sanitarias y los programas de salud que son implementados para su atención.

La Atención Integral de Salud de la niña y el niño, cuenta con el programa de control de Crecimiento y Desarrollo cuya finalidad es contribuir con el desarrollo integral de la niña y el niño, mejorar su salud y nutrición, desarrollando un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada el crecimiento y desarrollo del niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades; facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Se demuestra la importancia de desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social; en ese sentido si los niños de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado adecuado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas, causando graves problemas en su desarrollo y deterioro de la calidad de vida en el futuro.

Los niños son considerados como uno de los grupos más vulnerables con un riesgo muy elevado de morbilidad y mortalidad por lo que requiere de una permanente vigilancia en su crecimiento y desarrollo ya que ellos constituyen parte importante de la sociedad. Desde la Declaración Universal de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas desde el año de 1959, relata que los niños deben gozar

de los beneficios de la seguridad social. “Tendrán derecho a crecer y a desarrollarse en buena salud: con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema	1
1.2. Delimitación de la investigación.	6
1.3. Formulación del problema.....	7
1.3.1. Problema general	7
1.3.2. Problemas específicos	7
1.4. Formulación de objetivos.	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
1.5. Justificación de la Investigación	8
1.6. Limitaciones de la investigación.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	11
2.2. Bases teórico – científicas	21
2.3. Definición de Términos básicos	53
2.4. Formulación de Hipótesis.....	55

2.4.1. Hipótesis General.....	55
2.4.2. Hipótesis específicas.....	56
2.5. Identificación de Variables.....	56
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	57

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación.....	58
3.2. Nivel de Investigación.....	58
3.3. Métodos de investigación.....	58
3.4. Diseño de investigación.....	59
3.5. Población y muestra.....	59
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	59
3.7. Selección y validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	60
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	60
3.9. Tratamiento Estadístico.....	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.....	61
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	62
4.3. Prueba de hipótesis.....	86
4.4. Discusión de resultados.....	101

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), estima que los problemas en crecimiento y desarrollo, producto de la desnutrición son enfermedades de grandes proporciones en el mundo; y es la principal causa de muerte en lactantes e infantes en países en vías de desarrollo; provoca la muerte de más de la mitad de niños menores de cinco años que la padecen. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

El CRED es el control de salud periódico por el que todos los bebés y niños/as menores de cinco años de edad deben pasar por estos controles, realizados por las IPRESS (Instituciones prestadoras de servicios de salud) privadas y públicas. Entre las públicas, se encuentran las del Ministerio de Salud y ESSALUD, que, de manera gratuita y acorde a un cronograma establecido, brindan este servicio según la edad de los niños/as.

Con estos controles, los padres, madres y/o cuidadores pueden hacer el seguimiento de los niños ya que les permite identificar en el momento, situaciones de

riesgo en ellos, por ejemplo, si se encuentra por debajo de la talla y el peso esperados para su edad (Riesgo de desnutrición crónica o aguda). Además, el personal de salud, puede detectar oportunamente enfermedades facilitando su diagnóstico y rápido tratamiento. También permitirá evaluar aspectos del desarrollo del niño/a, es decir, que esté adquiriendo las habilidades que le corresponden a su edad. A lo mencionado anteriormente, se suma que permite al padre, madre y/o cuidador sentirse parte del cuidado de sus niños/as y así poder acompañarlos en su desarrollo.

Se estima que en el mundo 178 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica (baja talla para la edad) que ha ocasionado 35% (3,5 millones) de muertes en ese grupo de edad (2), es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas, es uno de los problemas más apremiantes en la población infantil en América latina. Las condiciones sociales, políticas, económicas no han permitido erradicar este flagelo y actualmente es una de las prioridades para el sistema de salud (3). Aproximadamente dos millones de latinos, el 26% de la población del país, sufren hambre o no pueden satisfacer sus necesidades alimentarias básicas(4). Perú registra una tasa “moderadamente alta” de desnutridos, señala el Mapa del Hambre 2011 del PMA (5).

Perú es un país inmensamente grande, tiene 1 285 215 km², casi igual que Argentina, un poco menos que México, diez veces más que Cuba y Uruguay, pero solo cuenta con un médico por mil habitantes, mientras que ellos tienen tres, dos, siete y cuatro médicos por mil habitantes, respectivamente. Perú es un país inmensamente rico, es el primer país productor mundial de harina de pescado, el segundo productor de cobre y plata, el cuarto productor de espárragos, el quinto productor de oro y de maíz y el séptimo productor de café. No obstante, también es el primer país con anemia en América del Sur (junto a Guyana), el segundo con tuberculosis

multidrogoresistente y sigue ocupando los primeros lugares en desnutrición infantil crónica junto a Guyana, Belice y El Salvador. Posee ingentes reservas minerales de manganeso, estaño, cinc y gas, y es uno de los doce países con la mayor diversidad biológica, rico en flora y fauna. Sin embargo, en dos siglos de vida republicana no ha podido convertirse en un país industrializado como otros países que, con menos riquezas minerales, forestales, agrícolas, han alcanzado un alto grado de desarrollo y bienestar en corto tiempo. Su Producto Bruto Interno (PBI) bordea los 200 mil millones de dólares y sus Reservas Internacionales Netas (RIN), los 68 mil millones de dólares y cuenta con 35 toneladas de oro como reserva en el Banco Central de Reserva. El PBI y las RIN peruanos son superiores a los de Uruguay, que, por ejemplo, tiene apenas 3 toneladas de oro de reserva y destina 8,1 % de su PBI a la salud de su población. Sin embargo, los gobiernos peruanos de turno cada año determinan exiguos presupuestos para la salud de los peruanos (6).

En relación al estado de la niñez en el Perú, en un estudio realizado por el INEI y la UNICEF, así como la Encuesta Nacional de Salud ENDES (7) nos muestran estadísticas que proporcionan información indirecta acerca del desarrollo infantil en el Perú. De la población total en el Perú sobrepasa los 31 millones de habitantes, donde el 38% (11, 730,805) son niños y adolescentes, de los cuales cerca del 45% vive en condiciones de pobreza, conformando de esta manera uno de los grupos más vulnerables de la población. Esta situación empeora al observar que el 27% de niños de 0 a 5 viven en condiciones de pobreza extrema, definida como un estado pluricarencial que, a través de factores de riesgo biológicos y sociales, limita la adquisición gradual de estructuras y funciones biofísicas y sociopsicológicas necesarias para la adaptación al ambiente social y ecológico, poniendo en riesgo el desarrollo, el crecimiento, la salud y la sobrevivencia de los millones de niños que viven en esas condiciones (8).

Una de las muchas privaciones en la primera infancia asociadas a la pobreza extrema y que contribuye, pero no es factor causal exclusivo ni principal, al rezago en el desarrollo infantil es la desnutrición (9). Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, incrementando el riesgo de padecer enfermedades crónicas y estando asociados a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez (10).

En el informe de ENDES 2009, indica que el 24% de los niños menores de 5 años sufre de desnutrición crónica, definida en el informe como el estado en el cual los niños y las niñas tienen baja estatura con relación a una población de referencia, reflejando los efectos acumulados de una inadecuada alimentación o ingesta de nutrientes y de episodios repetitivos de enfermedades (principalmente diarreicas y respiratorias), y de la interacción entre ambas. Según el área de residencia, el 40% de los niños y niñas que viven en áreas rurales sufre de desnutrición crónica a comparación del 14% del área urbana. A nivel departamental, se observa que el 54% de los niños y niñas de Pasco, son afectados por la desnutrición crónica, siendo 2,3 veces más que el promedio nacional, mientras que Tacna presenta el menor porcentaje de niños con desnutrición crónica con un 2,1% (11).

A fines de la década posterior se inició un proceso de reforma del sistema de salud peruano, que, pese a mantener incólume su histórica segmentación, ha generado importantes cambios. Como parte del proceso de reforma se diferenciaron sus funciones bajo el supuesto de que esto mejoraría la gobernabilidad, así como la eficiencia y la transparencia en la asignación y la utilización de los recursos (6). En el curso de la descentralización se conformaron 25 gobiernos regionales, los que, luego de recibir en transferencia una serie de competencias y funciones, pasaron a administrar los servicios estatales de salud en sus respectivos ámbitos, aunque bajo las orientaciones políticas y la normatividad

emanadas del MINSA. Para su administración, cada gobierno regional organizó su Dirección Regional de Salud (DIRESA). Lima Metropolitana fue la excepción, para ella se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) como órgano desconcentrado del MINSA. En noviembre de 2016, el Congreso de la República aprobó por unanimidad la desactivación del IGSS (6).

No obstante, la reducción de la pobreza ha sido desigual en términos territoriales, ya que en cinco regiones del país (Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco), la pobreza total continúa siendo superior a 50 %. En el año 2015, la incidencia de pobreza fue de 21,77%, y fue mayor a nivel rural (45,18 %) que urbano (14,54 %). Por regiones, la pobreza se distribuyó principalmente en la sierra (47,9 %), seguida de la costa (34,8 %) y la selva (17,2 %). Este fenómeno social ocurre desde la infancia y se estima que 50 % de los niños y niñas menores de 15 años en el área rural son pobres (6).

El cuerpo de conocimientos existentes hoy sobre los efectos de las privaciones en el desarrollo infantil es sólido y permite afirmar que una larga exposición a estos factores de riesgo durante la primera infancia deja graves secuelas funcionales (12).

Salvo cambios fundamentales y permanentes en la calidad de vida, el crecimiento físico y mental de los infantes de Huancavelica, Huánuco y Ayacucho estará muy por debajo del de los infantes de Lima, Moquegua y Tacna.

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad (13).

Por ello, con disposición mínima de recursos al sector salud, evidenciándose limitaciones que se encaminan hacia la reforma en el sistema de salud peruano, en el cual se evidencian brechas negativas, se hace el sobre esfuerzo humano de los

profesionales de las salud y siendo imprescindible el cabal control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, ya que, con ello, con su cumplimiento y cobertura precoz, integral, oportuna, se estará logrando el desarrollo de la persona humana y del desarrollo de su entorno saludable.

La presente investigación plantea el estudio de evaluar la magnitud de cumplimiento de la cobertura del programa de control de crecimiento y desarrollo humano en el establecimiento de salud Paucartambo – Pasco y los factores que pudieran estar limitando al logro de dicha cobertura, para posteriormente poner de conocimiento al ente rector sobre las debilidades que el sistema promueve y/o somete para ver limitado los derechos del niño y la niña menor de cinco años.

1.2. Delimitación de la investigación.

a) Delimitación conceptual

En esta investigación se enfoca en las siguientes variables:

- Gestión de recursos
- Control de crecimiento y desarrollo

b) Delimitación espacial

El ámbito espacial donde se desarrolló la investigación es el Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021”

c) Delimitación temporal

El periodo de estudio comprendió de 8 meses durante el 2021.

d) Delimitación social

El estudio se desarrollará en niños menores de cinco años, centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿De qué manera se relaciona la variable Gestión de Recursos Humanos y la variable Impacto en la Cobertura de Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco 2021?

1.3.2. Problemas específicos

- a. ¿De qué manera la dimensión Institucional de la variable Gestión de Recursos se relaciona con la variable Impacto de la Cobertura de Control y Desarrollo en menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco 2021?
- b. ¿Cuál es la relación que existe entre el factor administrativo y la cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años?
- c. ¿Recursos se relaciona con la variable Impacto de la Cobertura de Control y Desarrollo en menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo - Pasco?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación de la variable Gestión de Recursos y la variable Impacto de la Cobertura de Control y Desarrollo en menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Determinar la relación de la Dimensión Institucional de la variable Gestión de Recursos y la variable Impacto en la Cobertura de Control y Crecimiento en niños menores de cinco años en el Centro de Salud

Paucartambo – Pasco, 2021.

- b. Determinar la relación de la Dimensión Factor Administrativo de la variable Gestión de Recursos y la variable Impacto en la Cobertura de Control y Crecimiento en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo-Pasco.
- c. Determinar la relación de la Dimensión Factor de Recurso Humano de la variable Gestión de Recursos y la variable Impacto en la Cobertura de Control y Crecimiento en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo-Pasco

1.5. Justificación de la Investigación

a. Justificación teórica

Uno de los principales aportes de la investigación, será la sistematización de conceptos de brechas de atención y las políticas de gestión del sector salud, evaluados en las coberturas de atención menor de 5 años.

Los resultados se podrán generalizar, ya que las políticas de economía, salud y descentralización son de aplicación a nivel nacional. Asimismo, a través de la investigación, sabremos, los esfuerzos y las estrategias que ejecuta el personal de salud para cubrir las brechas que le impone el sistema y lograr coberturas asignadas en la atención.

b. Justificación Práctica

El estudio se justifica porque los resultados que se hallarán, van a permitir establecer pautas y estrategias para mejorar coberturas y metas de atención en la prestación de servicios; asimismo, el trabajo de investigación y sus resultados servirán como herramienta administrativa para la gestión de los servicios de salud, planificación de presupuestos y toma de decisiones por la alta dirección

de la Microred y establecimientos de salud; del mismo modo, permitirá establecer pautas de solución a las metas y coberturas de los distintos programas que maneja el Ministerio de Salud.

c. Justificación metodológica

El presente estudio aportará en la concepción integrativa de la política económica, las políticas de salud y Desarrollo e inclusión social; a través de análisis metodológicos cualitativos y cuantitativos, para el diagnóstico de la gestión de recursos asignados a los establecimientos de salud de primer nivel desde el punto de vista global y en un entorno particular.

El análisis de las variables tales como: gestión de recursos y cobertura de control de crecimiento y desarrollo, se determinará la influencia del área administrativa en el cumplimiento de metas y coberturas de atención, a través de su efectiva atención de manera integral, periódica y continua del menor de 5 años. A través del estudio, éste servirá de base para proponer mejoras continuas en la gestión de recursos a través de intervenciones eficaces y efectivas en la población en riesgo. Por lo tanto, la investigación resulta de gran relevancia social ya que integra al usuario interno y externo, mucho más aún cuando se trata de una población en riesgo que si o se interviene ahora, se verá afectado su vida y desarrollo futuro. La factibilidad de realizar este estudio, está garantizada, ya que la tesista es parte integrante del establecimiento de salud en calidad de profesional enfermera y está a cargo del programa de Crecimiento y Desarrollo, teniendo disponibilidad de la información de primera fuente.

1.6. Limitaciones de la investigación.

En el equipo del Centro de salud de Paucartambo, se percibe en los colegas la colaboración en la aplicación del cuestionario. Otro de las limitaciones que se

presentan es el tiempo que se plantea para la ejecución del trabajo de investigación; ya que la tesista, tiene a su cargo la coordinación de cinco programas de atención en el establecimiento materia de estudio, cada uno de ellos con sus respectivas responsabilidades que asumir y cumplir lo que dificulta las mediciones que se requieren por su carácter prospectivo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Internacional

Hernández (15) (2009) Aborda La influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio hospitalario en la entidad objeto de estudio. Utiliza métodos y técnicas de la estadística descriptiva y no paramétrica y el tipo de muestreo empleado es el probabilístico estratificado por afijación proporcional para clientes externos (pacientes, familiares) e internos (médicos, enfermeros). Destaca aspectos de la cultura organizacional que favorecen el logro de los retos que enfrentan las instituciones hospitalarias y la elevación de indicadores de calidad que deben ser mejorados, así como los aspectos de cultura que pudieran convertirse en barreras para el desempeño exitoso del centro, de no atenderse con prioridad por la dirección del centro con la implicación de todos los trabajadores, además de algunas líneas de actuación. Concluye que la cultura organizacional reinante en la entidad permite enfrentar los retos y la elevación de la calidad de la asistencia hospitalaria (14).

Vargas, Krause y Díaz (38) (2014) En su investigación “*Cobertura Sanitaria Universal, un tema ético sanitario: Caso Chileno en Odontología*”, (Chile), tuvieron como objetivo **mostrar y analizar** 1.582.818 atenciones asociadas al servicio de odontología en Chile durante 2007-2011, a través de indicadores nacionales y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Los autores concluyeron en que, para llegar a una cobertura universal, es necesario el aumentar el % PBI en salud, para permitir protección financiera eficaz, volviéndose un compromiso de manera política y un compromiso con la sociedad, siendo esta brindada por la población. (38)

California dental Association (2014) (7) En su investigación de “*Cobertura de beneficio dental*” (Estados Unidos) tiene por **objetivo demostrar** las diferencias entre la odontología y medicina, para tomar en cuenta al diseñar un plan de beneficio dental. Estudio descriptivo simple, este estudio se realizó a través de un análisis simple de las coberturas dentales en California, en donde los autores concluyeron en que es necesario contar con una cobertura distinta a las coberturas médicas, así como lo es el programa de Familias Saludables en donde cobertura tratamientos odontológicos, que es financiado por el por el estado estatal y el estado federal. (16)

Vargas (37) (2013) Estudia el nivel de satisfacción percibido del usuario interno y externo y la calidad de atención que brinda el Patronato a la población de la provincia de Pichincha. Las variables agrupadas en los principios “Enfoque al Cliente” y “Participación del personal” (ISO), dieron resultados estadísticamente significativos. El autor recomienda que su estudio contribuirá a generar una base de datos específica sobre el desempeño de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios internos y externos, para el seguimiento y evaluación de la calidad. Afirma que es importante el mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los

servicios para el usuario interno y externo, así como reforzar el área de capacitación a los usuarios internos, utilizar la acreditación del ISO 9001-2008 como un instrumento que permita incentivar y reconocer los niveles de calidad de los servicios de salud del Patronato Provincial de Pichincha, en lo cual es importante fortalecer el enfoque al cliente y la participación el personal (17).

DAVILA Gabriela (2012) (10) En su tesis titulada “CONTROL DE NIÑO SANO LaAtención Primaria de la Salud, tanto por su repercusión sobre la población como por la cantidad de recursos que consume, especialmente tiempo de consulta. Habitualmente consiste en la evaluación repetida del niño y tiene como principales objetivos la supervisión y la promoción de la salud, dos de sus pilares básicos son la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas. Nos planteamos realizar una revisión sistemática de los controles de niño sano desde el punto de vista social, económico y cultural, en cuanto a las características de la ausencia a los controles de niño sano, la cantidad de controles, a qué edad, como hay que realizarlo, accesibilidad, realizando una revisión crítica de los contenidos de programas y buscando a través de la evidencia científica disponible.

GUERRO SOLIS, Gabriela Elizabeth (14) (2014) En su tesis titulada “INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013.”

Concluye, La investigación se realizó para identificar los principales factores socioculturales que influyen en el estado nutricional de niños menores de 5 años, fue un estudio de campo y documental, de corte transversal, donde los pacientes incluidos fueron todos aquellos niños con edades comprendidas de 0 a 5 años que fueron atendidos en el periodo de tiempo establecido. La investigación se realizó en

100 pacientes que fueron atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo donde se pudo determinar que existe un 43% de niños con desnutrición. Se encontró un mayor porcentaje de desnutrición en el género femenino (54%) y al cruzar las variables etnia con el estado nutricional se determinó que existe una probabilidad de 2.8 veces que un niño indígena sea desnutrido, mientras que, al considerar los factores como ocupación de la madre, nivel de escolaridad y estado civil no existió diferencia estadísticamente significativa pero que intervienen en el estado nutricional del niño en conjunto todos los factores socioculturales.

Nacional

GÓMEZ SÁNCHEZ, Miriam Beatriz (13) (2016) En su tesis titulada “FACTORES ASOCIADOS A COBERTURAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN EL MENOR DE 5 AÑOS EN LA EX RED N° 3 AREQUIPA NORTE -CAYLLOMA MINSA – 2015”

Concluye que se trata de un estudio descriptivo; donde se han aplicado dos instrumentos, uno de observación documental, que ha permitido la consolidación de datos de orden preventivo en un solo cuadro para obtener un promedio por Micro red de Atención Integral y un cuestionario de 19 ítem en los cuales 12 ítem miden al usuario externo y 7 ítem miden al usuario interno, este cuestionario fue aplicado por dos equipos de encuestadores previamente capacitados, a 397 familias distribuidas proporcionalmente en las 12 Micro redes. Para la selección de la muestra se utilizó el cuadro de Arkín y Cotton. El Procesamiento de datos que se han obtenido y los resultados se presentan en tablas y gráficos. Objetivo, conocer las coberturas, en los aspectos netamente preventivos y determinar algunos factores asociados que hayan influido en lograr las metas propuestas, primero asociados al usuario interno, que se refiere expresamente a factores asociados a la institución como son demora en los servicios de admisión (54.66%)> a 20 min. y triaje (47.61%) < a 20 min. (ambos como

promedio de más de 30 minutos), el horario no satisface al usuario (24.43%), reuniones constantes de personal (50.13%) durante horario de atención, ambientes poco espaciosos (26.45) y la falta de biológicas (31.26%) y sulfato ferroso también son factores adversos que percibe el usuario en los diferentes servicios, cabe destacar que la visita domiciliaria por vacunación ha contribuido a elevar las coberturas del PAI (18)

MERA PORTILLA MARCO ANTONIO & DIAS QUISPE LESLIE (22) (2019)

En su investigación “Calidad de atención y cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 05 años en el centro de Salud Huayucachi, Huancayo 2019”. Menciona que, el estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la calidad de atención y el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años en el Centro de Salud Huayucachi*, Huancayo 2019. Estudio cuantitativo, descriptivo, diseño no experimental con corte transversal. La muestra estuvo conformada por 138 madres; para la recolección de datos se transmitió el cuestionario, Como resultados según el 56.5%, la calidad de atención es de nivel promedio, el 43.3% es de nivel alto, pero existe un 2.2% que percibe baja calidad. Asimismo, el 20,3% presenta un cumplimiento promedio del control de crecimiento y desarrollo del niño, el 79,0% un cumplimiento alto y el 7% es bajo. En conclusión, existe una relación significativa entre la calidad de atención y el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Se necesitó las enfermeras brindar una atención adecuada e información a las madres de familias que asisten al servicio de CRED, tomando en cuenta siempre el respeto, la amabilidad y la confianza que ellas necesitan, permitiéndolo de esta manera el cumplimiento de asistencia al servicio. Palabras clave: Tolerancia, respeto, vacunas, alimentación, cuidado.

FIGUEROA TINOCO, RINA (11) (2017) En su investigación “Factores Sociodemográficos y cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años del centro de Salud Urubamba – Cuzco. **Menciona** que la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el cumplimiento del control del Programa de CRED del niño menor de 5 años del Centro de Salud Urubamba Cusco en el año 2017. Se trata de una investigación de tipo cuantitativo, método descriptivo, diseño correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 195 madres de niños menores de 5 años. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario, la cual obtuvo una confiabilidad de Alfa de Cronbach fuerte de 0,894 y 0,888 (11).

