

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA



**“CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONALIDADES DEL PROGRAMA
JUNTOS Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
EN EL DISTRITO DE CHETILLA
2013-2015”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

**PRESENTADA POR LA BACHILLER
EDY ADJENY CIRIACO VALLE**

ASESOR:

**JOSÉ DÁVILA CISNEROS
CAJAMARCA, PERÚ**

2018

Los niños son el recurso más importante del mundo y la mejor esperanza para el futuro.

John Fitzgerald Kennedy

El problema de todos aquellos niños y niñas empezó mucho antes del día que vieron el mundo por primera vez. Empezó cuando aún en el vientre materno su cerebro en formación empezó a pedir los nutrientes necesarios para construirse, para desarrollarse, para echarse a andar. Y aunque los buscó no los encontró, aunque tomó de donde pudo no fue suficiente. Aunque reclamó, nadie lo escuchó. Esas vitaminas y minerales no llegaron nunca. Y luego cuando nació, si llegó a hacerlo, a muchos no les alcanzó el aliento para quedarse y debieron partir con sus cuerpos débiles y fatigados. Y los que se quedaron y lograron sobrevivir no entendieron jamás por qué tantas enfermedades encontraron buen puerto en sus almas. Por qué aquel cuerpo en el que llegaron a esta tierra nunca les respondió ni en ideas ni en fuerza para salir del círculo vicioso de pobreza y necesidad.

UNICEF

La desnutrición crónica es el equivalente al encarcelamiento de por vida.

UNICEF

DEDICATORIA

A CARMEN ROSA y ALINDOR mis padres, a pesar que el destino quiso que solo estuviéramos un corto tiempo juntos, desde el cielo nos cuidan a mis hermanos y a mí.

A mis hermanos, por su constante apoyo, por compartir alegrías, tristezas, momentos buenos y malos, por seguir unidos a pesar de todo, en especial, a mi hermana Bany que ya no se encuentra conmigo, pero sé que me está guiando y acompañando en el transcurso de mi vida, GRACIAS HERMANOS.

AGRADECIMIENTO

En el transcurso de todos estos años el destino me hizo conocer a mucha gente no solo intelectualmente preparada sino humana, que me han apoyado de una u otra manera no solo en el aspecto profesional y académico, sino en el terreno personal, sin ánimo de dejar a nadie en el olvido, deseo agradecer a todas estas personas por su constante apoyo, gracias, MUCHAS GRACIAS.

A mi asesor JOSÉ DÁVILA CISNEROS, por su contante apoyo y guía en la realización de este trabajo, porque con usted entendí que el mayor conocimiento no se obtiene en el aula, sino cuando se entra en contacto con la realidad GRACIAS.

A los docentes de la E.A.P. Sociología que de una u otra manera contribuyeron con mi formación profesional y personal, gracias por estos años de enseñanza.

Al personal que labora en el Puesto de Salud del distrito de Chetilla que siempre estuvieron solícitos para dar la información necesaria.

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
INTRODUCCIÓN	8

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	10
1.1.1. Planteamiento y delimitación del problema.....	10
1.2. Formulación del Problema Científico.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.3.1. Objetivo General.	14
1.3.2. Objetivos Específicos.....	14
1.4. Justificación de la investigación.....	14

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.1. Fundamentos Teóricos Generales.....	16
1.1.1. Políticas sociales.....	16
1.1.2. Programas de Transferencia Monetaria Condicionada.....	17
1.2. Fundamentos teóricos específicos referidos a la investigación objeto de estudio.....	22
1.2.1. Teorías sociológicas que sustentan el problema de investigaciones.....	22
1.2.2. La Teoría del Capital Humano.....	23
1.2.3. Enfoque de derechos.....	24
1.2.4. Desarrollo teórico reflexivo de las variables principales del problema de investigación.....	25
1.2.4.1. Las Condicionales en los Programas Sociales.....	26

1.2.4.2. Desnutrición crónica infantil.....	28
1.3. Antecedentes de la Investigación.....	32
1.3.1. América Latina.....	33
1.3.2. Perú.....	35
1.3.3. Cajamarca	35
1.4. Marco conceptual.....	36
1.5. Hipótesis.....	40
1.6. Operacionalización de variables.....	41

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Diseño de la investigación.....	42
1.2. Métodos.....	42
1.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	42
1.4. Técnicas para el procesamiento y análisis datos.....	43
1.5. Universo y población.....	43

CAPITULO V

ANALISIS DE RESULTADOS

1.1. Características de los beneficiarios del Programa Juntos.....	45
1.6.1.3. Niños menores de 5 años beneficiarios del Programa Juntos....	45
1.2. Resultados en las siguientes condicionalidades del Programa Juntos.....	49
1.2.1. Asistencia a los controles pre natales.....	49
1.2.2. Asistencia a los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) por edades.....	52
1.2.2.1. Estado de salud de los niños al nacer.....	53
1.2.2.2. Niños beneficiarios del programa Juntos de 0 a 1 año de edad.....	53

1.2.2.3. Niños beneficiarios del Programa Juntos de 1, 2 y 3 años de edad con control de Crecimiento y Desarrollo y su estado nutricional de los años 2013, 2014, 2015.....	54
1.2.3. Control .de vacunas.....	68
1.2.4. Niños beneficiarios del Programa Juntos con desnutrición crónica en los años 2013, 2014, 2015.....	73

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

LISTA DE REFERENCIAS

ANEXOS

APÉNDICE

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil (DCI) es un problema que aqueja al Perú, se encuentra particularmente en los lugares de pobreza y pobreza extrema, por lo general los índices más altos está en la zona rural, la manifestación más evidente de la desnutrición crónica es la baja estatura en relación a la esperada para la edad, pero este es sólo el signo exterior de muchos retardos en el desarrollo intelectual, emocional y social, este hecho es especialmente crítico cuando ocurre en el período comprendido entre la gestación y los primeros tres años de vida. En el Perú el primer Programa de Transferencia Condicionadas lleva el nombre de Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – Juntos, uno de los resultados específicos del Programa Juntos, es que a través del incentivo monetario se pueda tener acceso y uso de servicios de salud, que involucra a las madres gestantes y niños, la herramienta principal para que esto se realice es a través de las condicionalidades que debe cumplir hogares beneficiarios de este programa, estas condicionalidades buscan más que todo resultados efectivos para mejorar indicadores de salud y educación de los niños.

El objetivo del presente estudio fue Determinar el nivel de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos en comparación con los niveles de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el distrito de Chetilla entre los años 2013-2015.

Para el desarrollo del marco teórico que sustenta el problema, objetivos e hipótesis se revisaron fuentes primarias, secundarias, bibliografía seleccionada adecuadamente, en concordancia con la naturaleza del tema y los objetivos de la tesis.

La metodología utilizada es cuantitativa, se revisó documentación de los años 2013, 2014, 2015, de los niños menores de 5 años beneficiarios del Programa Juntos, se realizó entrevistas a personal del puesto de salud de Chetilla y se solicitó información al Programa Juntos.

En los resultados obtenidos se describe y analiza con novedad y originalidad el nivel de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos y la desnutrición crónica infantil.

El siguiente trabajo presenta los siguientes capitulos

Capítulo I, se presenta el planteamiento del problema que contiene la descripción de la realidad problemática el objetivo de la investigación.

Capítulo II, tiene el marco teórico que contiene las bases epistemológicas del problema de investigación, fundamentos teóricos específicos referidos a la investigación objeto de estudio, antecedentes de la investigación, la hipótesis, la operacionalización de las variables.

Capítulo III, planeamiento metodológico diseño de la investigación, métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Capítulo V, análisis de resultados, analizados a través de las tablas y figuras, que permitirán explicar los diferentes aspectos del estudio.

Capítulo VI, se presenta las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

La autora

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática.

1.1.1 Planteamiento y delimitación del problema. La desnutrición crónica infantil (DCI) ¹ es un problema de salud pública, se encuentra particularmente en los lugares donde hay pobreza y pobreza extrema por lo general está en la zona rural, este problema de salud se manifiesta a lo largo de todo el ciclo de vida de quien la padece.

La desnutrición crónica infantil se manifiesta en el retraso del crecimiento de los niños y niñas menores de 5 años, el niño o la niña no alcanza la talla esperada para su edad, siendo uno de los órganos más afectados el cerebro, por lo tanto, trae como consecuencia disminución de la capacidad funcional, la capacidad de trabajo y desarrollo mental e intelectual.

Los niños y niñas que sufren retraso en el crecimiento son más susceptibles a las enfermedades, con frecuencia van rezagados a la escuela, ingresan en la edad adulta con más probabilidades de padecer sobrepeso y son más proclives a enfermedades no contagiosas. Cuando inician su vida laboral, a menudo perciben un salario inferior que sus restantes compañeros de trabajo cuyo crecimiento es normal. (Mariños Anticona, Chaña Toledo, Medina Osis, Vidal Anzardo, & Valdez Huarcaya, 2014)

“Tal vez se pueda recuperar peso y talla, pero la maduración del sistema nervioso, y por tanto del cerebro, ya no se recupera, por lo que ciertos daños son permanentes.” (Dosamantes & Gutiérrez Reyes, 1997). La DCI es una enfermedad de consecuencias irreversibles en el desarrollo de niños y niñas que se presentará a lo largo de toda su vida social y económica, los principales impactos de la DCI se dan en el desarrollo mental y en la respuesta inmunológica, lo que conduce a un aumento en

¹ En adelante DCI

el riesgo de enfermar y de morir. Además, tienen efectos adversos a largo plazo como menor desempeño escolar e intelectual y menor rendimiento físico por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a restricciones en el desarrollo cognitivo, esto se traduce en menos ingreso, deserción escolar y consecuentemente, bajo nivel educativo, por lo tanto se traducen también en importantes costos económicos para el conjunto de la sociedad, así, el costo total derivado de la desnutrición crónica es una función resultante de mayores gastos por tratamientos de salud, ineficiencias en los procesos educativos y menor productividad.

En el mundo, según la UNICEF (2011) afirmó que “uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26%) sufre retraso en el crecimiento debido a la desnutrición crónica en los períodos cruciales de su crecimiento” (pág. 4)

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e informática- INEI (2009), la DCI en niños menores de 5 años fue de 32.8%, los departamentos de Huancavelica con 53.6%, Ayacucho con 41.4% y Cajamarca 39.8 %. presentan mayor porcentaje de niñas y niños con desnutrición crónica nivel nacional. Por área de residencia tenemos que, el área rural presenta 40,3% de las niñas y niños padecen desnutrición crónica, mientras que en el área urbana fue 14,2%, para el años 2013 hubo algunas variaciones, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES (2013), la desnutrición crónica a nivel nacional afectaba al 17.5 % de los niños menores de 5 años, mientras a nivel rural, la brecha de desigualdad es grande en comparación a la zona urbana siendo, la desnutrición crónica rural tres veces mayor (32,3 %) que la urbana (10,3%).

Cajamarca se encuentra entre las regiones con mayor porcentaje de desnutrición crónica con 35.6% a nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES (2013), esto está muy relacionada con los altos índice de pobreza de la región, el INEI informó que en el 2013 Cajamarca junto a Amazonas, Puno, Ayacucho y Huancavelica conformaban el grupo de las regiones con mayor índice de

pobreza semejante pues ocupaban los intervalos de 46.6 al 52.9, en tanto, el índice de pobreza monetaria en este mismo año, de la población de Cajamarca era de 52.9%, el más alto a nivel nacional.

Chetilla, es un distrito que pertenece a la provincia de Cajamarca, el Mapa de Pobreza Provincial y Distrital de el INEI (2013) coloca al distrito de Chetilla como el cuarto distrito más pobre del Perú así mismo es el distrito de la provincia de Cajamarca, con mayor índice de DCI en niños menores de 5 años según el Sistema de Información y Evaluación nutricional (SIEN).

Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC)², son programas que transfieren dinero, generalmente a familias pobres para combatir los índices de pobreza, en el Perú el año 2005 fue creado el PTMC llamado Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – Juntos, que tiene como misión contribuir a la reducción de la pobreza y con ello romper la trasmisión intergeneracional de ésta, para ello, el estado otorga un beneficio en efectivo, al inicio fue de 100 soles, hoy es de 200 soles bimensuales a familias en situación de pobreza o pobreza extrema que tienen hijos menores de 19 años de edad, con la condición de que estas cumplan con ciertos condicionalidades asociados a salud y educación.

Uno de los resultados específicos del Programa Juntos, es que a través del incentivo monetario se pueda tener acceso y uso de los servicios de salud y educación que involucra a las madres gestantes, a niños y adolescentes, por lo tanto, el bienestar de la niñez es uno de los indicadores que el programa persigue, la intervención de este programa es principalmente en la zona rural donde se encuentra los mayores índices de pobreza y donde los indicadores de desnutrición infantil crónica persiste y son elevados. “La infancia y la adolescencia ocupan un lugar preponderante en los PTMC porque su presencia en los hogares suele ser una condición para la elegibilidad de los beneficiarios. ” (Rossel, Courtoisie, & Marsiglia, 2014, pág. 5)

² En adelante PTMC

Que los beneficiarios hagan uso de los servicios de salud y educación son condicionalidades que el Programa Juntos ha establecido, entre las condiciones de educación se encuentra, la asistencia a clases en todos los niveles (inicial, primaria, secundaria) en cualquiera de su modalidad (educación básica regular, educación básica alternativa, etc.) en salud, que las gestantes acudan a su control pre natal, según el protocolo del sector, acudir a los centros de salud para el control de crecimiento y desarrollo (CRED), según el protocolo del sector.

Las "Condiciones" son mecanismos que usan los PTMC, con estas condicionalidades se busca aumentar el uso de los servicios que constituye un objetivo en sí mismo. "Las condicionalidades que establecen los programas para el mantenimiento del cobro de las transferencias, están asociadas al cumplimiento de ciertas conductas generalmente, en atención sanitaria y asistencia educativa en la población infantil y adolescente"(Rossel, Courtoisie, & Marsiglia, 2014, pág. 5) que se busque el uso de los servicios de los servicios sería un objetivo a corto plazo, el objetivo que se espera a largo y mediano plazo sería o debería ser el buen estado nutricional de los niños, en forma más general, el uso de los servicios es un medio para obtener un fin.

En este caso las condicionalidades del Programa Juntos está orientada en parte a la prevención de enfermedades de los niños, la DCI es una enfermedad que pueden padecer los niños desde que están en el vientre de su madre, es una enfermedad de consecuencias irreversibles en el futuro del niño pues ataca principalmente al desarrollo cerebral de éstos, las condicionalidades del Programa Juntos, está relacionado directamente con tratar de prevenir que esta enfermedad afecte a los niños y por lo tanto lograr romper el círculo intergeneracional de la pobreza con la construcción de capital humano.

La investigación se limita específicamente al estudio del nivel de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos en comparación con los niveles de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el distrito de Chetilla entre los años 2013-2015.

1.2. Formulación del Problema Científico.

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos en comparación a los niveles de desnutrición crónica de niños menores de 5 años en el distrito de Chetilla entre los años 2013-2015?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo General.

Determinar el nivel de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos en y los niveles de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el distrito de Chetilla entre los años 2013-2015.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Comparar el nivel de asistencia a los Controles CRED completos, con el nivel de desnutrición crónica infantil en niños de uno a tres años.
- Mostrar el nivel de cumplimiento de vacunas (BCG y Hepatitis B y pentavalente) en niños menores de un año.
- Comparar el nivel de asistencia a Controles de gestantes que cumplen y no cumplen con sus controles pre natales.
- Mostrar los niveles de DCI en niños menores de 5 años beneficiarios de programa Juntos.

1.4. Justificación de la investigación.

Los PTMC se han extendido a nivel mundial, usan como una de sus herramientas para el cumplimiento de sus objetivos las “condicionalidades” que van variando en cada país y según los objetivos que se persiga “Las condicionalidades constituyen un elemento fundamental de los PTMC. Son las

conductas que deben tener los hogares para hacerse acreedores de las transferencias monetarias” (Ibarrarán, Nadin, Ferdinando, & Marco, 2017)

Las condicionalidades del Programa Juntos en el Perú, está relacionada con la prevención de enfermedades de la niñez una de estas enfermedades es la DCI, estas condicionalidades responden al nuevo modelo de programas de lucha contra la pobreza a nivel mundial que están enfocada en la formación de capital humano a largo plazo y por lo tanto quebrar el círculo de pobreza.

Por ello al conocer el nivel de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos en comparación con los niveles de desnutrición crónica en niños menores de 5 años nos muestra la situación de la niñez y las repercusiones que está teniendo las condicionalidades del Programa Juntos en su intervención en el distrito de Chetilla, este estudio quiere que vaya más allá de un dato estadístico de asistencia a los puestos de salud, sino como repercute en el estado nutricional de los niños de Chetilla y por ende nos proporcione un panorama general del estado nutricional de los niños beneficiarios de Juntos.

El presente estudio constituye un aporte sustantivo para conocer las implicancias de las condicionalidades del Programa Juntos en el estado nutricional de niños menores de 5 años.

Esta investigación busca contribuir de alguna manera en el mejoramiento de la calidad de vida de la población infantil de los sectores menos favorecidos, y por ende en el desarrollo regional y país.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.1. Fundamentos Teóricos Generales

1.1.1. Políticas sociales. “La política social se define como el conjunto de objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de las cuales el Estado se dirige a crear oportunidades y fortalecer instrumentos en términos de la equidad y la integración social” (Delgado, 2002, pág. 1).

“La política social es definida a menudo en términos de servicios sociales como la educación, la salud, o la seguridad social. Sin embargo, la política social incluye mucho más: distribución, protección y justicia social” (Naciones Unidas, 2007, pág. 6).

Podríamos decir de estas definiciones que el móvil, es decir lo que lleva a la implementación de las políticas sociales, son asegurar que todos los miembros de una sociedad cuenten con unos niveles mínimos de bienestar o en todo caso brindarles ciertas oportunidades para que puedan acceder a ellos. A pesar de tener nueva visión de la política social actual, a estas siempre se las ha visto como paternalistas o asistencialistas.

