



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y
desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio,
Anta, Cusco-2017.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÈMICO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA

AUTOR:

Br. Masías Olivera, Carlos Ramiro

ASESOR:

Dr. Edgar Enríquez Romero

SECCIÓN:

Ciencias Empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Administración del Talento Humano

PERÚ – 2017

PÁGINA DEL JURADO

Dr. Campaña Morro, Waldo Enrique

Presidente

Mg. Rojas Ocharan, Dante Paul

Secretario

Dr. Edgar Enríquez Romero

Vocal

DEDICATORIA

*A **Dios**, por darme la fuerza en aquellos momentos difíciles que viví y que me han enseñado a valorar todos los días de mi vida.*

*A las **usuarias** de **JUNTOS** quienes con mucho esfuerzo y perseverancia buscan un futuro mejor para sus hijos e hijas.*

*A mi hijo **Armando** y mi esposa **Grety**, quienes son mi motivo para seguir superándome en la vida a quienes les llevo siempre en mi mente y corazón*

*A mis hermanos **Daniel, Sofía, Milagros** y **Arny**, quienes son motivo de inspiración para seguir creciendo.*

El autor

AGRADECIMIENTO

*Le agradezco a **Dios** por haberme permitido conocer a las usuarias de JUNTOS que luchan día a día para que sus menores hijos e hijas tengan un mejor futuro.*

*A mi abuela **Sofía** por ser la mujer más tierna y dulce que he conocido, la que me brindo su calor en un momento difícil de mi vida, abuela **Sofía** eres lo más bello que Dios ha podido darme, estaré agradecido contigo eternamente.*

*A mis padres **Rosa** y **Aparicio** por apoyarme en todo momento y haberme inculcado los valores que me inculcaron y agradezco a mis hermanos por ser un ejemplo de desarrollo profesional.*

El autor

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada Corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017, con la finalidad de determinar la relación que existe entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017.

El presente trabajo de investigación se presente en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el Grado Académico de Maestro en Gestión Pública.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El autor

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	v
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCION	11
1.1. Realidad problemática.....	11
1.2. Trabajos previos.....	15
1.3. Teorías relacionadas al tema	20
1.4. Formulación del problema	52
1.5. Justificación del estudio.....	52
1.6. Hipótesis.....	53
1.7. Objetivos	53
II. MÉTODO.....	54
2.1. Tipo y diseño de estudio.....	54
2.2. Variables	54
2.2.1. Operacionalización de variables.....	55
2.3. Población y muestra	56
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	56
2.4.1. Variable de estudio: Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS	56
2.4.2. Variable de estudio: Desnutrición Infantil	57
2.4.3. Validez y confiabilidad.....	57

2.5. Métodos de análisis de datos	58
III. RESULTADOS	59
3.1. Descripción.....	59
3.2. Resultados descriptivos por variables.	60
3.2.1. Resultados para Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS	60
3.2.2. Resultados para dimensiones de Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS.....	61
3.2.3. Resultados para Desnutrición Infantil	63
3.3. Contraste de hipótesis para correlación entre las variables Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil	64
3.3.1. Prueba de hipótesis.....	64
3.3.2. Prueba de Sub hipótesis	66
IV. DISCUSIÓN	68
V. CONCLUSIONES	69
VI. RECOMENDACIONES	70
VII. REFERENCIAS	72
ANEXOS	75

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar cuál es la relación que existe entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, para lo cual se desarrolló un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, sobre una muestra de 53 familias extraídas de una población conformada por 120 hogares afiliados al programa Juntos en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco – Cusco, que tienen hijos menores de 3 años.

Para la obtención de los datos se utilizó la técnica de la encuesta y el análisis documental, siendo los instrumentos Cuestionario sobre Corresponsabilidad en Salud del Programa Juntos y Ficha de recojo de datos sobre desnutrición infantil, los mismos que fueron sometidos a un análisis de fiabilidad.

Los resultados de la investigación nuestra que con un nivel de confianza del 95% = 0.95, y al nivel de significancia del α : 5% = 0.05, los resultados muestran que no existe correlación entre las variables Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos y Desnutrición Infantil, según el estadístico de prueba para un estudio no paramétrico Tau-B de Kendall.

Palabras Clave: Corresponsabilidad en salud, desnutrición infantil.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between co-responsibility and health of the JUNTOS program and child malnutrition in the district of Chinchaypujio Anta, Cusco-2016, for which a non-experimental non-experimental design of correlational descriptive type, on a sample of 53 families drawn from a population made up of 120 households belonging to the JUNTOS program in Chinchaypujio district, Anta, Cusco - Cusco, with children under 3 years of age.

To obtain the data, we used the survey technique and the documentary analysis, and the instruments Questionnaire on co-responsibility in the health of the program and the Data collection sheet on child malnutrition, which were submitted to an analysis of reliability.

The results of our research that with a confidence level of $95\% = 0.95$, and a level of significance of $\alpha: 5\% = 0.05$, results that there is no correlation between the Health Stewardship variables of the JUNTOS program and Child Malnutrition, According to the test statistic for a non-parametric Tau-B of Kendall study.

Keywords: Stewardship in health, child malnutrition

I. INTRODUCCION

1.1. Realidad problemática

Los programas de transferencia monetaria condicionada están focalizadas principalmente a poblaciones de pobreza y pobreza extrema, los hogares afiliados reciben un incentivo económico a cambio que cumplan ciertas condiciones o responsabilidades principalmente de educación, salud y nutrición.

Los programas de transferencia monetaria condicionadas existen en casi toda Latinoamérica, entre los más emblemáticos resaltan Bolsa Escola de Brasil en cual dicho programa ha logrado que los niños y niñas ingresen a una edad adecuada a la escuela, disminuyendo la tasa de deserción escolar y obteniendo una alta tasa de asistencia a las horas escolares. A pesar de estos resultados se encontró evidencias que el programa Bolsa Escola haya podido disminuir la pobreza de los hogares afiliados al programa.

En Colombia existe el programa Familias en Acción, dicho programa cuenta con tres componentes que son la educación, nutrición y salud.

Lo interesante del programa mencionado es que tuvo un impacto positivo en el incremento de la escolaridad, controles de salud de los niños menores de 5 años y reducción de los síntomas de diarrea en niños menores de 5 años de las zonas rurales.

En Honduras existe el Programa de Asignación Familiar, el mencionado programa demostró logro disminuir la pobreza e aumentar los niveles de escolaridad, controles prenatales, controles de niños y niñas y cobertura de vacunación. Sin embargo, no se encontró evidencias que el programa tenga impacto en la salud, específicamente en la nutrición de niños y niñas pertenecientes al programa.

En México se tiene el Programa Oportunidades que tuvo como objetivo reducir la pobreza mediante la mejora de la escolaridad, salud y nutrición.

En dicho programa se demostró que hubo un impacto en la desnutrición crónica y aguda, sobrepeso y desarrollo cognitivo y del lenguaje en niños menores de 5 años, pero este impacto estuvo muy relacionado al nivel de educación de la madre.

A nivel nacional existe un solo Programa de Transferencia Monetaria Condicionada que es el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS, dicho programa está encaminado a romper la pobreza intergeneracional de los padres a los hijos, mediante el incentivo monetario que promueve el acceso a los servicios de educación, salud y nutrición.

El incentivo monetario que reciben las usuarias es de s/.100 por mes, por el cumplimiento de las corresponsabilidades de salud y/o educación.

El Programa Juntos da inicio en su lucha contra la pobreza en el año 2005, trabajando con distritos que tengan más del 40% de pobreza, es así que el programa en el 2005 intervino a 70 distritos, en la actualidad el programa investigado interviene a 1178 distritos a nivel nacional, para el año 2015 Juntos tiene 814533 afiliados a dicho programa según la Unidad de Tecnologías de Información de Juntos.

El Perú en estos últimos años ha tenido un fuerte crecimiento económico llegando incluso a 11.5% del PBI en el gobierno de Alan García, es así que los indicadores de pobreza y desnutrición crónica infantil disminuyeron, desde el año 2005 al 2014 se muestra una disminución considerable de la pobreza en el Perú, pasando de 55.6% en el 2005 al 22.7% en el 2014.

En cuanto a la desnutrición crónica infantil según el INEI (2017), tomando como referencia el Patrón de Referencia de crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2007 la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú era de 28.5 % , y en el 2016 disminuyó a 13.1%

En el área rural en el año 2007 la desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue de 45.70% y en el 2016 fue de 26.5 %.

En cuanto al ámbito del programa Juntos, en el año 2007 la desnutrición crónica en niños menores de 5 años se tuvo 54.7% y en el 2016 fue de 22.7%.

Como se puede observar existe una considerada diferencia en cuanto a la desnutrición crónica infantil dentro del ámbito Juntos puesto son cerca de 4 % de diferencia en cuanto a la desnutrición crónica infantil a nivel nacional.

A pesar que ya son más de 10 años de intervención del programa Juntos no se ha podido al menos igualar a los indicadores nacionales.

Entonces en qué medida el programa Juntos ha contribuido a la reducción de la desnutrición crónica infantil, pese a que según la Unidad de Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades, la tasa de corresponsabilidad en salud en el año 2015 fue de 90.9%.

Bastara solamente cumplir con la corresponsabilidad en salud para poder luchar contra la desnutrición crónica infantil en el Perú.

En el caso del departamento del Cusco el programa Juntos intervino en el año 2007 con 28, 203 abonados y para el 2015 se incrementó a 63, 371 abonados según la Unidad de Tecnología de la Información.

Según el INEI, la pobreza en el departamento de cusco, en el año 2005 fue de 60.9% y en el año 2014 fue de 18.7%, como se puede notar claramente hubo una reducción considerable de la pobreza de 42.2% del 2005 al 2015.

En cuanto a la pobreza extrema en el departamento del cusco se tuvo para el 2007 un 19.6% y para el año 2014 disminuyo a 3%.

Como se puede observar se tuvo una considerable disminución de la pobreza en el departamento del cusco, debido principalmente al crecimiento económico que se tuvo en esos años.

En cuanto a la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años se tuvo también una disminución significativa puesto que para el año 2007 la desnutrición crónica infantil fue de 36.9 % y en el 2016 disminuyo a 14.6%, reduciendo 22.3% en 8 años.

Como se puede notar la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años en el departamento del Cusco se encuentra por debajo del promedio nacional en cuanto a la intervención en el ámbito del programa Juntos.

En estas circunstancias, no es ajena a esta realidad el caso del distrito de Chinchaypujio, provincia de Anta, departamento de Cusco, zona geográfica que ha despertado nuestro interés, en vista que se ha podido observar que para el año 2016 la tasa de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años fue de 32.7%, dicho indicador se encuentra muy por encima del promedio nacional pese que en dicho distrito interviene el programa Juntos.

Finalmente, los programas de transferencia condicionada han tenido un efecto positivo en educación en cuanto a tasas de asistencia escolar, tasas de deserción escolar, etc.

Cabe recalcar que los programas condicionados tuvieron éxito en cuanto a las matriculas, asistencia escolar, controles de crecimiento y desarrollo, pero sin embargo no tuvieron el mismo impacto en la salud y nutrición de niños y niñas.

1.2. Trabajos previos

Rivera (2010), desarrolla la investigación titulada “Evaluación de los efectos del programa Red Solidaria sobre la Salud Infantil”, en la investigación se tuvo como objetivo principal evaluar el impacto del programa Red Solidaria en el país del El Salvador sobre la nutrición infantil, el investigador concluye en cuanto a la asistencia de crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 3 años en los establecimientos de salud se logró prácticamente el 100% en los años 2006 y 2007, lo que demuestra que se aumentó la oferta de los servicios de salud, teniendo una cobertura de dichos servicios, entonces se concluye que se tuvo un efecto positivo del programa mencionado en cuanto a la asistencia de crecimiento y desarrollo y cobertura de los servicios de salud. En la investigación Rivera toma dos indicadores adicionales como la calidad y eficacia, en cuanto a la calidad de la atención la investigadora menciona que es necesario que mejore la información y conocimiento entre el responsable del control de crecimiento y desarrollo del niño y/o niña con la persona encargada del cuidado de la niña o niño que asiste a dicho control.

Así mismo en cuanto a la eficacia refiere que se debe mejorar el suministro en cuanto a calidad y cantidad de vitaminas, minerales y desparasitantes, es así que los resultados de la investigación refieren que en cuanto a la calidad y eficacia de los servicios de salud hay mucho por mejorar.

Así mismo Rivera realizó un análisis comparativo del programa Red Solidaria con programas similares en la región en donde se concluyó que disminuyó considerablemente la prevalencia de diarrea en los últimos 30 días, en los niños y niñas menores de 3 años de los hogares beneficiarios del programa Red Solidaria afiliados en los años 2006 y 2007, frente a los otros programas.

Los resultados de la investigación muestran que el programa Red solidaria ha contribuido a mejorar la salud en niñas y niños menores de 3 años en hogares afiliados al programa mencionado, sensibilizando y concientizando hábitos como salud preventiva, asistencia a consultas de crecimiento y desarrollo.

Sánchez y Jaramillo (2012), presentan su investigación titulada “Impacto del programa Juntos sobre nutrición temprana”, se tuvo como objetivo evaluar el impacto del programa Juntos sobre el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años pertenecientes al programa mencionado.

Para medir el impacto nutricional en niños y niñas menores de 5 años afiliados al programa Juntos, los investigadores utilizaron información principalmente de la Encuesta Demográfica Nacional y de Salud (ENDES), de los años 2008 al 2010.

Los investigadores concluyeron que según los indicadores de ENDES del 2008 al 2010, el programa Juntos tuvo un impacto positivo sobre la nutrición temprana, teniendo mayor incidencia en la desnutrición crónica extrema, beneficiándose los niños y niñas pertenecientes a los percentiles nutricionales inferiores.

Sin embargo el programa no tuvo efecto o impacto sobre la desnutrición crónica global, debido a que este tipo de desnutrición es más dificultoso reducir.

Adicionalmente en los hogares afiliados al programa disminuyó el trabajo infantil remunerado, pero sin embargo se incrementó el trabajo no remunerado.

El Artículo realizado por **Sánchez y Rodríguez (2016)** titulada “A 10 años del lanzamiento de Juntos: un balance del impacto del programa sobre capital humano”, tuvo como objetivo principal realizar un balance de investigación de estudios cuantitativos que se han enfocado en evaluar el impacto de Juntos en resultados del niño en las dimensiones de salud, educación y trabajo infantil.

Entre las conclusiones más resaltantes destacan que el programa Juntos a 10 años de su creación ha tenido un impacto positivo sobre las condicionalidades en cuanto a la asistencia en los controles de crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 5 años, deserción y asistencia escolar.

Los hogares afiliados al programa investigado, reportaron que incremento su gasto en alimentos y educación, adicionalmente se ha logrado un impacto positivo en cuanto a la nutrición infantil, especialmente se mostró una disminución en la desnutrición crónica severa.

Otro aspecto positivo del programa es que ha tenido un impacto positivo en cuanto a los aprendizajes de los niños y niñas, dicho impacto fue medido principalmente en términos de desarrollo de vocabulario.

Adicionalmente en los hogares afiliados al programa disminuyó el trabajo infantil remunerado, pero sin embargo se incrementó el trabajo no remunerado.

La tesis realizada por **Pérez (2015)** titulado “Evaluación del Efecto del Programa Juntos en Relación a la Salud Materno Infantil”, tuvo como objetivo principal evaluar el efecto del programa Juntos sobre la salud materna infantil.

Entre las conclusiones más resaltantes del investigador resaltan que las usuarias del programa investigado si cumplen con la corresponsabilidad que piden el programa, dichas corresponsabilidades se dan en los partos institucionales, control de crecimiento y desarrollo, vacunas de los niños y niñas. Este hallazgo también fue encontrado por otras evaluaciones del Programa Juntos y en la evaluación de otros programas de Transferencias Monetarias Condicionadas de Latinoamérica.

A nivel individual, el programa Juntos contribuye a disminuir el riesgo de bajo peso en mujeres y disminuye marginalmente el riesgo de anemia en niños.

A nivel distrital, se encontró que el Programa Juntos disminuye la prevalencia de anemia en mujeres y niños. Es la primera vez que se evalúa el efecto del Programa Juntos en estos indicadores, teniendo en cuenta que la anemia en mujeres es un factor asociado a anemia en niños.

La tesis de **Vargas (2014)** titulada “Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los Pilares de Gestión del Programa JUNTOS”, tuvo como objetivo estudiar los instrumentos utilizados por el programa, específicamente para el cumplimiento de corresponsabilidades en salud de los hogares afiliados, teniendo especial atención en la gestión descentralizada de los servicios de salud y el acceso a los mismos de la población rural en situación de pobreza, la investigación se centra en la región de Apurímac en el periodo comprendido del 2009 al 2011.

Entre las principales conclusiones de la investigadora resaltan que es importante identificar los objetivos comunes de las diferentes instituciones, si se realiza un trabajo articulado se tendrá mejores resultados en la lucha contra la pobreza e inclusión social de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema.

Así mismo la investigadora manifiesta que es importante superar la desnutrición crónica infantil y la mortalidad materna de esta manera se podrá lograr el desarrollo humano y se generara el capital social.

La investigación muestra también que existe poca articulación entre los programas sociales y los gobiernos regionales y locales, en ese sentido la articulación realizada por el programa Juntos a través de la verificación del cumplimiento de corresponsabilidad en salud han generado un desafío tanto para la Gerencia de Desarrollo Social de Apurímac y los representantes del programa Juntos en cuanto a superar las limitaciones y generar mayores sinergias, con el fin de mejorar el servicio por parte del estado.