CENTRÁNGOLO, O. BERTRANOU, F. CASANOVA, L. Y CASALÍ, P. (9) (2013)

En su investigación “El sistema de salud del Perú: situación Actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva”, **Estudia** cómo funciona deEsSalud, además de articularlo con otros sistemas de salud de Perú, para cumplirla meta de lograr una cobertura universal. Estudio descriptivo simple, siendo la población de análisis los pacientes que cuenten con el seguro, los autores concluyeron en que la oferta y cobertura de los servicios de la Salud, deben ser enfrentados para mejor eficiencia, y alcanzar una mayor cobertura universal. (9)

AYALA MATEO, Katherine Esthefany (2) (2018) En la investigación titulada: “Coberturas de atención estomatológica preventiva y recuperativa en pacientes del puesto de salud Mateo Pumacahua- Chorrillos, 2016”. El objetivo general de la investigación fue Analizar la tendencia en coberturas de atención estomatológica preventiva y recuperativa en pacientes del puesto de salud Mateo Pumacahua- Chorrillos, 2016. El tipo de investigación es básico de nivel descriptivo, el diseño de la investigación es no experimental y el enfoque es cuantitativo. La

muestra estuvo conformada por hojas de registro de la oficina de estadística del SIS. La técnica que se utilizó es la recolección y análisis de datos. Con referencia al objetivo general: Analizar la Cobertura de atención estomatológica preventiva y recuperativa en pacientes del puesto de salud Mateo Pumacahua- Chorrillos, 2016, se concluye que la tendencia de las coberturas en tratamientos dentales realizados en los pacientes que acuden a la consulta estomatológica del puesto de salud Mateo Pumacahua es moderada (20).

AÑORGA MONTENEGRO, Grocio Alberto (3) (2015) Evaluación del desempeño de la producción de servicios de salud en relación a la asignación financiera de las IPRESS Gamarra, Zárate, Magdalena y Jesús María en EsSalud, 2014. **El estudio de investigación**, tuvo como objetivo determinar la variación de metas y del presupuesto estimado en la asignación financiera para la compra de servicios de salud de EsSalud. La presente investigación obedece a un diseño no experimental, tipo básico descriptivo y transversal; con una muestra censal de la producción de servicios de salud efectuada en el año 2014 por las IPRESS privadas Gamarra, Zárate, Magdalena y Jesús María en EsSalud. Luego del procesamiento de los datos, y la contrastación con las metas formuladas para 50 mil asegurados en promedio se llegó a la conclusión que el desempeño de las IPRESS ha sido baja, la asignación financiera (cápita) para cada IPRESS debió ser diferenciada de acuerdo a la población asignada y de acuerdo a la producción de los servicios de salud (frecuencia) de esa población, motivo por el cual no hubo un costo efectividad en la asignación financiera (21).

CHAVA QUISPE, Catheryne (6) (2015) Gestión Por procesos y los Indicadores De Desempeño De Las Unidades Orgánicas De Soporte Del Seguro Social De Salud ESSALUD – Lima 2015. **Determina** la relación existe entre la

Gestión por Procesos y los Indicadores de Desempeño de las unidades orgánicas del Seguro Social de Salud ESSALUD - Lima 2015, la población objeto de estudio, estuvo conformada por 115 funcionarios, la muestra censal consideró toda la población; en los cuales se han empleado las variables: Gestión por procesos e Indicadores de Gestión. El método empleado en la investigación fue el hipotético-deductivo. Esta investigación utilizó para su propósito el diseño no experimental de nivel correlacional de corte transversal, que recogió la información en un período específico, que se desarrolló al aplicar los instrumentos: Cuestionario de Gestión por Procesos, el cual estuvo constituido por 24 preguntas en la escala de Likert (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre) y el Cuestionario de Indicadores de Desempeño, el cual estuvo constituido por 19 preguntas, en la escala de Likert (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre), que brindaron información acerca de la Gestión por Procesos y los Indicadores de Gestión, a través de la evaluación de sus distintas dimensiones, cuyos resultados se presentan gráfica y textualmente. La investigación concluye en que existe evidencia para afirmar que: La Gestión por Procesos se relaciona significativamente con los Indicadores de Desempeño de las Unidades Orgánicas del Seguro Social de Salud ESSALUD - Lima 2015.; habiéndose encontrado un coeficiente de correlación Rho Spearman de 0.646, lo que representó una moderada asociación entre las variables, además de presentar un nivel de significación bilateral $p < 0.05$ siendo significativa la relación (22)

CASTILLO ALTEZ, Elizabeth Linda (5) (2015) Las Políticas Públicas Y La Atención De Salud En Menores De Cinco Años En El Gobierno Regional De Apurímac, 2015. **La investigación plantea** como principal objetivo determinar la relación entre las políticas públicas y la atención de salud, en torno a la siguiente hipótesis general: existe relación entre las políticas públicas y la atención de salud en menores de cinco años en el Gobierno Regional de Apurímac, 2015. El estudio fue de

tipo básico sustantivo, de diseño descriptivo correlacional, pues pretendió comprobar la relación entre dos variables: las políticas públicas y la atención de salud en menores de cinco años. Comprendió una serie de actividades y análisis de conceptos teóricos básicos en lo que se refiere a las políticas públicas y la atención de salud en menores de cinco años, basados principalmente en la búsqueda de una gestión pública por resultados, es decir la administración orientada en la atención al ciudadano, y centrándonos en procesos claves para la gestión de las instituciones como revela los modelos de excelencia empresarial EFQM, ambas teorías suman para el análisis del ciclo de mejora continua de la administración o PDCA, sobre todo de la gestión pública que ve condicionada sus resultados por el uso eficiente y eficaz de los recursos públicos, ésta es la lógica de distribución de recursos públicos a través de Programas Presupuestales. Se realizó un muestreo probabilístico, para una muestra real de 147 servidores y funcionarios públicos del Gobierno Regional, a quienes se les aplicó mediante la técnica de la encuesta, dos cuestionarios para recoger información referente a las dos variables de estudio. Finalmente, con la investigación se determinó que existe relación entre las políticas públicas y la atención de salud en menores de cinco años en el Gobierno Regional de Apurímac en el 2015, en un nivel por encima del promedio a ser considerable, con rho de Spearman de 0,635 y una significancia estadística de 0,01 (23)

REYES LINARES, Ángela Elsa (34) (2015) Relación Entre La Gestión Administrativa Y El Desempeño De Los Colaboradores De La Dirección De Salud II Lima Sur. La presente investigación tuvo como objetivo general, **demostrar** la relación entre la gestión administrativa y el desempeño de los colaboradores de la Dirección de Salud II Lima Sur; la población estuvo conformado por los colaboradores y funcionarios de la institución, a los que se les aplicó una encuesta en empleado así las variables: gestión administrativa y desempeño. La metodología aplicada fue de

tipo descriptivo que corresponde a una investigación de tipo no experimental; de nivel correlacional y de corte transeccional, recogiendo información mediante el instrumento del cuestionario en un momento específico, aplicado a 30 colaboradores y a 30 funcionarios de la institución, el que estuvo constituido por 30 preguntas con la escala tipo likert (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo); a través de la aplicación del cuestionario en sus distintas dimensiones, los resultados se presentan gráficamente y textualmente, mediante el spss versión 21. La investigación concluye que existe relación significativa para afirmar que: existe relación significativa entre la gestión administrativa y el desempeño de los colaboradores de la Dirección de Salud I Lima Sur; habiéndose determinado un coeficiente de correlación mediante el alfa de cronbach de .807, lo que representa un nivel de correlación alta (24).

FLORES MARTÍNEZ, Yessica Aurora (12) (2018). El Desarrollo Psicomotor De Los Niños Y Niñas De Cinco Años De La Institución Educativa De Educación Inicial N° 199 De Cañarí Del Distrito Y Provincia De Pomabamba, Año 2018. Chimbote “El desarrollo psicomotor de los niños y niñas de cinco años de la institución educativa de educación inicial N° 199 de Cañarí del distrito y provincia de Pomabamba, año 2018” **está referido** a conocer o diagnosticar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas, tal es así que se consideró como objetivo general: Determinar el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de cinco años de la institución educativa de educación inicial N° 199 de Cañarí del distrito y provincia de Pomabamba, año 2018. Con respecto a la metodología de investigación corresponde al tipo de investigación descriptiva, nivel cuantitativo y se optó por un diseño no experimental. La muestra de estudio fue conformada por 22 estudiantes de 5 años a quienes se les aplicó un cuestionario de tipo test para medir el perfil psicomotor, la coordinación, lenguaje y

motricidad, entre los resultados más importantes se obtiene en cada una de las variables en donde los resultados obtenidos en el perfil psicomotor de los niños y niñas, se encuentran en un nivel medio; es decir un nivel aceptable, así mismo con respecto a la dimensión de coordinación y motricidad alcanzo un porcentaje de 45% (nivel medio), en la dimensión del lenguaje el alto porcentaje fue 50%; es decir nivel medio en la motricidad fina el alto porcentaje fue 41% ubicándose en un nivel medio de la misma manera la motricidad gruesa también alcanzo un porcentaje de 55% ubicándose en un nivel medio (25).

PORTOCARRERO (33) (2013). En su investigación “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007-2010” tiene por objetivo **comprender** los procedimientos para implementar el seguro integral de salud, para las zonas de mayor pobreza en Apurímac y que estos puedan acceder a los servicios públicos de Salud durante 2007-2010, por ello esto depende de cambios en el financiamiento y cobertura en atención de los afiliados, se realiza en los pacientes asegurados en la región Apurímac, finalmente el autor concluye en que las afiliaciones al sistema de salud han sido más dinámicas debido al crecimiento de los asegurados en Apurímac, sin embargo el financiamiento por asegurado creció de s/25.30 a s/49.57 nuevos soles entre 2007 y el 2010. (26)

Local y Regional

No se reportaron investigaciones en relación a las variables de estudio.

2.2. Bases teórico – científicas

1. Procesos de Gestión

Comprende los procesos y acciones que permiten conducir la provisión y organización de los servicios de salud hacia el logro de objetivos sanitarios programados.

A. Planeamiento descentralizado

Proceso de construcción colectiva para definir y establecer consensos en torno a objetivos, metas y actividades factibles que permiten el logro de los resultados sanitarios.

B. Programación integral

Este proceso es descentralizado desde los niveles locales se involucra a actores de la comunidad, en una lógica participativa. Proceso de definición de cursos de acción para conseguir los resultados sanitarios esperados.

C. Supervisión Integral

Proceso continuo de acompañamiento, asesoría y capacitación de los equipos de salud de los niveles descentralizados, que permite mejorar el desempeño del personal para la Atención Integral, la motivación para el trabajo, la participación, y a partir de ello, la calidad de la atención y los resultados esperados.

D. Monitoreo de procesos integrales

Proceso continuo de verificación de estándares y procesos críticos a partir de indicadores, que permiten caracterizar la marcha de los procesos, así como hacer ajustes para el logro de los resultados previstos. Se basa en un Sistema de Información Integrado y Flexible, que proporciona información exacta y oportuna.

E. Evaluación por resultados

Proceso periódico y sistemático de apreciación de la pertinencia, suficiencia, eficiencia, efectividad, eficacia e impacto de las acciones en función de los objetivos acordados y los resultados esperados.

F. Desarrollo de recursos humanos

Proceso transversal y permanente para el desarrollo y mantenimiento de competencias para la Atención Integral del personal de salud y los agentes comunitarios de salud, en función del logro de los resultados previstos. Está a la base de los otros procesos.

El Recurso Humano en Salud, también llamado “Capital Humano” está conformado por profesionales, no profesionales y otros como técnicos, administrativos, limpieza etc. que laboran en los establecimientos de Salud, bajo un vínculo laboral algunos autores lo han definido como “la fuerza de trabajo del Sector Salud” todos inmersos en el proceso de cambios de la Reforma del Sector. Cuando Abordamos el capital Humano hablamos desde los procesos de formación, capacitación, selección, promoción o adecuación, cada una de estas consideraciones abarcan una gran cantidad de consideraciones que rozan otras áreas sociales e involucran de lleno con la responsabilidad social de la prestación de los servicios sanitarios.

Esta BUENA formación de Profesionales de Salud, y su proceso de selección debe realizarse para todos y cada uno de los sujetos que forman parte del capital humano del sector, dado que fortalece la calidad del servicio a través de la percepción del bienestar del trabajador que redundara ineludiblemente sobre la buena calidad del Usuario externo.

Los componentes de organización, gestión y financiamiento son fundamentales de Atención Integral. De ellos depende la viabilidad de la oferta de las intervenciones propuestas por el componente de provisión y particularmente la posibilidad de poder trabajar estos procesos de manera integrada, constituyendo un soporte para las diferentes acciones de Atención Integral, al estructurar los

procesos de la producción de servicios, la Organización de la Atención es altamente relevante.

El componente de Gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

2. Política Nacional en Salud

A. Universalidad en el acceso

La atención debe ser universal, Con una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud, en especial de poblaciones con menores recursos que no son cubiertas por otro régimen de prestación, público o privado.

B. Equidad

La atención debe ser equitativa, en la medida en que se reconocen las grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida y salud de las personas, distribuyendo los recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los grupos de población en función de sus necesidades de salud.

C. Calidad

La calidad debe orientar los esfuerzos institucionales hacia la obtención del máximo beneficio para las personas, familia y comunidad, sin aumentar sus riesgos mediante la aplicación del conocimiento y tecnología apropiada, de los usuarios externos e internos, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución, cuidando la dignidad de la persona y los valores sociales.

D. Eficiencia

La atención debe ser eficiente en cuanto se orienta a aquellos grupos más

vulnerables o en situaciones de riesgo de forma tal que el resultado del gasto proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.

E. Respeto a los derechos de las personas

La atención debe promover el reconocimiento de las personas como sujetos principales de su propia salud, la de su familia y su comunidad. El respeto de los derechos exige actuar de manera responsable y con transparencia, mucho más en los aspectos relacionados con las decisiones en torno a la propia salud.

F. Participación y promoción de la ciudadanía

La atención debe promover y apoyar la participación de la persona, la familia y la comunidad en torno a la mejora de las condiciones de salud. Se debe fortalecer su corresponsabilidad en el desarrollo, mantenimiento y control de la calidad de los servicios, creando nuevas prácticas de participación y de debate, de diálogo interpersonal y escucha, y establecimiento de acuerdos e intereses comunes. La participación de la comunidad permite hacer efectiva la solidaridad, mediante el apoyo efectivo que brindan las organizaciones de base. La Familia es el lugar donde los niños adquieren valores, normas y cultura, se establecen los comportamientos y decisiones sobre la salud, es también el lugar donde se exponen a riesgos de la salud, y esta salud es común a todos sus miembros. En cuanto al orden afectivo, en la familia pueden desarrollarse en forma efectiva, sin traumas, aumentando su autoestima.

El niño cuando es pequeño depende exclusivamente del cuidado de la familia y su desarrollo depende de lo que ellos puedan brindarle al niño, es

por ello que el presente estudio de investigación utilizara el instrumento aplicado a los padres de familia ya que los niveles de salud, emocionales, e institucionales estarán relacionados a las actitudes que tomen ellos frente a la salud de los niños dependen los unos de los otros.

G. Descentralización

La Atención debe ser descentralizada, favoreciendo la autonomía regulada de los niveles regionales y locales De esta forma se podrán desarrollar nuevos liderazgos, en función de la mejora de la atención.

3. Organización y Financiamiento

A. Organización

Comprende el conjunto de sistemas que permiten ordenar la oferta sanitaria para cubrir las necesidades de salud de las personas, familia y comunidad. Para satisfacer los criterios de calidad en atención, y responder adecuadamente a las necesidades de salud, los Programas de Atención deben seguir los procesos:

1. Captación

Las personas son captadas como consultantes, acompañantes, usuarios de otros servicios de salud, o referidos, es necesario: La Planificación de actividades de promoción y mercadeo social, que el personal ofrezca en forma clara la información detallada y suficiente al usuario resaltando sus beneficios de salud, y no olvidarse el trabajo con la comunidad.

2. Admisión Integral

Las personas son clasificadas en grupos diversos según sus necesidades de salud. Este proceso incorpora un diagnóstico y la

definición de un Plan de Atención Integral. que asegure la continuidad de las acciones hasta completar lo programado.

3. Atención Integral

En función del grupo, las personas son ubicadas según sus necesidades de salud. El proceso de entrega de los cuidados esenciales que será orientado por las guías clínicas, normas y protocolos.

4. Seguimiento y Monitoreo

De personas y familia: A partir de los resultados se hará un seguimiento individual y familiar para verificar el progreso del plan.

B. Financiamiento

El componente de Financiamiento comprende varias etapas, que van desde una programación, compra, almacenamiento, traslado y distribución de biológicos a nivel de los servicios de salud. Para el caso tomaremos el aspecto de abastecimiento de biológicos y abastecimiento de farmacias.

El financiamiento es la inversión de Recursos Económicos, Suministros, Equipamiento, y Mantenimiento de la Infraestructura Sanitaria para el logro de los resultados propuestos como el asegurar la salud preventiva y promocional de la familia y el niño; del mismo modo permitirá la extensión de los servicios.

Para impulsar un componente de financiamiento que esté enfocado en resultados y orientado a atender las necesidades de salud es necesario el desarrollo de instrumentos que fortalezcan los procesos de planeamiento, asignación y utilización de los recursos financieros del sector.

1. Recursos Humanos – Usuario Interno

Cuando pensamos desde el punto de vista económico también nos referimos al Capital Humano que labora en el Sector conformado por un Equipo de Personal, cuya función es dar calidad de atención con eficiencia, y oportunidad, En Sector Salud, “las personas que trabajan en salud son el activo más grande del sector Salud y de todas las organizaciones”. Dentro de este rubro es necesario mencionar la importancia de las relaciones interpersonales que se deben de mencionar y que por muchas razones se ven alteradas, desfavoreciendo la calidad de atención al usuario o por la carga administrativa que determinan que la percepción de la atención sea negativa por más que en los diferentes momentos de la atención se esfuercen por dar lo mejor de sí.

2. Suministros

Los suministros son todos aquellos bienes consumibles en el proceso de atención al usuario tales como Medicamentos, insumos de prevención como los Biológicos (vacunas).

3. Farmacia

Las farmacias de los Establecimientos de Salud realizan por lo general tres actividades:

- **Dispensación de medicinas:** Este es el proceso por el cual se pone al alcance del usuario las medicinas, sea por venta, entrega a crédito, entrega como parte de los gastos de atención del seguro. En los entes hospitalarios como parte de los gastos de atención del seguro.

- De otro lado es bueno separarlo para evaluar dos tipos de decisiones en es la logístico - financiera y la otra las decisiones comerciales. En el aspecto de la dispensación de insumos Ej. Sulfato ferroso en frasco, jeringas, algodón etc.

4. Cultura Organizacional

A. Teorías

Gutiérrez A. (2017) cita a Guedez (1998) quien define “la cultura organizacional, como el reflejo del equilibrio dinámico y de las relaciones armónicas de todo el conjunto de subsistemas que integranla organización.” Asimismo, hace referencia a Granell (1997) quien define el término como “... aquello que comparten todos o casi todos los integrantes de un grupo social...” esa interacción compleja de los grupos sociales de una empresa está determinado por los “... valores, creencia, actitudes y conductas.” (31) Según Chiavenato (1989) presenta la cultura organizacional como “...un modo de vida, un sistema de creencias y valores, una forma aceptada de interacción y relaciones típicas de determinada organización” (32).

El éxito en las organizaciones se basa en los objetivos estratégicos que ella se traza y una cultura organizacional que abarque los valoresde la organización, su clima organizacional y su estilo de gerencia. Resulta una inquietud para muchos gerentes llevar a cabo un procesode gerencia entorno a la cultura de la organización; para ello es indispensable trazarse un programa de gerencia cultural que abarqueaspectos como:

- Identificar los principios de la organización y someterlos a consideración;
- Extraer de los principios los valores que subyacen en ellos;

- Analizar el clima organizacional;
- Analizar el estilo de gerencia,
- Planificar y actuar sobre los principios, valores, clima y estilo gerencial que se deben cambiar y sobre los que deben mantenerse o reforzarse.

B. Características

Según Robbins (1987), citado por León (1991) propone siete características que deben ser consideradas dentro de cualquier empresa u organización, que al ser combinadas revelan la esencia de la cultura de la entidad (33):

- **Autonomía Individual:** Es el grado de responsabilidad, independencia y oportunidades para ejercer la iniciativa que las personas tiene en la organización.
- **Estructura:** Es el grado de normas y reglas, así como la cantidad de supervisión directa que se utiliza para vigilar y controlar el comportamiento de los empleados.
- **Apoyo:** Es el grado de ayuda y afabilidad que muestran los gerentes a sus subordinados.
- **Identidad:** Es el grado en que los miembros se identifican con la organización en su conjunto y no con su grupo o campo de trabajo.
- **Desempeño-premio:** Es el grado en que la distribución de premios dentro de la organización (aumento salarial, promociones), se basa en principios relativos al desempeño.
- **Tolerancia al conflicto:** Es el grado de conflicto presente en las relaciones de compañeros y grupos de trabajo, como el deseo de ser honestos y francos ante la diferencia.

- **Tolerancia al riesgo:** Es el grado en que se alienta al empleado para que sea innovador y corra riesgos.

C. Cultura Organizacional en sistemas de salud (31)

Una organización de salud es un conjunto o equipo de trabajo profesional, interdisciplinario que labora de manera estructurada para producir bienes intangibles (los servicios de salud) y alcanzar ciertas metas; para lograr éstas se requiere del acuerdo y la participación de los usuarios.

Según Tamayo y Tamayo (1999), la cultura organizacional en sistemas de salud es una mezcla compleja de saberes, conductas, relatos, símbolos, creencias, suposiciones, metáforas y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédicas y sociales.

Según Carrada Bravo Teodoro (2002), la reingeniería en Sistemas de Salud generalmente está enfocada al apoyo de servicios directos a los Usuarios, la logística, el abasto, las finanzas y el desarrollo de la investigación - educación de los profesionales de la Salud. Detrás de este escenario, el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras Instituciones de Salud están reconstruyendo las funciones de sus directivos para poder apoyar un Desarrollo Organizacional de mayor envergadura, con los esfuerzos de la reingeniería. puntos clave de esa labor son la Capacitación en Sistemas Modernos de Gestión, la Cultura Organizacional de Calidad y el Liderazgo Médico, encaminados a mejorar los Procesos del Primer contacto con los pacientes y a reducir significativamente los costos. La Educación, la Capacitación y la Investigación deben estar sin duda en el centro de la

Reingeniería"

Según V. Hernández (2009), Aborda la influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio hospitalario en la entidad objeto de estudio. Se utilizan métodos y técnicas de la estadística descriptiva y no paramétrica, y el tipo de muestreo empleado es el probabilístico estratificado por afijación proporcional para clientes externos (pacientes, familiares) e internos (médicos, enfermeros).