Las políticas sociales bien diseñadas e implementadas pueden, por el contrario, promover el empleo y el desarrollo, erradicar la marginación, configurar países, y facilitar la superación de conflictos. Constituyen una parte esencial de cualquier Estrategia Nacional de Desarrollo para lograr el crecimiento económico y la equidad social. (Naciones Unidas, 2007, pág. 8)

Las políticas sociales ya no debieran regirse por el asistencialismo sino en un marco de derechos de los ciudadanos orientadas a aumentar el bienestar y la cohesión social. Para ello es preciso orientar las acciones hacia las causas de la pobreza y de la desigualdad y no sólo a sus manifestaciones. Esta tarea requiere, a su vez, la búsqueda de la participación activa de los involucrados

instando a un diálogo ciudadano que los considere como actores dinámicos y no sólo receptores pasivos de beneficios y subsidios (CEPAL, 2006, pág. 8).

1.1.2. Los Programas de Transferencia Monetaria Condicionada. Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) son programas que transfieren dinero, generalmente a familias pobres, con la condición que éstas efectúen inversiones especificadas de antemano en el capital humano de sus hijos. “Los PTMC son parte de las políticas de protección social y están diseñados para una atención multidimensional a las familias más pobres y vulnerables de la sociedad” (PNUD, 2009). “Los programas de transferencias Monetaria Condicionadas buscan reducir la pobreza y fortalecer el capital humano de sus beneficiarios.” (CEPAL, 2017)

a) Antecedentes

Si hablamos de la globalización esta se ve reflejada en la adopción de modelos y programas que se replican en muchos países, un ejemplo de esto son los Programas de Transferencia Monetaria Condicionada que se ven implementados en muchos países de Latinoamérica.

El primer país que implementa este tipo de programas en Latino América es Brasil, esto se da en la década de los 90s, comienza su implementación en diversas municipalidades de éste país que tienen como finalidad entregar transferencias monetarias en efectivo a familias en extrema pobreza a cambio de contraprestaciones en el área educativa. En México en el año 1997, se lanzó el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), que entregaba a las familias rurales en situación de extrema pobreza, transferencias en efectivo, suplementos alimenticios y acceso a un paquete básico de servicios de salud,

con la condición que cumplieran ciertos compromisos en los ámbitos de la educación y la salud ³

Estos dos países son los que dan inicio en América la creación de los PTMC, estos son usados como instrumentos de lucha contra la pobreza, es preciso mencionar que su implementación muestra diferentes enfoques en cada país donde ha sido implementado

El papel de los PTMC en la política social varía según los lugares como consecuencia de diferencias tanto en el diseño de los programas como en el contexto en el que operan. De manera más obvia, estos Programas varían con respecto a las medidas pertinentes de tamaño, en cuanto a cobertura absoluta, oscilan entre 11 millones de familias en Brasil o 215.000 familias en Chile, así como programas piloto con unos pocos miles de familias (Kenia, Nicaragua).

Al respecto Schring, (2010) menciona que “no existe una idea unívoca respecto de qué tipo de condición se incluye en las intervenciones (Citado en UNICEF, 2014, pág.7) Pellarano y Barca nos dice que “en algunos casos, la condicionalidad refiere a criterios de elegibilidad o requisitos para la selección de beneficiarios.” (Citado en UNICEF, 2014, pág.7), Sin embargo, en términos generales la condicionalidad es entendida como requisito para mantener ciertos beneficios otorgados por la política social. El Programa Nacional de Apoyo a los Más Pobres – JUNTOS, es el primer PTMC en el Perú, éste programa hace su aparición en el año 2005, éste es un programa que hasta el día de hoy se encuentra en funcionamiento.

³ El programa Progresas, de México, empezó con aproximadamente 30.000 familias beneficiarias en 1997, el nombre de este programa se cambió a Oportunidades en 2001, actualmente lleva el nombre de Prospera, el cual incorporara nuevas alternativas para que los beneficiarios se incorporen a la vida productiva y, con ello, lograr disminuir la pobreza en el país. véase <http://www.gob.mx/prospera>

País	Programa	Características
Argentina	<p>ANSES Con cada argentino, siempre</p> 	<p>Año de inicio: 2011 Población meta: Familias con hijos/as menores de 18 años y/o mujeres embarazadas que se encuentren desocupados/das o se desempeñen en la economía informal. Empleados/as domésticos/as con ingresos menores al salario mínimo y monotributistas sociales.</p>
	<p>PROGRAMA CIUDADANÍA PORTEÑA Con todo derecho</p> 	<p>Año de inicio: 2005 Población meta: Hogares residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en situación de pobreza. Pone énfasis en hogares con mujeres embarazadas y miembros menores de 18 años, personas con discapacidad y/o adultos mayores.</p>
	<p>PROGRAMA JEFES DE HOGAR</p> 	<p>Año de inicio: 2002 Población meta: Familias con jefes/as de hogar desocupados/as con hijos/as de hasta 18 años de edad, personas con discapacidad o mujeres embarazadas.</p>
Bolivia	<p>JUANCITO PINTO</p> 	<p>Año de inicio: 2006 Población meta: Niñas, niños y adolescentes menores de 18 años cursando hasta 8º de primaria de la educación regular, 3º de secundaria comunicativa productiva y educación juvenil alternativa. Adicionalmente, los alumnos/as de la Educación Especial sin límite de edad.</p>
	<p>BONO JUANA AZURDUY, una oportunidad para la vida</p> 	<p>Año de inicio: 2009 Población meta: Familias en situación de pobreza y pobreza extrema (mujeres embarazadas y lactantes, sin cobertura de salud).</p>
Brasil	<p>BOLSA FAMILIA</p> 	<p>Año de inicio: 2003 Población meta: Familias en situación de pobreza y pobreza extrema.</p>
	<p>BOLSA VERDE</p> 	<p>Año de inicio: 2011 Población meta: Familias en situación de extrema pobreza que ejercen actividades de conservación de los recursos naturales en las áreas definidas.</p>
	<p>PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL (PETI)</p> 	<p>Año de inicio: 2005; unifica sus prestaciones con el Bolsa Família Población meta: Familias no pobres con hijos/as menores de 16 años que presentan situaciones de trabajo infantil, salvo que se encuentren en situación de aprendiz a partir de los 14 años.</p>

País	Programa	Características
	MI FAMILIA PROGRESA 	Año de inicio: 2008 Población meta: Familias en situación de pobreza y pobreza extrema.
Honduras	BONO 10 MIL Educación, Salud, Nutrición 	Año de inicio: 2010 Población meta: Familias en extrema pobreza.
	PROGRAMA DE ASIGNACIÓN FAMILIAR 	Año de inicio: 1990 Población meta: Familias en situación de extrema pobreza con hijos/as menores de 14 años cursando hasta 6º grado de primaria, menores de 5 años con discapacidad o riesgo de desnutrición, mujeres embarazadas o en lactancia y/o adultos/as mayores.
Jamaica	PROGRAMME OF ADVANCEMENT THROUGH HEALTH AND EDUCATION (PATH) 	Año de inicio: 2002 Población meta: Familias en situación de pobreza con hijos/as menores de 17 años, adultos/as mayores de 60 años con discapacidad, mujeres embarazadas en lactancia y/o adultos/as pobres sin empleo (entre 18 y 64 años).
México	PROSPERA PROGRAMA DE INCLUSIÓN SOCIAL 	Año de inicio: 1997 con el nombre de PROGRESA Población meta: Hogares en condición de pobreza alimentaria.
Nicaragua	RED DE PROTECCIÓN SOCIAL 	Año de inicio: 2000-2006 Población meta: Familias en situación de extrema pobreza.
	SISTEMA DE ATENCIÓN A CRISIS (SAC) 	Año de inicio: 2005-2006 Población meta: Familias en situación de extrema pobreza.
Panamá	RED DE OPORTUNIDADES 	Año de inicio: 2006 Población meta: Familias en situación de extrema pobreza.
Paraguay	TEKHA 	Año de inicio: 2009 Población meta: Familias que conforman los núcleos poblacionales urbanos y suburbanos que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.
	TEKOPDRÁ 	Año de inicio: 2005 Población meta: Hogares en situación de extrema pobreza con niños, niñas y adolescentes entre 0 a 18 años de edad, personas con discapacidad y mujeres embarazadas.

Figura 1: Nombre de los PTMC en América Latina y sus principales características en cada país.

Fuente: Recuperado de “Programas de Transferencias Condicionada en América Latina y el Caribe. Base de datos de Programas de protección social, de CEPAL el 15 de mayo de 2017. Recuperado de <https://dds.cepal.org/bdptc/>

b) Características de los Programas de Tráferencia Monetaria Condicionada.

Según Aramburu (2009) los Programas de Tráferencia Monetaria condicionada se pueden resumir según las siguientes características:

- Se basan en potenciar la demanda vía tráferencia monetaria directa, generalmente a las mujeres o madres que cumplen ciertas características (de pobreza y con menores y dependientes)
- Supone ciertas obligaciones por parte de los beneficiarios, las que se consideran condiciones para recibir el subsidio.
- Utilizan criterios exógenos para su focalización relacionados con pobreza extrema o situaciones de vulnerabilidad ante shocks externos e internos.
- Por lo anterior se considera programas temporales con momentos de entrada y salida, aunque esto último no siempre está definido ni implementado.

Los Programas de Tráferencia Monetaria Condicionada, persiguen objetivos o propósitos centrales, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

- **A corto plazo**

Incrementar el consumo familiar de bienes básicos, como alimentación, educación.

- **A mediano plazo**

Evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante el acceso de los menores de edad a los servicios básicos educación, salud y nutrición garantizando un buen inicio del capital humano.

1.2. Fundamentos teóricos específicos referidos a la investigación objeto de estudio

1.2.1. Teorías sociológicas que sustentan el problema de investigaciones. Según Michel Foucault, cuando nos habla del término “control social” Se toma este término desde una visión de política social que realiza un Estado para mantener un orden social, al utilizar este término, no se trata solo de prohibir un comportamiento y la reacción frente a esto de castigo y censura, sino como dice Michel Foucault (2002), es necesario analizar cómo se producen comportamientos valorados (estrategias “productivas” tendientes a crear un tipo humano deseado)

Foucault nos dice que la sociedad moderna ejerce un sistema de control de poder y conocimiento, también explica que el poder ya no se hereda ni se impone ya que en la actualidad se construye utilizando mecanismos de bloqueo y de control. El poder abarca todo el aspecto de lo social, desde la relación cara a cara hasta la relación estructural (micro y macro)

Para Michel Foucault el poder está en todas partes en el espacio y en el tiempo en todas sus relaciones humanas se atienden a través de los discursos, en la medida que existe contextos históricos específicos que se definen a través de los discursos, instituciones normas valores (Piedra, 2004, p.125).

Michel Foucault (2002) en su libro Vigilar y Castigar, plantea que en “la sociedad contemporánea los mecanismos de control se ejercen a través de los aparatos de encierro a los que están sometidos los individuos por la estructura de dominio. En el libro el autor compara esto con el mecanismo de castigo que se utilizaba antes (la pena de muerte, óptica del poder) a lo macro (estructuras, instituciones de poder).

Todos estamos a su vez traspasados por las relaciones de poder, ejercemos poder sobre otros y se ejerce poder sobre nosotros. Para Foucault existe formas de dominio institucionalizadas, asentadas legalmente y que se

trasforman en la base de legitimación, se construye normas que debe ser incorporadas en la sociedad para lograr dicha introyección se cuenta con varios instrumentos, así el sujeto se subjetiviza a través de pasividad del nuevos discurso, se trata del discurso dominante, el discurso del poder y saber en esta perspectiva la estructura social, donde se produce los mecanismos de funcionamiento y reproducción de estas distintas formas de dominación y poder que vienen desde el Estado, que se aprecia en el diseño de políticas sociales

Los PTMC tiene este tipo de control a través de las condicionalidades, Juntos hace que los beneficiarios cumplan con condiciones impuestas, los beneficiarios están sujetos a sistemas de control que el programa realiza y a formas de sanción o castigo como la suspensión de la entrega monetaria de 200 soles bimensual hasta la expulsión del hogar beneficiario de no cumplir con estas condicionalidades.

1.2.2. La Teoría del Capital Humano. Las inversiones en etapas tempranas del ciclo de vida tienen implicancias de largo plazo sobre el capital humano acumulado, lo que a su vez tiene efectos sobre el rendimiento de los individuos en el mercado laboral. El sociólogo y economista Gary Becker trata especialmente sobre el capital humano, hace referencia que:

“El agente económico (individuo) en el momento que toma la decisión de invertir o no en su educación (seguir estudiando o no) arbitra, entre los beneficios que obtendrá en el futuro si sigue formándose y los costos de la inversión” (Dallorso, 2009, pág. 9).

Su teoría nos dice que en cuanto se invierta en uno mismo o en cualquier individuo, es decir ve al individuo como un sujeto económico esperando que este “gasto” en el presente sea una inversión que se vea reflejada en los ingresos monetarios del futuro.

Para los programas de Tránsferencias Monetaria Condicionadas incluido Juntos tiene como característica la transferencia en efectivo, mientras que

se solicita a los beneficiarios que realicen “inversiones” previamente específicas en la educación y la salud de sus hijos.

Los objetivos que tiene el programa a largo plazo es la ruptura intergeneracional de la pobreza, esto se logrará con los dos pilares de las condicionalidades que tiene el programa, como son la educación y la salud, esperando que en el futuro la capacidad de producción sea mayor.

1.2.3. Enfoque de derechos. Este enfoque nos menciona que la realización de los derechos no puede estar sujeto a ninguna condicionalidad. “El primer argumento es que las transferencias deben ser consideradas un derecho, lo que contrasta con el hecho que sean condicionadas a ciertas conductas y solo se otorguen si estas se cumplen” (Rossel, Courtoisie, & Marsiglia, 2014, pág. 14). Siendo que las condicionalidades están referidas a derechos que tienen las personas como son salud y educación, estos no solo deben ser cumplidos por ciertas personas, sino que también, son derechos básicos e inalienables.

Este enfoque está sujeto en el principio de la igualdad y la no discriminación, referente a que las condicionalidades impuestas no sean costos o cargas que los beneficiarios que hagan que estos no puedan disfrutar de sus derechos.

Una de las observaciones es que las sanciones, al no poder cumplir las condicionalidades no debe ser usada como castigo, sino como una forma de acumular información para encontrar las distintas anomalías.

a) El riesgo de crear políticas paternalistas.

“El riesgo de generar políticas paternalistas que imponen una visión de “deber ser” a las familias, con un Estado que establece la forma en que los ciudadanos deben vivir y que deja poco margen para las opciones individuales” (Rossel, Courtoisie, & Marsiglia, 2014, pág. 15)

Entonces este argumento hace referencia a que el gobierno coloca las condicionalidades que cree conveniente sin pedir opinión o dejar a la decisión en este caso a los beneficiarios.

b) **Pobres merecedores y no merecedores**

“Una fijación demasiado estricta de condicionalidades puede generar una distinción poco afortunada entre “pobres merecedores y no merecedores de asistencia”, lo que choca con el principio de universalidad de la política social y violaría derechos humanos básicos con relación al aseguramiento de un nivel mínimo de vida” (Caristo, 2013, pág. 9).

1.2.4. Desarrollo teórico reflexivo de las variables principales del problema de investigación.

1.2.4.1 Las Condicionalidades en los Programas Sociales. Las políticas sociales en todo el mundo han pasado de un modelo de distribución universal a un modelo de focalización, es decir dirige la redistribución de los recursos hacia las familias pobres, con ello surgen los PTMC. “La noción de condicionalidad en el campo de las políticas sociales refiere a las condiciones que los receptores de determinados beneficios sociales generalmente transferencias monetarias deben cumplir” (Rossel, Courtoisie, & Marsiglia, 2014, pág. 7).

Generalmente estas son condiciones⁴ de salud y educación, en salud hay algunas condiciones particulares que se debe cumplir como son, chequeos periódicos, control del crecimiento y desarrollo y vacunas para los niños menores de cinco años de edad; la atención perinatal para las madres y su asistencia a charlas periódicas de información sobre la salud. Las condiciones de educación usualmente incluyen la inscripción escolar, la asistencia al colegio entre el 80 y el 85% de los

⁴ Las condicionalidades de los Programas de TMC en cada país varia, en Brasil el Programa Bolsa Familiar tiene como condicionalidades en salud que los niños de 0 a 6 años: tengan todas sus vacunas, chequeos regulares de salud y control del crecimiento, que las mujeres embarazadas y lactantes tengan chequeos pre y posnatales; participación en seminarios de salud educativa y nutrición ofrecidos por los equipos locales de salud. En Chile el Programa Chile Solidario en las condicionalidades salud se da a través de la firma y cumplimiento de un contrato de compromiso a participar en las actividades identificadas, junto con asistencia personalizada (salud, educación, empleo, vivienda, ingreso, vida familiar y documentación legal) se adecua las condiciones a cada caso.

días escolares y ocasionalmente alguna medida de desempeño. La mayoría de los PTMC transfieren el dinero a la madre de la familia, la existencia de estas condicionalidades es uno de los puntos controvertidos de los PTMC.

Principales argumentos. La existencia de estas condicionalidades es uno de los puntos controvertidos de PTMC. Los principales argumentos a favor y en contra surgen de la perspectiva económica y del enfoque de derechos, respectivamente.

a) **Perspectiva económica.**

Fiszbein y Schady (2009) “realizan un extenso desarrollo de los argumentos teóricos que fundamentan las condicionalidades desde la óptica de la economía. Identifican dos tipos principales de argumentos conceptuales para justificar el condicionamiento.”

Primer argumento: Se aplica si se considera que la inversión privada en el capital humano a los hijos es demasiado baja y se puede ser de dos formas

- Primero. El gasto que hacen las familias, en este caso los padres, son por debajo de lo que le corresponde a cada niño, esto se debe a que sostienen creencias mal encaminadas, sobre el proceso de las inversiones en educación y salud y sus rendimientos posteriores.
- Segundo: Cuando los padres disminuyen la inversión en sus hijos es donde aparece el llamado “Altruismo incompleto”. “Este problema es un conflicto de intereses entre los mismos padres y en oposición o en adición a un conflicto entre padres e hijos” (Banco Mundial, 2009, pág. 9). Podemos decir que esto ocurre cuando la madre o padre están

alineados ya sea con sus hijas o especialmente sus hijos respecto a la inversión en estos, y es donde se crea la disparidad de género.