El programa Juntos tiene como prioridad garantizar la verificación del cumplimiento de corresponsabilidades en base al incremento de la demanda de los servicios públicos tanto de educación y salud, sin embargo la investigación mostro que se tiene limitaciones en cuanto a la oferta de los servicios mencionados, estas limitaciones crea preocupación por la adecuada intervención del programa.

La investigadora menciona que para un mayor efecto del programa en cuanto a la verificación del cumplimiento de corresponsabilidades es necesario mejorar los trabajos de sensibilización y promoción a las usuarias del programa.

Por otra parte el programa Juntos prioriza el proceso de transferencias de incentivos monetarios, a pesar de ello existen limitadas actividades informativas y de acompañamiento en el momento de la pagaduría a las usuarias de Juntos. En la región de Apurímac, la investigadora pudo percibir que existen posibilidades de un trabajo articulado y compromisos por parte del programa Juntos y la Gerencia de Desarrollo Social.

Alcázar (2009) desarrolla la investigación titulada “El gasto público social frente a la infancia: Análisis del Programa Juntos y de la oferta y demanda de servicios asociadas a sus condiciones”, la investigadora pretende aportar al monitoreo del gasto social asignado al programa Juntos y a identificar los factores y limitaciones que impiden una mejor efectividad del gasto social.

El estudio de Alcázar está centrado en dos distritos que forman parte del proyecto “Niños del Milenio”, los dos distritos son Vinchos que pertenece al departamento de Ayacucho el cual existe intervención del programa Juntos, y el otro distrito es Santo Toribio perteneciente al departamento de Ancash que aún no existe intervención del programa investigado, cabe recalcar que ambos distritos existen similitud en pobreza y ruralidad.

Las principales conclusiones de la investigadora muestran que en distrito de intervención del programa se ha incrementado la demanda de los servicios de salud y educación.

Es así que en el distrito de Vinchos se observó un incremento de la asistencia de las gestantes y de los niños y niñas a sus respectivos controles en el establecimiento de salud, a diferencia de lo que ocurre en Vinchos no ocurre lo mismo en el distrito de Santo Toribio.

En cuanto a la educación se encontró que en el distrito de Vinchos disminuyó la deserción escolar principalmente de las niñas que cursan el último grado de primaria y el incremento de asistencia de los alumnos en el nivel secundario, sin embargo no sucedió lo mismo en el distrito de Santo Toribio.

Se halló un incremento en cuanto a la oferta de los servicios de educación y salud, pero sin embargo no son suficientes para cubrir la demanda, en los mencionados servicios se encontró dificultades en la calidad de tales servicios principalmente en las zonas más pobres del país donde interviene el programa.

En cuanto a la oferta de los servicios de salud, se encontró mejoras en el distrito de Vinchos ya que hubo mejoras principalmente en la infraestructura, y el número de personal de los establecimientos de salud, claro que estas mejoras podrían relacionarse con el efecto del programa Juntos.

En cuanto al número de equipos se incrementos en ambos distritos, pero sin embargo el incremento de las maquinas es más notorio en el distrito de Vinchos, especialmente en equipos para el control de crecimiento y desarrollo-CRED.

En el estudio se halló mejoras en cuanto a la transferencia económica que realizó programa Juntos al Ministerio de Salud, principalmente en la contratación de personal de SERUMS y ampliaciones de Infraestructura, así mismo mejoró la calidad de la atención por parte del personal de los establecimientos de salud.

Se realizó una encuesta a las usuarias del distrito intervenido, en dicha encuesta los resultados mostraron que consideran que si hubo mejoras en servicios que brinda el establecimiento de salud, sin embargo las encuestas realizadas en el distrito de Santo Toribio los resultados mostraron que la situación en el establecimiento de salud no ha cambiado.

Si bien hubo mejora en la situación en los establecimientos de salud, aún tiene carencias principalmente en infraestructura, equipos, personal para el control de crecimiento y desarrollo, personal para la atención a las gestantes.

Con estas carencias pone en riesgo los objetivos que busca el programa.

1.3. Teorías relacionadas al tema

En América Latina y el Caribe, desde inicios de la década de los noventa surge el debate en torno a la implementación de programas sociales verdaderamente innovadores y eficaces, como instrumentos de política social dirigidos a la reducción o disminución de la pobreza. De los Fondos de Inversión Social, tan expandidos en la primera mitad de los noventa, la mirada se desvía hacia dos programas que venían implementándose en Brasil y México cuya popularidad venía incrementándose gracias a sus resultados positivos: en Brasil, el Programa Bolsa Escola (ahora Bolsa Familia) y, en México, el Programa Progresá (después Oportunidades y ahora Prospera).

El Programa Bolsa Escola de Brasil realizaba transferencias monetarias a hogares beneficiarios en situación de extrema pobreza, a cambio de corresponsabilidades en educación, por otra parte el programa Progresá de México, realizaban transferencias monetarias, dotaban de suplementos nutricionales y promovían el acceso al paquete básico de servicios de salud, a hogares rurales en situación de pobreza extrema, a cambio que cumplieran con los compromisos en salud y educación.

A partir de las experiencias mencionadas, se han incrementado los programas de transferencias condicionadas o “con corresponsabilidad”, en casi la totalidad de los países de América Latina y el Caribe, convirtiéndose en un instrumento de lucha contra la pobreza.

Entre los logros y potencialidades de los Programas de Transferencias Condicionadas (PTC), los analistas han destacado dos aspectos: los relativos a la gestión de los programas y los correspondientes a los efectos en la población. **Rangel (2011)** destaca dos aspectos relativos a la gestión de los programas y los correspondientes a los efectos en la población.

La implementación de los PTC ha implicado determinados retos desde la perspectiva de la gestión, siendo los más relevantes los correspondientes a la focalización y la coordinación institucional. Es así que respecto de la

focalización, se destaca la virtud de los mecanismos e instrumentos que se aplican dado que permiten la selección de los usuarios a los que va dirigido el Programa, así como la exclusión de los que no califican.

Estos mecanismos son verdaderamente importantes cuando se trata de programas que buscan contribuir a la reducción de la pobreza. Entre los tipos de focalización más utilizados por los programas de transferencias condicionadas se encuentran la focalización geográfica, la cual consiste, en identificar zonas territoriales con ciertas características que busca el programa como por ejemplo zonas de pobreza o pobreza extrema, oferta de los servicios de salud y educación, etc.

Una vez seleccionado la zona que cumpla con los requisitos que pide el programa se realiza la focalización de hogares, en esta fase se realiza la selección a los potenciales beneficiarios, dichos hogares deben de cumplir con los requisitos que pide el programa, en algunos programas como el caso de Juntos, se incluye una tercera etapa de selección que viene a ser la validación de los usuarios con las autoridades de la comunidad.

Las fuentes que usualmente utilizan los PTC en cuanto a la focalización geográfica son los censos de población y vivienda y la focalización a nivel hogar utilizan como el caso de Perú, el Sistema de Focalización de Hogares SISFOH. Otro aspecto relativo a la gestión de los PTC es el de la coordinación intersectorial, cuya relevancia se deriva de la necesidad de esta coordinación para el cumplimiento de las condicionalidades o corresponsabilidades.

Según los estudiosos de los PTC, la coordinación puede ser considerada como uno de los logros de estos Programas dado el aprendizaje derivado del acercamiento entre sectores y el establecimiento de vínculos e interacción entre las instituciones que comparten responsabilidades, especialmente con salud y educación.

El nivel de articulación entre los PTC y los sectores asociados a los mismos ha alcanzado buenos niveles de articulación y coordinación intersectorial, como por ejemplo en Nicaragua la articulación se dio a nivel nacional, municipal y finalmente local o de comunidad, donde participan los representantes de los ministerios relacionados con los PTC, la comunidad y el personal del programa que interviene.

Cecchini (2009) menciona que en los PTC una gestión conjunta entre sectores y secretarías permitió una coordinación nacional del Programa. Los estudios realizados sobre los PTC dan asimismo cuenta de los efectos en la población atendida, especialmente en lo concerniente a los resultados y objetivos esperados. Estos estudios resaltan los efectos en el desarrollo del capital humano y en el ingreso familiar y la pobreza intergeneracional.

En cuanto a los efectos en el desarrollo del capital humano, las condicionalidades planteadas en los PTC están orientadas, por un lado, al desarrollo del capital humano, y se debe evidenciar en una primera etapa en el aumento de la demanda por los servicios de salud y educación, y posteriormente, al incremento de los ingresos e incidencia en la pobreza intergeneracional.

Respecto al aumento de la demanda de salud, según **Villatoro (2005)**, el condicionamiento que se les realiza a los hogares pertenecientes a los PTC ha generado que se incremente la demanda de los servicios básicos en salud.

Se debe añadir que, sobre los efectos de los PTC en la salud de las personas, los estudios evaluativos se han orientado principalmente a medir la prevalencia de diarreas, anemia y desnutrición de los niños y niñas.

En este sentido, los estudios realizados por **Valencia (2008)**, muestran evidencias de cambios positivos, especialmente en Enfermedades Diarreicas Agudas, en los casos de los programas de México, El Salvador y Colombia.

De las investigaciones realizadas sobre los impactos del Programa en la desnutrición infantil destaca la de **Attanasio y Gómez (2006)**, quienes evaluaron el impacto realizada al Programa Familias en Acción de Colombia, el cual muestra las significativas reducciones de la desnutrición crónica de los niños y niñas rurales y urbanas de los diferentes grupos de edad hasta los 7 años.

En relación con la demanda de educación, las investigaciones señalan que los PTC tienen un impacto en cuanto al incremento de la demanda escolar medida principalmente por el incremento de matrícula y asistencia escolar.

Los resultados de las investigaciones realizadas muestran, incrementos significativos en estos dos indicadores como consecuencia de la intervención de los programas en las familias beneficiarias.

Pero sin embargo es necesario señalar que solo la matrícula y la asistencia escolar no garantizan el aumento del capital humano, sabiendo que existen dificultades de calidad en la oferta educativa, dichas dificultades se dan principalmente en las zonas de pobreza y pobreza extrema.

En este sentido, los estudios evaluativos de los programas de PTC que se vienen haciendo en los últimos años se encuentran incidiendo en la medición de la calidad educativa.

Por otro lado, los efectos en el ingreso y la pobreza intergeneracional, se ve reflejada en el hecho que las transferencias monetarias a las familias beneficiadas se han constituido en un importante rubro de la economía familiar de los hogares más pobres de los países. Los estudios enfatizan, como una consecuencia lógica de los subsidios, el incremento del ingreso familiar en el corto plazo. El monto de la transferencia, se encuentra alrededor del 15% de la línea de pobreza extrema y 10% de la línea de pobreza global, siendo más significativo en el área rural que en el área urbana. En el caso de la pobreza intergeneracional o de largo plazo, todavía no hay evidencias concretas como para dimensionar a cabalidad el efecto en el capital humano, porque la mayoría son relativamente nuevos y porque el logro de este objetivo no depende sólo del Programa, sino además de un conjunto de variables económicas y laborales que este no controla.

Los estudios de **IFPRI (2010)**, mencionan que El Salvador y Chile mostraron incrementos de los niveles de ingresos, con efectos más significativos en las familias de las áreas rurales. Los impactos fueron también positivos en la disminución de la prevalencia e intensidad de la pobreza en el corto plazo.

Las políticas sociales en el Perú realizaron diferentes estrategias para enfrentar los problemas en cada periodo histórico, es así que en los diferentes gobiernos han planteado diversas estrategias y puesto en ejecución una diversidad de Programas tendientes a contribuir en la reducción de las inequidades sociales, proteger a la población más vulnerable y reducir la vulnerabilidad económica y social de los grupos pobres y marginados. Todos estos han ido dejando importantes lecciones aprendidas para el diseño de los actuales programas sociales, dentro de los cuales se encuentran los de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC).

Con miras a visualizar el recorrido realizado por el Perú en los últimos tiempos, hasta arribar a la creación del programa Juntos, se presenta a continuación una síntesis de la evolución que ha tenido la política social a partir de los años 80. Es así que en la década de los ochenta entre las principales estrategias relevantes se tiene la Inserción del concepto “focalización de los pobres”, el primer Mapa de Pobreza del Perú, año 1982, puesta en ejecución de diversos programas sociales: Programa de Apoyo al Ingreso Temporal, Programa de Desarrollo Microrregional, Programa de Apoyo al Campesinado, Programa del Instituto de Desarrollo del Sector Informal y el Programa de Asistencia Directa. Quedan inoperativos a final de la década por la crisis económica.

En la década de los noventa entre las principales estrategias relevantes se tiene el radical programa de ajuste estructural acompañado de Programa de Gasto Social apoyado por los organismos multilaterales, la estrategia de alivio a la Pobreza que se lleva a Mesa de Donantes de París en 1993, la puesta en ejecución de FONCODES, Salud y Nutrición, Agua y Saneamiento enmarcados en el Programa de Focalización del Gasto Social, así como otros (camino rurales y electrificación rural), en la segunda mitad la política social se enmarca en la Estrategia Focalizada de Superación de la Pobreza que orienta el accionar de los programas sociales y creación del Ministerio de la Mujer, el fin de la década con recesión y finalización de los préstamos de las multilaterales, lo que da origen al concepto de programas sociales protegidos (PSP).

La primera década del segundo milenio presenta entre las principales estrategias relevantes un Gobierno de Transición: Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (2000), Carta Social del país: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2001), Puesta en marcha del Plan Nacional para la Superación de la Pobreza (2004), Creación de Juntos e inicio de fusión de programas sociales (2005), Diseño de Estrategia Nacional Crecer (2007).

En la segunda década del segundo milenio entre las principales estrategias relevantes se tiene la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS (2011), Puesta en marcha de la Estrategia Nacional “Incluir para crecer”, la cual está compuesta por 5 ejes estratégicos: Nutrición infantil; Desarrollo infantil temprano; Desarrollo integral de la niñez y adolescencia; Inclusión económica; y Protección a la tercera edad (2012), Reforma de Programas

Sociales MIDIS: Juntos, Cuna Más, Qali Warma. FONCODES, Pensión 65 (2012).

La revisión de las estrategias aplicadas en el país para la reducción de la pobreza en la década de las ochenta muestran que, en la primera mitad, en el marco de la política económica que se venía aplicando, se da un giro a la política social al insertar el concepto de focalización en los pobres, como un mecanismo de optimización de los fondos públicos.

En 1982 el Banco Central de Reserva del Perú realiza el primer mapa de pobreza en el Perú, dicho instrumento debía ser usado para la asignación de los recursos de programas especialmente dirigidos a la población en extrema pobreza. No obstante, los programas focalizados no entraron en ejecución y el gobierno privilegió la inversión en los sectores salud y educación, con énfasis en la atención primaria en salud y en educación primaria. La segunda mitad de los ochenta ofrece un panorama que se caracteriza por la puesta en ejecución de una variedad de programas sociales, como el Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (PAIT), el Programa de Desarrollo Microrregional (PEPDMEES), el Programa de Apoyo al Campesinado, el Programa del Instituto de Desarrollo del Sector Informal (IDESI) y el Programa de Asistencia Directa (PAD). Estos Programas adquieren una relevancia hasta antes del inicio del proceso hiperinflacionario. Al finalizar la década, prácticamente todos estaban inoperativos por la grave crisis socioeconómica que vivía el país.

Se inicia la década de los 90 con el programa de ajuste estructural ejecutado por el gobierno, para hacer frente a la hiperinflación y desestabilización económica que venía atravesando el Perú a fines de los años 80. El radical ajuste estuvo sustentado en reformas estructurales y un programa de gasto social dirigido a paliar los efectos del ajuste en la economía familiar, especialmente de los más vulnerables.

En materia de gasto social es de destacar el incremento sustantivo en este periodo, dado el apoyo de los Organismos Multilaterales, especialmente el Banco Mundial, la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno de Estados Unidos y los organismos de Naciones Unidas, quienes en el marco de la Estrategia Nacional de Alivio a la Pobreza que se llevó a la Mesa de Donantes de París en 1993, brindaron su apoyo para la ejecución de importantes

programas sociales que iniciaron su ejecución en ese periodo: FONCODES (concebido como principal instrumento de la estrategia), Salud y Nutrición, Agua y Saneamiento, entre los principales, los cuales se enmarcaron en el Programa de Focalización del Gasto Social. Acompañaron a estos Programas otros que obtuvieron financiamiento del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, como Caminos Rurales y Electrificación Rural, pero cuyo objetivo principal era el de superar el déficit de infraestructura social.

La política social de la segunda mitad de la década se explicitó en la Estrategia Focalizada de Superación de la Pobreza, que orientó a la gama de programas sociales hacia áreas geográficas especialmente seleccionadas.

Si bien es cierto el trabajo de FONCODES se caracterizó por su desplazamiento a las zonas más pobres del país, su objetivo de ampliar los servicios de salud, educación, etc., no fueron suficientes para abordar las causas que generan el círculo intergeneracional de la pobreza.

En el mismo camino estuvieron los otros programas de inversión en infraestructura. Al finalizar la década, el país atraviesa por un periodo caracterizado por la recesión económica, la culminación de los préstamos de los organismos multilaterales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) a los programas sociales emblemáticos del quinquenio anterior y la transferencia de los programas sociales al Ministerio de la Mujer. En este contexto, surge el concepto de los Programas Sociales Protegidos (PSP), cuya aplicación tenía el objetivo de proteger a un grupo de programas sociales de las restricciones fiscales establecidas.