5. Cobertura de Atención en Salud

Definición

Cobertura es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que recibe atención para tales necesidades. Se determina la tasa de cobertura dividiendo el número de personas que hacen uso de un determinado servicio, por el número de personas que tienen esas necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

Teorías Sobre Cobertura

El Ministerio de Salud (MINSA), define a la cobertura como aquellas actividades realizadas en conjunto y de manera individual en la población atendida para prevenir, dependiendo los factores de riesgos individuales y en conjunto, de esta forma acrecentar la capacidad para masticar de los pacientes, de igual forma disminuir las afecciones del sistema bucodental, así mismo cubrir tratamientos dentales para la malnutrición de la población, se minimice, todo esto, es realizado por un cirujano dentista. (35)

La cobertura un principal indicador del cumplimiento de los parámetros que establece en el MINSA, por ello la cobertura tiene varios enfoques desde la perspectiva de la salud. (36)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al respecto manifiesta “Es tener la accesibilidad a servicios de rehabilitación, tratamientos, promoción, prevención, cuidados paliativos y protección contra riesgos económicos, mediante el uso de un servicio de calidad, donde de igual forma, investigar es importante para obtener resultados más óptimos en relación al bienestar y desarrollo humano a partir de una buena salud. (37)

La cobertura en los servicios médicos generales es universal y completamente subsidiada, en España los servicios de salud oral son limitados, siendo el tratamiento odontológico realizado en mayor parte mediante financiamiento privado, sin embargo, se han incluido servicios de carácter restaurador en los servicios de atención infantil con financiación pública (36)

La cobertura es componente esencial para minimizar la pobreza, las diferencias sociales y el mejoramiento del desarrollo para que este sea sustentable. La cobertura sanitaria universal tiene como propósito principal, brindar un seguro de salud, sin la necesidad de tener que pasar penurias financieras para pagar, que todos reciban los servicios que necesitan, sin embargo, para que una comunidad pueda obtener cobertura debe cumplir varios requisitos:

Debe existir un sistema de salud eficiente que tenga buen funcionamiento y de esa forma satisfacer necesidades prioritarias de salud centrado en los pacientes incluyendo los servicios de tuberculosis, paludismo, salud materno infantil, VIH, para esto deberá:

- Detectar enfermedades tempranamente
- Tener los alcances para tratar enfermedades
- Existencia de una buena rehabilitación para los pacientes que lo necesiten
- El sistema de salud debe estar financiado, para que los pacientes no

padezcan penurias financieras para usarlo

- Debe existir un buen acceso a medicamentos, tecnología para brindar un buen diagnóstico y posteriormente un tratamiento a las enfermedades
- Debe existir la buena cantidad de personal sanitario con las capacidades suficientes para brindar los servicios.

La cobertura tiene por función principal, inspeccionar el desempeño de todos los sectores para lograr el aseguramiento de todas las personas; lo que repercute directamente hacia la población y la salud del mismo. La accesibilidad a los servicios sanitarios, brinda a los pacientes la posibilidad de contribuir al bienestar de sus familias, además de ser más productivo, ya que haciendo uso de una buena cobertura tendremos la seguridad de que más niños puedan asistir a la escuela. Además, el contar con un apoyo ante los peligros financieros evita que las personas agoten todos sus recursos, pues ya no tendrían la necesidad de realizar un gasto para los servicios de salud. (37)

En general cobertura es el número de habitantes que tienen acceso a servicios de salud. Sin embargo expandir la afiliación a las coberturas, muestra grandes dificultades a pesar de ello, la afiliación es solo una parte de la utilización de los servicios, este acceso significa una de las inquietudes fundamentales de las políticas de salud, existiendo confusión en el término con respecto a distintos marcos conceptuales para su análisis siendo estos conceptos en la que lo definen como el ajuste entre las características de los servicios y de la población; y los que lo conceptualizan en el uso de los servicios. Esta cobertura puede ser limitada sin embargo se ven afectados la disminución de la prestación y/o calidad de los servicios, resultandos negativos para el acceso de la población (38)

La cobertura mejora gracias a campañas públicas en contra de las aseguradoras

privadas, lo que se considera gran oportunidad de mejora de cobertura en el aseguramiento, acceso y eficiencia de los sistemas de salud, sin embargo, no existen estudios sobre una evaluación de su impacto en equidad y eficiencia incluyendo otros aspectos en los modelos de la cobertura en salud. (38)

En cobertura y para su mejor aprovechamiento existen diferencias que rigen los beneficios del plan dental y de la cobertura en beneficios médicos, puesto que casi a nivel universal existe incidencia de enfermedades dentales, es decir todos necesitan y utilizarán cuidados dentales. Es importante que un plan de cobertura en salud sea diseñado específicamente para tratamientos dentales, es decir que no debe ser diseñado como un plan médico puesto que eso causaría errores costosos al brindar una cobertura dental; exceptuando el trauma y dolor, los pacientes deciden cuando se realizarán los tratamientos sin embargo la necesidad varía entre pacientes, siendo la enfermedad dental progresiva, destructiva y crónica, no sanará sin tratamiento. (39)

Es la cobertura un principal indicador del cumplimiento de los parámetros de salud brindados por el ministerio de Salud, por ello, la cobertura tiene varias formas de enfoque:

La cobertura enfocada a la relación entre los sujetos atendidos por un servicio y los sujetos por atender. EL aplicar la cobertura es subjetivo, ya que si tenemos una meta baja, la cobertura resultara alta. La meta se asigna de acuerdo a la parte de la población que necesita el servicio y a partir de ellos se determina la meta. Para medir la cobertura se divide el número de pacientes atendidos entre el número de pacientes por atender, es decir la cobertura representa el porcentaje de la meta alcanzada.

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Sujetos atendidos}}{\text{Sujetos por atender}} \times 100$$

La cobertura como relación entre el número de atendidos que necesitan el servicio y el total de la población que necesita el servicio (No se toman en cuenta los atendidos que no necesitan el servicio)

La fórmula para medirlo es:

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Población necesitada que usa el servicio}}{\text{Población necesitada que no usa el servicio}} \times 100$$

6. Situación de Salud

Los indicadores complementarios al nivel de pobreza son reveladores, de acuerdo al Censo de Población de 1993, la mortalidad infantil es 76 por mil, la desnutrición registra un 51.8%.

El análisis de la información sobre la Situación de Salud en el Perú, permite precisar un conjunto de necesidades y problemas que se deben enfrentar y resolver a fin de mejorar el nivel en la prestación de Servicio de Salud que posibiliten alcanzar mejores niveles de bienestar para este grupo poblacional, en el marco de los planteamientos de la Reforma del Sector Salud en el país.

Los estudios demuestran que las necesidades están orientadas a conseguir.

- Atención integral de salud, oportuna y de calidad.
- Incorporación del sistema de salud tradicional, articular los servicios de salud;
- La información que se registra en los servicios de salud se refiere a una situación no satisfactoria;
- Bajas coberturas de los programas y atención de salud;
- Elevadas tasas de morbi-mortalidad infantil y de desnutrición.

- La tasa de morbi-mortalidad materna y bajas coberturas de anticoncepción.
- Reducida capacidad instalada de los establecimientos de salud.
- Limitada capacidad instalada de los establecimientos de salud.
- Ausencia de un sistema de información.
- Limitada inserción laboral y apoyo legal a la mujer.

7. Cobertura de Control de Crecimiento y Desarrollo

Valoración

A. Bio-psico sociales

Durante el control del crecimiento y desarrollo se identificarán los diferentes factores de riesgo que pudieran influir o afectar el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.

La primera evaluación psicosocial se realiza en el primer control (recién nacido), integrando y reevaluando los factores identificados durante el control prenatal; en los controles siguientes se reevalúa la situación de riesgo detectado en los controles anteriores.

Los factores de riesgos individuales, sociales y medio-ambientales, que a la luz de la evidencia afectan el desarrollo infantil y que deben tomarse en cuenta durante el control del crecimiento y desarrollo son:

- Niño o niña sin controles.
- Niño o niña en adopción.
- Ausencia de cuidador estable.
- Menor de 34 semanas de gestación o peso de nacimiento menor de 2.500 gr.
- Enfermedad biológica y congénita en el recién nacido.
- Enfermedad crónica en la niña o niño.

- Alteración del desarrollo psicomotor (DSM).
- Malnutrición por déficit en la niña o niño.
- Discapacidad física en la niña o niño.
- Comportamiento alterado del sueño, alimentación y/o sedentarismo en la niña o niño.
- Alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional
- Niña o niño sin acceso a educación por ruralidad extrema y/o sin vacante.
- Niña o niño fuera del sistema escolar formal.

El abordaje de los factores de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado.

Para el manejo de casos de niñas y niños con riesgo psicosocial, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo deberá:

- Identificarse y se mantenerse conectado permanentemente con los diferentes actores que conforman la red de protección y apoyo familiar o materno infantil en el ámbito de su jurisdicción.
- Establecer un sistema de referencia y contra referencia local con instituciones o entidades especializadas en el manejo de niñas y niños con vulnerabilidad psicosocial.

Si se identifica factores de riesgo ambientales, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo informará a la instancia encargada del saneamiento ambiental correspondiente a su ámbito.

B. Físico neurológico

El examen físico se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión) e instrumentos como:

- Estetoscopio pediátrico/neonatal.
- Linterna.
- Cinta métrica acrílica.
- Guantes.
- Pantoscopio.
- Podoscopio.
- Termómetro de uso personal (digital).
- Tensiómetro pediátrico.
- Camilla pediátrica.
- Solera
- Papel toalla, jabón líquido, y/o alcohol gel.
- Estufas o ventilador (de acuerdo a la necesidad de cada región).

De acuerdo a la edad de la niña y el niño, el examen físico se realizará en una camilla, una colchoneta, en brazos de la madre o sentado en la falda del padre o cuidador.

Independientemente de la edad de la niña o niño, se debe explicar el procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje claro, sencillo y directo tanto a la niña o niño como a la madre, padre o cuidador principal.

Durante el examen físico se deberá privilegiar el respeto en el trato, respeto al pudor y la participación de la niña o el niño en el proceso.

Pese que en la presente norma se establecen los puntos clave a examinar

en cada control del crecimiento y desarrollo, el criterio clínico y las necesidades de cada niña, niño o familia son los que imperan a la hora de realizar el examen físico.

La evaluación neurológica es parte de la evaluación física y se realiza de acuerdo a la edad de la niña o niño

Es condición indispensable, antes de iniciar el examen físico, asegurar las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de los instrumentos y equipo médico a utilizar), la privacidad y la temperatura adecuada del ambiente.

C. Función visual

- La evaluación de la función y del sistema visual se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño.
- El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la visión en el desarrollo integral de la niña o niño. La falta de detección temprana de errores refractarios puede comprometer su potencial visual de forma permanente debido a que la falta de estímulo visual conduce a una disminución en la agudeza visual.
- El objetivo de la evaluación durante el control del crecimiento y desarrollo es la identificación precoz de anomalías de la visión de la niña o niño y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.
- Las niñas (os) nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el

especialista.

D. Función auditiva

La evaluación de la función y del sistema auditivo se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño.

- El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la audición en el desarrollo integral durante el proceso de aprendizaje de la niña y el niño; así mismo, hay que tener presente que la pérdida de la función auditiva es causa de déficit irreversible en la comunicación y las habilidades psicosociales, de cognición y alfabetización; igualmente, corresponde atender el diagnóstico precoz (antes de los 3 meses), la implementación temprana del tratamiento con prótesis auditivas bilaterales (antes de los 6 meses) y un seguimiento apropiado, así como la educación a la familia permiten que niñas y niños hipoacúsicos se desarrollen en forma similar a sus pares norma- oyentes o de acuerdo con su nivel cognitivo.
- El objetivo de la evaluación es la identificación precoz de cualquier elemento (factores de riesgo, antecedentes conductuales), que pudiera relacionarse a una hipoacusia (congénita o adquirida) y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.

E. Descarte de enfermedad prevalente

- En cada control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explorará la presencia de alguna enfermedad, así como
- identificará la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual.
- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedades

diarreicas agudas se realiza siguiendo la metodología AIEPI.

- El dosaje de hemoglobina en niñas y niños se realizará a los 4, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año. En el caso de los niños que presenten anemia las atenciones se realizarán de acuerdo con la NTS 134-MINSA/2017 "Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas".
- El descarte de parasitosis en niñas y niños se realiza a partir del primer año de edad, una vez al año.
- Cuando un establecimiento de salud no cuente con uno de los métodos para el tamizaje o dosaje antes mencionados, se referirá a un establecimiento de mayor complejidad.

F. Vacunas y suplementación

Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá verificar el cumplimiento del Esquema Nacional de Vacunación vigente y administrar la vacuna si es que corresponde. Asimismo, deberá verificarse el cumplimiento de la suplementación de hierro y su entrega si fuere el caso.

G. Crecimiento y Estado Nutricional

Valoración antropométrica: peso, longitud I talla y perímetro cefálico:

- La valoración antropométrica se deberá realizar en cada control del crecimiento y desarrollo a toda niña o niño desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y/o de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), la cual considerará la medición del peso y de la talla.

- Los valores de peso, talla y perímetro cefálico deberán ser registrados en la historia clínica y en el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años
- La medición del perímetro cefálico se debe realizar hasta los 36 meses de edad a toda niña y niño a término y pre término, con mayor énfasis en zonas de riesgo endémico por Zika.
- Los valores de peso o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento como para la valoración del estado nutricional.
- La valoración antropométrica se realizará de acuerdo a la edad y sexo. Cada niña o niño tiene su propia velocidad de crecimiento.
- La velocidad del crecimiento (direccionalidad) demanda que la calidad de la evaluación antropométrica sea más exigente en proporción a la edad de la niña o el niño.
- La curva de crecimiento se graficará tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros obtenidos del peso y talla. Uniendo uno y otro punto se forma la tendencia y la velocidad de la curva de la niña o el niño.

H. Evaluación del Desarrollo

- Para evaluar el desarrollo de la niña y el niño se usará las siguientes escalas:

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) mide el rendimiento de la niña y el niño de 0 a 2 años frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Evalúa las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

El Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) mide el rendimiento de la niña y niño de 2 a 5 años en 3 áreas en la coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de su conducta frente a situaciones propuestas por el examinador.

El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED), es una simplificación de la EEDP y TEPSI para ser utilizado tanto por el personal profesional de la salud como no profesional de la salud.

- Se establece evaluar el desarrollo psicomotor de la niña y niño menor de 5 años de la siguiente manera:
 - De 0 a 30 meses con TPED.
 - De 2 y 18 meses con EEDP.
 - De 4 años con TEPSI.
- Si una niña o un niño mayor de 2 meses acude al establecimiento de salud, sin controles previos de Crecimiento y Desarrollo, debe iniciarse con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).
- En casos de niñas y niños prematuros se debe considerar la edad cronológica corregida.
- En coherencia con los principios de autonomía, seguridad y juego libre, la aplicación de los instrumentos de evaluación debe considerar la observación en situaciones espontáneas de juego libre, exploración y movimiento, sin forzar ni estimular. Un indicador está logrado cuando la niña o niño es capaz de hacerlo por su propia iniciativa.

I. Tamizaje de Violencia y Maltrato

- La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo tanto si este se da a través de oferta fija

(establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) como de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se debe aplicar la "Ficha de Tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar"

- Si se detectan signos de maltrato o violencia se realizará la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar a las instancias de apoyo local (defensorías, Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente - DEMUNA, entre otras).

J. Evaluación Bucal

- Desde el primer control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención, revisará la cavidad bucal de la niña o niño para verificar la aparición de los primeros dientes, para detectar posibles lesiones de caries u otras patologías.
- Toda niña y niño debe ser revisado por un odontólogo o especialista en odontopediatría antes del año de edad, con el fin de recibir la aplicación de barniz de flúor y un refuerzo de las pautas para el cuidado de la salud bucal.
- Aquellas niñas y niños que presenten alteraciones o malformaciones congénitas serán referidos inmediatamente al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista

K. Evaluación Ortopédica

- Durante el control del crecimiento y desarrollo se deberá realizar el descarte de displasia de cadera, marcha y pie plano.

a. Displasia de cadera

El descarte de displasia de cadera se evaluará a través del signo

de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción.

b. Marcha

Se evalúa a partir de los 15 meses. Para hacer un buen examen de la marcha, hay que dejar a la niña o niño con pocas prendas, mirarlo por adelante, atrás y lateralmente, primero en reposo y luego caminando. En reposo, solo con ropa interior, y de pie, observando la simetría del cuerpo de frente y de espalda, las articulaciones, los huesos (pelvis, escápula) y los pliegues. Lateralmente, deben evaluarse las curvas de la columna, buscando una patología frecuente como dorso curvo o hiperlordosis lumbar. Luego pedirle a la niña o niño que camine, idealmente varios metros, para observar la simetría o claudicación y estabilidad de la marcha.

c. Pie plano

Después de los 2 años es posible empezar el descarte del pie plano, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa palmar que aumenta el área del pie con el suelo. En caso de existir pie plano en niños y niñas mayores de 2 años, es necesario identificar si es flexible o rígido.

8. Diagnóstico

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:

A. Crecimiento

A. 1 Crecimiento Adecuado

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE alrededor de la mediana). La

tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

A. 2 Crecimiento Adecuado

Condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, y se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de tal mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo deberá hacer uso del kit del Buen Crecimiento Infantil para todas las niñas y niños menores de 12 meses, en el marco de la consejería CREO y atención infantil

B. Desarrollo

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) para la niña y niño de 0 a 24 meses

Para esta escala de evaluación del desarrollo psicomotor, se obtiene el diagnóstico por intermedio de dos procedimientos:

B.1 Por el perfil de desarrollo psicomotor

Es una apreciación del rendimiento de la niña y niño, a través de las

distintas áreas del desarrollo (coordinación, social, lenguaje y motor). De esta manera se aprecia la desviación de la curva del desarrollo. Marcar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica, en meses de la niña o niño, atravesando las 4 áreas del desarrollo. Se observan los últimos ítems aprobados de cada área, encerrándolos en un círculo y uniéndolos. Si la línea está hacia adelante (derecha), el desarrollo psicomotor tiene un buen o alto rendimiento; si está quebrada y va hacia atrás (izquierda), debe considerarse una de las áreas como riesgo y como retraso si es más de uno o proyectado a más de dos áreas.

B.2 Por el coeficiente de desarrollo

Para obtener el Coeficiente de Desarrollo (CD) debe convertirse la razón (EM/EC) a un puntaje estándar, el valor obtenido se clasificará según los puntajes:

mayor o igual a 85	: Normal
entre 84 a 70	: Riesgo
menor o igual 69	: Retraso

9. Intervención

9.1 El control del crecimiento y desarrollo debe ser acompañada por una consejería según sea el caso.

9.2 Al brindar la consejería a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños que están creciendo bien o que presentan problemas en su crecimiento y/o desarrollo, el personal de la salud debe tener en consideración lo siguiente:

9.3 Escuchar a las madres, padres o cuidadores para conocer sus antecedentes

e inquietudes:

- Establecer un diálogo respetuoso y conducido.
- Realizar preguntas abiertas: ¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Quién?
- Atender y expresar gestos que demuestren interés como mover la cabeza y manifestar algunas afirmaciones. Así se comunica a los padres o cuidadores que se les escucha y que es interesante lo que están diciendo.
- Demostrar empatía, es decir, tener capacidad de ponerse en el lugar del otro, imaginar cómo se está sintiendo y entenderlo, de tal manera que la otra persona se sienta cómoda y comprendida.
- Evitar utilizar diminutivos (mamita, hijita, señito, entre otros), aludiéndolos por sus nombres a las madres, padres o cuidadores de la niña o niño.

9.4 Crear un ambiente de confianza y ofrecer apoyo:

- Reconocer y elogiar aquello que las madres, padres o cuidadores estén haciendo bien.
- Evitar palabras que suenen como juicios de valor.
- Tomar en cuenta lo que las madres, padres o cuidadores piensan y sienten, considerando sus costumbres y prácticas culturales.
- Brindar información relevante con un lenguaje sencillo y entonación adecuada.
- Dar sugerencias, evitar dar órdenes.
- Ofrecer ayuda práctica

9.5 Dependiendo de la edad y necesidad de la niña (o) para la realización de la consejería el personal de salud tendrá en cuenta prioritariamente los siguientes temas:

a. Lactancia materna

La consejería de lactancia materna se realizará en el control del crecimiento y desarrollo en temas de lactancia materna exclusiva, extracción de la leche materna con énfasis en los primeros 6 primeros meses de vida, así como lactancia materna y alimentación complementaria, priorizando a aquellos niños prematuros y/o con bajo peso al nacer, según la metodología utilizada en la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna", aprobada con Resolución Ministerial N°462-2015-MINSA.

b. Nutrición

Se realiza durante el control del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, con énfasis entre los 0 a 6 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años y 2 a 4 años, según la metodología establecida en el documento técnico "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil", aprobado con Resolución Ministerial N° 870- 2009-MINSA. Suplementación con hierro o micronutrientes. Toda entrega de suplementos de hierro en gotas, jarabe o micronutrientes⁴ debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos.

c. Salud bucal

En cada control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud

responsable de la atención (enfermera, médico u otro) debe orientar a las madres, padres o cuidadores sobre hábitos de higiene oral y asesoría nutricional para la prevención de enfermedades de la cavidad bucal, de acuerdo a la edad del niño durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá programar las actividades de sesión demostrativa, que se desarrollarán según Documento Técnico "Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, así como las sesiones de atención temprana del desarrollo

El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de la entrega del micronutriente según normativa vigente. El personal de la salud que efectúa el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de derivar a la niña y niño al médico para el manejo y tratamiento de la parasitosis y anemia, la misma que se realizará según norma técnica y guías de práctica clínica vigente.

10. Seguimiento

El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento, es el responsable del seguimiento y deberá desarrollar estrategias que aseguren la atención de las niñas y niños. Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño. Las citas se establecerán considerando los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad para el control del crecimiento y desarrollo. La frecuencia de citas se incrementará cuando

se identifiquen riesgos o problemas en la niña o niño. Para niñas y niños con problemas de crecimiento y nutricionales se programarán las citas con intervalos de 7 días, de acuerdo a la necesidad, hasta lograr la recuperación. La visita domiciliaria constituye la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, ya que permite:
Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas clave. Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.

Se realizarán visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos:

- Niñas y niños nacidos en domicilio.
- Niñas y niños prematuros y/o bajo peso al nacer.
- Niñas y niños que no acuden a citas programadas.
- Niñas y niños que presentan crecimiento inadecuado.
- Niñas y niños con riesgo para el desarrollo.
- Niñas y niños con trastornos del desarrollo.
- Niñas y niños que reciben tratamiento para la anemia o suplementación con hierro deberán ser monitorizados a través de la visita domiciliaria, con el objetivo de ofrecerles una buena consejería y asegurar la adherencia. Esta actividad está a cargo de todo el personal de salud del establecimiento.
- Niñas y niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.

Se debe promover la participación activa de los Agentes Comunitarios de Salud, definiendo los mecanismos de seguimiento más efectivos a las niñas, niños y gestantes de **acuerdo a su realidad**.

2.3. Definición de Términos básicos

A. Gestión de Recursos

La gestión de recursos es el proceso de planificación y programación de los recursos y actividades de tu equipo. Los recursos pueden abarcar de todo, desde el equipamiento y los fondos económicos hasta las herramientas técnicas y el volumen de trabajo de los empleados. En definitiva, todo lo que sea útil para concretar tu proyecto

Son procesos directivos de obtención, distribución y articulación de recursos humanos, financieros y materiales necesarios para alcanzar las metas de la institución y proporcionar a todo el mundo acceso equitativo a un personal sanitario, formado, competente y que cuente con apoyo, con el fin de contribuir a alcanzar el grado más alto posible de salud.