La información imperfecta, la miopía y el altruismo incompleto, tienen en común que pueden ocasionar decisiones privadas de las familias que lleven a niveles de inversión en el capital humano bajos respecto a un óptimo privado. “Estas distorsiones en las decisiones privadas ofrecen un apoyo contemporáneo a la noción consuetudinaria de que los gobiernos "conocen mejor" lo que es bueno para los pobres, más que ellos mismos (Caristo, Trasferencias de efectivo: condicionales, 2013, pág. 9).

De estos argumentos se desprende que las decisiones que se toman son privadas por parte de las familias pobres, ellos pueden que tengan la información deficiente o que a través de sus costumbres o formas de pensar no pongan en valor lo mejor para sus hijos, entonces estas condicionalidades ayudarían a que se mejore la inversión en cada niño o niña.

b) Argumentos de economía política.

Este argumento tiene que ver con la redistribución y su financiamiento por la sociedad, este argumento nos dice que los PTMC, están dirigidos a los más pobres, pero su financiamiento sale de todas las personas que pagan sus impuestos o contribuyen de una forma u otra con el estado, por lo tanto, el que estos programas presenten condicionalidades para poder acceder a la transferencia monetaria los hace que sean más tolerable o aceptable con el dinero que se aporta al estado, por lo tanto se estaría entregando esta transferencia a gente que considera se está ayudando a sí mismo y no a personas ociosas o perezosas,

por lo tanto sería menos reacia a ayudar a los que se les denomina “pobres meritorios”, que invierten en salud y educación de sus hijos.

En algunas circunstancias, las transferencias de efectivo condicionadas a la "buena conducta" de los receptores, puede incrementar el apoyo público de las mismas, y esto hace que el programa sea viable o mejor dotado y mejor visto. “Un PTMC puede considerarse no como asistencia social llanamente, sino como parte de un contrato social mediante el cual la sociedad (a través del Estado) apoya a las familias pobres que están dispuestas a hacer el esfuerzo de “mejorar sus vidas”, es decir, los *pobres meritorios*. (Banco Mundial, 2009, pág. 65). Esto hace referencia a que el estado es un socio y no un benefactor meramente y se perciba a estos programas como menos paternalistas.

El hecho de que las condiciones se centren en construir el capital humano de los hijos (y no simplemente apoyar a los padres) se añade a la aceptabilidad política de las PTMC como instrumento para promover oportunidades; después de todo, es difícil “culpar” a los niños por ser pobres”. (Banco Mundial, 2009, pág. 66)

1.2.4.2 Desnutrición crónica infantil. La desnutrición crónica infantil es un indicador de desarrollo de un país, motivo por el cual se ha reconocido a la nutrición como un pilar básico para el desarrollo social y económico, es decir, la desnutrición crónica no se traduce solo en un problema de salud, sino también en un limitante para el desarrollo de un país.

La UNICEF (2007) define a la desnutrición crónica como un “*enemigo silencioso*”, ésta definición es muy acertada, porque sus

consecuencias no se ven superficialmente, pero las consecuencias negativas son para toda su vida. Mariños Anticona, Chaña Toledo, Medina Osis, Vidal Anzardo, & Valdez Huarcaya (2014) nos dice que:

La desnutrición crónica infantil se manifiesta en el retraso del crecimiento de los niños y niñas menores de 5 años, el niño o la niña no alcanza la talla esperada para su edad, siendo uno de los órganos más afectados el cerebro, por lo tanto, trae como consecuencia disminución de la capacidad funcional, la capacidad de trabajo y desarrollo mental e intelectual. (Pág.2)

En el mundo, según la UNICEF (2011) uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26%) sufre retraso en el crecimiento debido a la desnutrición crónica en los períodos cruciales de crecimiento. En el Perú según la ENDES (2013), la desnutrición crónica afectaba al 17.5 % de los niños menores de 5 años, mientras a nivel rural, la brecha de desigualdad es grande en comparación a la zona urbana siendo, la desnutrición crónica rural tres veces mayor 32,3 % que la urbana 10,3%. En cuanto al departamento de Cajamarca, se encuentra entre las regiones con mayor porcentaje de desnutrición crónica con 35.6% a nivel nacional, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES (2013), esto está muy relacionada con los altos índice de pobreza de la región, Según. Mapa de Pobreza Provincial y Distrital del INEI (2013) coloca al distrito de Chatilla, como el cuarto distrito más pobre del Perú así mismo es el distrito de la provincia de Cajamarca, con mayor índice de desnutrición crónica en niños menores de 5 años según el Sistema de Información y Evaluación nutricional (SIEN).

Por los datos presentados podemos decir que hay sin duda una prevalencia de la desnutrición y por lo tanto los niños que viven en las zonas con índices de pobreza elevados son los más afectados

a) Controles pre natales

La desnutrición crónica, esta enfermedad silenciosa, se puede presentar desde la gestación. “Se han detectado dos periodos de mayor vulnerabilidad para la presencia de desnutrición crónica, la etapa de desarrollo intrauterino y los primeros 36 meses de edad” (Gaiván & Amigo, 2007, pág. 316).

Es indudable que la asistencia a los puestos de salud para los controles prenatales en las fechas programadas es muy importante pues facilita la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reduce las complicaciones y aborda las desigualdades en materia de salud principalmente en la población más vulnerable. “La atención prenatal resulta fundamental para las madres primerizas, pues determinará cómo la utilizarán en embarazos futuros” (OMS, 2016).

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja (OMS, 2016)

b) Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED)

Para terminar con la cadena de pobreza familiar y los eslabones que van uniendo a cada uno de sus miembros principalmente a los niños y niñas que son los miembros más vulnerables pero que a la vez esto mismos pueden ser actores de cambio si desde pequeños la familia se preocupa por su desarrollo integral, que tiene mucho que ver con acudir a los Controles de Crecimiento y Desarrollo, actividades importantísimas que se deben realizar en la primera infancia porque es durante ese lapso que el cerebro se

forma y madura a la máxima velocidad. , “En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas” (Ministerio de Salud, 2011, pág. 1).

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños tienen 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 así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. (Ministerio de Salud, 2011, pág. 2)

Que las madres lleven a sus niños a los controles de crecimiento y desarrollo en las fechas programadas nos permite saber a tiempo si las niñas o los niños tienen algún problema relacionado con su peso o talla de acuerdo a la edad. Se puede identificar tempranamente si existen riesgos que puedan poner su vida en peligro, se puede saber en qué momento y cuáles son las vacunas de acuerdo a la edad, así mismo pueden recibir información y orientación sobre temas relacionados a nutrición y cuidados de sus hijos.

c) Vacunas

Según el Ministerio de salud (2013), nos dice que “la vacuna, es la suspensión de micro organismos vivos (bacterias o virus), inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad “(pág. 6).

“La inmunización es una de las intervenciones sanitarias más potentes y eficaces en relación con el costo. Previene enfermedades debilitantes y discapacidades y salva millones de vidas cada año” (OMS;UNICEF; Banco Mundial, 2010)

Las vacunas tienen la capacidad no sólo de salvar vidas, sino también de transformarlas, pues brindan a los niños la oportunidad de crecer sanos, ir a la escuela y mejorar sus perspectivas de futuro.

➤ **Vacuna BCG**

“Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guerin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0.1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento “ (Ministerio de Salud, 2013, pág. 9)

➤ **Vacuna contra la Hepatitis B**

“Es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacido” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 10).

Sin duda alguna, la vacuna es la mejor forma de prevenir la hepatitis B, la vacunación contra la hepatitis B tiene una eficacia del 95% en la prevención de la infección y sus consecuencias crónicas. La vacunación tiene un impacto positivo en la economía, la salud y el desarrollo del país, sus costos son relativamente bajos en relación al gran beneficio que genera (Ministerio de Salud, 2015).

1.3. Antecedentes de la Investigación.

Respecto a la bibliografía revisada, se tomaron dos importantes estudios realizados en América Latina por diferentes instituciones: El Banco Mundial (BM), El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), al nivel Nacional tomamos un estudio realizado por Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), y a nivel local escogimos dos tesis de Maestría de la

Universidad Nacional de Cajamarca referidas al Programa de Apoyo a la más Pobre, Juntos.

1.3.4. América Latina

A. Banco mundial

Banco Mundial (2009) en su informe titulado *Transferencias Monetarias Condicionadas: Reducción de la pobreza actual y futura*. Evalúa entre otros indicadores el efecto de salud y nutrición en países como Brasil, México, Ecuador, Honduras, Colombia, Jamaica, Nicaragua plantea que. “Las PTMC han llevado a las familias pobres a utilizar más los servicios de salud y educación, lo que constituye uno de los objetivos clave para los que fueron diseñadas.” (Fiszbein & Schady, 2009, pág. 2)

La evidencia sobre mejoras en los resultados finales en salud y educación es más mixta. Así, las PTMC han incrementado la probabilidad que las familias lleven a los hijos a chequeos preventivos de salud, aunque esto no siempre ha llevado a una mejor condición nutritiva de los niños (Fiszbein & Schady, 2009, pág. 2)

En este informe también se habla de las condicionalidades en salud y nutrición que los beneficiarios deben cumplir para poder acceder a las transferencias monetarias.

Las condiciones pueden justificarse cuando las familias no invierten lo suficiente en el capital humano de los hijos; por ejemplo, si mantienen creencias incorrectas sobre los rendimientos de estas inversiones; si existe un “altruismo incompleto” entre los padres y los hijos; o si existen grandes externalidades a las inversiones en salud y educación para mejorar el bienestar de los hijos (Fiszbein & Schady, 2009).

B. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

UNICEF (2014) En su trabajo llamado “Programas de transferencias Monetaria, condicionalidad y derechos de la infancia: *Apuntes a partir del caso del Uruguay*”, este trabajo se realiza desde un enfoque de derechos, menciona que la infancia y la adolescencia ocupan un lugar preponderante en los Programas de TMC, pues su presencia suele ser una condición para la elegibilidad de los beneficiarios, eso se nota en las condicionalidades que establece este tipo de programa que están relacionadas con el cumplimiento de conductas que realizan los beneficiarios cuyo beneficio va dirigida a los niños y adolescentes, general mente dirigidas a la atención sanitaria y a la asistencia escolar.

El uso de las condicionalidades de los Programas de Tránsito Monetaria Condicionada como mecanismos para que cumplan ciertos comportamientos también tienen argumentos importantes sobre condicionar, la condicionalidad puede ser un instrumento útil cuando las condiciones se cumplen, el argumento considerar que las transferencias es un derecho y no debe ser condicionada, pone de relieve la complejidad de la discusión y la necesidad de analizar con cautela cada caso de política y cada país a la hora de establecer la pertinencia de condicionar o no la transferencia monetaria.

En este trabajo se presenta el Programa de Asignaciones Familiares del Uruguay. Este trabajo hace un análisis cualitativo del caso uruguayo del “Programa de Asignaciones Familiares del Uruguay” indica que:

Las condicionalidades, y sobre todo la forma en que se han aplicado las sanciones, pueden estar operando, al menos en un determinado grupo de beneficiarios, como un instrumento que empuja a las familias hacia una mayor vulnerabilidad. Se plantea esto en tanto las condicionalidades tienden a

obstaculizar el cobro de la transferencia por factores que, en gran parte, suelen ser ajenos a la voluntad de los beneficiarios. (Rossel, Courtoisie, & Marsiglia, 2014, pág. 41)

1.3.5. Perú

A. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE)

En su documento de investigación GRADE (2012) Impacto del Programa de Juntos en la desnutrición temprana, el presente análisis se realizó con los datos de la ENDES 2005 y 2008-2010 busco determinar hasta qué punto estas mejoras nutricionales serían resultado del programa y no de una tendencia común a todos los hogares del país. “Los resultados sugieren que el programa Juntos sí habría tenido un impacto sobre estado nutricional temprano. Su efecto habría consistido en reducir la incidencia de desnutrición crónica extrema, favoreciendo así a los niños ubicados en los percentiles nutricionales inferiores. (Baanante & Sánchez, 2011, pág. 40)

1.3.6. Cajamarca - Perú

En la Universidad Nacional de Cajamarca se han realizado varios estudios sobre el programa Juntos, para este trabajo se ha tomado dos importantes tesis de la escuela de Pos grado.

- a) La primera tesis es de Vigo (2016) lleva como título: Ejecución del Programa Juntos y sus efectos en la salud y educación del distrito de Llacanora, Cajamarca, 2006 -2014, se hace un estudio amplio de los efectos de la ejecución del Programa Juntos en la educación y en la salud, en este trabajo se señala tres dimensiones, la primera referida a la ejecución y a la entrega de transferencias monetarias, la segunda se refiere a la situación de los servicios de salud y educación y el tercero es referida a los efectos generados en salud – educación de los hogares beneficiarios por la transferencia económica en el distrito de Llacanora.

- b) La segunda tesis revisada es de Aguilar (2013) lleva como título: Análisis de los efectos del programa Juntos en salud y educación en la provincia de Bambamarca, en esta tesis, se analiza los posibles efectos positivos o negativos que ha tenido el programa Juntos en salud y educación en el distrito de Bambamarca, los efectos positivos si se cumplió con la corresponsabilidades impuestas por el programa y si se ha mejorado a nivel distrital, en cuanto a indicadores de salud y nutrición los efectos negativos son las deficiencias que ha tenido el programa a lo largo de su implementación.

1.4. Marco conceptual.

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. (Ministerio de Salud, 2011, pág. 17)

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. (Ministerio de Salud, 2011, pág. 17)

Programa de Transferencias Monetaria Condicionadas

Los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) son programas que transfieren dinero, generalmente a familias pobres, con la condición que éstas efectúen inversiones especificadas de antemano en el

capital humano de sus hijos. “Los programas de transferencias Monetaria Condicionadas buscan reducir la pobreza y fortalecer el capital humano de sus beneficiarios.” (CEPAL, 2017)

Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres Juntos.

Es un Programa de trasferencias Monetarias Condicionadas que tiene por misión

Contribuir al desarrollo humano y al desarrollo de capacidades especialmente de las generaciones futuras, orientado su accionar a romper la transferencia intergeneracional de la pobreza, mediante incentivos económicos que promuevan y apoyen el acceso a servicios de calidad en educación, salud, nutrición e identidad bajo un enfoque de restitución de esos derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad.(Ministerio de Desarrollo e inclusión social, 2016, pág. 3)

Desnutrición crónica infantil

“La DCI es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social” (Ministerio de Salud, 2014, pág. 15)

La desnutrición crónica infantil afecta el crecimiento de las niñas y niños (relación de talla o estatura para su edad) pero sobre todo el desarrollo de sus capacidades en el presente y en el futuro cuando ésta se presenta en los primeros tres años de vida.

Miembros objetivos ⁵

“Gestantes, niños, adolescentes jóvenes en condición de pobreza a nivel nacional. Esta condición se mantiene hasta que éstos culminen la Educación Secundaria o cumplan 19 años de edad, lo que ocurra primero” (Ministerio de Desarrollo e Inclusion social & JUNTOS, 2014, pág. 95)

⁵ Miembros objetivos del Programa Juntos

Control pre natal

“Son todas las acciones destinadas y procedimientos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de alguna enfermedad de la madre, así como del feto
“(Ministerio de Salud, 2011, pág.12

Control de Crecimiento y Desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) 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.
(Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2015, pág. 6)

Desarrollo humano

El desarrollo humano es el desarrollo de las personas mediante la creación de capacidades humanas por las personas, a través de la participación activa en los procesos que determinan sus vidas, y para las personas, mediante la mejora de sus vidas (PNUD, 2016, pág. 12)

Pobreza

La pobreza no es sólo una condición económica, esto es, la carencia de bienes y servicios necesarios para vivir como son los alimentos adecuados, el agua, la vivienda o el vestuario. Es también la falta de capacidades y oportunidades para cambiar estas condiciones. (Banco Interamericano de Desarrollo, 1998, pág. 8)

Esquema Nacional de Vacunación

“El Esquema Nacional de Vacunación, es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de inmunizaciones” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 3).

Vacuna pentavalente

Vacuna combinada que contiene 5 antígenos: toxoide diftérico y tetánico, bacterias inactivadas de *Bordetella pertussis*, polisacárido conjugado de *Haemophilus Influenzae* tipo b y antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. Se administra en tres dosis a los 2, 4 y 6 meses respectivamente. (Ministerio de Salud, 2013, pág. 5)

Vacuna BCG

Es una vacuna liofilizada del Bacilo Calmette y Guérin y protege contra las formas graves de tuberculosis, se administra en una dosis de 0.1 cc al recién nacido dentro de las 24 horas de nacimiento. Teniendo en consideración el peso a partir de 2500 gramos o más; y sin cuadro clínico manifiesto. (Ministerio de Salud, 2013, pág. 7)

Vacuna contra la Hepatitis B

“Es una vacuna inactivada recombinante, se administra una dosis de 0.5 cc al recién nacido inmediatamente durante las primeras 12 horas hasta un máximo de 24 horas de nacido” (Ministerio de Salud, 2013, pág. 7).

Condicionalidades

“Son las conductas que deben tener los hogares para hacerse acreedores de las transferencias monetarias” (Ibarrarán, Medellín, Regalia, & Stampini, 2017, pág. 35)

Políticas Públicas

Una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Es un proceso, un curso de acción que involucra todo un conjunto complejo de decisiones y operadores. (Ayala & Cadéas, sf, pág. 3)

Políticas sociales

Son un conjunto de disposiciones legales y de acciones de parte de los poderes públicos, como de los distintos grupos sociales que tienden a proteger la existencia y la calidad de la vida humana de la totalidad de los integrantes de la respectiva sociedad. (Rama, 2001)

Usuarios

“Los Usuarios del Programa Juntos, son hogares en condición de pobreza prioritariamente de las zonas rurales, integradas por gestantes, niños (as), adolescentes y/o jóvenes hasta que culminen la educación secundaria o cumplan diecinueve (19) años, lo que ocurra primero” (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2015).