Se inicia la década del 2000 con el gobierno de transición, cuyo presidente crea la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), en dicha mesa los representantes del estado y la comunidad, concertaban y tomaban decisiones enfocadas a disminuir la pobreza.

En el año 2001, el presidente electo promocio la Carta Social del País, cuyos fines eran el empleo universal, acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, educación y cultura; los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la puesta en marcha del Plan Nacional para la Superación de la Pobreza (2004), con el objetivo de establecer una red de protección social, mejorar la capacidad

institucional y humana, promover la transparencia e intervención de la ciudadanía.

En el marco del Plan Nacional para la Superación de la Pobreza, se crea el primer programa condicionado en el Perú denominado Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más pobres “JUNTOS”, cuya finalidad de dicho programa es la transferencia monetaria directa a los hogares en condición de pobreza o pobreza extrema.

La ley de Creación señala que “el programa Juntos otorga transferencias monetarias a los hogares beneficiarios a cambio de la participación y compromisos en salud y educación, asegurando de esta manera la salud preventiva materno-infantil y la asistencia escolar sin deserción.

De manera paralela, se da inicio a la fusión de la multiplicidad de programas sociales con la finalidad de promover una mayor eficiencia del gasto social debido a la duplicidad de acciones y la escasa coordinación entre ellos. Es preciso indicar que se finaliza el quinquenio sin logros elocuentes en los principales indicadores sociales, especialmente los relativos a la desnutrición.

En los años del 2006 al 2011, el Perú presenta un crecimiento económico próspero frente a años anteriores, lo que lleva al gobierno a programar grandes desafíos en el área social, es así que entre el año 2008 y el 2010, el gobierno realizó reformas como: a) Racionalización de las estructuras del estado; b) coordinación y articulación intersectorial; c) afinidad de las intervenciones sociales sobre la misma población excluida; d) transferencias monetarias condicionadas; e) presupuesto por resultado.

Los programas sociales realizaron un trabajo de articulación entre los mismos, el cual estaba diseñado en la Estrategia Nacional CRECER, dicha estrategia focalizó al inicio las intervenciones de los programas en las zonas más pobres del país, con lo cual se buscó mejorar los indicadores sociales como la desnutrición infantil y afines.

En el año 2011 se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social MIDIS, dicho ministerio es el que preside los diferentes programas sociales de manera coordinada y articulada en los diferentes sectores y niveles de gobierno.

El MIDIS creó la Estrategia Nacional “Incluir para Crecer”, dicha estrategia consiste en el trabajo articulado a nivel intersectorial y los niveles de gobierno, orientada principalmente al logro de resultados.

La mencionada estrategia plantea 5 ejes: el primer eje planteado es la nutrición infantil, el segundo eje que plantearon es el Desarrollo Infantil Temprano, el tercer es el Desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, el cuarto eje es la Inclusión económica y por último el eje de la protección de la tercera edad.

La estrategia se basa principalmente en las causas inmediatas, subyacentes y estructurales de la desnutrición y la pobreza, por tal motivo el MIDIS propone una gestión articulada intersectorial e intergubernamental.

En este marco, el 1 de enero del 2012 Juntos inicia sus operaciones como un programa del MIDIS, considerado un programa estratégico por su capacidad de contribuir en el corto plazo a disminuir la pobreza mediante las transferencias monetarias a los hogares beneficiarios y en el largo plazo romper el ciclo de la pobreza intergeneracional mediante el incremento del capital humano.

Del 2005 al 2007 es el periodo de Juntos que se caracteriza por ser experimental, razón por la cual no tuvo originalmente un completo diseño lógico, lo que resulta entendible dado su carácter de piloto.

Sin embargo, en la documentación se encuentran definidos los elementos que conforman el marco de acción del Programa. Así, los Decretos Supremos N° 032 y 036, de abril del 2005, definen la finalidad del Programa de la siguiente manera: Ejecutar transferencias monetarias a los hogares en condición de pobreza, a cambio de la participación y compromisos en salud y educación, asegurando de esta manera la salud preventiva materno-infantil y la asistencia escolar sin deserción.

Acorde con esta última definición, se aprecia que el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres Juntos fue considerado como el primer Programa Social Condicionado del Perú. La orientación del Programa declarada fue: “asignar recursos al incremento de la demanda de los servicios de educación y salud para el mejoramiento del capital humano”.

Es preciso señalar que tanto en la norma de creación como en la modificatoria y en las Reglas de Operación del 2006 (elaboradas con base en los lineamientos establecidos en el DS N° 043-2006- PCM), se hace una definición

de los servicios relacionados con la condicionalidad del pago de forma general, mas no especifica. Según el programa investigado los sectores de salud y educación son los responsables de especificar el tipo o paquete de servicios que brindara y que será considerado por el programa en la verificación de corresponsabilidades.

Las Reglas de Operación del 2006 fueron los referentes para informar sobre los avances del Programa hasta fines del 2008.

Como conclusión se puede indicar que en esta etapa de diseño e implementación inicial, el Programa no se formaliza conceptualmente bajo la estructura de un marco lógico; no obstante, es importante señalar que en estos años se realizó un esfuerzo para el desarrollo de procedimientos que se visualizan en las distintas definiciones y actividades incorporadas y en la identificación de algunos componentes (productos), así como en declaraciones de autoridades sobre la finalidad y propósito del Programa. Del 2008 al 2011: diseño de Marco Lógico y de las Bases para la Gestión de Procesos

Con el avance de la ejecución del Programa se fueron logrando aprendizajes y también un conocimiento más preciso de la problemática que había que resolver. Así, a partir del 2008 el Programa Juntos preparó una propuesta de Marco Lógico que fue presentada al Consejo Directivo del Programa, cuya aprobación definitiva se realizó a principios del 2010.

Las definiciones estratégicas y Marco Lógico aprobado por el Consejo establecieron claramente la Visión y Misión del Programa, así como los objetivos por niveles jerárquicos, los que se constituyeron en guías para un mejor desarrollo del modelo de gestión y de los procesos operativos.

Durante este periodo se realizan una serie de ajustes en su diseño, implementación y la gestión con miras a que responda a los objetivos de intervención establecidos en el Marco Lógico. Es importante remarcar que durante este periodo Juntos implementa un proceso de focalización de acuerdo con la metodología establecida por el Ministerio de Economía y Finanzas.

A partir de agosto del 2008, el Programa inició un proceso de Gestión de Calidad, estableciendo resultados e identificando las características de su población objetivo como base de las mejoras que se requerían para mejorar su intervención. Estas mejoras fueron consideradas por el Banco Mundial como un

proceso que garantiza la transparencia y la eficiente aplicación de los recursos públicos, generando la confianza en la población objetivo y la colectividad.

Entre los cambios más resaltantes del programa Juntos en sus procesos, resaltan el ciclo de procesos bimestral, dichos cambios generaron por ejemplo en el proceso de transferencias monetarias de mensual a bimensual, reduciendo los riesgos y costos de transporte de las usuarias a los puntos de pago, adicionalmente se amplió los puntos de pago favoreciendo a las zonas más alejadas, a través de empresas de transportadoras de valores, en cuanto a la verificación de corresponsabilidades genero cambio de frecuencia de trimestral a bimestral, concientizando el cumplimiento de las corresponsabilidades en los hogares afiliados.

Del 2011 al 2015: fortalecimiento de la organización y funcionamiento en el marco de la Política de Desarrollo e Inclusión Social. La creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS en el año 2011 implicó la adscripción de Juntos a este sector (enero 2012) y el alineamiento a sus objetivos estratégicos y lineamientos operativos para la gestión. Así, a nivel estratégico se redefine el Marco Lógico con miras a que el accionar de Juntos concuerde con el Marco de la Política de Desarrollo e Inclusión Social, la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social “Incluir para Crecer”, y los planes estratégicos institucionales del MIDIS.

En este sentido, programa Juntos inicia un periodo que se caracteriza no solo por una redefinición de la Estrategia de Intervención, la cual se plantea en la actual Matriz Lógica, sino sobre todo por la intensificación y el mejoramiento de sus procesos operativos con miras a potenciar el aporte del Programa a los resultados esperados de la Estrategia Incluir para Crecer, específicamente en el eje estratégico de Desarrollo Infantil Temprano (DIT).

En esta etapa, con miras a reducir las filtraciones, se redefine además el proceso de focalización a partir de la consideración de dos criterios que se realizan en forma secuencial: a) focalización geográfica y b) focalización de hogares.

Durante este periodo el impulso a la gestión institucional estuvo orientado a las estrategias de afiliación temprana, la verificación del cumplimiento de las

corresponsabilidades y la vigilancia de los resultados esperados en materia de desnutrición, anemia y logros del aprendizaje.

El Programa se planteó también el reto de la articulación, tanto a nivel interno y con el MIDIS, como con otros actores institucionales y locales.

De tal modo, en el 2015 los lineamientos generales señalan como elementos centrales de la gestión: La consolidación del proceso de afiliación, la adopción de un enfoque multicultural desarrollado a partir de un proceso participativo con las comunidades y población objetivo. El fortalecimiento del trabajo con las familias, con miras a promover prácticas sostenibles de cuidado de la primera infancia, especialmente en temas de salud y educación, articulación sectorial con miras a la mejora continua del trabajo con las redes de salud e instituciones educativas, Optimización de procesos, especialmente los relacionados con la articulación del SIS y el Ministerio de Educación; el uso de Tecnologías de Información y Comunicación-TICS, padrón de hogares afiliados, relación institucional Banco de la Nación – Juntos, Inclusión financiera con la finalidad de generar oportunidades para la población a partir del uso de los servicios financieros, mejora del Manual de Operaciones.

El Programa Juntos cuenta con un conjunto de procesos operativos y de gestión, las cuales están relacionadas con los servicios y prestaciones que brinda, así como con su visión, misión y objetivos. Juntos posee un Mapa de Procesos que describe los principales procesos que lleva a cabo la organización, los que se encuentran agrupados en: procesos estratégicos, operativos y de soporte.

En cuanto a los procesos operativos, Juntos actualmente cuenta con cuatro: Afiliación de hogares y de Mantenimiento de padrón, Verificación de cumplimiento de corresponsabilidades, Liquidación y transferencia de incentivos monetarios condicionados, Acompañamiento familiar.

El proceso de “**Afiliación y Mantenimiento de Padrón de Hogares**” según la **Directiva N° 02-2016-MIDIS/PNADP-DE**, radica en la afiliación de hogares en circunstancias de pobreza o pobreza extrema al programa bajo ciertos criterios como focalización y elegibilidad.

El Programa aplicará la focalización geográfica como primer mecanismo para estandarizar los criterios y herramientas para la intervención y la distribución de

los recursos. El Instituto de Nacional de Estadística e Informática INEI establece el Mapa de Pobreza, instrumento que es utilizado para la focalización geográfica.

Actualmente, se priorizan los distritos con nivel de pobreza mayor al 40% y que pertenecen a la zona rural. No obstante, se podrá ampliar o reducir la cobertura hacia nuevos distritos y/o centros poblados (CCPP), en función de otras disposiciones legales que el Estado promulgue. Cuando el Programa haya determinado ampliar la intervención hacia nuevos centros poblados, verificará previamente la existencia de oferta de servicios de educación y salud.

Los procedimientos son los siguientes:

a) Obtención de hogares elegibles: la elegibilidad de los hogares se establece por medio de dos criterios: el primero, cuando el hogar se encuentra en condición de pobreza o de pobreza extrema y la determinación de la Clasificación Socioeconómica (CSE) es realizada por la Dirección General de Gestión del Usuario (DGGU) del MIDIS y proporcionada por el SISFOH.

El segundo criterio se determina cuando el hogar cuenta con al menos un miembro objetivo entre sus integrantes. La información de la existencia de miembros objetivos y titulares es proporcionada por el SISFOH a través del Padrón General de Hogares y validada a través de la Asamblea Comunal de Validación (ACV).

b) Programación y ejecución de la ACV: los hogares validarán el cumplimiento del segundo criterio de elegibilidad a través de la ACV. Los requisitos que exige el programa para la afiliación de un hogar es tener acceso a los servicios de salud y educación.

Por otro lado, en esta etapa el Acuerdo de Compromiso, la Declaración Jurada y el Formato de Afiliación serán traducidos durante las ACV al idioma de la zona de afiliación; además, al momento de la validación el hogar elegible deberá contar con el mismo ubigeo a nivel de distrito con el que fue censado por el SISFOH. Asimismo, en esta etapa se actualiza y revalida a los hogares verificando su CSE, lo que se realiza a través de las ACV. El proceso de la programación y la ejecución de la ACV en pueblos indígenas de la Amazonía Peruana y pueblos indígenas en general seguirán un tratamiento diferenciado.

c) Formalización de la afiliación: en esta etapa se aborda, en un primer momento, a los hogares validados durante la ACV, los que complementarán la documentación o expediente del hogar.

En caso corresponda, el expediente del hogar podrá incluir documentación adicional de los miembros objetivos del hogar, copias de documentos (acreditación de discapacidad severa, constancia de estudio, fallecimiento, de salud y otros). Los hogares que culminen satisfactoriamente este proceso recibirán una Constancia de Hogar Afiliado traducida al idioma nativo de la zona de intervención. El hogar afiliado conformado por la titular y los miembros objetivos.

d) Generación de nominales y padrón de hogares afiliados: en un primer momento, se generan periódicamente los listados nominales de los nuevos hogares afiliados y el Padrón de Hogares Afiliados (PHA). Luego, estos hogares pasan a constituir el nominal de nuevos hogares afiliados del periodo. El PHA está compuesto por nuevos hogares afiliados, hogares reincorporados y hogares que mantienen los criterios de elegibilidad y/o permanencia.

El segundo proceso operativo es el “**Acompañamiento Familiar**” según la **Directiva N° 07-2016-MIDIS/PNADP-DE** es una actividad del Programa Juntos que busca establecer las normas y criterios generales del proceso con la finalidad de promover corresponsabilidad y el ejercicio de los deberes y derechos en salud y educación en beneficio de los miembros objetivos del Programa.

Así mismo el programa por medio de las visitas domiciliarias acciones educativas, comunicacionales, socioculturales y lúdicas, colectivas o personalizadas, enfocadas en que los hogares usuarios del Programa conozcan, valoren y pongan en práctica los derechos y responsabilidades en salud, nutrición y educación en beneficio de sus miembros objetivos, de manera prioritaria de la primera infancia.

El tercer proceso operativo es el Proceso de Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidad

El proceso de “**verificación del cumplimiento de corresponsabilidades**” según la **Directiva N° 04-2016-MIDIS/PNADP-DE**, consiste en la comprobación

del uso de los servicios priorizados para los miembros objetivos, a partir del cual el programa Juntos entrega a los hogares un incentivo monetario.

La corresponsabilidad que promueve el programa Juntos es el compromiso de los hogares en el uso de los servicios de salud y educación.

Es deber del estado garantizar los derechos sociales, en ese marco, el programa Juntos promueve el acceso principalmente a los miembros objetivos a los servicios de calidad de salud y educación

Las corresponsabilidades son las siguientes:

Asistir con los niños y niñas de 0 a 3 años de edad para sus controles de crecimiento y desarrollo; en cuanto a las gestantes deben asistir a sus controles pre natales, los controles de los niños/niñas y gestantes se deben realizar conforme con los protocolos determinados por Ministerio de Salud; en cuanto a la educación las titulares deben matricular y garantizar la asistencia escolar de los niños y niñas a partir de los 3 años de edad hasta los 19 años o egresen del nivel secundario, lo que ocurriese primero.

A continuación se detalla específicamente la corresponsabilidad en salud niños de 0 a 3 años de edad:

El desarrollo integral de la primera infancia es sumamente importante para el desarrollo humano y el mejoramiento del capital social, pues con ambas se podrá reducir la pobreza y disminuir la brechas de inequidad.

El crecimiento se define como el incremento de masa corporal y es medido por el incremento de peso, talla y perímetro cefálico, por otra parte el desarrollo se define como los cambio en las estructuras físicas, neurológicas, cognitivas y comportamiento, que surgen de forma ordenada y relativamente duradera.

Recientes estudios muestran que el desarrollo es sumamente importante para el desarrollo integral en la primera infancia, puesto que si no recibieron los niños y niñas una adecuada atención y cuidado tendrán consecuencias en la inteligencia, personalidad y comportamiento social.

En ese entender para el estado y para los diferentes actores sociales es importantes que los niños y niñas tengan un adecuado crecimiento y desarrollo.

En ese sentido el estado a través del Ministerio de Salud crea la “Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, mediante la **Resolución Ministerial N° 990-2010**, con dicha norma

se busca mejorar el desarrollo integral mediante la detección de riesgos, atención oportuna y promover el adecuado cuidado de los niños y niñas a nivel de hogar y comunitario.

La norma mencionada tiene como finalidad principal contribuir al desarrollo integral de la primera infancia mediante el mejoramiento de la salud y nutrición de los mismos, su aplicación es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud público como privado.

El control de crecimiento y desarrollo en la primera infancia consta de una serie de procedimientos en el cual se evalúa de forma periódica el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años.

En dichas evaluaciones periódicas se puede detectar oportunamente los riesgos o causas determinantes, con el objetivo de realizar acciones de prevención y promover las practicas más adecuadas en el cuidado de los niños y niñas.

En ese sentido el profesional de la salud utiliza una serie de instrumentos como la entrevista, la observación, exámenes clínicos y de laboratorio, así mismo el profesional utiliza instrumentos específicos para la evaluación del desarrollo y la valorización del crecimiento físico, etc., toda la información de la evaluación es señalada en la historia clínica.