B. Cobertura de Crecimiento y Desarrollo

Es la protección que recibe el niño o niña a través del monitoreo del crecimiento y desarrollo con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna; promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario, de manera periódica y completa en el número de atenciones durante ese período de vida.

El Ministerio de Salud (MINSA) a través de todos sus establecimientos a nivel nacional considera al Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) como una actividad preventiva muy importante, pues vela por el óptimo desarrollo de la niña y niño menor de 05 años. En ese sentido, el MINSA ha realizado importantes esfuerzos para mejorar la oferta integral de servicios y satisfacer la demanda de la población infantil.

C. Cobertura de Atención

Es la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que recibe atención para tales necesidades.

Los indicadores de cobertura de los servicios de salud reflejan la medida en que las personas que lo necesitan reciben de hecho intervenciones de salud importantes. Tales indicadores incluyen la atención a mujeres durante el embarazo y el parto, los servicios de salud reproductiva, la inmunización para prevenir las infecciones más comunes de la infancia, la administración de suplementos de vitamina A en niños, y el tratamiento de las enfermedades más comunes de la infancia y las enfermedades infecciosas en adultos.

D. Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero (a) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Nuestras niñas y niños durante los primeros meses y hasta el segundo año de vida, visitan de manera regular los establecimientos de salud con la finalidad de recibir atención en crecimiento y desarrollo, vacunas, enfermedades prevalentes de la infancia, etc. Estos momentos de encuentro entre el personal de salud y las niñas y niños con sus madres no deberían ser desaprovechados, sin embargo, ocurre lo contrario, tal vez por la falta de conocimientos o ausencia de un instrumento que ayude a que de manera sistemática se vigile el crecimiento y desarrollo de las niñas y niños.

E. Tasa de Cobertura

Se determina la tasa de cobertura dividiendo el número de personas que hacen uso de un determinado servicio, por el número de personas que tienen esas necesidades. La cobertura indica si el servicio de salud está llegando a la población que realmente lo necesita.

F. 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). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos.

Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

Podemos hablar de crecimiento en un niño que ha pasado a la adolescencia, en la economía de un país, en la población de un lugar, entre otras cosas.

G. Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor 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.

2.4. Formulación de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

Existe relación directa y significativa entre la gestión de recursos y el impacto en la cobertura de control de Crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021

2.4.2. Hipótesis específicas

- ✓ La dimensión Institucional de la variable Gestión de Recursos se relaciona en forma directa y significativa con la variable Impacto en la Cobertura de Control y Crecimiento en niños menores de cinco años del Centro de Salud Paucartambo – Pasco.
- ✓ La dimensión Factor Administrativo de la variable Gestión de Recursos se relaciona en forma directa y significativa con la variable Impacto en la Cobertura de Control y Crecimiento en niños menores de cinco años del Centro de Salud Paucartambo – Pasco.
- ✓ La dimensión Factor Recurso Humano de la variable Gestión de Recursos se relaciona en forma directa y significativa con la variable Impacto en la Cobertura de Control y Crecimiento en niños menores de cinco años del Centro de Salud Paucartambo – Pasco.

2.5. Identificación de Variables

Variable 1: Gestión de Recursos

Variable 2: Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Variable Independiente: Gestión de Recursos	Procesos directivos de obtención, distribución y articulación de recursos para proporcionar acceso equitativo y contribución a alcanzar el mayor y mejor servicio implementando estrategias que permiten utilizar los recursos de forma eficiente y eficaz	Procesos directivos institucionales, administrativos. Humanos, financieros necesarios para alcanzar los objetivos y las metas de atención institucional	INSTITUCIONALES	Disponibilidad de equipos y materiales Ambiente de Atención – Infraestructura Recursos financieros	ESCALA ORDINAL Muy de Acuerdo De Acuerdo Indiferente En Desacuerdo Muy en Desacuerdo
			ADMINISTRATIVO	Normas y sistemas de atención Implementación Plan de Intervención Control- Plan de seguimiento	
			RR, HUMANOS	Selección y carga laboral Dirección y valoración de estrés laboral Desarrollo laboral	
Variable Dependiente: Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo	Protección que recibe el niño en la evaluación de su crecimiento y desarrollo cumpliendo las metas y objetivos propuestos por parte del profesional de enfermería a la población programada en un período de tiempo y ámbito determinado	Tasa de cobertura de niños y niñas menores de 5 años en el programa de control crecimiento y desarrollo con atenciones individuales, secuenciales, oportunas, periódicas integrales y continuas	ATENCIÓN OPORTUNA	Capacitación Plan de atención Registro	Ídem Muy de Acuerdo De Acuerdo Indiferente En Desacuerdo Muy en Desacuerdo
			ATENCIÓN PERIÓDICA	Monitoreo Seguimiento Cumplimiento Plan de Atención	
			ATENCIÓN INTEGRAL	Atención de Salud Desarrollo psicoafectivo Atención de nutrición	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

Tomando a Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. (41) La Investigación en el presente estudio corresponde a la Investigación Básica - Cuantitativa.

3.2. Nivel de Investigación.

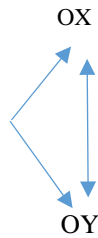
“El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio”. Según el Dr. Supo, los niveles de investigación científica son seis: Exploratorio, Descriptivo, Relacional, Causal, Predictivo y Aplicativo. Por lo tanto, la investigación en este caso corresponde al **nivel relacional bivariado**.

3.3. Métodos de investigación.

El método que se utilizo es el Analítico — Sintético, para los análisis correspondientes en la cual se utilizó la correlación de datos para probar las hipótesis planteadas, haciendo uso del análisis estadístico.

3.4. Diseño de investigación.

Continuando, lo mencionado por Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. (41), El diseño metodológico es No experimental, de corte transversal, por lo tanto, se denomina Diseño Descriptivo – Correlacional y presenta el siguiente esquema:



Donde:

M: muestra

X: Gestión de recursos

Y: Impacto en la cobertura de control de CRED r: Relación de X e Y

Relación entre la gestión de recursos y el impacto en la cobertura de CRED.

3.5. Población y muestra.

Constituido por el personal de salud del Centro de Salud Paucartambo en total de 21. De igual manera las Historias Clínicas de los 76 niños menores de cinco años usuarios del programa CRED del Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Cuestionario. Aplicado al personal de salud del establecimiento para valorar la variable Gestión de recursos

Historia Clínica, para valorar la cobertura del programa de Crecimiento de desarrollo de niños sometidos a estudio

3.7. Selección y validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

3.7.1. Revisión, Tabulación y Presentación de Datos:

Se procederá a la revisión del instrumento, el mismo que debe estar debidamente llenado sin error u omisión, para luego proceder a la tabulación y presentación de los datos mediante cuadros de distribución de frecuencias simples y porcentuales de doble entrada en relación a las características en estudio, también la presentación de datos se realizará mediante gráficos de barras, en función a las variables de los cuadros de contingencia.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

3.8.1. Análisis, Interpretación de los resultados:

Se hará uso de la prueba estadística no paramétrica chi - cuadrada, mediante el modelo de la independencia de criterios, para luego realizar la contrastación de la hipótesis de trabajo planteado; y llegar a la conclusión con la interpretación de los resultados a obtener; asimismo, se realizará la discusión con algunos estudios similares de investigación.

3.9. Tratamiento Estadístico.

La estimación estadística de los resultados se determinará, mediante la estadística descriptiva para evaluar la variable cobertura de crecimiento y desarrollo; asimismo, se hará uso de la estadística Inferencial a través de la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada, con un sesgo de error del 5% para la contratación de la hipótesis de trabajo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El presente trabajo de investigación sobre, Gestión de Recursos y el impacto en la cobertura de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021”. Una vez realizado los permisos y trámites correspondientes se empezaron a ejecutar los protocolos, encuestas y entrevistas correspondientes a los usuarios. los trabajos de campo se empezaron a llenar los cuadros estadísticos resaltando los datos encontrados, que fueron analizados con propuestas estadísticas inferenciales para posteriormente llegar al análisis, discusión y conclusiones y recomendaciones.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

Tabla N°01: Distribución de los profesionales de salud en el Establecimiento Paucartambo según sexo

Profesionales de Salud	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Medico	2 (9, 52%)	1 (4, 76%)	3 (14, 28%)
Enfermera (o)	4 (19, 05%)	1 (4, 63%)	14 (66, 68%)
Obstetriz	2 (9, 52%)	1 (9, 52%)	4 (19, 05%)
Total	8 38, 09%	13 62, 01%	21 100, 0%

Fuente: Datos recolectados del Cuestionario

Interpretación:

La información contenida en el presente cuadro se refiere a la distribución de los profesionales de la salud en la muestra de estudio y según ella, se puede indicar que el 66,68% corresponde a los profesionales de enfermería, el 19,04% son Obstetrices y el 14,28% son Médicos. Y aún más el 62,01% son de sexo femenino y la diferencia o sea el 38,09% son varones.

Tabla N°02: Distribución de los profesionales de salud en el Establecimiento Paucartambo según Condición Laboral

Profesionales de salud	Condición Laboral		TOTAL
	Nombrado	Contratado	
Médico	3 (14, 28%)	0 (0, 00%)	3 (14, 8%)
Enfermera (o)	12 (57, 16%)	2 (9, 52%)	14 (66, 68%)
Obstetriz	3 (14, 28%)	1 (4, 76%)	4 (19, 04%)
TOTAL	18 (85, 72%)	3 (14, 28%)	21 (100, 0%)

Fuente: Datos recolectados del Cuestionario

Interpretación:

De los 21 profesionales de la salud que laboran en el establecimiento de Paucartambo, el 85,72% es nombrado y sólo 14,28% es contratado. Con estos resultados podríamos indicar que hay seguridad y confianza para la atención al paciente en todos los servicios.

Tabla N°03: Distribución de los profesionales de salud en el Establecimiento Paucartambo según Tiempo de Servicios

Profesionales de salud	Tiempo de Servicios						TOTAL	
	< 4 años		De 4 - 9 años		>9 años		fa	%
	Fa	%	fa	%	fa	%		
Médico	0	0,00	2	9,52	1	4,76	3	14,28
Enfermera(o)	3	14,28	9	42,88	1	4,76	14	66,68
Obstetríz	1	4,76	3	14,28	1	4,76	4	19,04
TOTAL	4	19,04	14	66,68	3	14,28	21	100,00

Fuente: Cuadro elaborado por el investigador

Interpretación:

De 9 años a más de servicios en el establecimiento de Paucartambo lo constituyen 1 médico, una enfermera y una Obstetríz que representan 14,28% conjuntamente. El 66,68% representa a los profesionales de 4 a 9 años de servicios, recayendo la mayor cantidad en el profesional de enfermería con el 42,88% y el resto de profesionales con el 19,04% registran tiempo de servicios menos de 4 años.

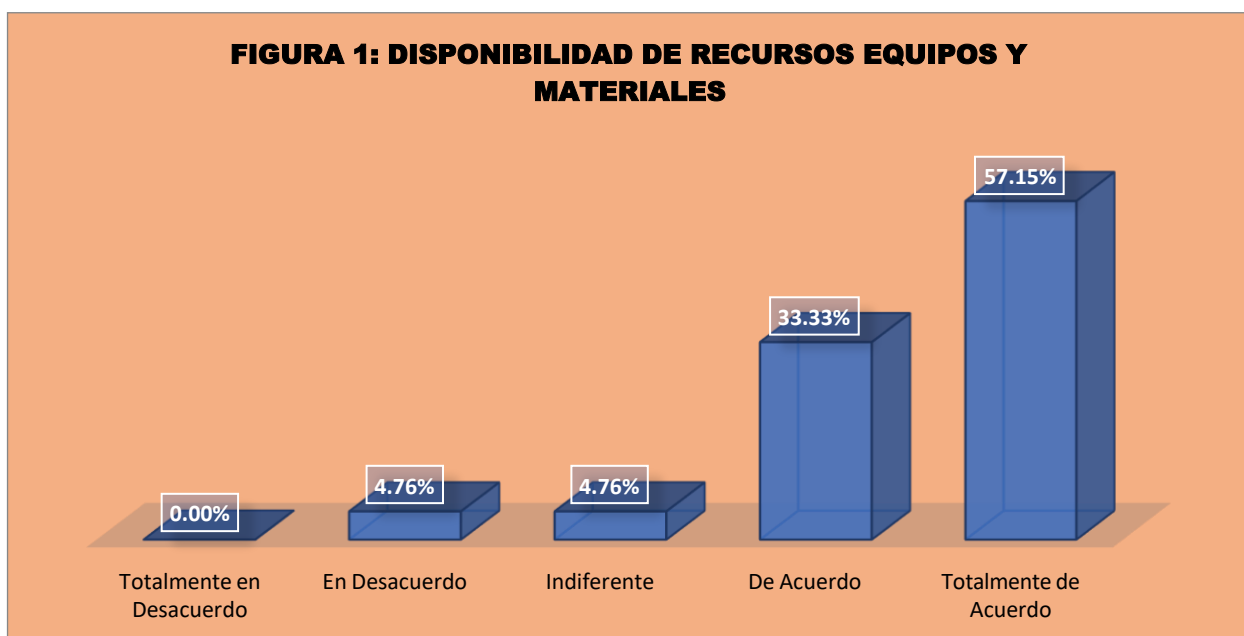
Variable: Gestión De Recursos

Dimensión Institucional

Tabla N° 4: Disponibilidad de recursos equipos y materiales

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
Indiferente	1	4,76	4,76	9,52
De Acuerdo	7	33,33	33,33	42,85
Totalmente de Acuerdo	12	57,15	57,15	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultado por la aplicación del instrumento Tipo Likert



Interpretación

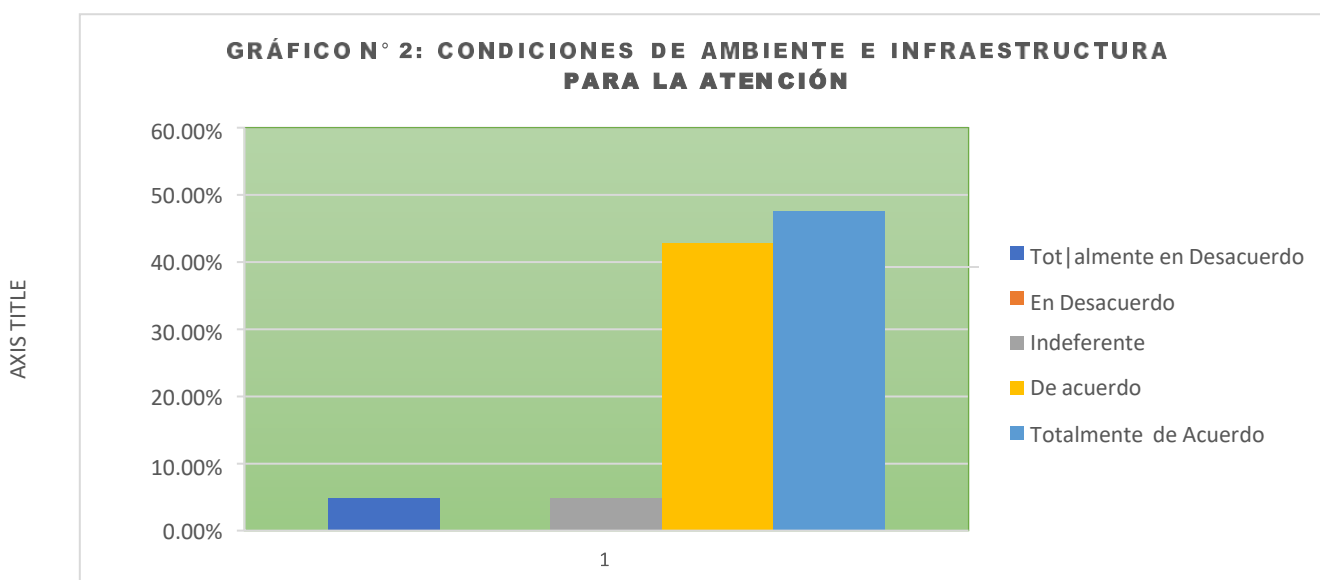
De acuerdo a los datos obtenidos en el gráfico N°01, se observa el total de profesionales de salud que corresponde al 100%. De los cuales 12 de ellos que corresponde al 57,15% y 7 que corresponde al 33,33% respectivamente manifestaron estar Totalmente de Acuerdo y de Acuerdo que en la institución existe disponibilidad

de recursos de equipos y materiales para la atención en crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.

Tabla N° 05: Condiciones de ambiente de atención e Infraestructura

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	4,76
Indiferente	1	4,76	4,76	9,52
De Acuerdo	9	42,86	42,86	52,38
Totalmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Interpretación:

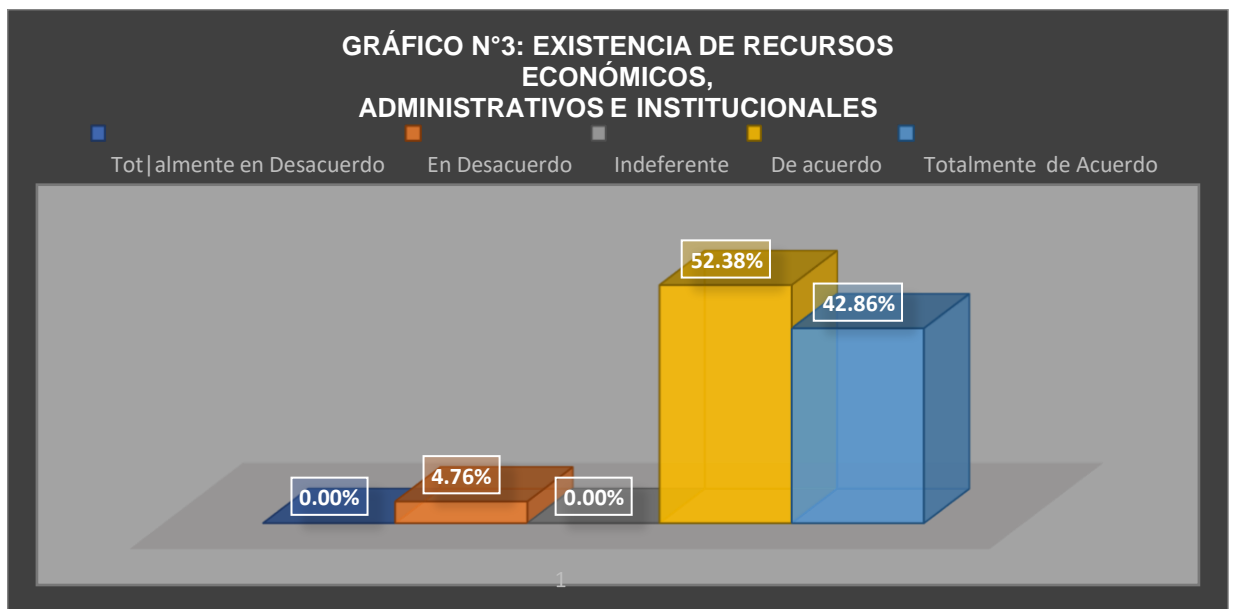
Del Cuadro estadístico y su respectivo gráfico, se desprende que los profesionales de salud en su conjunto, a la pregunta del cuestionario indicaron en un 47,62% y en un 42,86% estar Totalmente de acuerdo y de Acuerdo que el ambiente donde realizan la atención del menor de cinco años en crecimiento y desarrollo, reúne

las condiciones de ambiente para la atención en crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años.

Tabla N°6: Existencia de recursos económicos, administrativos, e institucionales suficientes

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
Indiferente	0	0,00	0,00	4,76
De Acuerdo	11	52,38	52,38	57,14
Totalmente de Acuerdo	9	42,86	42,86	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N° 6

Interpretación

La pregunta del cuestionario fue ¿En su opinión existen los recursos económicos, administrativos e institucionales, suficientes para manejar y coberturar la atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años?, los sujetos en la muestra indicaron en un 52,38% y 42,68% respectivamente estar de Acuerdo Y Totalmente de Acuerdo con la pregunta del caso, s decir que la institución si cuenta

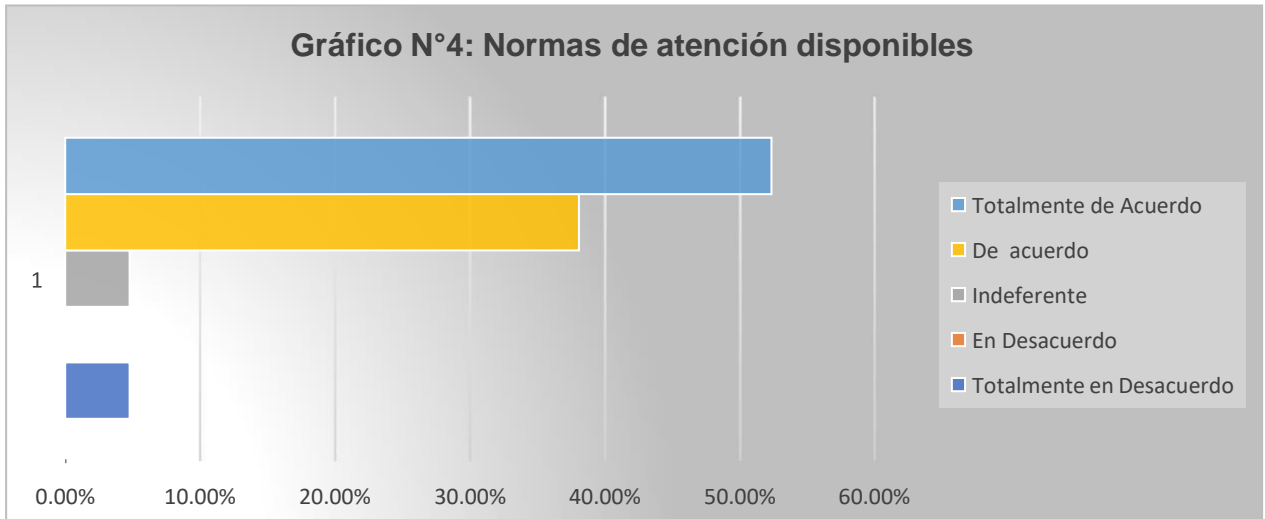
con los recursos necesarios para coberturar la atención de los niños menores de cinco años,

Dimensión Administrativa

Tabla N°7: Se dispone de normas de atención disponibles, así como flujogramas

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	4,76
Indiferente	1	4,76	4,76	9,52
De Acuerdo	8	38,10	38,10	47,62
Toralmente de Acuerdo	11	52,38	52,38	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Cuadro N°7

Interpretación:

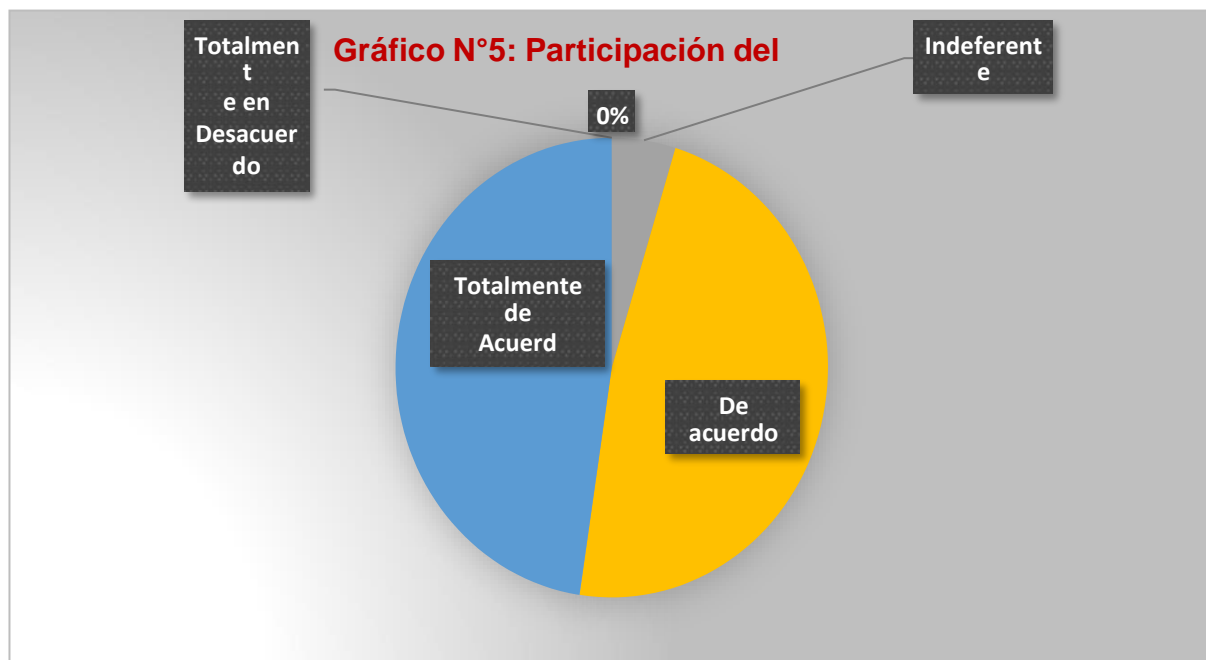
Se les pregunta a los profesionales de la salud en la muestra de estudio: ¿En el establecimiento se dispone de normas de atención disponibles, así como el flujograma de la atención en crecimiento y desarrollo? La respuesta mayoritaria que alcanzó el 52,38% y 38,10% respectivamente fue positiva, en contraposición, la

respuesta negativa alcanzó el 4,76% y de indiferencia también el 4,76%. Como podemos apreciar estos porcentajes son mínimos y carecen de relevancia.