1.5. Hipótesis

Los niveles de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos son mayores a los niveles de desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

1.6. Operacionalización de variables.

Variable(s)	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Fuente
Nivel de Cumplimiento de las Condicionalidades del Programa Juntos	Condicionalidades cumplidas	% de asistencia a Controles pre natales. % de asistencia a Controles CRED. % de cumplimiento de vacunas en niños menores de un año, BCG, Hepatitis B y Pentavalente.	1-Alto 2-medio 3-bajo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Historias clínicas. ➤ Entrevista a representantes de Juntos. ➤ Entrevista a personal del Centro de Salud de Chetilla.
	Condicionalidades no cumplidas	% de asistencia a Controles pre natales. % de asistencia a Controles CRED % de cumplimiento de vacunas en niños menores de un año, BCG, Hepatitis B y Pentavalente.	1-Alto 2-medio 3-bajo	
Desnutrición crónica de niños menores de 5 años	Niños que presenta retardo en su crecimiento para la edad.	% de niños menores de 5 años con retardo en su crecimiento. % de niños menores de 5 años con estatura adecuada a para su edad	1-Alto 2-medio 3-bajo	

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Diseño de la investigación.

El diseño es no experimental puesto que no se manipulará ninguna variable, sino que se observará el fenómeno tal y como se da en la naturaleza para luego analizar los resultados. Este tipo de investigación es descriptiva evolutiva, lo que se buscará es describir de cumplimiento de las condicionalidades del Programa Juntos en comparación con los niveles de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el distrito de Chetilla.

En la investigación se considera aspectos cuantitativos, además se responde a la pregunta de investigación planteada para lo cual se describe y explica los resultados obtenidos de las entrevistas y recopilación de información en los Puesto de salud de Chetilla, y representantes del Programa del Programa Juntos.

1.2. Método

El método utilizado para esta investigación consistió en un análisis de datos estadísticos con registros del Puesto de Salud del distrito de Chetilla de los niños beneficiarios del Programa Juntos de los años 2013,2014 y 2015

1.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Las técnicas de recolección de datos que se utilizarán son las siguientes:

- Registros del puesto de salud del distrito de Chetilla según los beneficiarios inscritos en Juntos.
- Entrevistas: fueron semi-estructuradas y se basó en una guía de preguntas, en donde el investigador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar u obtener mayor información sobre el objeto de estudio. La entrevista estuvo dirigida a los trabajadores del Puesto de Salud de Chetilla.

1.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos.

Permite seleccionar, ordenar y clasificar datos concernientes a la aplicación del recojo de información. Se usaron las siguientes técnicas de procesamiento de datos.

- Análisis documental: para ello se tomó los registros de los niños usuarios del Programa Juntos de los años 2013, 2014 y 2015
- Ordenamiento y clasificación: se tomó en cuenta los datos relacionados al su peso y talla de los niños y se la relacionó con la edad que tenían al momento de la visita al puesto de salud.
- Procesamiento computarizado: la información se procesó en los programas de Microsoft Excel y el SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)
- Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes: nos muestra los resultados, permitiendo realizar un mejor análisis del trabajo de Investigación.
- Formulación de gráficos

1.5. Universo y población

1.5.1. Universo:

Está conformada por todos hogares que tengan niños menores de 5 años.

1.5.2. Población:

Está conformada por los niños de 0 a 5 años de edad beneficiarias del programa Juntos del distrito de Chetilla., según nos muestra la tabla 4.

Tabla 1

Niños beneficiarios del Programa Juntos, en el distrito de Chetilla

Niños menores de 5 años			
AÑOS	2013	2014	2015
TOTAL	239	177	174

Nota. Fuente: Tomado de los registros del Puesto de Salud del distrito de Chetilla.

Para este trabajo no se sacó muestra, para ello se tomó los siguientes criterios.

- Se trabajó con todos los niños menores de 5 años evaluados en el Puesto de salud de Chetilla de los años 2013, 2014 y 2015, beneficiarios del Programa Juntos.
- Se tuvo en cuenta el año de nacimiento para poder incluirlo en esta muestra y la edad que tenían, para ello se revisó las historias clínicas que se encuentran en el puesto de salud del distrito de Chetilla.
- Se logró con estos registros obtener de qué localidad provenían los usuarios de programa Juntos, obteniendo el siguiente tabla 2

Tabla 2

Distribución de los miembros objetivos del programa Juntos por Localidades, del distrito de Chetilla del 2013, 2014 y 2015.

Localidades de Chetilla	Niños entre 0-5 años		
	2013	2014	2015
Alto Chetilla	16	9	9
Cadena	14	6	6
Casadencito	5	2	2
Chetilla	41	15	15
Chontapaccha	16	16	16
Cochapampa	20	17	17
El Manzano	20	23	23
El Tubo	13	9	9
Eslabón	10	1	1
Huayllapampa	15	9	9
Jamcate	10	7	7
La Colpa	3	1	1
Llullapuquio	7	8	8
Mahuaypampa	19	16	15
Paltapampa	6	3	3
Quinuayoc	8	8	8
San Sebastián	9	15	14
Tambillo	7	12	11
Total general	239	177	174

Nota: Fuente. Registros del Puesto de Salud del distrito de Chetilla.

CAPITULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La información sobre el cumplimiento o no de estas condicionalidades se encuentra en los Centros de salud de cada distrito, el Programa Juntos recoge esta información a través de sus trabajadores llamados “gestores locales”, esta información es recabada cada 2 meses, la información brindada debe tener la conformidad de la obstetra o encargada del centro de salud.

La Jefa del puesto del Salud del distrito de Chetilla Lic .Chingay nos dice: Juntos viene el día que les toca sacar los datos según sus fechas programadas, un mes antes de emitir el subsidio monetario, la forma de recolección es revisando las historias de sus niños él (el gestor) tiene una relación de sus niños, él va sacando si van ganando peso o no, cuando ve en las historias que hay algún inconveniente va preguntando el motivo por el que no vino. (K, Chingay, comunicación personal, 10 de agosto del 2017).

1.1. Características de los beneficiarios del Programa Juntos.

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - Juntos, es un programa social creado en el año 2005 y está presente en Cajamarca desde el año 2006, debemos tener en cuenta que el departamento de Cajamarca y en especial el distrito de Chetilla son lugares con altos índices de pobreza y DCI, por lo tanto, en el distrito de Chetilla el Programa Juntos ha estado casi desde sus inicios.⁶

1.1.1. Niños menores de 5 años beneficiarios del programa Juntos.

En la tabla 3 se muestra los datos recopilados de las historias clínicas revisadas de los años 2013, 2014 y 2015, muestra que el número de beneficiarios en el distrito de Chetilla en el año 2013 es de 239, en este año hubo un mayor número de beneficiarios, a diferencia de los dos años siguientes, esto se debe que según el representante del programa Juntos a una mejor focalización y a mejoras en los controles para poder ser

⁶ En el 2006 el programa Juntos al inicio intervino en Cajamarca en 22 distritos, dentro de los cuales se encontraba el distrito de Chetilla.

beneficiario, en este caso, la focalización es realizada por la Municipalidad de Chetilla, el ingreso del beneficiario se da una a través de una validación comunal.

Tabla 3:

Niños beneficiarios del programa Junto, del distrito de Chetilla de 2013,2014 y 2015.

Niños menores de 5 años			
AÑOS	2013	2014	2015
TOTAL	239	177	174

Nota: Fuente. Registros del Puesto de Salud del distrito de Chetilla.

SEXO

Tal como muestra la Figura 2, el mayor porcentaje de beneficiarios del programa Juntos son varones, esto se reflejado en los 2013, 2014, 2015, la mayor diferencia entre hombres y mujeres es de 4% y esto se ve reflejado en el año 2015.

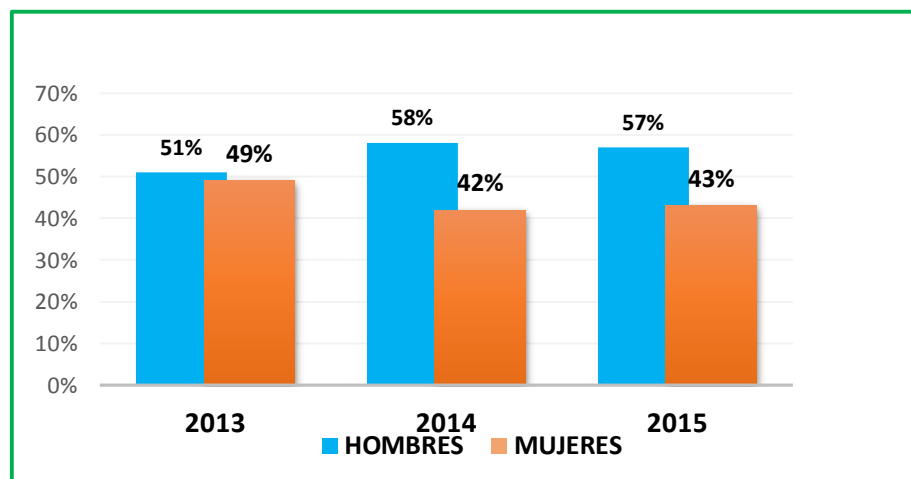


Figura 2: Niños Beneficiarios del Programa Juntos menores de 5 años según su sexo, en el distrito de Chetilla, del 2013, 2014, y 2015
Fuente: Tomado de los registros del Puesto de Salud del distrito de Chetilla.

A. Nacimientos por lugares de ocurrencia. En el distrito de Chetilla como lo muestra la tabla 4, hay un mayor número de nacimientos en los domicilios llegando incluso hasta el 100% de estos casos como ocurrió en el 2013, esto según nos dice la obstetra se debe en primer lugar a que hay una resistencia todavía de acudir a los puestos de salud ya sea por el impedimento de la pareja debido al machismo o por la lejanía y falta de movilidad a los lugares. Al llegar al Puesto de Salud de Chetilla lo primero que encontramos es la ambulancia malograda que lleva más de 3 años sin funcionamiento (Véase anexo 1). Esto sin duda no contribuye a una atención más eficaz a la población y en especial a las madres y niños

Tabla 4:

Número de nacimiento por lugares de ocurrencia de los años 2012 -2014

Lugares de ocurrencia	2012	2013	2014
Hospital /clínica	0%	0%	0%
Centro de salud	0%	0%	0%
Puesto de salud	16%	0%	29%
Consultorio	0%	0%	0%
Domicilio	84%	100%	71%
Total	100%	100%	100%

Nota. Fuente: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/nacimientos/NACMacros.asp?06>

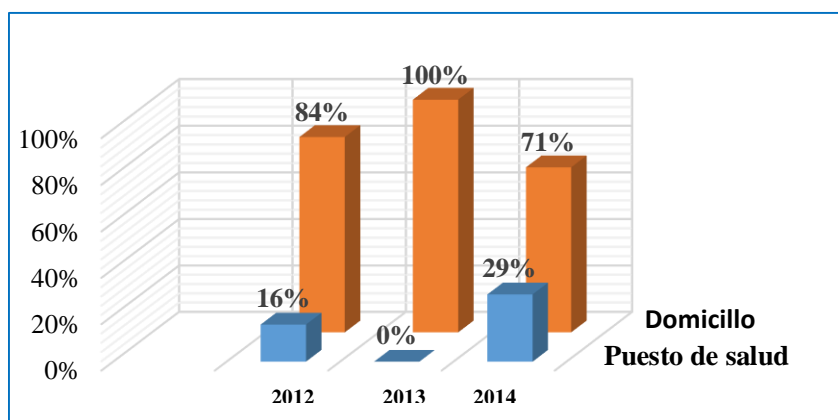


Figura 3: Lugar de nacimiento en el distrito de Chetilla, 2013, 2014 y 2015.

Fuente: Recuperado <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/nacimientos/NACMacros.asp?06>

B. Afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS)

Que los niños estén afiliados al Sistema Integral de Salud es uno de los ejes del Programa Juntos, la Figura 5 nos muestra que en el año 2013 ha habido un 5% de niños que aún no habían sido afiliados al SIS según los registros del puesto de Salud de Chetilla, en los años siguientes la cobertura del SIS para los beneficiarios del Programa Juntos ha sido el 100%.

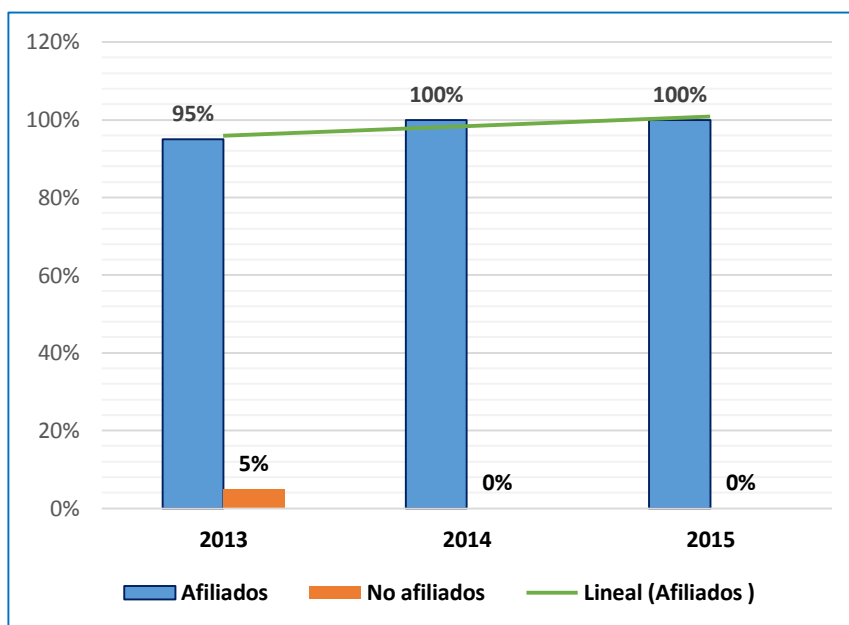


Figura 4: Beneficiarios del Programa Juntos menores de 5 años afiliados y no afiliados al SIS en del distrito de Chetilla, del 2013, 2014 y 2015.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS), según los registros encontrados, podemos concluir que hay un nivel elevado de asegurados, esta es una requisito del Programa Juntos, pues los niños beneficiarios deben estar afiliados al SIS si quieren ser parte de este programa, este seguro de salud está subsidiado por el Estado lo que facilita que los ciudadanos puedan atenderse de manera gratuita en todos los centros de salud público, este seguro está

dirigido a personas que no cuenten con otro seguro de salud y estén en condiciones de pobreza, pobreza extrema o sean madres gestantes, niños menores de 5 años.

1.2. Resultados en las siguientes condicionalidades del Programa Juntos.

1.2.1. Asistencia a los controles pre natales

Una de las condicionalidades que coloca el programa Juntos, es la asistencia a los controles pre natales. El Programa Juntos coloca como condición que las gestantes debe tener por lo menos 6 controles prenatales.

Los controles nos ayudan a prevenir enfermedades como la DCI, la anemia, ya que se les controla desde antes de nacer y se va controlando también a la madre, hay que luchar para que no se presente la desnutrición crónica , si la madre de ahora sufrió de desnutrición crónica desde pequeña y no se recuperó, es muy probable que sus hijos sufran esta enfermedad, esto es posible que se vuelva en un círculo, y si no hay control desde antes de nacer esto se agrava y el niño quede con muchas limitación en su futuro (Jorge Luis Becerra Cotrina –Lic., en Enfermería de Puesto de Salud de Chetilla)

El la figura 5 se evidencia el porcentaje de asistencia a los controles pre natales del programa Juntos, notamos que en el año 2013 y el año 2015 las cifra son casi parecidas entre las gestantes que han cumplido con por lo menos 6 controles que es lo que pide el programa Juntos, en ambos años la cifra de asistencia han sido mayores, en el caso del 2013 las gestantes no han cumplido con al menos 6 controles, según los registros revisados se encuentran entre 3 y 4 visitas, lo que nos muestra que en este año la asistencia a controlen pre natales no se ha completado.

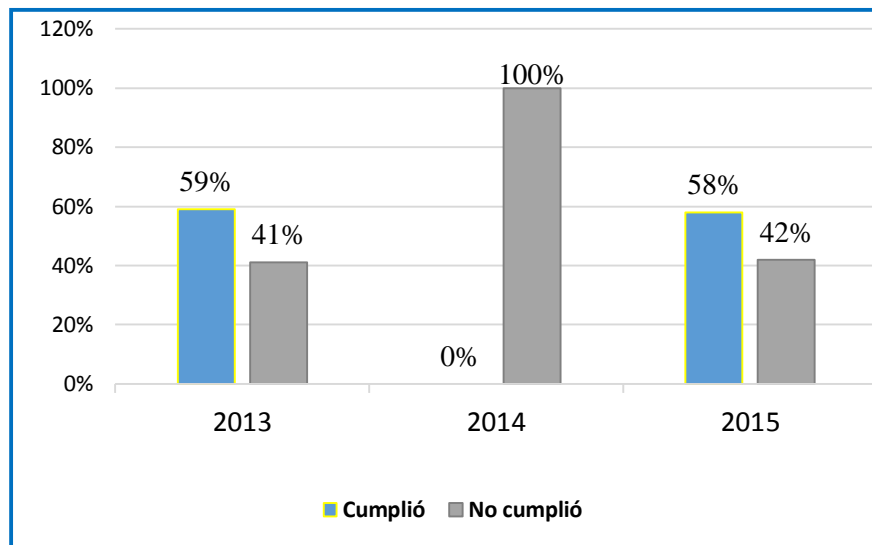


Figura 5: Gestantes beneficiarias del Programa Juntos que cumplieron y no cumplieron con la asistencia a sus controles pre natales del distrito de Chetilla, del 2013, 2014 y 2015.

Fuente: Elaboración propia.

El que no se pueda cumplir con el total de controles pre natales, tiene que ver con un factor no tan visible que se encuentra en éste distrito, como es el embarazo adolescente, en la revisión a los registros de los recién nacidos de los años 2013, 2014 y 2015, pudimos percatarnos que los recién nacidos no tienen nombre, son registrados con el apellido de la madre, o de la abuela o del abuelo, en muchos casos son presentados como hermanos, en mucho de estos casos la madres adolescente no informan del embarazo, por lo tanto no se puede hacer un seguimiento del estado de salud en el que se encuentra la gestante y él bebe, muchas veces acuden al puesto de salud después de que han pasado algunos meses de gestación.

1.2.2. Asistencia a los Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED) por edades.

Los Controles de Crecimiento y Desarrollo son un Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) 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 (Ministerio de Salud, 2011, pág. 17)

Este monitoreo que se hace a los niños se realiza en los puestos de salud, una de las condicionalidades que tiene el Programa Juntos es que estos controles se hagan de manera periódica, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño, es importante que el monitoreo se realiza en el momento indicado para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad.

