

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL

TESIS

**IMPACTO DEL PROGRAMA JUNTOS EN LA NUTRICIÓN INFANTIL DE LAS
FAMILIAS BENEFICIARIAS DEL DISTRITO DE CAJABAMBA EN EL PERIODO
2007-2012**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado por:
MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ

Asesor:
M. Cs. PEDRO YÁÑEZ ALVARADO

Cajamarca, Perú

2017

COPYRIGHT © 2017 by
MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS
MENCIÓN: GERENCIA SOCIAL

TESIS APROBADA

**IMPACTO DEL PROGRAMA JUNTOS EN LA NUTRICIÓN INFANTIL DE LAS
FAMILIAS BENEFICIARIAS DEL DISTRITO DE CAJABAMBA EN EL PERIODO
2007-2012**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado por:
MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ

Comité Científico:

M.Cs. Pedro Yañez Alvarado
Asesor

Dr. Héctor Gamarra Ortiz
Miembro del Comité Científico

Dra. Doris Castañeda Abanto
Miembro del Comité Científico

Dr. Víctor Hugo Delgado Céspedes
Miembro del Comité Científico

Cajamarca, Perú

2017



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Posgrado

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

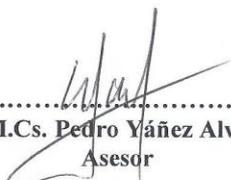
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 11:10... de la mañana del día 19 de octubre de dos mil diecisiete, reunidos en el auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por el **Dr. HÉCTOR GAMARRA ORTIZ**, en Representación del Director y como Miembro del Jurado Evaluador, **M.Cs. PEDRO YÁÑEZ ALVARADO**, en calidad de Asesor, **Dra. DORIS CASTAÑEDA ABANTO**, **Dr. VÍCTOR HUGO DELGADO CÉSPEDES**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada “**IMPACTO DEL PROGRAMA JUNTOS EN LA NUTRICIÓN INFANTIL DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DEL DISTRITO DE CAJABAMBA EN EL PERIODO 2007 – 2012**”, presentada por la **Bach. en Enfermería MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales, con Mención en **GERENCIA SOCIAL**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... Apoyos... con la calificación de Notable (16) Bueno... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Enfermería MILAGROS DEL CARMEN ZAMORA VÁSQUEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales, con Mención en **GERENCIA SOCIAL**.

Siendo las 12:17... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dr. Héctor Gamarra Ortiz
JURADO EVALUADOR


.....
M.Cs. Pedro Yáñez Alvarado
Asesor


.....
Dra. Doris Castañeda Abanto
JURADO EVALUADOR


.....
Dr. Víctor Hugo Delgado Céspedes
JURADO EVALUADOR

A:

Mis padres por su apoyo y comprensión; ellos son mi motor día con día

Y sobre todo a mis sueños, los que son revisados todas las noches y cada mañana al levantarme me motivan a esforzarme para lograrlos.

"Hoy en día, más del 95% de las enfermedades crónicas son causadas por cómo elegimos alimentarnos, por ingredientes tóxicos, deficiencias nutricionales y falta de actividad física"

Mike Adams

"Haz de tu alimentación tu mejor medicina" - Hipócrates.

CONTENIDO

Ítem	Página
AGRADECIMIENTOS.....	ix
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	x
LISTA DE ABREVIACIONES.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I.	
INTRODUCCIÓN.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	7
1.3. Hipótesis de investigación.....	7
1.4. Objetivos de investigación.....	7
1.4.1. Objetivo general.....	7
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
1.5. Justificación.....	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	10
2.2. Antecedentes históricos.....	22
2.3. Bases Normativas.....	25
2.4. Bases Teóricas.....	28
2.5. Definición de Términos Básicos.....	40

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Unidad de análisis, Universo y Muestra.....	42
3.2. Tipo y Descripción del Diseño de Contrastación de Hipótesis.....	43
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	44
3.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.....	44

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

4.1. Prácticas Alimentarias.....	45
4.2. Corresponsabilidad de los Beneficiarios en Salud y Nutrición.....	57
4.3. Transferencia Monetaria Condicionada.....	61

DISCUSION DE RESULTADOS	66
--------------------------------------	-----------

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	68
LISTADO DE REFERENCIAS	70
ANEXOS.....	74

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas las bendiciones recibidas y por haberme permitido conocer y rodearme de gente muy sabia que me han ayudado a crecer como profesional.

A mis amigos, colegas y docentes; quienes aportaron con sus sugerencias, indicaciones y revisiones.

A la ONG PREDECI, por quien conoci la realidad de la zona de Cajabamba y me brindó las faciiladdes para desarrollar esta tesis.

Y de manera muy especial a las **familias del distrito de Cajabamba**, con quienes trabaje por 2 años y me motivaron a realizar esta investigación.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figuras	Pág.
1. Conocimientos sobre la alimentación del menor de 6 meses.....	45
2. Alimentos que se le ofrecen al menor de 6 meses.....	46
3. Alimentos que se le ofrecen al menor de 6 meses durante la noche (6pm-6am).....	47
4. Alimentos que se le ofrecen al mayor de 6 meses.....	48
5. Alimentos que se le ofrecen al mayor de 6 meses durante la noche (6pm-6am).....	49
6. Frecuencia de alimentación del niño o niña de 6-8 meses.....	51
7. Frecuencia de alimentación del niño o niña de 9-11 meses.....	52
8. Frecuencia de alimentación del niño o niña mayor de 12 meses.....	53
9. Alimentación por tipo de alimento.....	54
10. Responsable de brindar la alimentación.....	56
11. Cumplimiento de controles de acuerdo a su edad.....	58
12. Cumplimiento de vacunas de acuerdo a su edad.....	59
 Tablas	
1. Número de niños y niñas según edad.....	50
2. Clasificación por tipos de Alimentos	54
3. Establecimiento de salud en el que son atendidos los niños y niñas de familias beneficiarias.....	57
4. Estado Nutricional, según tarjeta de control.....	60
5. Destino de los 200 soles percibidos por el Programa JUNTOS.....	61
6. Monto destinado a la alimentación.....	62
7. Tipo de alimentos que se compran con el monto destinado a alimentación.....	62

LISTA DE ABREVIACIONES

AIEPI:	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CGPBF:	Consejo Gestor del Programa Bolsa Familia.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
ENAHO:	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES:	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
FAO:	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Food and Agriculture Organization of the United Nations)
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MDS:	Ministerio de Desarrollo Social – Brasil
MIDEPLAN:	Ministerio de Planificación – Chile
MINDES:	Ministerio de Desarrollo y Poblaciones Vulnerables
MIDIS:	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Perú
MINEDU:	Ministerio de Educación
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAININ:	Programa de Atención Integral de la Niñez Nicaragua
PREDECI:	Proyecto de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.
PTMC:	Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas
SEDESOL:	Secretaria de Desarrollo Social
SENARC:	Secretaria Nacional de Renta de Ciudadanía – Brasil
SIS:	Seguro Integral de Salud
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia United Nations International Children’s Emergency Fund

RESUMEN

La presente investigación es un estudio que nos permite conocer a partir del análisis cual ha sido el impacto del Programa Juntos en la nutrición infantil en el distrito de Cajabamba. En el Perú en el 2005 se crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “JUNTOS” con la finalidad de contribuir a la reducción de la pobreza; mediante la entrega de incentivos ante el cumplimiento de compromisos adquiridos, en las áreas de salud – nutrición, educación e identidad. En lo que respecta a salud y nutrición, se contempla corresponsabilidades referidas al cuidado materno infantil, participación en charlas sobre alimentación saludable. El presente estudio tiene como unidad de análisis la familia beneficiaria con una muestra de 333 familias con niños menores de 5 años; a través de un proceso evaluativo, descriptivo, y analítico usando para ellos instrumentos como encuestas, entrevistas y revisión documental, a fin de describir los cambios en las conductas y prácticas alimentarias de las familias beneficiarias promovidas por Juntos, así como determinar el cumplimiento de la corresponsabilidad. Se obtuvo como resultados que las prácticas alimentarias en la zona de investigación en la cual interviene el Programa JUNTOS, es deficiente en conocimiento sobre la alimentación del menor de 5 años y en prácticas de la misma en cuanto a frecuencia, cantidad y calidad de los alimentos a consumir reflejándose en la tasa de Desnutrición Crónica según los reportes de la DIRESA en el 2007 es de 47%, según la investigación al término del 2012 es de 50%. Debido a que las familias beneficiarias en algunos casos desconocen los cumplimientos en cuanto a la corresponsabilidad para poder percibir el incentivo de 200 soles y en otros casos debido al deficiente monitoreo en el cumplimiento, no son tomados en cuenta al momento de hacer uso de este monto invirtiéndolo en pocas cantidades en el mejor de los casos a la nutrición de su familia.

PALABRAS CLAVE: Programa Juntos, corresponsabilidad en la inversión del incentivo, nutrición infantil.

ABSTRACT

The present investigation is a study that allows us to know from the analysis the impact of the Juntos Program on child nutrition in the district of Cajabamba. In Peru, in 2005, the National Program of Direct Support to the Poorest "JUNTOS" was created with the aim of contributing to the reduction of poverty; through the delivery of incentives in the fulfillment of acquired commitments, in the areas of health - nutrition, education and identity. With regard to health and nutrition, co-responsibilities related to maternal and child care, participation in talks on healthy eating are considered. The present study has as a unit of analysis the beneficiary family with a sample of 333 families with children under 5 years of age; through an evaluative, descriptive, and analytical process using for them instruments such as surveys, interviews and documentary review, in order to describe the changes in the behaviors and feeding practices of the beneficiary families promoted by Juntos, as well as to determine compliance with the co-responsibility. It was obtained as results that the alimentary practices in the zone of investigation in which the JUNTOS Program intervenes, is deficient in knowledge about the feeding of the child of 5 years and in practices of the same in terms of frequency, quantity and quality of the food. to consume reflected in the Chronic Malnutrition rate according to the DIRESA reports in 2007 is 47%, according to the research at the end of 2012 is 50%. Due to the fact that the beneficiary families in some cases do not know the fulfillment of the co-responsibility to be able to receive the incentive of 200 soles and in other cases due to the poor monitoring of compliance, they are not taken into account when making use of this amount. investing it in small quantities in the best of cases to the nutrition of your family.

KEY WORDS: Joint Program, co-responsibility in the incentive investment, child nutrition.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Más de 795 millones de personas de todo el mundo, y en particular de los países en desarrollo, no disponen de alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades nutricionales básicas, los suministros de alimentos han aumentado considerablemente, así como los factores que obstaculizan el acceso a ellos y la continua insuficiencia de los ingresos familiares de los países sub desarrollados para comprarlos. (FAO – 2012)

Reducir la pobreza se transformó, así, en un objetivo cada vez más urgente política y socialmente; en setiembre del año 2000, 147 jefes de estado y gobierno y un total de

191 naciones, entre las que se encontraba el Perú, adoptaron la declaración del milenio de la Naciones Unidas. Esta Declaración plantea para el año 2015, el compromiso de reducir a la mitad el número de personas que sufren las consecuencias de la pobreza extrema en el mundo, expresando la urgencia por materializar dos imperativos éticos capitales: la satisfacción de los derechos humanos básicos de las grandes mayorías y la generación de una cultura de igualdad de género y del empoderamiento de la mujer; a la garantía de educación y salud básica de calidad para todos, entre otros objetivos priorizados. (FAO – 2012)

Brasil, por ejemplo, implementó el programa Hambre Cero, con el fin de proveer de alimentos y servicios básicos, así como hacer transferencias a grupos por debajo de la línea de pobreza. (Maldonado, J. 2011). Por su parte, la política social mexicana, luego de la liberalización de su economía durante los ochenta, pasó de tener un corte socialdemócrata, limitado a lo urbano, a construir una protección social basada en la focalización, el asistencialismo y la participación del sector privado. Aquí se destaca el

éxito del programa Oportunidades (inspiración del programa Juntos en el Perú) dadas sus acciones específicas en educación, salud y alimentación para apoyar a las familias en extrema pobreza. (Maldonado, J. 2011). En este contexto, el Perú no fue la excepción e implementó programas que buscaron mejorar los ingresos de las familias más pobres del país creando el programa nacional de apoyo directo a los más pobres “juntos”, quien se suma a otras iniciativas gubernamentales concretas desplegadas durante los últimos años, con el objetivo de eliminar el vínculo intergeneracional de la pobreza. Estas iniciativas se orientan a procesos de redistribución de recursos mediante transferencias directas hacia las poblaciones vulnerables, con el fin de procurarles acceso a servicios integrales de salud, educación, saneamiento básico y administración de justicia. Esta transferencia monetaria es condicionada al cumplimiento de corresponsabilidades en las que respecto a salud; en madres con niños menores de 5 años se evalúa el crecimiento adecuado de su hijo; para lo cual es necesario destinar un porcentaje del dinero recibido en alimentos que contribuyan a su nutrición, sin embargo las tasas de desnutrición en algunos lugares del país no han mejorado.

El presente trabajo busca determinar si la intervención del programa JUNTOS ha contribuido con la nutrición infantil de las familias beneficiarias del distrito de Cajabamba, mediante encuesta realizadas a las familias beneficiarias, entrevistas a madres lideresas; y revisión de reportes de la DIRESA del estado nutricional de los menores de 5 años del distrito de Cajabamba en el periodo 2007 – 2012.

Para lo cual se ha estructurado en capítulos como se presenta a continuación:

En el capítulo I se presenta el problema de investigación, planteamiento del problema, la formulación del problema, la justificación y los objetivos de estudio.

En el capítulo II se abordan el marco teórico, la ubicación del problema y bases teóricas, los cuales son aspectos teóricos relacionados a los programas de transferencias monetarias

condicionadas con énfasis en el Pogram JUNTOS de Perú y su contribucion a la nutrición infantil como eje importante para el objetivo de su creacion de combatir el hambre en el mundo.

En el capítulo III se aborda sobre el diseño metodológico, tipo de investigación, el ámbito de estudio, población y muestra, la unidad de análisis y observación, técnicas e instrumentos y el procesamiento de datos.

En el capítulo IV se ofrece los resultados y discusión

En el capítulo V las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Más de 795 millones de personas de todo el mundo, y en particular de los países en desarrollo, no disponen de alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades nutricionales básicas, los suministros de alimentos han aumentado considerablemente, pero los factores que obstaculizan el acceso a ellos y la continua insuficiencia de los ingresos familiares de los países sub desarrollados para comprarlos. (FAO – 2012)

En 1996 se reunieron por primera vez los jefes de Estado y de Gobierno, en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación por invitación de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) donde reafirmaron el derecho de toda persona a tener acceso a alimentos sanos y nutritivos, en consonancia con el derecho a una alimentación apropiada y con el derecho fundamental de toda persona a no padecer hambre.

Considerando que para mejorar el acceso a los alimentos es imprescindible erradicar la pobreza, la gran mayoría de las personas malnutridas, bien no pueden producir alimentos suficientes o bien no pueden permitirse comprarlos; no tienen suficiente acceso a medios de producción como la tierra, el agua, los insumos, las semillas y las plantas mejoradas, la tecnología adecuada y el crédito agrícola. Por lo que cada país deberá adoptar una estrategia en consonancia con sus recursos y capacidades para alcanzar sus objetivos propios y, al mismo tiempo, cooperar en el plano regional e internacional para dar soluciones colectivas a los problemas mundiales de la seguridad alimentaria. (Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria 1996).

En los últimos 10 años, el Perú enfrenta una situación dual que combina crecimiento macroeconómico promedio de 8% con una alta exclusión social. Unos 10 millones de personas (población estimada en 30 millones) viven por debajo de la línea de pobreza (33.34%), de los cuales 4 millones (40%) están en pobreza extrema. Esa población accede precariamente al mercado, por lo que la ingesta calórico-proteica de 2,200 kilocalorías recomendada por día, según la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO), resulta deficitaria. Entre las principales causas de tal situación se pueden citar: (a) un poder adquisitivo largamente insuficiente, debido a un salario mínimo de apenas US\$196; (b) los bajos niveles de empleo (9%) de la economía peruana, sobre todo en sectores productivos; (c) consumo de alimentos inadecuados, (d) bajos niveles de alfabetismo (de 4 y 11% entre hombres y mujeres, respectivamente) en los estratos más vulnerables de la población y (e) pocas oportunidades de capacitación. Estos, entre otros factores, explican el alto índice promedio de malnutrición infantil (17.9%) y las altas tasas de anemia (50.3%) a nivel nacional. (Programa Mundial de Alimentos – Memoria Anual 2010).