Cuadro N° 08: Participación del personal en los turnos

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
Indiferente	1	4,76	4,76	4,76
De Acuerdo	10	47,62	47,62	52,38
Totalmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N°8

Interpretación:

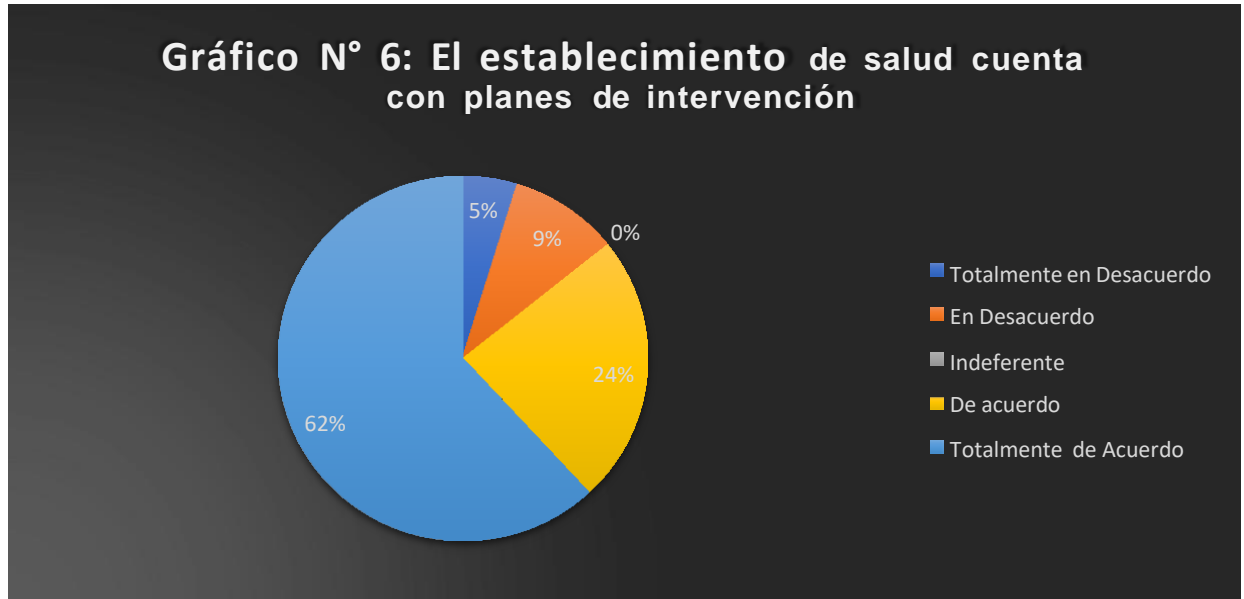
Observando los datos cuantificados en el presente cuadro estadístico y su respectivo gráfico, se puede indicar que para el 48% y 47 % de los profesionales de salud en el estudio, en el establecimiento de salud donde laboran que si existe

participación del personal en la administración de personal en los turnos de acuerdo a las necesidades del usuario externo.

Tabla N°09: En el establecimiento de salud se cuenta con planes de intervención

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	2	9,52	9,52	14,28
Indiferente	0	0,00	0,00	14,28
De Acuerdo	5	23,82	23,82	38,10
Toralmente de Acuerdo	13	61,90	61,90	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: N°9

Interpretación:

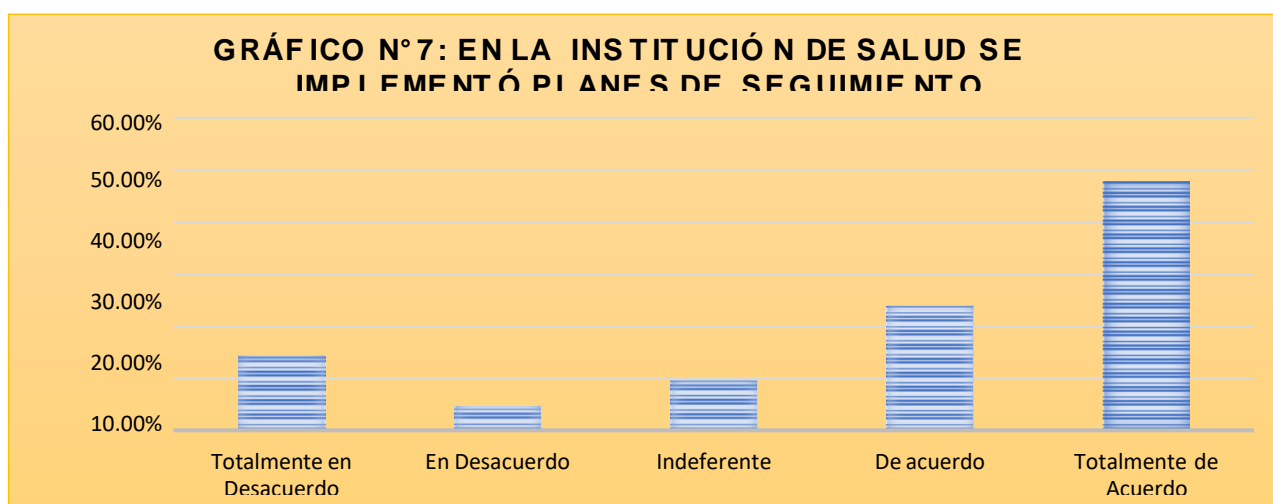
En los primeros años de vida (< de 5 años) se conforma el andamiaje neurobiológico, que es una combinación de la genética y el aprendizaje y se forman las habilidades básicas que servirán de soporte ante futuras circunstancias psicosociales complejas. Esta etapa de desarrollo representa, por tanto, una oportunidad fundamental para **intervenir** y prevenir distintas alteraciones en materia

de salud física y mental; Razón por lo cual y según el **gráfico N°6** los profesionales de salud en la muestra de estudio manifestaron en forma categórica (**85,72%**) que la institución cuenta con planes de intervención para la atención a los niños menores de cinco años.

Tabla N°10: En el establecimiento de salud se implementó planes de Seguimiento

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	3	14,29	14,29	14,29
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	19,05
Indiferente	2	9,52	9,52	28,57
De Acuerdo	5	23,81	23,81	52,38
Toralmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Datos de la Tabla N° 10

Interpretación:

Si deseamos que la atención al paciente sea de calidad, necesitamos que las instituciones de salud implementen **planes de seguimiento** al menor de cinco años de manera efectiva en crecimiento y desarrollo y de acuerdo a lo que apreciamos en el presente cuadro y gráfico N° 7 respectivo, estamos en condiciones de afirmar que los profesionales de salud en la muestra de estudio han informado en un 86%

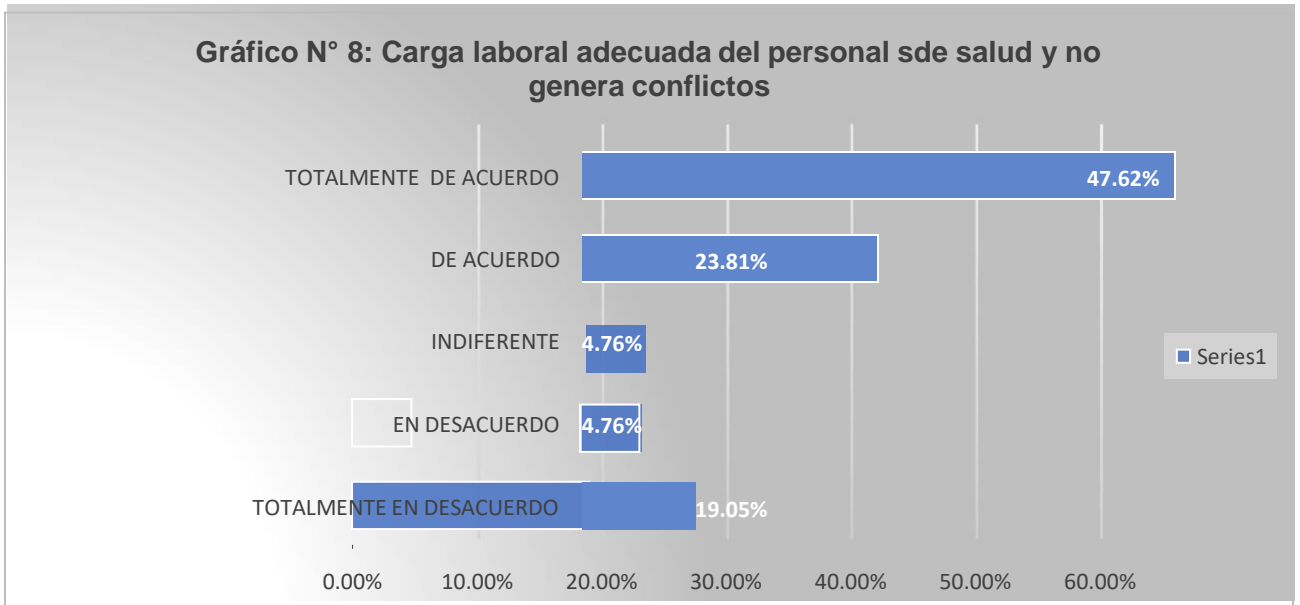
aproximadamente que en la institución donde laboran si existen dichos planes de seguimiento.

DIMENSION: RELACIONES HUMANAS

Tabla N°11: Carga Laboral adecuada del personal de salud y no genera conflictos

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	4	19,05	19,05	19,05
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	23,81
Indiferente	1	4,76	4,76	28,57
De Acuerdo	5	23,81	23,81	52,38
Toralmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N°11

Interpretación:

De acuerdo a lo manifestado por los profesionales de salud que laboran en la Institución de Salud de Paucartambo a la pregunta del cuestionario, indicaron en su

gran mayoría (**71,43%**) que la carga laboral que se asigna al personal de salud es adecuada y no genera conflictos en la atención al menor de cinco años en el área de Control, Crecimiento y Desarrollo, pero para el 23.81% su opinión es negativa.

Tabla N°12: Consideraciones de las aspiraciones del personal Administrativo y Asistencial

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	2	9,52	9,52	14,28
Indiferente	1	4,76	4,76	19,04
De Acuerdo	5	23,82	23,82	42,86
Totalmente de Acuerdo	12	57,14	57,14	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N° 12

Interpretación:

El desempeño reviste gran importancia para lograr una mayor calidad y excelencia en los servicios de salud así como en la satisfacción del individuo, la familia y la comunidad y ello hace que el personal administrativo y asistencial tenga aspiraciones para mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud sobre todo a niños menores de 5 años. Por lo que, se observa en el gráfico N°9 que la institución de salud si considera las aspiraciones del personal administrativo y asistencial, Esta afirmación lo corroboran los profesionales de salud en un 81%.

Tabla N° 13: Cumplimiento con el desarrollo de actividades como profesional

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	3	14,29	14,29	14,29
En Desacuerdo	3	14,29	14,29	28,58
Indiferente	1	4,76	4,76	33,34
De Acuerdo	7	33,33	33,33	66,67
Totalmente de Acuerdo	7	33,33	33,33	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N° 13

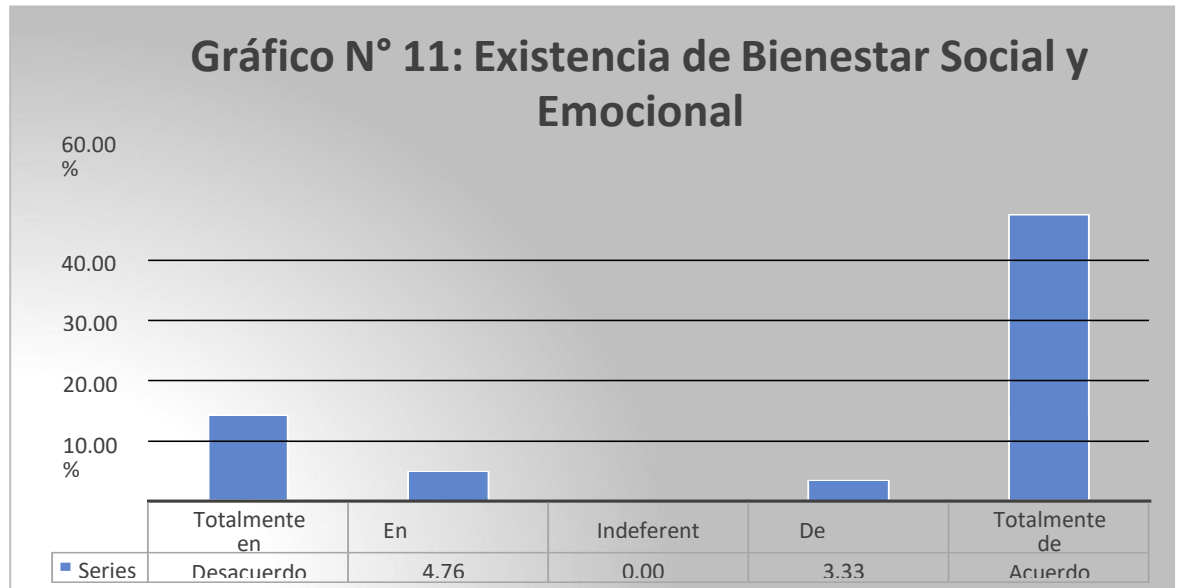
Interpretación:

Trabajar en el sector salud implica realizar actividades muy recargadas, pero eso, es la misión de todo profesional de ciencias de la salud, porque se trabaja con pacientes que son seres humanos muy complejos y hay que tener mucha paciencia y comprensión, tal afirmación lo corrobora los resultados del presente cuadro y su respectivo gráfico, cuando en un 67% los profesionales de salud en la muestra de estudio así lo indican, que a pesar de la sobre carga laboral cumplen con el desarrollo de actividades inherentes al servicio.

Tabla N° 14: Bienestar social y emocional de la persona humana

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	3	14,29	14,29	14,29
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	19,05
Indiferente	0	0,00	0,00	19,05
De Acuerdo	7	33,33	33,33	52,38
Totalmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N° 14

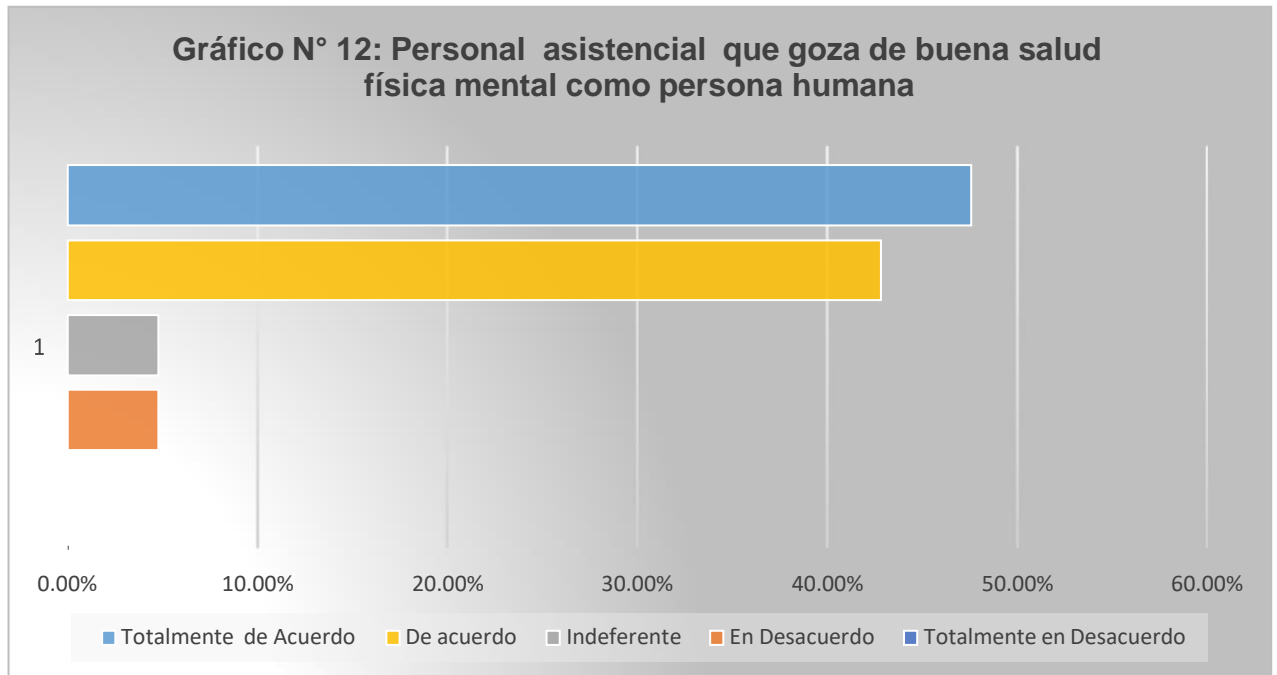
Interpretación:

Observando la información cuantificada en el gráfico N°11, la entidad de salud de Paucartambo donde se realizó el estudio, los profesionales de salud indicaron en un 51% aproximadamente que existe bienestar social y emocional en la persona humana y por lo tanto no se genera estrés laboral por la gestión realizada.

Tabla N°15: Personal asistencial que goza de buena salud física

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
Indiferente	1	4,76	4,76	9,52
De Acuerdo	9	42,86	42,86	52,38
Totalmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,0
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N°16

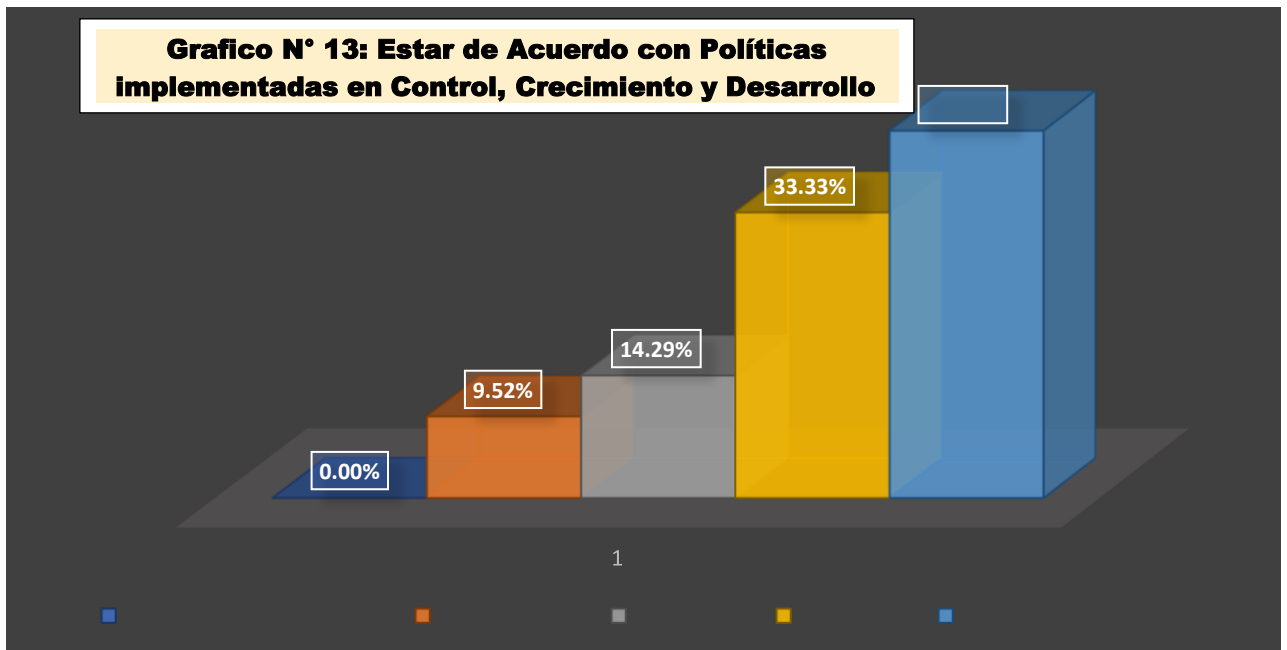
Interpretación:

El personal asistencial que labora en el establecimiento de salud del distrito de Paucartambo goza de una buena salud física y mental como persona humana para el cumplimiento de sus responsabilidades, en crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, así lo manifestaron la gran mayoría de los profesionales de salud que representan el 90,48% aproximadamente del total muestral.