En la cuarta sesión del Consejo Directivo de junio de 2007, luego de una importante discusión acerca de la necesidad de enfatizar las acciones orientadas a reducir significativamente la DCI, se acordó ratificar las condicionalidades, considerando una mayor especificación de los paquetes sectoriales que contemplan la atención integral de salud y nutrición para los niños de 0 a 5 años en función de los protocolos del MINSA (Medina, 2009).

1.2.2.1. Estado de salud de los niños al nacer

La figura 6 nos revela que hay un porcentaje muy elevados de niños que al nacer presentan un desarrollo adecuado para su edad, esto se repite en los tres años de investigación 2013, 2014, 2015 en el cual la presencia de la DCI es muy baja.

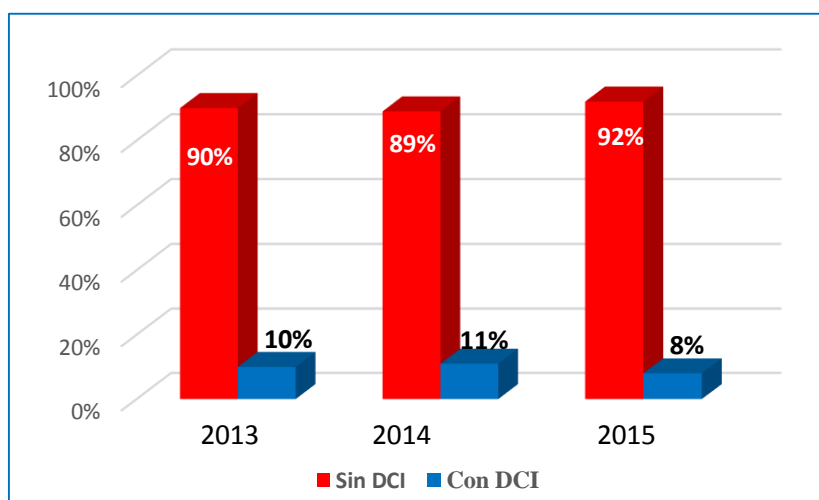


Figura 6. Beneficiarios del Programa Juntos según su estado de salud al nacer del distrito de Chetilla del 2013, 2014 y 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Este dato nos permite conocer qué porcentaje de niños nacen con un estado nutricional normal, dato importante, que nos da a conocer desde cuando los niños adquieren esta enfermedad y en qué edad podemos tratar o poder colocar más énfasis para prevenirla, el porcentaje elevado de estado nutricional normal nos dice, que los controles de salud están jugando un rol muy importante para prevenir de enfermedades al menos al nacer.

1.2.2.2. Niños beneficiarios del Programa Juntos de 0 a 1 año de edad.

Es importante conocer qué porcentaje de niños menores de un año han podido acudir al puesto de salud, son los primeros años de vida donde se desarrolla el cerebro, en la figura 7 los registros nos

muestra que hay un porcentaje elevado de cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo, esto se repite en los tres años de investigación, la encargada del Puesto de Salud comentaba que si un niño presenta DCI se pide a la madre que lo traiga con más frecuencia al Puesto de Salud para poder monitorear cómo evoluciona su estado nutricional, en este periodo los niños se alimentan de leche materna, por lo que se debe estar más atentos a los meses en donde el niño ya empieza a complementar su alimentación.

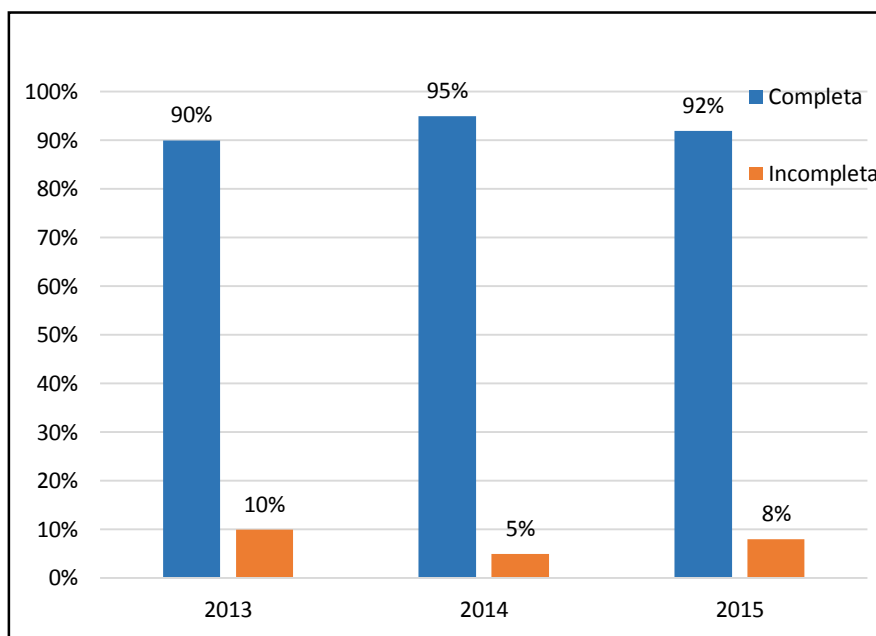


Figura 7: Beneficiarios del programa Juntos de cero a un año de edad con asistencia a controles CRED en el distrito de Chetilla del 2013, 2014 y 2015.

Fuente: Elaboración propia

1.2.2.3. Niños beneficiarios del Programa Juntos de 1, 2 y 3 años de edad con CRED, y su estado nutricional del 2013, 2014 y 2015.

Los niños de uno a tres años son un grupo objetivo importante para este trabajo de investigación, es en este periodo de edad donde la DCI hace su aparición en la mayoría de los casos, ya que en estos años el niño no solo va a recibir leche materna sino también alimentos sólidos y/o líquidos que complementen su nutrición, es por eso la importancia de la asistencia a los centros de salud para los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) pues permite intervención temprana que ayude a diagnosticar y/o prevenir la aparición de alguna enfermedad o anomalía que retrase el crecimiento de los niños y niñas.

a) Resultado global por año.

Una de las condicionalidades del programa Juntos y tal vez la más importante en cuanto a prevención de enfermedades es la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

En la figura 8 podemos apreciar que para el año 2013, del total de niños entre 1 y 3 años, el 53,1% cumplieron con los controles CRED completos mientras que el 46.9% no cumplió con los controles CRED completos para su edad, del 53,1% que cumplió con los controles CRED completos el 32,2% presentan estado nutricional normal mientras que el 21.0% presentan DCI, y del 46.9% que no cumplió con los controles CRED el 23,8% presentan un estado nutricional normal, mientras que el 23.1% presentan DCI, para este año la figura nos muestra que los niños que tiene todos los controles completos presentan un mejor estado nutricional en un 8.4% más que los que no cumplieron con todos los controles de crecimiento y desarrollo.

En la figura 8 podemos apreciar que para el año 2014, del total de niños entre 1 a 3 años, el 55% cumplieron con los controles CRED completos mientras que el 45.0% no cumplió con los controles CRED completos para su edad, del 55,0% que cumplió con los controles CRED completos el 33,0% presentan estado nutricional normal mientras que el 22.0% presentan DCI, y del 45.0% que no cumplió con los controles CRED el 22,9% presentan un estado nutricional normal, mientras que el 22.0% presentan DCI, para este año la figura nos muestra que los niños que tiene todos los controles completos presentan un mejor estado nutricional en un 10.1% más que los que no cumplieron con todos los controles de crecimiento y desarrollo.

En la figura 8 podemos evidenciar que para el año 2015, del total de niños entre 1 y 3 años, el 63,7% cumplieron con los controles CRED completos mientras que el 36.3% no cumplió con los controles CRED completos para su edad, del 63,7% que cumplió con los controles CRED completos el 41,8% presentan estado nutricional normal mientras que el 22.0% presentan DCI, y del 36.3% que no cumplió con los controles completos CRED el 22,0% presentan un estado nutricional normal, mientras que el 14,3.0% presentan DCI, para este año el cuadro nos muestra que los niños que tiene todos los controles completos presentan un mejor estado nutricional en un 19.8% más que los que no cumplieron con todos los controles de crecimiento y desarrollo.

Años de control	Edad (en años)	CRED		Estado Nutricional de los niños		Total
				DCI	Normal	
2013	1	Niños con CRED completa para su edad	NO	12,7%	23,6%	36,4%
			SI	21,8%	41,8%	63,6%
		Total		34,5%	65,5%	100,0%
	2	Niños con CRED completa para su edad	NO	27,1%	22,9%	50,0%
			SI	22,9%	27,1%	50,0%
		Total		50,0%	50,0%	100,0%
	3	Niños con CRED completa para su edad	NO	32,5%	25,0%	57,5%
			SI	17,5%	25,0%	42,5%
		Total		50,0%	50,0%	100,0%
	Total	Niños con CRED completa para su edad	NO	23,1%	23,8%	46,9%
			SI	21,0%	32,2%	53,1%
		Total		44,1%	55,9%	100,0%
2014	1	Niños con CRED completa para su edad	NO	16,7%	13,9%	30,6%
			SI	25,0%	44,4%	69,4%
		Total		41,7%	58,3%	100,0%
	2	Niños con CRED completa para su edad	NO	19,4%	38,9%	58,3%
			SI	19,4%	22,2%	41,7%
		Total		38,9%	61,1%	100,0%
	3	Niños con CRED completa para su edad	NO	29,7%	16,2%	45,9%
			SI	21,6%	32,4%	54,1%
		Total		51,4%	48,6%	100,0%
	Total	Niños con CRED completa para su edad	NO	22,0%	22,9%	45,0%
			SI	22,0%	33,0%	55,0%
		Total		44,0%	56,0%	100,0%
2015	1	Niños con CRED completa para su edad	NO		21,1%	21,1%
			SI	10,5%	68,4%	78,9%
		Total		10,5%	89,5%	100,0%
	2	Niños con CRED completa para su edad	NO	16,7%	12,5%	29,2%
			SI	26,4%	44,4%	70,8%
		Total		43,1%	56,9%	100,0%
	3	Niños con CRED completa para su edad	NO	15,4%	29,7%	45,1%
			SI	20,9%	34,1%	54,9%
		Total		36,3%	63,7%	100,0%
	Total	Niños con CRED completa para su edad	NO	14,3%	22,0%	36,3%
			SI	22,0%	41,8%	63,7%

		Total		36,3%	63,7%	100,0%
Total	1	Niños con CRED completa para su edad	NO	11,8%	20,0%	31,8%
			SI	20,9%	47,3%	68,2%
		Total		32,7%	67,3%	100,0%
	2	Niños con CRED completa para su edad	NO	20,5%	21,8%	42,3%
			SI	23,7%	34,0%	57,7%
		Total		44,2%	55,8%	100,0%
	3	Niños con CRED completa para su edad	NO	22,6%	25,6%	48,2%
			SI	20,2%	31,5%	51,8%
		Total		42,9%	57,1%	100,0%
	Total	Niños con CRED completa para su edad	NO	19,1%	22,8%	41,9%
			SI	21,7%	36,4%	58,1%
		Total		40,8%	59,2%	100,0%

Figura 8. Niños beneficiarios del Programa Juntos de uno a tres años de edad con CRED, estado nutricional normal o con DCI, del distrito de Chetilla del 2013, 2014 y 2015.
Fuente: Elaboración propia.

La DCI es una enfermedad que se estaciona en los niños que la padecen y se va arrastrando a través de los años, en la mayoría de casos ya no se recuperan, los siguientes resultados son de los años 2013, 2014, y 2015 de los niños de 1, 2 y 3 años de edad, nos muestra en qué edad los niños presentan mayor desnutrición crónica y también el grado de asistencia a los controles CRED.

La figura 9 nos muestra que en el año 2013 del total de niños de un año de edad atendidos en el puesto de salud, el 63,6% cumplió con los controles CRED completos y el 36,4% no cumplió con los controles CRED completos, del 63,6% que cumplió con los controles CRED completos el 41,8% tienen un estado nutricional normal y el 21,8% presentan DCI, mientras que del 36,4% que no cumplió con los controles CRED completos el 12,7% tienen DCI y el 23,6% estado nutricional

normal, en esta edad la desnutrición crónica infantil se presenta en un porcentaje bajo en comparación con los siguientes años.

La figura 10 nos presenta que en el año 2013 del total de niños de dos años de edad atendidos en el puesto de salud, el 50%, cumplió con los controles CRED completos y el 50% no cumplió con los controles CRED completos, del 50% que cumplió con los controles CRED completos el 27,1% tienen un estado nutricional normal y el 22,9% presentan DCI, mientras que del 50% que no cumplió con los controles CRED completos 27,1% tienen DCI y el 22,9% estado nutricional normal. Podemos apreciar que hay un aumento de la DCI en comparación al primer año, en cuanto a la condición de asistencia a los controles CRED, hay una disminución, y con esta un incremento de la DCI.

La figura 11, evidencia que en el año 2013 del total de niños de tres años atendidos en el puesto de salud, el 42.5% han cumplido con los controles CRED completos y 57,5% no han cumplido con los controles CRED completos para su edad, del 42.5% que cumplió con los controles CRED completos, el 25% tienen un estado nutricional normal y el 17,5% presentan DCI, mientras que del 57.5% que no cumplió con los controles CRED completos 32,5% tienen DCI y el 25, % estado nutricional normal. Para este año en relación los niños de tres años las condicionalidades cumplidas, disminuyo con ello también se incrementó de la DCI.

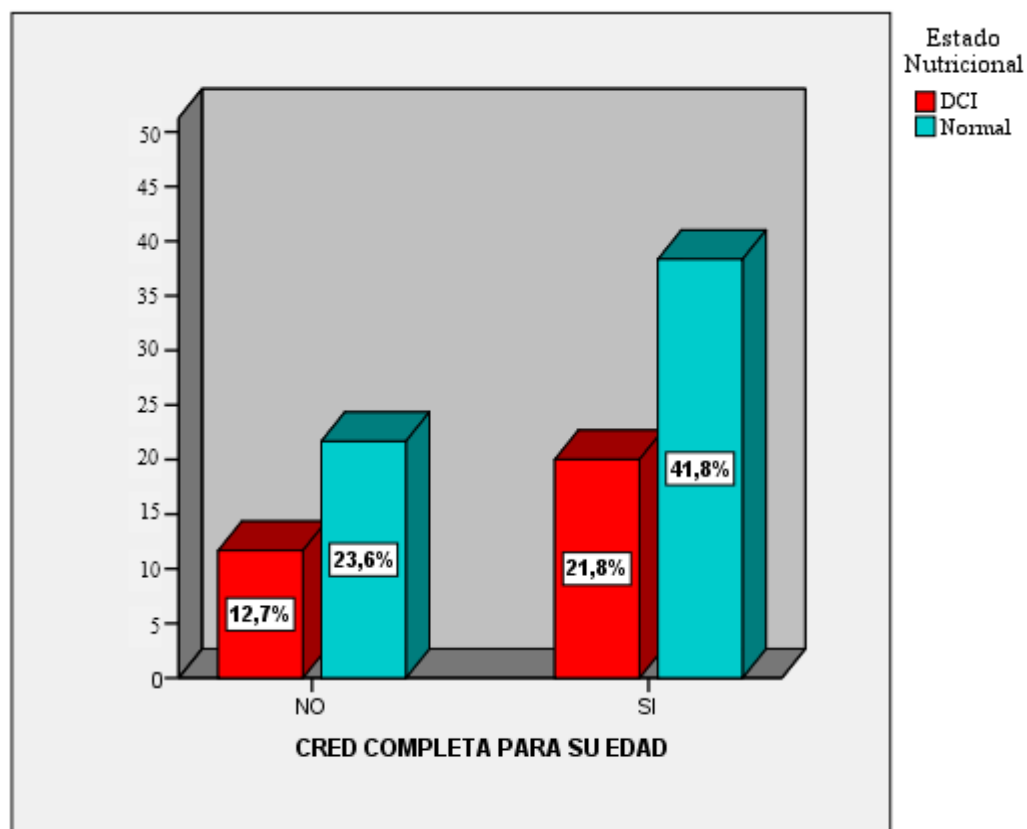


Figura 9: Niños beneficiarios del programa Juntos de un año de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, del distrito de Chetilla del año 2013.

Fuente: Elaboración propia.

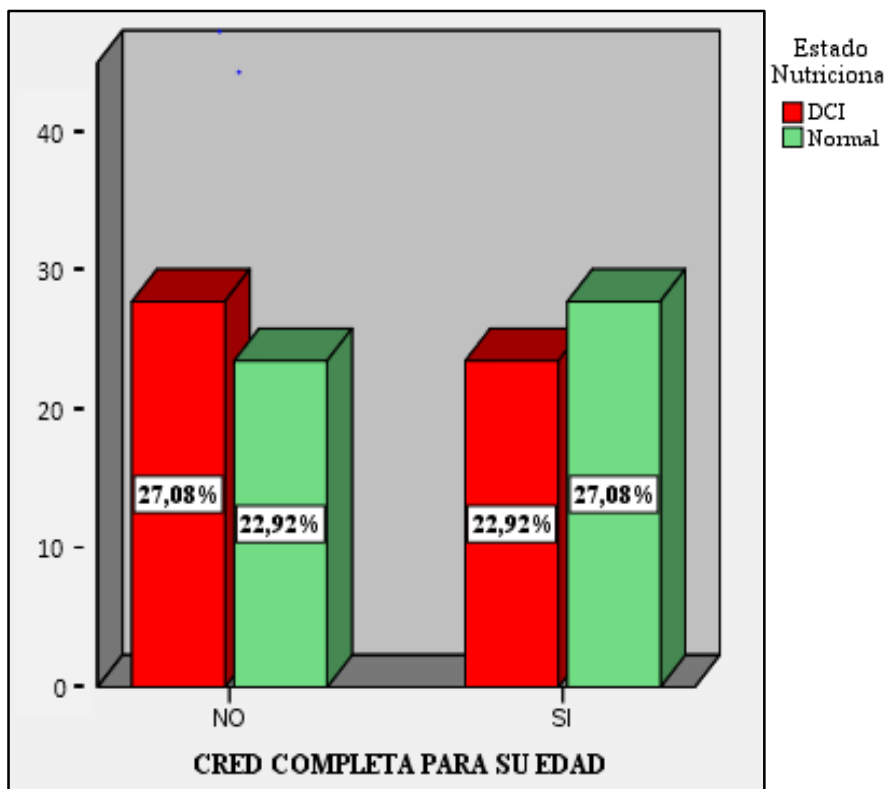


Figura 10: Niños beneficiarios del programa Juntos de dos años de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del año 2013.
Fuente: Elaboración propia

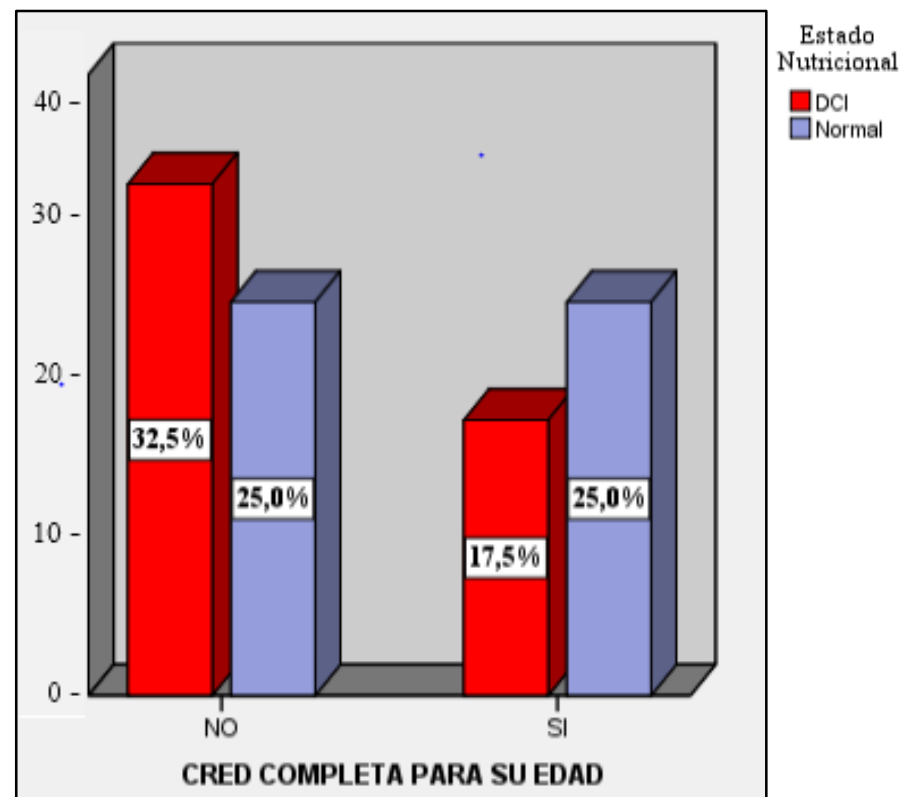


Figura 11: Niños beneficiarios del programa Juntos de tres años de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del año 2013.
Fuente: Elaboración propia

En el año 2014 la figura 12, nos muestra que del total de niños beneficiarios del Programa Juntos que tienen un año de edad, el 69,4% cumplió con los controles CRED completos y el 30,6% no cumplió con los controles CRED completos, del 69,4% que cumplió con los controles CRED completos el 44,4% tienen un estado nutricional normal y el 25% presentan DCI, mientras que del 30,6% que no cumplió con los controles CRED completos 16,7% tienen DCI y el 13,6% presentan un estado nutricional normal. En el año 2014 encontramos un incremento de asistencias a los controles CRED y con esto una disminución DCI en comparación a año 2013 en niños de la misma edad.

La Figura 13 nos indica que, en el año 2014 del total de niños de dos años de edad atendidos en el puesto de salud, el 41.7%, cumplió con los controles CRED completos y el 58.3% no cumplió con los controles CRED completos, del 41.7% que cumplió con los controles CRED completos el 22,2% tienen un estado nutricional normal y el 19,4% presentan DCI, mientras que del 58.3% que no cumplió con los controles CRED completos 19,4% tienen DCI y el 38,9% estado nutricional normal.

La Figura 14 nos presenta que del total de niños de tres años de edad, el 54.1%, han cumplido con los controles CRED completos y 45,9% no han cumplido con los controles CRED completos para su edad, del 54.1%, que cumplió con los controles CRED completos el 32.4% tienen un estado nutricional normal y el 21,6% presentan DCI, mientras que del 45.9% que no cumplió con los controles CRED completos el 29,7% tienen DCI y el 16,2% estado nutricional normal. Para

este año los niños con estado nutricional normal se encuentran dentro de los que, si cumplieron con todos los controles CRED, aunque sigue siendo una cifra alta los niños que han cumplido con esta condicionalidad, pero sufren desnutrición.

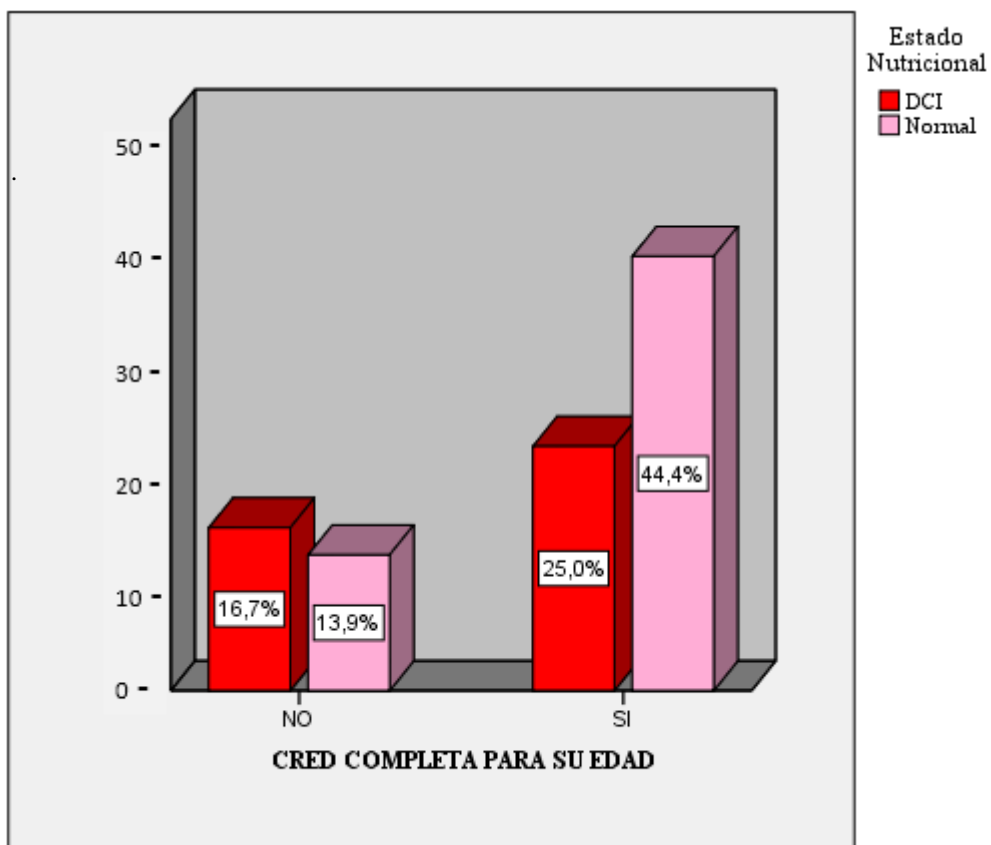


Figura 12: Niños beneficiarios del programa Juntos de un año de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del año 2014.

Fuente: Elaboración propia

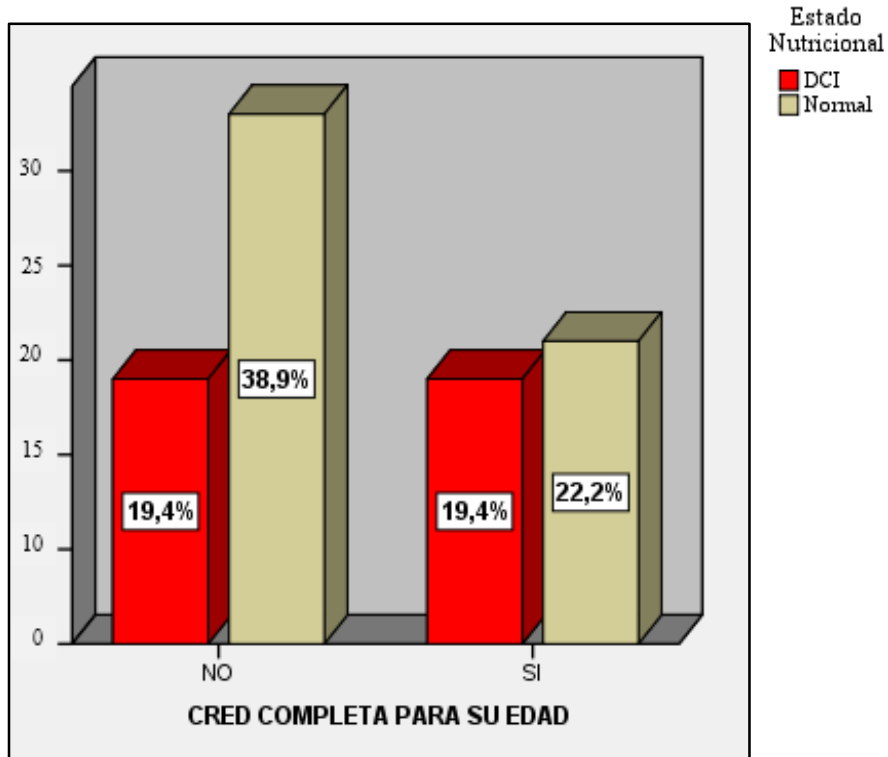


Figura 13: Niños beneficiarios del programa Juntos de dos año de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del año 2014.

Fuente: Elaboración propia.

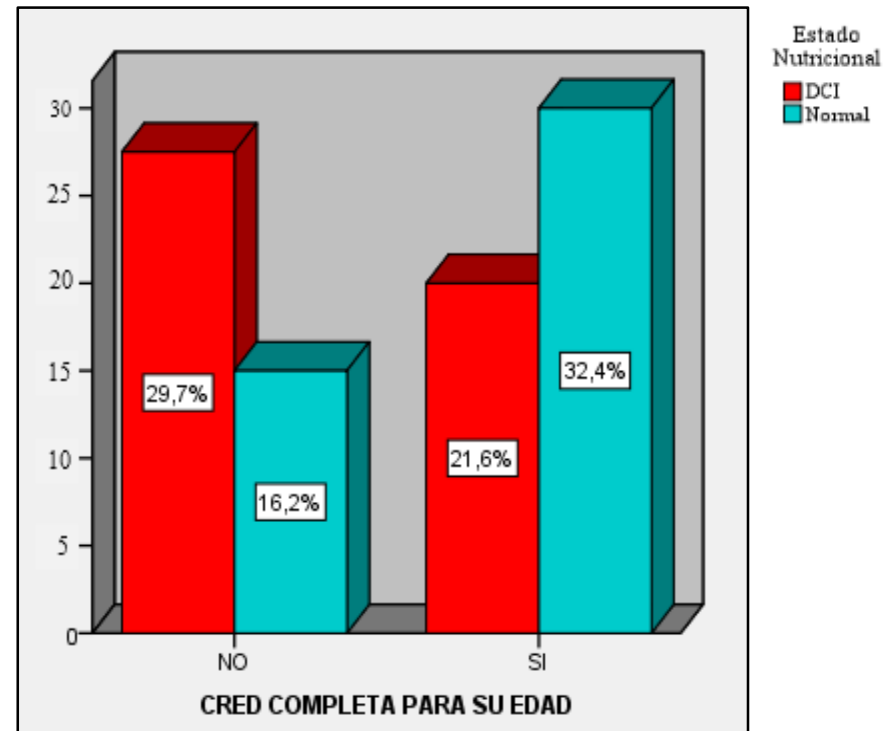


Figura 14: Niños beneficiarios del programa Juntos de tres año de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del año 2014.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 15 nos muestra que en el año 2015 del total de niños de un año de edad atendidos en el puesto de salud, el 78,9% cumplió con los controles CRED completos y el 21,1% no cumplió con los controles CRED completos del 78,9% que cumplió con los controles CRED completos el 68,4% tienen un estado nutricional normal y el 10,8% presentan DCI, mientras que del 21,1% que no cumplió con los controles CRED completos no se ha encontrado casos de niños de un año beneficiarios de Juntos con DCI. Vemos en este último año que la desnutrición crónica en niños menores de un año se redujo, vemos también que hay niños con desnutrición crónica y estos se encuentran en los niños que, si han completado sus controles, aunque el porcentaje es bajo.

La figura 16, evidencia que del total de niños de dos años de edad atendidos en el puesto de salud, el 70,8%, cumplió con los controles CRED completos y el 29,3% no cumplió con los controles CRED completos, del 70,8,7% que cumplió con los controles CRED completos el 44,4% tienen un estado nutricional normal y el 26,4% presentan DCI, mientras que del 29,2% que no cumplió con los controles CRED completos el 12,5% presentan un estado nutricional normal y el 16,7% tienen DCI. Estos porcentajes nos muestran que para los niños de 2 años la DCI aparece en los que no han cumplido con los controles CRED completas es en este lapso entre el primero y el segundo año que se evidencian claramente los cambios en el estado nutricional de los niños.

La figura 17, nos presenta que del total de niños de tres años de edad atendidos puesto de salud, 54,9%, han cumplido con los controles CRED completos y 45,1% no han cumplido con los controles CRED completos para su edad, del 54,9%, que

cumplió con los controles CRED completos el 34.1% tienen un estado nutricional normal y el 20,9% presentan DCI, mientras que del 45.1% que no cumplió con los controles CRED completos el 29,7% tienen DCI y el 15,4% estado nutricional normal.

En este último año los resultados nos dan un panorama general de que cuántos niños van a padecer DCI y cuántos niños presentarán un estado nutricional normal.

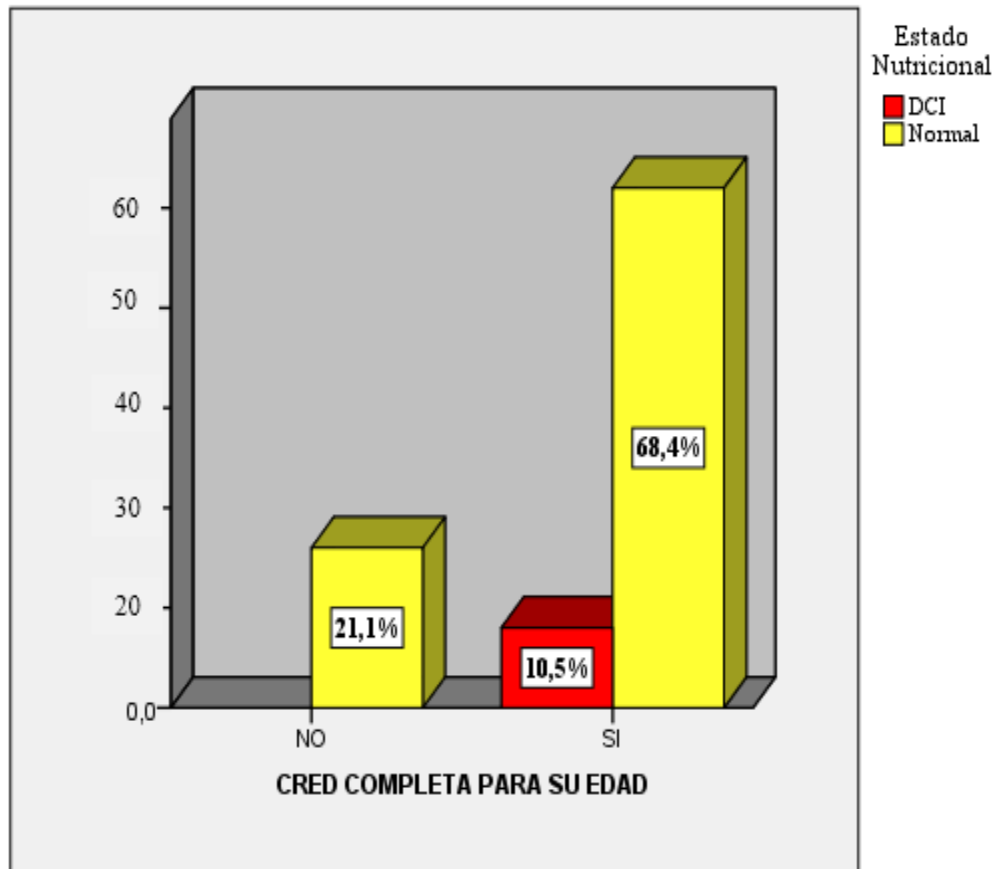


Figura 15: Niños beneficiarios del programa Juntos de un año de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del 2015.

Fuente: Elaboración propia

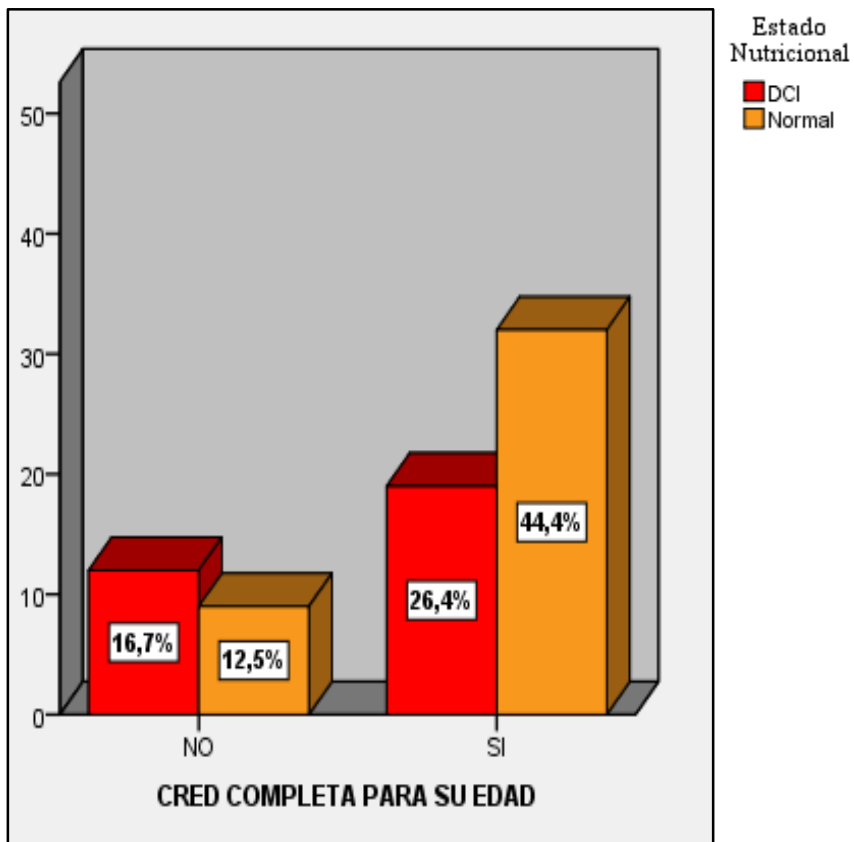


Figura 16: Niños beneficiarios del programa Juntos de dos años de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del 2015.

Fuente: Elaboración propia

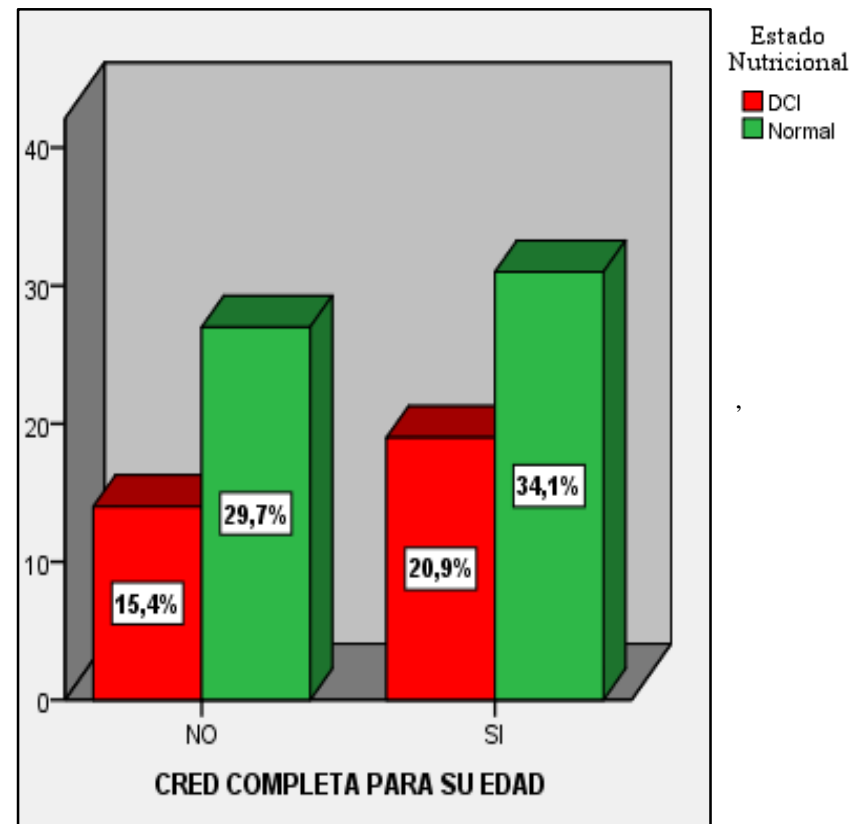


Figura 17: Niños beneficiarios del programa Juntos de tres años de edad con CRED y estado nutricional normal o con DCI, en el distrito de Chetilla del 2015.

Fuente: Elaboración propia

La DCI es una enfermedad que en la mayoría de los casos se va presentando a medida que el niño va teniendo más edad, las figuras anteriores nos muestran que en los primeros años de edad los índices de desnutrición son bajos, en este distrito la lactancia exclusiva es alta según la licenciada del puesto de salud, es a partir de los 6 meses que el niño ya puede comer cosas suaves para complementar su alimentación y donde el control de desarrollo y crecimiento es muy importante, las figuras 10, 13 y 16 nos muestran que el quiebre del estado nutricional normal de los niños se da entre el primer año de edad y el transcurso para el segundo año, es ahí cuando se incrementa la DCI según los porcentajes mostrados, el cumplimiento de estas condicionalidades como los controles CRED completos es importante, en cuanto al tercer año nos da un panorama general de que cantidad tendrán un desarrollo nutricional normal y de quien padecerá desnutrición crónica y llevará sus efectos para toda su vida.

En la figura 9 nos indica que hay un porcentaje bastante elevado de usuarios que no han cumplido con las condicionalidades completas, el conocimiento de los factores que operan por detrás del incumplimiento de las condicionalidades son varios tiene que ver con la distancia, el clima la geografía, los gestores locales con los que trabaja Juntos también hacen seguimiento a sus usuarios verificando que sus usuarios cumplan con todo lo solicitado por el programa, Pero las cifras presentadas nos muestran porcentajes elevados de usuarios que no cumplen con las condicionalidades completas, así mismo no hay que olvidar que si no se cumple con estas condicionalidades se llega a la suspensión temporal o definitiva, la suspensión temporal, implica la suspensión del

abono de los subsidios por un período de tiempo de 3 meses⁷, mientras que Suspensión definitiva, implica la salida definitiva del programa y consecuentemente la suspensión del pago de los subsidios.⁸

Los resultados en general de los tres años evidencia que hay un alto nivel de porcentaje de niños que aun cumpliendo con las condicionalidades presentan DCI, el estudio echo por GRADE en el año 2012 “Impacto del Programa de Juntos en la desnutrición temprana” nos muestra que el programa Juntos solo ha logrado que haya más asistencia a los Puestos de Salud y esto no siempre se ve reflejado en un buen estado nutricional de los niños, estas conclusiones a las que llega GRADE se ven reflejadas en este estudio, las cifras de desnutrición presentan un nivel elevado de DCI, si el objetivo del programa Juntos es la creación de capital humano, esto no se está cumpliendo pues hay un nivel elevado de DCI todavía

1.2.3. Control de vacunas.

Las vacunas son un medio de protección para los niños, es importante que sean vacunados desde que nacen pues así se convierte en una herramienta poderosa para prevenir y combatir las enfermedades, “La inmunización ofrece protección contra varias enfermedades peligrosas, un niño que no esté vacunado tiene muchas probabilidades de contraer muchas enfermedades, de quedar permanentemente incapacitado o de sufrir desnutrición y morir “ (UNICEF, Inmunización, 2000)

⁷ El criterio básico para la aplicación de esta medida es el incumplimiento de las condicionalidades. La inasistencia a los servicios de salud y educación genera la suspensión temporal de pagos.

⁸ Los criterios establecidos para la aplicación de esta medida son: cuando el usuario cumple 19 años de edad, cuando el usuario ha sido suspendido temporalmente por tres veces por incumplimiento de condicionalidades, cuando no cumple con las condiciones de pobreza, retiro voluntario.

Las condicionalidades que el Programa Juntos coloca a los usuarios es la asistencia a los Centros de Salud, esto está relacionado con una calendarización de vacunas que deben ser cumplidas en la fecha programada para una mayor protección del niño, pues son las vacunas las que protegerán al niño desde su nacimiento. En esta trabajo de investigación se trabajó con las vacunas BCG (Bacillus de Calmette y Guéri), Hepatitis B y Pentavalente con niños de un año de edad, de los años 2013, 2014 y 2015, la importancia de que los niños sean vacunados en el primer año de vida dará una idea de cómo el niño se podrá desarrollar de aquí en adelante.

a) Vacuna BCG y Hepatitis B.

La eficacia de las vacunas en los niños, tiene que ver mucho con el tiempo en que debe ser colocadas, la primera vacuna que se debe colocar es la BCG y la hepatitis B ambas vacunas se aplican juntas al recién nacido, lo recomendable es colocar esta vacuna en las 24 horas de nacido para que el nivel de inmunidad se eleve.

La tabla 5, nos presenta que en el distrito de Chetilla, del total de niños vacunados en el año 2013, solo el 11% de los niños son vacunados dentro de las 24 horas, mientras que el mayor porcentaje lo tenemos en niños que se colocan las vacunas dentro de las cuarenta y ocho horas con un 47.1%, seguido por el 17% que se coloca las vacunas dentro del mes de nacido el niño.

El año 2014 en Chetilla del total de niños vacunados la mayor cantidad de niños atendidos se realizó dentro de un mes de nacidos con un 57,9% seguido por los niños que son vacunados dentro de las 24 horas de nacido con un 42,1% vemos un incremento significativo 33.3 % en comparación al año 2013

En el 2015 del total de niños vacunados, la mayor cantidad de niños atendidos se realizó dentro de un mes de nacidos con un 73,7% seguido por los niños que son vacunados dentro de las 24 horas de nacido con un 26,3% vemos que para este año ha disminuido los niños vacunados entre la 24 horas, en un 15.8% en comparación del año 2014 y se ha incrementado los niños vacunados dentro de un mes.

Tabla 5

Vacunas en niños de 12 meses de los años 2013, 2014, 2015.

* Año de control	Tiempo en que fueron colocadas las vacunas (BCG y Hepatitis) %						Total
	01 M	02 M	05 M	08 M	24 H	48 H	
2013	17,6%	11,8%	5,9%	5,9%	11,8%	47,1%	100,0%
2014	57,9%				42,1%		100,0%
2015	73,7%				26,3%		100,0%
Total	50,9%	3,6%	1,8%	1,8%	27,3%	14,5%	100,0%

Nota ∞ Elaboración propia

* H= Horas

* M= Mes

La figura18, nos muestra que, del porcentaje total de niños vacunados en los tres años, el 50.9% se colocó las vacunas dentro de un mes de nacidos, mientras que el 27.3% se colocó la vacuna dentro de las 24 horas, seguido por las vacunas que se aplican dentro de las 48 horas con un 14.5%.

Estos datos mostrados nos dan cuenta de un porcentaje alto de niños vulnerables a contraer diferentes enfermedades debido al retraso en las vacunas, esto contribuiría sin duda a aparición de la DCI, el compromiso de los encargados de los Puestos de Salud como el compromiso de las madres juegan un papel decisivo para un buen desarrollo de los niños,

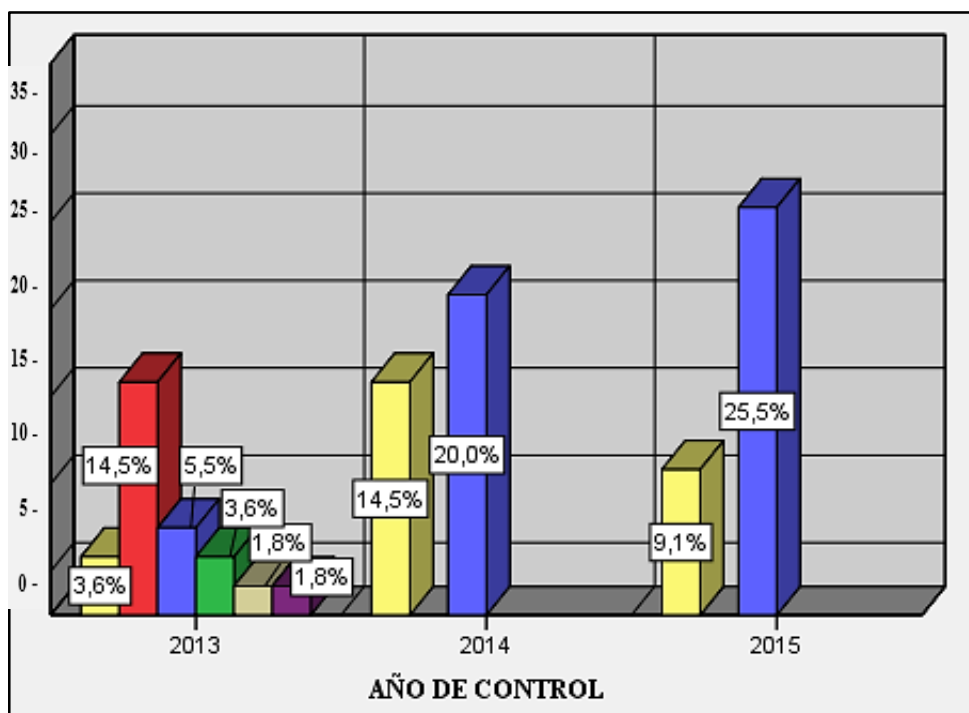


Figura 18: Niños beneficiarios del programa Juntos menores de 12 meses que Cumplieron con las vacunas BCG y hepatitis B según lo programado para su edad, en el distrito de Chetilla, del 2013, 2014, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

b) Pentavalente

Esta vacuna se debe colocar al niño en tres oportunidades a los 2, 4 y 6 meses de nacido, esto dentro de un esquema de vacunación a nivel nacional y según lo programado en los Centros de Salud. Las condicionalidades del programa Juntos están relacionadas al grado de asistencia, y esto según la fecha programada en los Centros de Salud, por eso los gestores del Programa Juntos revisan el nivel de asistencia y con ello el nivel de cumplimiento de estas condicionalidades

Los resultados evidencian que se cumple con este requisito de vacunación, el problema observado está en el tiempo en que se coloca la vacuna. La tabla 6, nos muestra que del total de niños que recibieron esta vacuna en el año 2013 el 88.2% se colocó la vacuna en la fecha programada, mientras que del total de

niños que se colocó esta vacuna en el año 2014 el 63.2% cumplió en la fecha programada y para el año 2015 del total de niños vacunados el 89.5% cumplió en la fecha programada, podemos apreciar que el nivel de cumplimiento de esta condicionalidad es alto y está presente en los tres años de investigación.

Tabla 6

Distrito de Chetilla: cumplimiento de vacunas (pentavalente) en niños menores de 12 meses, de los años 2013, 2014, 2015.

Pentavalente (vacuna en la fecha programada)	Años de control			Total
	2013	2014	2015	
Si, en la fecha programada	88.2%	63.2%	89.5%	80.0%
% del total	27.3%	21.8%	30.9%	80.0%
Si, fuera de fecha.	11.8%	36.8%	10.5%	20.0%
% del total	3.6%	12.7%	3.6%	20.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% del total	30.9%	34.5%	34.5%	100.0%

Nota: Elaboración Propia

La figura 19, nos muestra que, del porcentaje total de los tres años, el 80% de niños recibió la vacuna pentavalente en la fecha programada, y el 20%, recibió esta vacuna, pero fuera de fecha. Del 80% que recibió esta vacuna en la fecha programada el 30.9 % son del 2015, el 21.8% del 2014 y el 27.3% del 2015 y en cuanto al 20% que recibió la vacuna fuera de fecha, el 3.6% son del año 2015 mientras que 12.7% son del año 2014 y 3.65 % del año 2013. Los resultados globales de los tres años nos dan un porcentaje alto en cuanto al cumplimiento en la programación de estas vacunas.

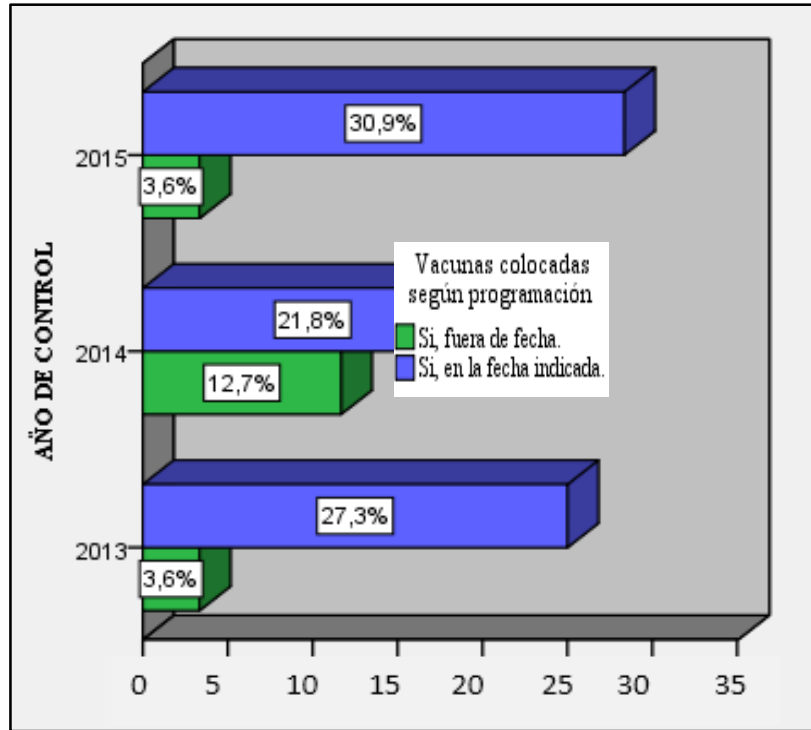


Figura 19: Niños beneficiarios del programa Juntos menores de 12 meses que Cumplieron con la vacuna según lo programado para su edad, en el distrito de Chetilla, del 2013, 2014, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

1.2.4. Niños beneficiarios del Programa Juntos con desnutrición crónica en los años 2013, 2014, 2015.

Los altos índices de desnutrición y pobreza del distrito de Chetilla han hecho que Juntos haga su intervención en este distrito, pero los resultados no son alentadores. La Figura 20 nos muestra que en el año 2013 más de la mitad de niños beneficiario del Programa Juntos tienen DCI, para el año 2014 la desnutrición crónica se reduce en comparación al año 2013 en un 4 % esto también tiene que ver con la filtración más rigurosa que se hace a los beneficiarios y con ello hay reducción del número total de los beneficiarios, para el año 2015, el total de niños con desnutrición crónica se redujo a 48 %, es importante que la desnutrición vaya disminuyendo, en la figura 20, la línea de la DCI nos muestra que esta enfermedad se ha reducido de manera lenta, casi la mitad de los niños beneficiarios del

Programa Juntos tienen DCI, la sola asistencia a centros de salud no garantizan que los niños no presente DCI, y esto no va acorde con los objetivos de Programa Juntos

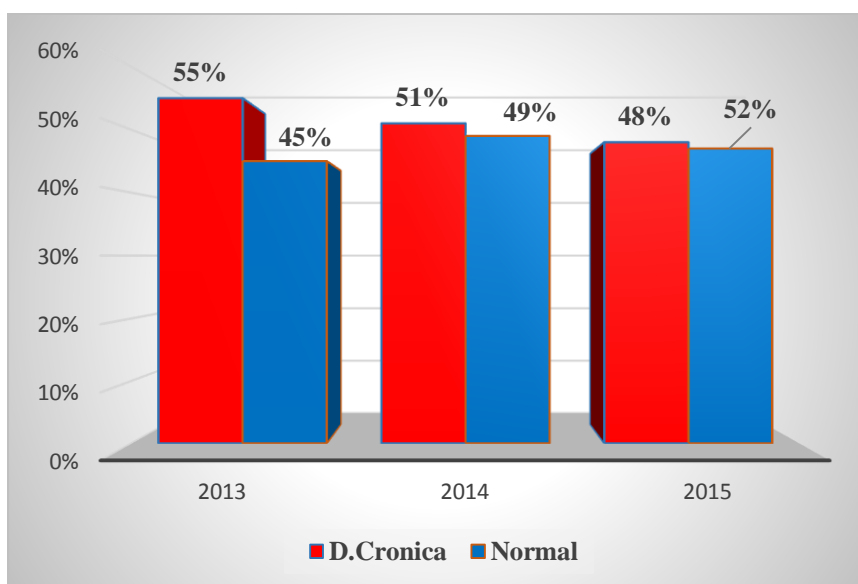


Figura 20: Niños beneficiarios del Programa Juntos menores de 5 años con desnutrición crónica del distrito de Chetilla, del 2013, 2014 y 2015.

Fuente: Elaboración propia.

El balance de estos tres años investigados, nos da como resultado que los niveles de asistencia a los Controles de crecimiento y desarrollo superan la mitad con un 58,1%, en comparación a los niveles de desnutrición, pero también se muestra que hay niños con DCI aunque hayan completado las visitas según lo programado en el Puesto de Salud, por lo tanto, no se le puede atribuir a las condicionalidades que coloca Juntos que hayan ayudado a bajar el nivel de DCI como lo muestra la figura 20, así mismo hay que preguntarnos si basta con estas condicionalidades y si estas son las más adecuadas así como se realiza el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de estas condicionalidades por parte del estado, por lo tanto se debe hacer un estudio profundo sobre los vínculos entre el uso del servicio y los resultados deseados.

CONCLUSIONES

1. Los niveles de asistencia a los Controles completos de crecimiento y desarrollo de niños de uno a tres años, superan la mitad con un 58,1%, en comparación a los niveles de desnutrición, del 58,1% que cumplió con los controles CRED completos, hay un nivel bajo de niños que presentan desnutrición crónica infantil con un 21,7% del total de beneficiarios .
2. Los niveles de vacunación en las fechas programadas en niños menores de un año son bajos en cuanto a la vacuna BCG y Hepatitis B solo el 50.9% se colocó las vacunas dentro de un mes de nacidos, mientras que el 27.3% se colocó la vacuna dentro de las 24 horas (este tiempo es lo recomendado).
3. Los niveles de asistencia a los controles pre natales, ha tenido un nivel medio el cuanto, al cumplimiento de las condicionalidades del programa Juntos, lo que lleva un mejor control del estado de salud de las madres y de los niños.
4. La niveles de desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años son elevados, en el 2013 con un 55%, en el 2014 con un 51% superan más de la mitad de niños beneficiarios que padecen desnutrición crónica, a pesar de esto, los niveles de desnutrición van disminuyendo lentamente, para el 2015 presenta 48%, en total una reducción de 6% .

RECOMENDACIONES

1. El Ministerio de Desarrollo e inclusión Social y el Ministerio de Salud deben tener un alto nivel de coordinación y manejo de información con respecto al estado nutricional de los niños para implementar estrategias conjuntas que ayuden en la reducción de la DCI.
2. El Programa Juntos debe lograr una efectiva y oportuna verificación de las condicionalidades, para lograr un mejor seguimiento y monitoreo a los beneficiarios, el estado debe invertir más en los servicios ofrecidos en los distritos Juntos para obtener mejores resultados en el estado nutricional de los niños beneficiados, la sola asistencia a los centros de salud no es suficiente.
3. El Programa Juntos debe tener estrategias claras sobre el estado nutricional de niños ya sea reforzando el componente nutricional, unido al sector salud y/o implementar, componente dirigido “infancia focalizada” en los lugares más pobres para hacer un sistema de pago diferenciado podría ayudar a reducir la DCI.
4. El cumplimiento de las condicionalidades debe tener como fin el buen estado nutricional de las gestantes y los niños, y no solo la asistencia a los centros de salud, con esto se podrá cumplir el objetivo final que es la creación de capital humano y con ello la disminución de la pobreza.
5. Para que el Programa Juntos sepa que las condicionalidades que está usando son las más adecuadas, se debe hacer un estudio profundo sobre los vínculos entre el uso del servicio y los resultados deseados.

LISTA DE REFERENCIAS

- Aguilar, K. (2013) *Análisis de los efectos del Programa Juntos en salud y educación en la provincia de Bambamarca*”. Cajamarca- Perú (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca- Perú.
- Aramburu, C (2009). *Informe Copilatorio: El Programa Juntos, resultados y retos*. Lima.
- Ayala, D. R., & Cadéas, C. E. (sf). *¿Que es una politica publica ?*. *Revista juridica*, 26.
- Banante, M. Sánchez, A (2011) *Impacto del Programa Juntos*. Lima, Perú Arteta E.I.R.L.
- Banco Mundial. (2009). *Transferencias Monetarias Condicionadas: Reducción de la pobreza actual y futura*. Ediciones Washington, USA: Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.A.
- Caristo, A. (2013). *Transferencias de efectivo condicionales*. Uruguay.
- Dallorso, N (2009). *Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina. Un nuevo escenario para las prácticas de control social. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII*. Buenos Aires.
- Dosamantes, D., & Gutiérrez Reyes, J. (1997). *La enfermedad de la injusticia*.
- Fiszbein, A. & Schady, N. (2009). *Transferencias Monetarias*. Nueva York: Mayol Ediciones S.A.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores Argentina. Buenos Aires.
- GRADE. (2012). *Impacto del Programa Juntos sobre Nutrición Temprana*. Lima, Perú. Ediciones Arteta E.I.R.L.
- Guinart, J. M. (2003). *Indicadores de gestión para las entidades públicas . VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*.

- Ibarrarán, P., Nadin, M., Ferdinando, R., & Marco, S. (2017). *Así funcionan las transferencias condicionadas. Buenas prácticas a 20 años de implementación. Banco Interamericano de Desarrollo.*
- INEI. (2013). *Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2013. Lima- Peru.*
- INEI. (2013). *Mapa de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años a nivel provincial y Distrital 2009. Lima.*
- JUNTOS (2014). *Boletín Técnico N° 1- octubre 2014. Lima.*
- Medina, A (2009). *Presupuesto público evaluado: Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos” (documentación y análisis de los procesos). Lima.*
- Ministerio de desarrollo e inclusión social. & JUNTOS. (2014). *Juntos en cifras 2005-2014. Lima.*
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2015). *Directiva N° 22 -2015- MIDIS /PANDP verificación del cumplimiento de corresponsabilidades. Lima*
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2016). *Manual de Operaciones. Programa de Apoyo Directo a los Más pobres- Juntos. Lima.*
- Ministerio de Salud. (2011). *Nomás técnicas para el control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de 5 años. Lima.*
- Ministerio de Salud. (2013). *Normas técnicas de salud que establece el sistema integral de vacunación. Lima, Perú.*
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016. Lima, Perú.*
- Ministerio de salud, USAID. (Sin fecha). *Familias Vacuna, Familia saludables. Lima.*
- OMS, UNICEF; Banco Mundial. (2010). *Vacunas e inmunización: Situación mundial (Tercera edición ed.). Ginebra.*

PNUD. (2009). *Programas de transferencia Monetaria Condicionada. Revista Latinoamericano de Desarrollo Humano.*

Rossel, C. Courtoisie, D. & Marsiglia, M. (2014). *Programas de Transferencias: Apuntes a partir del caso de Uruguay*: Publicación de las Naciones Unidas.

UNICEF. (2007). *Desnutrición crónica: el enemigo silencioso.* Guatemala.

Vigo, N. (2016) *Ejecución del Programa Juntos y sus efectos en la salud y educación del distrito de Llacanora, Cajamarca, 2006 -2014* (Tesis de maestría) Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca – Perú.

PÁGINAS WEB CONSULTADAS:

Banco Interamericano de Desarrollo. (1998). Para salir de la pobreza. Washington, USA. Recuperado de http://bibliotk.iep.org.pe/bib_img/14041-8-1.pdf

CEPAL. (2006). Cambios de las políticas: políticas de género y familia. Santiago de Chile. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6122/S0600264_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

CEPAL. (2017). Programas de Transferencias Condicionada en América Latina y el Caribe. Base de datos de Programas de protección social. Recuperado de <https://dds.cepal.org/bdptc/>

Delgado, A. (2002). Las Políticas Sociales en la Perspectiva del Derecho y la Justicia. Bogotá. Recuperado de [/www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf](http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/1/11151/delgado.pdf)

Dirección Regional de Salud Cajamarca (2015). Reporte del estado nutricional del niño menor de 5 años por distritos/provincia. Recuperado de <http://www.diresacajamarca.gob.pe/indicadores>

Gaiván, M., & Amigo, H. (2007). Programa destinado a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina. Recuperado de <http://www.alanrevista.org/ediciones/2007/art-3/>

- Mariños Anticona, C. Chaña Toledo, R., Medina Osis, J., Vidal Anzardo, M., & Valdez Huarcaya, W. (2014). Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18. Recuperado e de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677004>
- Ministerio de Salud. (2015). La vacuna es la mejor forma costo- efectiva de prevenir la Hepatitis B. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=16677>
- Ministerio de Salud. (Sin fecha). Número de nacimientos por sitio de ocurrencia, según provincia y distrito departamento de Cajamarca - año 2012-2014. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/nacimientos/NACMacros.asp?06>
- Naciones Unidas. (2007). *Política social: Guías de Orientación para Políticas Públicas*. Nueva York. Recuperado https://esa.un.org/techcoop/documents/socialpolicy_spanish.pdf
- OMS. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>
- Piedra, N (2004). Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias Sociales - Universidad de Costa Rica*. San José - Costa Rica. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/153/15310610/>
- PNUD. (2016). Informe sobre Desarrollo Humano 2016. *Desarrollo humano para todos*. Nueva York. Recuperado el de http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf
- Rama, G. (2001). Las políticas sociales en América Latina. Recuperado de <https://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/6/7616/GermanRama29-08.pdf>
- UNICEF. (2011). *Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF- España. Recuperado de

<https://www.unicef.es/publicacion/la-desnutricion-infantil-causas-consecuencias-y-estrategias-para-su-prevencion-y>

UNICEF. (2013). La desnutrición crónica infantil. Perú. Recuperado de Fuente: <https://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>

UNICEF. (2014). Programa de trasferencias, condicionalidad y derechos de la infancia: Apuntes a partir del caso de Uruguay. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37328/1/S1420825_es.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1

Niñas de la provincia de Andahuaylas con y sin desnutrición crónica

EL ROSTRO DE LA DESNUTRICION CRÓNICA
Pasado, presente y futuro de dos niñas de Andahuaylas

Edad: 2 años 9 meses		Edad: 2 años 6 meses
Peso: 10.7 kg		Peso: 11.6 kg
Talla: 78.3 cm		Talla: 86.4 cm
Estado Nutricional: Desnutrición crónica		Estado Nutricional: Normal

Fuente: MINSA

Niñas de Andahuaylas

UNICEF. (2013). La desnutrición crónica infantil. Perú. Recuperado de Fuente: <https://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>

ANEXO N° 2- Registro fotográfico





ENTREVISTA A LA ENCARGADA DEL PUESTO DE SALUD DE CHETILLA, LIC KATHY CHINGAY CULQUI



ENTREVISTA AL LIC. JORGE LUIS BECERRA COTRINA, ENFERMERO DEL PUESTO DE SALUD DE CHETILLA.

Revisando los registros de los niños beneficiarios del programa juntos en el puesto de salud del distrito de Chetilla.

LDC	RECIBEN	NACIDOS
2	0	13

Marilyn Ibarra 02/01/13
 Lorely Casquero 02/01/13
 Vivio en familia
 Melani Paredes 02/13/13

ENERO-2014
FEBRERO

Febrero - 2015

APÉNDICE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA



Trabajo de investigación: “CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONALIDADES DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE CHETILLA 2013-2015”

**Entrevista Semiestructurada
(Encargada del puesto de salud de Chetilla)**

A: -----

Cargo: -----

1. ¿Qué es la desnutrición?
2. ¿Cómo es la DCI actualmente en Chetilla?
 1. ¿La desnutrición crónica es reversible?
 2. ¿Cómo interviene o que acciones tomo el puesto de salud para la reducción de la DCI?
 3. ¿Cómo es el servicio que brinda el puesto de salud a la población, cuales son los horarios y con qué personal cuenta?
 4. ¿Cómo es la intervención del Programa Juntos?
 5. ¿Explique cómo es el trabajo de Programa Juntos y el Centro de Salud?
 6. ¿Cómo hacen los gestores de Juntos, y como realizan la verificación del cumplimiento de las condicionalidades?
 7. ¿Cada cuánto tiempo hacen esta verificación?
 8. ¿Sabe que instrumento usan los gestores juntos para el recojo de información?
 9. ¿Las madres con niños menores de 5 años en especial las usuarias de Juntos saben que es desnutrición crónica?
 10. ¿Cuáles son los cambios que ha notado con la intervención de Juntos?
 11. ¿Los beneficiarios de juntos cumplen con los controles programados?
 12. ¿Los que asisten a controles de Juntos y los que no pertenecen a juntos que diferencia encontramos?
 13. ¿En cuanto a la asistencia a los CRED se dice que ha habido una mejoría?
 14. ¿El idioma ha sido un problema para relacionarse en cuanto a la atención de los niños?
 15. ¿Cómo recogen Juntos la información en el puesto de salud?
 16. ¿Cómo se da el nacimiento de los niños por lugar de ocurrencia, en Chetilla?
 17. ¿Es importante los controles completos a las gestantes?
 18. ¿Cómo se realiza los controles a las gestantes, en especial a usuarias de Juntos?
 19. ¿Hay casos de usuarias de juntos que son sancionadas?



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En Cajamarca, en el Auditorio "Felipe Cogorno Vásquez" de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Cajamarca, el día veintidós de noviembre del dos mil dieciocho, siendo las nueve de la mañana, se reunieron los docentes: Dr. Oscar Ranulfo Silva Rodríguez (Presidente), Dr. Carlos Rafael Suárez Sánchez (Secretario) y M.Sc Pedro Alcides Yañez Alvarado (Vocal), integrantes del Jurado Evaluador para la Sustentación de la Tesis titulada **"NIVEL DE EFICACIA DE LAS CONDICIONALIDADES QUE ESTABLECE EL PROGRAMA NACIONAL JUNTOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE CHETILLA ENTRE LOS AÑOS 2013-2015"** presentada por la Bachiller en Sociología **Edy Adjeny CIRIACO VALLE** para optar el Título Profesional de Licenciada en Sociología.

El Presidente del Jurado indicó a la Bachiller sustentante que cuenta con treinta minutos para la exposición de la tesis por lo que, la sustentante debe centrarse en las partes más importantes del informe, dando así por iniciado el acto de sustentación.

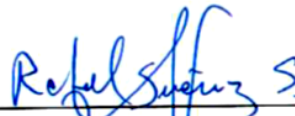
Concluida la exposición, los integrantes del Jurado realizaron las preguntas, observaciones y sugerencias, las mismas que fueron absueltas y consideradas por los sustentantes para la redacción y presentación del Informe final.

Acto seguido el Presidente del Jurado pidió a los asistentes al acto, abandonar el recinto para deliberar el resultado de la evaluación. Realizado el acto deliberativo, el Jurado determinó **APROBAR** la Tesis con el calificativo de **DIECISIETE (17)**

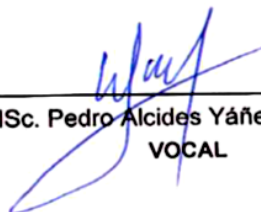
Siendo las diez y diez de la mañana del mismo día, se dio por concluido dicho acto académico, firmando el jurado en señal de conformidad.



Dr. Oscar Ranulfo Silva Rodríguez
PRESIDENTE



Dr. Carlos Rafael Suárez Sánchez
SECRETARIO



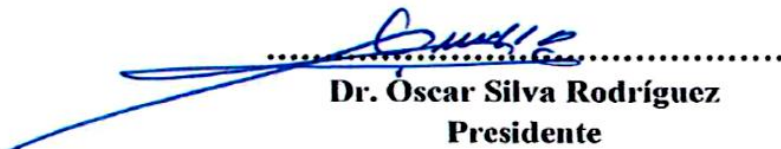
MSc. Pedro Alcides Yañez Alvarado
VOCAL

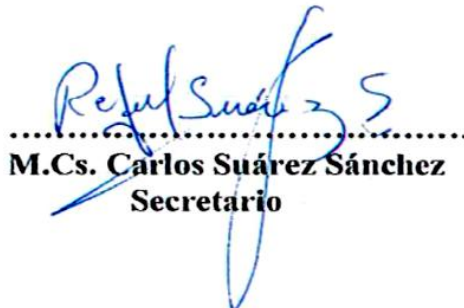
ACTA DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES

El Jurado Evaluador conformado por el Dr. Oscar Silva Rodríguez en calidad de PRESIDENTE, el M.Cs. Carlos Suárez Sánchez en calidad de SECRETARIO, y el M.Cs Pedro Yáñez Alvarado en calidad de VOCAL, HACEN CONSTAR que las observaciones formuladas a la Tesis titulada: “ NIVEL DE EFICACIA DE LAS CONDICIONALIDADES QUE ESTABLECE EL PROGRAMA NACIONAL JUNTOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE CHETILLA ENTRE LOS AÑOS 2013-2015” presentado por la Bachiller en Sociología Edy Adjeny Ciriaco Valle, han sido levantadas, así mismo, por recomendación del jurado se procedido al cambio del título de la tesis antes mencionada por el de: “**CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONALIDADES DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE CHETILLA 2013-2015**” por guardar éste más relación con los objetivos y resultados presentados. Por tanto, la mencionada Tesis debe seguir su trámite correspondiente.

Cajamarca, 13 de diciembre del año 2018.

Atentamente,


.....
Dr. Óscar Silva Rodríguez
Presidente


.....
M.Cs. Carlos Suárez Sánchez
Secretario


.....
M.Cs Pedro Yáñez Alvarado
vocal