Reducir la pobreza se transformó, así, en un objetivo cada vez más urgente, política y socialmente. Brasil, por ejemplo, implementó el programa Hambre Cero, con el fin de proveer de alimentos y servicios básicos, así como hacer transferencias a grupos por debajo de la línea de pobreza. (Programa Hambre Cero. 2012)

Por su parte, la política social mexicana, luego de la liberalización de su economía durante los ochenta, pasó de tener un corte socialdemócrata, limitado a lo urbano, a construir una protección social basada en la focalización, el asistencialismo y la participación del sector privado. Aquí se destaca el éxito del programa Oportunidades (inspiración del programa Juntos en el Perú) dadas sus acciones

específicas en educación, salud y alimentación para apoyar a las familias en extrema pobreza. (Banco Interamericano de Desarrollo- Programa de Desarrollo Humano “Oportunidades” – 2013)

En este contexto, el Perú no fue la excepción y en 1995 se crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “JUNTOS” con la finalidad de contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema y como propósito generar capital humano en hogares en pobreza en corresponsabilidad Estado-hogar, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud, nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de los derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad. Dicho incentivo está condicionado al cumplimiento de compromisos adquiridos, los cuales intentan promover y garantizar el acceso y participación de los hogares en extrema pobreza con niños menores de 14 años y gestantes en las áreas de salud – nutrición, educación e identidad; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad. (MIDIS – Programas Sociales en el Perú – 2008)

En lo que respecta a salud y nutrición, el Programa Nacional JUNTOS contempla corresponsabilidades referidas al cuidado materno infantil, entre ellas participar de charlas sobre alimentos más nutritivos que deben consumir las familias a fin de que puedan conocer cómo invertir el incentivo monetario en alimentación y mejorar la nutrición de sus hijos. Es por ello que en la presente investigación se centrará en analizar el impacto del Programa JUNTOS en las familias beneficiarias del distrito de Cajabamba en la adquisición y consumo adecuado de alimentos que repercute en la nutrición infantil.

1.2. Formulación del Problema

Problema Central:

P1.- ¿De qué manera el Programa JUNTOS ha impactado en la nutrición infantil de las familias beneficiarias del distrito de Cajabamba?

Problemas Específicos:

P1.- ¿Se cumple con los lineamientos de intervención del programa Juntos que contribuyen a mejorar la nutrición infantil?

P2.- ¿Qué cambios, en las actitudes y en las prácticas alimentarias, ha promovido el programa JUNTOS en las familias beneficiarias?

P3.- ¿Se cumple con la corresponsabilidad en salud y nutrición que estipula el Programa Juntos para las familias beneficiarias?

1.3. Hipótesis de Investigación

El Programa JUNTOS no tiene un impacto significativo en la nutrición infantil, de las familias beneficiarias del Distrito de Cajabamba.

1.4. Objetivos de Investigación

Objetivo Principal

Determinar el impacto del Programa Juntos en la nutrición infantil del distrito de Cajabamba en el periodo 2007 – 2012.

Objetivos Específicos

O1.- Analizar el cumplimiento de los lineamientos de intervención del Programa Juntos, en relación a su contribución con la nutrición infantil.

O2.- Describir los cambios en las actitudes y prácticas alimentarias de las familias beneficiarias del Programa JUNTOS.

O3.- Determinar el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud y nutrición que estipula el Programa Juntos para las familias beneficiarias.

1.5. Justificación de la Investigación

La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones de la vida de las personas, entre las que destacan los impactos en la salud, la educación y la economía. Como consecuencia de ello, estos efectos conllevan mayores problemas de inserción social y un incremento o profundización del flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la malnutrición por no disponer de recursos económicos suficientes para solventar el costo de una canasta básica de alimentos; lo que condicionan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaria.

El número de niños y niñas que presentan desnutrición ha descendido ininterrumpidamente a nivel mundial, sin embargo, el problema afectaba en 2010 a casi 200 millones de niños menores de 5 años. En el Perú, hubo una reducción lenta de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil hasta 1995, para dar paso a un virtual estancamiento por más de 10 años y luego presentar una reducción más pronunciada en el periodo 2007-2011, al pasar de 22,6% a 15,2%. A pesar del descenso, habría 449,663 niños menores de 5 años con desnutrición crónica, (OMS 2011) y es así también que en el distrito de Cajabamba la tasa de desnutrición crónica es de 28.5 %, desnutrición aguda 1.1%, desnutrición global 11.8%, sobrepeso 3.4% y obesidad 0.7%. (Reporte del estado nutricional por distrito de la DIRESA Cajamarca 2012).

El programa JUNTOS integra dos objetivos generales: a corto plazo: reducir la pobreza otorgando a los hogares transferencias de dinero y a largo plazo: detener la transmisión intergeneracional de la pobreza a través de la promoción de capital humano, el mejoramiento del acceso de la población a la educación y servicios de salud.

Por ello la presente investigación tiene relevancia social; ya que aporta nuevos conocimientos que permiten cuantificar en el tiempo el efecto del Programa Juntos, en sus dos dimensiones: Inversión Focalizada y Efectividad, sobre la salud y nutrición en el menor de 5 años, centrándose en la reducción de: malnutrición de infantes, mediante el análisis de los montos destinados por las familias beneficiadas en el programa para la adquisición de alimentos.

En ese sentido se justifica este estudio, el cual permitirá sugerir una propuesta en el mejoramiento de la intervención, a tomar en cuenta; en las actividades realizadas por el personal del programa así como en los diferentes niveles de gobierno.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación.

Navarrete, I. (Chile 2012). En su estudio acerca de El Programa Puente: Entre Las Familias y sus Derechos. “Evaluación de la Metodología Implementada para superar la Pobreza en la Comuna de la Pintana”, analiza la experiencia de familias en situación de extrema pobreza, con respecto a la metodología de intervención implementada por el Programa Puente para superar condiciones de pobreza y vulnerabilidad social. Para lo cual se logra contactar a dos tipos de familias, aquellas clasificadas como egresadas en condición de exitosas, y en su defecto aquellas clasificadas en condición de egresadas simple, es decir, son familias que por distintas razones no lograron cumplir con todas las condiciones mínimas que necesitaría para salir de su condición de pobreza. Según este nuevo modelo de intervención llevado a cabo por el Programa Puente en todo el País. Las familias entrevistadas pertenecen a la comuna de La Pintana, la cual se caracteriza por elevados índices de pobreza, cesantía y otros fenómenos sociales como es el caso de cifras relevantes en consumo y tráfico de drogas. La investigación se realiza en el marco de la elaboración de las nuevas políticas sociales para la superación de la pobreza. Dando inicio a un nuevo sistema de protección social, cuya finalidad es ir en beneficio de aquellas personas que normalmente se encuentran desvinculadas de toda red institucional ofrecida por el Estado. El objetivo de este estudio es evaluar la metodología de intervención con respecto al Apoyo Psicosocial y acciones tendientes para acercar a las familias al mapa de oportunidades sociales disponibles en la red de protección social. Con la

finalidad de promover sus potencialidades y transformarlas en sujetos autónomos, capaces de agenciar estrategias más efectivas para la satisfacción de sus necesidades. La metodología empleada es mixta (cualitativa y cuantitativa), las técnicas de recolección y análisis de información son la entrevista semiestructurada, un cuestionario tipo, un análisis descriptivo por categoría y un análisis estadístico descriptivo. Este enfoque mixto es utilizado a propósito de asegurar una visión aproximativa, en cuanto a evaluar y evidenciar acciones tendientes al cómo se está desarrollando y a que tipo de resultado ha llegado el nuevo modelo de intervención propuesto por el Programa Puente en la comuna de La Pintana. Dentro de los resultados, destaca ajustar modificaciones a la metodología e implementación del Programa Puente, fundamentalmente para dar respuesta a las características de las comunas y las familias, garantizando el no estandarizar un formato único de intervención e implementación. En este sentido se sugiere principalmente modificar el sistema de visitas de los apoyos familiares, trabajar en profundidad el ámbito del capital social comunitario y el sentido de autonomía en las familias. En cuanto a las investigaciones futuras es necesario indagar en el impacto que generan los programas sociales que acceden los integrantes de las familias, así como por ejemplo el programa de pro-empleo y/o de integración de desarrollo escolar.

Troncoso, R. y Henoch, I. (2014). En su estudio: ¿Qué Impacto Han Tenido las Transferencias Condicionadas en Chile?, busca estimar el impacto de los programas de transferencias condicionadas Subsidio Único Familiar (SUF), Chile Solidario e Ingreso Ético Familiar sobre la asistencia al control de niño sano, la asistencia escolar, el trabajo femenino, trabajo femenino formal, trabajo (hombres y mujeres adultos), trabajo formal, miembros activos en la fuerza de trabajo, ingreso autónomo e ingreso monetario. Adicionalmente, se analiza la evolución en la focalización de estos

mismos programas. Se observan resultados favorables en cuanto a la asistencia a los controles de salud y a los establecimientos educacionales de los beneficiarios del SUF y del Programa Chile Solidario. En relación a los resultados sobre el mercado laboral, estimamos efectos negativos para el trabajo formal y el trabajo formal femenino. Con respecto a esto último es importante mencionar que para los beneficiarios que solo participan del programa Asignación Social, no encontramos efectos significativos sobre el trabajo formal femenino. En cuanto a las variables de ingreso, se observa que el efecto para el ingreso autónomo es negativo para todos los programas y no significativo para los grupos más vulnerables. No obstante, cuando se evalúa a los beneficiarios que solo participan de la Asignación Social el efecto es positivo para las familias de menores ingresos.

Rivera, J. et al. (2006). En su estudio Impacto del Programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México tuvo como objetivo informar sobre el impacto de *Oportunidades* a corto plazo (de 2 años de exposición al Programa) en el estado nutricional de niños menores de 4 años de edad y de mujeres en edad reproductiva en zonas urbanas de México. Los principales indicadores utilizados para evaluar el impacto del Programa son el crecimiento en niños menores de 2 años y la prevalencia de anemia en niños de 2 a 4 años de edad y en mujeres no embarazadas. También se evalúa el impacto sobre el peso de las mujeres. En el caso de crecimiento del niño, se eligió el grupo de menores de dos años dado el mayor potencial de impacto en este grupo de edad. Para la evaluación de anemia, se seleccionó a los niños de 2 a 4 años y a las mujeres no embarazadas, en parte debido a que son grupos con alto potencial de impacto y, por otra parte, debido a razones logísticas de la evaluación. Para tratar de entender la relación entre los distintos componentes del Programa y los desenlaces reportados, se incluye un análisis sobre

la influencia de *Oportunidades* en diversos indicadores mediante los cuales el Programa podría influir en el estado nutricional, como la práctica de la lactancia materna, el consumo dietético y el consumo de los complementos nutricionales. Es importante destacar que esta evaluación fue realizada antes de que se implementaran los cambios en el Programa mencionados anteriormente, por lo que los hallazgos serán interpretados tomando en cuenta cómo estos cambios podrían influir en resultados en el futuro. El resto de este documento está organizado en tres secciones. En la sección de Metodología se presenta una descripción de los estudios realizados para obtener la información y una breve descripción de los métodos estadísticos utilizados para su análisis. Todos los hallazgos se presentan en la sección de Resultados sin incluir la interpretación de la información. Para facilitar la lectura, se presenta, en primer lugar, el impacto sobre el crecimiento y anemia en niños, seguido por el impacto sobre la práctica de la lactancia materna, el consumo dietético y el consumo de los complementos nutricionales de los niños. En segundo lugar se presenta el impacto sobre la anemia y el peso en mujeres. La sección de Discusión, Conclusiones y Recomendaciones incluye una revisión de la literatura relevante y las evaluaciones previas, lo que permite interpretar y poner en contexto los hallazgos presentados; identifica las limitaciones y fortalezas de la metodología utilizada; y presenta las conclusiones y recomendaciones específicas para fortalecer el Programa *Oportunidades*. *Oportunidades* está teniendo un importante impacto positivo en el estado nutricional de los niños beneficiarios de zonas urbanas, particularmente en el crecimiento. Como es de esperarse, el impacto es de mayor magnitud cuando los niños se incorporan en el Programa desde edad temprana, debido a que la etapa crítica en el crecimiento infantil es durante la gestación y en los primeros dos años de vida. Los niños con *Oportunidades* que estuvieron incorporados en el Programa antes de los 6

meses de edad miden en promedio aproximadamente 1 cm. más que los niños de hogares similares que no tenían el Programa. Este resultado es similar a los hallazgos en zonas rurales. El impacto se aproxima a lo esperado en este tipo de programas y refleja una importante mejoría a nivel poblacional. Eso está reflejado en la reducción en la prevalencia estimada de talla baja en niños menores de 24 meses. La relación entre la baja talla en la infancia y diversos efectos funcionales a lo largo de la vida (desarrollo motor y cognoscitivo, desempeño escolar, entre otros) ha sido ampliamente documentada en la literatura científica. El aumento en talla y la reducción correspondiente en la prevalencia de talla baja, muy probablemente será reflejado en ventajas en estos desenlaces a lo largo de la vida de los niños. Una parte del impacto observado en peso del niño (0.5 kg) se debe al incremento en talla. Para entender si el Programa tiene impacto en el peso, independientemente de su impacto en la talla, utilizamos el indicador peso para la talla. En este caso, la pertenencia a Oportunidades está asociada con mayor peso para la talla solamente en los niños que tenían menos de 6 meses cuando fueron incorporados al Programa. No se ha documentado en la literatura efectos adversos a corto plazo de aumentos de peso de esta magnitud en los niños en estas edades. En este momento, no sabemos qué implicaciones tiene este aumento en los niños a más largo plazo.

La evidencia presentada aquí de que los niños reducen la energía proveniente de su dieta en cantidad similar a lo que consumen de Nutrisano[®], sugiere que una ganancia de peso mayor a lo deseable es muy poco probable. Sin embargo, debido a que el sobrepeso y la obesidad en niños representan un problema creciente en toda la población mexicana, es importante responder dos preguntas. La primera, si existen consecuencias relacionadas con el aumento de peso que hemos documentado aquí y, la segunda, si el consumo regular del complemento Nutrisano[®] de acuerdo a las

recomendaciones del Programa resulta en un aumento de peso mayor a lo idóneo. Como se mencionó previamente, la entrega de un complemento de vitaminas y minerales es un componente fundamental de *Oportunidades*. Sin embargo, existen otros tipos de complementos de vitaminas y minerales que no contienen energía y que podrían ser considerados por el Programa. Dos de estos están siendo actualmente evaluados en un estudio de investigación encargada por el Programa.[†] Como parte de este estudio, se documentará el impacto comparativo de los distintos desenlaces de nutrición (estado de micronutrientes, crecimiento en talla, ganancia de peso) y se realizará un análisis integral que tome en cuenta los impactos en su conjunto. Recomendamos por el momento, continuar con la entrega de Nutrisano[®] a todos los niños de 6 a 23 meses de edad y esperar los hallazgos de este estudio para poder interpretar de mejor manera la relación entre la pertenencia al Programa, el consumo de Nutrisano[®] y la ganancia de peso en niños. El impacto positivo, pero modesto y limitado en niños de 2-3 años de edad en la concentración de hemoglobina no es sorprendente. El Programa *Oportunidades* tiene mayor capacidad de influir sobre el estado de hierro y la anemia entre el primero y segundo año de vida, etapa en la que se tomó la decisión de no evaluar el impacto por razones éticas. Como parte de cualquier investigación, es obligación ética dar o referir la atención médica y entregar suplementos de hierro a cualquier niño identificado con anemia. Si se hubiera realizado la evaluación en niños menores de 2 años, es probable que se hubiera tenido que entregar suplementos con hierro a una gran proporción de los niños en localidades con y sin el Programa, ya que la prevalencia de anemia en esta etapa es elevada (hasta el 50% de los niños de familias con bajos recursos económicos). Esto podría haber enmascarado de manera importante cualquier potencial impacto positivo del Programa. Con la evaluación del estado de hierro en niños de 2 a 4 años de edad se

evitó este problema, dado que encontramos un número menor de niños con anemia. Este diseño, sin embargo, tiene la desventaja de que es más difícil detectar impacto dado que la prevalencia es menor. En niños de 2 a 4 años de edad se esperaba encontrar un impacto, aunque fuera menor que el impacto en niños más jóvenes, que podría ser un reflejo de mayores reservas de hierro debidas al consumo regular de Nutrisano[®] antes de los 2 años de vida, cuando el niño recibió el complemento por parte del Programa.