Tabla N°16: Estar de Acuerdo con Políticas de salud implementada

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	2	9,52	9,52	9,52
Indiferente	3	14,29	14,29	23,81
De Acuerdo	7	33,33	33,33	57,14
Totalmente de Acuerdo	9	42,86	42,86	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: tabla N° 16

Interpretación:

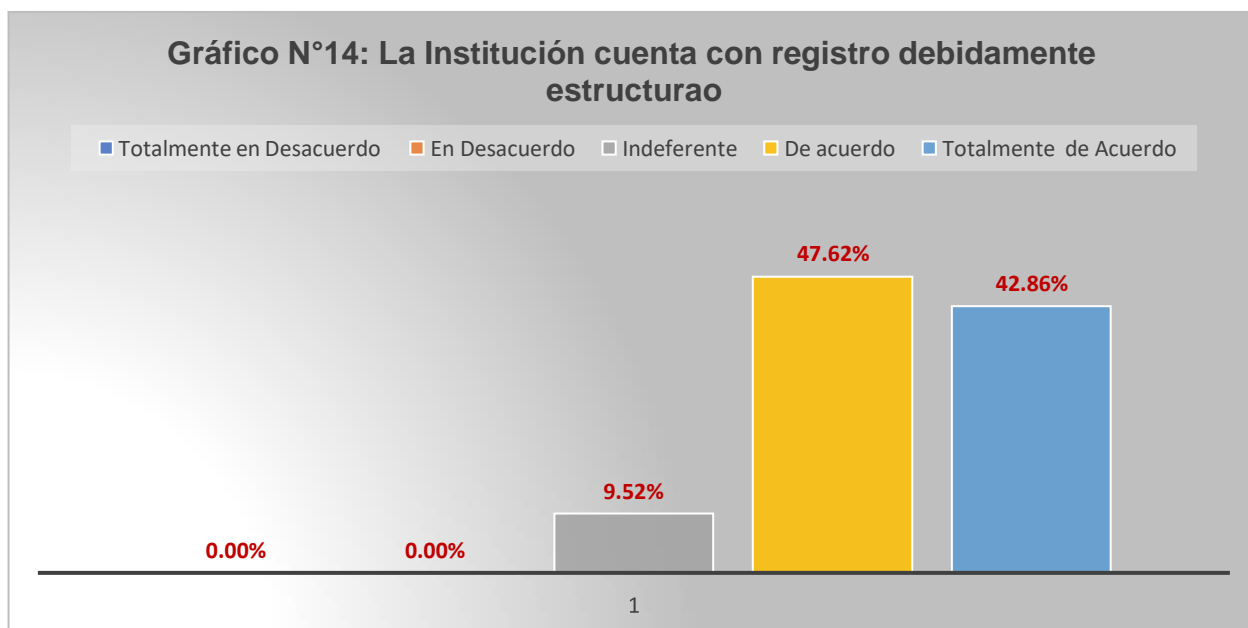
Según datos observados en el Gráfico N°13 cuantificados como consecuencia de la aplicación del instrumento de recolección de datos, donde los profesionales de salud del Centro de Salud Paucartambo- Pasco opinan en un 76,19% Estar Totalmente de Acuerdo y De Acuerdo con las políticas de salud implementados en el Control, Crecimiento y Desarrollo y son coberturables sin problemas alguno. Estas afirmaciones nos hacen reflexionar: que las políticas públicas en el sector de la salud, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud.

DIMENSIÓN: ATENCIÓN OPORTUNA

Tabla N°17: la Institución cuenta con registro debidamente estructurado

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
Indiferente	2	9,52	9,52	9,52
De Acuerdo	10	47,62	47,62	57,14
Totalmente de Acuerdo	9	42,86	42,86	100,00
Total	21	100.00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N°17

Interpretación:

En el establecimiento donde laboran los profesionales de salud en su contexto afirman en un 47,62% estar de Acuerdo y el 42,86% estar Totalmente de Acuerdo que la Institución cuenta con un registro debidamente estructurado para manejar la atención de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años.

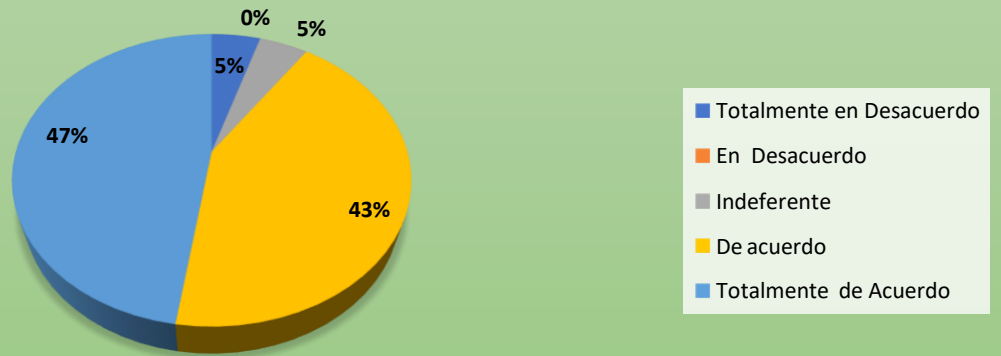
DIMENSIÓN: ATENCIÓN PERIÓDICA

Tabla N°18: Plan de Monitoreo para cubrir la atención de crecimiento y desarrollo

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	4,76
Indiferente	1	4,76	4,76	9,52
De Acuerdo	9	42,86	42,86	52,38
Totalmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert

Gráfico N°15: Plan de Monitoreo para cubrir la Atención



Fuente: Tabla N°18

Interpretación

Según la información recolectada y presentada en el Gráfico N°15 los profesionales de salud en la muestra de estudio, a la pregunta del cuestionario respondieron que en el establecimiento de salud donde laboran si están Totalmente de Acuerdo y de Acuerdo que la Institución cuenta con el Plan de Monitoreo que les permite realizar la cobertura de atención de Control, Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de cinco años.

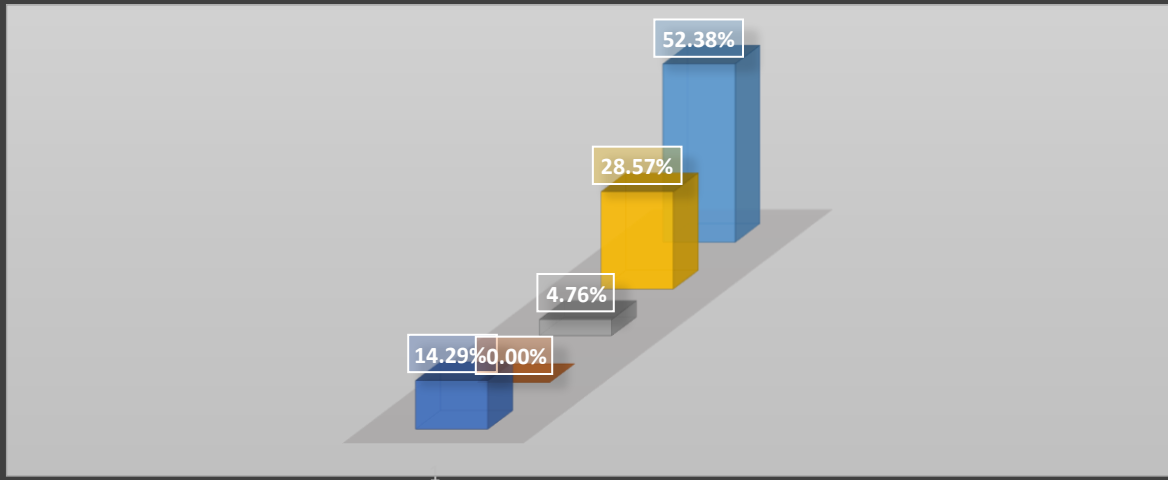
Tabla N°19: Plan de seguimiento para cubrir el control de crecimiento y desarrollo en niños de menores de cinco años

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	3	14,29	14,29	14,29
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	14,29
Indiferente	1	4,76	4,76	19,05
Acuerdo	6	28,57	28,57	47,62
Totalmente de Acuerdo	11	52,38	52,38	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert

GRAFICO N° 16: PLAN DE SEGUIMIENTO PARA COBERTURAR EL CONTROL DE CONTROL, CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

■ Totalmente en Desacuerdo ■ En Desacuerdo ■ Indiferente ■ De acuerdo ■ Totalmente de Acuerdo



Fuente: Tabla N° 19

Interpretación:

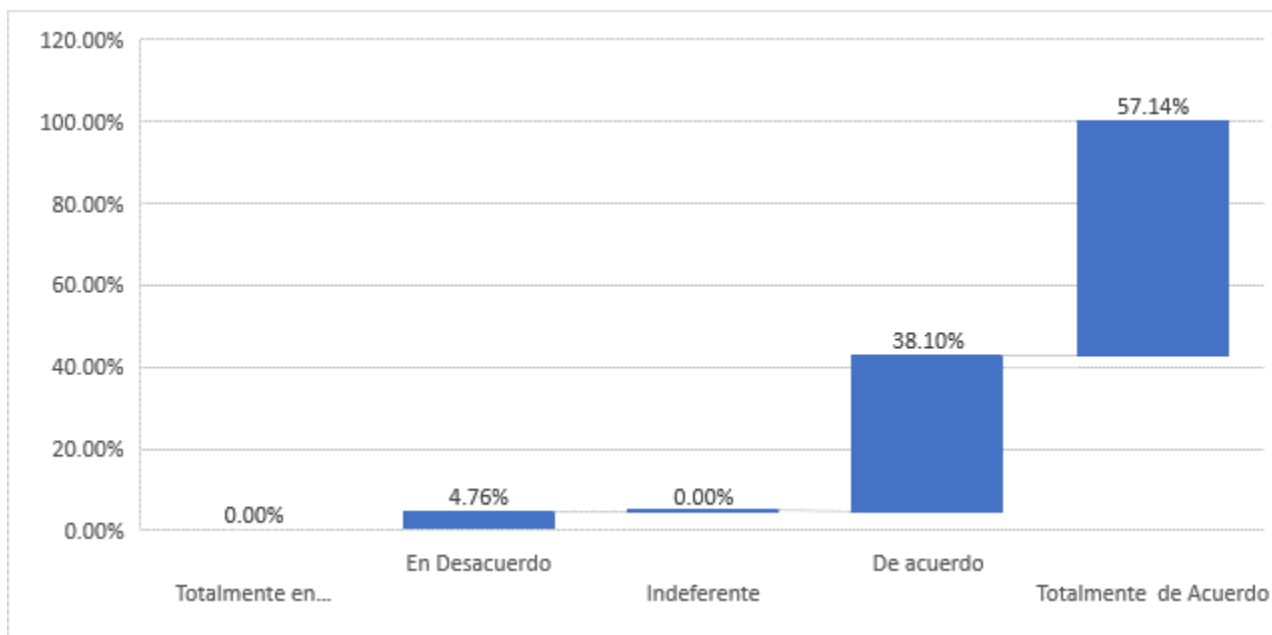
Realmente tener un plan de seguimiento de los pacientes en los hospitales y en los centros de salud es lo ideal, porque nos permite tener un control del avance en sus atenciones. En el Gráfico N°16 se ha registrado la opinión de los profesionales de salud en esta investigación, en el que indican, estar Totalmente de Acuerdo y de Acuerdo con porcentajes 52,38% y 28,57% respectivamente que el establecimiento de salud de Paucartambo si cuenta con un Plan de seguimiento para coberturar el Control, Crecimiento y Desarrollo de niños menores de 5 años

Tabla N°20: Atención Periódica para cobertura el control de crecimiento y desarrollo

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
Indiferente	0	0,00	0,00	4,76
De Acuerdo	8	38,10	38,10	42,86
Toralmente de Acuerdo	12	57,14	57,14	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert

Gráfico N°17: Atención Periódica para Cobertura el Control, Crecimiento y Desarrollo



Fuente: Tabla N°20

Interpretación:

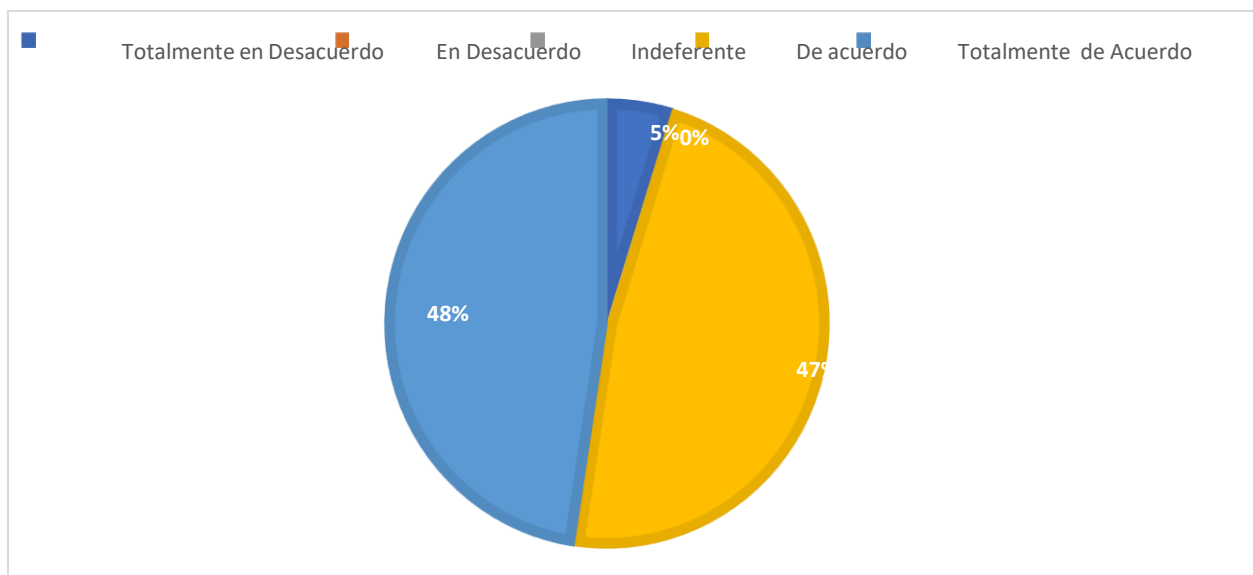
Tanto en la atención inmediata como en la atención periódica, el establecimiento de salud de Paucartambo a través de los profesionales de salud en la muestra de estudio afirman categóricamente en un 95,24% si se realiza un seguimiento para realizar CRED en niños menores de cinco años.

Tabla N°21: Cumplimiento de las metas de atención en control de crecimiento y desarrollo

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	0	0,00	0,00	4,76
Indiferente	0	0,00	0,00	4,76
De Acuerdo	10	47,62	47,62	52,38
Totalmente de Acuerdo	10	47,62	47,62	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert

Gráfico N°18: Cumplimiento de las metas de Atención en Control, Crecimiento y Desarrollo



Fuente: Tabla N°21

Interpretación

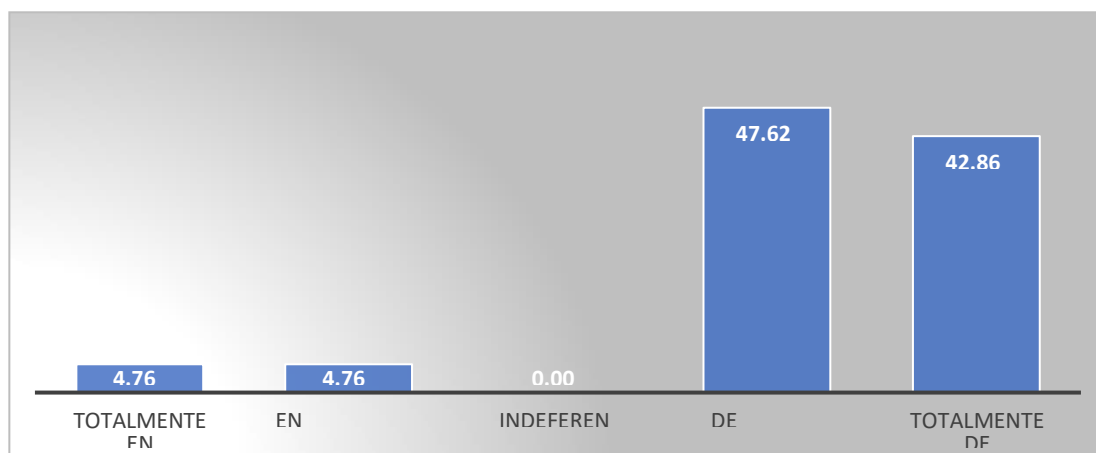
Otro de los factores importantes para una buena atención en salud es la cobertura de metas y en este caso nos referimos a las metas de atención en CRED en menores de cinco años. Lo que respecta al 2018 los profesionales de salud integrantes de la muestra de estudio sostuvieron que, si se cumplieron, esta afirmación corresponde al 95% del total. y que posiblemente para los años venideros también se cumplan

Tabla N°22: Cabalidad en el cumplimiento de metas de control, crecimiento y desarrollo en 2021

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	9,52
Indiferente	0	0,00	0,00	9,52
De Acuerdo	10	47,62	47,62	57,14
Totalmente de Acuerdo	9	42,86	42,86	100,00
Total	21	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert

Gráfico N° 19: Cabalidad en el cumplimiento de metas de Control, Crecimiento y Desarrollo



Fuente: Tabla N°22

Interpretación:

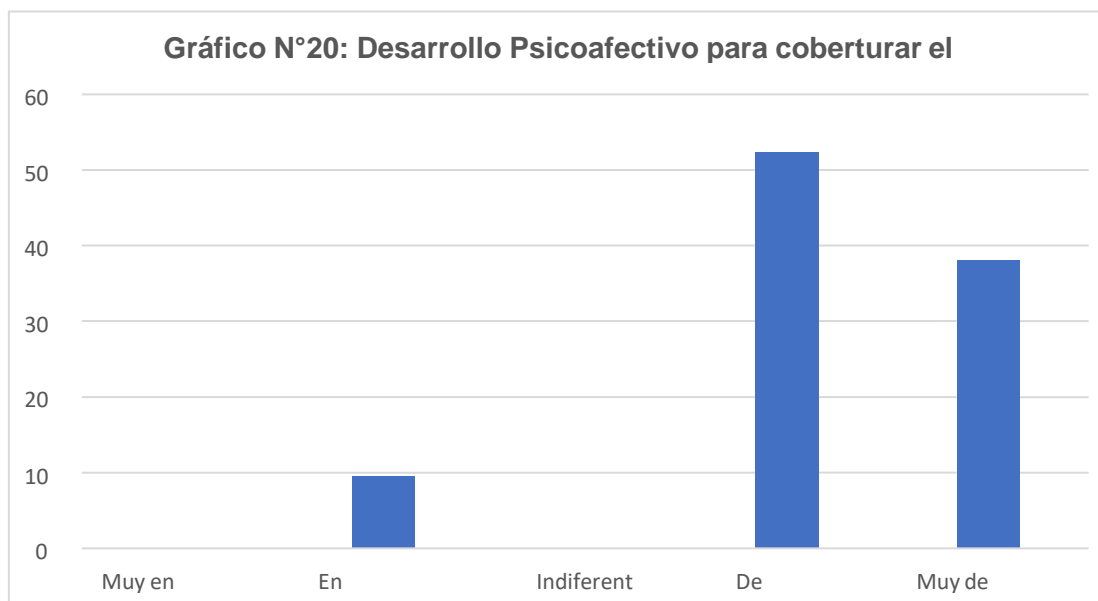
La tabla anterior y su respectivo gráfico reportó un 95% de cumplimiento de metas de Control, Crecimiento y Desarrollo; en la presente tabla se ha cuantificado la información correspondiente a La Cabalidad en el cumplimiento de metas de Control, Crecimiento y Desarrollo proporcionado por los sujetos en la muestra de estudio, quienes indican estar de Acuerdo en un 47,62% y Totalmente de Acuerdo en un 42,86% en la cabalidad en el cumplimiento.

Dimensión: Atención Integral

Tabla N°23: Preocupación por el desarrollo Psicoafectivo para coberturar el control de crecimiento y desarrollo y desarrollo en niños menores de 5 años

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	0	0,00	0,00	0,00
En Desacuerdo	2	9,52	9,52	9,52
Indiferente	0	0,00	0,00	9,52
De Acuerdo	11	52,39	52,39	61,91
Toralmente de Acuerdo	8	38,09	38,09	100,00
Total	100	100.00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Fuente: Tabla N°23

Interpretación:

El **desarrollo psicoafectivo** en los niños menores de 5 años está relacionado con los aspectos esenciales del ser humano; los procesos sociales, afectivos, cognitivos y sexuales **que** lo marcandurante toda su vida, y de allí la importancia de este constructo que es necesario tener en cuenta en cada Centro de Salud y sobre

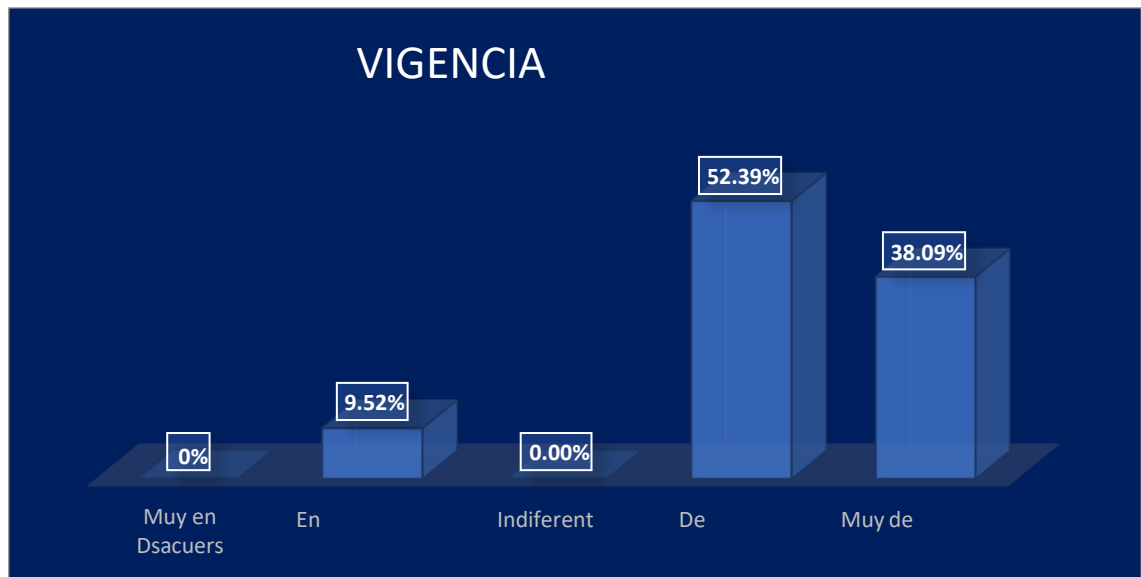
todo en el Centro de salud en donde hemos llevado a cabo la presente investigación; observando que el 52,39% del profesional de salud está de Acuerdo y el 38,09% Totalmente de Acuerdo que existe preocupación por el desarrollo psicoafectivo de los niños menores de 5 años para coberturar el control del crecimiento y desarrollo.