Es así que el control de crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años se realiza de manera **individual** debido a que cada niño o niña es un ser único con particularidades propias, por lo que debe ser visto a partir de su propio contexto y entorno.

De igual manera los controles se deben realizar de manera **integral**, pues se debe de tomar todos los aspectos en crecimiento y desarrollo como la salud, nutrición y desarrollo psicoactivo.

Así mismo los controles se deben de realizar de manera **oportuna**, debido a que es importante realizar oportunamente la evaluación de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad.

Adicionalmente los controles se deben de realizar manera **periódica** conforme al cronograma determinado, teniendo en cuenta a la edad del niño o niña.

Y por último los controles deben ser **secuenciales** puesto que cada control debe de tener relación con el control anterior.

En cuanto a la elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individual, el profesional de la salud encargado de los controles CRED, primeramente informa a los responsables del cuidado del menor la importancia del plan de atención individual de los niños y niñas el cual consta del **número y frecuencia de controles**, en caso de los recién nacidos reciben 4 controles durante el primer mes, los niños y niñas de 1 a 11 meses reciben 11 controles con una periodicidad de cada 1 mes, para los niños y niñas de 12 a 23 meses reciben 6 controles con una periodicidad de cada 2 meses y por último para los niños y niñas de 24 a 59 meses reciben 4 controles por años con una periodicidad de cada 3 meses.

El plan de atención individual consta también de la **administración de los micronutrientes**, que consiste básicamente en la suplementación de hierro y vitamina A, en cuanto a la suplementación de hierro conocido como “chispitas” se da para prevenir la anemia y se le administra desde los 6 meses hasta los 35 meses, adicionalmente los responsables de los controles CRED, deben garantizar el dosaje de hemoglobina de los menores desde los 6 meses una vez por año, para realizar el descarte de anemia.

Por otra parte la suplementación de Vitamina A, se administra en zonas priorizadas tomando criterios como morbilidad por enfermedades infecciosas y zonas de pobreza y pobreza extrema, dicho suplemento se administra desde los 6 hasta los 11 meses, una dosis de 100,000 UL y de 12 a 59 meses una dosis de 200,000 UL, ambas dosis cada 6 meses.

El mencionado plan contempla también las **visitas domiciliarias** en donde el personal responsable realiza captaciones, acompañamiento familiar a los recién nacidos, en donde evalúa el cuidado neonatal y fortalece al hogar en las prácticas del cuidado del recién nacido como la lactancia materna, la higiene, lavado de manos, etc., así mismo el profesional de la salud identifica signos de peligro y consiguientemente las acciones a tomar.

La **consejería nutricional** forma parte del plan de atención individual, el cual tiene como objetivo asegurar el adecuado estado nutricional de los niños y niñas, así mismo recuperar la tendencia de crecimiento de niños y niñas.

Los profesionales de la salud orientan a los responsables del cuidado de los niños y niñas en el adecuado crecimiento de los mismos, en caso el crecimiento

sea inadecuado se realiza consejería en las prácticas adecuada de alimentación y nutrición.

El plan de atención individual contiene el **diagnóstico y tratamiento de enfermedades** como las Prevalentes que son infecciones respiratorias y diarreicas agudas, así mismo como la anemia y parasitosis.

De igual manera se realiza la detección de problemas visuales, audición, salud bucal, violencia familiar y maltrato infantil, dichos problemas son detectados en los controles CRED por los responsables de la salud como la enfermera o médico o pediatra.

Los responsables de la salud de los niños y niñas realizan también actividades colectivas como sesiones educativas, demostrativas como por ejemplo lavado de manos, preparación de los multimicronutrientes conocidos las “chispitas”, preparación de alimentos según edades, entre otras actividades.

En cuanto al proceso de “**Liquidación y Transferencias de Incentivos Monetarios**” según la **Directiva N° 06-2015-MIDIS/PNADP-DE**, cuantifica el incentivo monetario a cada hogar según el padrón Activo de Usuarios, remitido por el proceso a cada hogar según el Padrón, y determina el monto total a transferir a las cuentas de ahorros en la entidad pagadora de los titulares de hogares.

El programa investigado, para realizar el abono al usuario, deberá generar una cuenta de ahorros individual a nombre del titular del hogar registrado en el programa.

El programa Juntos realiza la entrega de un incentivo monetario equivalente a s/.100.00 nuevos soles mensuales por hogar. Este importe se transferirá a una cuenta de ahorros creado en la entidad pagadora, a nombre del titular del hogar registrado en el programa.

El programa Juntos realizara el abono del incentivo en periodos bimensuales, por la cantidad de s/. 200.00, el cual no genera costos financieros para el usuario, ni intereses sobre el saldo acumulado por el abono. El monto transferido estará determinado por el periodo sobre el cual se haya verificado el cumplimiento de corresponsabilidades de los miembros objetivos del hogar.

El incentivo monetario es de libre disponibilidad, por lo que no se exigirá al titular del hogar, rendir cuenta al Programa Juntos del uso de los recursos financieros transferidos a los hogares afiliados.

Respecto a los tipos de abono tenemos:

Abono por afiliación: se asigna por única vez al hogar que ha terminado el proceso de afiliación. De preferencia, se realizarán los abonos en el periodo de pago en el cual haya concluido con el proceso de afiliación, pero también se podrá autorizar el abono en otro periodo de pago. Los hogares que hayan concluido un proceso de reincorporación, conforme a lo dispuesto en la directiva de Mantenimiento de padrón, no recibirán abono por afiliación.

Abono por cumplimiento de corresponsabilidades: el hogar afiliado recibe el abono, por haberse verificado el cumplimiento de las corresponsabilidades de sus miembros objetivos en un determinado periodo, de acuerdo a lo dispuesto en la directiva de verificación de cumplimiento de corresponsabilidades.

Abono Excepcional: se entrega al hogar afiliado de manera excepcional, de acuerdo a lo establecido en las disposiciones legales expresas que emita el estado peruano. El presente abono es complementario al cumplimiento de corresponsabilidades del hogar afiliado, y la cantidad del abono al hogar es establecido por el dispositivo legal que corresponda.

En cuanto a la variable desnutrición infantil, el estado nutricional de los niños y niñas está fuertemente relacionado con el bienestar infantil y el desarrollo cognitivo e intelectual, se obtiene mediante el control de lo consumido y requerido por el cuerpo humano, dicho control se realiza mediante el consumo de alimentos tomando en cuenta la cantidad y calidad de nutrientes y por la utilización del organismo humano, **Unicef (2011)**.

El estado nutricional de un individuo y la población en general es considerado como un indicador de desarrollo a nivel local, regional, nacional e internacional. La evaluación del estado nutricional de los individuos se realiza con el fin de diagnosticar oportunamente factores de riesgo que contribuyan a detectar enfermedades relacionadas con la nutrición, así mismo se busca identificar y tratar tempranamente los déficits o excesos nutricionales.

Según la **Unicef (2012)** la **malnutrición** es la carencia de micronutrientes, o la inversa el sobrepeso y obesidad.

En ese sentido la malnutrición significa esencialmente "mal alimento". La malnutrición puede referirse a las variadas condiciones de la escasez de alimentos, así como demasiado, los tipos de alimentos equivocados o la respuesta del cuerpo a una amplia gama de infecciones que resultan en malabsorción de nutrientes o la incapacidad de usar los nutrientes adecuadamente para mantener la salud. Clínicamente, la malnutrición se caracteriza por una ingesta inadecuada o excesiva de proteínas, energía y micronutrientes, como las vitaminas, y las frecuentes infecciones y trastornos que resultan. Las personas están desnutridas si son incapaces de utilizar plenamente los alimentos que comen debido a cosas como la diarrea u otras enfermedades (desnutrición secundaria), el consumo excesivo de calorías (sobre nutrición), o un consumo inadecuado de calorías y proteínas para el crecimiento y el mantenimiento (bajo nutrición o desnutrición proteico-energética).

La malnutrición tiene causas como problemas multidimensionales como la pobreza, subdesarrollo y bajo nivel de económico.

En la presente investigación nos centraremos más en lo referente a la desnutrición infantil por ser una variable de estudio, es así que según la **Unicef (2012)** la desnutrición es el estado patológico del resultado de una alimentación deficiente en uno o varios nutrientes esenciales para el ser humano, o también puede ser una mala asimilación de los alimentos que se consume.

En ese sentido la **desnutrición infantil** es la consecuencia de una ingesta insuficiente de alimentos tanto de calidad y cantidad que requiere el cuerpo humano.

Según la **Unicef (2012)** existen tres tipos de desnutrición: La **desnutrición aguda** se muestra mediante una carencia de peso con respecto a la talla, quiere decir que un niño o niña pesa poco para su edad. La **desnutrición crónica** se muestra un retardo de la talla con respecto a la edad, quiere decir que el niño o la niña son más pequeños de lo que corresponde para su edad. La **desnutrición global** se define como la deficiencia de peso por edad, quiere decir que el niño o niña pesa menos de lo que corresponde para su edad.

Existen factores que influyen en la desnutrición como el escaso acceso de alimentos en cantidad y calidad, prácticas inadecuadas en la preparación de alimentos, deficiencias en agua potable y problemas educativos **FAO y OMS (2014)**.

Por otra parte según la **Unicef (2011)**, existen tres causas principales de la desnutrición infantil.

Las Causas inmediatas, se refiere a la alimentación insuficiente tanto en calidad y cantidad, de igual manera a la atención inadecuada que se relaciona con la poca higiene en la preparación de alimentos y que trae como consecuencia las enfermedades infecciosas como la EDA, e IRA, etc.

Las causas subyacentes, se refieren al escaso acceso a los alimentos, la escasa atención sanitaria, el agua y saneamiento insalubre generando enfermedades infecciosas, parasitarias, etc.

Y por último las causas básicas, se refieren a la pobreza, desigualdad y escasa educación de las madres, estas causas se deben principalmente que se deben a factores políticos, económicos y sociales.

El problema de la desnutrición relacionada con la infancia a pesar de que el derecho inalienable de cualquier ser humano a no morir de hambre se reafirmó una y otra vez en las reuniones de los países miembros de la ONU en 1948 (Declaración Universal de Derechos Humanos), conferencia sobre alimentación) en 1978 (Pacto Internacional de Derechos Económicos y Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre "La Salud para Todos en el siglo XXI"), en 1989 (Convención sobre los Derechos del Niño) y recientemente considerada por la Organización Mundial de la Salud como un derecho humano, la desnutrición infantil sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública debido a su magnitud y consecuencias desastrosas para el desarrollo y la supervivencia de los niños.

Es así que según la (Unicef, 2011) estima que cada año más de 20 millones de niños presentan bajo peso al nacer y que en el 2011 a nivel mundial se tuvo cerca de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años que sufren de desnutrición crónica, de los cuales aproximadamente el 90% del total viven en Asia y África.

Entre los países que presentan mayor número de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición crónica son la India 61,7, Nigeria 11, Pakistán 9.6, China 8 e Indonesia 7.5, todos expresados en millones.

En cuanto a América Latina y el Caribe en promedio, presenta un porcentaje menor respecto a nivel mundial es así que la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años es de 12%, sin embargo existe países con tasas muy elevadas como Guatemala que para el 2011 presentó un 48% siendo el país con la tasa más alta de la región.

Sin embargo, los autores afirman que estos valores pueden ser subestimados, ya que es difícil calcular las tasas de prevalencia mundial con precisión. Cambios relativamente pequeños en los puntos límite de corte de los indicadores antropométricos utilizados para la clasificación del estado nutricional y, la definición de la enfermedad puede implicar variaciones de millones de niños desnutridos que supuestamente sufren desnutrición.

La tercera parte de las muertes de los niños y niñas se atribuyen a la desnutrición, debido a que los menores son vulnerables a enfermedades infecciosas como la Neumonía, Diarrea, Paludismo VIH/SIDA, Sarampión, etc. En algunos centros de salud, los profesionales tienen los conocimientos necesarios, pero los recursos son limitados. En algunos otros, la actualización o la mejora de los procedimientos mediante algunos cambios leves puede traer beneficios sustanciales.

Esta se observó en Bolivia mediante la adición de zinc al tratamiento de niños desnutridos. En Brasil, disminución de la ingesta de lactosa al inicio del tratamiento, aumento de la ingesta de energía durante la etapa de aumento del crecimiento y suplementación con potasio, magnesio, zinc y cobre reducidos la incidencia de diarrea, permitió un aumento de cuatro veces en el índice de peso y redujo considerablemente los costos de tratamiento. En Sudáfrica, el simple uso de micronutrientes redujo la tasa de mortalidad de 30 a 20%; Sin embargo, cuando se intensificó la calidad de la atención infantil, la tasa de mortalidad descendió al 6%.

En ese sentido una apropiada nutrición requiere de vitaminas y minerales fundamentales para el organismo tales como Hierro, Vitamina A, Zinc, Yodo, etc.

En la lucha contra la desnutrición infantil se encontraron acciones comunes de los países como la seguridad alimentaria familiar; protegiendo a los consumidores mejorando la cantidad y calidad de los alimentos, los países proveen los micronutrientes como yodo, vitamina A, hierro, etc.

Los países promueven prácticas saludables con la finalidad de prevenir y curar enfermedades infecciosas.

En el Perú, el principal problema actual es la desnutrición crónica, medida como el retraso del crecimiento entre los niños y niñas menores de cinco años. Este problema, también conocido como retraso del crecimiento, es una manifestación de desnutrición a largo plazo que se asocia con resultados adversos en salud, educación y economía (estos últimos reducen la productividad y los recursos tanto a nivel familiar como nacional).

En el Perú según el INEI (2017), la desnutrición crónica infantil a nivel nacional, tomando como referencia el Patrón de Referencia Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2011 la desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue de 19.5% y el año 2016 disminuyó a 13.1%.

De igual manera en el área rural la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el año 2011 fue de 37% y el 2016 fue de 26.5%, teniendo una notoria disminución de dicho indicador.

En el área urbano los indicadores señalados son más favorables ya que la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el años 2011 fue de 10.1% y el años 2016 disminuyó a 7.9%.

Como se observa los indicadores líneas arriba, en el área rural existe mayor tasa de desnutrición crónica infantil, estando por encima del promedio nacional. Otro indicador que está relacionado a la desnutrición infantil es la anemia según el INEI (2017), la proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con anemia a nivel nacional en el años 2011 fue de 41.6% y el año 2016 se incrementó a 43.6%.

En el área urbana en el año 2011 la proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con anemia fue de 37.5% y en el año 2016 fue de 39.9%, en el área rural la tendencia es la misma ya que en el año 2011 la proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con anemia fue de 49.6% y en el año 2016 fue de 53.4%.

A diferencia de la desnutrición crónica infantil, el número de niños y niñas con anemia del Perú se incrementó principalmente en el área rural como se muestra líneas arriba.

Los indicadores mencionados son realmente preocupantes ya que el estado nutricional tiene un impacto muy grande sobre el bienestar infantil y el desarrollo cognitivo, puesto que un estado nutricional no adecuado tiene impactos negativos en cuanto a la salud infantil, el aprendizaje y el rendimiento escolar. Adicionalmente, un inadecuado estado nutricional influye en la respuesta frente a las enfermedades, generando mayor morbilidad y mortalidad en la edad temprana.

Adicionalmente **Gajate e Inurritegui (2002)** mencionan que una inadecuada nutrición en la edad temprana tiene efectos perjudiciales en el estado de salud del niño o niña, principalmente en lo referente a la comprensión, comunicación, desarrollo del pensamiento analítico y habilidad para adaptarse a nuevos ambientes.

En ese sentido el retraso del crecimiento dificulta el desarrollo de la infancia y puede conducir a una mala capacidad cognitiva, lo que puede impedirles más tarde alcanzar su máximo potencial en la escuela. Así, en las zonas del Perú donde la desnutrición infantil sigue siendo elevada, las inversiones en educación son a menudo consideradas ineficaces, ya que los niños no pueden aprender y aprovechar plenamente los programas educativos. Esto ha llevado a algunas áreas del país a reconsiderar su financiamiento para la programación educativa. El desempeño educativo en el Perú también se ve comprometido por los alimentos de baja energía que consumen los niños, disminuyendo su capacidad de prestar atención o completar tareas de tarea.

Los mencionados indicadores reflejan varias causas de la desnutrición infantil como la pobreza, agua tratada, saneamiento básico, inseguridad alimentaria, escasa educación de la madre, etc.

A continuación se describe brevemente dichas causas:

La **pobreza** es un factor determinante de la desnutrición infantil en el Perú por varias razones. La desnutrición es una condición generalmente asociada con la privación, ya sea a nivel individual y/o familiar, comunitario o nacional. La manera más directa en que la pobreza contribuye a la desnutrición crónica es

limitar la capacidad de un individuo para comprar alimentos en cantidades o variedad adecuada.

En cuanto a la pobreza a nivel nacional según el ENAHO (2014) para el año 2014 fue de 22.7%, en cuanto al área urbana dicho indicador se encuentra por debajo del promedio nacional con 15.3%, contrariamente en el área rural la pobreza se encuentra muy por encima del promedio nacional con 46%, como se observa en el área rural es más del doble que el promedio nacional, teniendo en dicha área casi la mitad de pobreza a nivel nacional.

En cuanto a la pobreza extrema, según el ENAHO (2014), para el año 2014 a nivel nacional fue de 4.3% y en el área urbana fue de 1%, en cambio en el área rural la pobreza extrema es alta con 14.6%, como se observa tanto la pobreza y pobreza extrema se encuentran muy por encima del promedio nacional.