Rivera, et al. (2009) en su estudio acerca del Impacto de los Programas de Transferencia Condicionada de renta sobre el estado de salud: El Programa Bolsa Familia de Brasil refiere que Las transferencias condicionadas de renta se están consolidando como instrumento estándar para la reducción de la pobreza. El Programa Bolsa Familia implementado en Brasil es el de mayor envergadura de este tipo de programa en el mundo. La evaluación de su impacto ofrece algunas indicaciones extrapolables a otros países. En este artículo se pone en evidencia la falta de resultados de este programa en términos de estado de salud y de modificación de conductas no saludables. la existencia de barreras por el lado de la oferta aparece como la limitación más importante para la consecución de mejores resultados en este ámbito. Sin embargo, el impacto positivo del programa sobre la educación y la reducción de la pobreza permite predecir mejoras en el estado de salud de la población a largo plazo.

Instituto de Estudios Peruanos (2009), realiza un estudio de percepción sobre cambios de comportamiento de los beneficiarios y accesibilidad al Programa Juntos en el distrito de San Jerónimo (Andahuaylas – Apurímac). En este estudio se recogen algunas de las principales percepciones acerca del Programa de parte de la población de dichas localidades. Se dice por

ejemplo que “El Programa si acoge a los pobres pero: No están todos los pobres, hay problemas de filtración y existen estereotipos erróneos como pudientes (para algunos comuneros)”. Además, se concluye que: “Los beneficiarios tienen mayor participación, por el carácter obligatorio que tienen para el Programa Juntos (como las campañas y charlas sobre hábitos de higiene y salubridad)” (p. iii). En este estudio se halló que el cumplimiento de las condicionalidades se exige insistentemente desde toda la cadena de actores que participan en el proceso. Sin embargo, existen factores ajenos a dicho cumplimiento que no dependen solamente de las voluntades de cumplimiento de los mismos, sino que dependen de las condiciones materiales objetivas del lugar donde se realizan. Por ejemplo, se menciona que una de las metas del Programa es la reducción de la desnutrición, lo que se logra, entre otras cosas, con el cambio en los hábitos de consumo. En la localidad donde se realiza dicho estudio la población –como en muchas partes de la región sierra– consume mayormente una dieta basada en carbohidratos que son producidos en la zona (papa, arroz o fideos). Las beneficiarias del Programa atendiendo las sugerencias que se les da desde el sector salud, compran carne una vez a la semana y se las dan a sus hijos durante dos días como máximo, ya que en la localidad no se cuenta con refrigerador (p. 61). La carencia de este artefacto hace que los cambios en los hábitos de consumo de la población no sean sostenibles. Otro cambio que parece importante destacar es el cambio que se está dando en el consumo de frutas entre la población. Al parecer, los mensajes sobre el cambio en los hábitos de consumo están calando en la población (al menos entre la residente en San Jerónimo). Los padres de familia la compran siguiendo la recomendación médica de darles fruta por lo menos una vez a la semana. Sin embargo, cabe destacar que este mensaje es entendido y aplicado literalmente, ya que se les da toda la fruta a los niños. En el trabajo de campo de dicho estudio no se vio a los padres comer fruta en ningún momento. Por otro lado, se afirma que los mayores castigos se dan por fallas en el cumplimiento de las condicionalidades de salud. En ese sentido, vale la pena señalar que la fase de rediseño del Programa pretende disminuir la discrecionalidad de las promotoras, que según las mujeres beneficiarias sancionadas, son las culpables de las sanciones, al no comunicar oportunamente los horarios de las charlas y de la vacunación, o al

no tomar en cuenta factores como la distancia entre comunidades, que limita la accesibilidad (y por ende el cumplimiento de las condicionalidades) hacia los centros de salud. Por otra parte, se afirma que hay nuevas condicionalidades para las beneficiarias, que implican: “biohuertos, letrinas, cocinas mejoradas, tejidos o bordados, elaboración de platos típicos para los días de pago o ferias dispuestas por JUNTOS” (p. 74). Las autoridades de las localidades donde interviene el Programa (autoridades, funcionarios y parte de la población urbana) cuestionan el sesgo asistencial del Programa y del gasto a largo plazo que se hace (que probablemente no rinda frutos), ellos reclaman que se invierta más en cuestiones productivas. Esto hace según el informe que se aprecien las condicionalidades adicionales. Es decir, las autoridades tienen la percepción de que Juntos no tendrá grandes resultados a largo plazo y que por ello se debe atender el corto plazo, con estas condicionalidades adicionales. Eso significa que los funcionarios y autoridades no entienden la naturaleza acumulativa de capital humano, que es el objetivo del Programa, además, existe la percepción entre la población urbana que a los beneficiarios se les otorga el beneficio sin realizar nada a cambio.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Instituto de Estudios Peruanos (IEP) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2009), realizan un estudio sobre El Programa JUNTOS Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas – Estudio de caso de seis distritos rurales del Perú. El texto analiza la implementación del Programa en seis distritos rurales, evaluando los cambios de comportamiento producidos, el uso que las familias le dan a las transferencias recibidas y el acceso que la población vulnerable tiene a los servicios sociales. En este estudio se detallan una serie de desencuentros entre el Programa y la población, como por ejemplo, que existe un descontento con el proceso de focalización, ya que la línea divisoria entre quienes merecen el apoyo del Estado y entre quienes no, es muy delgada.

Además, se sostiene que el Programa no ha asegurado que los beneficiarios conozcan la filosofía del mismo, es decir, los objetivos y las razones de dichos objetivos. Esto es importante porque si la población beneficiaria no conoce los objetivos del programa, tiende a

obedecer la condicionalidad solo por el afán de no perder el subsidio, y no por un ejercicio legítimo de derechos. Según este estudio, existe una ausencia de capacitación adecuada de los beneficiarios, lo que lleva a que se descuiden algunos objetivos del Programa. Existe más bien el temor a ser excluido de lo que los obliga al cumplimiento de las condicionalidades, más sin una convicción. También se señalan algunas dificultades operativas, tales como que los promotores introducen condicionalidades que no forman parte del compromiso de las beneficiarias. Además, el estudio sirvió para despejar dudas respecto a los mitos alrededor del programa (alcoholismo, aumento en el número de hijos, etcétera.), ya que según se afirma, no se encontró evidencia empírica que sustente dichos mitos.

Bernardo, J. (2014). refiere en su estudio Programa Juntos: Efecto en la Sostenibilidad Social en las Beneficiarias del Distrito de San José de Quero 2010-2011, la necesidad de analizar los programas sociales en el marco de una visión de desarrollo humano integral, inclusión social, desarrollo de capacidades productivas, capital social con la dinámica económica, socio cultural, que llevó a la siguiente interrogante: ¿Por qué el Programa JUNTOS no ha logrado darle Sostenibilidad social a las beneficiarias del Distrito de San José De Quero?, siendo el objetivo general: Conocer y explicar qué factores intervienen en la limitada sostenibilidad social de las beneficiarias del Programa JUNTOS en el Distrito de San José De Quero. La hipótesis general consistió en: La sostenibilidad social de las beneficiarias del programa Juntos en el distrito de San José de Quero, depende en gran medida de sus estrategias de articulación, que tienda puentes con otros programas del Estado a fin de promover mejores oportunidades económicas como acceso a empleo y crédito, asistencia técnica productiva, entre otros. El tipo de investigación es descriptiva, el método científico es básico, se utilizó la técnica de entrevista, encuestas, se ha procesado la información, análisis del mismo y elaboración del informe final. Las conclusiones

principales son: La sostenibilidad social de las beneficiarias del programa Juntos están directamente relacionadas con su capacidad de emprendimiento, de empoderamiento del programa, de la consolidación de sus redes de capital social y demás formas de inclusión social, como la inclusión financiera. No existen espacios ni voluntad de articulación entre los actores locales para llevar adelante acciones conjuntas que logre la sostenibilidad social.

Hidalgo, I. (2010) en su estudio “Influencia del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS en la Disminución de la Pobreza, en su Ámbito de Intervención, Período 2005-2009”, determinó cómo influye el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres y, sus dimensiones de inversión focalizada y efectividad sobre la pobreza en su ámbito de intervención desde el 2005 al 2009, para lograr el objetivo se utilizaron los registros de ENDES, ENAHO, INEI, SIS, MINSA, MINEDU, cuya validez y confiabilidad es de carácter oficial; aplicando la información mediante la organización, procesamiento y análisis en el periodo en que se desarrolló la investigación. Mediante el uso del Software EVIEWS 7 se logró determinar un modelo que permitirá a las Autoridades y Funcionarios de la Dimensión Social brindar la atención en el establecimiento de adecuadas Políticas Públicas para lograr el éxito en la lucha contra la Pobreza en el Perú.

Perez, J. (2015). En su estudio sobre la Evaluación del Efecto del Programa Juntos en Relación a la Salud Materno Infantil, no refiere que los programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) han mostrado tener impacto en la salud materna-infantil. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de Juntos, el programa de TMC en el Perú, en la salud materno infantil. Se usó la Encuestas

Demográficas y de Salud Familiar del Perú (ENDES) (2005-2014) y para el análisis se utilizó la metodología de paramiento por puntaje de propensión y análisis de diferencias en diferencias. El análisis de paramiento por puntaje de propensión mostró que Juntos a nivel individual reduce el bajo peso en las mujeres (PR:0.39; IC95%:0.18-0.85) y de forma marginal la anemia en los niños (PR:0.93; IC95%:0.86-1.00). En el análisis de diferencias en diferencias se encontró que en los distritos implementados por Juntos se redujo la prevalencia de anemia en mujeres (coeficiente = -0.097; IC del 95% = -0.194 - -0.001) y niños (coeficiente = -0.139; IC del 95% = -0.275 - -0.003), pero aumento la prevalencia de sobrepeso en mujeres (coeficiente = 0.108; IC del 95% = 0.008 - 0.208). También se encontró que los beneficiarios de Juntos si cumplen con las responsabilidades que les pide el programa en relación a partos institucionales, control de crecimiento y desarrollo del niño en el centro de salud y cumplimiento con el calendario de vacunas del niño.

Díaz, J. (2014), en su estudio sobre Efectos del Programa de Transferencias Condicionadas JUNTOS en el Peso al Nacer de los Niños; buscó analizar el efecto del Programa de Transferencias Condicionadas JUNTOS en la salud neo-natal de niños y niñas que fueron expuestos al Programa durante la gestación. Asimismo, se explora si JUNTOS ha mejorado el cuidado de la salud pre-natal de las madres gestantes. Se estiman modelos de dobles diferencias, efectos fijos por madres y variables instrumentales para determinar los efectos de JUNTOS en una serie de indicadores de salud neo-natal - principalmente el peso al nacer de los niños - y de cuidado pre-natal de la salud. Los datos utilizados provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del periodo 2004-2013. Los resultados sugieren que JUNTOS no ha tenido efectos en la salud neo-natal, pero existe cierta evidencia de una mejora en el cuidado pre-natal de las madres gestantes. Debido a

limitaciones de los datos, no obstante, no es posible ser concluyentes en cuanto a que JUNTOS no mejora la salud de los recién nacidos.

Sánchez A. y Jaramillo, M. (2011) en su estudio sobre el “Impacto del Programa Juntos sobre la nutrición temprana; se explora el impacto del programa de transferencias condicionadas Juntos sobre el estado nutricional de niños menores de 5 años. Con dicho fin, se aplican dos metodologías: (a) emparejamiento de hogares en base a características observables y doble-diferencia con emparejamiento; y, (b) estimaciones con efectos fijos distritales y maternos. Los resultados hallados sugieren que el programa habría reducido la incidencia de desnutrición crónica extrema. Asimismo, condicionado a estar afiliado al programa, se detecta efectos positivos según el tiempo de exposición al programa para aquellos niños nacidos en hogares con madres relativamente bien educadas.

2.2 Antecedentes históricos.

Desde hace más de 10 años, los Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC) se han convertido en una de las estrategias más importantes y más extendidas de las políticas de protección social para el alivio y la reducción de la pobreza. A grandes rasgos, los PTMC son iniciativas estatales que entregan de forma directa subvenciones en efectivo a hogares pobres y vulnerables. Estas subvenciones están sujetas al cumplimiento de una serie de condiciones o corresponsabilidades por parte del hogar, por lo general orientadas a la inversión en capital humano. Por un lado, están las corresponsabilidades en materia de salud y nutrición que exigen controles periódicos, monitoreo del crecimiento y vacunación para niños menores de cinco años de edad; así como controles prenatales para las mujeres embarazadas y la asistencia a charlas en temas de salud y nutrición. El

segundo grupo de condiciones corresponde al área de la educación y exige que los niños y jóvenes del hogar estén inscritos en la escuela y que asistan como mínimo (en la mayoría de PTMC) a un 85% de las clases durante el año escolar (Fiszbein, Schady et al. 2009; Maldonado et al. 2011)

El Instituto de Estudios Peruano llevó a cabo una consultoría encargada por CARE y Proyecto Capital – 2012; en la que se analiza las diferentes experiencias de los PTMC más importantes de América Latina en los que se tiene:

América Latina:

Programa Oportunidades, México

El programa Oportunidades es el Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas más antiguo de América Latina. Comenzó en 1997 con el nombre Progresá y trabajaba solamente en el ámbito rural. En 2001, se extendió a zonas urbanas y cambió de nombre a Oportunidades. El programa está bajo la responsabilidad de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y es ejecutado por la Coordinación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Su objetivo es contribuir a reducir la pobreza extrema, asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades, mediante la entrega de apoyos monetarios a las familias pobres, en educación, salud, alimentación y apoyo energético. Su población objetivo son aquellas familias cuyos ingresos están por debajo de la línea de bienestar mínimo y familias en extrema pobreza. Los grupos prioritarios son los niños menores de cinco años, los jóvenes menores de 21 años y mujeres embarazadas y en lactancia.

La transferencia monetaria del programa Oportunidades está sujeta a condicionalidades en salud y en educación. En salud, todos los miembros del hogar deben inscribirse en una unidad de salud y asistir a los controles regularmente. Además deben asistir cada mes a una sesión de comunicación educativa para el auto-cuidado de la salud. En educación, los niños menores de 18 años deben estar inscritos en la escuela primaria o secundaria. Los jóvenes menores de 21 años que hayan terminado la educación básica deben estar inscritos y asistir a los establecimientos correspondientes para completar la educación media superior. (Maldonado, J. 2011)

Chile Solidario / Programa Puente

Chile Solidario fue creado en 2002 para ayudar a las familias en extrema pobreza e indigencia a través de su incorporación a las redes sociales. Se encuentra bajo la responsabilidad del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) y es ejecutado por la Secretaría Ejecutiva de Protección Social. (Maldonado, J. 2011)

Su objetivo general es “mejorar las condiciones de vida de las familias en extrema pobreza, generando las oportunidades y entregando los recursos que permitan recuperar o disponer de una capacidad funcional y resolutiva eficaz en el entorno personal, familiar, comunitario e institucional” (MIDEPLAN, 2002).

Sus objetivos específicos son:

- Dar apoyo psicológico a las familias en extrema pobreza para promover el desarrollo de sus propias potencialidades, transformándolas en sujetos autónomos.
- Acercar a las familias indigentes a los servicios y beneficios sociales disponibles en la red territorial.

- Generar las condiciones mínimas requeridas para asegurar que los miembros más vulnerables de las familias beneficiarias, tengan oportunidades para mejorar su nivel de vida.

Bolsa Familia, Brasil

Bolsa Familia es un PTMC financiado por el Gobierno Federal de Brasil y el Banco Mundial, bajo la responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS) y ejecutado por la Secretaria Nacional de Renta de Ciudadanía (SENARC) y el Consejo Gestor del Programa Bolsa Familia (CGPBF).

Los municipios lo administran a nivel nacional. En 2003, el programa abarcó todo el territorio nacional, unificando todos los programas de asistencia social para los hogares pobres y pobres extremos. Su población objetivo son las familias con ingresos mensuales menores a BRL \$140 (US\$ 84) per cápita e hijos menores de 17 años y/o mujeres embarazadas o en lactancia. (Maldonado, J. 2011)

2.3 Bases Normativas

Lineamientos del Programa Juntos

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres –"JUNTOS", es un Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas que se inscribe dentro de la política social y de lucha contra la pobreza del gobierno del Perú. JUNTOS fue creado el 7 de abril del 2005 mediante el Decreto Supremo No. 032–2005–PCM que define su finalidad, fuentes de financiamiento y estructura operativa, quedando adscrito a la PCM. Posteriormente este Decreto Supremo fue complementado por el D.S. No. 062-2005-PCM que introdujo modificaciones a su estructura organizacional.