Gráfico N°20

Tabla N°24: Vigilancia nutricional en niños menores de 5 años

	Frecuencia	Porcentaje	% Válido	% Acumulado
Totalmente en Desacuerdo	1	4,76	4,76	4,76
En Desacuerdo	1	4,76	4,76	9,52
Indiferente	0	0,00	0,00	9,52
De Acuerdo	16	76,19	76,19	85,71
Toralmente de Acuerdo	3	14,29	14,29	100,00
Total	100	100,00	100,00	

Fuente: Resultados por la aplicación del Instrumento tipo Likert



Interpretación:

La **Vigilancia Nutricional** es un proceso basado en el análisis de datos sectoriales y multisectoriales de utilidad para el mejoramiento de la situación alimentaria y **nutricional** que se lleva a cabo en todas las instituciones de salud del país sobre todo en niños y adolescentes; como es el caso del presente estudio, los

profesionales de salud que laboran en la Institución de Salud afirman en un 90,48% que se lleva una buena vigilancia nutricional en niños menores de cinco años durante el CRED.

4.3. Prueba de hipótesis

Prueba de Hipótesis Específica 1

1. Formulación de las hipótesis Estadísticas:

H₀: No Existe Asociación significativa entre la Dimensión Institucional de la Gestión de Recursos y la Dimensión Atención Oportuna en la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años

H₁: Existe Asociación significativa entre la Dimensión Institucional de la Gestión de Recursos y la Dimensión Atención Oportuna en la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años (..)

2. Nivel de Significancia: $\alpha = 0,05$

3. Prueba Estadística: Distribución Chi Cuadrada

4. Cálculo del P-Valor

Dimensión: Institucional		Dimensión: Atención Oportuna											
		Captación				Políticas de Atención				Registro			
		Si	No	No sabe	Total	Si	No	No sabe	Total	Si	No	No sabe	Total
Disponibilidad de Equipos y Materiales	Si	19	0	0	19	16	3	0	19	14	3	2	19
	No	1	1	0	2	0	1	1	2	2	0	0	2
	No sabe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T	20	1	0	21	16	4	1	21	16	3	2	21
Ambiente de Atención	Si	20	0	0	20	16	4	0	20	16	3	1	20
	No	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1
	No sabe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T	20	1	0	21	16	4	1	21	16	3	2	21
Recursos Financieros	Si	19	0	0	19	16	3	0	19	14	3	2	19
	No	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
	No sabe	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1
	T	20	1	0	21	16	4	1	21	16	3	2	21

Tabla cruzada Disponibilidad de Equipos*Captación

		Captación			
		Si	No	Total	
Disponibilidad de Equipos	Si	Recuento	19	0	19
		Recuento esperado	18,1	,9	19,0
		% dentro de Captación	95,0%	0,0%	90,5%
	No	Recuento	1	1	2
		Recuento esperado	1,9	,1	2,0
		% dentro de Captación	5,0%	100,0%	9,5%
Total	Recuento	20	1	21	
	Recuento esperado	20,0	1,0	21,0	
	% dentro de Captación	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,975 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	1,996	1	,158		
Razón de verosimilitud	5,268	1	,022		
Prueba exacta de Fisher				,095	,095
Asociación lineal por lineal	9,500	1	,002		
N de casos válidos	21				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Medidas simétricas o Medidas de Asociación

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	,689	,002
V de Cramer	,689	,002
Coefficiente de contingencia	,567	,002
N de casos válidos	21	

Tabla cruzada Disponibilidad de Equipos*Políticas de Atención

		Políticas de Atención			Total	
		Si	No	No sane		
Disponibilidad de Equipos	Si	Recuento	16	3	0	19
		Recuento esperado	14,5	3,6	,9	19,0
		% dentro de Políticas de Atención	100,0%	75,0%	0,0%	90,5%
	No	Recuento	0	1	1	2
		Recuento esperado	1,5	,4	,1	2,0
		% dentro de Políticas de Atención	0,0%	25,0%	100,0%	9,5%
Total	Recuento	16	4	1	21	
	Recuento esperado	16,0	4,0	1,0	21,0	
	% dentro de Políticas de Atención	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,296 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	8,710	2	,013
Asociación lineal por lineal	10,371	1	,001
N de casos válidos	21		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	,765	,002
V de Cramer	,765	,002
Coeficiente de contingencia	,608	,002
N de casos válidos	21	

Tabla cruzada Disponibilidad de Equipos*Registro

		Registro			Total	
		Si	No	No sane		
Disponibilidad de Equipos	Si	Recuento	14	3	2	19
		Recuento esperado	12,2	3,8	3,0	19,0
		% dentro de Registro	87,5%	60,0%	50,0%	76,0%
	No	Recuento	2	0	0	2
		Recuento esperado	3,8	0,0	0,0	3,8
		% dentro de Registro	12,5%	0,0%	0,0%	24,0%
Total		Recuento	16	3	2	21
		Recuento esperado	16,0	3,8	3,0	21,0%
		% dentro de Registro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,344 ^a	2	,008
Razón de verosimilitud	3,222	2	,200
Asociación lineal por lineal	5,066	1	,002
N de casos válidos	21		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,96.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,366	,188
	V de Cramer	,866	,009
	Coficiente de contingencia	,743	,008
	N de casos válidos	21	

Tabla cruzada Ambiente de Atención*Captación

		Captación		Total	
		Si	No		
Ambiente de Atención	Si	Recuento	20	0	20
		Recuento esperado	19,0	1,0	20,0
		% dentro de Captación	100,0%	0,0%	95,2%
	No	Recuento	0	1	1
		Recuento esperado	1,0	,0	1,0
		% dentro de Captación	0,0%	100,0%	4,8%
Total		Recuento	20	1	21
		Recuento esperado	20,0	1,0	21,0
		% dentro de Captación	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,000 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	4,738	1	,030		
Razón de verosimilitud	8,041	1	,005		
Prueba exacta de Fisher				,048	,048
Asociación lineal por lineal	20,000	1	,000		
N de casos válidos	21				

a.3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

b.Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	1,000	,000
	V de Cramer	,910	,000
	Coficiente de contingencia	,707	,000
	N de casos válidos	21	

Tabla cruzada Ambiente de Atención*Política de Atención

		Política de Atención			Total	
		Si	No	No sane		
Ambiente de Atención	Si	Recuento	16	4	0	20
		Recuento esperado	15,2	3,8	1,0	20,0
		% dentro de Política de Atención	100,0%	100,0%	0,0%	95,2%
	No	Recuento	0	0	1	1
		Recuento esperado	,8	,2	,0	1,0
		% dentro de Política de Atención	0,0%	0,0%	100,0%	4,8%
Total		Recuento	16	4	1	21
		Recuento esperado	16,0	4,0	1,0	21,0
		% dentro de Política de Atención	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,000 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	8,041	2	,018
Asociación lineal por lineal	9,818	1	,002
N de casos válidos	21		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	1,000	,000
	V de Cramer	,926	,000
	Coefficiente de contingencia	,707	,000
N de casos válidos		21	

Tabla cruzada Ambiente de Atención*Registro

			Registro			Total
			Si	No	No sane	
Ambiente de Atención	Si	Recuento	16	3	1	20
		Recuento esperado	15,2	2,9	1,9	20,0
		% dentro de Registro	100,0%	100,0%	50,0%	95,2%
	No	Recuento	0	0	1	1
		Recuento esperado	,8	,1	,1	1,0
		% dentro de Registro	0,0%	0,0%	50,0%	4,8%
Total	Recuento	16	3	2	21	
	Recuento esperado	16,0	3,0	2,0	21,0	
	% dentro de Registro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,975 ^a	2	,003
Razón de verosimilitud	5,268	2	,022
Asociación lineal por lineal	6,731	1	,004
N de casos válidos	21		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,689	,007
	V de Cramer	,689	,004
	Coeficiente de contingencia	,567	,007
N de casos válidos		21	

Tabla cruzada Recursos Financieros*Captación

			Captación		Total
			Si	No	
Recursos Financieros	Si	Recuento	19	0	19
		Recuento esperado	18,1	,9	19,0
		% dentro de Captación	95,0%	0,0%	90,5%
	No	Recuento	1	0	1
		Recuento esperado	1,0	,0	1,0
		% dentro de Captación	5,0%	0,0%	4,8%
	No sabe	Recuento	0	1	1
		Recuento esperado	1,0	,0	1,0
		% dentro de Captación	0,0%	100,0%	4,8%
Total	Recuento	20	1	21	
	Recuento esperado	20,0	1,0	21,0	
	% dentro de Captación	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,000 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	8,041	2	,018
Asociación lineal por lineal	15,844	1	,000
N de casos válidos	21		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor ue 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal Phi por Nominal	1,000	,000
V de Cramer	,890	,000
Coeficiente de contingencia	,707	,000
N de casos válidos	21	

Tabla cruzada Recursos Financieros*Políticas de Atención

		Políticas de Atención			Total	
		Si	No	No sane		
Recursos Financieros	Si	Recuento	16	3	0	19
		Recuento esperado	14,5	3,6	,9	19,0
		% dentro de Políticas de Atención	100,0%	75,0%	0,0%	90,5%
	No	Recuento	0	0	1	1
		Recuento esperado	,8	,2	,0	1,0
		% dentro de Políticas de Atención	0,0%	0,0%	100,0%	4,8%
	No sabe	Recuento	0	1	0	1
		Recuento esperado	,8	,2	,0	1,0
		% dentro de Políticas de Atención	0,0%	25,0%	0,0%	4,8%
Total	Recuento	16	4	1	21	
	Recuento esperado	16,0	4,0	1,0	21,0	
	% dentro de Políticas de Atención	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,421 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	11,483	4	,022
Asociación lineal por lineal	6,875	1	,002
N de casos válidos	21		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	1,100	,000
	V de Cramer	,778	,000
	Coefficiente de contingencia	,740	,000
N de casos válidos		21	

Tabla cruzada Recursos Financieros*Registro

		Registro			Total	
		Si	No	No sane		
Recursos Financieros	Si	Recuento	14	3	2	19
		Recuento esperado	14,5	2,7	1,8	19,0
		% dentro de Registro	87,5%	100,0%	100,0%	90,5%
	No	Recuento	1	0	0	1
		Recuento esperado	,8	,1	,1	1,0
		% dentro de Registro	6,3%	0,0%	0,0%	4,8%
	No sabe	Recuento	1	0	0	1
		Recuento esperado	,8	,1	,1	1,0
		% dentro de Registro	6,3%	0,0%	0,0%	4,8%
Total		Recuento	16	3	2	21
		Recuento esperado	16,0	3,0	2,0	21,0
		% dentro de Registro	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,691 ^a	4	,952
Razón de verosimilitud	1,152	4	,886
Asociación lineal por lineal	18,505	1	,001
N de casos válidos	21		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,681	,002
	V de Cramer	,798	,002
	Coefficiente de contingencia	,178	,002
N de casos válidos		21	

Para el cálculo del P- Valor nos hemos apoyado en la Distribución Chi-Cuadrado en la modalidad **lineal por lineal** por tratarse de la asociación de dos variables categóricas Nominales. Esto quiere decir que primero vamos a probar si existe relación o asociación entre variables; si existe, entonces recién calculamos el grado de intensidad de dicha asociación a través del coeficiente V de Cramer.

De acuerdo a los resultados obtenidos aplicando el Software SPSS versión 27, si existe asociación entre las variables de estudio, puesto que el valor del P-valor es menor que el valor del nivel de Significación es decir (**P- valor = 0,002 < que $\alpha = 0,005$**). Y el grado de intensidad de asociación entre variables es del orden del **81,22%** en promedio por las pruebas parciales. Con estos resultados nos permitimos indicar que se ha verificado estadísticamente la hipótesis de trabajo N°01.

Prueba de Hipótesis Específica 2

1. Formulación de las hipótesis Estadísticas:

H₀: No Existe Asociación significativa entre la Dimensión Institucional Administración y la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años

H₁: Existe Asociación significativa entre la Dimensión Institucional y la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años

2. Nivel de Significancia: $\alpha = 0,05$

3. Prueba Estadística: Distribución Chi Cuadrada

4. Cálculo del P-Valor

DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA		VARIABLE: COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO																																						
		Atención Oportuna								Atención Periódica								Atención Integral																						
		Captación				Políticas de Atención				Registro				Monitoreo				Seguimiento				Cumplimiento Plan de Seguimiento				Metas de Atención de Salud				Desarrollo Psicoactivo				Atención en Nutrición						
		S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	B	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T			
Normas y Sistemas de Atención	Si	18	0	0	18	19	0	0	19	16	1	1	0	17	14	1	0	15	9	0	0	19	6	3	0	12	0	0	13	0	0	20	4	3	2	19	7	1	0	18
	No	1	0	1	2	1	1	0	2	2	0	1	3	3	2	0	5	1	1	0	2	0	1	1	2	0	1	0	1	2	0	0	0	2	1	1	0	2		
	N.S	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	T	19	1	1	21	21	1	0	21	18	1	2	1	8	3	0	21	10	1	0	21	16	4	1	2	2	1	0	21	10	1	0	21	16	3	2	21	8	3	0
Implementación Plan de Intervención	Si	14	1	0	15	20	0	0	20	14	0	2	1	0	0	1	1	3	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	3	0	1
	No	2	2	1	5	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	2	2	1	0	3	2	0	1	3	1	1	0	2	0	0	0	1	1		
	N.S	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	T	16	4	1	21	21	1	0	21	14	1	2	2	1	0	2	1	4	1	2	1	2	0	2	1	8	2	0	21	18	2	1	2	2	1	0	21	6	4	1
Control Plan de Seguimiento	Si	18	1	0	19	16	3	0	19	16	4	0	2	1	1	0	1	2	0	0	2	1	4	0	2	0	8	2	1	1	0	1	1	4	1	0	1	3	0	1
	No	1	1	0	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	3	2	0	5	0	0	0	1	1		
	N.S	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	
	T	19	2	0	21	16	4	1	21	16	5	0	21	18	2	1	2	1	0	21	16	4	1	2	1	9	2	0	21	18	3	0	21	16	4	1	21			

P-Valor = 0,0269
lineal= 11.461

Prueba Chi-Cuadrado lineal por
V deCramer = 0,894 Alfa = 0,05

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Normas y Sistemas de Atención * Captación	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%

Tabla cruzada Normas y Sistemas de Atención*Captación

			Captación			Total
			Si	No	No sabe	
Normas y Sistemas de Atención	Si	Recuento	18	0	0	18
		Recuento esperado	16,3	,9	,9	18,0
		% dentro de Captación	94,7%	0,0%	0,0%	85,7%
	No	Recuento	1	0	1	2
		Recuento esperado	1,8	,1	,1	2,0
		% dentro de Captación	5,3%	0,0%	100,0%	9,5%
	No sabe	Recuento	0	1	0	1
		Recuento esperado	,9	,0	,0	1,0
		% dentro de Captación	0,0%	100,0%	0,0%	4,8%
Total	Recuento	19	1	1	21	
	Recuento esperado	19,0	1,0	1,0	21,0	
	% dentro de Captación	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,947 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	13,209	4	,010
Asociación lineal por lineal	9,818	1	,002
N de casos válidos	21		

a. 8 casillas (88,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

Medidas de Asociación

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	1,214	,000
	V de Cramer	,858	,000
N de casos válidos		21	

Prueba de Hipótesis Específica 3

1. Formulación de las hipótesis Estadísticas:

H0: No Existe Asociación significativa entre la Dimensión Recurso Humano y la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años

H1: Existe Asociación significativa entre la Dimensión Recurso Humano y la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años

2. Nivel de Significancia: $\alpha = 0,05$

3. Prueba Estadística: Distribución Chi Cuadrada

4. Cálculo del P-Valor

DIMENSIÓN RECURSO HUMANO		VARIABLE: COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO																																			
		Atención Oportuna												Atención Periódica								Atención Integral															
		Captación				Políticas de Atención				Registro				Monitoreo				Seguimiento				Cumplimiento Plan de Seguimiento				Metas de Atención de Salud				Desarrollo Psicoactivo				Atención en Nutrición			
		S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	B	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	N	ns	T	S	ns	T	S	No	ms	T	
Selección y Carga Laboral	Si	15	2	2	19	19	0	0	19	16	1	0	17	14	1	0	15	19	0	0	19	16	3	0	19	20	0	0	20	14	2	1	17	1	1	0	18
	No	1	0	1	2	1	1	0	2	2	0	1	3	3	2	0	5	1	1	0	2	0	1	1	2	0	1	0	1	2	0	2	1	1	0	2	
	N.S	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
	T	16	2	3	21	20	1	0	21	18	2	1	21	18	3	0	21	20	1	0	21	16	4	1	21	20	1	0	21	16	2	2	1	3	0	21	
Dirección y valoración de Estrés Laboral	Si	14	1	0	15	20	0	0	20	16	4	0	20	19	0	0	19	16	3	0	19	14	1	0	15	16	1	0	17	19	0	1	1	3	0	19	
	No	2	2	1	5	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	0	1	1	2	2	1	0	3	2	0	1	3	1	1	0	2	0	0	1	
	N.S	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1		
	T	16	4	1	21	20	1	0	21	16	4	1	21	20	1	0	21	16	4	1	21	18	2	0	21	18	2	1	21	20	1	0	2	1	4	1	
Desarrollo Laboral	Si	18	1	0	19	16	3	0	19	16	4	0	20	18	1	0	19	20	0	0	20	16	4	0	20	18	1	0	19	14	1	0	1	3	0	19	
	No	1	1	0	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	2	3	2	0	5	0	1		
	N.S	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0		
	T	19	2	0	21	16	4	1	21	16	5	0	21	18	2	1	21	20	1	0	21	16	4	1	21	19	2	0	21	18	3	0	2	1	4	1	

P-Valor = 0,0076
lineal= 12.678

Prueba Chi-Cuadrado lineal por
V deCramer = 0,948 Alfa = 0,05

1. Formulación de las hipótesis Estadísticas:

H0: No existe relación directa y significativa entre la gestión de recursos y el impacto en la cobertura de control de Crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021.

H1: Existe relación directa y significativa entre la gestión de recursos y el impacto en la cobertura de control de Crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021

2. Nivel de Significancia: $\alpha = 0,05$

3. Prueba Estadística: Distribución Chi Cuadrada

4. Cálculo del P-Valor

Gestión de Recursos		Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años			TOTAL
		Atención Óptima	Atención Periódica	Atención Integral	
Recuento		2	0	0	2
Recuento esperado		1,5	,4	,1	2,0
Factor Institucional	% dentro de Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años	12,5%	0,0%	0,0%	9,5%
Recuento		1	2	1	4
Recuento esperado		3,0	,8	,2	4,0
Factor Administrativo	% dentro de Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años	6,3%	50,0%	100,0%	19,0%
Recuento		13	2	0	15
Recuento esperado		11,4	2,9	,7	15,0
Recursos Humanos	% dentro de Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años	81,3%	50,0%	0,0%	71,4%
Recuento		16	4	1	21
Recuento esperado		16,0	4,0	1,0	21,0
TOTAL	% dentro de Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,641^a	4	,001
Razón de verosimilitud	7,959	4	,093
Asociación lineal por lineal	1,044	1	,307
N de casos válidos		21	

Lo que primero se ha hecho es realizar la prueba estadística para determinar si las variables están o no asociadas porque si no están asociadas no se puede determinar el grado de asociación. Esta asociación de variables se ha determinado a través del coeficiente Chi – cuadrado de Pearson para dos variables categóricas que por su escala de medición son nominales. Observando el resultado del cuadro que está señalado con amarillo, encontramos que el P- Valor es significativo al 5% de nivel de significación, es decir P-Valor es menor que α (0,001 es $< 0,05$). Por lo tanto, las variables de estudio si están asociadas. **(Deseo indicar que, cuando se trata de variables categóricas se habla de asociación y cuando las variables son numéricas se habla de correlación)**. Como ya se determinó que las variables Gestión de Recursos y Cobertura de Control, Crecimiento y Desarrollo si están asociadas, lo que vamos a calcular ahora en qué grado o en qué intensidad está asociadas. Para ello nos apoyamos en el **Coficiente de V de Cramer** cuyo valor lo apreciamos en el cuadro que está resaltado con color celeste y letras rojas que alcanza el valor de **0,854 es decir el 85,4%**. Por lo tanto, concluimos que las variables de estudio si están relacionadas con una fuerza de asociación del 86% aproximadamente.

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Phi	,641	,003
V de Cramer	,854	,001
N de casos válidos	21	

Con estos contundentes resultados afirmamos categóricamente que se acepta la Hipótesis del investigador (**H₁**) que a la letra dice: **Existe** relación directa y significativa entre la gestión de recursos y el impacto en la cobertura de control de Crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, Centro de Salud Paucartambo – Pasco, 2021.

4.4. Discusión de resultados

En esta investigación al determinar la relación entre el factor Institucional y la Cobertura y control del CRED en niños menores de cinco años en el Centro de Salud de Paucartambo-Pasco, se pudo encontrar que el valor (P- Valor = 0,015) es $< \alpha = 0,05$, a través de la prueba Rho de Spearman, lo que nos da entender que existe una alta asociación entre ambas variables. Esto quiere decir que la Gestión de Recursos es un área estratégica en el Centro de Salud de Paucartambo donde se diseñan las políticas, prácticas y procedimientos con la participación de todos los profesionales de salud que tienden a relacionarse con la gestión y dirección de las personas dentro de la institución para cubrir el control, crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, es decir poder desenvolverse adecuadamente en los ambientes de atención y añadir el máximo valor a los bienes y servicios que proporciona la institución de salud. Frente a lo señalado se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador que refiere la existencia de relación significativa entre el factor institucional y la cobertura de control del CRED en niños menores de cinco años del Centro de Salud de Paucartambo – Pasco. Estos resultados son corroborados por Mera, Portillo & Días Leslie (33) quienes en su

investigación llegan a concluir que existe relación entre la calidad de atención y el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente, y al analizar estos resultados confirmamos que mientras mejor este estructurado el factor institucional (disponibilidad de equipos y materiales, ambientes de atención y recursos financieros) y además que éstos sean aceptados por los profesionales de salud mayor será la cobertura de control produciendo óptimos niveles de compromiso por el trabajo que se realizan en la Institución mencionada.

Al determinar la relación entre el Factor Administrativo y la Cobertura del Control de los niños menores de cinco años en el centro de salud, donde se demuestra que el valor ($p - \text{valor} = 0,024$) $< \alpha = 0,05$, a través de la prueba Rho de Spearman, lo que nos demuestra que existe un grado de asociación del 76,4% entre ambas variables. Esto significa que el factor administrativo es la parte fundamental en el Centro de Salud, donde la planificación, organización, dirección y control de las actividades se realizan mediante la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos, mejorando la atención, planes de intervención y control del seguimiento. Frente a lo mencionado se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna reportando una asociación significativa entre el factor administrativo y la cobertura de control de CRED en niños menores de cinco años en el Centro de Salud de Paucartambo. Estos resultados son corroborados por Reyes Linares (36) quien en su investigación llega a concluir que existe relación significativa entre la gestión administrativa y el desempeño de los colaboradores de la Dirección de Salud I Lima Sur. En tal sentido, bajo lo referido anteriormente se concluye confirmamos que cuanto mejor se administre los procesos de la gestión en el Centro de Salud de Paucartambo mejor será los servicios de salud permitiendo vigilar de forma adecuada

y oportuna el control del crecimiento y desarrollo que nos permita detectar de manera temprana la existencia de algunas anomalías en la atención de los niños.