Lamentablemente pobreza también está ligada a un problema más amplio por el cual las poblaciones más pobres a menudo carecen de acceso a servicios de agua potable y saneamiento básico.

El agua tratada y el saneamiento básico está muy ligada con la desnutrición infantil, puesto que coadyuva a que se incrementen las enfermedades que afectan principalmente a los niños y niñas como la IRA y EDA.

El agua tratada es sumamente importante, puesto que el agua está relacionado con la vida, si el agua se encuentra contaminada es más vulnerable el hogar a presentar enfermedades en especial los niños y niñas, se entiende agua tratada aquella que procede de una red pública o aquella que recibe algún tratamiento antes de beberla como hervirla, clorificarla, desinfectada, o agua embotellada.

En el Perú la proporción de hogares con acceso a agua tratada a nivel nacional según el INEI (2017), en el año 2011 fue de 93.3 % y en el 2016 se incrementó a 96.1%, en cuanto al área urbana dicho indicador está por encima del promedio nacional esa así que en el 2011 fue de 97% y para el 2016 se incrementó a 98.4%, en cambio en la área rural dicho indicador se encuentra por debajo del promedio nacional es así que en el año 2011 fue de 85.1% y para el año 2016 se incrementó a 89.2%, con dicho índice en el área rural existen mayores probabilidades que los niños y niñas puedan contraer IRA y EDA.

Otro factor que tiene mucha relación con la desnutrición infantil es el saneamiento básico, el consumo de agua segura y la utilización de al menos un saneamiento básico para la eliminación de excrementos, desde ya aseguran la calidad de la salud materno infantil, se considera que un hogar tiene saneamiento básico cuando posee servicio higiénico conectado a la red pública o también si un hogar posee letrina, pozo séptico o ciego.

En el Perú según el INEI (2017), la proporción de hogares con saneamiento básico a nivel nacional en el año 2011 fue de 87.6% y en el año 2016 se incrementó a 92.2%, en el área urbana se muestra índices más favorables puesto que en el año 2011 dicho indicador fue de 95% y se incrementó para el 2016 a 97%, en cuanto al área rural el mencionado indicador se encuentra por debajo del promedio nacional es así que para el año 2011 fue de 71.1% y para el año 2016 se incrementó a 78%, a pesar que se incrementó el indicador mencionado todavía falta cubrir la cobertura al 100%.

El acceso al agua tratada y saneamiento básico necesita mejoras, y la necesidad es mayor en el área rural de país debido como se observó líneas arriba.

En cuanto a las **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)**, son un conjunto de enfermedades que afectan de manera negativa las vías respiratorias, que son causados principalmente por virus y bacterias, siendo la causa principal morbilidad en niños y niñas menores de 5 años, las IRAs son causados principalmente por cambios bruscos de temperatura y ambientes contaminados en el que habitan los niños y niñas siendo más vulnerables a infecciones.

En el Perú dicho indicador muestra índices altos es así que según el INEI (2017), la proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad que en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta tuvieron IRA, fueron altos es así que a nivel nacional en el año 2011 fue de 17.8% y en el año 2016 disminuyó a 16.9%, en el área urbana dicho indicador es ligeramente más bajo puesto que para el año 2011 fue de 17.1% disminuyendo para el año 2016 a 16.3%.

En el área rural la IRA es preocupante debido a que dicho indicador se encuentra por encima del promedio nacional puesto que en el año 2011 fue de 19.1% y para el año 2016 fue de 18.7%.

En cuanto a la **Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)**, es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa, la EDA es considerada como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, se presenta con más frecuencia en niños y niñas que viven en pobreza o pobreza extrema, teniendo sus padres o responsables de su cuidado bajos niveles educativos y teniendo en su vivienda un saneamiento inadecuado, al igual que la IRA la EDA muestra índices altos es así que según el INEI (2017), en el Perú la proporción de niños y niñas menores de 36 meses de edad que en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta tuvieron EDA, en el año 2011 fue de 17.6% y el año 2016 fue de 15%, en el área urbana dicho indicador es ligeramente más bajo al igual que la IRA es así que en el año 2011 fue de 17.1% y en el año 2016 fue de 14.6%.

En el área rural dicho indicador es preocupante ya que se encuentra por encima del promedio nacional es así que en el año 2011 fue de 18.7% y en el año 2016 fue de 16.2%.

Al observar los datos estadísticos a nivel nacional y por áreas es fácil deducir que en cuanto al agua tratada y saneamiento básico, en el área rural presentan mayor número de hogares sin agua tratada y saneamiento básico, y por consiguiente presentan sus menores hijos e hijas más enfermedades como la IRA y EDA, demostrándose que existe una relación directa entre dichos indicadores.

El problema de la desnutrición infantil y la pobreza se ve exacerbado por la falta de acceso a los mercados. Para muchos de los habitantes de las regiones andina y amazónica (especialmente las poblaciones indígenas), la pobreza y la malnutrición persisten porque están esencialmente excluidas de la economía de mercado. En contraste con las zonas fértiles del valle, donde la mayor parte de la tierra productiva se dedica a la producción de cultivos comerciales, los agricultores de las tierras altas producen principalmente para subsistencia, generando poco o ningún ingreso de las ventas de cultivos. Otras complicaciones en el acceso al mercado incluyen la falta de infraestructura de transporte entre las comunidades rurales andina y amazónica y las ciudades de mercado en estas regiones, así como la limitación de los cultivos de alta demanda en las tierras altas andinas **Unicef (2011)**.

Para una gran proporción de la población peruana, incluso individuos y familias que tienen recursos suficientes para comprar alimentos, la inseguridad en el suministro de alimentos limita su capacidad para hacerlo. Mientras que 1/3 de la población peruana permanece vinculada a la producción agrícola para su sustento, las cosechas no han podido seguir el ritmo del rápido crecimiento de la población peruana. Aunque la producción agrícola total ha aumentado recientemente, no todos los productos alimenticios han experimentado incrementos en la producción.

Con la precaria situación geográfica de las tierras cultivables en Perú, la mayoría de la producción de alimentos se limita a los valles irrigados de la región costera, cuya capacidad de producción no puede satisfacer las demandas de alimentos del Perú. Además, la inversión en riego por parte del gobierno peruano es limitada y la tecnología de riego suele estar obsoleta.

La **inseguridad alimentaria** se complica aún más por la incoherencia de la producción agrícola peruana debido a la variabilidad en el clima, el clima y los factores ecológicos. El fenómeno de El Niño afecta la producción agrícola en el Perú. El Niño ocurre cuando el Océano Pacífico se calienta en la costa oeste de América del Sur, causando altos niveles de lluvia en Perú y nevadas en las regiones andinas. El aumento de la humedad provoca inundaciones en el Perú, lo cual es perjudicial para muchas áreas agrícolas que están muy concentrados cerca de los ríos locales, particularmente en las regiones costeras más áridas. Las Inundaciones causan grandes pérdidas de cultivos y disminución de la producción de alimentos, conduce a la erosión y lava muchos de los valiosos nutrientes que están contenidos en el suelo. Además, el pescado es una valiosa fuente de alimento a lo largo de la costa del Perú, sin embargo, durante los periodos de El Niño, los peces y crustáceos que son alimentos básicos de la comida peruana tienden a alejarse de las cálidas aguas de la costa. Peor aún, con sistemas inmunológicos debilitados debido a la desnutrición y más áreas de estancamiento el agua producida por el aumento de las precipitaciones, las tasas de incidencia de la malaria, el dengue y otras enfermedades parasitarias tienden a aumentar y reducir en gran medida la salud de las personas desnutridas.

La seguridad alimentaria también es un problema en las áreas urbanas del Perú, pero por diferentes razones. La desnutrición infantil se ha reducido considerablemente en las zonas urbanas debido a la disponibilidad constante de alimentos a los mercados urbanos, a un mayor acceso a los productos enlatados ya los alimentos procesados que pueden durar períodos más largos ya una alta prevalencia de alimentos importados. Sin embargo, la desnutrición infantil existe en las zonas urbanas, a menudo muy correlacionada con la pobreza y la estacionalidad. Aunque la mayoría de los tipos de alimentos están disponibles durante todo el año, durante los meses de verano (diciembre a febrero) más frutas y verduras están disponibles a costos más baratos en las zonas urbanas, mientras que la carne y los productos animales son limitados y más caros. Esto puede causar que las personas empobrecidas sufran de deficiencias de proteínas y hierro durante este período debido a la disminución en la disponibilidad y al mayor precio de la carne y los productos de origen animal. La carne y los productos animales están más disponibles y más baratos durante los meses de invierno, sin embargo, hay menos verduras y frutas disponibles y sus costos son sustancialmente mayores, lo que puede causar otras deficiencias de vitaminas en las poblaciones urbanas empobrecidas. Además, las personas en las áreas urbanas son más susceptibles a cambios en las políticas que apoyan los subsidios alimentarios y la volatilidad del mercado precios de los alimentos.

El transporte es otra pieza importante de la desnutrición en el Perú porque la falta de infraestructura inhibe el flujo de bienes y personas. El desafío de mejorar la infraestructura es bastante desalentador, debido a la topografía del Perú, que va desde terrenos planos desérticos, hasta montañas cubiertas de nieve, hasta selva en un lapso de unos cientos de kilómetros. Las perspectivas de aumento de las redes de transporte están limitadas por los altos costos y la dificultad que conllevan estos proyectos. Por lo tanto, el país carece de carreteras secundarias y terciarias necesarias para muchas de sus áreas agrícolas rurales potenciales. Esto significa que el tiempo de transporte aumenta considerablemente y que la calidad de los productos al llegar a los mercados puede ser cuestionable o simplemente no rentable debido al deterioro. Aunque la cuenca amazónica tiene un gran potencial para ser una

panacea agrícola para el Perú, de esta región a los centros urbanos de la costa y valles andinos es un gran reto debido a la dificultad de navegar por las vías andinas y la falta de caminos hacia y dentro de la región amazónica. Por otra parte, la falta de transporte confiable limita el acceso a los servicios de salud, especialmente para aquellos en las zonas rurales.

La **educación** puede afectar los niveles de desnutrición a través de una serie de vías. El Ministerio de Salud peruano ha encontrado que el nivel educativo de la madre está asociado con la desnutrición infantil, con tasas de desnutrición decrecientes con el nivel educativo de la madre.

El razonamiento detrás de esta relación de la educación y la desnutrición es doble. En primer lugar, las madres con menos educación son empleadas en empleos de baja remuneración, tienden a empezar a tener hijos más temprano, con menos tiempo de separación entre cada niño, por lo tanto, aumentan la carga de ingresos para pagar los alimentos de un hogar. Más directamente, a la escasez de conocimientos sobre problemas de salud (particularmente la malnutrición) y la renuencia a recurrir a los servicios de atención de salud para tratar sus problemas de salud. De especial preocupación en limitar la desnutrición y el retraso en el crecimiento en el Perú es la accesibilidad geográfica de las escuelas. Las familias que viven en regiones rurales inaccesibles tienen menos oportunidades de enviar a sus hijos a la escuela debido a la distancia y los costos de llevar a los niños a la escuela, o permanecer con un familiar en una comunidad cercana a la escuela. Los niños que no asisten a la escuela están excluidos de los programas de educación gubernamental y de suplementación alimentaria que se implementan a través de las escuelas. Además, los niveles de educación más bajos conducen a oportunidades restringidas de asalariados en el futuro.

Las **prácticas culturales** afectan muchas esferas de la vida, pero son particularmente influyentes en materia de preparación y consumo de alimentos. Ciertos alimentos pueden tener fuertes lazos ceremoniales o religiosos, o pueden ser preferidos por una población simplemente como una cuestión de tradición. Como resultado, tales grupos pueden estar menos interesados y tienden a disgustar otros alimentos que pueden ser más nutricionalmente superiores. Si bien esta es una generalización muy amplia, puede demostrarse

por el gran interés en las poblaciones de las tierras altas andinas cultivar papas frente a otros cultivos que pueden ser nutricionalmente superiores. A medida que los grupos culturales se vuelven dependientes de un alimento básico, los resultados de salud sufren porque los individuos no son capaces de obtener una ingesta calórica adecuada o vitaminas y minerales esenciales. Además, si un cultivo básico falla durante un año determinado, las consecuencias para la salud de una población dependiente pueden ser devastadoras, especialmente para los grupos que no tienen acceso a otras fuentes de alimentos.

Dentro del ámbito de intervención del programa Juntos, los indicadores más relacionados a la desnutrición infantil muestran que no son muy auspiciosos teniendo en cuenta que ya son 12 años de intervención del programa investigado, pese a que disminuyó la **desnutrición crónica infantil** a nivel nacional, en los distritos de intervención del programa los indicadores mencionados son todavía altos es así que según el INEI (2017), a nivel nacional la desnutrición infantil utilizando el patrón de referencia internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se tuvo una proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica en el año 2011 de 42.5% y disminuyó considerablemente para el año 2016 a 22.7%, a pesar que se tuvo una disminución considerable para el 2016, todavía dicho indicador está por encima del promedio nacional que en el 2016 fue de 13.1%, queda mucho por trabajar en los distritos de intervención del programa investigado debido a que son casi 10% de diferencia frente al promedio nacional.

La **anemia** es otro indicador que tiene mucha relación con la desnutrición infantil, en cuanto a la anemia dentro de la intervención del programa JUNTOS, los resultados son preocupantes, es así que según el INEI (2017) en el año 2011 la proporción de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad con anemia se tuvo 51.4%, y para el año 2016 se incrementó a 52.9%, dicho indicador se encuentra por encima del promedio nacional.

Como se mostró tanto la desnutrición crónica infantil y la anemia dentro de la intervención del programa Juntos, muestran indicadores no tan favorables, pese a que son muchos años de intervención.

Los mencionados indicadores reflejan varias causas de la desnutrición infantil como la pobreza, agua tratada, saneamiento básico, inseguridad alimentaria, escasa educación de la madre, etc.

A continuación se describe brevemente las causas principales de la desnutrición infantil como la pobreza, la IRA y EDA.

Entre las causas principales de la desnutrición infantil se tiene la pobreza puesto que en los distritos de intervención presentan más del 40% de pobreza, como ya se mencionó la pobreza está ligada al acceso de agua tratada y servicios básicos, lamentablemente no existe suficiente inversión por parte del estado en sus diferentes niveles de gobierno en el agua tratada y saneamiento básico es así que dentro de la intervención del programa la proporción de hogares con acceso a agua tratada se incrementó según el INEI (2017), en el año 2011 fue de 88.6% y para el año 2016 se incrementó a 91.1%, teniendo acceso más hogares al agua tratada.

Así mismo la proporción de hogares con saneamiento básico muestra un incremento desde el año 2011 que fue de 73.2% hasta el año 2016 teniendo 83.6%, dichos indicadores todavía se encuentran debajo del promedio nacional. La carencia de agua tratada y saneamiento básico en los hogares coadyuva a que aumenten las enfermedades que afectan principalmente a los niños y niñas como la IRA y EDA.

En cuanto a la infección Respiratoria Aguda (IRA), a nivel nacional se tiene una tendencia decreciente, pero sin embargo dentro del ámbito de intervención del programa Juntos, la tendencia es creciente puesto que para el año 2011 la proporción de niños menores de 36 meses que en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta tuvieron Infección Respiratoria Aguda (IRA) fue de 17.3% y para el año 2016 se incrementó a 18.7%.

La misma tendencia sucede con la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) dentro del ámbito de intervención de Juntos para el año 2011 dicho indicador fue de 16% y para el año 2016 fue de 16.8%, como se observa al igual que la IRA la EDA muestra un incremento para el año 2016.

1.4. Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017?

Problemas Específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de corresponsabilidad en salud en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, asumido por los hogares afiliados al programa JUNTOS?
- b) ¿Cuál es nivel de desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, de los hogares afiliados al programa JUNTOS?
- c) ¿De qué manera se relacionan las dimensiones de la corresponsabilidad de salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco- 2017?

1.5. Justificación del estudio

La investigación desde el punto de vista social contribuirá a generar un cambio en el programa Juntos, especialmente en la corresponsabilidad de dicho programa, beneficiándose principalmente los niños y niñas menores de tres años afiliados al programa investigado.

Dicho beneficio se realizará principalmente en la salud ya que disminuirá la desnutrición infantil.

En la presente investigación, desde el punto de vista teórico, se utiliza teorías de las variables de estudio: el programa Juntos y la desnutrición infantil.

Se buscar determinar una relación de ambas variables con el objetivo de ampliar los enfoques teóricos, científicos de ambas variables.

De igual manera, desde el punto de vista metodológico, puede servir como antecedente de futuras investigaciones para adoptar medidas de solución inteligente, sobre el programa Juntos; hacia la disminución de la desnutrición infantil. Asimismo, el uso y manejo de las técnicas del método científico ofrecieron al investigador la posibilidad de obtener conocimientos válidos y confiables.

1.6. Hipótesis

Hipótesis General

Existe relación significativa entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017.

Hipótesis Específicas

- a) Existe un nivel medio de corresponsabilidad en salud en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017, por parte de los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- b) Existe un nivel alto de desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, de los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- c) Existe una relación significativa entre las dimensiones de la variable corresponsabilidad de salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017.

1.7. Objetivos

Objetivo General

Determinar cuál es la relación que existe entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017.

Objetivos Específicos

- a) Determinar el nivel de corresponsabilidad en salud en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017, asumido por los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- b) Identificar y describir el nivel de desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, de los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- c) Determinar el nivel de relación entre las dimensiones de la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017.

II. MÉTODO

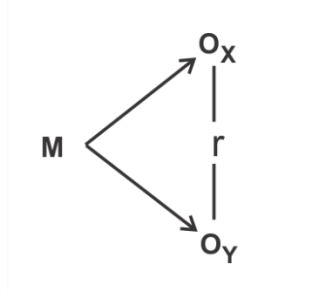
2.1. Tipo y diseño de estudio

Tipo de investigación

La investigación se enmarca de acuerdo con su propósito en una investigación de tipo básica, porque guarda en sus objetivos el contribuir con el conocimiento de un tema en particular y realizar aportes sobre el mismo, tanto en sus variables de estudio como en los vínculos que en ella se presenten **Sánchez y Reyes (2014)**.

Diseño de investigación

La investigación se circunscribe a una investigación por su diseño de tipo no experimental u observacional porque busca establecer la relación no casual que se presenta entre dos variables o más (**Bernal, 2010**). La presente investigación se desarrolla con un diseño por tanto descriptivo correlacional, el mismo que se puede apreciar esquemáticamente a continuación:



Donde:

M: Muestra de estudio

Ox: Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS

Oy: Desnutrición Infantil.

r: Relación entre las variables de estudio

2.2. Variables

Variable 1: Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS

Responsabilidad compartida entre el hogar, cuyos miembros deben hacer uso de los servicios de salud oportunamente según su ciclo de vida, y las instituciones del estado proveen y facilitan las provisiones de dichos servicios (MIDIS, 2016)

De acuerdo con (MIDIS, 2016) las dimensiones para esta variable son:

- a) Asistencia al control Neo natal en seguimiento
- b) Asistencia al control de crecimiento y desarrollo

Variable 2: Desnutrición Infantil

Ingesta o absorción insuficiente de energía, proteínas o micronutrientes, que a su vez causa una deficiencia nutricional (UNICEF, 2012).

2.2.1. Operacionalización de variables

Variable de estudio 1: Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS

Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Responsabilidad compartida entre el hogar, cuyos miembros deben hacer uso de los servicios de salud oportunamente según su ciclo de vida, y las instituciones del estado proveen y facilitan las provisiones de dichos servicios (MIDIS, 2016)	Puntuación obtenida respecto del cuestionario sobre Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS	Asistencia al control Neo natal en seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a los controles neo natales del recién nacido • Participación e involucramiento en los controles neo natales
		Asistencia al control de crecimiento y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia del control de atención de niño(a) • Interés por el control de crecimiento y desarrollo del niño(a) • Participación en la administración de Suplementos con micronutrientes • Participación en la vacunación completa • Asistencia e interés por la evaluación del estado nutricional y exámenes auxiliares y por sus resultados

Variable de estudio 2: Desnutrición Infantil

Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Ingesta o absorción insuficiente de energía, proteínas o micronutrientes, que a su vez causa una deficiencia nutricional (UNICEF, 2012)	Valoración obtenida para el Desnutrición Infantil el cual se da a partir de la medida de los indicadores P/T; T/E y PE	• P/T (Relación Peso-Talla)	Escala Ordinal
		• T/E (Relación Talla-Edad)	
		• P/E (Relación Peso-Edad)	

2.3. Población y muestra

Población

La población está compuesta por 120 hogares afiliados al programa JUNTOS en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco – Cusco, que tienen hijos menores de 3 años.

Muestra

Muestra probabilística de 53 familias de la población de estudio, extraídas de la misma haciendo uso de un muestreo no aleatorio.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Variable de estudio: Corresponsabilidad en Salud del Programa

JUNTOS

El instrumento seleccionado para analizar las Corresponsabilidad en Salud del Programa Juntos es el cuestionario el mismo que tendrá más capacidad y será más representativo si se incluye las dimensiones que constituyen el constructo de la variable, se considera la siguiente técnica con su instrumento respectivo.

TECNICA	INSTRUMENTO
Encuesta	Cuestionario sobre Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS

Descripción:

El cuestionario para evaluar las Corresponsabilidad en Salud del Programa Juntos fue desarrollado en función a la propuesta del (MIDIS, 2016) que consta de 22 ítems los cuales se distribuyen en sus dimensiones Asistencia al control Neo natal en seguimiento, Asistencia al control de crecimiento y desarrollo, expectativas de compensación

2.4.2. Variable de estudio: Desnutrición Infantil

El instrumento seleccionado para analizar el Desnutrición Infantil es una ficha que permite extraer los datos consignados en los registros del MINSA respecto de la desnutrición infantil de los niños considerados en el presente estudio, se considera la siguiente técnica con su instrumento respectivo.

TECNICA	INSTRUMENTO
Análisis documental	Ficha de recojo de datos sobre desnutrición infantil

2.4.3. Validez y confiabilidad

En cuanto a la validez de los mismos se tiene que el cuestionario es una adaptación del propuesto por el MIDIS (2016) en tanto que en el caso de la desnutrición infantil se tomó en cuenta los indicadores de desnutrición infantil universales y que son con los que cuenta el MINSA.

El análisis de la confiabilidad del instrumento se realizó haciendo uso de la técnica de Cronbach, el cual usa un coeficiente que muestra a través de un índice que varía entre 0 y 1, la estabilidad de la medida del instrumento en el tiempo **Kaplan, R y Saccuzzo, D (2006)**.

Para interpretar el valor del coeficiente de confiabilidad usaremos la siguiente tabla.

TABLA 1 RANGOS PARA INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE ALPHA DE CRONBACH

Rango	Magnitud
0.01 a 0.20	Muy baja
0.21 a 0.40	Baja
0.41 a 0.60	Moderada
0.61 a 0.80	Alta
0.81 a 1.00	Muy alta

Para el análisis de confiabilidad se utilizó el software estadístico IBM SPSS versión 23, los resultados se muestran a continuación:

TABLA 2 ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD PARA LA VARIABLE CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Asistencia al control Neo natal en seguimiento	0,754	06
Asistencia al control de crecimiento y desarrollo	0,782	16
Corresponsabilidad en Salud del Programa JUNTOS	0,765	22

FUENTE: Elaboración propia

En la tabla 02 se observa que los valores obtenidos para el coeficiente Alpha de Cronbach tanto la variable **Corresponsabilidad en Salud del Programa Juntos**, así mismo para sus dimensiones se sitúa por encima de 0,7 lo cual nos indica que la confiabilidad es alta, por lo que se concluye que el instrumento para medir la variable y sus dimensiones es confiable.

2.5. Métodos de análisis de datos

Los datos obtenidos con la ayuda de los instrumentos de recolección de datos fueron organizados en una base de datos, para luego ser resumidos y presentados haciendo uso de tablas y gráficas estadísticas propias de la estadística descriptiva, asimismo se recurrió a la estadística inferencial, para lo cual se empleó la docimasia o prueba de hipótesis, con ayuda de la pruebas Chi cuadrado para Independencia estadística de variables de estudio, así como el análisis de correlaciones haciendo uso de la prueba de correlación Tau B de Kendall, empleada para datos ordinales.

III. RESULTADOS

3.1. Descripción.

En la tabla 3 se muestra los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Para los resultados se utilizaron escalas que a continuación se detalla.

TABLA 3 RANGO DE PUNTUACIONES Y VALORACIÓN PARA LA VARIABLE CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS

VARIABLE/DIMENSIÓN	PUNTAJE	VALORACIÓN
D1: Asistencia al control Neonatal en seguimiento	0-10	DEFICIENTE
	11-15	REGULAR
	16-18	BUENA
D2: Asistencia al control de crecimiento y desarrollo	0-28	DEFICIENTE
	29-39	REGULAR
	40-48	BUENA
CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS	0-38	DEFICIENTE
	39-54	REGULAR
	55-66	BUENA

FUENTE: Elaboración propia

TABLA 4 RANGO DE PUNTUACIONES Y VALORACIÓN PARA LA VARIABLE DESNUTRICIÓN INFANTIL

VARIABLE/DIMENSIÓN	PUNTAJE	VALORACIÓN
DESNUTRICIÓN INFANTIL	0	NORMAL
	1	DESNUTRICIÓN
	2	EN RIESGO

FUENTE: Elaboración propia

3.2. Resultados descriptivos por variables.

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron de la muestra de estudio.

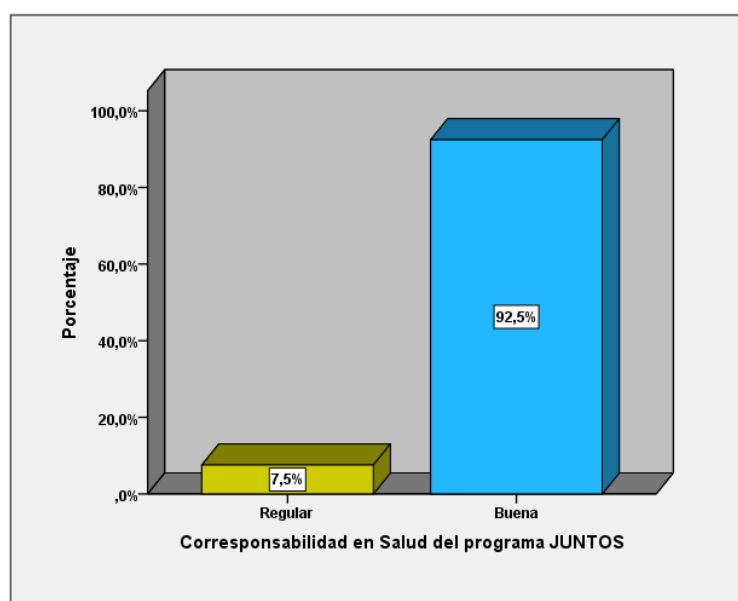
3.2.1. Resultados para Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS

TABLA 5 CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS

	Frecuencia	Porcentaje
REGULAR	4	7,5
BUENA	49	92,5
Total	53	100,0

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO 1 CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación y análisis:

En la tabla y gráfico anteriores se observan los resultados para la variable Corresponsabilidad en salud del programa Juntos, en la cual el 7,5% de las familias encuestadas se ubican en la categoría de regular, mientras que el 92,5% se ubican en la categoría de corresponsabilidad buena. Los resultados muestran que las familias adscritas al programa Juntos, en su gran mayoría

cumplen con las responsabilidades asignadas por parte del programa para ser beneficiarios del mismo.

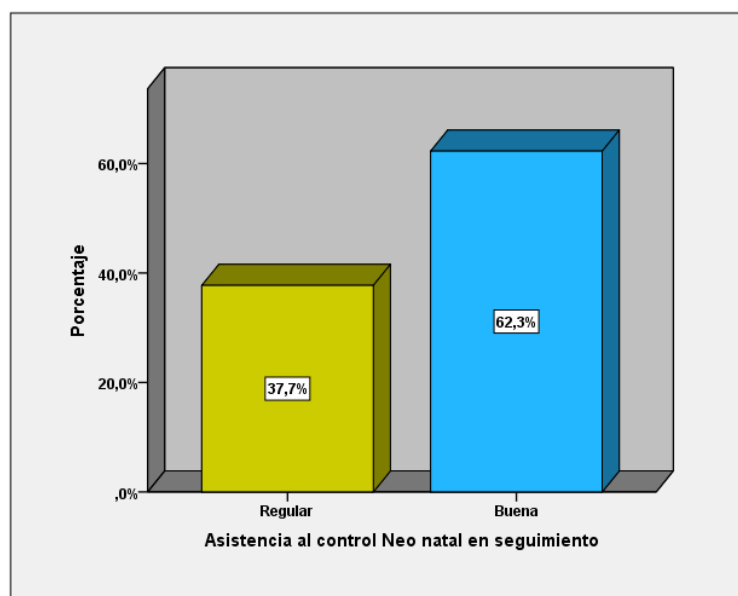
3.2.2. Resultados para dimensiones de Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS

TABLA 6 ASISTENCIA AL CONTROL NEO NATAL EN SEGUIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje
REGULAR	20	37.7
BUENA	33	62.3
Total	53	100

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO 2 ASISTENCIA AL CONTROL NEO NATAL EN SEGUIMIENTO



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación y análisis:

En la tabla y gráfico anteriores se observan los resultados para la dimensión Asistencia al control Neo natal en seguimiento de la variable Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos, en la cual el 37,7% de las familias encuestadas se ubican en la categoría de regular, mientras que el 62,3% se ubican en la categoría de corresponsabilidad buena. Los resultados muestran que las familias adscritas al programa Juntos, en un porcentaje importante cumple con las responsabilidades asignadas, en cuanto al control,

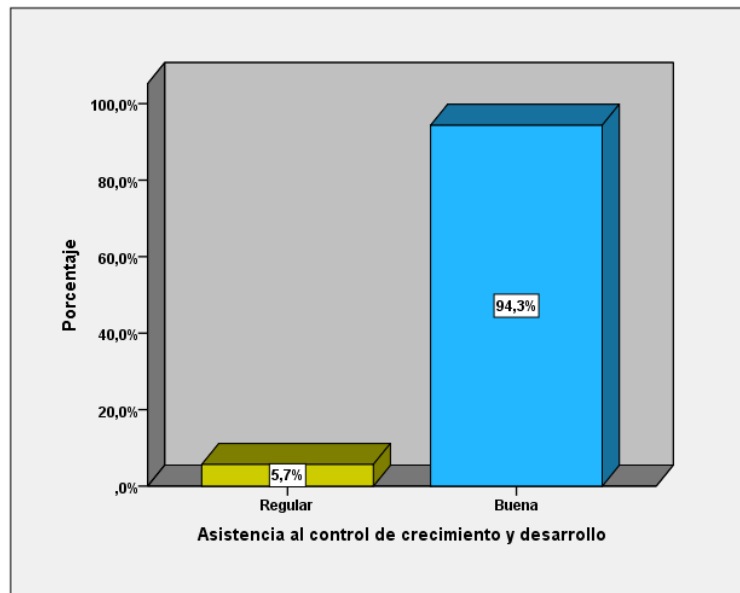
neo natal, muchas de ellas entran en la categoría de regular en función a que faltan a algunas charlas u orientaciones del centro de salud o también porque el centro de Salud no cuenta con el personal suficiente para realizar visitas domiciliarias.

TABLA 7 ASISTENCIA AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

	Frecuencia	Porcentaje
REGULAR	3	5,7
BUENA	50	94,3
Total	53	100,0

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO 3 ASISTENCIA AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación y análisis:

Los resultados para la dimensión Asistencia al control de crecimiento y desarrollo de la variable Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos se presentan en la tabla y gráfico anteriores, en la cual el 37,7% de las familias encuestadas se ubican en la categoría de regular, mientras que el 62,3% se ubican en la categoría de corresponsabilidad buena. Los resultados muestran que las familias adscritas al programa Juntos, en un porcentaje importante cumple con las responsabilidades asignadas, en cuanto al control, de crecimiento y desarrollo de los niños.

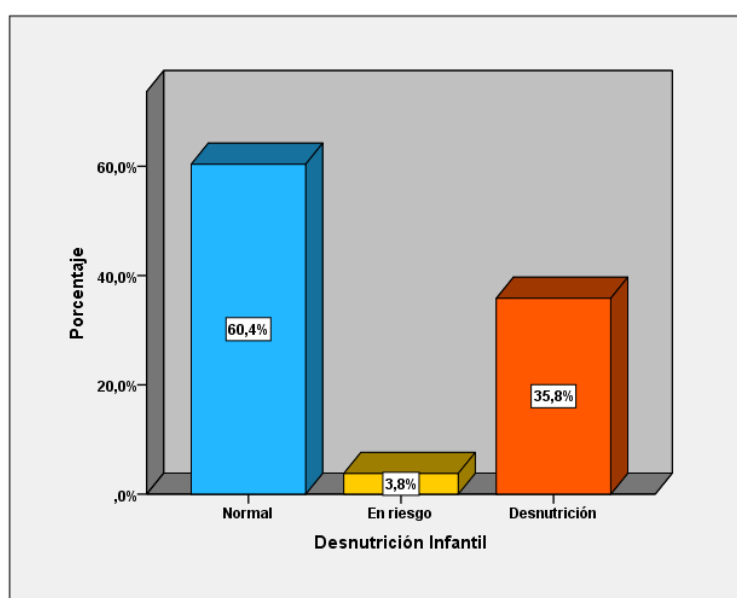
3.2.3. Resultados para Desnutrición Infantil

TABLA 8 DESNUTRICIÓN INFANTIL

	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	32	60,4
EN RIESGO	2	3,8
DESNUTRICIÓN	19	35,8
Total	53	100,0

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO 4 DESNUTRICIÓN INFANTIL



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación y análisis:

En la tabla y gráfico anteriores se observan los resultados para la variable Desnutrición Infantil, en la cual el 60,4% de los niños se ubican en la categoría normal, es decir no presentan desnutrición, mientras que el 3,8% se encuentran en la categoría de riesgo y el 35,8% de los niños se encuentran en la categoría de desnutrición, resultados que muestran un porcentaje preocupante de desnutrición en la muestra de estudio, no obstante los niveles de corresponsabilidad hallados, lo cual sugiere que existen otros factores que subyacen a la presencia de la desnutrición en los niños.

TABLA 9 INDICADORES DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

		Frecuencia	Porcentaje
P/T	Normal	50	94,3
	Aguda	2	3,8
	Sobrepeso	1	1,9
TOTAL		53	100,0
T/E	Normal	33	62,3
	Crónica	20	37,7
TOTAL		53	100,0
P/E	Normal	48	90,6
	Global	5	9,4
TOTAL		53	100

Interpretación y análisis:

La tabla anterior muestra que es la desnutrición crónica la que mayor prevalencia presenta, es decir el problema que más se presenta en cuanto a la desnutrición se da en la relación Talla/ edad, siendo que en los indicadores de Peso/talla y Peso/edad, las carencias son menores con respecto a la desnutrición crónica.

3.3. Contraste de hipótesis para correlación entre las variables**Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil****3.3.1. Prueba de hipótesis**

Para comprobar la hipótesis de correlación entre las Variables de estudio: Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos y Desnutrición Infantil, primeramente se realizara la prueba de prueba de Independencia Chi cuadrado y posteriormente de prueba de asociación Tau de Kendall

TABLA 10 PRUEBA DE INDEPENDENCIA CHI CUADRADO

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,459	2	,795
Razón de verosimilitud	,615	2	,735
Asociación lineal por lineal	,305	1	,581
N de casos válidos	53		

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadísticas	Ho: Las variables Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil son independientes estadísticamente Ha: Las variables Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil no son independientes estadísticamente
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Estadígrafo de contraste	$\chi^2 = \sum \frac{(O - E - 0,5)^2}{E}$ Valor calculado $\chi^2 = ,459$
Valor p calculado	$p = 0,795$
Conclusión	Como $p > 0,05$, no podemos rechazar la hipótesis nula y concluimos que las variables Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil son independientes estadísticamente

TABLA 11 PRUEBA ASOCIACIÓN TAU DE KENDALL

		Error estándar			
		Valor	asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,078	,125	,605	,545
N de casos válidos		53			

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadísticas	Ho: Las variables Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil no están correlacionadas Ha: Las variables Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil están correlacionadas
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Estadígrafo de contraste	$\tau_b = (n_p - n_q) / \sqrt{(n_p + n_q + n_{E(X)})(n_p + n_q + n_{E(Y)})}$
Valor p calculado	$p = 0,545$
Conclusión	Como $p > 0,05$, no podemos rechazar la hipótesis nula y concluimos que las variables

Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS y Desnutrición Infantil no están correlacionadas.

3.3.2. Prueba de Sub hipótesis

3.3.2.1. Correlación entre Asistencia al control Neo natal en seguimiento y desnutrición infantil

TABLA 12 PRUEBA ASOCIACIÓN TAU DE KENDALL ENTRE LA DIMENSION ASISTENCIA AL CONTROL NEO NATAL EN SEGUIMIENTO Y DESNUTRICIÓN INFANTIL

		Error estándar			
		Valor	asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,212	,128	1,638	,101
N de casos válidos		53			

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadísticas	<p>Ho: La Dimensión Asistencia al control Neo natal en seguimiento y desnutrición infantil no está correlacionadas</p> <p>Ha: La Dimensión Asistencia al control Neo natal en seguimiento y desnutrición infantil está correlacionadas</p>
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Estadígrafo de contraste	$\tau_b = (n_p - n_q) / \sqrt{(n_p + n_q + n_{E(X)})(n_p + n_q + n_{E(Y)})}$
Valor p calculado	$p = 0,101$
Conclusión	Como $p > 0,05$, no podemos rechazar la hipótesis nula y concluimos que la dimensión Asistencia al control Neo natal en seguimiento y desnutrición infantil no están correlacionadas.

3.3.2.2. Correlación entre Asistencia al control de crecimiento y desarrollo y desnutrición infantil

TABLA 13 PRUEBA ASOCIACIÓN TAU DE KENDALL ENTRE LA DIMENSION ASISTENCIA AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y DESNUTRICIÓN INFANTIL

		Error estándar			
		Valor	asintótico ^a	Aprox. S ^b	Aprox. Sig
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,025	,134	,182	,855
N de casos válidos		53			

Interpretación y análisis:

Hipótesis estadísticas	<p>Ho: La Dimensión Asistencia al control d crecimiento y desarrollo y desnutrición infantil n están correlacionadas</p> <p>Ha: La Dimensión Asistencia al control d crecimiento y desarrollo y desnutrición infant están correlacionadas</p>
Nivel de significación	$\alpha = 0,05$
Estadígrafo de contraste	$\tau_b = (n_p - n_q) / \sqrt{(n_p + n_q + n_{E(X)})(n_p + n_q + n_{E(Y)})}$
Valor p calculado	$p = 0,855$
Conclusión	Como $p > 0,05$, no podemos rechazar la hipótesi nula y concluimos que las dimensiones Asistenci al control de crecimiento y desarrollo desnutrición infantil no están correlacionadas.

IV. DISCUSIÓN

En este capítulo se realizará la discusión de los resultados obtenidos a la luz de los antecedentes y del marco teórico subyacente en la presente investigación.

Respecto al objetivo general que plantea determinar la relación entre la corresponsabilidad en salud y la desnutrición infantil en el marco del programa Juntos, se tiene que los resultados obtenidos muestran que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, lo cual es confirmado por la prueba de independencia estadística Chi cuadrado de Pearson que muestra que entre dichas son independientes y que es confirmado por el análisis de correlación resultado que las variable de Corresponsabilidad en salud y la desnutrición infantil no presentan correlación significativa estadísticamente.

Asimismo, se obtuvo que respecto de la variable Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos obtenido a partir de la muestra de estudio para la presente investigación, en la cual el 7,5% de las familias encuestadas se ubican en la categoría de regular, mientras que el 92,5% se ubican en la categoría de corresponsabilidad buena. Los resultados muestran que las familias afiliadas al programa Juntos, en su gran mayoría cumplen con las responsabilidades asignadas por parte del programa para ser beneficiarios del mismo.

Para la variable desnutrición Infantil el 60,4% de los niños se ubican en la categoría normal, es decir no presentan desnutrición, mientras que el 3,8% se encuentran en la categoría de riesgo y el 35,8% de los niños se encuentran en la categoría de desnutrición, resultados que muestran un porcentaje preocupante de desnutrición en la muestra de estudio, no obstante los niveles de corresponsabilidad hallados, lo cual sugiere que existen otros factores que subyacen a la presencia de la desnutrición en los niños.

V. CONCLUSION

Primera: Con un nivel de confianza del 95% = 0.95, y al nivel de significancia del α : 5% = 0.05, los resultados muestran que no existe correlación entre las variables Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos y Desnutrición Infantil, según el estadístico de prueba para un estudio no paramétrico Tau-B de Kendall.

Segunda: Respecto a la variable Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos, se concluye que el 7,5% de las familias encuestadas se ubican en la categoría de regular, mientras que el 92,5% se ubican en la categoría de corresponsabilidad buena. Los resultados muestran que las familias adscritas al programa Juntos, en su gran mayoría cumplen con las responsabilidades asignadas por parte del programa para ser beneficiarios del mismo.

Tercera: Respecto a la variable Desnutrición Infantil se concluye que el 60,4% de los niños se ubican en la categoría normal, es decir no presentan desnutrición, mientras que el 3,8% se encuentran en la categoría de riesgo y el 35,8% de los niños se encuentran en la categoría de desnutrición, resultados que muestran un porcentaje preocupante de desnutrición en la muestra de estudio, no obstante los niveles de corresponsabilidad hallados, lo cual sugiere que existen otros factores que subyacen a la presencia de la desnutrición en los niños.

Cuarta: Con un nivel de confianza del 95% = 0.95, y al nivel de significancia del α : 5% = 0.05, se confirma que no existe correlación significativa entre las dimensiones de las variables Corresponsabilidad en Salud del programa Juntos y Desnutrición Infantil, según el estadístico de prueba para un estudio no paramétrico Tau-B de Kendall.

VI. RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a los directivos del programa Juntos realizar evaluaciones respecto a la corresponsabilidad en salud, puesto que según los resultados obtenidos en la presente investigación a pesar que las usuarias cumplen en su mayoría con las corresponsabilidades en salud, no refleja dicho indicador en la disminución de desnutrición infantil, con la evaluación se podrá conocer los avances e impactos y nos permitirá realizar ajustes a las metas propuestas y afinar las estrategias de intervención orientadas a disminuir la desnutrición infantil.

Segunda: Se recomienda a los representantes del establecimiento de salud y del programa Juntos en el distrito de Chinchaypujio programar y realizar un mayor número de charlas informativas y demostrativas concernientes a la importancia del lavado de manos, preparación de los multimicronutrientes, consumo de agua tratada, adecuada nutrición y preparación de los alimentos, etc., con el fin de cambiar en las usuarias del programa Juntos las prácticas y hábitos alimenticios perjudiciales para la alimentación de sus menores hijos e hijas.

Así mismo se recomienda al personal del establecimiento de salud de chinchaypujio realizar visitas domiciliarias con mucha más frecuencia especialmente a los niños y niñas que tengan algún tipo de desnutrición infantil para verificar las prácticas y cuidados de sus menores hijos e hijas.

Tercera: Se sugiere al gobierno local mejorar los niveles de articulación como la horizontal que se refiere a la coordinación a nivel multisectorial e interinstitucional de las diferentes entidades del gobierno nacional como los programas sociales que existen en el distrito de Chinchaypujio como el Centro de Salud, Qali Warma, Vaso de Leche, etc.

De igual manera es necesario la articulación vertical que se referida a la gestión en los tres niveles de gobierno como el gobierno local, regional y nacional.

Es necesario la existencia de una gestión articulada en el que exista un liderazgo del gobierno local que tenga la responsabilidad de generar espacios de concertación promoviendo la más amplia participación institucional de todos los actores sociales presentes en el distrito de Chinchaypujio.

Es muy importante constituir en lo posible un comité técnico o mesa de salud, liderado por el gobierno local y los actores sociales con el fin de realizar el

diagnóstico situacional, aplicación de estrategias y cumplimiento de metas en torno a la disminución de la desnutrición crónica infantil.

Es necesario que participen todas las entidades involucradas con la disminución de la desnutrición crónica infantil de forma articulada e interactúen con los beneficiarios logrando crear conciencia en la población objetivo respecto a la importancia de disminuir la desnutrición crónica infantil, la población debe comprometerse y participar de manera activa para lograr dicho objetivo.

Cuarta: Se recomienda a todas las instituciones relacionadas con el servicio básico en el distrito de Chinchaypujio como el gobierno local, regional y nacional, entre otros, realizar trabajos de mejora en cuanto a los servicios básicos como el agua tratada y saneamiento básico, puesto que en el distrito mencionado existe una escases de los servicios básicos en casi todas las comunidades y anexos, es muy urgente que se realicen dichas mejoras puesto que al realizarse las mejoras correspondientes se podrá disminuir la enfermedades como la IRA y EDA y consecuentemente se tendrá más posibilidades de disminuir la desnutrición infantil.

REFERENCIAS

- Alcázar, L. (2009). *El gasto público social frente a la infancia: Análisis del Programa Juntos y de la oferta y demanda de servicios asociadas a sus condiciones*. Lima: GRADE; Niños del Milenio.
- Attanasio & Gómez. (2006). *Evaluación del impacto del programa familias en acción*.
- BCRP. (1982). *Mapa de Pobreza del Perú. Reseña económica*. Lima.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación. Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Bogotá: Pearson.
- Cecchini. (2009). *Desafíos de los programas de transferencias con corresponsabilidad: los casos de Guatemala, Honduras y Nicaragua*. Santiago de Chile: CEPAL.
- FAO. (2014). Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. *Declaración de Roma sobre la nutrición*.
- FAO. (s.f.). Seguridad Alimentaria y Nutricional, Conceptos básicos del programa especial para la Seguridad Alimentaria -PESA-Centroamerica .
- FAO; OMS. (2014). *Segunda Conferencia Internacional sobre nutrición. Documento final de la Conferencia: Declaración sobre Desnutrición*.
- Gajate, Gissele y Marisol Inurritegui. (2002). *El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: Una aproximación a partir de la metodología del "Propensity Score Matching"*. Lima: GRADE.
- IFPRI. (2010). *Evaluación externa del Programa Red Solidaria: Informe de impactos a los dos años de implementación*.
- INEI. (2017). *Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2011-2016*. Lima.
- Kaplan, R., & Saccuzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y temas*. México: Thomson.
- Larrañaga. (2009). *Evaluación de impacto de Chile Solidario para la primera cohorte de participantes*. Chile: PNUD.
- MIDIS. (2015). *Directiva N° 06-2015-MIDIS/PNADP-DE Liquidación y Transferencias de Incentivos Monetarios*. Lima.
- MIDIS. (2016). *Directiva N° 02-2016-MIDIS/PNADP-DE Proceso de Afiliación y Mantenimiento de Padrón de Hogares*. LIMA.
- MIDIS. (2016). *Directiva N° 04-2016-MIDIS/PNADP-DE Verificación del Cumplimiento de Corresponsabilidades*. Lima.

- MIDIS. (2016). *Directiva N° 07-2016-MIDIS-/PNADP/DE Proceso de Acompañamiento Familiar*. Lima.
- MIDIS. (2016). *Directiva N°04 2016-MIDIS/PNADP-DE. Proceso de verificaciónn de corresponsabilidades*. Lima.
- MIDIS. (2016). *Resolución de Dirección Ejecutiva N°186 MIDIS/PNADP-DE Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades*. Lima.
- MINSA. (2010). *Norma tecnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años R. M. – N° 990 - 2010/MINSA*. Lima-Peru.
- MINSA. (2010). *NTS N°087-MINSA/DGSP V.01. Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Lima.
- PCM. (2011). *Estrategia Nacional CRECER. Memoria 2007-2011*. PCM.
- Pelletier DL & Frongilio EA. (2002). *Cambios en la supervivencia infantil están fuertemente asociados con cambios en la malnutrición en los países en desarrollo*. Wshington: FANTA.
- Pérez, J. E. (2015). *Evaluación del efecto del programa Juntos en relacion a la Salud Materno Infantil*. Lima: Tesis de Doctorado en Salud Publica. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rangel B., M. (2011). *Pobreza rural y los Programas de Transferencias Condicionadas en America Latina y el Caribe. Documento de Trabajo N° 3, Proyecto Conocimiento y Cambio en Pobreza Riral y Desarrollo. Santiago, Chile*.
- Rawlings. (2003). *Lecciones desde América Latina. Evaluación del impacto de los programas de transferencias condicionadas en efectivo*. Mexico.
- Rivera, M. E. (2010). *Evaluación de los efectos del Programa Red Solidaria Sobre la Nutrición Temprana*. Mexico.D.F.: Tesis de Maestría en Gobierno y Asuntos Públicos. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Academica de Mexico.
- Sánchez, Alan., Jaramillo, Miguel. (2012). *Impacto del programa Juntos sobre la nutrición temprana*. Lima: BCRP.
- Sánchez, Alan., Rodríguez, María Gracia. (2016). *A 10 años del lanzamiento de Juntos: un balance del impacto del programa sobre el capital humano*. GRADE, 30.
- Sánchez, H; Reyes, C. (2014). *Metodología y diseños en la Investigación Científica*. Lima: Visión Universitaria.
- SIEN. *SISTEMA DE INFORMACION DEL ESTADO NUTRICIONAL*.
- UNICEF. (1998). *Estado Mundial de la Infancia. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia*.

Unicef. (2011). *La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: Unicef España.

UNICEF. (2012). *Glosario de Nutrición*.

UNICEF. (Febrero 2011). *Estado de la Niñez en el Perú*.

Valencia. (2008). *Las Transferencias monetarias Condicionadas como política social en América Latina*.

Valencia. (2008). *Las transferencias monetarias condicionadas como política social en América Latina*.

Vargas Machuca, E. (2014). *Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los pilares de Gestión del Programa Juntos*. Lima: Tesis de maestría en Gerencia Social. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Villatoro. (2005). *“Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina el 2007, “Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras”*.

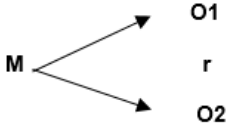
Villatoro. (2007). *Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras*.

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO: CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2017

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES/ DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación que existe entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017?	Determinar cuál es la relación que existe entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017.	Existe relación significativa entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017.	Variable 1 Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS Variable 2 Desnutrición Infantil	Tipo de investigación: Investigación Básica Diseño de la investigación: Descriptivo correlacional.  <p style="text-align: center;"> $M \begin{cases} \nearrow O1 \\ \searrow O2 \end{cases}$ r </p>
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	DIMENSIONES:	
a) ¿Cuál es el nivel de corresponsabilidad en salud en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, asumido por los hogares afiliados al programa JUNTOS? b) ¿Cuál es nivel de desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, de los hogares afiliados al programa JUNTOS? c) ¿De qué manera se relacionan las dimensiones de la corresponsabilidad de salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017?	a) Determinar el nivel de corresponsabilidad en salud en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017, asumido por los hogares afiliados al programa JUNTOS. b) Identificar y describir el nivel de desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, de los hogares afiliados al programa JUNTOS. c) Determinar el nivel de relación entre las dimensiones de la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017.	a) Existe un nivel medio de corresponsabilidad en salud en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017, por parte de los hogares afiliados al programa JUNTOS. b) Existe un nivel alto de desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio Anta, Cusco-2017, de los hogares afiliados al programa JUNTOS c) Existe una relación significativa entre las dimensiones de la variable corresponsabilidad de salud del programa JUNTOS y la desnutrición infantil en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco-2017.	Variable 1 <ul style="list-style-type: none"> Asistencia al control Neo natal en seguimiento Asistencia al control de crecimiento y desarrollo 	Donde: M. Muestra de estudio O1: Corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS. O2: Desnutrición Infantil r: relación directa entre la corresponsabilidad en salud del programa JUNTOS y la Desnutrición Infantil. Población: La población está constituida por 120 hogares afiliados al programa JUNTOS en el distrito de Chinchaypujio, Anta, Cusco – Cusco, que tienen hijos menores de 3 años. Muestra: Muestra probabilística de 53 familias de la población de estudio

				<p>Técnicas e instrumentos de recojo de datos: Técnica: Encuesta-análisis documental Instrumento: Cuestionario sobre corresponsabilidad en salud, ficha de recojo de datos sobre desnutrición Infantil.</p> <p>Método de análisis de datos: Estadística descriptiva con el apoyo de SPSS 23. Estadística inferencial para la prueba de hipótesis</p>
--	--	--	--	--

ANEXO 02
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TÍTULO: CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICIÓN INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO, 2017.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Responsabilidad compartida entre el hogar, cuyos miembros deben hacer uso de los servicios de salud oportunamente según su ciclo de vida, y las instituciones del estado proveen y facilitan las provisiones de dichos servicios (MIDIS, 2016)	Asistencia al control Neo natal en seguimiento Asistencia y participación en el seguimiento neonatal el cual debe realizarse en forma periódica con el fin de permitir la detección oportuna de riesgos, factores determinantes o signos de enfermedad neonatal (MIDIS, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a los controles neo natales del recién nacido • Participación e involucramiento en los controles neo natales
	Asistencia al control de crecimiento y desarrollo Asistencia al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de la salud: enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades (MINSA, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia del control de atención de niño(a) • Interés por el control de crecimiento y desarrollo del niño(a) • Participación en la administración de Suplemento con micronutrientes • Participación en la vacunación completa • Asistencia e interés por la evaluación del estado nutricional y exámenes auxiliares y por sus resultados
DESNUTRICIÓN INFANTIL Ingesta o absorción insuficiente de energía, proteínas o micronutrientes, que a su vez causa una deficiencia nutricional (UNICEF, 2012).	P/T (Relación peso-talla)	<ul style="list-style-type: none"> • Índice nutricional de peso por estatura o el perímetro braquial
	T/E (Relación talla-edad)	<ul style="list-style-type: none"> • Índice nutricional de estatura por edad
	P/E (Relación peso- edad)	<ul style="list-style-type: none"> • Índice nutricional de peso por edad

ANEXO 03
MATRIZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICIÓN INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO, 2017.

VARIABLE: CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS

DIMENSIÓN	INDICADORES	PESO	N° DE ITEMS	ITEMS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Asistencia al control Neo natal en seguimiento	Asistencia a los controles neo natales del recién nacido	27%	06	1. ¿Lleva a su hijo (a) a los controles neo natales programados por el centro de Salud de su comunidad? 2. ¿Las enfermeras del centro de Salud de su distrito realizan visitas domiciliarias?	Nunca (0) A veces (1) Casi siempre (2) Siempre (3)
	Participación e involucramiento en los controles neo natales			3. ¿Recibe información acerca de la salud de su niño(a) en los controles neo natales programados por el centro de Salud de su comunidad? 4. ¿Pregunta o indaga acerca de la salud de su niño(a) en los controles neo natales programados por el centro de Salud de su comunidad? 5. ¿Participa en las charlas programadas por el centro de Salud de su comunidad acerca de la importancia de los controles neo natales? 6. ¿Le atienden en la fecha programada para los controles neo natales de su niño(a)?	
Asistencia al control de crecimiento y desarrollo	Asistencia del control de atención de niño(a)	73%	16	7. ¿Lleva a su hijo (a) a los controles de Atención de niño programados por el centro de Salud de su comunidad? 8. ¿Cuándo no puede asistir a uno de los controles de atención de su niño(a) comunica al centro de salud para que le reprogramen?	Nunca (0) A veces (1) Casi siempre (2) Siempre (3)
	Interés por el control de crecimiento y desarrollo del niño(a)			9. ¿Conoce acerca de la salud de su hijo(a) en lo que se refiere a su crecimiento y desarrollo? 10. ¿Cuándo asiste al centro de salud de su comunidad solicita información acerca de la salud de su hijo(a)? 11. ¿Solicita información en su centro de salud acerca del Carnet de Crecimiento y desarrollo?	
	Participación en la administración de Suplemento con micronutrientes			12. ¿Su menor hijo recibe los suplementos de micronutrientes que fueron proporcionados en el Centro de Salud de su comunidad? 13. ¿Asiste a las capacitaciones programadas por el Centro de Salud con motivo de la Administración del Suplemento de Micronutrientes?	

	Participación en la administración de Suplemento con micronutrientes			<p>12. ¿Su menor hijo recibe los suplementos de micronutrientes que fueron proporcionados en el Centro de Salud de su comunidad?</p> <p>13. ¿Asiste a las capacitaciones programadas por el Centro de Salud con motivo de la Administración del Suplemento de Micronutrientes?</p> <p>14. ¿Administra los suplementos de micronutrientes y vitamina A de acuerdo con lo recomendado por el Centro de Salud de su Comunidad?</p>	
	Participación en la vacunación completa			<p>15. ¿Lleva a su hijo (a) en las fechas programadas por el centro de Salud de su comunidad para que reciba sus vacunas completas?</p> <p>16. ¿Se preocupa por que su hijo reciba todas las vacunas indicadas por el centro de salud de su comunidad?</p> <p>17. ¿Cuándo no puede asistir a una de las fechas de vacunas programadas de su niño(a) comunica al centro de salud para que le reprogramen?</p>	
	Asistencia e interés por la evaluación del estado nutricional y exámenes auxiliares y por sus resultados			<p>18. ¿Solicita información al centro de salud de su comunidad acerca del desarrollo psicomotor de su hijo(a)?</p> <p>19. ¿Lleva a su hijo (a) en las fechas programadas por el centro de Salud de su comunidad para el control de su estado nutricional?</p> <p>20. ¿Indaga en el Centro de Salud de su comunidad acerca de cómo mejorar el estado nutricional de su hijo(a)?</p> <p>21. ¿Se informa acerca de los resultados auxiliares que se le realiza a su hijo(a) como el examen de hemoglobina o parasitológico?</p> <p>22. ¿Le atienden en la fecha programada para los controles CRED de su niño(a)?</p>	
TOTALES		100%	20		

VARIABLE: DESNUTRICIÓN INFANTIL

INDICADORES	PESO	N° DE ITEMS	ITEMS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Índice nutricional de estatura por edad	33,3%	01	Índice nutricional de estatura por edad (T/E)	Normal (no presenta) (0) Crónica (1) Excluida (2)
índice nutricional de peso por estatura o el perímetro braquial	33,3%	01	índice nutricional de peso por estatura o el perímetro braquial (P/T)	Normal (no presenta) (0) Aguda (1) Sobrepeso (2) Obesidad (3) Excluido (4)
Índice nutricional de peso por edad	33,3%	01	Índice nutricional de peso por edad (P/E)	Normal (no presenta) (0) Global (1) Excluido (2)
	100%	03		

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 01

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

NOMBRE : Br. Carlos Ramiro Masias Olivera
MENCIÓN : Gestión Pública
FECHA : Pisco, 29 de marzo del 2017

II. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA:

.....
..... Aceptable

2. CONTENIDO:

.....
..... Aceptable

3. ESTRUCTURA:

.....
..... Aceptable

III. APORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

Firma

Mg. o Dr. Fallan de Apurimac
DNI: 23898860
N° de Celular 984623542



Anexo N° 03. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 02

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 ESCUELA DE POSGRADO
 MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2016.**
- 1.2 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario a los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- 1.3 INVESTIGADOR: CARLOS RAMIRO MASIAS OLIVERA

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				X	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					X
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.				X	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				X	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					X
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					X
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

II. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 85%

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

Cusco, 29 marzo del 2017

Firma

Mg. o Dr. Edwards Aguirre E.

DNI: 3854865

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Dpto. de Gestión y Calidad

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 03

ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

V. DATOS GENERALES

- 5.1 TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2016.**
- 5.2 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Análisis Documental, Recojo de datos sobre desnutrición Infantil.
- 5.3 INVESTIGADOR: CARLOS RAMIRO MASIAS OLIVERA

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100%
Forma	1.REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				X	
	2.CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					X
	3.OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					X
Contenido	4.ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
	5.SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.				X	
	6.INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				X	
Estructura	7.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
	8.CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					X
	9.COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					X
	10.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					X

VI. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

VII. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 85%

VIII. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

- Procede su aplicación
- Debe corregirse

Cusco 29 marzo del 2017

Firma
Mg. o D. Edgardo Aguirre
DNI: 25054868

By Universidad Peruana del Norte

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 04

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

NOMBRE : Br. Carlos Ramiro Masias Olivera
MENCIÓN : Gestión Pública
FECHA : 29 de marzo del 2017

II. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA:

..... Aceptable

2. CONTENIDO:

..... Aceptable

3. ESTRUCTURA:

..... Aceptable

III. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse


Firma
Mg. o Dr. Flavio Ricardo Sánchez
DNI: 23903533
N° de Celular... 984 614563

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 05

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 ESCUELA DE POSGRADO
 MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2016.**
- 1.2 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario a los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- 1.3 INVESTIGADOR: CARLOS RAMIRO MASIAS OLIVERA

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios					✓
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					✓
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.				✓	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				✓	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					✓
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.				✓	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				✓	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.					✓

II. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 85 %

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

29 de marzo del 2017


 Firma
 Mg. o Dr. Flavio Ricardo Sánchez
 DNI: 23803533

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 06

ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

V. DATOS GENERALES

- 5.1 TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2016.**
- 5.2 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Análisis Documental, Recojo de datos sobre desnutrición Infantil.
- 5.3 INVESTIGADOR: CARLOS RAMIRO MASIAS OLIVERA

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100%
Forma	1.REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				/	
	2.CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				/	
	3.OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					/
Contenido	4.ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					/
	5.SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.				/	
	6.INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				/	
Estructura	7.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				/	
	8.CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					/
	9.COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				/	
	10.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				/	

VI. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

VII. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 85

VIII. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

- Procede su aplicación
- Debe corregirse

Cusco 22 abril del 2017


Firma
Mg. o Dr. Flavio Ricardo Sanchez
DNI: 23803533

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 07

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

NOMBRE : Br. Carlos Ramiro Masias Olivera
MENCION : Gestión Pública
FECHA : 22 DE ABRIL del 2017

II. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA:

Aceptable

2. CONTENIDO:

Aceptable

3. ESTRUCTURA:

Aceptable

III. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....
.....

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

Firma
Mg. o Dr. Carlos Ramiro Masias Olivera
DNI: 29927247
N° de Celular 984008408
Mg. Edgar Enriquez Romero

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 08

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 ESCUELA DE POSGRADO
 MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2016.**
- 1.2 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Cuestionario a los hogares afiliados al programa JUNTOS.
- 1.3 INVESTIGADOR: CARLOS RAMIRO MASIAS OLIVERA

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				✓	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				✓	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					✓
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.					✓
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				✓	
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.				✓	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	10. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	

II. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 80

IV. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación
 Debe corregirse

..... del 2017

Firma
 Mg. o Dr. *Edgar Enriquez Romero*
 DNI: *07978267*
 Mg. Edgar Enriquez Romero

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Anexo N° 04. VALIDACIÓN JUICIO DE EXPERTOS – N° 09

ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

V. DATOS GENERALES

- 5.1 TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: **CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS Y DESNUTRICION INFANTIL EN EL DISTRITO DE CHINCHAYPUJIO, ANTA, CUSCO-2016.**
- 5.2 NOMBRE DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: Análisis Documental, Recojo de datos sobre desnutrición Infantil.
- 5.3 INVESTIGADOR: CARLOS RAMIRO MASIAS OLIVERA

COMPONENTE	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
			0-20 %	21-40 %	41-60 %	61-80 %	81-100%
Forma	1.REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				✓	
	2.CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				✓	
	3.OBJETIVIDAD	Está expresado en conducta observable.					✓
Contenido	4.ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
	5.SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y claridad.				✓	
	6.INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente las variables de investigación.				✓	
Estructura	7.ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				✓	
	8.CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					✓
	9.COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					✓
	10.METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico.				✓	

VI. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

VII. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 80

VIII. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

.....22....., 2017 del 2017

Firma

Mg. o Dr. *Edgar Enrique Romero*

DNI: 778732115

Mg. Edgar Enrique Romero

ANEXO 05
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CORRESPONSABILIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA JUNTOS

INSTRUCCIONES: Lee atentamente los ítems y marca con una X la alternativa que creas conveniente. Sea totalmente sincera para contribuir con la investigación.

ESCALA	VALORACION
NUNCA	0
A VECES	1
CASI SIEMPRE	2
SIEMPRE	3

N°	ITEMS	0	1	2	3
01	¿Lleva a su hijo (a) a los controles neo natales programados por el centro de Salud de su comunidad?				
02	¿Las enfermeras del centro de Salud de su distrito realizan visitas domiciliarias?				
03	¿Recibe información acerca de la salud de su niño(a) en los controles neo natales programados por el centro de Salud de su comunidad?				
04	¿Pregunta o indaga acerca de la salud de su niño(a) en los controles neo natales programados por el centro de Salud de su comunidad?				
05	¿Participa en las charlas programadas por el centro de Salud de su comunidad acerca de la importancia de los controles neo natales?				
06	¿Le atienden en la fecha programada para los controles neo natales de su niño(a)?				
07	¿Lleva a su hijo (a) a los controles de Atención de niño programados por el centro de Salud de su comunidad?				
08	¿Cuándo no puede asistir a uno de los controles de atención de su niño(a) comunica al centro de salud para que le reprogramen?				
09	¿Conoce acerca de la salud de su hijo(a) en lo que se refiere a su crecimiento y desarrollo?				
10	¿Cuándo asiste al centro de salud de su comunidad solicita información acerca de la salud de su hijo(a)?				
11	¿Solicita información en su centro de salud acerca del Carné de Crecimiento y desarrollo de su niño(a)?				
12	¿Su menor hijo recibe los suplementos de micronutrientes que fueron proporcionados en el Centro de Salud de su comunidad?				
13	¿Asiste a las capacitaciones programadas por el Centro de Salud con motivo de la Administración del Suplemento de Micronutrientes?				
14	¿Administra los suplementos de micronutrientes y vitamina A de acuerdo con lo recomendado por el Centro de Salud de su Comunidad?				
15	¿Lleva a su hijo (a) en las fechas programadas por el centro de Salud de su comunidad para que reciba sus vacunas completas?				
16	¿Se preocupa por que su hijo reciba todas las vacunas indicadas por el centro de salud de su comunidad?				
17	¿Cuándo no puede asistir a una de las fechas de vacunas programadas de su niño(a) comunica al centro de salud para que le reprogramen?				
18	¿Solicita información al centro de salud de su comunidad acerca del desarrollo psicomotor de su hijo(a)?				
19	¿Lleva a su hijo (a) en las fechas programadas por el centro de Salud de su comunidad para el control de su estado nutricional?				
20	¿Indaga en el Centro de Salud de su comunidad acerca de cómo mejorar el estado nutricional de su hijo(a)?				

21	¿Se informa acerca de los resultados auxiliares que se le realiza a su hijo(a) como el examen de hemoglobina o parasitológico?				
22	¿Le atienden en la fecha programada para los controles CRED de su niño(a)?				

Gracias por tu colaboración

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Desnutrición Infantil

FAMILIA	Indicadores de Desnutrición Infantil		
	P/T	T/E	P/E
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			

39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
53			

ANEXO 06

N°	EESS	Corresponsabilidad en Salud del programa JUNTOS																				Desnutrición Infantil				
		Asistencia al control Neo natal en seguimiento						Asistencia al control de crecimiento y desarrollo														P/T	T/E	P/E		
		I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I1	I2	I3
1	0	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	0	1	0	
2	0	3	3	3	3	0	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
3	0	3	3	3	3	0	2	2	2	3	3	3	3	1	1	3	3	2	3	3	3	3	2	0	0	0
4	0	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
5	0	2	3	3	3	0	3	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	3	3	2	3	3	3	0	0	0
6	0	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0	1	0
7	0	3	3	3	3	1	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
8	0	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	0	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1
9	0	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	0	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
10	0	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
11	0	2	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	2	3	3	3	0	1	0
12	0	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	0	0	0
13	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
14	0	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0	0	0
15	0	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0	1	0
16	0	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	0	0	0
17	0	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
18	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
19	0	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	0	0	0
20	0	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0	3	2	3	3	2	2	3	3	3	0	0	1
21	0	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	0	0	0	3	3	2	3	3	3	3	3	0	1	0
22	0	3	3	3	3	0	3	3	2	3	3	3	3	0	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0	0	0
23	0	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	0
24	0	3	3	3	3	0	2	3	2	3	3	2	3	0	2	3	3	2	2	3	3	3	2	0	0	0
25	0	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0	1	0
26	0	3	3	3	3	0	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	0	0	0
27	0	3	3	3	3	0	3	2	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0	0	0
28	0	3	3	3	3	0	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
29	0	3	3	3	3	0	2	3	3	3	3	3	3	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
30	0	3	3	3	3	0	2	3	3	3	3	2	3	0	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1	0
31	0	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	0	0	0
32	0	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	1	2	3	3	2	3	2	3	3	2	0	0	0
33	0	3	3	3	3	0	2	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	1
34	1	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
35	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
36	1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	0	1	0
37	1	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
38	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0	1	0
39	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	0
40	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	0	0	0
41	1	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0	0	0
42	1	3	3	3	3	0	3	3	3	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	1
43	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	0
44	1	3	3	2	3	0	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
45	1	3	3	3	3	0	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	0	0	0	0
46	1	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0
47	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	0	1	0
48	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	0
49	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	0	0	0
50	1	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1
51	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	2	2	3	3	3	0	1	0
52	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0	1	0
53	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	0	0	0