En la Ley N° 29792 – Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS es adscrito como Unidad Ejecutora del Pliego MIDIS, lo que se cumple mediante Resolución Suprema 004-2012-PCM, publicada el 1 de enero de 2012, se dispuso la transferencia del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS- de la Presidencia del Consejo de Ministros al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS. Esta transferencia de JUNTOS al MIDIS y su unión con otros programas sociales, corresponde a la nueva política gubernamental de fortalecer y articular la intervención social del Estado para impulsar el desarrollo y la inclusión social, propiciando que la inversión de los recursos sea eficaz y eficiente e impacte mejor en la lucha contra la pobreza.

El Programa JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y evitar que los hijos sigan viviendo en la pobreza que afecto a sus padres y como propósito generar Capital Humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad hogar – Estado, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los dirigentes sociales de la comunidad. Dicho incentivo está condicionado al cumplimiento de compromisos adquiridos, los cuales intentan promover y garantizar el acceso y participación de los hogares en extrema pobreza con niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años y gestantes en las áreas de salud- nutrición, educación e identidad; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad. La estructura del Programa JUNTOS representa un cambio considerable entre todos los Programas Sociales en el Perú. En primer lugar, a diferencia de anteriores programas de alivio de la pobreza, la selección de usuarios

se hace a nivel del hogar garantizando que los recursos se destinen y lleguen a los hogares que verdaderamente están en situación de pobreza. Adicionalmente, JUNTOS promueve la salud y la educación en las comunidades y centros poblados de los distritos y al hacerlo, al intervenir intersectorialmente, obtiene mejores resultados en la lucha contra la pobreza y agiliza la generación de capital humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema. (Alcazar, L. 2009).

Política de la calidad.

Promover el acceso a la salud y educación de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, con el objetivo de potenciar el capital humano a través de la entrega de incentivos monetarios condicionados, dentro de un enfoque de restitución de los derechos fundamentales de la persona.

La Dirección del Programa Juntos se compromete a:

- Incentivar el acceso a los servicios de salud, nutrición y educación para mejorar la salud preventiva materna e infantil y la escolaridad sin deserción.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades para romper la transferencia intergeneracional de la pobreza.
- Mejorar continuamente sus procesos para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los servicios que entrega y la eficiencia del sistema de gestión de la calidad.
- Mejorar continuamente las capacidades de los servidores del Programa.

2.4 Bases Teóricas

Teoría de Maslow:

Maslow, A. (2006), presentó una forma muy sencilla de concebir las necesidades de una persona. La jerarquía se ordena desde los niveles más bajos y más básicos, hasta las de niveles más altos; plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, que las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana. La jerarquía está, organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes más bajas, mientras que las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes más altas; de este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos las necesidades de déficit, las cuales serían las fisiológicas, las de seguridad, las de amor y pertenencia, las de estima; y las de desarrollo, las cuales serían de auto actualización y las de trascendencia.

Dentro de esta estructura, cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentra en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer. La teoría de Maslow plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades superiores de la jerarquía; “un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino, más bien, con asegurarse lo suficiente para comer”.

Solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores - aunque lo haga de modo relativo- , entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores, y con eso la motivación para poder satisfacerlas; a medida que la tendencia positiva toma más importancia, se experimenta un grado mayor de salud psicológica y un movimiento hacia la plena humanización.

Para Maslow, el convertirse plenamente en humano implicaría la aceptación de satisfacción de las necesidades determinadas por nuestra base biológica, lo que permitiría, tras satisfacer las tendencias que nos unen con el resto de la humanidad, descubrir lo idiosincrático, lo que nos distingue del resto de los seres humanos, el descubrir los propios gustos, talentos determinados por nuestra herencia, para concretizarlos - elaborarlos - en base al trabajo esforzado; en palabras de Maslow: “la manera en que somos distintos de las demás personas también se descubre en esta misma búsqueda personal de identidad.

Teoría sobre el Modelo de Promoción de la Salud.-

Pender, N. (1996) al plantear su Modelo de Promoción de la salud nos señala que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla. Así mismo, cuando existe la convicción que una conducta es posible realizar, es más probable que se realice. Estos principios son fundamentales en el cambio de conducta de los individuos, toda vez que la capacidad de una persona para modificar su conducta depende de su propio concepto de salud (ausencia de enfermedad / alto grado de bienestar) y de la percepción que tenga de sus capacidades de modificar su conducta. Cuando los sujetos perciben como beneficiosos los resultados de sus conductas de cuidado de su salud, es más probable que las realicen. En este modelo, la salud es considerada como un estado

altamente positivo en que el individuo sigue una trayectoria orientada hacia ella.

El modelo es de gran utilidad para los profesionales de la salud que se desempeñan en el ámbito social en la promoción de la salud. Permite ayudar al individuo a identificar sus necesidades y motivar a través de estas, su cambio de conducta.

Otro aspecto que debemos considerar es el conocimiento que los individuos van adquiriendo, en materia de salud, a lo largo de su vida. Por ello las determinantes culturales y sociales son el gran desafío de la educación en salud, debe adecuarse las metodologías considerando estas variables y las percepciones de los individuos, para lograr así una mejor eficacia. La educación en salud, por si sola no logra un gran impacto en la promoción de la salud. Se necesita, además de dos elementos importantes: la comunicación y la participación social.

- a) **Comunicación Social.** Para lograr grandes coberturas en forma simultánea.
- b) **Participación Social.** Permite que la comunidad se involucre en algo que le pertenece, como su salud.

Es difícil modificar hábitos en el adulto, en cambio, lograr que los niños tomen conciencia de lo beneficios que es para su salud desarrollar determinadas conductas, es una inversión a largo plazo con beneficios no solo para el individuo, sino también para la sociedad.

Desarrollo Humano: Postulados Principales y Articulación con las Teorías del Desarrollo.

Sem, A. (2000). En el concepto central de desarrollo, una de las características sociales más importantes es la inclusión social. Al respecto, se tiene aquí una

amplia cobertura de temas y condicionantes. En el sentido contrario al de inclusión, en la exclusión se comprende el no acceso efectivo a servicios y bienes estrictamente relacionados con la supervivencia, tal el caso de alimentación, salud, vivienda, y también educación, empleo y actividad productiva.

Otros aspectos incluyen la participación política y la organización. Un rasgo que puede evidenciar el grado de exclusión social es la pobreza, ya sea referida a personas u hogares, ya sea en función de línea de pobreza o bien respecto a necesidades básicas insatisfechas. En todo caso, el desarrollo humano constituye un tema convergente y multidisciplinario. Es resultado de la interacción de muchos factores y condicionantes económicas y sociales, las que actuando de manera dinámica, en los contextos culturales particulares de los pueblos, imprimen su sello característico a las sociedades. El desarrollo y la inclusión social que conlleva, están relacionados en lo fundamental, con la participación activa, efectiva, plena, libre de los individuos, grupos sociales y comunidades. Esta participación le confiere poder a los grupos muchas veces divididos en función de la distribución geográfica para la toma de decisiones, y consecuentemente para la utilización correspondiente del poder en función de sus necesidades, recursos y aspiraciones. Este fundamento puede garantizar de mejor manera el respeto a elementos culturales y de derechos humanos. Es decir que un rasgo que se encuentra en el corazón, en lo fundamental de la inclusión social es la efectiva participación de los ciudadanos. En este sentido se incluye una condicionante: la ciudadanía. La misma se entiende como el ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos, sociales, en colectividad. La propia ciudadanía, como un sentido de pertenencia social es un rasgo del desarrollo. En este contexto se determinarían las derivaciones políticas de participación activa de sujetos y

grupos, además de conferirle un oportuno sentido de intermediación social a las organizaciones políticas y la revocabilidad de mandatos. Estos rasgos son más factibles de generar y fortalecer a nivel del desarrollo local, más complicado en términos de lo nacional y con escasas repercusiones en términos de lo mundial o global. Se trata de que el concepto básico en lo social y político, apoye y se corresponda con los fundamentos del Desarrollo en su integridad, en función de la economía, la satisfacción de necesidades genuinas, el uso sostenido de recursos naturales renovables y la apropiada utilización de la tecnología, respetando en ello la cultura y los derechos humanos. En términos de lo económico, la inclusión social está relacionada con la capacidad de las personas en cuanto a tener la oportunidad concreta para insertarse de una manera efectiva en los sistemas de producción, distribución y consumo. Todo ello, a fin de proveer los satisfactores para las personas, familias y grupos sociales. Estos elementos mencionados en términos de lo social, lo político, lo cultural, ecológico y económico, requieren de un contexto de institucionalidad que favorezca la integración social de los diferentes grupos de la sociedad. Este rasgo contrasta muchas veces con el que corresponde a las realidades de grupos marginales en naciones latinoamericanas. Hasta este punto de consideraciones, puede establecerse que las articulaciones entre las grandes teorías de desarrollo y el paradigma o concepto general central que se establece principalmente por parte de Naciones Unidas, incluirían al menos cuatro elementos: (i) el paradigma es más enfocado a la situación subsistémica de los países, a lo interno o doméstico de los mismos; (ii) las grandes teorías se refieren muchas veces a los nexos sistémicos, esto es entre naciones, en particular la teoría de dependencia, sistemas mundiales y últimamente la teoría de la globalización; (iii) el paradigma de naciones unidas permite concretar indicadores

y medidas de gobierno, en el ámbito de las aplicaciones macroeconómicas, y medidas locales; (iv) las grandes teorías se concentran en componentes explicativos, cuya utilidad puede ser muy valiosa en la concepción de los proyectos de nación que se deseen establecer, y en condicionantes de relaciones exteriores enriquece la perspectiva conceptual, metodológica y operativa del término. No sólo en los aspectos culturales, sociales, políticos, económicos y ecológicos que se han mencionado, sino también en los rasgos transversales relativos a la equidad de género, sustentabilidad y gobernabilidad. De conformidad con los aportes de Fernando Calderón y Luís Vargas, dos científicos sociales que han desarrollado importantes conceptos en el tema de Desarrollo Humano en Latinoamérica, se reconoce que entre los rasgos esenciales del desarrollo se tienen:

- **Potenciación:** una característica que básicamente enfatiza el aumento de la capacidad de las personas, es decir de un aumento de las opciones y, con ello, una mayor libertad. Pero la gente puede ejercer pocas opciones si no está protegida contra el hambre, la necesidad y la privación. Este sentido de la potenciación entraña una connotación adicional: que en el curso de su vida cotidiana, la gente pueda participar en la adopción de decisiones que afecten sus vidas. Se trata de que las personas tengan vidas prolongadas, creativas y sanas, en un contexto de libertad.
- **Cooperación:** los seres humanos sobreviven en una compleja red de estructuras sociales, que va de la familia al Estado, de los grupos locales de autoayuda a las empresas multinacionales. Este sentido de pertenencia es una fuente importante de bienestar; proporciona sentido, una percepción de tener significado en las vidas. El desarrollo humano entraña necesariamente una preocupación por la cultura –la forma en que las personas deciden vivir juntas– porque es la sensación de cohesión social basada en la cultura y en valores y

creencias compartidos lo que plasma el desarrollo humano individual. Si la gente vive junta, si coopera de manera de enriquecerse recíprocamente, amplía sus opciones individuales. • Equidad: Se suele pensar en la equidad en relación con la riqueza o los ingresos. Pero en el enfoque de desarrollo humano se adopta una posición mucho más amplia, procurando la equidad en la capacidad básica y las oportunidades. Según este criterio, todos deben tener la oportunidad de educarse, por ejemplo, o de vivir una vida larga y saludable. La promoción de la equidad requiere muchas veces, que se distribuyan los recursos de manera desigual. Los pobres, por ejemplo, pueden necesitar más ayuda estatal que los ricos. Alguna gente, como los enfermos o los discapacitados, pueden requerir más recursos que otros para mantenerse en el mismo nivel de capacidad; la equidad se caracterizaría por ser el trato justo de las diferencias. • Sustentabilidad: el desarrollo humano sostenible satisface las necesidades de la generación actual sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus necesidades. Por consiguiente, entraña consideraciones de equidad intergeneracional. Pero lo que se necesita transmitir no es tanto la existencia de una determinada riqueza productiva, como el potencial para lograr un nivel particular de desarrollo humano. • Seguridad: millones de habitantes de países en desarrollo viven al borde del desastre. Incluso en los países industrializados, la gente está expuesta constantemente a riesgos debido a la delincuencia, la violencia o el desempleo. Durante mucho tiempo, la idea de la seguridad se ha relacionado con la seguridad policial. Sin embargo, una de las necesidades más básicas es la seguridad de poder ganarse el sustento. A lo anterior debe agregarse que las personas desean estar libres de amenazas, tales como represión o enfermedad.

Nutrición y Desarrollo Temprano del Niño Pequeño.

Engle, P. (2010), refiere en su teoría que existe la posibilidad de una interacción muy fuerte en el momento que se le da de comer al niño que no siempre es aprovechada por la madre. De acuerdo con la Dra. Engle, algunos factores como el lenguaje y la paciencia que se tenga para darle de comer son factores claves. En su presentación aborda el vínculo entre la estimulación temprana y la buena nutrición como factores que necesariamente deben ir de la mano. De acuerdo a la III Serie Lancet sobre Desarrollo Infantil (2007) existen 1) Riesgos para el Desarrollo Infantil con evidencia fuerte (talla baja para la edad, deficiencia de yodo y de hierro); 2) Riesgos con evidencia menos fuerte como la ausencia de lactancia materna y el bajo peso al nacer y 3) Riesgos con evidencia fuerte de la estimulación inadecuada y pocas oportunidades para aprender. Se cuenta con datos globales que refieren que solo el 10% a 41% de los padres tienen materiales para estimular a sus hijos en países en desarrollo y que solo el 11% a 33% involucran a sus hijos en actividades de estimulación. Las intervenciones para mejorar el desarrollo son la nutrición y la estimulación y los dos tienen efectos independientes en el desarrollo. Cuando no mejora el desarrollo además de la nutrición estamos perdiendo oportunidades para la niñez. ¿Es posible mejorar el desarrollo infantil en los niños pobres? La misma Serie Lancet sobre Desarrollo Infantil nos dice que “Más de 200 millones de niños en el mundo no están desarrollando su potencial” (Grantham-McGregor et al. 2007) y que “Existen las intervenciones efectivas que pueden reducir la pérdida de potencial en desarrollo” (Engle et al. 2007). La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud de la OMS (2008) recomienda “Un enfoque más comprensivo para la primera infancia, construido sobre programas de sobrevivencia ya existentes y extendiendo las

intervenciones para incluir desarrollo social, emocional y cognitivo”. La nutrición y la estimulación temprana tienen efectos sincréticos. Mejorando el cuidado y estimulación del niño brindan un efecto independiente y adicional en el desarrollo del cerebro y la inteligencia. Una revisión de la literatura nos brinda una serie de estrategias evaluadas en diferentes países (ej. Asia del Sur y del Este, África, América Latina, Turquía y el Caribe). Incluye programas para padres o padre/niño, los programas de educación inicial y los que abordan desarrollo infantil, salud y nutrición. El ambiente tiene un efecto muy fuerte en el desarrollo cognitivo y socio-emocional de los niños porque la formación del cerebro inicia durante la gestación y es más rápido antes de los 3 años de edad y porque depende en parte de la capacidad de la madre de responder a gestos e interés del niño. Un ejemplo es el desarrollo del lenguaje, donde el número de palabras escuchadas antes de los 3 años de edad según la situación socioeconómica de la familia se verá reflejado en el desarrollo del lenguaje del niño (Figura 13). Está demostrado que la manera de responder al niño también afecta su aprendizaje de vocabulario. La edad de mayor riesgo nutricional es de 0 a 35 meses de edad y la edad más importante para el desarrollo cognitivo es de 1 a 3 años. El mecanismo a través del cual la nutrición y la estimulación tienen efectos sincréticos en el desarrollo intelectual y social es:

- El desarrollo del cerebro que requiere experiencias y buena nutrición
- La calidad de la interacción entre cuidadora y niño, ya que es crítica para el crecimiento y desarrollo
- Un niño desnutrido es difícil de cuidar

Una cuidadora bien nutrida –y bien valorada –va a proveer un mejor cuidado Las investigaciones sobre el efecto de intervenciones conjuntas de nutrición y desarrollo demuestran que tienen un efecto mayor que cuando se abordan separadamente. Parece que potencia el efecto de cada uno. Los efectos de

combinar la nutrición y la estimulación temprana se han observado. Los niveles de QI tienen un efecto de acuerdo al nivel de desnutrición y la edad de adopción. Comparando entre niñas coreanas huérfanas adoptadas antes de los 2 años de vida y las adoptadas después de los 2 años, los mayores niveles de QI fueron para las niñas y niños con buena nutrición adoptadas antes de los 2 años de vida. La estimulación psico-social puede también afectar el crecimiento, se cuentan con lecciones aprendidas de otro grupo de huérfanos de Rumania en 1994, se estudió el efecto del mejoramiento del entorno sobre el crecimiento y desarrollo. • 260 niños se asignaron aleatoriamente a permanecer en el orfanato o ser adoptados por familias rumanas • La edad en que los niños fueron adoptados fluctuó entre los 12 meses y los 5 años • Se examinaron los efectos en el crecimiento, desarrollo cognitivo y funcionamiento social Los efectos de vivir en una familia en comparación de la institución fue un mejor nivel de desarrollo a los 4 y 5 años, con menos problemas sociales y un incremento en el crecimiento en el primer año de vivir en la familia de casi 1 desviación estándar (DE). La calidad de la afectividad en el ambiente impactó su crecimiento, es decir, la calidad de la relación entre cuidadora y el niño, el cariño, el apego y la “responsividad”. En conclusión: los niños y niñas necesitan cariño para crecer y desarrollarse (Johnson et al., 2009). Los elementos más críticos para el desarrollo en estos años son: • Sensitividad: cuidadores pueden leer los signos del niño o niña • Responsividad: cuidadores pueden responder en tiempo y forma apropiada a los signos del niño o niña Existen ejemplos de cómo unir intervenciones para el desarrollo y nutrición. Tienen que ser simples pero eficaces, ser parte de la vida cotidiana. 1. Programas conjuntos de nutrición y desarrollo infantil Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense (PAININ) Programa de Desarrollo de la Primera Infancia en

Filipinas 2. Alimentación responsiva 3. Micronutrientes en polvo con desarrollo infantil 4. Salud primaria y estimulación temprana AIEPI y “Cuidado para el desarrollo” Carnet de Salud 5. Centros de rehabilitación nutricional 6. Transferencias monetarias condicionales y programas de educación a padres El Programa de Desarrollo de la Primera Infancia en Filipinas (préstamo del Banco Mundial) cubrió 2.5 millones en 10 provincias con los siguientes componentes: • Salud (inmunización, AEPI) • Desarrollo infantil (seminarios de efectividad de padres, incremento en la calidad de centros de cuidado diario, nuevo puesto: visitante a casas con educación para padres en desarrollo infantil) • Nutrición (suplemento y micro nutrientes, monitoreo de desarrollo y crecimiento) En la alimentación responsiva no solamente se considera qué come el niño sino también cómo el niño come. Influyen todos los patrones de interacción. La hora de la comida es una oportunidad para aprender lenguaje y desarrollar. El niño puede aprender de ayudarse (aprende autonomía) y es posible que come más de lo que comería sin alimentación responsiva. En los estilos de alimentación los problemas varían mucho entre las diferentes culturas, ya que existen cuidadoras muy pasivas, cuidadoras que controlan todo, cuidadoras que le dan todo lo que el niño pide y cuidadoras responsivas y responsables. Se realizó una intervención para mejorar la alimentación interactiva y juego en India rural donde se definieron 200 niños en cada grupo de seguimiento de 3-15 meses con un Grupo #1 (control), un Grupo #2 (educación nutricional en comida complementaria (CF) con variables en el tipo de comida y porción) y un Grupo #3 (CF, alimentación interactiva y juegos). Este último grupo tuvo mensajes de alimentación interactiva sobre cómo sonreír a su niño, en ayudarlo a su niño a comer, responder a signos de hambre, animarlo cuando come, si el niño rechaza la comida, ofrecer uno o más bocados, darle

oportunidades de comer solo por un ratito. No había diferencias entre los grupos a los 3 meses de edad. Los dos grupos con intervención mejoraron la ingesta y el crecimiento. El grupo con alimentación interactiva y juego fue mejor la calidad de estimulación en la casa a los 15 meses de edad y su desarrollo mental utilizando la escala de Bayley. Disminuyeron también los síntomas de depresión de las mujeres. No solo se cambia la forma de dar la comida sino su pensamiento. Estos mensajes responden a un problema muy común para cuidadores, el niño que no quiere comer. Tienen un efecto fuerte. Por ejemplo, el mensaje del programa en Perú que esta utilizada desde hace 10 años es “enseñar a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor”. Otros mensajes bien aceptados son: “Si le hablo mientras le doy de comer, mi llulito con mucha alegría va a aprender”, “Con jueguito y cariñito mi hijita comerá todo.” En cuanto al uso de micronutrientes en polvo y el desarrollo infantil, los pocos resultados que hay son muy positivos. Se comprobó que cuando un niño mejora su estado de hierro, su energía y actividad incrementa. Niños antes de la suplementación no exploraron objetos pero 6 semanas después con tratamiento de micronutrientes en polvo lo hicieron. Es un momento de darle oportunidades de aprender por lo es necesario ayudar a los padres. El proyecto se va a expandir a otros distritos y se tiene que fortalecer la parte de desarrollo. La pregunta es, ¿Por qué no se implementan conjuntamente las intervenciones de desarrollo infantil y los programas de nutrición, cuando hay evidencia que el 40% del efecto de la desnutrición sobre la productividad del adulto es por deficiencias cognitivas (Behrman 2008) y que se potencia el desarrollo cognitivo con estimulación y nutrición?

2.5 Definición de Términos Básicos

El déficit de peso para la talla, también llamado desnutrición aguda, consiste en la disminución de masa corporal, inicialmente a expensas de tejido graso pero que puede afectar incluso la masa muscular. Generalmente es consecuencia de un episodio agudo de enfermedad infecciosa o severa disminución en la ingesta calórica

El déficit de talla para la edad, también llamado desnutrición crónica, consiste en un menor crecimiento lineal. Por depender del desarrollo de los huesos largos, tiene una dinámica menos flexible que el peso para la talla. De hecho, excepto bajo condiciones muy particulares (adopción por hogares muy afluentes), se considera que el déficit de talla para la edad es una condición prácticamente irreversible.

Desarrollo Cerebral en la Primera Infancia:

La primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida. Es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuadas para el desarrollo durante los cinco primeros años de vida, ya que es en estos años cuando el cerebro de un niño es más sensible a las influencias del entorno exterior.

Nutrición Infantil:

Es la piedra angular que afecta y define la salud del niño, es la vía para crecer, desarrollarse, jugar, resistir infecciones y alcanzar todo el potencial como individuos y sociedad. Generalmente, es durante la infancia cuando se desarrollan los hábitos nutricionales, y cuando el aprendizaje se realiza en gran medida.

Corresponsabilidad:

Se refiere a la responsabilidad que el Estado otorga a los ciudadanos, para ser titulares del compromiso de cumplir con ciertos requerimientos en el marco de la implementación de una política social. Si nos referimos a programas de transferencias condicionadas, en ellos el Estado asume la oferta de los servicios públicos y los beneficiarios asumen sus compromisos en las áreas de salud y educación, por ejemplo. En estos casos, las reglas de cada uno de estos programas están explícitas y existen documentos que sellan los compromisos. Si la responsabilidad de uno o de otro lado no se cumpliera, no sería posible el éxito o eficacia del programa social.

Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (PTMC):

Los PTMC son, como su nombre lo dice, programas sociales que brindan apoyo directo a los más pobres mediante subsidios que condicionan a la población al cumplimiento de obligaciones referidas a la acumulación de capital humano. Estos programas logran un doble efecto pues tienen un componente de alivio inmediato y mejora del consumo alimenticio y de bienes básicos a través de las transferencias monetarias. Más importante aún, tienen un componente de transformación estructural que modifica una de las principales causas de la pobreza de estos hogares: la falta de capital humano. Este efecto de mediano y largo plazo permite el desarrollo de capacidades y rompe la tendencia al abandono escolar, la desnutrición y las enfermedades curables que afectan el patrimonio y las posibilidades

CAPÍTULO III

DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

3.1. Unidad de Análisis, Universo y Muestra

El presente estudio tiene como unidad de análisis la familia con niños menores de 5 años, beneficiarias del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres JUNTOS del Distrito de Cajabamba.

Universo. Está conformado por 45 Centros Poblados con un total de 2289 familias beneficiarias del programa JUNTOS con un promedio de 2500 niños menores de 5 años.

Muestra.- El tamaño de la muestra es de 333 familias con niños menores de 5 años; el cual ha sido determinado utilizando la fórmula matemática siguiente (Gomero-Moreno, ND, 1883).

$$n = \frac{z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

Z=Nivel de confianza (95%)

P= Probabilidad de éxito (50%)

Q= Probabilidad de fracaso (50%)

E= Nivel de precisión (05%)

N= Población

Selección de muestra

$$n = \frac{z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 2500}{(0.05)^2 (2500-1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{2401}{7.21}$$

$$n = 333$$

3.2. Tipo y Descripción del Diseño de Contrastación de Hipótesis

Evaluativo. El cual permitió evaluar el impacto del Programa JUNTOS en su intervención en el distrito de Cajabamba.

Descriptivo. Permitted describir los lineamientos de intervención del programa en relación a su contribución con la nutrición infantil, y su nivel de cumplimiento. Así mismo las actitudes y prácticas alimentarias en las familias beneficiarias.

Analítico. Porque nos ha permitido hacer el estudio en el ámbito de intervención del Programa Juntos y poder establecer causas y / o factores que determinaron el estado nutricional en el que se encuentran los niños menores de 5 años de las familias beneficiarias, durante el periodo de estudio.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

- ✓ **Encuestas.** Se aplicó a través de un cuestionario a los responsables del cuidado del niño y/o niña de las familias beneficiarias del distrito. A través de este medio se obtuvo información cuantitativa, sobre temas económicos, sociales, culturales y opiniones de los pobladores sobre aspectos de salud y nutrición de los niños y/o niñas.

- ✓ **Revisión Documental:** Especialmente referida a la revisión de reportes por la Dirección Regional de Salud (DIRESA), del estado nutricional de los niños menores de 5 años en el distrito de Cajabamba en los periodos comprendidos entre el 2007 y el 2012. Así como la revisión de historias clínicas en la que se verifique el cumplimiento de la corresponsabilidad en cuanto a salud.

3.4. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento de datos cuantitativos, se usó el software, programa SPSS, Windows versión 22.0.

Para el análisis de datos se ha elaborado cuadros estadísticos, usando Microsoft Office Word versión 2010 y Microsoft Office Excel versión 2010.

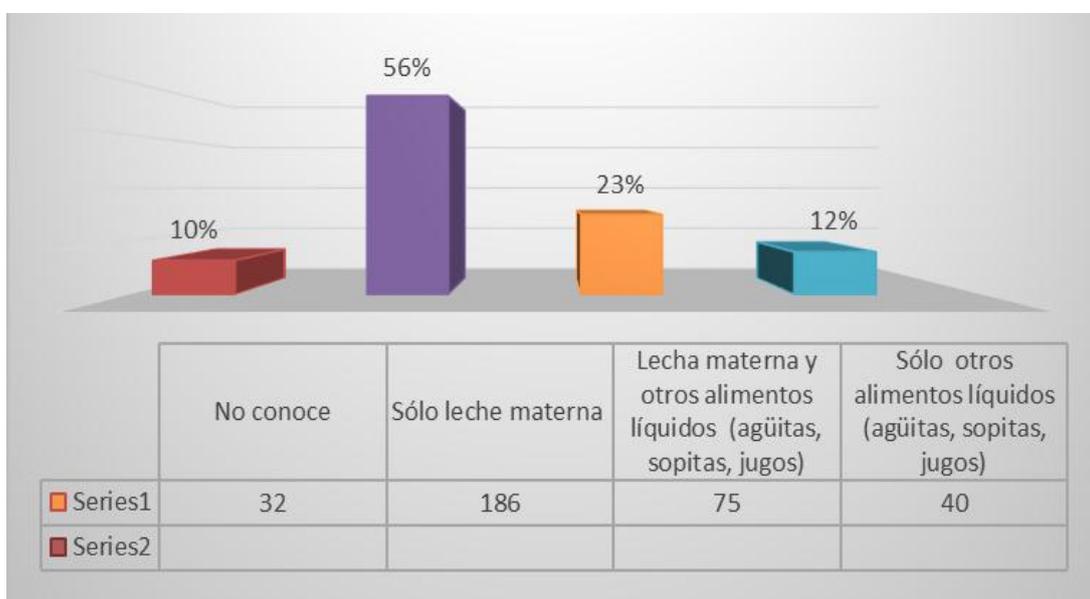
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1.- Prácticas Alimentarias

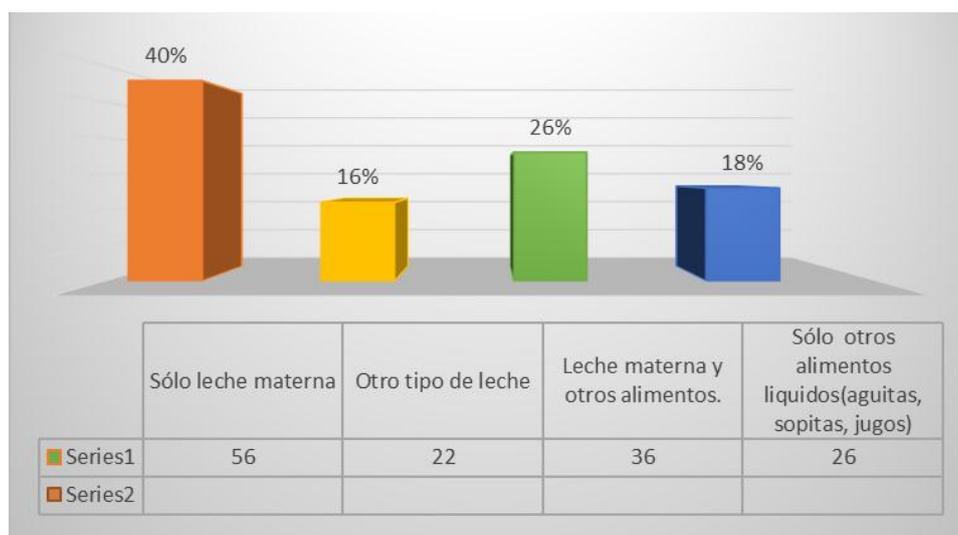
4.1.1.- Alimentación de 0 a 6 meses.

Figura 1. Conocimiento sobre la Alimentación del menor de 6 meses. Cajabamba, 2007-2012.



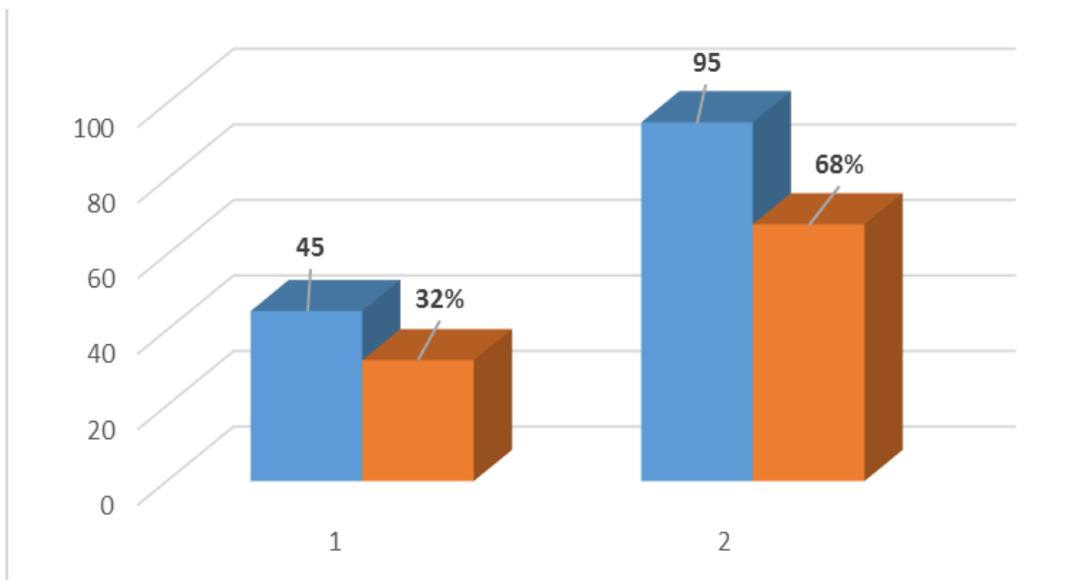
El conocimiento del consumo de la lactancia materna es el primer paso fundamental en el inicio de la alimentación del niño y/o niña, considerada por la OMS como el único alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes. Según el gráfico observamos que el 56 % de familias conocen que el único alimento que se deben brindar a los niños y niñas es la lactancia materna, sin embargo hay un porcentaje considerable que hacen un total de 44% que no conoce o que brinda otro tipo de alimentos lo cual perjudica el estado nutricional del niño.

Figura 2. Alimentos que se le ofrece al menor de 6 meses. Cajabamba, 2007-2012.



De las 333 familias solo 86 tienen sólo niños menores de 6 meses y 54 familias tienen niños menores y mayores de 6 meses; haciendo un total de 140 familias que alimentan a un niño o niña menor de 6 meses. De las cuales el 40% brinda solo leche materna, como práctica nutritiva adecuada, un 60% que brinda otro tipo de leche, o ha incorporado otro tipo de alimento, perjudicando la nutrición del niño ya que el organismo del niño no se encuentra en capacidad de recibir otro alimento así mismo aumenta la posibilidad de sufrir diarrea y otras enfermedades infecciosas. La alimentación mixta, sobre todo dar agua u otros líquidos, también lleva a que el suministro de leche materna disminuya a medida que el bebé succiona menos el pecho; por otro lado, la fórmula no es un sustituto aceptable de la leche materna, porque la fórmula; incluso la mejor, sólo reemplaza algunos de los componentes nutricionales de la leche materna; mientras que esta es un complejo fluido nutricional vivo que contiene anticuerpos, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas, muchos de los cuales simplemente no pueden incorporarse en la fórmula. (OMS.2006 “Lactancia Materna”)

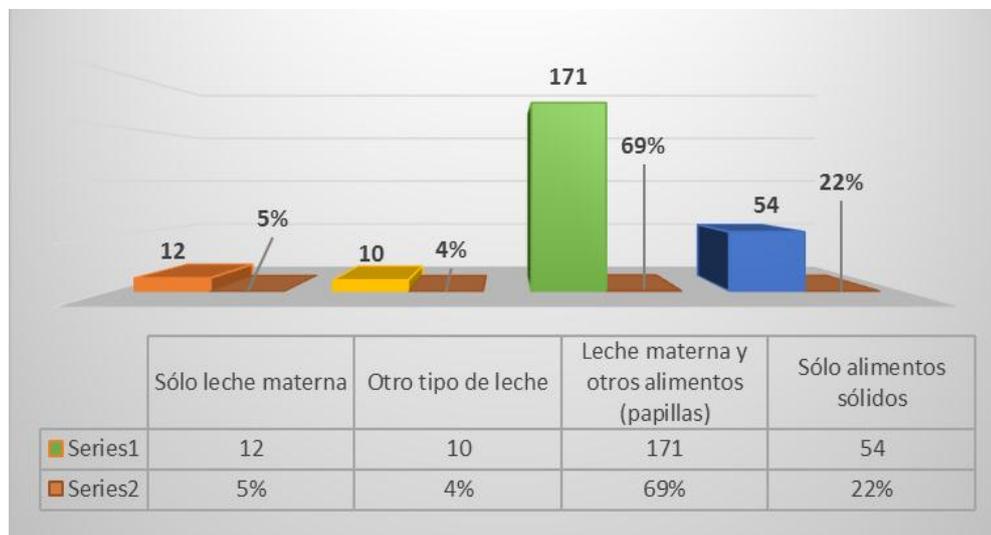
Figura 3. Alimentación del menor de 6 meses durante la noche (6pm-6am). Cajabamba, 2007-2012.



El 68% de las madres, brindan únicamente leche materna al niño antes de dormir; práctica adecuada de alimentación, sin embargo según lo que refieren lo hacen por que asumen que es suficiente, más no como conocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva. El 32% se les brindó otro tipo de alimento como sopas o agüitas ocasionado daños en el organismo del menor, como ya se ha mencionado anteriormente.

4.1.2. Alimentación complementaria en el mayor de 6 meses

Figura 4. Alimentación que se le ofrece al mayor de 6 meses. Cajabamba, 2007-2012.

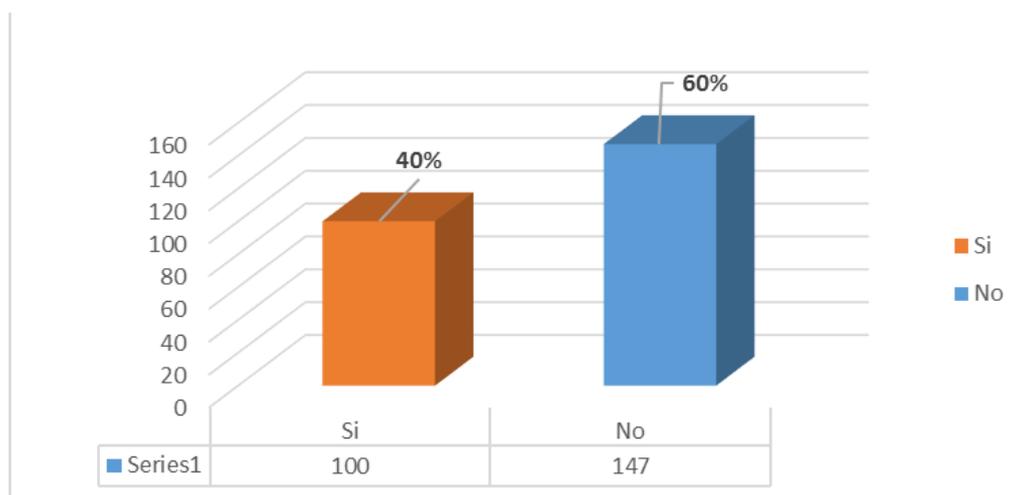


Se tiene un total de 247 familias que tienen niños o niñas mayores de 6 meses; de las cuales, el 69% de familias practican adecuadamente la alimentación complementaria. Un 22% han dejado de lado la lactancia, ya sea leche materna o de otro tipo y un total de 9% continúan sólo dando leche; haciendo un total considerable de 31% de niños que no reciben alimentación complementaria de manera adecuada. A partir de los 6 meses se inicia la alimentación complementaria; es decir, leche materna más alimentos incorporados de manera gradual en consistencia, frecuencia, cantidad, según edad; ya que la leche materna deja ser suficiente para cubrir con todos los requerimientos nutricionales. Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo a causa de la ingesta insuficiente ya que no se cuenta con la disponibilidad de alimentos en el hogar, por falta de ingresos económicos y de conocimientos en su importancia. La OMS ha elaborado un protocolo para adaptar las recomendaciones alimentarias que permite a los gestores de programas identificar las prácticas alimentarias locales, los problemas frecuentes relacionados con la alimentación y los alimentos complementarios adecuados, que

no deben ser pasados por alto por ser considerado como responsabilidad social.

(Pender, N. 2006: Modelo de Promoción de la Salud)

Figura 5. Alimentación del mayor de 6 meses durante la noche (6pm-6am). Cajabamba, 2007-2012.



El 60 % de madres no brindan otro alimento a sus niños por la noche, según lo que refieren por no disponer de alimentos ya sea por escasos recursos o falta de conocimientos de la importancia., perjudicando la nutrición del niño debido a que los requerimientos nutricionales deben ser distribuidos durante las 24 horas abarcando la cena como otra comida de suma importancia. (Hernández, M 2006. Alimentación Complementaria.)

4.1.3. Alimentación Responsiva.

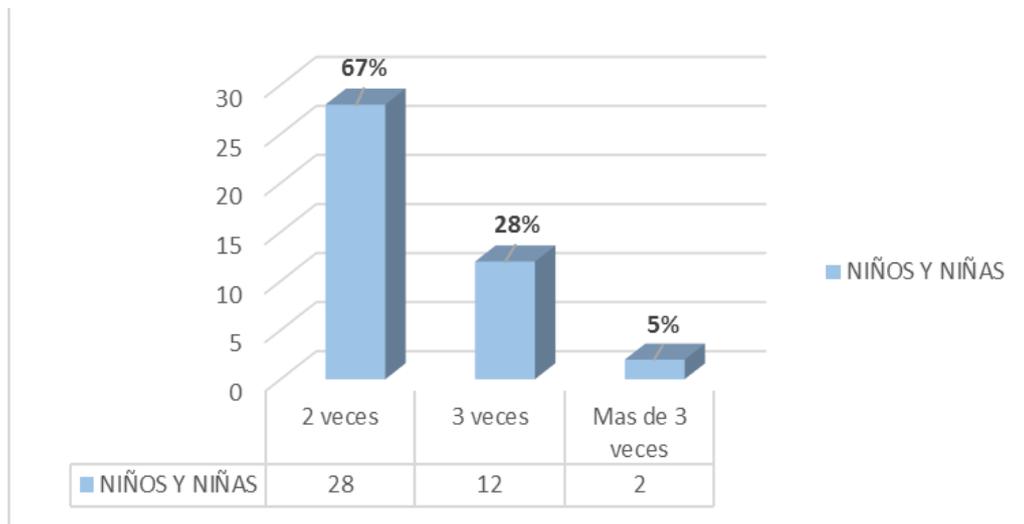
En el panorama actual sobre la desnutrición infantil (Lancet, 2008) se considera que el estilo de dar de comer, comprendido dentro de lo que se conoce como alimentación interactiva, responsiva o perceptiva, viene a ser un componente importante de la alimentación de niños pequeños, dado que contribuye a su óptima nutrición y desarrollo. La OMS/OPS recomienda que la alimentación sea tanto responsiva (responder a las acciones del niño) como sensible (poder leer las señales del niño) en sus Principios de Orientación de la Alimentación del Niño amamantado y no amamantado.

Tabla 1. Número de niños y niñas según edad. Cajabamba, 2007-2012.

Edad	Número	Porcentaje
6-8 meses	38	15%
9-11 meses	63	26%
> de 12 meses	146	59%
TOTAL	247	100%

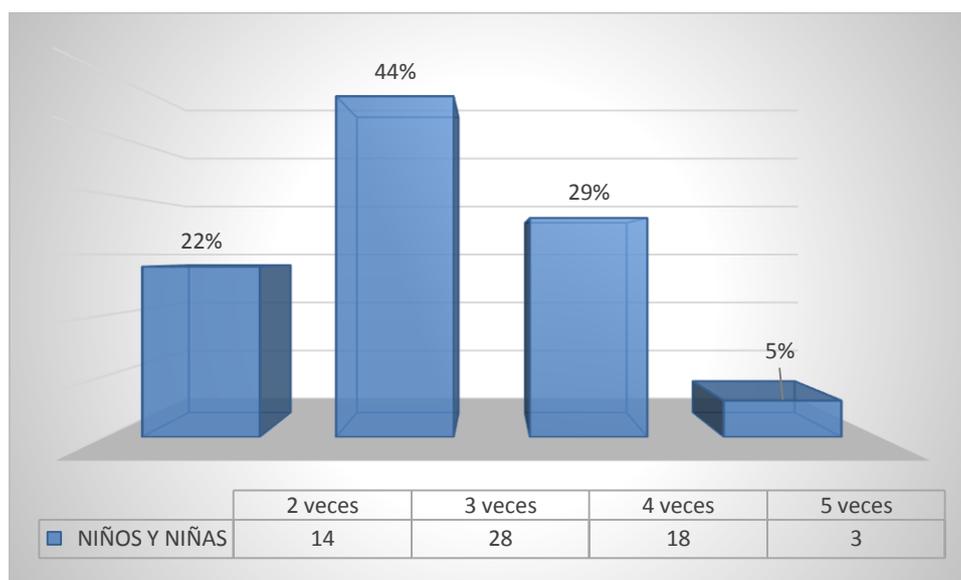
Es importante determinar el número de niños y niñas según edad, ya que la alimentación varía por grupo de edad en consistencia, frecuencia y cantidad.

Figura 6. Frecuencia de alimentación del niño o niña de 6 a 8 meses. Cajabamba, 2007-2012.



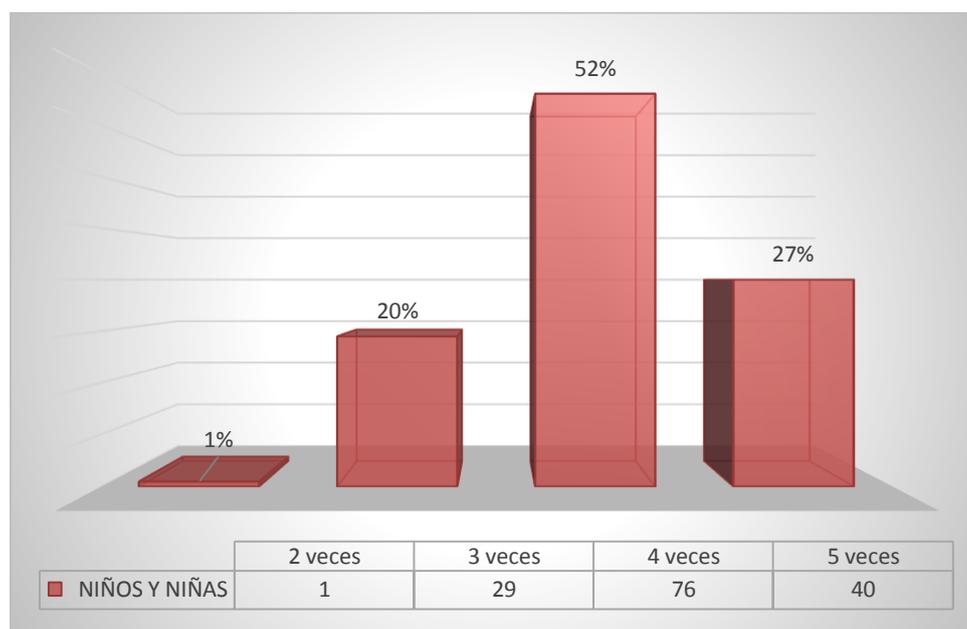
Se cuenta con un total de 42 niños y niñas de 6 a 8 meses. A los 6 meses el niño ya es capaz de mantener la cabeza erguida y tiene un control parcial del tronco, lo cual facilita el proceso de alimentación; alrededor de los ocho meses empiezan a aparecer movimientos rítmicos de masticación, lo que junto a la aparición de los primeros dientes y al desarrollo posterior de destrezas motoras, permite la incorporación gradual de alimentos semisólidos. Los niños pequeños tienen estómagos pequeños y deberían comer con frecuencia y aumentar el número de comidas a medida que el niño crece; los niños entre 6 a 8 meses deben comer de 2 a 3 comidas al día, ya que en este periodo la leche materna aporta aproximadamente 400 kcal y necesita en promedio 200 kcal para cubrir sus requerimientos. Según el gráfico todos los niños se encuentran dentro de lo aceptable con respecto a frecuencia. (Módulo de Crecimiento y Desarrollo – Alianza por la Nutrición en Cajamarca – PREDECI 2011).

Figura 7. Frecuencia de alimentación del niño o niña de 9 a 11 meses. Cajabamba, 2007-2012.



Se tiene un total de 63 niños y niñas de los cuales 44% se alimentan 3 veces al día y 22% 2 veces al día haciendo un total de 66 % de niños y niñas que no reciben alimentos con la frecuencia adecuada; en el periodo de 9 a 11 meses deben alimentarse con un frecuencia de 4 veces al día ya que la leche materna les aporta 400 kcal y necesitan 300 kcal en alimentos complementarios para cubrir sus requerimientos como lo hacen el 34% restante. (Módulo de Crecimiento y Desarrollo – Alianza por la Nutrición en Cajamarca – PREDECI 2011).

Figura 8. Frecuencia de alimentación del niño o niña mayor de 12 meses. Cajabamba, 2007-2012.



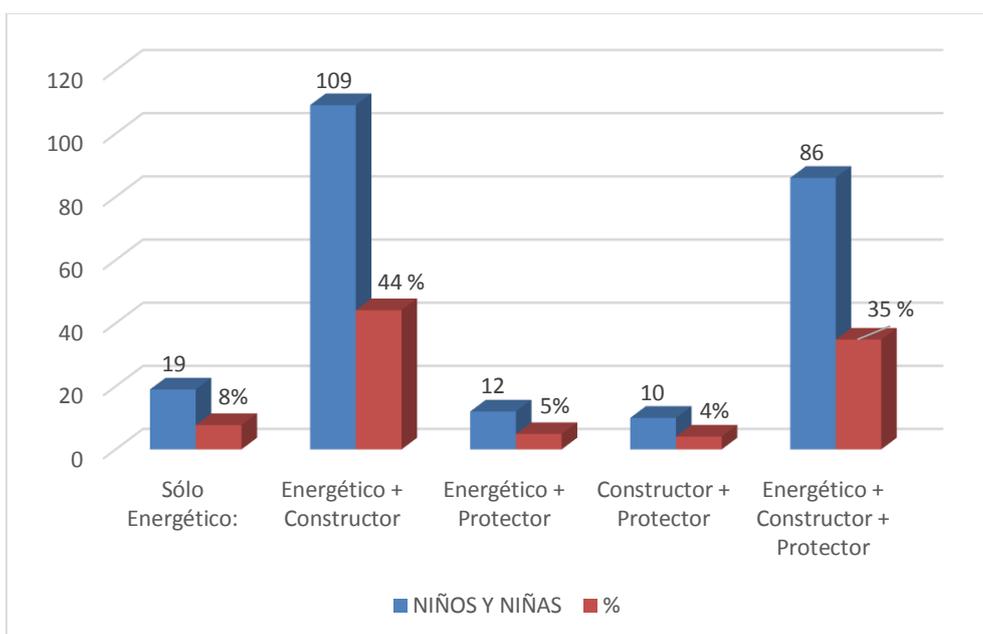
Se tiene un total de 146 niños y niñas mayores de 12 meses, de los cuales 52% los alimentan 4 veces, 20% 3 veces, 1% 2 veces al día haciendo un total de 73% de niños y niñas que no son alimentados de manera adecuada ya que los niños mayores de 12 meses deben alimentarse 5 veces al día, ya que la leche materna les aporta aproximadamente 350 kcl y necesitan aproximadamente 550kcl para cubrir sus requerimientos nutricionales como lo hacen solo el 27 % de familias. (Módulo de Crecimiento y Desarrollo – Alianza por la Nutrición en Cajamarca – PREDECI 2011).

Tabla 2. Clasificación por tipo de alimentos.

Grupo	Tipos de alimentos
Energético	Arroz, avena, quinua, papa, trigo, menestras, etc
Constructor	Leche, queso, carne, huevo o pescado.
Protector	Frutas y verduras.

Existen tres grupos de alimentos que contribuyen al crecimiento y desarrollo adecuado del niño, los mismos que deben ser combinados y brindados al niño o niña en cantidades, frecuencia y consistencias según su edad.

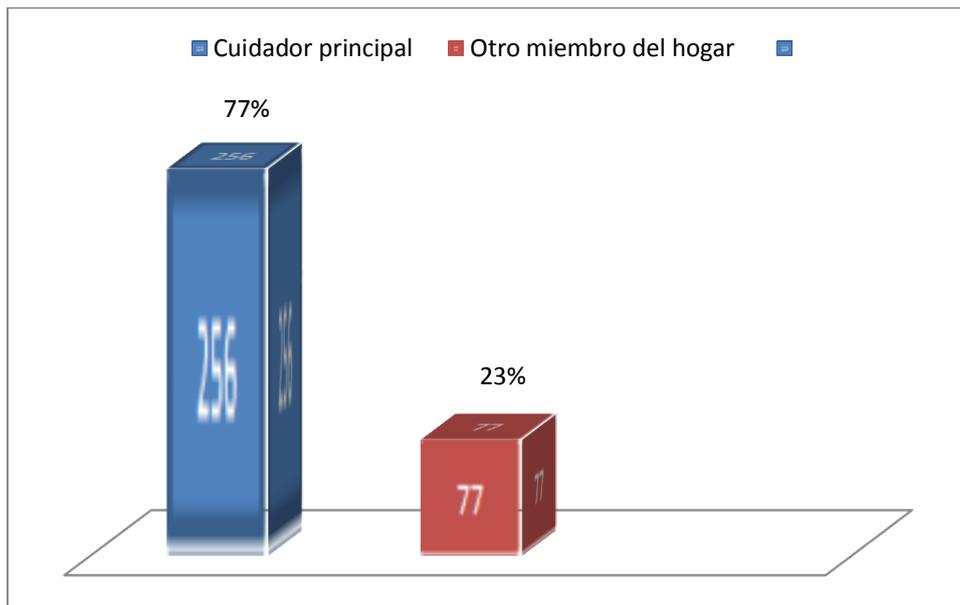
Figura 9. Alimentación por tipo de Alimentos. Cajabamba, 2007-2012.



Según el gráfico observamos que 8% de madres brindan sólo productos energéticos que únicamente ayudan al niño en el peso, el 44% brindan energéticos y constructores es decir que les permiten subir de peso y crecer, el 5% energéticos y protectores, es decir les permiten subir de peso y no enfermarse, el 4% constructores

y protectores es decir que les permiten crecer y no enfermarse; haciendo un total de 65% de niños y niñas que no reciben alimentación con la calidad adecuada; la cual está referida a que se consuma una variedad de alimentos que aseguren cubrir las necesidades nutricionales, en macro y micronutrientes. Para cubrir las necesidades nutricionales, es necesario que se mezcle alimentos de los tres grupos: energéticos, constructores y protectores como lo hace el 35%. Los alimentos energéticos serán la base de la preparación, por tanto tendrán la mayor proporción dentro del plato. Comer solo alimentos fuente de proteínas (carne, leche, huevos, pescado) sin alimentos energéticos, hace que las proteínas dejen de ser utilizados para el crecimiento y sean utilizadas únicamente como fuente de energía. Y consumir solo alimentos energéticos y constructores pueden ocasionar que el niño o niña tenga mayor riesgo de enfermarse y /o retardar su recuperación así mismo si el niño se enferma no come y si no come no crece y no gana peso.

Figura 10. Responsable de la alimentación. Cajabamba, 2007-2012.



Si bien el 77% de niños y niñas son alimentados por sus cuidador principal un 23% considerable son alimentados por otro miembro del hogar que puede o no conocer sobre la alimentación adecuada, la cual está referida a que los alimentos deben administrarse de forma apropiada, con una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador o el encargado de brindar los alimentos responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa o responsiva. (Engle, P 2010).

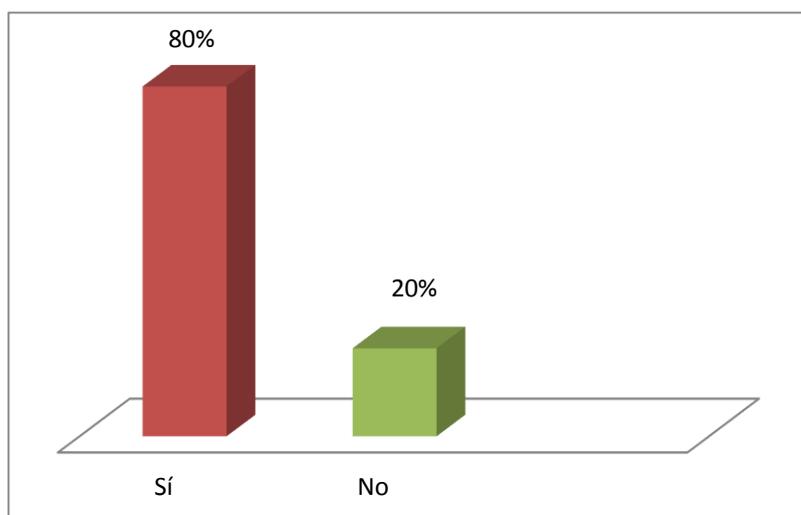
4.2. Corresponsabilidad de los beneficiarios en salud y nutrición.

Tabla 3. Establecimiento de salud en que son atendidos los niños y niñas de familias beneficiarias. Cajabamba, 2007-2012.

Tipo de Establecimiento de Salud	Número	Porcentaje
Puesto de salud al que pertenece mi comunidad	211	63%
Centro de salud al que pertenece mi comunidad	66	20%
Hospital de Apoyo de Cajabamba	42	13%
Hospital Municipal de Cajabamba	10	3%
ESSALUD	4	1%
Establecimiento de Salud Privado	0	0%
TOTAL	333	100%

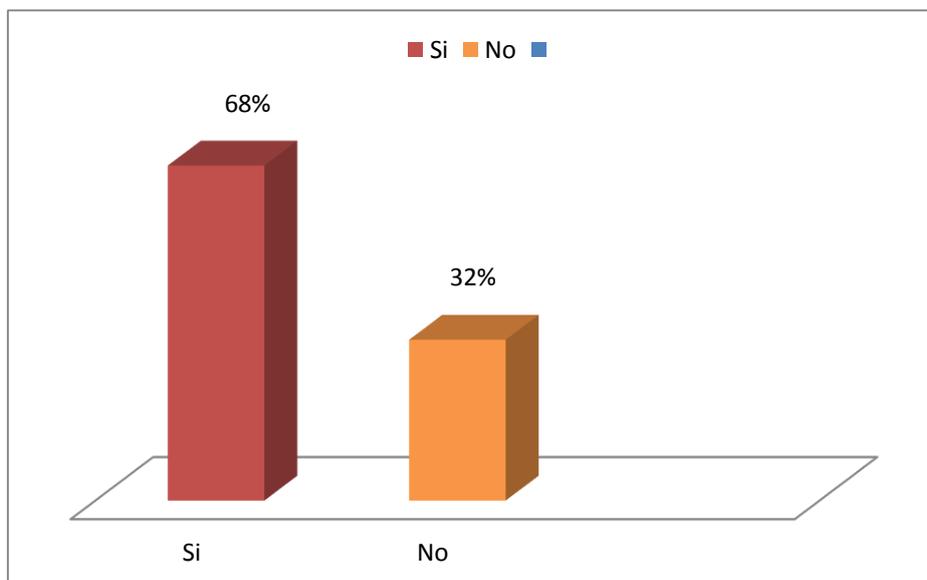
Dentro de las corresponsabilidades del programa Juntos se encuentra el cumplimiento de la familia en llevar a su menor hijo a los controles de crecimiento y desarrollo, en tal sentido esta pregunta ha permitido determinar si los niños son atendidos en algún establecimiento de salud como parte de dicho cumplimiento; así mismo es muy importante destacar que el 100% de niños (as) reciben atención en el ámbito de su comunidad, lo cual permite que el personal de salud pueda evaluar el estado nutricional del niño y brindar consejería en alimentación.

Figura 11. Cumplimiento de controles de acuerdo a su edad. Cajabamba, 2007-2012.



El 80 % de niños(as) acuden a un establecimiento de salud y cuentan con sus controles completos de acuerdo a su edad; sin embargo un 20% acuden a un establecimiento de salud pero cuentan con sus controles completos lo cual en ellos no permite una evaluación adecuada de su estado nutricional así mismo no cumplen con el compromiso de corresponsabilidad y sin embargo no han sido suspendidas del programa según se estipula en sus lineamientos.

Figura 12. Cumplimiento de vacunas de acuerdo a su edad. Cajabamba, 2007-2012.



El 68 % de niños(as) acuden a un establecimiento de salud y cuentan con sus vacunas de acuerdo a su edad; sin embargo un 32% acuden a un establecimiento de salud pero cuentan con sus vacunas completas para su edad lo cual en ellos no permite una inmunización adecuada así mismo no cumplen con el compromiso de corresponsabilidad y sin embargo no han sido suspendidas del programa según se estipula en sus lineamientos.

Tabla 4. Estado nutricional, según tarjeta de control. Cajabamba, 2007 -2012.

ESTADO	Número	Porcentaje
Normal	176	53%
Desnutrición crónica	90	27%
Desnutrición global	41	12.2%
Desnutrición aguda	9	2.8%
Sobrepeso	13	4%
Obesidad	4	1%
TOTAL	333	100%

Según el estudio realizado el 47% de niños beneficiarias del Programa Juntos sufren de algún tipo de desnutrición, 27% desnutrición crónica, es decir que no han alcanzado la talla para su edad, la más delicada debido a su condición de irreversible, 12.2% desnutrición global, es decir que no han alcanzado el peso para su talla, 2.8% desnutrición aguda, es decir que no tienen el peso adecuado para su edad, 4% con sobrepeso y 1% con obesidad; es decir sobre ganancia inadecuada de peso para su edad.

4.3. Transferencia monetaria condicionada.

Tabla 5. Destino de los 200 soles percibidos por el Programa JUNTOS. Cajabamba, 2007-2012.

	Número	Porcentaje
Educación	35	11%
Salud	20	6%
Alimentación	86	26%
Mejoramiento de la vivienda	5	2%
Educación y salud	45	14%
Educación y alimentación	67	20%
Salud y alimentación	45	14%
Educación-salud-alimentación	30	9%
TOTAL	333	100%

Si bien es cierto el incentivo monetario brindado por el Programa Juntos es para destinarlo en salud educación alimentación y mejoramiento de la vivienda nos detendremos a observar lo destinado en alimentación donde podemos observar que el 26% lo destinan solo a alimentación, el 20% en educación y alimentación, el 14% en salud y alimentación y el 9% en salud, educación y alimentación haciendo un total de 60% de familias que invierten en alimentación y un 40% no utiliza el incentivo para la alimentación de sus menores hijos lo que se ve reflejado en los datos de desnutrición crónica, aguda, global, sobrepeso, obesidad.

Tabla 6. Monto destinado a alimentación. Cajabamba, 2007 -2012.

MONTO	Número	Porcentaje
Menos de 50 soles	42	18%
De 50 a 100 soles	130	58%
De 100 a 150 soles	46	20%
De 150 a 200 soles	10	4%
TOTAL	228	100%

Es interesante poder hacer un seguimiento estricto al dinero que las familias destinan a la alimentación, ya que según los resultados es el 58%, gasta entre 50 a 100 soles, el cual no se ve reflejado en la salud de sus niños, lo que nos lleva pensar en un tema de desconocimiento de que productos adquirir para fortalecer las practicas alimentarias adecuadas de su menores hijos como ya hemos visto anteriormente.

Tabla 7. Alimentos que se compra con el monto destinado para alimentación. Cajabamba, 2007 -2012.

Tipo de alimentos	Número	Porcentaje
Energético: arroz, avena, quinua, papa, trigo, menestras, etc	108	47%
Constructor: leche, queso, carne, huevo o pescado.	54	24%
Protector: frutas y verduras.	66	29%
TOTAL	228	100%

Resultado que en cierto modo confirma lo antes mencionado la familias desconocen que productos adquirir con el dinero brindando por el Programa Juntos, ya que el 47% compran alimentos ricos en carbohidratos lo que sólo le permite a los niños energía y a la vez ganar peso mas no crecer desarrollar su cerebro y capacidades,

un 29% invierten en alimentos protectores lo que contribuye para no enfermarse con frecuencia, sólo un 24% invierten en alimentos constructores. Estos datos nos permiten ver que por el desconocimiento y escaso monitoreo en la corresponsabilidad de los beneficiarios es que no se ha logrado contribuir a disminuir las tasas de desnutrición crónica en la zona de intervención.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Sobre las Prácticas Alimentarias.

Las familias que son beneficiarias del Programa JUNTOS, han asumido un compromiso de corresponsabilidad y en lo que respecta a salud deben mantener a sus menores hijos en buen estado nutricional; para lo cual deben participar de charlas informativas sobre alimentación saludable brindadas por el centro de salud y/o en charlas organizadas por el programa. Según los resultados se evidencia que las madres beneficiarias tienen conocimientos deficientes sobre prácticas adecuadas de alimentación, las mismas que se ven reflejadas en los diagnósticos nutricionales de sus menores hijos.

Por su parte el Programa Juntos tiene dentro de sus lineamientos estipula como una de sus actividades brindar orientación en alimentación saludable y/o coordinar con centros de salud para su ejecución.

Así mismo OMS considera como responsabilidad social que todo el personal que trabaje con familias en campo debe brindar orientaciones en salud y alimentación.

Corresponsabilidad de los beneficiarios en salud y nutrición.

Otro compromiso asumido por las familias como parte de su corresponsabilidad, respecto a salud es llevar a sus niños o niñas a sus controles periódicos y cumplir con su calendario de vacunación.

Según los datos obtenidos 20% de familias no cuentan con todos sus controles y el 32% no cuentan con todas sus vacunas que corresponden a su edad, esta situación dificulta que el personal de los establecimientos brinden todas las orientaciones necesarias en salud, no lograr una adecuada inmunización de los menores; sin

embargo según lo que refieren las madres no han sido suspendidas del programa en ninguna ocasión.

Según datos obtenido por la DIRESA la desnutrición crónica en la provincia de Cajamarca distrito de Cajabamba en el año del 2007 ha sido: desnutrición crónica 27.85%, desnutrición global 11.78%, desnutrición aguda 0.79%, sobrepeso 3.75%, obesidad 0,91% haciendo un total de 45.08%, en el 2012 las tasas de desnutrición son las siguientes: desnutrición crónica 28.5%, desnutrición global 11.8%, desnutrición aguda 1.1%, sobrepeso 3.4%, obesidad 0,7% haciendo un total de 45.85%, y según la investigación realizada se comprueba dicho dato al obtener: desnutrición crónica 27%, desnutrición global 12.2%, desnutrición aguda 2.8%, sobrepeso 4%, obesidad 1% haciendo un total de 47%. Datos preocupantes ya que en estos niños no se logra el desarrollo cerebral adecuado siendo el inicio de la cadena de pobreza ya que estos niños no lograran desarrollar todas sus capacidades académicas y por ende laborales. (Baiochi, E. 1996)

Según los datos obtenidos la Desnutrición Crónica en la zona intervención ha aumentado al cierre del periodo de estudio, lo cual significa que las acciones del programa no ha logrado sus objetivos de luchar no sólo contra la pobreza si no contra la desnutrición en el Perú; razón inicial dela existencia de dicho programa.

Transferencia monetaria condicionada.

Reflejando también la falta de monitoreo y supervisión y sobre todo de orientación, como está estipulado dentro de sus lineamientos, la cual estipula que el estado a través del programa realiza una trasferencia condicionada de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud, nutrición y educación. Se pudo observar en este hecho dos situaciones: la primera que los beneficiarios desconocen la importancia

de priorizar las necesidades familiares como la que refiere Maslow en su teoría de la jerarquización de necesidades; y la segunda que los promotores del programa no orientan a las familias en cuanto a la inversión además de no hacer un monitoreo del cumplimiento de la corresponsabilidad como condicionante para percibir los 200 soles bimensuales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. No existe un impacto significativo del Programa JUNTOS en la nutrición infantil de las familias beneficiarias del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, demostrado en sus tasas de desnutrición; 45.08% en el 2007 y 45.85% en el 2012 según reportes de DIRESA y de 47% según el presente estudio.
2. Los lineamiento del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS estipulan claramente, que este es un programa de transferencia monetaria condicionada; en la cual el estado hace entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud, nutrición y educación, promoviendo y garantizando que los beneficiarios cumplan con el principio de corresponsabilidad en estos tres aspectos importantes, los mismo que no se cumplen de manera rigurosa en algunas familias, quienes a pesar de no cumplir con sus acuerdos de corresponsabilidad continúan percibiendo el incentivo.
3. Las prácticas alimentarias en la zona de investigación en la cual interviene el Programa JUNTOS, es deficiente en conocimiento sobre la alimentación del menor de 5 años y en prácticas de la misma en cuanto a frecuencia, cantidad y calidad de los alimentos a consumir.
4. Las familias beneficiarias en algunos casos desconocen los cumplimientos en cuanto a la corresponsabilidad para poder percibir el incentivo de 200 soles y en otros casos debido al deficiente monitoreo en el cumplimiento, no son tomados en cuenta al momento de hacer uso de este monto invirtiéndolo en pocas cantidades en el mejor de los casos a la nutrición de su familia.

RECOMENDACIONES

A jefes y supervisores del Programa

- Es importante mejorar la coordinación a distintos niveles; con los sectores de Educación y Salud; así como con otros programas del Estado, por ejemplo con CUNA MAS o QALI WARMA de manera tal que la información generada se pueda compartir y homogeneizar para elaborar indicadores adicionales sobre los cuales realizar eventuales evaluaciones.
- Es importante que el programa se plantee, en el corto plazo, mecanismos de salida viables para lograr cambios sustanciales en las opciones de superación de la condición de pobreza de las familias. La idea de un modelo que combine estrategias de alivio con superación de la pobreza identificando y analizando las características propias de cada zona de cada familia.
- El Programa debe establecer un sistema de monitoreo y evaluación, tanto en términos del impacto en indicadores de salud y educación, como también en el proceso de apropiación del modelo por parte de las comunidades, los beneficiarios y los actores institucionales, que permitan evaluar su sostenibilidad. Asimismo, es necesario evaluar la eficacia de las estrategias empleadas y los nudos críticos en la oferta, con el fin de reorientar las acciones y corregir deficiencias. En tal sentido, se requiere mejorar el flujo de información existente tanto intra como intersectorial, de manera de promover una mayor retroalimentación y seguimiento del Programa.
- Separar las responsabilidades de verificación de condicionalidades y las de preparación del pago de hogares, actualmente realizadas por promotores de JUNTOS.

- Separar el proceso de pagos en tres etapas bimestrales: i) verificación de cumplimiento de corresponsabilidades, ii) integración y preparación de las transferencias y iii) pago a los hogares.
- Se recomienda que el Programa canalice mayor Inversión focalizada y mejor Efectividad para lograr mejores indicadores de disminución de la Pobreza y superación de la desnutrición en su ámbito de intervención, para lo cual se pueden desarrollar talleres de gestión y planeamiento estratégico.

Promotores del Programa

- Las charlas que ofrecen los promotores del programa se presentan como una oportunidad para que las mujeres de una misma localidad se reúnan e intercambien sus experiencias. Los promotores se han convertido, así, en una herramienta importante para crear capital social.
- es necesario hacer un esfuerzo adicional por llegar con mayor y mejor información a los hogares donde están las madres con menor nivel educativo, que tienden a ser los más pobres dentro del universo de beneficiarios de Juntos: los más pobres entre los pobres. Es decir, mientras sea un programa que priorice la inversión en capital humano y que desde un enfoque de derechos contribuya a articular a los hogares beneficiarios con alternativas que mejoren sus oportunidades de ingresos será más sencillo tener una salida digna para los hogares beneficiarios, y que no eche por tierra el dinero invertido por el Estado peruano, a través de Juntos, para mejorar las condiciones de vida de las familias rurales en extrema pobreza

LISTADO DE REFERENCIAS

- Alcazar, L. (2009). Algunas reflexiones sobre que sabemos de JUNTOS y que pasos se deben seguir. Seminario Internacional. “Políticas Sociales en el Perú: Nuevos desafíos”.
- Araujo, M. & Buitrón, P. (2013). Banco Interamericano de Desarrollo- Programa de Desarrollo Humano. Oportunidades y desafíos.
- Arriaga, I., & Charlot M. (2007). Los programas de alivio a la pobreza Puente y Operatividad. Una mirada desde los actores. Santiago. CEPAL. Serie Políticas Sociales.
- Baiochi, E. 1996. “Evaluación del estado nutricional” 1° Ed. Lima.
- Bernardo, J. (2014). Programa Juntos: Efecto en la Sostenibilidad Social en las Beneficiarias del Distrito de San José de Quero 2010-2011
- Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria 1996. Disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/003/w3613s/w3613s00.htm>
- Díaz, J. (2014), Efectos del Programa de Transferencias Condicionadas JUNTOS en el Peso al Nacer de los Niños
- Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA). Reportes del estado nutricional de los menores de 5 años del distrito de Cajabamba del periodo 2007 – 2012.
- Engle, P. (2010). Nutrición y Desarrollo Temprano del Niño
- Fome Zero (2012). Programa Hambre Cero. Brasilia

Hidalgo, R., (2010). Influencia del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS en la Disminución de la Pobreza, en su Ámbito de Intervención, Período 2005-2009. Instituto de Gobierno de la Universidad San Martín de Porres de Lima.

Instituto Nacional De Estadística e Informática. Cajamarca, 2007-2012 “Compendio Estadístico Departamental,”

Jones, N., Vargas, R., & Villar, E. (2006). Transferencias condicionadas de efectivo en el Perú: las muchas dimensiones de la pobreza y la vulnerabilidad de la infancia. Documento presentado en La Conferencia de UNICEF/ New School “Iniciativa de protección social para niños, mujeres y familias: un análisis de experiencias recientes”. Nueva York.

Jones, N., Vargas, R., & Villar, E. (2007). El programa JUNTOS y el bienestar de la infancia. En: relaciones con condiciones: el Estado peruano frente a su infancia. Proyecto del Milenio. Primera Edición.

Maldonado, J., Moreno, R., Giraldo, P. & Barrera, C. (2011). Los Programas de transferencias condicionadas. ¿Hacia la inclusión financiera de los pobres en América Latina? Lima: IDRC. IEP. Disponible en: <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/47811/1/IDL-47811.pdf>.

Maslow, A. (2006), Teoría: Jerarquía de las necesidades humanas.

Ministerio de Desarrollo de la Inclusión Social (2008). Programas Sociales en el Perú

Navarrete, I. (2012). El Programa Puente: Entre Las Familias y sus Derechos. “Evaluación de la Metodología Implementada para superar la Pobreza en la Comuna de la Pintana”. Chile

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
2012

Organización Mundial de la Salud. 2003-2007. “Medición del Cambio Nutricional”

Organización Mundial de la Salud. (2006) “Lactancia Materna”

Organización Panamericana de la Salud. 1993 “Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño” Segunda edición.

Pender, J. (1996). Teoría Sobre el Modelo de Promoción de la Salud.

Pérez, J. (2015). Evaluación del Efecto del Programa Juntos en Relación a la Salud Materno Infantil.

PNUD, (2008). Apreciación sustantiva del Programa Nacional de POYO Directo a los más Pobres “Juntos”/ Perú.

PRISMA, (2004). “Alimentación y Nutrición Infantil”. Módulo II. Lima 2004.

Programa Mundial de Alimentos – Memoria Anual 2010.

Proyecto de Reducción de la Desnutrición Crónica. (2011). Módulo de Crecimiento y Desarrollo.

Raile, A., Tomey, M. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier.(p) (503-523)

Rivera, J. et al. (2006). Impacto del Programa Oportunidades en nutrición y alimentación en zonas urbanas de México

Rivera, et al. (2009). Impacto de los Programas de Transferencia Condicionada de renta sobre el estado de salud: El Programa Bolsa Familia de Brasil

Sánchez A. & Jaramillo, M. (2011); “Impacto del Programa Juntos sobre la nutrición temprana”

Sen, A. (2000). Desarrollo Humano: Postulados Principales y Articulación con las Teorías del Desarrollo.

Troncoso, R. y Henoch, I. (2014). ¿Qué Impacto Han Tenido las Transferencias Condicionadas en Chile?

Zarate, P., Barreto, M., Durand, A. Huber, L. & Morel, J. (2012). “Insumos para una Estrategia de Egresos del Programa JUNTOS”

ANEXO

ENCUESTA SOBRE ACTITUDES Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

I. DATOS GENERALES

Departamento: Provincia:

Distrito: Centro Poblado:

II. DATOS DE LA FAMILIA USUARIA

Cód. Niño(a) Nombres y Apellidos del niño(a) Edad del Niño(a) meses

Nombres y Apellidos del Cuidador(a) Principal:

Parentesco con el niño(a) Edad del Cuidador (a) principal Años Convive con el/la esposo(a) o compañero(a) SI NO

Ocupación (actividades que realiza cotidianamente): Agricola Pecuaria Hogar Otro

Nº de menores de 60 meses que habitan en el hogar M F

Número total de miembros del hogar (Tener en cuenta una permanencia mínima de 6 meses en el hogar)

III INFORMACION SOBRE PRACTICAS DE ALIMENTACION			
3.1. LACTANCIA (DE 0 A 6 MESES)			
1	Conoce Ud. ¿Qué alimentos debe consumir el niño/a menor de 6 meses? (Marque sólo una opción)	a.	No conoce
		b.	Sólo leche materna
		c.	Lecha materna y otros alimentos líquidos (aguitas, sopitas, jugos)
		d.	Sólo otros alimentos líquidos (aguitas, sopitas, jugos)
2	Si (NOMBRE) tiene menos de 6 meses ¿Qué alimento le ofrece? Marque todas las que corresponda (respuesta múltiple)	a.	Sólo leche materna
		b.	Otro tipo de leche
		c.	Leche materna y otros alimentos.
		d.	Sólo otros alimentos líquidos (aguitas, sopitas, jugos)
3	Desde la tarde de ayer hasta la mañana de hoy (de 6pm a 6am), ¿(NOMBRE) comio algun alimento no sea leche materna ?	a.	Sí ¿Cuál? _____
		b.	No
3. 2 ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (MAYORES DE 6 MESES)			
4	Si su niña/ niño tiene más de 6 meses ¿Qué alimento le ofrece? Marque todas las que corresponda (respuesta múltiple)	a.	Sólo leche materna
		b.	Otro tipo de leche
		c.	Leche materna y otros alimentos (papillas)
		d.	Sólo alimentos sólidos
5	Desde la tarde de ayer hasta la mañana de hoy (de 6pm a 6am), ¿(NOMBRE) tomó algún líquido que no sea leche materna o comió algún alimento?	a.	Sí ¿Cuál? _____
		b.	No

3.3. ALIMENTACION RESPONSIVA (MAYORES DE 6 MESES)

6	¿Cuántas veces le das de comer a (NOMBRE) durante todo el día?	a.	1 sola vez
		b.	2 veces
		c.	3 veces
		d.	4 veces
		e.	5 o más veces
7	Normalmente, le das a (NOMBRE): Encuestador > Pregunte cada opción. Marque todas las que corresponda (respuesta múltiple)	a.	¿Un desayuno?.
		b.	¿Refrigerio de media mañana? (guarnición de cereales, mazamorra y/o fruta)?
		c.	¿Almuerzo? (segundo).
		d.	¿Refrigerio de media tarde (guarnición de cereales, mazamorra y/o fruta)?
		e.	¿Una cena (segundo)?.
		f.	Todas las anteriores
8	Ayer, ¿qué tipo de alimentos le diste de comer a (NOMBRE)? Marque todas las que corresponda (respuesta múltiple)	a.	Energético: arroz, avena, quinua, papa, trigo, menestras, etc
		b.	Constructor: leche, queso, carne, huevo o pescado.
		c.	Protector: frutas y verduras.
		d.	Sopas
9	Por lo general, (NOMBRE) almuerza: Marque todas las que corresponda (respuesta múltiple)	a.	Liquido (sopas)
		b.	Espeso (guisos)
		c.	Solido (papa, arroz, habas, choclo)

10	¿El agua que consume (NOMBRE) es...? Marque todas las que corresponda (respuesta múltiple)	a.	Agua entubada o de red pública
		b.	Agua clorada
		c.	Agua hervida
		d.	Otros: _____
11	Generalmente, ¿quién le da de comer a (NOMBRE)?	a.	Cuidador principal
		b.	Otro miembro del hogar (especifique): _____
IV.- INFORMACION SOBRE LA CORRESPONSABILIDAD EN SALUD Y NUTRICION			
12	¿A que tipo de establecimiento de Salud llevas a tu niño?	a.	Puesto de salud al que pertenece mi comunidad -
		b.	Centro de salud al que pertenece mi comunidad
		c.	Hospital de Apoyo de Cajabamba
		d.	Hospital Municipal de Cajabamba
		e.	ESSALUD
		f.	Establecimiento de Salud Privado
13	Cuenta con todos sus controles de acuerdo a su edad (verificar en tarjeta de control CRED)	a.	Sí
		b.	No
14	Cuenta con todas sus vacunas de acuerdo a su edad (verificar en tarjeta de control CRED)	a.	Si
		b.	No
15	Según la tarjeta de control, ¿Cuál es el estado Nutricional de niño o niña?	a.	Normal
		b.	Desnutrición crónica

		c.	Desnutrición aguda
		d.	Desnutrición global
V.- INFORMACION SOBRE LA TRASFERENCIA MONETARIA CONDICIONADA			
16	Los 200 soles que recibe del Programa Juntos es destinado a:	a.	Educacion
		b.	Salud
		c.	Alimentación
		d.	Mejoramiento de la vivienda
		e.	otros
17	¿Qué cantidad es destinada a Alimentación?	a.	Menos de 50 soles
		b.	De 50 a 100 soles
		c.	De 100 a 150 soles
		d.	De 150 a 200 soles
18	¿Qué tipo de alimentos compra con la cantidad que destina para alimentación?	a.	Energético: arroz, avena, quinua, papa, trigo, menestras, etc
		b.	Constructor: leche, queso, carne, huevo o pescado.
		c.	Protector: frutas y verduras.