Finalmente, al determinar la relación entre el factor Recursos Humanos y la Cobertura de atención I de CRED en niños del Centro de Salud de Paucartambo-Pasco, en donde se pudo encontrar que el valor (sig. bilateral = 0,007) < α = 0,05, a través de la prueba Rho de Spearman, que nos indica una fuerte relación o asociación entre variables. Esto quiere decir que el factor de las Relaciones Humanas a través de la comprensión y la buena voluntad se han logrado altos niveles de solidaridad y empatía entre profesionales y la sociedad porque son vínculos que implican la presencia o no de valores pero que nos permite alcanzar un verdadero interés dentro de la institución para coberturar el Control de CRED. Y todo ello ha de permitir desenvolverse adecuadamente en el área de su trabajo, experimentando un nivel de energía en las cosas que realiza, más dedicación a lo que hace y compenetración en sus competencias. Frente a lo mencionado se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis del investigador que dice: que existe alto grado de relación o asociación entre el factor Relaciones Humanas y la cobertura del Control de CRED en niños menores de cinco años en el Centro de Salud de Paucartambo – Pasco. Estos resultados son corroborados por Ghiglione (18), quien en su investigación pudo concluir que los recursos humanos representan el activo más significativo en las empresas públicas y se posicionan como el elemento esencial. Esto significa que los encargados de la dirección de recursos humanos de la Cámara previamente mencionada, son conscientes de que es menester crear un método general de gestión de recursos humanos que permita apreciar la contribución de los empleados a la empresa, mediante evaluaciones constantes de desempeño, y de igual manera establecer propósitos y trabajos de mejora continua, donde opera el profesional de salud generando resultados positivos en la cobertura y manteniendo óptimas

relaciones en el entorno de los gremios en salud y la comunidad en general. En tal sentido teniendo en cuenta lo referido anteriormente y al analizar estos resultados se confirma que mientras mejor este estructurado la gestión de recursos humanos mejor será su participación en la CRED, produciendo niveles óptimos de compromiso por el trabajo que se realiza en el Centro de Salud Paucartambo-Pasco. (18)

CONCLUSIONES

✓ **Primera**

El factor Institucional tiene relación directa y muy significativa con la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. Esto es comprobado con la prueba estadística del $\rho = 0,82$ y un P- Valor = 0,015.

✓ **Segunda**

Se estableció una relación directa y significativa entre el factor administrativo y la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. Demostrándose estadísticamente con el $\rho = 0,764$ y un P- Valor = 0,024.

✓ **Tercera**

Se determinó la existencia de relación directa y significativa entre el factor Recurso Humano y la Cobertura de Control de CRED en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. Validándose con la prueba del $\rho = 0,823$ y un P- Valor = 0,007.

✓ **Cuarta**

Como se observa en las conclusiones anteriores, en las hipótesis planteadas se demuestra su veracidad, por lo que afirmamos que las tres dimensiones o factores de la variable Gestión de recursos ha contribuido a la eficiencia y eficacia del Programa Cobertura de Control de CRED, por lo tanto, el Impacto de la Cobertura en los pobladores del Distrito de Paucartambo resultó ser positivo.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere continuar el estudio de las variables gestión de recursos y en la atención de un efectivo control de crecimiento y desarrollo sobre todo en la Sierra Central por ser una zona deprimida económicamente.
2. Coordinar con las autoridades de Salud, la Universidad, el sector Educación y otras instituciones para trabajar interinstitucionalmente en la solución del problema integral.
3. Comunicar los resultados a las autoridades de salud para la implementación de una infraestructura de calidad, así como el equipamiento en otros centros de salud alejados de la población mayor.
4. Continuar con los estudios similares para tener una base de datos en red, de esta manera tendríamos una mayor visualización Nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Aguilar M., Aranguren M., Brenlla M., Uchoa A. Pollit E. (2010).** Desarrollo motor como indicador del desarrollo infantil durante los primeros dos años de vida. Revista de Psicología. Vol.28 (2). 2010 (ISSN 0254-9247). Lima, Perú.
2. **AYALA MATEO, Katherine Esthefany (2018),** En la investigación titulada: “Coberturas de atención estomatológica preventiva y recuperativa en pacientes del puesto de salud Mateo Pumacahua- Chorrillos.
3. **Añorga Montenegro, Grocio Alberto (2015)** Evaluación del desempeño de la producción de servicios de salud en relación a la asignación financiera de las IPRESS Gamarra, Zárate, Magdalena y Jesús María en EsSalud.
4. Black RE, Allen L H, BhuttaZq A, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. **Maternal and child undernutrition (2018.):** global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; 371:243-260. [En línea], [citado 03- 03-2019]. Disponible en http://www.unicef.org/nutrition/files/Lancet1_Black_Lancet_Nutrition_Series_No_1_Situatoin_17_Jan_pdf.
5. **Castillo Altez, Elizabeth Linda (2015)** Las Políticas Públicas Y La Atención De Salud En Menores De Cinco Años En El Gobierno Regional De Apurímac.
6. **Chava Quispe, Catheryne (2015)** Gestión Por Procesos Y Los Indicadores De Desempeño De Las Unidades Orgánicas De Soporte Del Seguro Social De Salud ESSALUD – Lima.
7. **California dental Association (2014)** “*Cobertura de beneficio dental*”.

8. **Chiavenato, I. (1989).** Introducción a la Teoría General de la Administración. México. Mc Graw Hill Interamericana de México S.A. (pág. 643).
9. **Centrángolo, O. Bertranou, F. Casanova, L. y Casalí, P. (2013)** *“El sistema de salud del Perú.*
10. **DAVILA Gabriela (2012)** “CONTROL DE NIÑO SANO La Atención Primaria de la Salud.
11. **Donabedian, A. (1992).** Perspectivas en Salud Pública: Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica. Primera Edición. Estados Unidos. Instituto Nacional de Salud Pública (pág. 176).
12. **FIGUEROA TINOCO RINA (2017)** en su investigación “Factores Sociodemográficos y cumplimiento al control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años del centro de Salud Urubamba – Cuzco.
13. **Flores Martínez, Yessica Aurora. (2018).** El Desarrollo Psicomotor De Los Niños Y Niñas De Cinco Años De La Institución Educativa De Educación Inicial N° 199 De Cañarí Del Distrito Y Provincia De Pomabamba, Año 2018. Chimbote.
14. **GUERRO SOLIS Gabriela Elizabeth (2014)** “INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIBULEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO DICIEMBRE- MARZO 2013
15. **GÓMEZ SÁNCHEZ Miriam Beatriz (2016) Tesis titulada** “Factores asociados a coberturas de atención integral en el menor de 5 años en la ex red N.º 3 Arequipa

norte -Caylloma Minsa – 2016”.

16. **GUTIÉRREZ YACTAYO, ANGHIE NADDIA.** “CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN TINGO MARÍA”. Tesis para optar el grado académico de magister en administración. Universidad Agraria. La Molina. Lima – Perú. 2017.
17. **Hernández (2009)** Aborda la influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio hospitalario.
18. **Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P.** (2014) Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.
19. **INEI.** (2013) Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES Lima-Perú.
20. **INEI & UNICEF.** (2015.) El estado de la niñez en el Perú. Lima:
21. **Lazo Gonzáles O. Alcalde Rabanal J. Espinoza Henao.** (2016.) El sistema de Salud en Perú. Situación y Desafíos. Editores médicos especializados. Lima, Perú.
22. **León, A.** (1991.) Conocer la cultura de las organizaciones. Una buena base para la estrategia y el cambio. Primera edición. Madrid. Actualidad Editorial.
23. **Mapa del hambre 2011 de la FAO.** [En línea], [citado 03-03-2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/hunger/es/>
24. **MERA PORTILLA MARCO ANTONIO & DIAS QUISPE LESLIE.** En su investigación “Calidad de atención y cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 05 años en el centro de Salud Huayucachi, Huancayo 2019

25. **MINISTERIO DE SALUD**, (2003) Hacia un Modelo de Atención Integral. Lima - Perú.
26. **MINSA. (2008)**. Dirección General de las personas y promoción de la salud, Modelo a Atención Integral en Salud.
27. **MINISTERIO DE SALUD, (2014)** Lineamientos de política del sector salud 2002 - 2012. Lima – Perú.
28. **MINISTERIO DE SALUD**, Norma Técnica de salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño de cinco años. Resolución MinisterialN° 537-2017-MINSA. Lima- Perú. 2017.
29. **MINISTERIO DE SALUD. (2016)**. Registro y codificación de la atención en la consulta externa- sistema de información his. Lima, Perú, editorial Santillana.
30. **MURILLO D. SASOMOTO, EDUARDO MAZZI GONZALES DE PRADA.** Desnutrición en América Latina; Rev Soc Bol 2006. Ped; 45 (1): 69 – 76 [En línea], [citado 03-03-2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/277045532_desnutrición_en_américa_latina.
31. **OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012)**. (Internet) (acceso 21 de febrero de 2019) Disponible en: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
32. **PIANTINI R.** Desnutrición infantil. UNICEFRD 2006. [Citado 03-03-2019]. Disponible en: <https://desnutricionmundialinfantil.wordpress.com/2012/09/17/desnutricion-infantil/>.
33. **PINO CHÁVEZ WILFREDO OSWALDO.** Gerencia en Salud. Arequipa. 2006.
34. **POLLITT, E. DESNUTRICIÓN, POBREZA E INTELIGENCIA** (2da. ed.). Lima: Editorial Universitaria. (2007).

35. **PORTOCARRERO (2013)**, en su investigación “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007-2010”.
36. **REYES LINARES, ÁNGELA ELSA (2015)** Relación Entre La Gestión Administrativa Y El Desempeño De Los Colaboradores De La Dirección De Salud II Lima Sur.
37. **SITUACIÓN ACTUAL DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN LATINO AMÉRICA Y EL CARIBE.** WFP Programa mundial de alimentos 28 octubre 2012.[En línea], [citado 03-03-2019]. Disponible en:
<https://desnutricionmundialinfantil.wordpress.com/2012/10/28/situacion-actual-de-la-desnutricion-cronica-en-latino-america-y-el-caribe-programa-mundial-de-alimentos-pma/>.
38. **VARGA, L. (2009).** Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. (Tesis inédita de doctorado) Bellaterra, Colombia. p. 17-29.
39. **VARGAS (2013)**, Estudia el nivel de satisfacción percibido del usuario interno y externo y la calidad de atención que brinda el Patronato a la población de la provincia de Pichincha.
40. **VARGAS, KRAUSE Y DÍAZ (2014)** En su investigación “*Cobertura Sanitaria Universal, un tema ético sanitario: Caso Chileno en Odontología*”.
41. **VARGA, L. (2009).** Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. (Tesis inédita de doctorado) Bellaterra, Colombia. p. 17-29
42. VICTORIA, C., ADAIR, L., FALL, C., HALLAL, P., MARTORELL, R., RICHTER,
43. Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. Lancet, 371(9609), 340-357. 2008.
44. **WALKER, S., WACHS, T., GARDNER, J., LOZOFF, B., WASSERMAN, G.,**

POLLITT, E. et al. Child development in developing countries 2 –Childdevelopment:
Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*, 369(9556), 145-
157. 2013.

ANEXOS

ANEXO A: Instrumentos de Recolección de datos

INSTRUCCIONES:

El presente instrumento, tiene por finalidad recoger información sobre la investigación intitulada: “**GESTIÓN DE RECURSOS Y LA COBERTURA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, CENTRO DE SALUD PAUCARTAMBO – PASCO 2021**”, la misma que está compuesta por un conjunto de preguntas, donde luego de leer dicha interrogante debe elegir la alternativa que considere correcta, marcando para tal fin con un aspa (X). Se le recuerda, que esta técnica es anónima, se agradece su participación.

DATOS GENERALES:

1.1. **Fecha**

1.2. **Establecimiento de salud:**

.....
1.3. **Profesional en:**

.....
1.4. **Edad**

1.5. **Sexo:**

a. Masculino () b. Femenino ()

1.6. **Tiempo de Servicio laboral:**

.....
1.7. **Tiempo de servicio en el establecimiento:**

.....
1.8. **Estado Civil:**

- a. Soltero ()
- b. Casado ()
- c. Conviviente ()
- d. Viudo ()
- e. Divorciado ()

1.9. **Condición Laboral:**

a. Nombrado () b. contratado ()

1.10. **Horas de trabajo a la semana:**

.....
1.11. **Vive con:**

- a. esposo(a) ()
- b. hijo (a)(s) ()
- c. otros ()...

1.12. **Lugar de residencia:**

.....
DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿En su opinión existe disponibilidad de recursos de equipos y materiales suficientes para la atención en crecimiento y desarrollo en el establecimiento?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....

.....

2. ¿ El ambiente donde realiza la atención al menor de 5 años tiene las condiciones de ambiente para la atención en crecimiento y desarrollo en el establecimiento?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....

.....

3. ¿En el establecimiento se dispone de normas de atención disponibles así como el flujograma de la atención en crecimiento y desarrollo?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....

.....

4. ¿Existe participación del personal en la administración de personal en los turnos de acuerdo a necesidades del usuario externo?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....

.....

5. ¿En el establecimiento de salud se cuenta con planes de intervención al menor de cinco años en el establecimiento, visitas domiciliarias para su atención integral?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....

.....

6. ¿En el establecimiento de salud se implementó planes de seguimiento al menor de cinco años de manera efectiva en crecimiento y desarrollo?

- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. Desconoce ()
- Justifique su respuesta
-
-

7. ¿Considera Usted que la carga laboral que se asigna al personal de salud es adecuada y no genera conflictos en la atención usuario en crecimiento y desarrollo?

- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. Desconoce ()
- Justifique su respuesta
-
-

8. ¿Usted cree que el establecimiento considera las aspiraciones del personal administrativo y asistencial en la Institución?

- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. Desconoce ()
- Justifique su respuesta
-
-

9. ¿Usted cumple con el desarrollo y actividades como profesional y persona humana a pesar de la sobrecarga laboral que se le asigna?

- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. Desconoce ()
- Justifique su respuesta
-
-

10. ¿Existe bienestar social y emocional en la persona humana que trabaja en este establecimiento de salud o se genera estrés laboral por la gestión de recursos?

- a. Si ()
 - b. No ()
 - c. Desconoce ()
- Justifique su respuesta
-
-

11. ¿Usted considera que el personal asistencial goza de una buena salud física como persona humana para el cumplimiento de sus responsabilidades en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....
.....
12. ¿En su opinión existen los recursos económicos, administrativos, institucionales, suficientes para manejar y coberturar la atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....
.....
13. ¿Está de acuerdo con las políticas de salud implementados en crecimiento y desarrollo y son coberturables sin problema alguno?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....
.....
14. ¿Las coberturas de metas de atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años se cumplieron en 2018?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....
.....
15. ¿Las coberturas de metas de atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años en 2021 se vienen cumpliendo a cabalidad?

- a. Si ()
- b. No ()
- c. Desconoce ()

Justifique su respuesta

.....
Gracias por su colaboración

Cuestionario de Opinión de los profesionales de salud sobre Gestión de Recursos y el Impacto en la Cobertura de control de Crecimiento y Desarrollo en menores de cinco años

5	4	3	2	1
Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indiferente	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

ITEMS	Alternativas de respuesta				
	1	2	3	4	5
1. ¿En su opinión existe disponibilidad de recursos de equipos y materiales suficientes para la atención en crecimiento y desarrollo en el establecimiento?					
2. ¿El ambiente donde realiza la atención al menor de 5 años tiene las condiciones de ambiente para la atención en crecimiento y desarrollo en el establecimiento?					
3. ¿En el establecimiento se dispone de normas de atención disponibles, así como el flujograma de la atención en crecimiento y desarrollo?					
4. ¿Existe participación del personal en la administración de personal en los turnos de acuerdo a necesidades del usuario externo?					
5. ¿En el establecimiento de salud se cuenta con planes de intervención al menor de cinco años en el establecimiento, visitas domiciliarias para su atención integral?					
6. ¿En el establecimiento de salud se implementó planes de seguimiento al menor de cinco años de manera efectiva en crecimiento y desarrollo?					
8. ¿Considera Usted que la carga laboral que se asigna al personal de salud es adecuada y no genera conflictos en la atención usuario en crecimiento y desarrollo?					
8. ¿Usted cree que el establecimiento considera las aspiraciones del personal administrativo y asistencial en la Institución?					
9. ¿Usted cumple con el desarrollo y actividades como profesional y persona humana a pesar de la sobrecarga laboral que se le asigna?					
10. ¿Existe bienestar social y emocional en la persona humana que trabaja en este establecimiento de salud o se genera estrés laboral por la gestión de recursos?					
11. ¿Usted considera que el personal asistencial goza de una buena salud física como persona humana para el cumplimiento de sus responsabilidades en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años?					
12. ¿En su opinión existen los recursos económicos, administrativos, institucionales, suficientes para manejar y cubrir la atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años?					
13. ¿Está de acuerdo con las políticas de salud implementados en crecimiento y desarrollo y son coberturables sin problema alguno?					
14. ¿Las coberturas de metas de atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años se cumplieron en 2018?					
15. ¿Las coberturas de metas de atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años en 2021 se vienen cumpliendo a cabalidad?					
16. ¿El establecimiento donde Ud. Labora cuenta con un registro debidamente estructurado para manejar la atención de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años?					
17. ¿Está de acuerdo con el Plan de Monitoreo que realiza el establecimiento donde labora para cubrir la atención de crecimiento					

y desarrollo del menor de cinco años?					
18. ¿En su opinión existe Plan de Seguimiento en el establecimiento de salud para coberturar el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años?					
19. ¿En la Atención Periódica también el establecimiento realiza un seguimiento para coberturar el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años?					
20. ¿Las coberturas de metas de atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años se cumplieron en 2018?					
21. ¿Las coberturas de metas de atención en crecimiento y desarrollo del menor de 5 años en 2021 se vienen cumpliendo a cabalidad?					
22. ¿En la Institución donde Usted labora, existe preocupación por el desarrollo Psicoafectivo de los niños menores de cinco años para coberturar el control del crecimiento y desarrollo?					
23. ¿Se lleva a cabo una buena vigilancia nutricional en niños menores de cinco años en la institución donde Usted labora, para coberturar el control de crecimiento y desarrollo?					

Anexo B: Procedimiento de validación y confiabilidad



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO-
UNIDAD DE LA FACULTAD DE CS. DE LA SALUD
OPINION EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto) **Luis D. OTINIANO CELESTINO**
- 1.2. Grado Académico: **Dr. En Administración**
- 1.3. Profesión: **Lic. En Estadística**
- 1.4. Institución donde labora: **Rector en la UNID**

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACION DEL	CRITERIOS	Malo	Regular	Bueno
		2	3	4
1. CLARIDAD	ta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión			4
2. OBJETIVIDAD	tán expresados en conductas observables, medibles			4
3. CONSISTENCIA	iste una organización lógica en los contenidos y relacion con la teoría			4
4. COHERENCIA	iste relacion de los contenidos con los indicadores de la variable			4
5. PERTINENCIA	s categorías de respuestas y sus valores son apropiados			4
6. SUFICIENCIA	n suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento		3	
TOTAL			3	20

III. RESULTADOS DE VALIDACION

- 3.1. Valoración total cuantitativa: **23 puntos** DEBE MEJORAR _____
- 3.2. Opinión: FAVORABLE NO FAVORABLE _____

El instrumento validado corresponde a la investigación: GESTIÓN DE RECURSOS Y EL IMPACTO EN LA COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, CENTRO DE SALUD PAUCARTAMBO – PASCO, 2021. PRESENTADO POR LA ALUMNA JULIANA HUAMAN ESPINOZA. DE LA MAESTRIA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA, MENCION GERENCIA EN SALUD.
Pasco, 24 Abril del 2023

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 0407219



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO-
UNIDAD DE LA FACULTAD DE CS. DE LA SALUD
OPINION EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



I. DATOS GENERALES:

- a. Apellidos y nombres del experto) **Mg. NANCY MARIBEL ALARCON TARAZONA**
- b. Grado Académico: **Maestra en Salud Pública y Comunitaria/ Docente de Posgrado.**
- c. Profesión: **Lic. En Enfermería**
- d. Institución donde labora: **Gerencia de la Red Prestacional Almenara**

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACION DEL	CRITERIOS	Malo	Regular	Bueno
		2	3	4
1. CLARIDAD	ta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión			4
2. OBJETIVIDAD	tán expresados en conductas observables, medibles			4
3. CONSISTENCIA	iste una organización lógica en los contenidos y relacion con la teoría			4
4. COHERENCIA	iste relacion de los contenidos con los indicadores de la variable		3	4
5. PERTINENCIA	s categorías de respuestas y sus valores son apropiados			
6. SUFICIENCIA	n suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento		3	4
TOTAL			6	20

III. RESULTADOS DE VALIDACION

- a. Valoración total cuantitativa: **26 puntos** DEBE MEJORAR _____
- b. Opinión: FAVORABLE NO FAVORABLE _____

El instrumento validado corresponde a la investigación: **GESTIÓN DE RECURSOS Y EL IMPACTO EN LA COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, CENTRO DE SALUD PAUCARTAMBO – PASCO, 2021. PRESENTADO POR LA ALUMNA JULIANA HUAMAN ESPINOZA. DE LA MAESTRIA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA, MENCION GERENCIA EN SALUD.**
Pasco, 27 Abril del 2023

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 43719266



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO-
UNIDAD DE LA FACULTAD DE CS. DE LA SALUD
OPINION EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



I. DATOS GENERALES:

- a. Apellidos y nombres del experto) Cesar Ivon TARAZONA MEJORADA
- b. Grado Académico: **Mg. En Bioestadística**
- c. Profesión: **Ing. Metalúrgico**
- d. Institución donde labora: **Facultad de Ciencias de la Salud - Undac**

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACION DEL	CRITERIOS	Malo	Regular	Bueno
		2	3	4
1. CLARIDAD	ta formulado con lenguaje apropiado que facilita su comprensión			4
2. OBJETIVIDAD	tán expresados en conductas observables, medibles			4
3. CONSISTENCIA	iste una organización lógica en los contenidos y relacion con la teoría			4
4. COHERENCIA	iste relacion de los contenidos con los indicadores de la variable		2	4
5. PERTINENCIA	s categorías de respuestas y sus valores son apropiados			4
6. SUFICIENCIA	n suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento		3	
TOTAL			5	20

III. RESULTADOS DE VALIDACION

- 3.1. Valoración total cuantitativa: **25 puntos** DEBE MEJORAR _____
3.2. Opinión: FAVORABLE NO FAVORABLE _____

El instrumento validado corresponde a la investigación: **GESTIÓN DE RECURSOS Y EL IMPACTO EN LA COBERTURA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, CENTRO DE SALUD PAUCARTAMBO – PASCO, 2021. PRESENTADO POR LA ALUMNA JULIANA HUAMAN ESPINOZA. DE LA MAESTRIA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA, MENCIÓN GERENCIA EN SALUD.**

Pasco, 24 Abril del 2023

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: