

ESCUELA DE POSTGRADO SAN FRANCISCO XAVIER SFX



SFX

ESCUELA DE POSTGRADO
ESCUELA DE NEGOCIOS

TESIS

**“ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA SOCIAL
JUNTOS Y SU IMPACTO SOBRE LA ANEMIA EN EL
POBLADO DE IMATA - PROPUESTA DE MEJORA
AREQUIPA, 2019”.**

AUTOR:

Tesis presentada por la Bachiller:
ZEBALLOS PAZ, KARLA KARINE
TOHALINO MEZA, ANTONY GUSTAVO

Para optar por el Grado Académico de:
Maestro en Administración de Empresas Innovadoras y Emprendedoras - MBA

**AREQUIPA – PERÚ
2019**



AGRADECIMIENTOS

Karla Karine Zeballos Paz:

A la escuela de negocios y los maestros que han permitido formarme en ella y gracias a todas las personas que fueron partícipes en este proceso.

Antony Gustavo Tohalino Meza:

A:

A la escuela de post grado SFK que incentivó y facilitó en mi la innovación mediante el alto conocimiento que me brindó.

DEDICATORIA

Karla Karine Zeballos Paz:

Dedico esta investigación;

Primeramente, a Dios por permitirme vivir y darme las fuerzas para lograr mis objetivos en la vida.

A mis padres por mostrarme el camino hacia la superación, de brindarme un apoyo en esos momentos de flaqueza.

Antony Gustavo Tohalino Meza:

A:

Isabella, Alejandra y Victoria, mis amores

RESUMEN

La anemia en el Perú se constituye como un importante problema de salud pública por su elevada cantidad de sobretodo niños que la padecen, múltiples estudios dan cuenta de sus serios efectos nocivos a futuro para los mismos, como no adecuado desarrollo de los circuitos cerebrales hasta la capacidad de un niño para establecer y ejecutar un plan. En los últimos años la desnutrición crónica en niños ha disminuido considerablemente mas no así la anemia. Nuestro país se ha propuesto disminuir la anemia en niños menores de 06 a 36 meses a 19% hasta el año 2021, inmerso en las metas a cumplirse en el bicentenario. Del año 2000 al 2016 disminuyó 20% en 16 años (60% a 40,3%), restan 03 años para su cumplimiento y un 21% aproximado por reducirla. Es muy importante analizar que impide pese a las acciones tomadas por el Estado Peruano que la anemia no se presente como un problema de salud pública. Resaltando que la inversión en la primera infancia es la inversión social más rentable para el país.

Programa Social Juntos, es un Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – “JUNTOS” es un programa de Transferencias Monetarias Condicionadas, que fue creado en el año 2005 y está presente en 15 departamentos del país.

El Programa JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, mediante la entrega de incentivos monetarios para el uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de esos derechos básicos.

JUNTOS ofrece una transferencia de incentivo monetario (TIM) de S/. 200.00 bimestrales a hogares en situación de pobreza con gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años o terminen la secundaria (lo que ocurra antes) prioritariamente de las zonas rurales, bajo la condición de cumplimiento de compromisos adquiridos, en las áreas de salud-nutrición y educación; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad de las familias usuarias.

ABSTRACT

Anemia in our country supposes a public health problem due to its high number of cases, particularly children, who suffer from it. Many studies show its serious and perilous effects in their future, from an inadequate development of brain circuits to the capacity of a child to establish and perform a task. In recent years children's chronic malnutrition has decreased considerably but not anemia. Our country has established a goal to reduce anemia in children under the age of 06 to 36 months to 19% by the year 2021, which is immersed in the goals to be met in the bicentenary of the nation. From 2000 to 2016, anemia decreased 20% in 16 years (from 60% to 40.3%), leaving three years for compliance and an approximate 21% left to reduce. It is very important to analyze what is it that prevents, despite the actions taken by the Peruvian State, anemia from stop being considered as a public health problem. Highlighting that investment in early childhood is the most profitable social investment for the country.

Social Program *Juntos*, it is a National Program of Direct Support to the poorest population blocs - "*JUNTOS*" is a Conditional Money Transfer program, which was created in 2005 and is active in 15 departments of the country.

JUNTOS program aims to contribute to poverty reduction as well as breaking the intergenerational transmission of extreme poverty, through the delivery of monetary incentives for the use of health services - nutrition and education; under a restitution approach to those basic rights.

JUNTOS offers a monetary incentive transfer (MIT) of S /. 200.00 bimonthly to households immersed in poverty with pregnant women, children, teenagers and young adults up to 19 years of age or until they finish high school (whichever occurs first), primarily in rural areas, under the condition of fulfillment of commitments acquired in the areas of health-nutrition and education; thus promoting the principle of co-responsibility of the beneficiary families.

PALABRAS CLAVE

ANEMIA, PROGRAMA SOCIAL, POBREZA

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	15
1. Descripción del problema	15
1.1. Objetivos	18
1.1.1. Objetivo General.....	18
1.1.2. Objetivos específicos	19
1.2. Justificación e Importancia del estudio	19
1.2.1. Justificación teórica	19
1.2.2. Justificación práctica.....	19
1.2.3. Justificación social	20
1.2.4. Justificación Personal.....	20
1.3. Limitación de la investigación	20
1.3.1. Limitación económica.....	20
1.3.2. Limitación recursos.....	20
1.3.3. Limitación de tiempo	20
1.4. Delimitación.....	21
1.4.1. Temática:.....	21
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA	22
2. Antecedentes	22
2.1. Antecedentes	22
2.1.1. Locales	22
2.1.2. Antecedentes nacionales	23
2.1.3. Antecedentes internacionales.....	27
2.2. Marco conceptual	28
2.3. Marco Teórico.....	31

2.3.1. Relación del presente estudio con el MBA.....	31
2.3.2. Impacto	32
2.3.2.1. Concepto	32
2.3.2.2. Características	32
2.3.2.3. Importancia	33
2.3.2.4. Herramientas que miden el impacto social	34
2.3.3. Programa social.....	37
2.3.3.1. Historia de los programas sociales.....	39
2.3.3.2. Tipos de programas sociales en el Perú	42
2.3.3.3. Gestión de programas sociales en Latinoamérica	44
2.3.3.4. Programa Chile Puente Solidario.....	48
2.3.3.5. Gestión de programas sociales en el Perú	50
2.3.3.6. Características básicas del programa o proyecto sociales:.....	51
2.3.4. Programa Social Juntos.....	58
2.3.4.1. Programa de transferencia condicionada JUNTOS.....	58
2.3.4.2. Marco Estratégico	60
2.3.4.3. Objetivos	61
2.3.4.4. Problema Principal	62
2.3.4.5. Resultado Especifico	62
2.3.4.6. Resultado final	62
2.3.4.7. Producto principal	62
2.3.4.8. Funciones Generales	63
2.3.4.9. Intervención de Juntos.....	63
2.3.4.10. Procesos del programa	66
2.3.4.11. Lineamientos Institucionales 2018.....	68
2.3.4.12. Procesos Presupuestario:.....	69
2.3.4.13. Indicadores	70
2.3.4.14. Operacionalidad	72
2.3.4.15. Deficiencias del programa.....	73
2.3.5. Enfermedades de Salud Pública en el Perú.....	74
2.3.5.1. Concepto de salud	74
2.3.5.2. Salud Publica.....	74
2.3.5.3. Anemia	76

2.3.5.4. La anemia en el Perú	78
2.3.5.5. Anemia en Imata	85
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	88
3. Variables	88
3.1. Variable 1	88
3.1.1. Definición	88
3.2. Variable 2	88
3.3. Hipótesis.....	89
3.4. Operacionalización de variables	89
3.5. Alcance de investigación.....	91
3.6. Diseño de la investigación	91
3.7. Población y Muestra.....	91
3.7.1. Caracterización de la población	91
3.8. Técnicas e instrumentos	91
3.9. Proceso de recolección, sistematización y procesamiento de la información.....	92
3.10. Procesamiento de la Información	93
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	94
4. Resultados	94
4.1. Resultados descriptivos.....	95
4.2. Resultados de Padres de Familia.....	97
4.3. Entrevista a Gestor de Juntos	108
4.4. Entrevista de personal de salud	109
4.5. Diagnóstico del Programa JUNTOS en Imata	110
4.6. Servicio del programa JUNTOS en Imata	111
4.7. Procesos administrativos.....	112
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	121
CONCLUSIONES.....	121
RECOMENDACIONES.....	122
PROPUESTA	124
REFERENCIAS.....	131

ANEXOS.....	134
Anexo 1: Formato de encuesta.....	135
Anexo 2: Formato de entrevistas	138
Anexo 3: Campaña contra el fraude de Juntos.....	139

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Distritos de la provincia de Caylloma.....	19
Figura 2:	Distrito de San Antonio de Chuca, poblado de Imata.....	19
Figura 3:	Ejemplo del cuadro de Balance scorecard para la mejora de las capacidades de los empleados	34
Figura 4:	Ejemplo del cuadro de Balance scorecard aplicado al emprendimiento social	35
Figura 5:	Estrategias del Programa Juntos respecto a la función del Ministerio de Inclusión Social MIDIS	57
Figura 6:	Alineamiento Estratégico del resultado específico con la política nacional	58
Figura 7:	Distribución del presupuesto de acuerdo al producto y actividad del programa	59
Figura 8:	Órganos de línea; Unidad de Operaciones (UOP) y la Unidad de Cumplimiento de Corresponsabilidad (UCC).....	62
Figura 9:	Estructura de cargos de una unidad territorial	63
Figura 10:	Mapa de procesos operativos, desde la filiación hasta la graduación del beneficiario	69
Figura 11:	Prevalencia de anemia en niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil (MEF) desde el 2000 al 2010.....	77
Figura 12:	Prevalencia de anemia, desnutrición en niños menores de 5 años desde el 2000 al 2010, en el caso de desnutrición e periodo es 2007-2008.....	78
Figura 13:	Prevalencia de anemia de acuerdo a su grupo poblacional (urbano, rural) en niños menores de 5 años desde el 2000 al 2010	79
Figura 14:	Porcentaje de componentes referidos al gasto nacional que genera la anemia como problema de salud pública	81
Figura 15:	Articulación del Programa “Puente”.....	117

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (6 países).....	43
Tabla 2:	Tipificación de Proyectos Sociales	53
Tabla 3:	Tipos de Programa según entidad Titular	54
Tabla 4:	Cobertura de la población objetivo, 2015-2020.....	62
Tabla 5:	Proyección Bimestral de atención de hogares del Programa Juntos 2018.....	66
Tabla 6:	Metas físicas y presupuesto 2018 para el programa Juntos	67
Tabla 7:	Indicadores del Resultado Específico del programa Juntos 2012-2018	67
Tabla 8:	Indicadores de desempeño del programa Juntos 2018.....	68
Tabla 9:	Programa Juntos – Síntesis de la ruta crítica para la revisión y reajuste	71
Tabla 10:	Prevalencia de la anemia en los países de América Latina en el periodo 1993-2005.....	76
Tabla 11:	Niños Menores de 03 Años Atendidos en Establecimientos de Salud Año 2018.....	82
Tabla 12:	Niños Menores de 03 Años Atendidos en Establecimientos de Salud mes de Diciembre año 2018	83
Tabla 13:	Anemia en menores de 03 años en el Distrito de San Antonio de Chuca de acuerdo al INS.....	84
Tabla 14:	Anemia en menores de 03 años en el Distrito de San Antonio de Chuca de acuerdo a la GERESA	84
Tabla 15:	Niños afiliados a Juntos en el distrito de San Antonio de Chuca según EESS..	91
Tabla 16:	Niños menores de 03 años adscritos al PS Imata atendidos desde setiembre a diciembre del 2018.....	91
Tabla 17:	Niños menores de 03 años afiliados a Juntos en el distrito de San Antonio de Chuca, evaluados desde setiembre a diciembre del 2018.....	92
Tabla 18:	¿Sabe usted que es la anemia?	93
Tabla 19:	¿Un niño con anemia presenta la piel de color?	93
Tabla 20:	¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?	93

Tabla 21:	¿Cuál cree usted que es la consecuencia de anemia en su niño?	93
Tabla 22:	¿Dónde llevaría a su niño cuando esté enfermo?	94
Tabla 23:	¿Qué prueba para confirmar la anemia?	94
Tabla 25:	¿Sabe usted que alimento contiene hierro?	94
Tabla 26:	¿Su niño consume alguna vitamina que ayude en su CRED y a su vez evitar la anemia?	94
Tabla 27:	¿Sabe usted que son los multimicronutrientes y donde los puede adquirir?.....	95.
Tabla 28:	¿Su niño tiene algún pequeño malestar luego de tomar los multimicronutrientes?	95.
Tabla 29:	¿Ha seguido dándoles los multimicronutrientes a pesar del pequeño malestar?	95.
Tabla 30:	¿Cuál de las siguientes opciones sería la más óptima para contrarrestar el problema de la anemia de su niño?	95
Tabla 31:	¿Cómo prepara los micronutrientes?	96.
Tabla 32:	¿En qué destina el dinero que recibe del programa social juntos?	96.
Tabla 33:	¿Considera que hay una mejora de los hijos en las escuelas después de la afiliación a JUNTOS?	96.
Tabla 34:	¿Considera que hubo mejoría en la salud de sus hijos después de la intervención de JUNTOS?	97
Tabla 35:	¿Cuál es su opinión respecto a la exigencia de asistir al centro de salud la menos una vez al mes?	97.
Tabla 36:	¿Cuál es su opinión respecto a la exigencia de asistir para el control de peso, talla y vacunaciones para menores de 3 años?.....	98
Tabla 37:	¿Cómo calificaría la calidad de atención proporcionada cuando asiste al centro de salud de acuerdo a lo establecido por el programa JUNTOS?.....	98.
Tabla 38:	¿Cómo calificaría la calidad de atención proporcionada cuando asiste al control de peso, talla y vacunas de niños menores de 3 años?	98
Tabla 39:	¿Cómo calificaría usted el centro de salud en términos de infraestructura?.....	98.
Tabla 40:	¿Qué ha cambiado en la comunidad desde que se implementó el programa JUNTOS?	99

Tabla 41: ¿A qué instituciones corresponde el seguro que tiene?	99
Tabla 42: ¿Sabe leer y escribir?	99
Tabla 43: En su familia ¿Quiénes trabajan?.....	99
Tabla 44: ¿Cuál es su trabajo?	100
Tabla 45: ¿El jefe del hogar es?	100
Tabla 46: Nro de personas que integran la familia	101
Tabla 47: Nro de beneficiarios.....	101
Tabla 48: ¿De dónde proviene el abastecimiento de agua?	101
Tabla 49: ¿Qué hacen al agua antes de beberla?.....	101.
Tabla 50: Según la tenencia su vivienda es.....	102.
Tabla 51: Nro de habitaciones de la vivienda	102.
Tabla 52: Su gasto principal es: Salud.....	102
Tabla 53: ¿Cuál es el combustible para preparar alimentos?	102
Tabla 54: ¿Dónde almacena sus alimentos?.....	102
Tabla 55: Alimento que consume habitualmente.....	103
Tabla 56: ¿A qué programas sociales pertenece?	103.
Tabla 57: Sus ingresos monetarios son por el concepto de.....	104
Tabla 58: ¿Cuál es el monto de ingreso mensual?	104.
Tabla 59: Información Bimestral del Programa Juntos 2018- San Antonio de Chuca	107
Tabla 60: Ficha base Programa “Puente”	118

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge motivada por la identificación de la continua presencia de anemia en porcentaje elevado, en la localidad de Imata, distrito de San Antonio de Chuca, provincia de Caylloma, departamento de Arequipa, donde existe la presencia del Programa Social Juntos, que desde el 2018, una de sus acciones es la lucha contra la anemia infantil en niños menores de 3 años, al no evidenciar mejoras en la disminución de los niveles de anemia en la zona surge como objetivo, el proponer una adecuada gestión de dicho Programa.

La zona de estudio está considerada como quintil 1, zona de extrema pobreza, donde sus principales actividades son de subsistencia y escasean de alimentos ricos en hierro, además de un deficiente nivel cultural de los pobladores y una falta de responsabilidad en el cuidado de su salud.

La presente investigación está conformada por cinco capítulos detallados a continuación:

Capítulo I: Planteamiento del problema, se toca los puntos de descripción del problema, formulación de objetivos y preguntas, justificación, limitación, delimitación y viabilidad de dicha investigación.

Capítulo II: Marco de referencia e hipótesis, en este capítulo se toca puntos como antecedentes de estudio, marco conceptual, marco teórico y la hipótesis.

Capítulo III: Aspectos metodológicos, se toca los puntos de la operacionalización de variables con sus indicadores, la población y muestra, enfoque de estudio y diseño de la investigación, instrumento y proceso de recolección de datos.

Capítulo IV: Resultados, análisis de toda la data que se recolectó.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, propuesta final de la investigación seguidas de algunas aportaciones de mejora.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. Descripción del problema

Una adecuada gestión de un programa social, contribuye canalizando los recursos de los diversos sectores de la sociedad civil y el Estado, destinados a otorgar prestaciones de salud y educación orientadas a asegurar la salud preventiva materno – infantil y la escolaridad sin deserción, con la participación y compromiso voluntario de las familias beneficiadas, dándose cumplimiento a los compromisos.

Juntos nació en el 2005. En el distrito de Chuschi de la región Ayacucho, zona donde Sendero Luminoso inició sus acciones terroristas. Un total de 815 familias de 52 comunidades fueron las primeras en recibir el abono que entrega JUNTOS con la finalidad que envíen a sus hijos al colegio y los lleven a los centros de salud. Finalizando el 2005 el Programa contaba con 22,550 hogares afiliados en todo el Perú. En la actualidad JUNTOS tiene 742,096 hogares afiliados en 174 provincias, 1,325 distritos y 43,344 centros poblados a nivel nacional.

Durante estos 13 años el esfuerzo fundamental ha estado orientado a promover el acceso a los servicios de salud y educación para los niños de las zonas más pobres del país.

Fruto de este esfuerzo se han logrado cifras positivas. Se ha identificado nominalmente a 18,261 jóvenes provenientes de familias Juntos que lograron obtener una vacante en el programa beca 18. De ellos 5,652 han egresado de diversas carreras técnicas y universitarias, forjando un futuro prometedor para sus familias.

Según evaluación realizada por el MEF en el 2017, señala que JUNTOS logró disminuir la pobreza extrema en un 18.9% y reducir en 8.6% la severidad de la pobreza. Además, sostiene que gracias a JUNTOS se incrementó en 8.2% la asistencia escolar en alumnos de educación secundaria y se redujo en 8.8% la deserción escolar. (Ministerio de Economía y Finanzas, MEF, 2017, p 12)

Durante el 2018 Juntos asumió un rol protagónico en la lucha contra la anemia. Fue así que estableció un nuevo requisito para afiliarse o mantenerse en el Programa: Que las gestantes y los niños se realicen un examen de anemia. Así se logró que 89,472

gestantes, niñas y niños de 4 hasta 36 meses (de un total de 145,078) se realizaron el Tamizaje de Hemoglobina. De ellos, el 76.7% se encuentra sin anemia.

En el programa JUNTOS están comprometidos a redoblar esfuerzos para darles mayores y mejores oportunidades a los niños de las zonas más pobres del Perú.

Este Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – pertenece al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, que promueve el acceso a la salud y a la educación de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, con el objetivo de potenciar el capital humano a través de la entrega de incentivos monetarios condicionados, dentro de un enfoque de restitución de los derechos fundamentales de la persona. Informe de Evaluación. Estudio cualitativo sobre el incentivo monetario del programa JUNTOS al desarrollo de capital humano en el VRAEM. Fabiola Tatiana Yeckting y Dante Villafuerte. MIDIS. 2016. Pag. 23.

Objetivos del programa

- Lograr una eficaz gestión en los servicios del Programa Juntos con oportunidad y calidad.
- Lograr la satisfacción de las usuarias del Programa Juntos.
- Mejorar continuamente la eficacia de los procesos y las capacidades de los servidores del Programa Juntos.

Para Juntos es fundamental contar con la participación de procesos sólidos que garanticen transparencia, veracidad de la información y satisfacción de nuestras usuarias. Es por ello que el programa inició cambios sustanciales para optimizar sus procesos, en busca de obtener la certificación en su sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001.

El Programa Social JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, mediante la entrega de incentivos monetarios para el uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de esos derechos básicos. JUNTOS ofrece una transferencia de incentivo monetario (TIM) de S/. 200.00 bimestrales a hogares en

situación de pobreza con gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años o terminen la secundaria (lo que ocurra antes) prioritariamente de las zonas rurales, bajo la condición de cumplimiento de compromisos adquiridos, en las áreas de salud-nutrición y educación; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad de las familias usuarias, así como la disminución de los niveles de anemia en estas familias.

Actualmente, el Programa Juntos cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 implementado y mantenido para el siguiente alcance:

“Procesos de Verificación del cumplimiento de corresponsabilidades, liquidación y transferencia, entrega del incentivo monetario condicionado y acompañamiento familiar, que se llevan a cabo en sede central y en unidades territoriales del Programa Nacional de Apoyo Directo a Los Más Pobres – Juntos”. (Informe de Evaluación. Estudio cualitativo sobre el incentivo monetario del programa JUNTOS al desarrollo de capital humano en el VRAEM. Fabiola Tatiana Yeckting y Dante Villafuerte. MIDIS. 2016. Pág. 26).

Durante la última década, la incidencia de la anemia se redujo 8,4 puntos porcentuales (pp), y pasó de 42,5% en el 2008 a 34,1% en el 2017. Esta disminución, no obstante, tiene dos etapas diferentes.

Durante la primera etapa (2008-2011) la prevalencia de la anemia registró una notable disminución de 3,9pp cada año, y la tasa llegó a 30,7% en el 2011. Desde entonces, sin embargo, la tendencia ha sido creciente y ha aumentado a un ritmo promedio anual de 0,6 pp.

Según el tipo de anemia, del total de casos de anemia en el Perú, el 69% son leves, el 30% son moderados y apenas el 1% son severos. Durante los últimos 10 años, y a través de las dos etapas antes descritas, esta distribución se ha mantenido relativamente. Según el Ministerio de Salud (Minsa), la anemia leve está relacionada, principalmente, a la deficiencia de hierro.

Los investigadores consideramos que en el ámbito del distrito de San Antonio de Chuca y precisamente en la localidad de Imata, la presencia de elevados niveles de anemia se debería

a un factor cultural, debido a que las madres de familia no consideran relevante la ingesta de alimentos ricos en hierro, a pesar de las acciones llevadas a cabo por el gobierno, por otro lado se considera también en segundo lugar de importancia, es la poca disponibilidad de alimentos en hierro (sangrecita, hígado, etc).

Según el reporte de intervenciones del programa nacional País, y de acuerdo a la programación sostenida con el programa Juntos se realizaron el año 2018, visitas de acompañamiento familiar, con la finalidad de sensibilizar sobre la importancia de prevención de la anemia y actualización de datos a beneficiarias del programa Juntos del distrito de San Antonio de Chuca, poblado de Imata, Es así que la presente investigación pretende ahondar en dichos temas de la gestión del programa y el cumplimiento de uno de sus principales objetivos, la disminución de los niveles de anemia en este poblado en particular.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo General

Proponer una adecuada gestión en los procesos de transmisión de información del Programa Social Juntos, para mejorar las decisiones multisectoriales enfocadas en la disminución de la prevalencia de anemia en el poblado de Imata en Arequipa al 2018.

1.1.2. Objetivos específicos

- Identificar los niveles de anemia que presentan los niños beneficiarios menores de 3 años del poblado de Imata en Arequipa al 2018.
- Conocer la situación actual sobre la gestión del programa social Juntos en el poblado de Imata en Arequipa al 2018

1.2. Justificación e Importancia del estudio

1.2.1. Justificación teórica

Según el manual metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales, Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1999) “La gestión de un programa social es un proceso permanente e integral que comprende la planificación, la ejecución y la evaluación de las acciones de ese programa, destinadas a generar resultados eficaces, eficientes y de calidad que transformen las condiciones de vida de la población beneficiaria” (p. 10). Es un proceso permanente desde que se identifica el problema social hasta la evaluación de los impactos que el programa haya generado como resultados. Integra y verifica su desarrollo en base a la planificación, ejecución y evaluación de las acciones implementadas para transformar un problema social determinado.

Su finalidad es lograr resultados positivos, logrando que los programas sociales den solución eficaz a problemas sociales específicos, por lo tanto, la gestión es el proceso operativo que permite identificar, viabilizar, concretar y evaluar los resultados que transformen, efectivamente, esos problemas. (UNESCO, 1999, p.10)

1.2.2. Justificación práctica

El propósito de esta investigación es identificar el impacto que genera el programa social Juntos, respecto a la disminución de anemia en la zona de estudio, identificando los posibles inconvenientes que pueda presentar dicho programa en su gestión, y que aportes podemos brindar para su mejora.

1.2.3. Justificación social

Corroboraremos que se están cumpliendo las acciones de verificación contenidas en el programa social existiendo así una veracidad de levantamiento de datos, transferencia de información (establecimiento de salud a programa social), evaluaciones constantes (visitas efectivas del gestor local de Juntos), información nutricional verídica, satisfacción de beneficiarias y la identificación del impacto que genera el programa social respecto a la reducción de anemia en la zona de Imata.

1.2.4. Justificación Personal

Este proyecto ayudará a los tesisistas a obtener el grado de master, para luego poner en práctica los conocimientos y poder aportar en la solución a este problema de salud pública que es la anemia, específicamente en el distrito de Imata.

1.3. Limitación de la investigación

1.3.1. Limitación económica

No se han contado con limitaciones económicas puesto que los investigadores han financiado el presente trabajo de investigación

1.3.2. Limitación recursos

Se presentó la dificultad en el acceso a la información de la base de datos del Programa Social Juntos, ya que la información no se encuentra completa en la página web y al solicitarla documentariamente la brindan de manera parcial, ya que al ser menores de edad nuestra población objetivo, no se nos brindaba los datos nominales por la reserva de identidad.

1.3.3. Limitación de tiempo

Lejanía del ámbito de investigación, el desplazamiento hacia la localidad ubicado a 3 horas de nuestro lugar de residencia y con las dificultades de movilización, provocaron retraso en el desarrollo de la investigación.

1.4. Delimitación

1.4.1. Temática:

- **Campo:** Ciencias Económico Empresariales
- **Área:** Administración
- **Línea:** Gestión Pública
- **Espacial:** Distrito de San Antonio de Chuca: Imata

Distritos de la Provincia de Caylloma



Figura 1. Distritos de la provincia de Caylloma. Adaptación propia en base a la investigación realizada 2018.

Distrito de San Antonio de Chuca

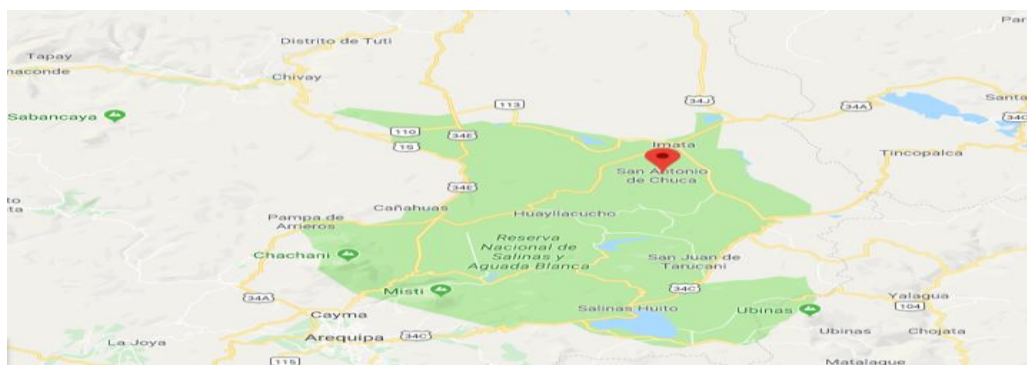


Figura 2. Distrito de San Antonio de Chuca: poblado de Imata. Adaptación propia en base a la investigación realizada 2018.

- **Temporal:** La investigación se desarrolló en un periodo de Diciembre de 2018 a Julio de 2019.

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

2. Antecedentes

2.1. Antecedentes

2.1.1. Locales

- Cussi Ana María. (2018) “Metodología y aplicación del sistema de focalización de hogares en la identificación de los beneficiarios de las políticas sociales en Arequipa 2007-2016”. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Arequipa – Perú.

Exponer las principales modificaciones metodológicas en la aplicación del sistema SISFOH en la identificación de los beneficiarios.

El diseño de investigación es descriptivo- explicativo, por el cual se detallan las características y procedimientos utilizados en el proceso evolutivo del sistema SISFOH.

No se utilizó ningún muestreo ya que, por el tipo de estudio, se analizarán todos los programas y proyectos sociales implementados en Arequipa.

En la investigación se utilizaron la revisión bibliográfica y la revisión documental y de archivos.

Instrumentos: ficha bibliográfica y las fichas textuales para registrar la información bibliográfica y documental, útiles para precisar la información sobre los diversos programas

Conclusiones

Desde el 2011, la implementación del Sistema de Focalización de Hogares, (SISFOH) ha mejorado el impacto social de los proyectos al haberse disminuido las filtraciones y la sub cobertura de los individuos y familias seleccionados como beneficiarios de estos proyectos. Metodológicamente, además, se ha ganado con diferenciar a los no pobres de los pobres y entre ellos a los de pobreza extrema. La clave de estos cambios radica en la utilización de un algoritmo que define el umbral de la línea de pobreza. Los procesos (planificación, desarrollo, registro, calificación,

seguimiento y evaluación) y funciones se han mejorado con la existencia del Sistema de Focalización de Hogares SISFOH en las 1200 Municipalidades distritales del Perú.

Importancia para nuestro estudio: La precisa identificación de quienes son beneficiarios, mejora el desarrollo en este caso del programa JUNTOS, ayudando a identificar con exactitud quienes cumplen con el perfil para ser beneficiarios.

2.1.2. Antecedentes nacionales

- Alcázar Lorena. (2009)-. “El Gasto Público social frente a la infancia Análisis del programa JUNTOS y de la oferta y la demanda de servicios asociadas a sus condiciones”. GRADE, Grupo de Análisis para el Desarrollo. Lima-Perú.

El presente estudio busca contribuir con la literatura sobre los Programas de Transferencia Condicionada de Dinero y del programa JUNTOS en particular, realizando una investigación sobre cambios en el estado de oferta y demanda asociadas a las condiciones del programa. Ello se realiza sobre la base de dos estudios de caso: uno de ellos en un distrito intervenido por el programa y el otro en un distrito similar aún no intervenido.

Así, se recogió información cuantitativa y cualitativa principalmente a través de entrevistas y encuestas a una muestra de beneficiarias de Juntos y representantes de establecimientos de salud e instituciones educativas en los dos distritos estudiados. Con dicha información se ha comparado y analizado las percepciones de los usuarios acerca de los eventuales cambios de los servicios de salud y educación asociada a las condiciones del programa JUNTOS, tratando de identificar si estos pueden ser atribuidos al programa.

El estudio se realizó instituciones educativas y centros de salud de Vinchos

(Ayacucho) y Santo Toribio aún no inmerso en el programa (Ancash). El trabajo de campo incluye el recojo de información cuantitativa y cualitativa mediante la aplicación de encuestas a una muestra de madres (beneficiarias en el distrito intervenido por JUNTOS), así como de entrevistas a los proveedores de

servicios, que incluye Establecimientos de Salud (EESS) e Instituciones Educativas (IIEE) primarias.

Conclusiones

Entre los principales resultados del estudio cabe destacar que la oferta en el distrito beneficiado ha mejorado en algunos aspectos, pero sobretodo en las Instituciones Educativas (IIEE) y Establecimientos de Salud (EESS) menos alejados del distrito. Algunas de estas mejoras parecen estar relacionadas a las transferencias que JUNTOS otorgó, pero otras parecen ser producto de la propia presión de la mayor demanda del programa (por ejemplo, en el caso de aumentos de trabajo y de calidad de atención por parte del personal de los EESS). En todo caso, lo más importante es que la magnitud del aumento de los recursos y de las mejoras han sido claramente insuficientes, por lo que, si no se corrige este problema, pronto se pondría en peligro el cumplimiento de los objetivos del programa.

Importancia para nuestro estudio: Brinda una guía acerca de nudos críticos hallados en el programa JUNTOS, los cuales indagaremos respecto a la coincidencia con nuestros posibles hallazgos.

- Bernardo Jessica (2014). "Efecto en la sostenibilidad social en las beneficiarias del distrito de San José de Quero 2010-2011" Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo Perú.

Conocer y explicar qué factores intervienen en la limitada sostenibilidad social de las beneficiarias del Programa JUNTOS en el Distrito de San José De Quero.

La muestra fue NO PROBABILÍSTICA, la selección de la unidad de análisis fue dirigida a juicio del investigador. Por lo que se seleccionó a 03 funcionarios de la región Junín se toma a (01 Gestor social del programa a cargo del distrito, 01 coordinador técnico zonal de la región Junín, 01 responsable de transparencia del Programa Juntos) y 30 beneficiarias del Programa JUNTOS del distrito de San José de Quero, ellos fueron casos típicos para la investigación y posterior análisis del comportamiento y actitud desde una perspectiva fenomenológica en el Distrito de San José de Quero, Provincia de Concepción, Región Junín. Las técnicas empleadas

durante el proceso de investigación fueron: encuestas, entrevistas a profundidad, Análisis Documental – Fichas de Análisis de Contenido.

Análisis: Estadístico e interpretacional, estadígrafos dependiendo de los tipos de variables. Programas estadísticos de apoyo: Programa SPSS v.

Conclusiones: El programa JUNTOS ha logrado reducir la pobreza de acuerdo a sus indicadores y cifras estadísticas, pero no ha permitido la inclusión social en el ámbito económico de las beneficiarias del distrito de San José de Quero.

Las sostenibilidades sociales de las beneficiarias del programa Juntos están directamente relacionadas con su capacidad de emprendimiento.

Importancia en nuestro estudio: Permitirá comparar los resultados de ambos estudios y así poder definir coincidencias y divergencias en aras de una mayor precisión de nuestras conclusiones.

- Arroyo, Juan. (2010). *“Estudio cualitativo de los efectos del Programa JUNTOS en los cambios de comportamiento de los hogares beneficiarios en el distrito de Chuschi*: Presidencia del Consejo de Ministros. Ayacucho Perú.

El Estudio es una sistematización de logros, que integra la metodología de los estudios ex ante/ ex post, esto es, los estudios comparativos de la situación inicial con la situación actual, a varios años de intervención del Programa JUNTOS, con las percepciones de logros y aprendizajes de los involucrados.

Conclusiones

El Programa JUNTOS es considerado por los beneficiarios como soporte central para lograr un cambio en la vida de ellos y sus familias.

La evidencia encontrada sugiere un incremento en el gasto familiar que sobrepasa la cifra de la transferencia. La gran mayoría de este gasto parece destinarse al consumo de alimentos con mayor contenido proteico. Hay familias que utilizan parte del dinero de las transferencias para el ahorro. Importancia para nuestro estudio: Las conclusiones obtenidas brindan pautas respecto a la

direccionalidad de nuestro estudio, como incidir en nichos de información que nos permitan conclusiones certeras y valederas. (Arroyo, 2010)

- Mora Ruiz (2017). “El impacto de los programas sociales focalizados sobre el bienestar económico subjetivo de los hogares rurales en el Perú – 2012-2015”. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ ESCUELA DE POSGRADO. Lima

“Los programas sociales focalizados tienen un impacto positivo sobre el bienestar económico subjetivo de las poblaciones rurales más pobres”

Para llevar a cabo el análisis empírico en esta investigación se recurrirá a dos principales fuentes de datos. La primera la *Encuesta Nacional de Hogares* (ENAHO) anual, en particular para el período 2008-2015. La segunda fuente de datos, es el registro de usuarios de programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) implementado por su Dirección de Seguimiento y Evaluación.

Se ha considerado conveniente hacer uso de una novedosa metodología denominada “*Entropy Balancing*” propuesta por Jens Hainmueller (2012), la cual realiza un preprocesamiento de los datos disponibles con el objetivo de alcanzar balance en los valores.

Haciendo uso de los datos de la Encuesta Nacional de Hogares y de diversas estrategias de identificación, se encontró que la probabilidad de percibir tener un buen nivel de vida, y de tener mayor capacidad de ahorro, se incrementa para los hogares rurales usuarios de programas sociales de transferencias monetarias (Juntos y Pensión 65), en comparación de los hogares rurales no usuarios de estos programas. Dicho efecto positivo es de una mayor magnitud para los usuarios de Pensión 65 quienes se han encontrado históricamente excluidos, y este beneficio representa un cambio importante en sus vidas desde su propia percepción.

Permite tener en cuenta que los indicadores que suelen utilizarse para medir el bienestar de la población a nivel agregado (tales como el crecimiento económico, la tasa de pobreza, el comportamiento del consumo, entre otros) suelen mostrar panoramas alentadores que no necesariamente son percibidos de ese modo por la

población, pues existe otra serie de demandas que estarían siendo dejadas de lado por los hacedores de política al basar su decisión solamente en indicadores macro que esconden otros problemas o descontentos sociales. (Mora, 2017)

2.1.3. Antecedentes internacionales

- Oleksiy Ivaschenko, Claudia P. Rodríguez Alas, Marina Novikova, Carolina Romero, Thomas Bowen, Linghui (Jude) Zhu (2018). “*State of Social Safety Nets 2018*” (Estado de las redes de protección social 2018). International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington USA.

Proporciona una evaluación comparativa de países, regiones y la posición mundial en términos de gasto de las Redes de Protección Social, mediante indicadores clave de desempeño, cobertura, incidencia de beneficiarios, nivel de beneficios e impactos en la reducción de la pobreza y la desigualdad.

Este estudio mundial utilizó la base de datos ASPIRE.

Conclusiones:

Principalmente mostrar el desempeño de las Redes de protección social en el mundo.

Importancia para nuestro estudio: Brindarnos conocimiento respecto al desempeño de los diferentes países en cuanto a redes protección social, lo que permitiría mediante el Benchmarking considerar las mejores experiencias y poder previa adecuación a la situación presentada en nuestro país, ser planteadas como sugerencias. (Ivaschenko, Rodriguez, Novikova, Romero, Bowen y Zhu, 2018)

- Eddy García Serrano (2016) “Universidad Internacional de Andalucía. Costa Rica

Diseñar un modelo de evaluación de impacto del Programa CEN-CINAI orientado a los clientes y beneficiarias de los servicios, para el periodo 2013-2015.

El objeto de estudio de esta investigación responde al Programa CEN-CINAI, el cual tiene más de 50 años de existencia y se centra en ofrecer servicios de atención integral a la población materno-infantil, en condición de pobreza, de riesgo de salud,

nutrición y social. Es ejecutado por la Dirección Nacional de Centros de Educación y Nutrición y Centros de Nutrición y Atención Integral (DN CEN-CINAI).

Las técnicas e instrumentos utilizados: Revisión bibliográfica y análisis documental, entrevistas, grupos focales, encuestas, observación,

Disponer de información para la medición de los impactos en las intervenciones públicas, es una práctica poco difundida en la realidad institucional del sector público costarricense, siendo una de las razones –según esta investigación- que Costa Rica tiene una cultura de productos, básicamente lo que se registran son productos, pero no resultados.

En esta línea los aportes de esta investigación evaluativa tratar de arrojar luz sobre lo que en la literatura especializada se denomina “la caja negra de los programas”, y se han tomado como referentes tanto para la selección de las variables sobre las que opera la desigualdad.

Importancia para nuestro estudio: Conocer estudios de evaluación de intervenciones públicas latinoamericanas, donde se evidencien anomalías propias de diseño o de operatividad, es importante para poder fortalecer nuestro conocimiento, permitiendo discernir adecuadamente frente a los hallazgos de nuestro estudio y con el conocimiento adquirido brindar conclusiones pertinentes.

2.2. Marco conceptual

- **Gestión:**

“Acción y efecto de gestionar.” (Real Academia Española, RAE, 2019, párr. 1)
“Acción y efecto de administrar” (RAE, 2019, párr. 2)

- **Gestión Pública:**

“Es el conjunto de acciones mediante las cuales las entidades tienden al logro de sus fines, objetivos y metas, los que están enmarcados por las políticas gubernamentales”. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Glosario Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2021. CEPLAN, 2014, p.25)

- **Programa social:**

“Los programas sociales son instrumentos que ponen en práctica la política social con el objetivo de aliviar la pobreza y extrema pobreza en un primer momento, así como superarla definitivamente posteriormente”. (Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral - IDEA Internacional, 2009, p.114)

- **Cohesión social:**

“Refiere a los mecanismos instituidos de inclusión y exclusión en la sociedad así también a cómo estos influyen y moldean las percepciones y conductas de los individuos ante una sociedad o comunidad en particular”. Comisión Económica para América Latina (Cohesión Social Inclusión y Sentido de Pertenencia en América Latina y el Caribe. CEPAL, 2007, p.11)

- **Evaluación socioeconómica:**

“El nivel socio económico (NSE) es una forma de caracterizar estructuralmente los mercados de productos y servicios en una sociedad; es decir un intento clasificatorio de la población según sus posibilidades de acceso a los mismos”. (Universidad Nacional del Nordeste, UNNE, 2010, p. 3)

- **Gestión por procesos:**

Es una forma de gestionar toda la organización basándose en los procesos, entendiendo estos como una secuencia de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para conseguir un resultado. En la gestión por procesos lo que tiene importancia es el proceso en su conjunto, no sus partes por separado. (Aragon, 2019, párr. 6)

- **Gestión social:**

La gestión social se ha referido típicamente a la gestión de organizaciones públicas dedicadas a implementar los programas sociales del Estado —lo que suele llamarse «gerencia social»— o a la gestión de organizaciones sin fines de lucro. En estos casos, hablamos de organizaciones con fines sociales. (Gestión Social: estrategia y creación de valor social. Beaumont, 2016, p.7).

- **Programas de transferencias condicionadas:**

Estos programas buscan transformar y detener la transmisión intergeneracional de la pobreza mediante el desarrollo de las capacidades humanas en las familias más vulnerables con la entrega de transferencias monetarias directas y establecen condicionalidades. De esta forma, los programas no solo contribuirían a la reducción contingente de la pobreza, sino también a la formación de capacidades humanas. (Programa de Transferencias Condicionadas, Madariaga, 2011, p.179).

- **Gasto Social:**

Consideran el gasto social como un indicador de política social que intenta medir aquellos recursos no recuperables que son canalizados hacia actividades relacionadas con el suministro de servicios básicos a la población; estas actividades tienen incidencia en el corto y largo plazo sobre la situación socio-económica de ésta. Además, tienen un carácter compensatorio de los ingresos y programas de ayuda a grupos vulnerables de la población. (El Gasto Público Social en el Perú. Enero 2005, p.8).

- **Sistema de focalización de hogares (SISFOH):**

Administra la información del Padrón General de Hogares (PGH). Este padrón contiene información socioeconómica de los ciudadanos para que los programas sociales y subsidios del Estado identifiquen qué personas que son parte de grupos poblacionales priorizados y que podrán acceder a estos beneficios estatales. (Gob.pe, 2019, párr 1)

- **Anemia:**

“La anemia se define como la disminución de la hemoglobina en los glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre, en relación con un valor establecido como adecuado por la Organización Mundial de la Salud según edad y sexo”. (Tuero, 2009, p.6)

- **Hemoglobina:**

“Es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y contiene hierro en su estructura, lo que da el color rojo característico de la sangre, cuya principal función es transportar el oxígeno a todas las partes del organismo para un adecuado funcionamiento de este”. (Tuero, 2009, p.6)

2.3. Marco Teórico

2.3.1. Relación del presente estudio con el MBA

“Basados en el estudio ¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso” realizado por Xavier Ballart, Phd, en Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Se identifica que una política o programa puede abarcar un conjunto de cuestiones diversas en función de los propósitos o razones por los que se decida llevar a cabo. Igualmente hemos indicado dos propósitos o razones principales por las que en general se decide evaluar una política o un programa: de una parte, obtener información sobre un programa, de forma progresiva durante su desarrollo, con el objeto de determinar las modificaciones programáticas que precisa: y de otra parte, proporcionar la información necesaria para poder hacer una valoración global sobre los resultados de una política o programa y sobre su utilidad. (Ballart, 2008, p. 9)

Los autores del presente estudio coincidimos en la necesidad valiosa de evaluar el impacto de los programas sociales, mecanismo imprescindible a fin de valorar si los fondos públicos utilizados logran la mejora de las condiciones de vida de la población objetivo. Esta acción permite realizar mejoras en la gestión del programa social en caso de ser necesario.

Así, como cita Ballart (2008) cabría esperar que una evaluación formativa fuera seguida de cambios en el personal, en las actividades, la organización o incluso en el diseño de un programa.

Mientras que la información proporcionada por una evaluación de resultados finales tendría que servir de ayuda a los órganos político-administrativos de los que depende un programa para decidir sobre su continuidad o suspensión, sobre su generalización o su reducción. El principal propósito de la evaluación es por tanto producir información que tenga alguna relevancia para aquellas personas que encargan la evaluación y que se entiende han de tomar algunas decisiones en relación con la política o programa evaluado. (Ballart, 2008, p. 9)

Es importante que los decisores, consideren la continuidad o no de un programa social de acuerdo a los resultados de las evaluaciones, impedir el sesgo político en tal decisión permite considerar técnicamente la continuidad o no del programa.

2.3.2. Impacto

2.3.2.1. Concepto

El término impacto, de acuerdo con La Real Academia Española (RAE), es “el efecto producido en la opinión pública por un acontecimiento, una disposición de la autoridad, una noticia, una catástrofe, etc.” (RAE, 2019, párr.5)

Según Sophie Robin, socióloga de la Universidad de Cataluña. El impacto se entiende como “el cambio –positivo o negativo– que resulta de la puesta en marcha de un conjunto de servicios o actividades en un determinado contexto social y ambiental”. (Robin, 2012, p. 5) generalmente, se mide en el largo plazo.

2.3.2.2. Características

Los efectos de una intervención planteada sobre una comunidad en general se considera una de las características más representativas del impacto. Como resultado de un impacto se debe evidenciar un cambio en el proceso con el consecuente producto diferenciado. Este impacto debe mostrarse como un diferencia en los procesos y no en los recursos humano.

Según Bonilla el impacto de un proyecto o programa social es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios). A diferencia de otros expertos, Bonilla enfatiza solamente la información cuantitativa, sin considerar los cambios cualitativos que también pueden indicar la existencia de impactos.

“Cuando nos referimos a impacto de la superación o capacitación, debe considerarse la existencia, entre otros, de los rasgos siguientes: expresa una relación causa-efecto entre la(s) acción(es) de superación y el comportamiento en el desempeño profesional de los participantes en ellas (y) los resultados organizacionales los cambios tienen carácter duradero y son significativos.

Por impacto se entienden los resultados diferidos de los programas de superación”.
(Bonilla, 2007, parr 5)

En consecuencia, en el Perú cada programa social consideramos, debe buscar un impacto duradero y sostenible en los cambios objetivo del mismo. En el caso de la anemia, dada la importancia de su presencia en la niñez peruana respecto a sus efectos irreversibles en el desarrollo cognitivo, el impacto a buscarse es ineludible la erradicación de la misma por un mejor futuro para nuestra población más joven.

2.3.2.3. Importancia

Según Fernández (2012), la evaluación del impacto social es una de las herramientas más importantes para diseñar estrategias de desarrollo y como tal, tanto empresas como organizaciones del tercer sector la han ido adoptando progresivamente a lo largo del tiempo. Esta herramienta sirve para ayudar a empresas sociales, beneficiarios y coordinadores de programas de RSE en la toma de decisiones (inversión, apoyo, estrategia, optimización) y en algunos casos ya se considera como indispensable. Esto no sorprende, si consideramos que frente a una realidad compleja se requiere de un cierto rigor y pragmatismo necesario para entender que la dimensión económica es un medio y no un fin, y por ende, los factores que la influyen son mucho más disímiles y complejo. (Fernandez, 2012, párr. 1).

Por añadidura a lo escrito líneas arriba, en la coyuntura actual del Perú, muchos conflictos sociales han surgido por falta o inadecuadas mediciones del impacto social que han

llevado a inadecuadas decisiones. Es conveniente que los programas sociales dada su importancia, esta práctica sea indispensable en el desarrollo del mismo.

2.3.2.4. Herramientas que miden el impacto social

Medir el impacto significa evaluar si se va en la dirección correcta o hasta qué punto se avanza en el camino que se ha trazado. La medición de impacto se traduce en producir indicadores o medidas de productos y procesos intermedios y finales, que permitan medir dónde estamos en cada momento y comparar esas mediciones con los objetivos marcados para reconfirmar el rumbo emprendido o rectificarlo si fuese necesario.

Para medir el impacto social, es necesario entender en profundidad el (los) problema(s) que un emprendimiento pretende resolver, la forma como pretende resolverlos, las hipótesis subyacentes al modelo y los resultados esperados de esa acción. Ello configura la teoría del cambio de un emprendimiento social. La teoría del cambio identifica el alcance y el límite del cambio social que propone lograr el emprendedor con su emprendimiento.

Medir el impacto significa utilizar métricas para poner un valor a lo que un emprendimiento social está alcanzando en función de los objetivos que se ha planteado. Para poder medir el impacto, es esencial identificar con exactitud sus objetivos y establecer indicadores que permitan a los colaboradores y ejecutivos del emprendimiento establecer el grado de avance conseguido en la consecución de este objetivo.

Así tenemos que las métricas de medición del valor social han proliferado en los últimos 40 años, resultando en más de un centenar de métodos que compiten unos con otros. (Mulgan, 2010, párr. 1).

Debemos destacar reiteradamente la importancia de la medición del impacto, orientado a dirigir el desarrollo del programa social de acuerdo los objetivos planteados de inicio, ello pasa por la elección de la herramienta adecuada.

Métodos más relacionados con el universo del emprendimiento social:

El cuadro de mando integral aplicado al emprendimiento social: un instrumento de gestión estratégica

En 1996, Kaplan y Norton introdujeron el cuadro de mando integral (o en inglés el *balanced scorecard* o BSC) como instrumento de apoyo a la gestión estratégica de la organización. El principal argumento que dio lugar a la propuesta innovadora de Kaplan y Norton es que los decisores en una empresa suelen guiarse por indicadores financieros, pero que estos no proveen suficiente información sobre cómo la empresa está avanzando hacia sus objetivos estratégicos.

Faltaba relacionar los objetivos financieros con los no financieros, es decir, las diferentes áreas de la empresa; entre ellas, para dar al decisor una imagen más completa de lo que pasa en la empresa, con indicadores específicos a cada área, pero interrelacionados de forma lógica entre ellos.

Las cuatro áreas incluidas en el cuadro de mando integral son: finanzas, consumidores, procesos internos y aprendizaje y crecimiento. Para cada una se determinan objetivos que, supuestamente, tendrán una influencia positiva sobre el desempeño de las demás áreas. El ejemplo de conexión entre estas áreas es el siguiente: si mejoramos la capacidad de los empleados de trabajar con el producto/servicio (aprendizaje y crecimiento), entonces tendrán más conocimiento sobre los productos/servicios que se venden (procesos internos), y mejorarán la eficiencia en el proceso de ventas (consumidores), lo que a su vez tendrá repercusiones positivas en el margen que se produce por producto/servicio vendido (finanzas).

Ejemplo de balanced scorecard

Perspectiva	Relación causa - efecto	Objetivos de largo plazo	Indicadores	Objetivos de corto plazo	Acciones
Financiero		Crecimiento sostenible del negocio	a. Ventas comparadas (año anterior) b. Resultados de operaciones	a. Incremento del 20% b. Incremento 15%	Estrategia financiera
Consumidor		Asegurar la calidad del producto y la satisfacción del consumidor (plazos entrega, etc.)	a. Tasa de devolución b. fidelidad del consumidor	a. Disminución devoluciones en 30% b. 80% de consumidores fidelizados	a. Programa de gestión de calidad b. Operaciones fidelidad consumidor
Procesos internos		Mejorar la calidad del servicio en línea	a. Rapidez de procesamiento de pedidos en línea b. Disponibilidad de productos en red de proveedores.	a. Mejora del 20% comparado año anterior b. Garantía de disponibilidad inmediata para 70% productos	a. Plan de gestión informática b. Estrategia relación con proveedores
Aprendizaje y crecimiento		Formar al equipo de trabajo	Planes especializados de mejora de competencias estratégicas en negocios en línea	Mejora uso de competencias estratégicas del 50% de los empleados	Plano de mejora de competencias estratégicas

Figura 3: Ejemplo del cuadro de balance scorecard para la mejora de las capacidades de los empleados
Adaptado de "Herramientas de medición del Impacto Social" por S. Robin, 2012, p.37

El cuadro de mando produce así un “mapa estratégico”, es decir, una hoja resumen del avance de los objetivos para el conjunto de las áreas, que sirve de base a la toma de decisiones estratégicas de los gestores de la empresa. Sirve más como un guión interno que como instrumento de rendición de cuenta para fuera (para rendición de cuenta externa, sirven más instrumentos de *audit social* y *reporting*, o el SROI).

El BSC aplicado al emprendimiento social:

Es muy similar, pero integra tres cambios de enfoque importantes:

- Los objetivos sociales se priorizan sobre los demás y por lo tanto, transforman los objetivos financieros en condicionantes, lo que no acontece con los demás modelos.
- La perspectiva financiera ya no se plantea en términos de objetivos financieros puros, sino en términos de sostenibilidad financiera.
- La perspectiva de los consumidores se amplía, para incluir a un grupo más grande de *stakeholders* (consumidores, usuarios del servicio social, empleados, socios estratégicos, etc.).

Ejemplo de balanced scorecard social

Perspectiva	Relación causa - efecto	Objetivos de largo plazo	Indicadores	Objetivos de corto plazo	Acciones
Impacto social	1. Mejora de los niveles educativos de los jóvenes provenientes de familias de bajos ingresos en EE.UU.		a. Aumento de las competencias escolares (mejora general de las notas del grupo participante).		
Sostenibilidad financiera	Aumentar cantidad subsidios	Crecimiento de los fondos financieros	a. Subsidios obtenidos comparados (año anterior).	a. Incremento del 40%	Estrategia financiera
Stakeholder 1: Usuario	Calidad de la interacción	Asegurar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario	a. Satisfacción del usuario en relación a las sesiones b. Nivel de progreso del usuario por sesión	a. Frecuencia de al menos 80% de sesiones previstas b. 80% de usuarios muestran mejoras de competencias	a. Metodología de acompañamiento o de las sesiones
Procesos internos	Planificación de las sesiones de apoyo	Mejorar la calidad del sistema de apoyo	a. Actualización regular y accesible para todos de información sobre sesiones de apoyo a instrumentos de monitorización disponibles para todos	a y b. 100% Stakeholder acceden a la información	a. y b. Sistema de gestión de recursos compartidos
Aprendizaje y crecimiento	Formación de voluntarios en relación con jóvenes	Formar al equipo de trabajo sobre relaciones y contenidos a trabajar	Planes especializados de desarrollo de competencias estratégicas	Uso comprobado de técnicas de relacionamiento y metodologías RD por al menos 50% de voluntarios	Plano de gestión del voluntariado

Figura 4: Ejemplo del cuadro de balance scorecard aplicado al emprendimiento social. Adaptado de "Herramientas de medición del Impacto Social" por S. Robin, 2012, p.38

El cuadro de mando integral aplicado a los emprendimientos sociales es más complejo que el cuadro inicial, pues refleja la naturaleza híbrida de estas organizaciones, que necesitan de sistemas de gestión más complejos (Robin, 2012, p. 33;37;39).

La utilización de un instrumento de gestión estratégica adecuado que no solo implique la parte financiera sino además el componente social es de suma importancia para determinar el impacto real de un emprendimiento en función de los objetivos de se han establecido.

2.3.3. Programa social

Partiendo del ya conocido problema de pobreza que afronta nuestro país, se considera grave, ya que afecta a un amplio sector de la población, además de tener consecuencias económicas, políticas y sociales. La pobreza impacta en la vida de las personas limitando sus capacidades, sus oportunidades y el goce de derechos básicos que le son propios de la condición humana. Conduce a la desintegración social y, en consecuencia, pone en riesgo la propia estabilidad de un país. Si bien la aplicación de políticas de crecimiento y distribución adecuadas contribuye a mejorar las condiciones

de vida de la sociedad en general, existen amplios sectores de la población que requieren especial atención mientras dichos procesos se consolidan. En tal sentido, le compete al Estado el diseño, implementación y ejecución de políticas sociales cuyos lineamientos estratégicos y de planificación contemplen mecanismos más adecuados para revertir los índices de pobreza en el país. “Los programas sociales constituyen la instrumentación y operacionalización sistemática de dichas estrategias interviniendo en los sectores de mayor vulnerabilidad con la finalidad de asegurar una distribución más equitativa de los recursos económicos mediante acciones que tengan impacto sobre la calidad de vida de la población”. (A.Perea, 2008, p. 1)

Por añadidura, es correcto afirmar que los programas sociales han contribuido al descenso de la pobreza en el Perú. Lo cual no representa que debe buscarse una mejora continua de los mismos en búsqueda de la eficiencia y eficacia adecuada. El gasto público debe invertirse con la mejor eficiencia posible como un mecanismo de inversión en el futuro del país, para lograr el desarrollo sin inequidades y con las mismas oportunidades para todos los peruanos.

2.3.3.1. Historia de los programas sociales

- En Latinoamérica

Según el grupo de análisis para el desarrollo GRADE, en su estudio: “Una mirada a los programas sociales”

Durante los noventa, las políticas de liberalización de mercados se implementaron en la mayoría de economías latinoamericanas, con la idea de que el crecimiento económico y la reducción de la pobreza van de la mano: el popular “chorreo”. No obstante, la estabilidad macroeconómica no se tradujo necesariamente en mejor calidad de vida para todos los ciudadanos, y fuertes cuestionamientos hicieron repensar las políticas sociales en América Latina.

Reducir la pobreza se transformó, así, en un objetivo cada vez más urgente, política y socialmente. Brasil, por ejemplo, implementó el programa Hambre Cero, con el fin de proveer de alimentos y servicios básicos, así como hacer transferencias a grupos por debajo de la línea de pobreza. Aquí se encontró que no basta con lograr que las familias superen la línea de pobreza, sino que también se debe asegurar que no caigan por debajo de la línea en el tiempo.

Por su parte, la política social mexicana, luego de la liberalización de su economía durante los ochenta, pasó de tener un corte socialdemócrata, limitado a lo urbano, a construir una protección social basada en la focalización, el asistencialismo y la participación del sector privado. Aquí se destaca el éxito del programa Oportunidades (inspiración del programa Juntos en el Perú) dadas sus acciones específicas en educación, salud y alimentación para apoyar a las familias en extrema pobreza. A pesar de ello, para la investigadora Berenice Ramírez, las características más saltantes de la política social mexicana terminaron siendo la centralidad en la toma de decisiones, la creación de instituciones dispersas y sin visión, y la utilización del gasto social según criterios políticos. Así, esta crítica se vuelve recurrente para el resto de políticas sociales implementadas en América Latina. (Macera, 2011, párr.1,2,3).

Prueba de ello el Perú tomo como ejemplo e implementó programas que buscaron mejorar la calidad de vida de las familias más pobres del país. Al respecto, en el artículo sobre las “Políticas y programas sociales en el Perú entre 1999 y el 2009”, del

investigador Enrique Vásquez, de la Universidad del Pacífico indica que los administradores de estos programas se concentraron en acciones de corto plazo postergando las de largo plazo: “Las necesidades de llevar alimentos, vestido, calzado y otros eran más importantes que generar oportunidades sostenibles de salida de la pobreza para quienes no se beneficiaban del modelo de economía de mercado”. (Vasquez, 2010, p.32)

Es necesario incidir que sin una adecuada planificación que busque lograr la visión de cada programa social, implica un trabajo a largo plazo que busque sobretodo la sostenibilidad de los beneficiarios recuperados, en el caso del programa JUNTOS de los afiliados que logran salir de la pobreza que no vuelvan a ella.

- En el Perú

En la década de los noventas las políticas sociales se orientaron a atender las necesidades inmediatas en salud, educación y alimentación de los grupos más afectados por las medidas de ajuste económico aplicadas por el Gobierno. Sin embargo, la implementación de los programas sociales se realizó de manera aislada y sin una función a objetivos comunes y complementarios. De esta manera los esfuerzos del estado no contribuyeron a reducir los indicadores de pobreza. A partir del año 2003 el proceso de descentralización propició la transferencia de competencias y recursos hacia los Gobiernos Regionales y Locales, siendo uno de los primeros pasos la transferencia de los programas sociales. De manera paralela se dio inicio a la fusión de los programas con la finalidad de promover su eficiencia a través de un sistema articulado que contemple todas las acciones relacionadas con la ejecución de los mismos.

“La política populista instalada por el gobierno a mediados de los ochenta, donde se recuerda la hiperinflación genero deterioro en el gasto social situación que comprometió el objetivo de dicho gasto, en una situación de crisis económica”, como indica Perea y Hemilice (2006), en su estudio sobre “Los programas sociales en el Perú 1990-2007”.

Entre las políticas sociales dirigidas a la reducción de la desigualdad, se estableció el control de precios básicos y programas específicos como el Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (PAIT), programas de alimentación como el Programa Municipal

del Vaso de Leche, el Programa de Salud Alimentaria (PRESA) y programas de crédito rural. No obstante, la primera de estas medidas trajo como consecuencia los desequilibrios en precios, afectando no sólo al sector menos beneficiado, también se vieron perjudicadas las relaciones con el mercado internacional. El nuevo Gobierno instaurado en 1990 hereda una economía deteriorada y una situación político-social muy precaria, por lo que se optó por el establecimiento de un paquete de reformas estructurales que tuvieron como finalidad el afianzamiento de la economía y su sostenibilidad a largo plazo. Así, la década de los noventa se inicia con una política social que pasó de un enfoque de emergencia a uno destinado a concentrar los esfuerzos para erradicar la pobreza extrema. Los programas sociales aplicados durante este periodo pueden ser clasificados en los que buscan la superación de la pobreza, que son de mediano y largo plazo y se orientan más a la creación de capital humano y los que buscan el alivio de la pobreza que son de carácter temporal y pretenden aminorar los costos de ajuste y necesidades más urgentes de los grupos más pobres. (p.3)

A partir de entonces, a mediados de 1990, se creó el Programa de Emergencia Social (PES) cuya función era proteger a las poblaciones más vulnerables a través de programas de orden alimentaria y salud, pero por un mal manejo logístico y restricciones fiscales este fracaso, a lo que dio origen al Sistema Nacional de Desarrollo y Compensación Social (SNDCS) que contempló funciones semejantes y los mismos problemas y resultados que el PES. En agosto de 1991, como reemplazo del SNDCS, se creó el Fondo de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), basado en la experiencia boliviana de fondo de inversión social, cuyo fin era el de financiar proyectos de infraestructura, apoyo social y desarrollo productivo. Un año después, se creó el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), con el objeto de otorgar apoyo alimentario en zonas rurales y urbanas marginales. Ambos constituyeron los programas sociales más importantes de esa década. En 1992 se decidió reorganizar institucionalmente los programas de lucha contra la pobreza. Se reactivó el Ministerio de la Presidencia con el propósito de concentrar la gestión de diversos programas, entretanto, el FONCODES y el PRONAA fueron adscritos a dicho ministerio, mientras que otros como el Instituto Nacional de Infraestructura Educativa y de Salud (INFES) o el Fondo Nacional de Vivienda (FONAVI) fueron transferidos desde otros ministerios.

Según sostiene Du Bois (2004), “la reactivación de este ministerio, si bien posibilitó al Gobierno un manejo flexible del gasto social, situaciones como la desarticulación y superposición de los programas sociales no pudieron ser superados debido a la inexistencia de una estrategia integral de lucha contra la pobreza”. (p.15)

Al año siguiente se intentó corregir esta situación mediante la elaboración del documento Lineamientos de la Política Social en el que se reconocía que el apoyo a los grupos más vulnerables debía contemplar dos características fundamentales como: la focalización y la participación activa de la población beneficiaria en la implementación de los programas.

En 1994 se creó el Programa de Focalización del Gasto Social Básico, cuya preocupación era la de mejorar la calidad del gasto nutricional, de salud, educación y justicia. Posteriormente, en 1996, el Gobierno centró su estrategia en la erradicación de la pobreza extrema teniendo como objetivo, reducir a la mitad el número de pobres extremos para fines de la década. Para tal fin, el Gobierno diseñó un instrumento de focalización geográfica para la inversión en infraestructura denominado Mapa de Pobreza Distrital, a través del cual el Ministerio de la Presidencia por medio de FONCODES, prosiguió con la ampliación de la infraestructura económica y social, donde la participación comunal, representada por los denominados Núcleos Ejecutores, se encargaba de proponer y ejecutar un determinado proyecto priorizado previamente por la respectiva comunidad. Durante la recesión económica de 1999, se elaboró una lista de programas sociales a los que no se les podía aplicar el recorte presupuestal establecido y evitar que su implementación se vea perjudicada. A este grupo de programas se les denominó Programas Sociales Protegidos (PSP), sin embargo, según afirma Du Bois (2004) en su estudio “Un balance de las políticas sociales” no se establecieron los mecanismos adecuados que garantizaran dicha protección presupuestaria. (A.Perea, 2008, p. 1;2;3;4)

Análogamente en nuestra opinión la fragmentación de programas sociales persiste actualmente, los mismos no comparten información y se superponen en la búsqueda de información, focalización y gestiones en la población objetivo.

2.3.3.2. Tipos de programas sociales en el Perú

En el Perú, existen varios tipos de programas sociales, así tenemos:

Transferencias Monetarias Condicionadas: como mecanismos de lucha contra la pobreza y ante la transmisión intergeneracional de la misma, tenemos a JUNTOS (Programa Nacional de Apoyo a los Más Pobres). El Programa tiene por finalidad ejecutar transferencias directas en beneficio de las familias más pobres de la población, rural y urbana. El Programa otorga a las familias beneficiadas, con su participación y compromiso voluntario, prestaciones de salud y educación orientadas a asegurar la salud preventiva materno – infantil y la escolaridad sin deserción. (Herrera & Cozzubo, 2017. p.30)

Pensiones No Contributivas: Pensión 65, es un programa que entrega una subvención económica a los adultos mayores que superan los 65 años de edad y que viven en extrema pobreza.

Programas Alimentarios: El Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma, tiene como finalidad brindar un servicio de calidad cumpliendo los siguientes objetivos: Garantizar el servicio alimentario durante todos los días del año escolar a los usuarios del Programa de acuerdo a sus características y las zonas donde viven; contribuir a mejorar la atención de los usuarios del Programa en clases, favoreciendo su asistencia y permanencia; Promover mejores hábitos de alimentación en los usuarios del programa. Qali Warma es un vocablo quechua que significa “niño vigoroso” o “niña vigorosa”. (Herrera & Cozzubo, 2017. p. 36)

Programas de Acompañamiento Familiar: Cuna más, este Programa Nacional es un programa social focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. (Herrera & Cozzubo, 2017.p.36)

Programas de Desarrollo Productivo: Programa Nacional Haku Wiñay/Noa Jayatai.

Es un proyecto de desarrollo de capacidades productivas y de emprendimientos, para incrementar y diversificar los ingresos autónomos sostenibles, en los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, ubicados en los centros poblados rurales de la costa, sierra y selva del Perú. “Haku Wiñay” y en Shipibo-conibo “Noa Jayatai” significa “Vamos a crecer”. (Herrera & Cozzubo, 2017. p.38)

Otros tipos de programa (donde agrupamos a los programas relacionados a educación, salud, infraestructura y género): programa de entrenamiento juvenil “Projoven”. Programa *One Laptop per Child* que busca mejorar el aprendizaje auto dirigido al proveer de laptops a los niños en edad escolar en países en desarrollo. Programa Articulado Nacional (PAN). (Herrera & Cozzubo, 2017. p.40)

En suma los programas sociales en el Perú se han incrementado y cambiado de denominación de acuerdo a la tendencia del gobierno de turno. Su presencia en el escenario social del país es relevante y los logros en mejora de condiciones de vida de la población es importante.

2.3.3.3. Gestión de programas sociales en Latinoamérica

Para comenzar haremos una reseña de los programas más representativos de TMC (Transferencia monetaria condicionada) que operan actualmente en América Latina, con resultados reconocidos como exitosos y que consideramos pueden entregar una serie de lecciones. En particular se han revisado los casos de Bolsa Familia (Brasil), Programa Puente en Chile Solidario (Chile), Bono de Desarrollo Humano (Ecuador), Red de Protección Social (Nicaragua), Juntos (Perú), Progresía (México) y Familias en Acción (Colombia). Se trata de definir cuál es la función de los programas TMC como instrumento para enfrentar la pobreza en América Latina, con énfasis en objetivos de mediano plazo.

Tabla 1		
<i>Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (6 países)</i>		
	Nombre	Origen
Brasil	Bolsa Familia	2003 con la integración de 4 programas, con experiencias a nivel local desde 1995
Mexico	Desarrollo Humano Oportunidades	1997 con el nombre de PROGRESA
Colombia	Familias en Acción	2000 como componentes de la Red de Apoyo Social
Ecuador	Bono de Desarrollo Humano	2003 con la integración de Beca Escolar y Bono Solidario (de 1998 reemplazando subsidios).
Peru	Apoyo a los mas Pobres - Juntos	2005 sin programas antecedentes
Chile	Puente de Chile Solidario	2002 parte de Chile Solidario, recogiendo el sistema de registro de " Fichas CAS" (1987)
<p><i>Nota:</i> Nombre y Origen de los Programas de transferencia condicionada en Latinoamérica. Adaptado de "Transferencias Monetarias Condicionadas e Instrumentos Financieros en la lucha contra la Pobreza" por Francke y Cruzado, 2009. p.6</p>		

Programas de TMC más representativos de Latinoamérica:

Bolsa Familia de Brasil: Su diseño operativo “descentralizado” contempla incentivos para asegurar una oferta adecuada de servicios para formación de capital humano de los beneficiarios (oferta y demanda) y en la calidad de la información para la focalización. La separación de responsabilidades, con un sistema de monitoreo permanente y transparente (el Índice de Gestión Descentralizada IGD), gestiona los problemas de Agente-Principal en el sector público.

Programa Puente de Chile Solidario: Consiste en un acompañamiento personalizado a los beneficiarios, por parte de un profesional o técnico idóneo, con el objeto de promover el desarrollo de las habilidades personales y familiares necesarias para satisfacer las condiciones mínimas de calidad de vida, y en una estrategia de intervención destinada a fortalecer la vinculación efectiva de los beneficiarios con las redes sociales y el acceso a los beneficios que están a su disposición. La ficha familiar de registro permite contar con información del nivel de vulnerabilidad de las familias. El programa contempla la provisión de bonos, subsidios y pensiones de protección.

Oportunidades de México: Este programa apoya a las familias que viven en situación de pobreza a mejorar sus capacidades de alimentación, salud y educación, otorgando recursos económicos y servicios. Se proporcionan apoyos monetarios directos, becas y acciones de salud, mismos que conforman los tres componentes del programa. El programa considera procesos de evaluación periódica, con documentos al menos de carácter anual desde 1999 sin interrupciones, su sistema explora metodologías nuevas de evaluación y recolecta una serie de recomendaciones para mejorar la conducción del programa.

Según el estudio de “Transferencias Monetarias Condicionadas e Instrumentos Financieros en la lucha contra la Pobreza realizado por Francke y Cruzado (2009).

Los Programas de TMC son una “familia de primos lejanos”; son con mucha facilidad considerados parte de una misma familia de programas sociales, siendo la tendencia a homogenizarlos y a tratarlos como si fueran idénticos de un país al otro. En general sólo hay tres cosas que son propias de estos programas que los hacen parte de una misma familia: (1) cuentan con sistemas de identificación individual-familiar realizados luego de aplicar diversos sistemas de focalización, (2) realizan transferencias de dinero en efectivo, (3) establecen condiciones para la entrega del

beneficio, aunque estas son diversas y con distinto grado de exigencia, (4) tienen sistemas de monitoreo y evaluaciones de impacto.

Además estas características que los hacen parte de una misma familia, los programas se diferencian en otras características:

(1) En los objetivos en los que se concentran y los montos de las transferencias y si establecen criterios para diferenciarlas entre familias; (2) en sus mecanismos operativos, la batería de condicionalidades que establecen y su sistema de monitoreo, el uso o no de cuentas bancarias, y finalmente, (3) en el marco institucional en el que se desarrollan, con participación o no de los gobiernos locales, y en su ubicación institucional al interior del aparato público y en el conjunto de políticas sociales en cada país. (Francke & Cruzado, 2009. p.40)

Siguiendo con el estudio de Francke y Cruzado (2009). Los Programas de TMC han mostrado resultados positivos en el logro de sus objetivos:

Los programas TMC han mostrado mediante evaluaciones de impacto y de sus instrumentos, resultados positivos respecto a las estrategias de política social anteriores. Las evaluaciones de los Programas TMC, en su mayoría, se concentran en los objetivos de corto plazo (alivio de la pobreza) y largo plazo (capital humano). Los temas centrales de las evaluaciones en torno al corto plazo incluyen la focalización (incluyendo efectividad de la focalización e impactos negativos sobre capital social) y los desincentivos al trabajo. Los impactos sobre medidas nacionales de pobreza y desigualdad están lógicamente relacionados a la cobertura y presupuesto de los programas. Los temas de largo plazo se concentran en los impactos sobre capital humano (impactos sobre uso de servicios, impactos sobre resultados cognitivos y de salud, debate sobre la combinación entre incentivos a demanda y mejoramiento de oferta). En general, sobre estos temas las evaluaciones han mostrado logros positivos, incluso en algunos casos sobre miembros de la comunidad que no son beneficiarios directos. Es necesario anotar, sin embargo, que existe una tensión recurrente entre los objetivos de corto plazo de alivio de la pobreza y los de largo plazo de formación de capital humano. Programas de TMC como Bolsa Familia de Brasil han decidido concentrarse en asegurar un derecho mínimo de alimentación de las familias frente al objetivo de largo plazo. Esta es una tensión, especialmente en países con menor

presupuesto si uno coloca ambos objetivos al momento de seleccionar su estrategia: la mayor eficacia para lograr el objetivo de alivio de la pobreza es focalizarse en los más pobres; en cambio si el objetivo central es la disminución de la pobreza en el largo plazo resulta más rentable tomar aquellas familias que siendo pobres tienen mayor probabilidad de mantener sus inversiones en capital humano. Persisten discusiones mayores sobre la articulación de estos objetivos típicos de los programas TMC, con el logro efectivo de una reducción sostenida de la pobreza. Tres temas centrales de discusión al respecto son:

- 1) Si la acumulación de capital humano se convierte efectivamente en mejoras en ingresos (vía el mercado de trabajo o el emprendedorismo) y las mejoras en indicadores sociales,
- 2) El vacío existente respecto de qué sucede con las familias cuando egresan del programa,
- 3) Los cambios institucionales que los programas TMC inician, catalizan o viabilizan.

El reto de los Programas de TMC es asegurar sus impactos de largo plazo y complementar sus objetivos, de corto y largo plazo, con políticas y programas que faciliten una estrategia de mediano plazo. Es importante discutir si esta es una tarea de los propios programas, que tienen que perfeccionarse a sí mismo y cuentan con una agenda propia de perfeccionamiento, o de políticas y programas complementarios. Pero la necesidad de abordar esta problemática es innegable.

Para Francke y Cruzado (2009) las principales limitaciones de los programas TMC para reducir sosteniblemente la pobreza:

Muchas veces estos programas no plantean alternativas para los beneficiarios cuando salen del mismo, algunos Programas han enfrentado esto disminuyendo el énfasis en salida, como es el caso de Brasil, Ecuador e incluso México. En Chile, el programa es estratégicamente más integral y busca impactos en el mediano plazo; en Ecuador se ha establecido financiamiento para viviendas y en Colombia programas de financiamiento para pequeñas iniciativas de negocio, entre otros. En México, el programa se ha ampliado incluyendo transferencias para jóvenes egresados de la

secundaria, llamado “Jóvenes con oportunidades”. El caso de “Jóvenes con Oportunidades”, al incluir una iniciativa de promoción del ahorro y generación de un negocio propio por los jóvenes, apunta a una estrategia de mediano plazo que asegure la salida de la pobreza de estos jóvenes complementando su capital humano con capital físico. Por otro lado, los programas de TMC en su mayoría no han establecido mecanismos para reducir el riesgo y amortiguar el golpe sobre las familias que pueden caer en pobreza o agravar su condición de pobreza en determinado momento del tiempo. Sin embargo, algunos estudios indican que las transferencias si reducen algunos de estos riesgos sobre el capital humano, como por ejemplo reduciendo la probabilidad del retiro del colegio de los alumnos durante crisis.

En general, según Francke y Cruzado (2009). Los programas no están aprovechando las sinergias que se pueden generar con otros programas de parte de la red de protección social. Su esfuerzo por diferenciarse como parte de una “nueva forma” de intervenir, con sistema de operación muy técnicos, mecanismos de seguimiento y evaluaciones periódicas, en muchos casos los transforman en islas alejadas del conjunto. En muchos países se busca conformar redes de coordinación, como CRECER en Perú o la RED JUNTO en Colombia, pero no han pasado de buenas intenciones y acuerdos de papel que se traducen muy poco en operaciones integradas y coordinadas. (Francke & Cruzado, 2009, p. 41,42).

Sobre la base de la consideración de que la pobreza es un problema estructural de las sociedades latinoamericanas, se argumenta que la tesis “Flojera” como causa de la pobreza, además de expresar un alto grado de prejuicio y discriminación contra las personas en esa situación y una de las más significativas expresiones de la cultura del privilegio en la región, lleva a tomar malas decisiones de política pública. (Abramo, Cecchini, & Morales, 2019).

2.3.3.4. Programa Chile Puente Solidario

Chile Solidario es un sistema de protección social orientado a la superación de la extrema pobreza o indigencia. Nació en el año 2002 por iniciativa del entonces presidente, Ricardo Lagos, quien buscaba instalar una política de combate a la pobreza que se convirtiera en uno de los sellos de su gobierno.

Chile Solidario se define como un sistema de protección social en tanto articula el acceso de los participantes a un numeroso conjunto de programas y beneficios sociales que están adscritos a diversos ministerios y agencias públicas y que, en su mayoría, se encontraban funcionando con anterioridad a esta política contra la pobreza. Su componente más importante es el Programa Puente del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (Fosis), a través del cual un profesional o técnico social desarrolla un trabajo personalizado con cada familia participante por un período de dos años. Este componente tiene por meta el desarrollo de las capacidades del grupo familiar a través del apoyo psicosocial y de facilitar el acceso de éstas a la red de programas sociales. Así, se tiende un puente hacia la superación de la pobreza. **(Larrañaga & Contreras, Chile Solidario y Combate a la Pobreza, 2010).**

El porcentaje de personas que vive en situación de pobreza en Chile, cayó desde 38,6% en 1990 a 7,8% en el 2013, y aquel en extrema pobreza o indigencia de 13 % a 2,5% . El crecimiento de la economía a sido un factor fundamental en la reducción de la pobreza por su contribución a la creación de empleos y aumento de las remuneraciones, así como lo ha sido el aumento de gasto social que se triplicó durante el periodo.

Chile solidario se define con un sistema de protección social en tanto articula el acceso de los participantes a un numeroso conjunto de programas y beneficios sociales que están adscritos a diversos ministerios y agencias públicas y que, en su mayoría, se encontraban funcionando con anterioridad a esta política. Su componente más importante es el programa puente del fondo de solidaridad e inversión social (FOSIS), a través del cual un profesional o técnico social desarrolla un trabajo personalizado con cada familia participante por un periodo de dos años (apoyo familiar). **(Larrañaga, Contreras, & Cabezas, Políticas Contra la Pobreza de Chile Solidario al Ingreso Ético Familiar, 2015)**

La base del éxito del Programa Chile Solidario, desde la perspectiva de los usuarios, y que precisamente por eso hace la diferencia respecto al conjunto de las políticas sociales equivalentes, radica en que establece una relación en que la demanda se reformula o reconstituye. Ocurriría que la metodología o supuestos de programa presenta una capacidad de ajuste y adecuación a la forma compleja de la demanda a la que responde, permitiendo una relación de asistencia, esta vez como apoyo, que

permite al usuario concurrir en su unidad, como singularidad e integralidad y como subjetividad. Entendida también como apoyo, antes que como transferencia, la relación permite el acoplamiento con la capacidad activa del usuario. La conexión entonces no solo satisface una demanda compleja que de otro modo se percibía no reconocida ni respondida, sino que lo hace en una estructura relacional que puede sostener acciones y procesos de desarrollo, subjetivos y objetivos. (Canales, 2004)

2.3.3.5. Gestión de programas sociales en el Perú

En el Perú existen alrededor de 40 programas de lucha contra la pobreza, adscritos en los distintos sectores como los ministerios de Salud, de Educación, de la Mujer, de Trabajo, de Agricultura, de Vivienda, de Transporte, de Economía y Finanzas y de Energía y Minas.

Según Enrique Vásquez (2006) en su estudio sobre “Los programas sociales de lucha contra la pobreza”

Los programas sociales que se implementaron en la década de los ochenta, podemos decir que estuvo manejado por gente del gobierno de turno, independientemente si presentaban las competencias adecuadas para dirigirlo.

Los recursos monetarios fueron de tipo ordinario y facilitados por la cooperación internacional. Respecto a lo administrativo las instituciones estaban subyugadas a las políticas del Presidente y Ministros, lo que respondía al enfoque asistencialista (como resolver el problema de pobreza).

En los noventa se incrementó el presupuesto a dos millones de soles, su enfoque se dirigía hacia la disminución de gastos administrativos para ser más eficientes, aplicando políticas de tercerización. Hubo presencia de las ONGs en los programas sociales. A pesar de ello el elemento político mantenía la direccionalidad de los altos cargos a responsabilidad de personal de confianza, aquí el elemento político se superpone al elemento técnico calificado.

“Respecto al presupuesto, se incrementó en mil millones en el manejo de los recursos con aumentos en el gasto administrativo para, por un lado, generar empleo a los partidarios y, por el otro, incrementar procesos supuestamente, más participativos. Sin

embargo, no traducen en resultados concretos ni cambios en el bienestar de la población objetivo”. (p.12)

La aplicación de las políticas generó dos resultados importantes. Primero al carecer estos programas sociales de un adecuado sistema de evaluación y monitoreo de funciones, llevaba un limitado padrón de beneficiarios. Por esta razón trae dos grandes problemas: filtración (la población beneficiaria que no es población objetivo) y subcobertura (población objetivo que no está siendo atendida).

Según Vásquez 2006 hay un tercer problema que estuvo en la cúspide al finalizar la década de los noventa y aún se manifiesta en los programas sociales de carácter productivo: “la yuxtaposición de beneficiarios (un beneficiario recibe un mismo servicio de diferentes programas)”. Por lo tanto, la existencia de estos tres problemas genera pérdidas valorizadas en más de S/.250.000 anuales para el Estado. (Vásquez E. 2006. p.12)

2.3.3.6. Características básicas del programa o proyecto sociales:

Se explican los antecedentes, la problemática a resolver, los objetivos, el ámbito de intervención, la población directa, las estrategias y los actores involucrados. Se realiza el análisis de árbol de problema y el marco lógico.

Para entenderlo mejor, revisaremos el estudio de: “La puesta en práctica de la gerencia social” Bobadilla (2017) analiza el modelo de gestión de programas o proyectos sociales comprendiendo tres aspectos, que se sintetizarán a continuación: revisión de enfoques y teorías de desarrollo, gestión a nivel interno y gestión a nivel externo o del entorno.

a. Revisión de enfoques y teorías de desarrollo

Revisión de su expresión en el diseño y operacionalización del programa o proyecto social:

- Desarrollo humano (Sen y PNUD)
- Derechos humanos - Cohesión social
- Capital humano, social, físico, financiero, etc. Capital sinérgico
- Empoderamiento y participación
- Género - Interculturalidad
- Gestión territorial
- Desarrollo temprano de la infancia
- Ciclo de vida - Responsabilidad social
- Valor compartido
- Construcción de valor público
- Gestión por resultados
- Respeto por el medio ambiente
- Buen gobierno
- Descentralización

b. Gestión a nivel interno:

Estructura organizacional: división del trabajo y coordinación de funciones. Se espera un análisis de la estructura orgánica y la coherencia con los objetivos institucionales, las estrategias rectoras, los servicios que ofertan y los recursos humanos que cuentan.

Existencia de procesos orientados a resultados para organizar la intervención. Se trata de identificar procesos formales que existan en la organización orientados a resultados que pueden ser de producto, efecto o impacto. Es importante analizar si las áreas formales que se evidencian en el organigrama están claramente identificadas en esos procesos. Se debe analizar si los procesos son orientadores del trabajo que realiza la organización o solo son declarativos. En caso no existiesen procesos de manera formal, se debe reconstruirlos en base a las evidencias e información que se disponga.

Análisis del uso y distribución de recursos tangibles e intangibles del sistema organizacional (subsistema administrativo, subsistema de objetivos y valores, subsistema técnico y subsistema psicosocial) del programa o proyecto.

Sistema de poder, autoridad y liderazgo: Consiste en el análisis de cómo funcionan los mecanismos para la toma de decisiones de acuerdo a niveles de autoridad formal e informal, vinculada a aspectos referidos a liderazgos existentes en la organización.

c. Gestión del nivel externo o del entorno:

Análisis contextual de su población destinataria, competidores y otros proyectos u organizaciones con los cuales se tiene algún tipo de relación directa que podría influir en su ejecución. Se deberá identificar y analizar los actores con los cuales se relacionan siguiendo el modelo Sistema de Acción organizado (enfoque de sistemas).

Análisis de los servicios y bienes que ofrece a partir del grado de satisfacción de la población destinataria. Se identifican cuáles son los resultados conseguidos (esperados y no esperados) a nivel de producto, efecto e impacto utilizando evidencias, datos estadísticos, etc. En caso no se consigan resultados deberán explicar o justificar el por qué.

Análisis de las dimensiones políticas y procesos de participación que permitan generar espacios de gobernanza. Se analiza bajo los enfoques de capital social, empoderamiento y participación los roles, funciones y responsabilidades de los diversos actores con los que se relacionan. Dicho análisis debe evidenciar si la participación es real.

Resultados en relación a la gerencia social del programa o proyecto social

Todo lo relacionado a la gestión de dicho programa, limitaciones, viabilidades, fortalezas. El nivel de efectividad que tiene el modelo de gestión del programa a beneficio de las poblaciones, evaluación de resultados. El entorno, (crecimiento económico, intervención política) que influirán en el desempeño y los resultados del programa.

Bobadilla (2017) considera también algunos hallazgos importantes en el conjunto de los estudios materia de los artículos de divulgación son los siguientes:

Los programas y proyectos sociales a cargo del sector público se evidencian como uno de los elementos del entorno más influyente en los logros de gestión, el respaldo político del Gobierno y la vigencia de políticas sociales de lucha contra la pobreza o de inclusión social. - En los programas y proyectos sociales a cargo de las empresas mineras y otros sectores privados, el factor del entorno más decisivo en sus resultados ha sido el involucramiento y la adhesión pragmática de los actores institucionales y sociales del entorno con miras a una aceptación y licencia social para sus propósitos empresariales en un marco de responsabilidad social.

El mayor factor limitativo en la gestión de los programas y proyectos sociales públicos ha sido su estructura vertical y no descentralizada.

En la mayoría de los programas y proyectos sociales del sector privado, un mecanismo muy influyente en la efectividad de los mismos es la gestión interinstitucional con diversos grados de desarrollo que han favorecido en su sostenibilidad. No hay declaración ni percepción de construcción de valor público y valor social.

En la mayoría de los programas y proyectos sociales públicos y privados, en contradicción a lo declarado en sus diseños, no se han implementado importantes estrategias e instrumentos de gerencia social y gerencia pública, tales como estudios de línea de base, mecanismos de monitoreo, evaluación de medio término, final y de impacto, transparencia y rendición de cuentas.

En general, hay una conciencia creciente de la complejidad de los problemas sociales y de la envergadura de las respuestas, así como de la necesidad y pertinencia de una actuación colaborativa, interinstitucional, intersectorial, etc. para tener mejores condiciones de éxito. (Bobadilla, 2017, p. 49, 50,51)

Respecto al comportamiento de los programas sociales públicos

La evolución y el comportamiento de los programas sociales públicos, en los últimos años, son explicados por (Correa, 2015). Según la autora,

Los mayores esfuerzos de reforma del MIDIS se concentraron en renovar el diseño de los programas sociales. Por ejemplo, el programa Pensión 65 ha complementado la entrega de la transferencia monetaria con atención en salud, mientras que el Programa Juntos ha avanzado en el diseño de un esquema de transferencias diferenciado. Qali Warma fue concebido como un servicio público de alimentación escolar, mientras que Cuna Más complementó su componente de cuidado diurno con el fortalecimiento de capacidades de los hogares. (p.27)

El MIDIS tiene a su cargo dos importantes fondos sociales orientados a asegurar la acción del Estado para el logro de sus metas. El Fondo para la Inclusión Económica en Zonas Rurales (FONIE) financia proyectos de agua y saneamiento, electrificación, telecomunicaciones y caminos vecinales, con el fin de reducir las brechas de acceso y calidad. Estos recursos están dirigidos a los distritos más pobres del país, incluyendo también zonas de frontera, VRAEM, Alto Huallaga y zonas amazónicas con presencia indígena. De otro lado, el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) es un mecanismo de incentivo orientado que busca mejorar la gestión de los servicios priorizados en los programas vinculados al desarrollo infantil temprano. El rol de coordinación del MIDIS, a partir del Sistema Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (SINADIS), está siendo débilmente reactivado. El propósito de este sistema es determinante: articular acciones con otros sectores y monitorear el cumplimiento de las políticas públicas destinadas a reducir la pobreza, las desigualdades, las vulnerabilidades y los riesgos sociales (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social , 2012)

Respecto al comportamiento de los programas sociales privados

El sector privado ha ejecutado más de 2800 proyectos de alivio y superación de la pobreza. La mayor parte de estos proyectos fueron financiados y ejecutados por empresas extractivas de recursos naturales. Las empresas pertenecientes al Programa Minero de Solidaridad con el Pueblo (PMSP) o al Programa de Contribución para el Desarrollo Social del Proyecto Camisea (PCDSC) gestionaron 2027 proyectos por un monto total que supera los S/.1500 millones.

Por otro lado, la Cooperación Internacional ha financiado 641 proyectos por un monto comprometido por más de S/.1283 millones. Finalmente, las principales empresas no extractivas han financiado la ejecución de 176 proyectos de lucha contra la pobreza, hasta el 2016. Las áreas de intervención con mayor cantidad de proyectos son las siguientes: educación básica (755 proyectos), mejoramiento del ingreso o promoción productiva (449 proyectos), salud básica (336 proyectos) y capacitación técnica (296 proyectos). El ámbito geográfico de los proyectos de las empresas PMSP/PCDSC se circunscribe a sus ámbitos de influencia directa (Ancash, Arequipa, Cajamarca, Cusco). De otro lado, los proyectos de cooperación internacional se concentraron principalmente en Lima, Ayacucho, Cajamarca y Huancavelica, y las principales empresas no extractivas los ejecutan mayoritariamente en Lima, Cajamarca y Callao. (Bobadilla, 2017, p. 41,42)

Considerando la literatura de Aramburú y Rodríguez, 2011; Correa, 2015, como se citó en (Bobadilla, 2017, p.38,39) tipifican los proyectos sociales de esta manera.

Caracterización general de tipos de programas sociales	Programas protectores	Programas promotores	Programas habilitadores
Objetivo	Reducir vulnerabilidades y proteger capacidades	Reforzar capacidades y habilidades	Generar el acceso a oportunidades económicas
Población meta	Pobres extremos, grupos vulnerables. Niños, adolescentes, madres gestantes, ancianos. Discapacitados.	PEA (Campesinos, artesanos, jóvenes) MYPES	Población económica activa (agricultores, MYPES, etc.)
Relación con ciclo económico	Anti cíclicos: los programas deben ampliarse en periodos de recesión económica cuando aumenta la vulnerabilidad de los pobres o la probabilidad de empobrecimiento en ciertos sectores de la población.	Pro cíclicos los programas deben expandirse en periodos de crecimiento económico aprovechando las condiciones favorables para la inclusión económica, la generación de ingresos autónomos de las personas y la empleabilidad.	Pros cíclicos: los programas deben expandirse en los periodos de crecimiento económico, pues pueden favorecer la inclusión económica, la generación de ingresos de las personas y el incremento de su productividad.
Impacto en ingresos	Transferencias subvención y reducción de costos	Mayor productividad y menores costos	Empleo y oportunidades de ingreso
Criterios de selección	Fijados por Programa	Por hetero selección y auto selección	Autoselección

Nota: Características generales de los tipos de programas sociales. Adaptado de "La Gerencia Social en la Práctica. Análisis de los modelos de gestión de programas y proyectos sociales" por P. Bobadilla, 2017, p.38.

Tomando como base las entidades titulares de la gestión, se ubica a cada uno de los programas sociales que han sido materia de los artículos, conforme a la tipología descrita:

Tabla 3: <i>Tipos de Programa Según entidad Titular</i>			
Tipo de programa según entidad titular	Programas protectores	Programas promotores	Programas habilitadores
Gobierno central	Programa de apoyo directo a los más pobres-Juntos Nacional, MIDIS	Programa Beca 18 MINEDU	Programa Bosques MINAG
	Programa de apoyo directo a los más pobres-Juntos Loreto, MIDIS		
	Programa nacional contra la violencia Familiar y Sexual-MMPD		Pro vías MTC
	Programa prevención de la explotación Sexual en Niños y Adolescentes-MMPD		
	Centro emergencia mujer Villa María del Triunfo-MMPD		
Gobierno local		Programa Punto Saludable-Municipalidad Miraflores	Proyecto Topará Municipio/Minera MILPO/ONG
		Programa emprendiendo Municipalidad Metropolitana Lima	
Empresa privada minera	Proyecto fortalecimiento de la gestión comunitaria y local para la atención integral de la salud y la seguridad alimentaria (distrito de Jangas, Huaraz-Ancash)		

Nota: Tipo de programa según entidad titular. Adaptado de “La Gerencia Social en la Práctica. Análisis de los modelos de gestión de programas y proyectos sociales”. por P. Bobadilla, 2017, p. 39

2.3.4. Programa Social Juntos

El programa social Juntos pertenece a los programas de transferencias condicionadas cuyos objetivos son: favorecer a los más pobres mejorando su calidad de vida e incrementar el bienestar social promoviendo mejoras en la acumulación del capital humano, educación, salud y nutrición. Según (Rawlings y Rubio 2003) “existe la necesidad de evaluar la efectividad de los programas TCE en dos situaciones distintas: como una institución permanente dedicada a enfrentar la pobreza crónica y como un instrumento temporal enfocado a reducir la vulnerabilidad.” (p.27).

Siguiendo las experiencias de programas como Oportunidades en México y Bolsa Familia en Brasil, en abril del 2005 el gobierno peruano lanzó el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres, JUNTOS. Se trata de un programa social “dirigido a la población de mayor vulnerabilidad, en situación de extrema pobreza, riesgo y exclusión, que promueve el ejercicio de sus derechos fundamentales a través de la articulación de la oferta de servicios en nutrición, salud, educación e identidad”. El marco político del programa está constituido por el Acuerdo Nacional, los lineamientos de la Carta Política Social, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y el Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR). Perteneciente al Ministerio de Inclusión Social

2.3.4.1. Programa de transferencia condicionada JUNTOS

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres JUNTOS fue creado mediante el decreto supremo N° 032-2005-PCM en abril de 2005. El programa tiene como finalidad:

En el corto plazo, atenuar la pobreza extrema; y, en el largo plazo, desarrollar capacidades humanas para prevenir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Al inicio de su gestión este programa contaba con un consejo ejecutivo, integrado por representantes del Presidente de la República; de los ministerios de Educación, Salud, Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) y Economía y Finanzas (MEF); de la CONFIEP; de la CGTP; de la Asamblea Nacional de Centros (ANC); y de la Conferencia Nacional sobre el Desarrollo Social (CONADES); así como de Cáritas del Perú. La unidad ejecutora, encabezada por el director ejecutivo, dependía de la

Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) y contaba además, con un Comité de Soporte Técnico y un Comité de Supervisión y Transparencia, conformado por representantes del gobierno central y de los gobiernos regionales y locales; así como, de la Iglesia y del sector privado. Fue transferido en el 2012 al Ministerio de Inclusión Social (Midis), mediante el decreto supremo N° 008-2017-Midis.

El programa presupuestal busca que tanto gestantes, niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años accedan informados a los servicios de salud – nutrición y educación, se alinea con el objetivo específico del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), de “Contribuir con el alivio de la pobreza y potenciar el capital humano de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema”. Con la operatividad del Programa se busca beneficiar a los usuarios con el apoyo directo a través de incentivos monetarios, 200 soles bimensuales, condicionados al cumplimiento de corresponsabilidades, estimulando el cuidado de la salud, nutrición y la formación integral en educación inicial, primaria y secundaria de sus hijos.

Por otro lado, Juntos viene aunando esfuerzos para cerrar las brechas de los distritos de intervención y que cumplen con los criterios propios del Programa, a fin de poder atender a los hogares que vivan en situación de pobreza y pobreza extrema, de las zonas rurales y comunidades de la amazonia peruana y de zonas de frontera, en ese sentido el Programa Juntos continuara fortaleciendo sus procesos operativos y de soporte para la obtención del gran objetivo de erradicar la pobreza y exclusión social en el país.

A noviembre de 2018 JUNTOS llegó a 21 departamentos, Apurímac, Huancavelica, Ayacucho, Huánuco, La Libertad, Ancash, Junín, Cajamarca, Puno, Cusco, Pasco, Arequipa, Tumbes, Piura, Lambayeque, Madre de Dios, San Martín, Tacna, Lima, Loreto y Amazonas, y en cada uno, se focalizó en los distritos de extrema pobreza. Según estadísticas oficiales, esta cobertura representa a 1325 distritos; 730,206 hogares y 1'561,292 peruanos beneficiados. Dado el tipo de focalización, JUNTOS es un programa eminentemente rural. La transferencia recibida es de libre disponibilidad, pero no incondicional: está supeditada a una serie de compromisos de participación en programas sociales de salud, nutrición, educación y desarrollo ciudadano

2.3.4.2. Marco Estratégico

Alineamiento del Programa Presupuestal a la Política Social

El programa Juntos está relacionado directamente con tres ejes de la Estrategia Nacional de Desarrollo de Inclusión Social “Incluir para Crecer”

- Eje 1: Nutrición infantil: Cuyo objetivo es reducir la brecha de prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años
- Eje 2: Desarrollo infantil temprano: Cuyo objetivo es incrementar los niveles de desarrollo psicomotriz, social y de lenguaje de los niños y niñas de acuerdo a su edad.
- Eje 3: Desarrollo integral de la niñez y la adolescencia: cuyo objetivo es incrementar competencias para el desarrollo personal, educativo y ocupacional de los niños, niñas y adolescentes de acuerdo a su edad.

El alineamiento estratégico en el que se inserta el Programa Juntos en el Midis, es el siguiente:

Alineamiento Estratégico del Programa Juntos en el Midis

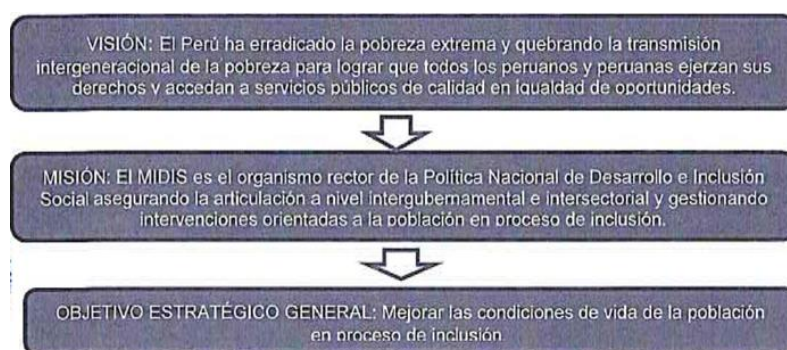


Figura 5: Estrategias del programa Juntos respecto a la función del Ministerio de Inclusion Social MIDIS. Adaptado de "Resolución Ministerial", por Midis N° 281-2017, 2017 p. 4.

En la siguiente figura muestra el alineamiento estratégico del resultado específico con política nacional

Articulación Midis y Programa Juntos



Figura 6: Alineamiento estratégico del resultado específico con la política nacional. Adaptado de "Resolución Ministerial" por Midis N° 281-2017, 2017 p. 5.

2.3.4.3. Objetivos

- **Objetivo Estratégico General:** Mejorar las condiciones de vida de la población en proceso de inclusión.
- **Objetivo Estratégico Específico:** Contribuir con el alivio de la pobreza y potenciar el capital humano de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema

Para el año 2018 se ha creado una nueva actividad denominada: Afiliación, mantenimiento de Padrón, Verificación de cumplimiento de Corresponsabilidades y Acompañamiento a hogares, manteniéndoles la de Entrega del incentivo monetario a hogares usuarios en situación de pobreza y Entrega de incentivo monetario a estudiantes de hogares usuarios y la Incorporación de hogares a la estrategia de egreso. (Republica del Peru, 2017, p.5)

2.3.4.4. Problema Principal

Limitado acceso de gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años en hogares en situación de pobreza, principalmente en zonas rurales, a los servicios de salud, nutrición y educación.

2.3.4.5. Resultado Especifico

Gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años en hogares en situación de pobreza, prioritariamente de las zonas rurales, acceden informados a los servicios de salud, nutrición y educación.

2.3.4.6. Resultado final

Contribuir a que grupos vulnerables cuenten con protección social garantizada. (Plan Peru 2021 – CEPLAN)

2.3.4.7. Producto principal

Hogares con gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años en situación de pobreza prioritariamente de las zonas rurales, reciben incentivos monetarios por cumplir corresponsabilidades con orientación y acompañamiento.

Actividades de la Estructura Funcional Programática 2018, todas se encuentran priorizadas con metas físicas y financieras.

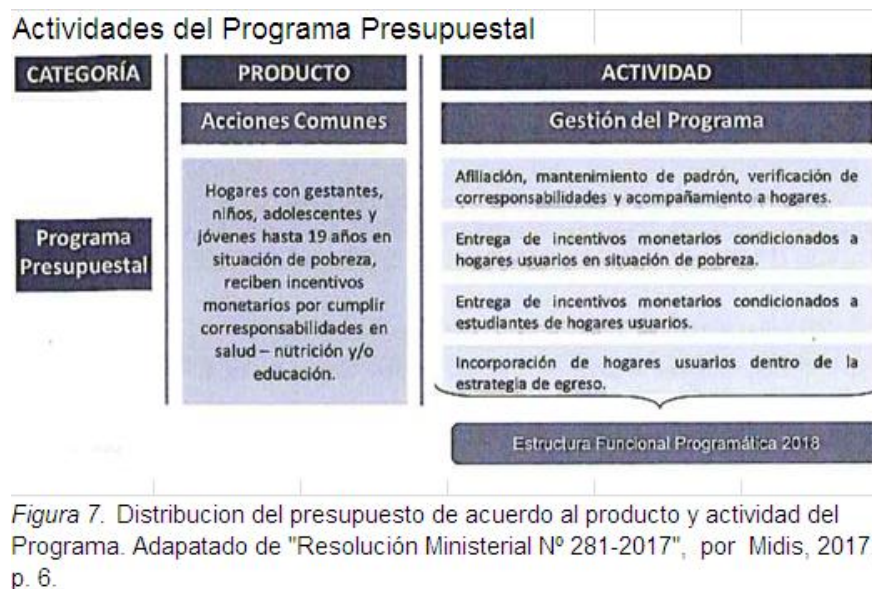


Figura 7. Distribución del presupuesto de acuerdo al producto y actividad del Programa. Adaptado de "Resolución Ministerial N° 281-2017", por Midis, 2017, p. 6.

2.3.4.8. Funciones Generales

- a. Entregar incentivos monetarios, mediante transferencias directas en beneficios de los hogares en condición de pobreza, priorizando progresivamente su intervención en los hogares rurales a nivel nacional.
- b. Incentivar y facilitar a los hogares el acceso a los servicios de salud – nutrición y educación con su participación y compromiso voluntario orientado a mejorar la salud y nutrición preventiva materno - infantil y la escolaridad sin deserción.

2.3.4.9. Intervención de Juntos

El programa Juntos realiza sus intervenciones bajo los criterios de focalización y elegibilidad, según la Directiva N° 002-2016-MIDIS/PNADP-DE (05/02/2016) “Procesos de afiliación y mantenimiento de padrón de hogares”

a. Criterios de focalización

- El programa Juntos, aplica la focalización geográfica como primer mecanismo para estandarizar los criterios y herramientas para la intervención y la distribución de los recursos. Se usara el Mapa de Pobreza como instrumento de focalización geográfica.
- Distritos con tasas de pobreza iguales o superiores al 40% de su población y que pertenecen a zona rural.

Para la selección de los distritos se aplicaran adicionalmente otros criterios de priorización, los que están asociados a los objetivos específicos del Programa y a los Lineamientos del MIDIS para atender a la Población en Proceso de Inclusión, entre ellos se considera los “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientadas a reducir la desnutrición crónica infantil en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”

b. Criterios de elegibilidad

- El hogar que se encuentre en pobreza o pobreza extrema, la determinación de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de personas y/hogares y la actualización de la información de Padrón General de Hogares la realiza la Dirección de Operación de Focalización (DOF) del Ministerio de Inclusión Social (MIDIS), procesada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).
- El hogar que decida acceder al programa Juntos y que no se encuentre registrado en la base de datos SISFOH, podrá presentar su solicitud a la Unidad Local de Empadronamiento. (ULE)
- Si el personal del programa Juntos identifica hogares no empadronados con evidentes signos de pobreza, realizara las gestiones para asegurar su empadronamiento.
- El hogar debe contar con al menos un miembro objetivo, la información de la existencia del miembro objetivo es entregada por la SISFOH , a través del Padrón General de Hogares (PGH) y validada por la asamblea general de validación.

Con dicha información el programa JUNTOS, aplica el proceso de afiliación cuya finalidad es que los hogares elegibles cumplan con los requisitos de afiliación, y que los afiliados cumplan con los requisitos de permanencia en dicho programa y ser parte del padrón.

En adición un hogar puede ser dejar de ser afiliado al Programa si incumple, corresponsabilidades en ocho veces consecutivas, de acuerdo a la Resolución de DIRECCION Ejecutiva n° 210-2017-MIDIS/PNADP-DE, que considera que el hogar cumple sus corresponsabilidades cuando todos sus miembros objetivos acceden oportunamente a los servicios de salud o educación, de acuerdo a su ciclo de vida.

Población objetivo

	Valores históricos			Metas proyectadas		
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Población potencial hogares 1/	1,538,869	1,389,760	1,383,038	2,091,495	1,896,153	1,842,321
Población objetivo-hogares (A) 1/	805,12	729,125	721,777	816,059	737,012	667,837
Hogares abonados	769,158	668,03	667,498	645,999	638,979	613,805
Brecha (A) – (B)	35,962	61,095	54,279	170,06	98,033	54,032
% Brecha	4.5%	8,40%	7.5%	20.8%	13.3%	8.1%

Nota. Valores históricos y proyectados de hogares beneficiarios al programa social. Adaptado de "Resolución Ministerial N° 281-2017", por Midis, 2017, p. 8.

Organigrama del Programa Juntos



Figura 8. Organos de línea; Unidad de Operaciones (UOP) y LA Unidad de Cumplimiento de Corresponsabilidades (UCC). Adaptado de "Resolución Ministerial N° 281-2017" por Midis, 2017, p. 9.

Organigrama de la Unidad Territorial (UT)

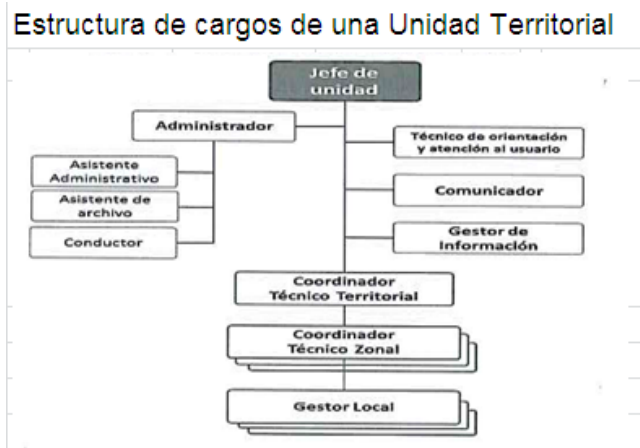


Figura 9. Estructura de cargos de una Unidad Territorial. Adaptado de "Resolución Ministerial N° 281-2017" por Midis, 2017, p. 9.

2.3.4.10. Procesos del programa

En el marco de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se viene efectuando la revisión del Manual de Operaciones (MOP) del Programa, situación que ha llevado a actualizar el Mapa de Procesos que incluye los Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de Apoyo.

- a. Los procesos Estratégicos: son los procesos que gestionan la forma en que se toman decisiones sobre planificación y mejoras de la organización, y la relación de esta con el entorno, siendo los responsables de analizar las necesidades y condicionantes, para a partir de todo ello y del conocimiento de las posibilidades de los recursos propios, emitir las guías adecuadas al resto de procesos de la organización para asegurar la respuesta a esas necesidades y condicionantes. Permite definir y desplegar las estrategias, políticas y objetivos del programa. Comprende los siguientes procesos:

Gestión de programa presupuestal

Gestión de mejora continua

Gestión de las Comunicaciones

Gestión del control Institucional

- b. Procesos misionales: son procesos que gestionan las actividades conducentes a la entrega del servicio a los hogares usuarios. De ellos depende la posibilidad de cumplir satisfactoriamente con sus requerimientos y expectativas. Comprende los siguientes procesos:

Afiliación

Verificación de cumplimiento de corresponsabilidades

Liquidación y transferencia

Entrega de incentivo monetario condicionado

Mantenimiento de padrón de hogares

- c. Procesos de soporte o apoyo: Son los procesos que proporcionan apoyo a los procesos clave para asegurar el buen funcionamiento de la Unidad y que generalmente son transparentes a los hogares usuarios. Comprenden los siguientes procesos:

Gestión Administrativa

Gestión de Personas

Gestión de sistemas de Tecnología de la Información

Gestión de Asesoramiento Jurídico

Los procesos identificados para cada una de estas agrupaciones, están definidos como el conjunto de actividades relacionadas entre sí que se desarrollan en una serie de etapas secuenciales y que transforman insumos añadiendo valor, a fin de entregar un resultado específico, bien o servicio a un cliente interno o externo, optimizando los recursos de la organización.

2.3.4.11. Lineamientos Institucionales 2018

- Optimización de la eficiencia y afiliación de la gestión del Programa
- Fortalecer el uso de información por interoperabilidad con los sectores salud y educación para verificar el cumplimiento de corresponsabilidades y el registro oportuno de gestantes y recién nacidos.
- Consolidar el trabajo efectuado con otros programas sociales generando sinergias en el uso de metodologías para alcanzar el resultado esperando.
- Ampliar la Certificación de Gestión de calidad Iso: 9001-2015 a fin de cimentar la mejora continua de los procesos del programa
- Fortalecer las capacidades de gestión a nivel territorial, para optimizar la gestión de los procesos a su cargo.
- Mejora de la calidad del servicio a los usuarios
- Cubrir el total de los ámbitos distritales posibles de intervención por el Programa, con énfasis en el cierre de brechas en los ámbitos ya incorporados.
- Expandir el uso de los instrumentos de intervención diferenciada en los ámbitos de intervención, así como cimentar el uso de lenguas originarias.
- Enfatizar las acciones en el territorio que permitan verificar el estricto cumplimiento de los requisitos para permanecer como hogares usuarios del Programa
- Intensificar las acciones de visitas en el hogar, que coadyuven a la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil entre los usuarios del Programa.
- Gestión del talento y de la productividad Interna del Programa
- Fortalecer las capacidades del personal a través de la plataforma E-Learning para la mejora de los procesos operativos y de la gestión administrativa.
- Mejorar los niveles de comunicación interna entre las unidades del Programa y las unidades territoriales

- Fomentar la consolidación de la cultura organizacional orientada al servicio de las usuarias

Sistematización del conocimiento

- Consolidar el sistema de información del Programa, potenciando los módulos de reportes y seguimiento a los procesos operativos.
- Consolidar las plataformas integradas de consulta sobre los procesos y avances en la intervención del Programa. (Republica del Peru, 2017, p.11)

2.3.4.12. Procesos Presupuestario:

Formulación del Presupuesto 2018. Metas físicas del programa Juntos 2018

Tabla 5:

Proyección Bimestral de atención de hogares del Programa Juntos 2018

Item	Programación 2018						TOTAL ANUAL
	Bim. I	Bim. II	Bim. III	Bim. IV	Bim. V	Bim. VI	
Hogares afiliados	739,773	728,773	720,223	710,073	698,573	693,773	693,773
Hogares verificados	713,919	693,977	689,091	676,318	673,176	673,158	673,158
Hogares abonados	682,619	663,549	653,715	646,865	645,011	645,999	645,999

Nota: Proyección bimestral de hogares atendidos beneficiarios del Programa Juntos en el 2018. Adaptado de "Resolucion Ministerial N° 281-2017" por Midis, 2017, p. 8.

La siguiente tabla muestra el resumen de las metas físicas y de los recursos presupuestarios para el programa Juntos para el año 2018 a nivel de actividades.

Tabla 6:					
<i>Metas físicas y presupuesto 2018 para el programa Juntos</i>					
Categoría Presupuestal	Producto/Proyecto	Actividad	Unidad de Medida	2018	
				Metas físicas	Recursos
0049 Programa presupuestal: Programa nacional de Apoyo Directo a los mas Pobres JUNTOS	3,000001 Acciones comunes	5000276 Gestion del programa	Acción	73	31,382,375
	3,000530 Hogares con gestantes, niños, adolescentes y jóvenes hasta 19 años en situación de pobreza reciben incentivos monetarios por cumplir corresponsabilidades con orientacion y acompañamiento	5006042 Afiliación, Mantenimiento de padrón, Verificación de corresponsabilidades y acompañamiento a hogares	Hogar	693,773	88,779,995
		5004902 Entrega de incentivos monetarios condicionados a hogares usuarios en situación de pobreza	Hogar	645,999	818,819,463
		5004948 Entrega de incentivos monetarios condicionados a estudiantes de hogares usuarios	Estudiante	21,749	7,669,900
		5005852 Incorporación de los hogares usuarios dentro de la Estrategia de Egreso	Hogar	50	400
TOTAL					947,051,733

Nota. Metas físicas y presupuesto 2018 para el programa Juntos. Adaptado de "Resolucion Ministerial N° 281-2017" por Midis, 2017, p. 15.

2.3.4.13. Indicadores

Tabla 7							
<i>Indicadores del Resultado Específico del programa Juntos 2012-2018</i>							
Nombre del Indicador	Valores Históricos					Metas Proyectadas	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Porcentaje de mujeres hogares usuarias JUNTOS que en último nacimiento en los 05 años antes de la encuesta recibieron 6 o más controles prenatales	86.20%	85.10%	84.30%	87.70%	88.50%	89.10%	89.80%
Porcentaje de niños menores de 36 meses de hogares usuarios JUNTOS que asisten al menos al 80% de los Controles de Crecimiento y Desarrollo según normas del sector salud	58.00%	58.40%	62.20%	68.50%	73.10%	75.90%	79.40%
Porcentaje de niños en edad pre-escolar (3-5 años) de hogares usuarios JUNTOS que asisten a servicios de educación inicial	63.90%	73.80%	80.40%	83.40%	85.60%	86.90%	88.50%
Porcentaje de niños de hogares JUNTOS que cuentan con 06 años de edad y cursan por primera vez el primer grado del nivel primario de Educación Básica Regular, respecto al total de niños de hogares usuarios JUNTOS que cuentan con 06 años de	95.40%	98.00%	96.20%	98.50%	96.30%	96.90%	97.50%
Tasa de deserción escolar de niños y adolescentes de hogares usuarios JUNTOS que culminaron el nivel primario de educación básica regular el año anterior	10.30%	6.20%	2.90%	3.10%	2.80%	2.30%	1.80%
Tasa de deserción escolar del nivel secundario de adolescentes de hogares usuarios JUNTOS	5.00%	3.60%	4.30%	3.10%	1.80%	1.60%	1.40%

Nota. Indicadores del Programa Social Juntos llevados a cabo desde el 2012 hasta el 2018 Adaptado de "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)" por Instituto Nacional de Estadística (INEI), 2017

Tabla 8:				
<i>Indicadores de desempeño del programa Juntos 2018</i>				
Nombre del Indicador	Programación 2018			
	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre
Porcentaje de hogares nuevos afiliados respecto a lo planificado	15.00%	50.00%	70.00%	100.00%
Porcentaje de niños/as de hogares JUNTOS registrados en el Programa, antes de cumplir los 30 días de edad	40.00%	50.00%	57.00%	62.00%
Porcentaje de gestantes de hogares JUNTOS registradas en el Programa durante el primer trimestre del embarazo	52.00%	54.00%	55.50%	57.50%
PROCESO: VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES				
Porcentaje de miembros objetivo que cuentan con información de cumplimiento de corresponsabilidades	93.00%	95.00%	95.00%	95.00%
PROCESO: ENTREGA DEL INCENTIVO MONETARIO				
Porcentaje de distritos con al menos un punto de pago	48.80%	51.00%	52.00%	53.00%
<p><i>Nota.</i> Indicadores de desempeño del programa Juntos 2018. Adaptado de "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)" por Instituto Nacional de Estadística (INEI), 2017.</p>				

2.3.4.14. Operacionalidad

PROCESOS OPERATIVOS

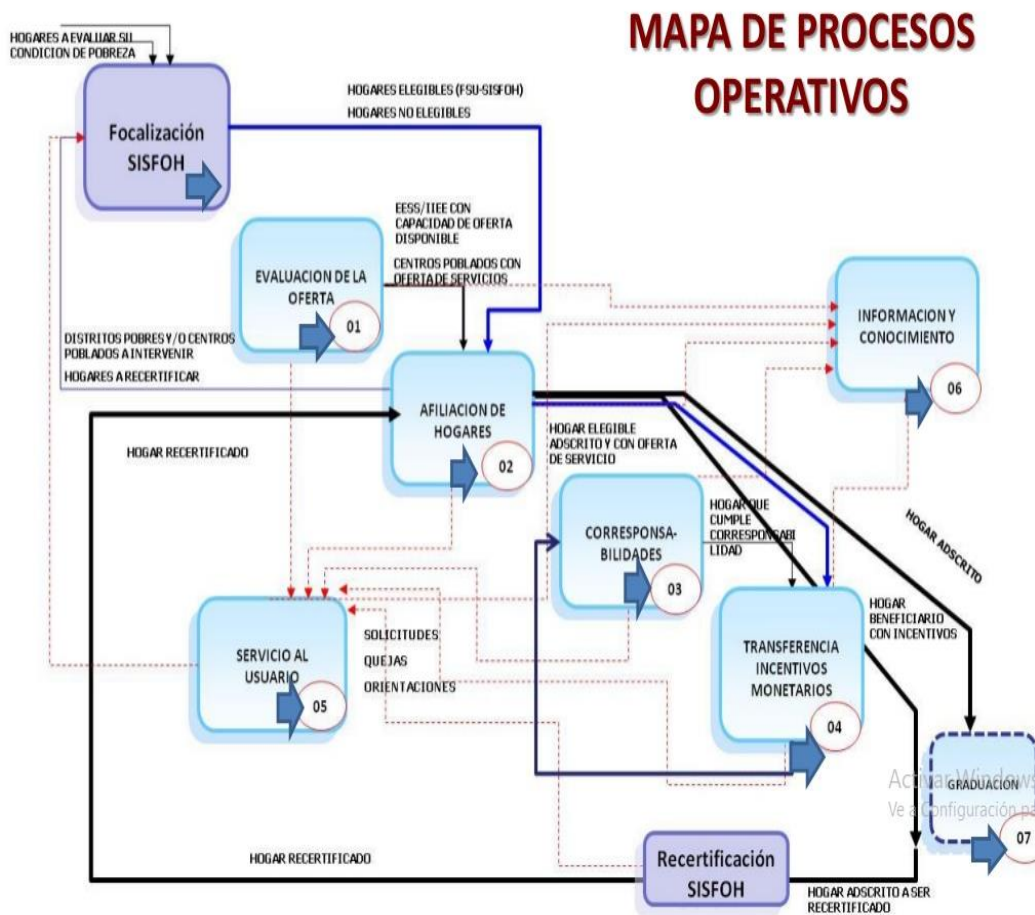


Figura 10. Mapa de procesos operativos, desde la afiliación hasta la graduación del beneficiario. Adaptado de " IV Seminario Internacional Sobre Programas de Transferencias Condicionadas" por I. Hidalgo, 2011, p.9.

2.3.4.15. Deficiencias del programa

No obstante, a pesar de sus logros, el Programa enfrenta diversos retos. Entre otros, se ha identificado tres principales:

- a) Posible ineficiencia del esquema de transferencias vigente (i.e., monto actual es fijo - 200 soles bimensuales - independientemente de las características demográficas de las familias),
- b) Inadecuados mecanismos de verificación del cumplimiento de corresponsabilidades y
- c) Limitada capacidad de oferta de los Sectores Salud y Educación (i.e., paquete básico de prestaciones) en las zonas donde interviene el programa. Adicionalmente, el Programa enfrenta retos vinculados a sus arreglos institucionales, capacidades técnicas y coordinación intersectorial.

De cara al reajuste de los procesos operativos del Programa, el equipo de JUNTOS con asistencia técnica del Banco Mundial, ha identificado la “ruta crítica” a seguir. Así, las tres principales líneas de revisión y reajuste de JUNTOS son:

Mejorar la articulación y coordinación con los sectores para garantizar la prestación de los servicios de educación y de salud y la verificación del cumplimiento de las familias a sus compromisos, revisar el esquema de transferencias monetarias para alinear los incentivos al logro de objetivos en materia de reducción de la desnutrición crónica en la primera infancia (0-3 años) y el avance educativo de niños y jóvenes, como base del capital humano, y reestructurar los principales procesos operativos del Programa JUNTOS y fortalecer su institucionalidad con el propósito de mejorar la focalización e incorporación, la verificación del cumplimiento de condicionalidades, la entrega de transferencias monetarias, el monitoreo y evaluación, así como la gestión y dirección del Programa en un marco de transparencia y eficacia orientada a resultados. Así, sobre la base del diagnóstico de sus principales “cuellos de botella” y las líneas de cambio necesarias para operarlos en el corto plazo. (The World Bank, 2009, p. 4).

Tabla 9					
<i>Programa Juntos – Síntesis de la ruta crítica para la revisión y reajuste</i>					
"Cuello de botella"			Lineas de cambio		
1.	Subcobertura de población objetivo relacionada con el proposito de reducción de la desnutrición crónica (menores de 3 años)		Mejora en la focalización y capacidad de afiliación		
2.	Sobreestimación del cumplimiento de corresponsabilidades		Verificación rigurosa a través de los sectores		
3.	Pago a los hogares sin información de cumplimiento y/o sin cumplimiento de corresponsabilidades		Nuevo proceso de entrega de transferencias		
4.	Limitada capacidad de la oferta de salud y educación para atender a las familias		Garantizar la oferta de salud/educación con el paquete priorizado		
5.	No hay sistema de monitoreo de la gestión del Programa (incluida la oferta)		Establecer sistema de monitoreo		
6.	Falta claridad en el modelo y sistema de evaluación		Actualizar y adecuar el modelo y medios de evaluación		
7.	Estructura institucional inadecuada a los retos y escalas del Programa		Establecer una estructura adecuada y profesionalizada		
8.	No hay reglas claras y continuas del programa		Publicar las Reglas de Operación como norma obligatoria para todos los actores		
9.	Ausencia de estrategia clara de recertificación		Redefinir reajustar modelo de incentivos		

Nota. Principales "Cuellos de botella" y sus lineamientos de cambio. Adaptado de " Programa Juntos – Antecedentes, Avances y Resultados de Evaluación" por Banco Mundial. 2009, p.4.

2.3.5. Enfermedades de Salud Pública en el Perú

2.3.5.1. Concepto de salud

La salud es un estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, además se puede definir a la salud como aquellas condiciones físicas óptimas en que se encuentra un organismo en un momento determinado. También se define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. También se define como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente (OMS 1985).

En consecuencia, la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Lo que además es algo utópico ya que cubrir todas las necesidades fundamentales sería imposible, pues se estima que solo entre el 10 y el 25% de la población mundial se encuentra completamente sana.

2.3.5.2. Salud Publica

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

- Enfermedades transmisibles:

Tuberculosis, ITS/VIH/SIDA, Dengue, Chikunguya, Malaria

- Enfermedades No transmisibles

Son enfermedades no infecciosas causadas por un agente distinto al patógeno, pueden ser el resultado de factores genéticos o del propio estilo de vida. Se propagan por: herencia, entorno y comportamiento.

Principales factores de riesgo: dieta no saludable (sal, grasas y azúcares), inactividad física, tabaco y alcohol.

Cáncer, diabetes, obesidad, desnutrición crónica y anemia (MINSA, 2018)

2.3.5.3. Anemia

La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en el organismo, siendo generalmente los valores normales por encima a los 12 gramos por decilitro en la mujer, y a 13,5 en el hombre. La hemoglobina es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos, a la que se une el oxígeno para su posterior transporte y utilización por los distintos tejidos del organismo. Los glóbulos rojos son los corpúsculos de la sangre encargados de transportar el oxígeno a los tejidos. Se originan en la médula ósea, un órgano que se halla dentro de algunos huesos y donde se fabrican la mayoría de los componentes sanguíneos. Cuando desciende el nivel de la hemoglobina en la sangre aparecerán los síntomas: el individuo se notará cansado, pálido, irritable, con menor tolerancia al ejercicio y con aceleración del ritmo cardíaco.

Los niveles de anemia, se clasifican en severa, moderada y leve.

Anemia severa: < 7.0 g/dl

Anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl

Anemia leve: 10,0-11,9 g/dl (10,0-10,9 para las mujeres embarazadas y para los niños).

- Causas

Existen múltiples causas de anemia, siendo la más frecuente la deficiencia de hierro, elemento fundamental sin el cual no se puede fabricar la hemoglobina. Cuando el médico establece que la causa de la anemia es el déficit de hierro tiene a su vez que investigar y establecer la razón de la disminución. Las causas pueden deberse a una baja ingesta de hierro (dietas vegetarianas estrictas), a una mala absorción en el tubo digestivo (enfermedad celiaca, resección de estómago o intestino), a un incremento de las necesidades de consumo (embarazo, infancia), a que se pierde en algún punto del organismo (sangrado menstrual, sangrado digestivo) o a la combinación de algunas de estas causas. Se estima que aproximadamente un 20% de las mujeres en edad fértil tiene déficit de los depósitos de hierro, y hasta un 7% dentro de este grupo, padece de anemia ferropénica en relación a las pérdidas menstruales. En ocasiones es preciso

estudiar el tubo digestivo con endoscopia oral o colonoscopia para averiguar la causa del cuadro

- Tratamiento

Una vez hecho el diagnóstico de anemia ferropénica y establecida su causa, se procederá a la corrección de esta y al tratamiento de la anemia propiamente dicha. Si la anemia es muy intensa, a veces se decide iniciar el tratamiento con una transfusión, pero esto no es necesario en la mayoría de los casos. Sólo será preciso dar hierro para que la médula ósea se recupere. Existen suplementos de hierro para ser administrados vía oral e intravenosa. Habitualmente se prefiere la ferroterapia por vía oral, habiendo en el mercado distintos preparados. Las sales ferrosas son las más baratas y efectivas, aunque algunas personas las toleran mal. Otros preparados (sales férricas, compuestos de ferritina) son en general mejor toleradas aunque se absorben menos. Cuando se ingiere, el hierro es absorbido principalmente en las primeras porciones del intestino delgado (duodeno y yeyuno). Aunque el tratamiento puede iniciarse tomando la medicación con las comidas, para una absorción máxima debe tomarse, si se puede, por lo menos una hora separado de las comidas y dos horas de los antiácidos. La toma junto con vitamina C, como la contenida en el zumo de naranja, aumenta su absorción. El té, el café, los cereales, los antiácidos y las dietas con mucha fibra pueden disminuir la absorción de hierro. Es preciso saber que los preparados de hierro tiñen las heces de negro-gris. (Roman, 2009)

- Consecuencias

Las consecuencias de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles:

- En la etapa fetal existe mayor riesgo de mortalidad por anemia de la madre.
- La anemia en el embarazo está asociada con el aumento de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, así como el bajo peso al nacer.^{1, 2}
- Afecta el desarrollo psicomotor, cognitivo del lactante.
- En los niños y las niñas está asociado con retardo en el crecimiento, retardo en el desarrollo psicomotor y desarrollo cognoscitivo, asimismo la habilidad vocal y la

coordinación motora están disminuidas significativamente; y habrá una resistencia disminuida a las infecciones.

- Tiene consecuencias a largo plazo en edad escolar.
- En cuanto al desarrollo cognitivo de los niños, se sabe que la anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo de los niños, en especial en sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización.
- Disminuye de la capacidad física. En el caso de los adultos, se encuentra que la anemia está asociada a la disminución de la capacidad para realizar labores que requieran trabajo manual o actividad física intensa y, por lo tanto, a una menor productividad, pues la deficiencia de hierro tiene como consecuencia una menor cantidad de oxígeno en la sangre y una menor capacidad de utilizarlo como combustible para el trabajo muscular.
- Afecta a la sociedad. Debido a que la anemia genera una carga importante para el desarrollo del individuo desde temprana edad, se puede decir que tiene un efecto no solo en la vida de cada persona que la padece, sino también sobre la sociedad en su conjunto en términos sociales y económicos. En este sentido, es importante considerar que la anemia, además de generar costos al estado en términos de gasto en salud, genera costos a la sociedad en el largo plazo que deben ser considerados para poder valorar cualquier intervención que busque combatirla y mitigar sus efectos tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto. (Ministerio de Salud, 2019)

2.3.5.4. La anemia en el Perú

La anemia es un problema que afecta a casi todos los países del mundo. En América Latina, la anemia es un problema de salud pública moderado o severo en casi todos los países, excepto en Argentina y Uruguay, donde es un problema leve. En el otro extremo se halla el Perú, donde la anemia es un problema de salud pública severo independientemente del grupo poblacional afectado, tal como se aprecia en el cuadro siguiente.

Tabla 10
Prevalencia de la anemia en los países de América Latina en el periodo 1993-2005

Grupo	Niños menores de 5 años		Mujeres gestantes		Mujeres en edad fértil (MEF) no gestantes	
	Prevalencia	Nivel del problema*	Prevalencia	Nivel del problema	Prevalencia	Nivel del problema
Argentina	18%	L	25%	M	18%	L
Bolivia	52%	S	37%	M	33%	M
Brasil	55%	S	29%	M	23%	M
Chile	24%	M	28%	M	5%	No es problema
Colombia	28%	M	31%	M	24%	M
Ecuador	38%	M	38%	M	29%	M
Guyana	48%	S	52%	S	54%	S
Paraguay	30%	M	39%	M	26%	M
Perú	50%	S	43%	S	40%	S
Surinam	26%	M	32%	M	20%	M
Uruguay	19%	L	27%	M	17%	L
Venezuela	33%	M	40%	M	28%	M

* L: Leve, M: Moderado, S: Severo.

Nota. Prevalencia de la anemia en los países de América Latina en el periodo 1993-2005. Adaptado de "Worldwide Prevalence of Anemia 1993-2005" por World Health Organization, 2008.

En este contexto y en el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2019 y del Plan Nacional Concertado de Salud 2007- 2020, el Gobierno peruano ha planteado como compromiso nacional reducir la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años. En particular, propone la estrategia de suplementación con multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños de entre 6 y 35 meses de edad, inicialmente en etapa piloto en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, y atender de esta forma a 110 000 niños; y, a partir de 2011, llegar a 13 nuevas regiones (Cusco, Puno, Pasco, Ucayali, Junín, Arequipa, Moquegua, Huánuco, Amazonas, Áncash, Loreto, Cajamarca, y Lima Región) y a dos distritos de Lima y Callao (Villa María del Triunfo y Ventanilla, respectivamente). Este es un esfuerzo conjunto del Estado peruano, del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) desde el año 2010, cuyo fin es mejorar la ingesta de micronutrientes en la población infantil y combatir la anemia. Además, el Estado peruano considera la prevalencia de la anemia en menores de 36 meses como objetivo clave del Programa Articulado Nutricional, que es uno de los programas estratégicos del Ministerio de Economía y Finanzas e involucra acciones de varios ministerios e instancias de Gobierno. Otra política del Gobierno es la distribución gratuita de sulfato ferroso a las madres gestantes (afiliadas al Seguro Integral de Salud - SIS) en sus controles prenatales, medida busca combatir la anemia entre las gestantes al mismo tiempo que asegurar la salud de los recién

nacidos. De acuerdo al informe del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN) para el periodo 2008-2009, la anemia afectaba al 43,4% de los niños de 6 a 35 meses de edad a nivel nacional. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), a su vez, proporciona resultados similares a los del MONIN. Al 2010, la prevalencia de la anemia en niños menores de 5 años fue del 37,7% a nivel nacional, mientras que aquella entre las MEF fue de 21,5%. Asimismo, el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) señala que, en el año 2010, el 25% de mujeres gestantes padecía de anemia y que las más perjudicadas eran las de la sierra sur y central. La anemia en el Perú, la evolución temporal de la prevalencia de la anemia para niños menores a 5 años y MEF en el Perú puede observarse en el gráfico.

Prevalencia de la anemia por grupo poblacional

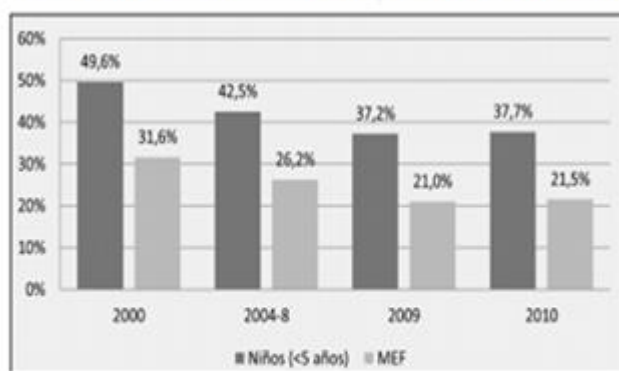


Figura 11. Prevalencia de Anemia en niños menores de 5 años y Mujeres en Edad Fértil (MEF) desde el 2000 al 2010. Adaptación de "Impacto económico de la anemia en el Perú" por L. Alcázar, 2012, p.21

La evolución de la prevalencia de la anemia en los niños menores de 5 años se compara con la evolución de la desnutrición crónica y de la pobreza en el gráfico 2. Resalta, en primer lugar, que la prevalencia de la anemia es superior a la de la desnutrición a lo largo del tiempo. Otro rasgo que se puede observar es que, al igual que la desnutrición, la prevalencia de la anemia se ha mantenido constante en los últimos dos años. En contraste, la incidencia de la pobreza ha disminuido ligera y constantemente.

De acuerdo a la encuesta del MONIN 1997- 2001, con una muestra no comparable, la prevalencia de la anemia en infantes fue del 44% en 1997, del 33% en 1998, del 40% en 1999 y del 42,1% en 2000. Por su parte, en el caso de las MEF, la prevalencia de la anemia fue del 37,1%, del 31,9%, del 32,2% y del 40,9% de los años 1997 a 2000,

respectivamente. (Instituto nacional de Estadística e Informática Informe técnico. Evolución de la pobreza 2004-2010. Actualización metodológica. Pág.22).

Prevalencia de la anemia, desnutrición y pobreza

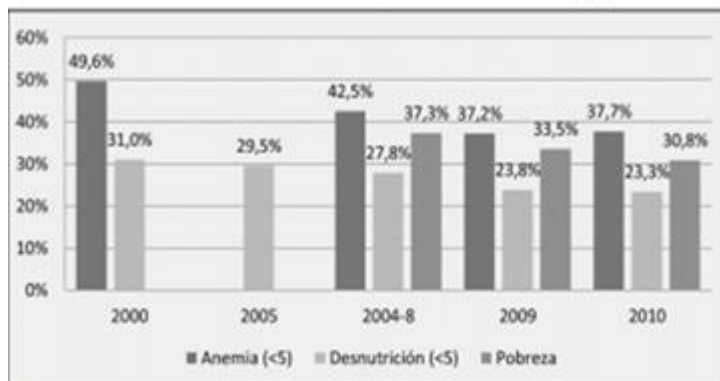


Figura 12 Prevalencia de Anemia, desnutrición en niños menores de 5 años, desde el 2000 al 2010, en el caso de desnutrición el periodo es 2007 - 2008. Adaptación de "Impacto económico de la anemia en el Perú" por L. Alcázar, 2012, p.22

Además, cabe resaltar que la anemia afecta de manera heterogénea a los diferentes grupos poblacionales. De este modo, los niños menores de 5 años que viven en las zonas rurales se ven más afectados que aquellos que residen en las zonas urbanas. Así, el gráfico 3 muestra que si bien la prevalencia de la anemia se ha reducido en ambas zonas, la brecha urbano-rural ha aumentado en la década pasada.

Prevalencia de la anemia en los niños menores de 5 años

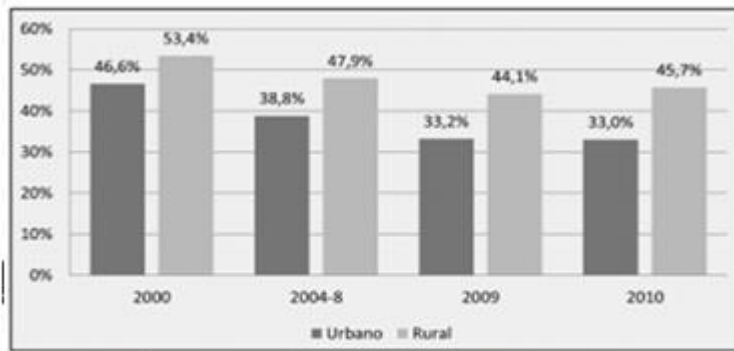


Figura 13. Prevalencia de Anemia, de acuerdo a su grupo poblacional (urbano, rural) en niños menores de 5 años, desde el 2000 al 2010. Adaptación de "Impacto económico de la anemia en el Perú" por L. Alcázar, 2012, p.22

A diferencia del caso de los adultos, no son significativas. La prevalencia de la anemia entre niños varones menores de 5 años fue de 38,9% y, en el caso de las niñas mujeres, fue de 36,5%. La alta prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad fértil y en especial entre las mujeres gestantes pone en riesgo la salud del niño y de la madre, pues la anemia está directamente relacionada con la precocidad del parto. Un parto prematuro tiene como principal consecuencia el bajo peso al nacer y este está ligado a serios problemas de salud de los niños.

Además, entre las principales causas de morbilidad materna se encuentra el embarazo terminado en aborto, el cual está relacionado con un parto prematuro (y este, a su vez, con la anemia de la madre). Así, existe evidencia de que la anemia representa un severo problema de salud en el Perú con consecuencias inmediatas y de largo plazo. Inmediatas porque genera problemas en la población actual y de largo plazo porque estos tienen secuelas de larga duración. Por ello, la atención de la anemia debe ser una prioridad de política pública.

Los bebés con bajo peso al nacer pueden sufrir del síndrome de dificultad respiratoria, poseer un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua o presentar una insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), problemas que a su vez pueden causar daños cerebrales. Un bebé prematuro puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos), pues puede no haber tenido tiempo suficiente como para almacenar hierro. Los bebés de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la

temperatura normal del cuerpo, lo que a su vez puede causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar un crecimiento más lento. (Alcazar L. , 2012, pág. 19;20;21;22)

Cuanto le cuesta al Perú la anemia?

La anemia le cuesta a la sociedad peruana S/. 2777 millones de soles

Frente a la magnitud del problema de la anemia en el Perú —el país más afectado por la anemia de toda Sudamérica (solo igual que Guyana) de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud—, según el actual estudio estima que los costos económicos para el Estado, la economía y sociedad peruana debido a la prevalencia de la anemia entre los adultos; los costos económicos futuros que acarreará en la economía peruana la prevalencia de anemia actual en los niños; y estima los costos en que incurre el Estado debido a la atención de la anemia y de los problemas de salud derivados. Además, realiza un ejercicio de estimación de los costos en que incurriría el Estado peruano para prevenir la anemia entre los niños y mujeres gestantes.

Se muestra que la anemia le cuesta a la sociedad peruana aproximadamente S/ 2777 millones (0,62% del PBI). El componente más importante de este costo es el referido a los efectos de la pérdida cognitiva en los adultos que fue generada por la anemia durante su infancia temprana.

Además, el gasto del Estado para tratar a los anémicos y las consecuencias de esta alcanzaría los S/. 22 millones, en contraste con un costo de prevención a través de la entrega de sulfato ferroso a niños de entre 0 y 35 meses de edad y madres gestantes de S/. 18 millones: solo el 2,8% del total del gasto que la anemia le genera al Estado. Sin embargo, esto no es suficiente, hay que sumarle la inversión en capacitación al personal de salud y a la población, trabajo con las regiones, así como mayor presupuesto para incluir en otros programas sociales que incluyan medidas para combatir la anemia.

Distribución de los costos para el país según su fuente de procedencia

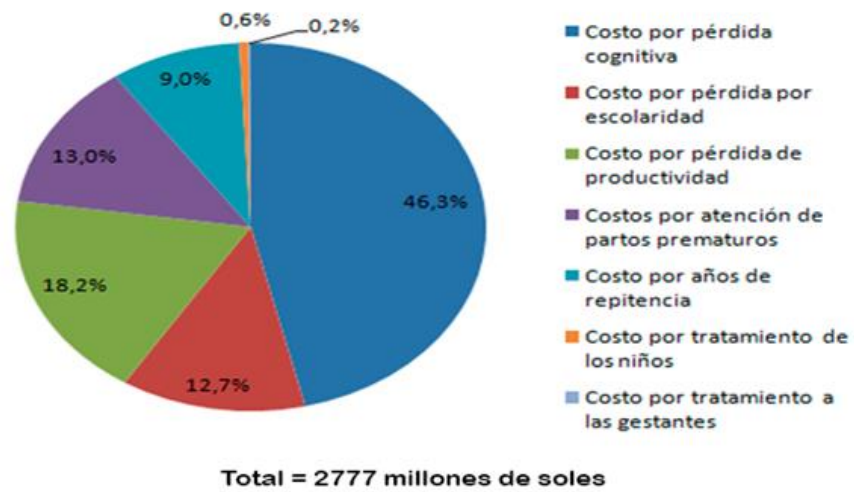


Figura 14. Porcentaje de componentes referidos al gasto nacional que genera la anemia como problema de salud Pública. Adaptado de " Impacto Económico de la Anemia en el Perú" L. Alcázar, 2012.

2.3.5.5. Anemia en Imata

Ubicado al sur del Perú, en la región Arequipa, provincia de Caylloma, se encuentra el distrito de San Antonio de Chuca, cuya extensión es de 1531 km² a una altitud de 4457 msnm. Cuenta con una población de 1415 habitantes. El poblado de Imata constituye uno de los anexos componentes de este distrito, donde se encuentra ubicada la municipalidad distrital.

Tabla 11		
<i>Niños Menores de 03 Años Atendidos en Establecimientos de Salud 2018</i>		
DISTRITO	San Antonio de Chuca	
LOCALIDAD	Total	86
	Pillones	7
	Pillone	1
	Pampa Blanca	3
	Vincocaya	4
	Chuca	7
	Imata	46
	Colca	14
	Pasma	4
SEXO	Masculino	51
	Femenino	35
ANEMIA	Total	53
	Leve	14
	Moderada	39
	Severa	0
NIÑOS	No evaluados	0
	Normal	33
JUNTOS	Total	3
	Normal	1
	Anemia Leve	1
	Anemia moder	1
TOTAL NIÑOS		86
<p><i>Nota.</i> Niños Menores de 03 Años Atendidos en Establecimientos de Salud en el Distrito de San Antonio de Chuca 2018. Adaptado de " Gerencia Regional de Salud Arequipa", 2018.</p>		

Tabla 12		
<i>Niños Menores de 03 Años Atendidos en Establecimientos de Salud mes de Diciembre año 2018</i>		
DISTRITO	San Antonio de Chuca	
	Total	14
	Pillones	
	Pillone	0
	Pampa Blanca	0
LOCALIDAD	Vincocaya	1
	Chuca	1
	Imata	7
	Colca	2
	Pasma	3
SEXO	Masculino	8
	Femenino	6
	Total	10
ANEMIA	Leve	7
	Moderada	3
	Severa	0
NIÑOS	No evaluados	
	Normal	4
	Total	1
JUNTOS	Normal	0
	Anemia Leve	1
	Anemia moder	0
TOTAL NIÑOS		14
<i>Nota. Niños menores de 03 años atendidos en Establecimientos de Salud en el Distrito de San Antonio de Chuca en Diciembre del 2018. Adaptado de "Gerencia Regional de Salud Arequipa", 2018.</i>		

Tabla 13

Anemia en menores de 03 años en el Distrito de San Antonio de Chuca de acuerdo al INS

Región Arequipa	Años- Anemia %								
Distrito	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
San Antonio de Chuca	90.9	89.5	93.5	90.5	100	11.8	27.3	No datos	No datos

Nota. Porcentaje de Anemia en niños menores de 03 años en el Distrito de San Antonio de Chuca. Adaptado de "MINSa-INS/ Centro Nacional de Alimentación y Nutrición/SIEN", 2018.

Tabla 14

Anemia en menores de 03 años en el Distrito de San Antonio de Chuca de acuerdo a la GERESA

Región Arequipa	Años-Anemia %			
Distrito	2019*	2018	2017	2016
San Antonio de Chuca	47.4	96.2	74	85.4

Nota. Porcentaje de Anemia en niños menores de 03 años en el Distrito de San Antonio de Chuca. Adaptado de "Sistema De Información Del Estado Nutricional Del Niño Menor De Cinco Años Y Gestantes Que Acceden Al Establecimiento De Salud - SIEN", 2018.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3. Variables

3.1. Variable 1

3.1.1. Definición

La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud, según la Organización Mundial de la Salud.

Los niveles de anemia, se clasifican en severa, moderada y leve.

Anemia severa: < 7.0 g/dl

Anemia moderada: 7.0-9.9 g/dl

Anemia leve: 10,0-11,9 g/dl (10,0-10,9 para las mujeres embarazadas y para los niños).

3.2. Variable 2

Gestión del Programa JUNTOS en Imata

El Programa Social cuenta con 3 procesos fundamentales: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales y Procesos de Soporte, todos estos se debe aplicar en las zonas de estudio con la finalidad de lograr los objetivos del Programa referidos a la disminución de la anemia.

			Procesos de Soporte	<p>Verificación de cumplimiento de responsabilidades</p> <p>Liquidación y transferencia</p> <p>Entrega de incentivo monetario condicionado</p> <p>Mantenimiento de padrón de hogares</p> <p>Acompañamiento familiar</p> <p>Gestión Administrativa</p> <p>Gestión de Personas</p> <p>Gestión de sistemas de Tecnología de la Información</p> <p>Gestión de Asesoramiento Jurídico</p>
--	--	--	---------------------	--

3.5. Alcance de investigación

Según el estado del arte del conocimiento es un estudio aplicativo. Puesto que identificaremos la cantidad de niños menores de 3 años beneficiarios del programa social que cuentan con anemia en todos sus niveles, cual es el impacto de la subvención económica que brinda este programa social contra la anemia y así ir identificando acciones de mejora en la gestión del programa social en la zona de estudio.

3.6. Diseño de la investigación

Se realiza este estudio con un diseño no experimental de corte transversal en el periodo de diciembre 2018. Esto dado que los investigadores no intervienen en la realidad en la que se desarrolla el Programa Social JUNTOS en la localidad de Imata, sino que son observadores de la misma.

3.7. Población y Muestra

3.7.1. Caracterización de la población

La población está conformada por 11 niños menores de 3 años, beneficiarios del programa social en el distrito de Imata.

3.7.2. Determinación de la muestra

El muestreo a emplear es de carácter no probabilístico por conveniencia, puesto que se aplicará los cuestionarios conforme asistan los beneficiarios a sus controles con continuidad, por lo cual, se contó con un muestreo de 11 madres beneficiarias

3.8. Técnicas e instrumentos

Se aplica la técnica de la encuesta, con el instrumento: cuestionario.

Este cuestionario específico, en su primera parte, las características, geográficas, educativas, de vivienda y gastos principales de los beneficiarios del programa social Juntos del poblado de Imata.

En su segunda parte identifica la percepción que tienen los beneficiarios a la gestión del programa social.

En la tercera parte, describe el conocimiento de los beneficiarios, en forma general acerca de la anemia.

En la cuarta parte se cuestiona al personal de salud, sobre su percepción hacia el programa social, y beneficiarios.

En la quinta parte se cuestiona al gestor del programa social, encargado de la zona de estudio, acerca de su percepción sobre la gestión del programa social, y el impacto que genera en los beneficiarios.

Dichos cuestionarios, han sido validados por juicio de expertos. (Ver anexo)

3.9. Proceso de recolección, sistematización y procesamiento de la información

Se realizaron coordinaciones a fin de recaudar la información. En primer lugar, se levantó la información de las fichas anteriormente mostradas.

En segundo lugar, se recaudó información de la Gerencia Regional de Salud, específicamente de las evaluaciones de dosaje de hemoglobina, del distrito perteneciente a nuestro ámbito de estudio, de los últimos 2 años (ya que no se cuenta con la información de 5 años atrás)

Solicitud de permiso a los padres de los niños a evaluar, con previas coordinaciones con los establecimientos de salud y escuelas de los distritos del ámbito de nuestro estudio

Aplicación de encuestas a los padres de los niños evaluados y a los encargados de los establecimientos de salud

3.10. Procesamiento de la Información

Los datos serán vaciados al programa estadístico SPSS para un análisis estadístico descriptivo, teniendo posteriormente los resultados y su interpretación, conociendo así los niveles de anemia presentes en la población objetivo, así como las razones por las cuales asisten o dejan de asistir al programa.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4. Resultados

4.1 Situación problemática

4.1.1 En el Perú: La prevalencia de anemia infantil en el Perú actualmente se encuentre en un 42.2% según el INEI.

Los programas sociales del Estado tienen un impacto real en la reducción de la pobreza monetaria, en más de 2 puntos porcentuales, de acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la pobreza monetaria sin los programas sociales llegaría a 23.5% de la población del país, pero con los programas Juntos y Pensión 65 este porcentaje se reduce a 21.7%. (INEI 2019).

4.1.2 En Arequipa: El 2018, la anemia aumentó 4.2% en niños de tres años. Fueron varias las causas en ese retroceso, como el desconocimiento de los padres y el relajamiento de las políticas públicas estatales. En la batalla contra la anemia infantil hay avances y retrocesos. En el 2017, hubo una reducción de 10.3% en menores de tres años.

La última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) llama la atención a un incremento de la anemia. El mal volvió a recrudecer y avanzó 4.2%. Ahora 38.4% de niños de la región tienen anemia.

4.1.3 En Imata: Esta localidad está ubicada a 4490 m.s.n., pertenece al Distrito de San Antonio de Chuca, provincia de Caylloma, región Arequipa, cuenta con una población de 1415 habitantes, siendo el total de niños menores de 3 años 46, de los cuales se considera que 26 presentan anemia en todos los niveles. En la zona se identificó la presencia de los programas sociales Juntos, Qaliwarma, Vaso de leche, los cuales se encuentran en la lucha contra la anemia y desnutrición, pero el impacto aún no se ve reflejado en un descenso de la anemia, ya que solo la mitad de los niños menores de 3 años con anemia se encuentran afiliados al programa social Juntos.

4.1. Resultados descriptivos

Apellidos	Fecha de Nacimiento	Edad: meses	Sexo	Fecha de visita	Diagnóstico	JUNTOS
Niño 1	28/06/2017	17	M	06/12/2018	Anemia moderada	si
Niña 2	13/07/2017	17	F	06/12/2018	Anemia leve	si
Niño 3	26/08/2016	27	M	05/12/2018	Anemia moderada	si
Niño 4	14/08/2016	33	M	06/12/2018	Anemia leve	si
Niña 5	29/01/2016	31	F	05/12/2018	No anemia	si
Niña 6	06/02/2016	33	F	05/12/2018	No anemia	si
Niña 7	23/03/2015	44	F	05/12/2018	Anemia moderada	si
Niña 8	04/07/2015	34	F	05/12/2018	Anemia moderada	si
Niño 9	02/04/2015	43	M	05/12/2018	Anemia moderada	si
Niña 10	14/10/2016	26	F	06/12/2018	No anemia	si
Niña 11	21/06/2015	41	F	06/12/2018	Anemia leve	si

Nota. Del total de niños afiliados al programa JUNTOS, el 73% presentó anemia de acuerdo a sus controles de dosaje de hemoglobina en el 2018. Adaptación propia: en base a la investigación realizada, 2018

	Fecha de Nacimiento	Edad: meses	Sexo	Fecha Controles	Diagnóstico	JUNTOS
Niño 1	28/06/2017	14	M	1- No acudió 2- 05/12/2018	No evaluado Anemia Leve	no
Niña 2	13/07/2017	14	F	1- No acudió 2- No acudió	No evaluado No evaluado	no
Niña 3	01/06/2017	15	F	1- No acudió 2- 13/10/2018 3- 22/11/2018 4- 21/12/2018	No Evaluado No Evaluado No Evaluado No Evaluado	no
Niña 4	22/05/2017	15	M	1- No acudió 2-16/10/18	No Evaluado Anemia leve	no
Niño 5	22/03/2017	18	M	1- 23/09/2018 2- No acudió 3- 12/12/2018	No Evaluado No Evaluado Anemia Leve	no
Niña 6	12/09/2017	12	F	1- 23/09/2018 2- No acudió 3- No acudió	Anemia Leve No Evaluado No Evaluado	no
Niño 7	06/04/2017	18	M	1- 04/11/2018	Anemia Moderada	no

Nota . Del total de niños atendidos en el Puesto de Salud Imata en el último trimestre del 2018, ninguno es beneficiario del programa JUNTOS. Adaptado de "SIEN-GERESA", 2018.

TABLA 17					
<i>Niños Menores de 03 Años Afiliados a JUNTOS en el Distrito San Antonio de Chuca evaluados desde Setiembre a Diciembre 2018</i>					
	Fecha de Nacimiento	Edad: meses	Acudió Controles	Diagnóstico	JUNTOS
Niño 1	28/06/2017	17	21/09/2018	Anemia leve	si
Niño 2	13/07/2017	16	17/09/2018	Anemia leve	si
Niño 3	26/08/2016	27	No Se Presentó		si
Niño 4	14/08/2016	27	15/10/2018	Sin anemia	si
Niño 5	01/12/2015	35	17/09/2018	Anemia leve	si
Niño 6	02/01/2016	34	29/09/2018	Anemia moderada	si
Niño 7	02/08/2016	27	15/09/2018	Anemia moderada	si
Niño 8	22/03/2017	21	No Se Presentó		si
Niño 9	04/04/2016	32	No Se Presentó		si
Niño 10	20/05/2017	19	No Se Presentó		si
Niño 11	22/05/2017	19	16/09/2018	Anemia leve	si
Niño 12	18/10/2015	38	No Se Presentó		si
Niño 13	25/09/2016	27	29/09/2018	Anemia leve	si
Niño 14	05/02/2016	34	No Se Presentó		si
Niño 15	20/12/2017	12	15/09/2018	Anemia moderada	si
Niño 16	24/02/2017	22	24/10/2018	Anemia leve	si
Niño 17	07/01/2018	11	No Se Presentó		si

Nota. Del total de niños afiliados al programa JUNTOS, sólo el 53% acudió a sus controles de dosaje de hemoglobina y solo uno no presentó anemia. Adaptado de "Base de datos, Resultados de anemia 2018" por Programa Social Juntos, 2018.

Se observa que la información de la tabla 15 correspondiente a nuestra investigación solo coincide al comparar con la tabla 16, correspondiente a la información de la GERESA, en dos niños beneficiarios a Juntos, habiendo un total según nuestra investigación de 11 niños beneficiarios, mientras que en la tabla 16, correspondiente a la GERESA ningún niño es beneficiario del Programa Social, lo que consideramos una deficiente coordinación en la transferencia de información de ambas instituciones. Respecto a la tabla de Juntos, Tabla 17, solo coincidieron 4 niños beneficiarios respecto a la tabla de nuestra investigación (Tabla 15) y solo 1 niño beneficiario, comparando la tabla de JUNTOS con la de la GERESA, por lo tanto, se evidencia que no existe relación entre las tablas, a pesar que se recogió la información en el mismo periodo de tiempo.

4.2. Resultados de Padres de Familia

Tabla 18

¿Sabe usted qué es la anemia?

	Frecuencia	Porcentaje
Es una enfermedad que se da por falta de hierro en nuestro organismo	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018.

Tabla 19

¿Un niño con anemia presenta la piel de color?

	Frecuencia	Porcentaje
Pálida	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018.

Tabla 20

¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?

	Frecuencia	Porcentaje
Comer escasos alimentos ricos en hierro	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018.

Tabla 21

¿Cuál cree usted que es la consecuencia de anemia en su niño?

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo rendimiento escolar	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018.

Tabla 22

¿Dónde llevaría su niño cuando está enfermo?

	Frecuencia	Porcentaje
Al EESS	8	72,7
Consultando a la farmacia	3	27,3
Total	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 23

¿Qué prueba para confirmar la anemia?

	Frecuencia	Porcentaje
Prueba de hemoglobina y hematocrito	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 24

¿Sabe usted que es el hierro?

	Frecuencia	Porcentaje
Es un nutriente presente en el organismo	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

En las tablas anteriores se observa, que el 100% de las madres beneficiarias encuestadas, tienen un adecuado conocimiento de las causas y consecuencias de la anemia, se refleja también que un 72,7% consideran una decisión adecuada acudir al EESS, en caso de alteración de la salud de sus hijos.

Tabla 25

¿Sabe usted que alimento contiene hierro?

	Frecuencia	Porcentaje
Sangresita, baso, hígado y menestras	10	90,9
Beterraga, huevo y carnes	1	9,1
Total	11	100,0

Tabla 26

¿Su niño consume alguna vitamina que ayude en su CRED y a su vez evitar la anemia?

	Frecuencia	Porcentaje
Sulfato ferroso	11	100,0

Nota: Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 27

¿Sabe usted que son los multimicronutrientes y donde los puede

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 28

¿Su niño tiene algún pequeño malestar luego de tomar los multimicronutrientes?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	45,5
No	6	54,5
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 29

¿Ha seguido dándoles los multimicronutrientes a pesar del pequeño malestar?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	90,9
Lo suspendió por un tiempo y reinició la suplementación	1	9,1
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 30

¿Cuál de las siguientes opciones sería la más óptima para contrarrestar el problema de la anemia de su niño?

	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada alimentación	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Así mismo se puede evidenciar que el 45,5% de los niños que han ingerido micronutrientes han presentado algún tipo de malestar, como coloración amarilla de los dientes, estreñimiento, fatiga, a pesar de eso el 90% de madres ha seguido dándoles el suplemento. El 100% de madres encuestadas coinciden que una adecuada alimentación es el principio para contrarrestar el problema de la anemia.

Tabla 31
¿Cómo prepara los micronutrientes?

	Frecuencia	Porcentaje
avena	1	9,1
leche	1	9,1
mazamorras	4	36,4
sopa tibia	1	9,1
Utiliza feranin, dejó de darle multimicronutrientes porque no encontró mejoría	1	9,1
ya no utiliza micronutrientes	3	27,3
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual del conocimiento de la anemia.
 Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 32
¿En qué destina el dinero que recibe del Programa Social Juntos?

	Frecuencia	Porcentaje
carne	1	9,1
carne y fruta	1	9,1
fruta	2	18,2
fruta, verduras	1	9,1
frutas y sangrecita	1	9,1
sangrecita	1	9,1
verduras, fruta	4	36,4
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos.
 Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 33
¿Considera que hay una mejora de los hijos en las escuelas después de la afiliación a JUNTOS?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	81,8
No	2	18,2
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos.
 Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 34
¿Considera que hubo mejoría en la salud de sus hijos después de la intervención de JUNTOS?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	81,8
No	1	9,1
No sabe	1	9,1
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos.
 Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 35
¿Cuál es su opinión respecto a la exigencia de asistir al centro de salud la menos una vez al mes?

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	11	100,0
Desacuerdo	0	0,0
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos.
 Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Los investigadores observan que el 63% de las madres encuestadas prepara adecuadamente los multimicronutrientes (en alimentos fríos), de acuerdo a lo indicado por el personal del establecimiento de salud, si bien el 72% de las madres disponen el dinero en la compra de alimentos saludables (fruta, verdura, carne), no hay mucha evidencia en el direccionamiento hacia alimentos ricos en hierro. El 81% de las encuestadas percibe que ha habido mejora en la educación y la salud de sus hijos, gracias a JUNTOS, pero aún existen un 19% de madres que no ve cambio alguno.

Tabla 36

¿Cuál es su opinión respecto a la exigencia de asistir para el control de peso, talla y vacunaciones para menores de 3 años?

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	11	100,0
Desacuerdo	0	0,0
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 37

¿Cómo calificaría la calidad de atención proporcionada cuando asiste al centro de salud de acuerdo a lo establecido por el programa JUNTOS?

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	3	27,3
Buena	8	72,7
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 38

¿Cómo calificaría la calidad de atención proporcionada cuando asiste al control de peso, talla y vacunas de niños menores de 3 años?

	Frecuencia	Porcentaje
Regular	1	9,1
Buena	10	90,9
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 39

¿Cómo calificaría usted el centro de salud

	Infraestructura	personal	medicina, vacunas, otro
Regular	36,4	27,3	36,4
Buena	63,6	72,7	63,6
Total	100,0	100,0	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Los investigadores consideran que el 100% de las madres están de acuerdo con las exigencias de asistir al control de peso, talla y vacunaciones para sus menores de 3 años, 72% considera buena la atención en el centro de salud, de acuerdo a lo establecido por el Programa JUNTOS, un 91% califica la atención de controles CRED por el centro de salud como buena, además se observa que el 63% de las encuestadas considera buena la infraestructura del puesto de salud así como el servicio de medicinas, vacunas, etc.

Tabla 40

¿Qué ha cambiado en la comunidad desde que se implementó el programa JUNTOS?

	Frecuencia	Porcentaje
Hijo dejó de tener anemia y asiste a las campañas nutricionales y está informado	1	9,1
Mejoría en rendimiento escolar	1	9,1
No hay cambio significativo	4	36,4
Si mejoría	5	45,5
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual de la percepción sobre el Programa Social Juntos. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Los investigadores pueden observar que un 45.5% de madres beneficiarias perciben una mejoría en su comunidad desde que se implementó el programa, un 9% asegura que sus menores hijos salieron de la anemia gracias al programa y otro 9% considera que sus hijos mejoraron su rendimiento escolar, por lo tanto el 36% restante de encuestadas no evidencian un cambio significativo.

Tabla 41

¿A qué instituciones corresponde el seguro que tiene?

	Frecuencia	Porcentaje
SIS	8	72,7
No está afiliado	3	27,3
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 42

¿Sabe leer y escribir?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 43

En su familia ¿Quiénes trabajan?

	Frecuencia	Porcentaje
Papá	8	72,7
Mamá	1	9,1
Ambos	2	18,2
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Se observa que el 72.7% de las madres beneficiarias, tiene seguro SIS, y un 3% no está afiliado a ningún tipo de seguro, el 100% de las madres sabe leer y escribir y en el 72% de las familias el papá es quien trabaja, el 18,2% ambos y un 9,1% solo la mamá.

Tabla 44
¿Cuál es su trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje
comercio	2	18,2
construcción	2	18,2
construcción/pastoreo	1	9,1
grifero	1	9,1
pastoreo	3	27,3
pastoreo/construcción	1	9,1
promotora PRONEI y esposo en construcción	1	9,1
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 45
¿El jefe del hogar es?

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	9	81,8
Mujer	2	18,2
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 46
Nro. de personas que integran la familia

	Frecuencia	Porcentaje
3,00	1	9,1
4,00	8	72,7
5,00	2	18,2
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 47
Nro. de beneficiarios

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	5	45,5
2,00	6	54,5
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 48
¿De dónde proviene el abastecimiento de agua?

	Frecuencia	Porcentaje
Potable	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 49
¿Qué hacen al agua antes de beberla?

	Frecuencia	Porcentaje
Hervir	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Respecto a las características principales de vida de los investigadores evidencian que el 81.8% de las encuestadas considera al padre como el jefe de familia, respecto a su principal fuente de ingresos el 27% se dedican solo pastoreo y otro 18% al pastoreo y construcción ambas actividades son estacionarias, 18% al comercio, 18% solo a construcción, como se puede observar las actividades son dispersas y dependen muchas veces de la estación climatológica, en la temporada de lluvia, enero y febrero, algunas familias migran a la ciudad de Arequipa. Se evidencia también que en el 54.4% de familias hay por lo menos 2 beneficiarios y el 72.7% de las familias está integrada por 4 miembros.

El 100% de las familias cuentan con agua potable y la hierven para consumirla.

Tabla 50
Según la tenencia su vivienda es

	Frecuencia	Porcentaje
Alquilada	6	54,5
Alojado	2	18,2
Prestada	2	18,2
Otro	1	9,1
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 51
Nro de habitaciones de la vivienda

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	8	72,7
2,00	3	27,3
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

El 54,5% vive en viviendas alquiladas, y el 72.2 % de sus viviendas solo cuentan con una habitación.

Tabla 52
Su gasto principal es

Salud	Educación	Alimentación
4	1	6

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

El gasto principal de estas familias es en alimentación, en lo cual también destinan el subsidio que emite Juntos.

Tabla 53
¿Cuál es el combustible para preparar alimentos?

	Frecuencia	Porcentaje
Gas	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 54
¿Dónde almacena sus alimentos?

	Frecuencia	Porcentaje
estante	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 55
Alimento que consume habitualmente

Desayuno	Almuerzo	Cena	Porcentaje
11	11	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida.
Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Respecto a las características de vida, se puede asumir que el 100% de las familias beneficiarias utiliza el gas licuado como combustible, almacena sus alimentos es estantes y desayunan, almuerzan y cenan habitualmente.

Tabla 56
¿A qué programas sociales pertenece?

	Frecuencia	Porcentaje
Qaliwarma y Vaso de leche	11	100,0
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018.

El 100% de los niños beneficiarios acceden además al Programa Social Qaliwarma y Vaso de leche, en la escuela se les brinda desayunos, en doble ración, uno perteneciente a Qaliwarma y otro a Vaso de leche

Tabla 57
Sus ingresos monetarios son por el concepto de

	Frecuencia	Porcentaje
comercio	2	18,2
construcción	2	18,2
construcción/pastoreo	2	18,2
grifero	1	9,1
pastoero	3	27,3
promotora PRONEI y esposo en construcción	1	9
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Tabla 58
¿Cuál es el monto de ingreso mensual?

	Frecuencia	Porcentaje
no respondió	10	90,9
s/. 600.00	1	9,1
Total	11	100,0

Nota. Agrupación porcentual sobre sus características de vida. Elaboración propia basada en la investigación realizada, 2018

Como se mencionó anteriormente la principal fuente de ingresos en la zona es el pastoreo y la construcción, siendo ambas actividades estacionarias. Respecto a los ingresos percibidos mensualmente por las familias no se logró tener una data exacta, ya que el 90.9% de las encuestadas dudaban en responder a la pregunta, se asume por el temor a ser retirados del Programa

4.3. Entrevista a Gestor de Juntos

Respecto a la primera pregunta. ¿Cuál es su opinión general sobre el Programa Juntos? El gestor considera que el programa tiene resultados positivos, ya que él evidencia que hay una reducción de la deserción escolar en la zona y ve resultados positivos en su trabajo con el centro de salud

¿Considera usted que es regular la asistencia de los niños a sus controles? Responde afirmativamente, ya que considera hay un incremento de asistencias a los controles con relación a los años pasados.

¿Que considera usted que es el principal problema por el cual las madres no llevan a sus niños a los controles? El gestor menciona tres razones principales; el

olvido, la presencia de enfermedades y/o viaje, migración. En enero y febrero la mayoría de familias migra a la ciudad de Arequipa, ya que son épocas de lluvia.

¿Sabe usted la cantidad de familias que migra y abandona el programa? Empezó con 92 usuarios, y actualmente son 70 familias, 22 descartaron porque ya no hay miembro objetivo en la familia o mejoro la condición económica además se identificaron hogares que no residían en el lugar.

¿Considera que después del programa JUNTOS disminuyo la anemia y desnutrición en la zona? Si, el gestor percibe que a raíz del dinero entregado por JUNTOS mejoro la situación económica de varias familias, por lo tanto, mejoraron sus hábitos alimenticios, situación que no se evidencia en las estadísticas.

¿Cuál considera usted que es el principal problema por el cual la anemia y desnutrición no ha disminuido? Por un factor climatológico, el gestor considera que en las épocas de frio los niños enferman y no pueden comer, por lo tanto, su hemoglobina baja rápidamente. El agua no tratada genera enfermedades intestinales, (diarreas, parasitosis). El gestor opina que hace falta un seguimiento estricto al personal de salud.

¿Sabe usted en que destina el beneficiario de Juntos el dinero entregado por el programa? Si, en fruta, avena, útiles escolares.

¿Cada cuánto tiempo realiza las visitas? 1 semana al mes

¿Cuál es el principal problema que encuentra al hacer las visitas? Se prioriza la visita a las familias con niños menores de 3 años, gestantes y familias suspendidas por no cumplir sus obligaciones. Los factores que impiden es la lejanía de su lugar de residencia, de 71 usuarias 5 no van a las reuniones de capacitación

4.4. Entrevista de personal de salud

El personal de salud de la zona de estudio opina que el Programa Social JUNTOS es un programa aceptable, ya que económicamente ayuda a las familias pobres, pero falta colaboración de los beneficiarios.

¿Consideran ustedes que es regular la asistencia de los niños a sus controles?
Tanto enfermera como médico responden que no es regular la asistencia.

¿Que consideran ustedes que es el principal problema por el cual las madres no llevan a sus niños a sus controles? Ignorancia y desinterés, madres descuidadas que no asimilan la importancia del CRED.

¿Sabe usted la cantidad de familias que migra y abandona el programa?
Desconocen

¿Considera que la anemia es un problema de salud pública? Si

¿Considera que después del programa JUNTOS disminuyo la anemia en la zona? Ambos responden poco.

¿Cuál considera usted que es el principal problema por el cual la anemia y desnutrición no ha disminuido? Ambos opinan que por un tema cultural y falta de compromiso de las familias.

¿Cumple usted con las acciones estratégicas del MINSA para reducir la anemia y desnutrición crónica? Si.

¿Sus equipos para el dosaje de hemoglobina y valoración de peso y talla están operativos y calibrados? Si, tanto el hemoglobinómetro, tallímetro y balanza de pie.

4.5. Diagnóstico del Programa JUNTOS en Imata

El Programa Juntos aplica en la provincia de Caylloma, distrito de San Antonio de Chuca desde el año 2015, iniciando con 70 hogares afiliados, 139 miembros objetivo y una transferencia total anual de S/. 14,000, ya que su puesta en marcha fue el último semestre de ese año.

En la siguiente tabla se puede evidenciar el accionar del programa en la zona de estudio para el año 2018.

Tabla 59

<i>Información Bimestral Del Programa Juntos 2018 - San Antonio De Chuca</i>							
	I BIMESTRE	II BIMESTRE	III BIMESTRE	IV BIMESTRE	V BIMESTRE	VI BIMESTRE	ANUAL
CCPP con hogares afiliados	0	0	0	0	0	0	0
Hogares afiliados	76	77	75	72	72	70	70
CCNN con hogares afiliados	0	0	0	0	0	0	0
CCPP con hogares abonados	0	0	0	0	0	0	0
Hogares abonados	70	64	68	71	71	69	69
Establecimientos de Salud	0	0	0	0	0	0	
Instituciones Educativas	0	0	0	0	0	0	
Transferencia S/.	14100.00	13200.00	14400.00	14000.00	14100.00	13500.00	83300

Nota. CCPP= Centros Poblados. CIAP= Comunidades Indígenas de la Amazonia Peruana. En los casos que los hogares abonados sean mayores a los afiliados, se debe a que existen hogares desafiados que han sido abonados por cumplir corresponsabilidad en el periodo anterior. Adaptado de "UPP-JUNTOS", 2019

El 65.2% de la población del distrito de Imata pertenecen al quintil 1 de pobreza, de este porcentaje el 20% pertenece al programa social JUNTOS. De las 32 gestantes que se encontraban en el 2018, solo 2 pertenecían al programa JUNTOS y del total de los 49 niños menores de 3 años que vivían en la localidad solo 13 eran beneficiarios. Del total de 221 niños de 5 a 19 años que iban al colegio, solo 83 eran beneficiarios de JUNTOS.

4.6. Servicio del programa JUNTOS en Imata

Una de las principales funciones de JUNTOS es la verificación de las corresponsabilidades, tanto en el sector salud como educación, acción realizada por el gestor adjunto a la zona. Las visitas del gestor a la zona son de aproximadamente 1 semana al mes, la cual comprende la visita al puesto de salud, que implica el traspaso de información de historias clínicas de los niños y gestantes beneficiarias, atendidos en el mes de la visita. También comprende la visita a los colegios para verificar las asistencias de los niños afiliados, de 5 a 19 años. Otra de sus funciones es el acompañamiento familiar a los hogares inscritos, en las que debe motivar conductas que mejoren la interacción familiar y el emprendimiento, además brindar las sesiones demostrativas de preparación de alimentos ricos en hierro de acuerdo a programación anual. Podemos considerar que el tiempo que tiene el gestor para realizar el acompañamiento familiar por familia, es bimensual, lo que parece ser

insuficiente para poder hacer un seguimiento efectivo del impacto que genera este servicio de acompañamiento familiar.

El gestor recauda la información de medios físicos como las historias clínicas y la lista asistencias en el caso de los colegios, posteriormente la ingresa a un dispositivo electrónico (Tablet), para luego remitir la información a su supervisor. En este proceso de transmisión de la información consideramos puede haber vicios de registros.

A este gestor zonal se le asigna un supervisor regional, quien hace visitas aleatorias aproximadamente 1 día cada 2 meses.

Como se vio anteriormente el gestor de JUNTOS tiene muchas responsabilidades a cargo, por lo que se toma en cuenta que el poco tiempo que se encuentra en la zona de estudio, no es suficiente para poder cumplir. Además, este gestor presenta bajo su responsabilidad 2 distritos más.

4.7. Procesos administrativos

Como se visualiza anteriormente los resultados no tienen concordancia, no podemos evidenciar una real disminución de la anemia, por lo tanto, podemos concluir que el principal problema de los sectores ministeriales es la pobre coordinación y articulación a nivel sectorial e intergubernamental manifestada en una deficiente recolección y transmisión de la información.

Partiendo de los procesos del programa social JUNTOS, logramos identificar los principales “cuellos de botella” que inciden en los resultados de nuestro estudio.

Procesos Estratégicos

Mejora continua: Debido a la falta de información certera, que evidenciamos en los resultados, consideramos que un mecanismo de interconectividad de los sectores ministeriales ayudaría a compartir la información relevante de cada uno de ellos. El programa social JUNTOS debería considerar este proceso para la mejora de disponibilidad de información.

Control Institucional: Al no saber que la información emitida por el gestor es “veraz”, podemos considerar que sería una de las causantes de la baja calidad de la misma, por lo tanto, sugerimos un aumento en el número de supervisiones, ya que un supervisor a nivel regional consideramos es insuficiente

Procesos Misionales

Afiliación: Como JUNTOS ya lo evidencia, la mala focalización es uno de los principales procesos a mejorar, ya que contaron con beneficiarios que no eran realmente la población objetivo, por lo que Juntos decidió implementar la campaña “NO DEFRAUDES”, Campaña de prevención y control del Fraude en los procesos de Clasificación Socioeconómica. Lo mencionado anteriormente se toma como una medida para que los recursos del estado se dirijan a la población que realmente lo necesite.

Verificación del cumplimiento de corresponsabilidades: Evidenciando las encuestas tanto del personal de salud así como de la gestora de JUNTOS responsable de la zona de estudio, se puede considerar que un número de madres beneficiarias no cumplen con su responsabilidad hacia el programa, no llevan a sus hijos a los controles en las fechas indicadas, migran a otras zonas por factores económicos y/o climáticos, distancias largas y accidentadas para llegar al EESS, falta de interés, empoderamiento deficiente de los usuarios del programa para el cumplimiento de sus corresponsabilidades.

Mantenimiento de padrón de hogares: En la zona de estudio evidenciamos la alta tasa de migración de beneficiarios por condiciones climáticas y/o económicas específicamente en las épocas de presencia de lluvias, según la encuesta a la gestora el programa JUNTOS la localidad de Imata inicio con 92 usuarios en el 2017 reduciéndose a 71 en el 2018, alguno de ellos ya no son miembros objetivos, otros mejoraron su situación económica o migraron, pero luego retornan a la localidad.

Acompañamiento familiar: Consideramos que es el proceso misional principal para el cumplimiento de los objetivos del programas JUNTOS y de los demás sectores involucrados como el sector salud y educación, ya que este debería incentivar comportamientos saludables por parte de los hogares, el gestor debe tener las competencias necesarias para poder persuadir en la madre beneficiaria y

ayudarla en la incorporación de hábitos saludables y cambios de comportamiento para mejoras de la salud y educación. Es fundamental la presencia continua del gestor en el ámbito de su responsabilidad, sugerimos que resida en la zona de su responsabilidad.

Proceso de soporte

Gestión de personas: Evidenciando que el gestor no tiene un perfil adecuado a nuestro entender para la labor que desarrolla, no presenta las competencias para un soporte con alto contenido social, ya que podemos evidenciar que no hay un cambio en los comportamientos y actitudes de la población, ejemplo en el estudio realizado, porcentaje de madres que no asisten a las charlas de capacitación y sesiones demostrativas. No evidenciamos que los gestores realicen la estimulación para el emprendimiento como una alternativa de ruptura de la herencia de pobreza entre generaciones.

1. Propuesta

Se considera que el modelo de gestión administrativo más adecuado para el programa JUNTOS en IMATA, es el programa de puentes de CHILE SOLIDARIOS, el cual se propone replicar como un trabajo piloto para imata, con posibilidad de replicarse en otras provincias a nivel nacional.

Los investigadores proponen un nuevo sistema de protección social, que articule el acceso de los afiliados al numeroso conjunto de programas y beneficios sociales que están adscritos a diversos ministerios, esta acción se llevaría a cabo mediante un programa “Puente”, transversal a todos los programas sociales, mediante un profesional o técnico social, que desarrolle un trabajo personalizado con cada familia.

1.1. Estrategia de adecuación

Este programa considera tres componentes: apoyo psicosocial, acceso preferencial a la red de programas sociales y acceso garantizado a los subsidios correspondientes del Estado.

Respecto al primer componente, se considera que el acompañamiento familiar o apoyo psicosocial en la zona debe ser por un periodo de 2 años , con visitas semanales, supervisión y monitoreo constante, evaluando la creación de capacidades y competencias desarrolladas por las familia, con el objetivo de que superen la pobreza mediante la auto sostenibilidad (emprendimientos y/o inserción laboral) y sean sujetos de su propio desarrollo.

Como segundo punto el acceso preferencial a programas sociales, Dimensión Dinámica Familiar: Los participantes tienen acceso preferente a programas de desarrollo social, atención de la violencia intrafamiliar, atención de la violencia contra la mujer, y atención de problemas de dependencia al alcohol.

Dimensión Habitabilidad: Los participantes tienen acceso preferente a los programas de vivienda social, así como a servicios de información y regularización de títulos de dominio.

Dimensiones Empleo e Ingresos: Los participantes tienen acceso preferente a programas de reinserción laboral y empleo en todo el Perú, de apoyo a actividades económicas, de formación y capacitación y de desarrollo agrícola y ganadero local. Asimismo, a programas de generación de micro-empresarios, a formación y capacitación para mujeres. El programa serviría de aval financiero para los beneficiarios que deseen emprender.

El tercer componente es el acceso garantizado de los beneficiarios a los subsidios monetarios del Estado que les corresponden una vez terminado el acompañamiento familiar, después de 2 años. Los beneficiarios tienen que haber cumplido las condicionalidades, específicamente referidas a la educación y salud (asistencias a sus controles CRED y/o hemoglobina, mejora de los % de anemia y desnutrición en el transcurso de los controles en niños menores de 3 años, 100% de asistencia a las sesiones demostrativas, verificación de la presencia de alimentos ricos en hierro en los hogares, asistencia a las escuelas en niños y adolescentes de 5 a 19 años, notas aprobatorias durante todo el periodo escolar, en el caso de familias donde haya habido niños menores de 3 años con anemia y/o desnutrición hayan salido de estos cuadros en el periodo perteneciente al programa (2 años). Este subsidio será entregado a los egresados del programa por un periodo de 3 años, siempre y cuando mantengan el cumplimiento de responsabilidades.

Los investigadores consideran que la diferenciación de perfil de necesidades de cada familia es importante y se debe aplicar, para que el programa pueda realizar una labor de promoción de capacidades, en lugar del subsidio. En la zona de estudio, se sugiere determinar el perfil familiar de acuerdo a la actividad económica, ya que su principal fuente de ingresos es el pastoreo lo que se considera una actividad de subsistencia.

Por lo cual se considera como estrategia de adecuación, alinear los componentes del programa base a la realidad de Imata, para que se desarrolle de manera adecuada, por ello se considera los siguientes puntos:

1.2. Perfil de familias participantes

Se consideraran familias pertenecientes al Quintil 1 de pobreza, según la evaluación del INEI y FONCODES, extrema pobreza, con hijos menores de 19 años y/o madres gestantes.

Madres solteras consideradas pobres o pobres extremas, donde no perciban aporte alguno del padre

Familias pobres y pobres extremas que cuenten con algún miembro con alguna discapacidad o problema mental.

A todas las familias afiliadas se les realizará una evaluación sobre su perfil de acuerdo a su actividad económica para que el programa pueda realizar una labor de promoción de capacidades, en lugar del subsidio.

Durante el proceso de afiliación las familias serán evaluadas incisivamente por el programa durante un tiempo determinado, para así evitar posibles fraudes.

1.3. Selección de los participantes

- a) La selección de los participantes se realizará de acuerdo a la base de datos facilitada por el INEI y FONCODES, donde ya se encuentran registradas las familias seleccionadas por Quintiles de pobreza.
- b) Revisión de la base de datos de habitantes que maneja la Municipalidad de la zona de estudio, de acuerdo a la evaluación SISFOH, de ambas informaciones se hará un comparativo.
- c) Identificación de posibles familias beneficiarias.
- d) Establecimiento de línea base, antes de la afiliación, evaluación a las familias mediante encuestas de la condición socioeconómica, cultural, alimentación, tipo de vivienda, de acuerdo a puntajes establecidos, que afinara la selección de las familias objetivo.

e) Selección de familias que cumplen los perfiles exigidos por el Programa.

A diferencia del Programa Juntos, donde en el procesos de selección interviene la comunidad y autoridades municipales, en el Programa propuesto la selección es un procedimiento donde solo interviene el Programa de manera objetiva.

1.4. Institucionalidad

Este programa considera tres componentes: apoyo psicosocial, acceso preferencial a la red de programas sociales y acceso garantizado a los subsidios correspondientes del Estado.

Respecto al primer componente, se considera que el acompañamiento familiar o apoyo psicosocial en la zona debe ser personalizado y por un periodo de 2 años , con visitas semanales, supervisión y monitoreo constante, evaluando la creación de capacidades y competencias desarrolladas por las familia, con el objetivo de que superen la pobreza mediante la auto sostenibilidad (emprendimientos y/o inserción laboral) y sean sujetos de su propio desarrollo.

Como segundo punto el acceso preferencial a programas sociales, Dimensión Dinámica Familiar: Los participantes tienen acceso preferente a programas de desarrollo social, atención de la violencia intrafamiliar, atención de la violencia contra la mujer, y atención de problemas de dependencia al alcohol.

Dimensión Habitabilidad: Los participantes tienen acceso preferente a los programas de vivienda social, así como a servicios de información y regularización de títulos de dominio.

Dimensiones Empleo e Ingresos: Los participantes tienen acceso preferente a programas de reinserción laboral y empleo en todo el Perú, de apoyo a actividades económicas, de formación, capacitación y de desarrollo agrícola y ganadero local. Asimismo, a programas de generación de micro-empresarios, a formación y capacitación para mujeres. El programa serviría de aval financiero para los beneficiarios que deseen emprender.

El tercer componente es el acceso garantizado de los beneficiarios a los subsidios monetarios del Estado que les corresponden una vez terminado el acompañamiento familiar, después de 2 años. Los beneficiarios tienen que cumplir las condicionalidades, específicamente referidas a la educación y salud (asistencias a sus controles CRED y/o hemoglobina, mejora de los % de anemia y desnutrición en el transcurso de los controles en niños menores de 3 años, 100% de asistencia a las sesiones demostrativas, verificación de la presencia de alimentos ricos en hierro en los hogares, asistencia a las escuelas en niños y adolescentes de 5 a 19 años, notas aprobatorias durante todo el periodo escolar, en el caso de familias donde haya habido niños menores de 3 años con anemia y/o desnutrición hayan salido de estos cuadros en el periodo perteneciente al programa (2 años). Este subsidio será entregado a los egresados del programa por un periodo posterior de 3 años, siempre y cuando mantengan el cumplimiento de responsabilidades

1.5. Financiamiento

El financiamiento será realizado por el Ministerio de Inclusión Social, Midis.

1.6. Resultados

1.6.1. ¿Qué espero?

Superar la extrema pobreza a través de la creación de capacidades y competencias en la población más vulnerable, en lugar de la entrega de transferencias monetarias iniciales.

Reducir la pobreza futura a través de la inversión en capital humano

Reducción sostenida de la presencia de anemia en niños menores de 3 años, generando un impacto positivo en los hábitos de consumo de alimentos ricos en hierro.

La reducción de la anemia se traducirá en una mejora del rendimiento escolar del niño beneficiario evidenciado en el aprendizaje y reflejado en sus calificaciones.

El bono de graduación genera un objetivo a lograr para las familias afiliadas, al otorgarse este bono 3 años posteriores a la graduación del

Programa Social, permite la sostenibilidad de la familia fuera de la condición de pobreza.

Al ser un programa Social “Puente” transversal a los demás programas, el centralizar la información disminuirá la presencia de errores en la recolección y la distribución de la misma.

Un porcentaje mayor a la media de los egresados del Programa Social, logre reinsertarse laboralmente y/o generen micro-emprendimientos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera conclusión:

Los investigadores proponen que la implementación de un programa adaptado a la zona de estudio con características similares a las de Chile Solidario donde además se incluiría un mecanismo de recolección de información que desde el Programa JUNTOS permita alimentar intersectorial e intergubernamentalmente de información única y transversal a todos los interesados, por tal motivo se esperan resultados a corto plazo en los indicadores de educación , salud y la disminución de la anemia.

Segunda conclusión:

Respecto al nivel de anemia que presentan los niños beneficiarios menores de tres años en el poblado de Imata se concluye que incrementó al 2018 y constituye un grave problema de salud pública, en casi todos sus niveles, esto se debió a que a pesar del adecuado conocimiento de las madres beneficiarias acerca de las causas y consecuencias de la anemia, no consumen alimentos apropiados para combatirla, se considera un problema cultural, descuido. La escasa accesibilidad a alimentos ricos en hierro también es un factor, así como su poca aceptación por los niños.

Siendo la principal actividad económica el pastoreo, los pobladores crían ganado pero no lo consumen, ya que prefieren comercializarlo, lo que les genera mayor ingreso económico, dejando de lado el consumo de carne.

Tercera: conclusión

Sobre la situación actual de la gestión del programa JUNTOS, los investigadores concluyen que la gestión que realiza el programa no es la mas adecuada, evidenciándose, que al reportar la información respectiva sobre el impacto del programa en la zona involucrada, presenta diferencias al comparar con los informes presentados por la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, el programa JUNTOS y la información levantada por los investigadores. Así mismo se evidencia que al no saber que la información emitida por el gestor es veraz, podemos considerar que seria una de las causantes de la discrepancia de la información. Respecto al acompañamiento familiar que se considera el proceso principal para el cumplimiento de objetivos del programa, este debería incentivar comportamientos saludables por parte de los hogares, el gestor debe tener las competencias necesarias para poder persuadir a la madre beneficiaria en la incorporación de hábitos saludables y cambios de comportamiento para mejoras en la salud y educación de sus hijos.

RECOMENDACIONES

Primera recomendación

La falta de interconectividad entre los sectores (MINSA, MIDIS, MINDES, Gobiernos Locales y Regionales) genera una deficiente información que no permite tomar las decisiones adecuadas.

Debe primar el criterio técnico para unificar y mantener los programas sociales que son eficientes, buscando que el gasto social se transforme en inversión social.

Implementación de presupuesto por resultados para la asignación de recursos de parte del Ministerio de Economía y Finanzas de acuerdo al cumplimiento de indicadores de impacto, relacionados con los objetivos del programa.

Se recomienda la implementación de un sistema informático que incluya la base de datos de todos los afiliados y que este interconectado con todos los establecimientos de salud del país, así facilitaremos la continuidad de la atención.

Segunda recomendación:

Implementar indicadores que midan el impacto que genera este programa de subvención económica sobre la transmisión de pobreza y disminución de la anemia

Se considera la implementación de “ bodegas comunales” subvencionadas por el gobierno local, donde se podría ofertar alimentos nutritivos ricos en hierro y proteína, a un precio razonable y de fácil acceso a la comunidad. Ya que evidenciamos que estos alimentos no se encuentran fácilmente en la localidad.

Tercera: recomendación:

De acuerdo al cumplimiento estricto de corresponsabilidades se debería considerar un incremento en la subvención económica a las familias beneficiarias que cumplan y, una disminución de la subvención a las que incumplan.

Se recomienda mejorar el procesos de focalización de hogares objetivo, realizando la capacitación y supervisión continua a los responsables de la recolección de la información.

Los autores consideran que es indispensable que el gestor resida en la zona de intervención, para así fortalecer el acompañamiento familiar.

Se deben realizar evaluaciones de impacto del Programa Social periódicamente a las familias beneficiarias, que permitan contar con información oportuna y confiable.

PROPUESTA

Se considera que el modelo de gestión administrativo más adecuado para el programa JUNTOS en IMATA, sería un programa similar al programa puente de CHILE SOLIDARIO, el cual se propone replicar adaptado a la realidad local del ámbito de estudio, con posibilidad de aplicarse también en otros distritos de JUNTOS a nivel nacional.

Los investigadores proponen un nuevo sistema de protección social, que articule el acceso de los afiliados al numeroso conjunto de programas y beneficios sociales que están adscritos a diversos ministerios, esta acción se llevaría a cabo mediante un programa “Puente”, transversal a todos los programas sociales, mediante un profesional o técnico social, que desarrolle un trabajo personalizado con cada familia. Sobre todo por la aplicación de un instrumento de recolección de la información que integre la data para todos los sectores intergubernamentales.

Este programa considera tres componentes: apoyo psicosocial, acceso preferencial a la red de programas sociales y acceso garantizado a los subsidios correspondientes del Estado.

Respecto al primer componente, se considera que el acompañamiento familiar o apoyo psicosocial en la zona debe ser por un periodo de 2 años, con visitas semanales, supervisión y monitoreo constante, evaluando la creación de capacidades y competencias desarrolladas por las familias, con el objetivo de que superen la pobreza mediante la auto sostenibilidad (emprendimientos y/o inserción laboral) y sean sujetos de su propio desarrollo.

Como segundo punto el acceso preferencial a programas sociales, Dimensión Dinámica Familiar: Los participantes tienen acceso preferente a programas de desarrollo social, atención de la violencia intrafamiliar, atención de la violencia contra la mujer, y atención de problemas de dependencia al alcohol.

Dimensión Habitabilidad: Los participantes tienen acceso preferente a los programas de vivienda social, así como a servicios de información y regularización de títulos de dominio.

Dimensiones Empleo e Ingresos: Los participantes tienen acceso preferente a programas de reinserción laboral y empleo en todo el Perú, de apoyo a actividades económicas, de formación y capacitación y de desarrollo agrícola y ganadero local. Asimismo, a programas de generación de micro-empresarios, a formación y capacitación para mujeres. El programa serviría de aval financiero para los beneficiarios que deseen emprender.

El tercer componente es el acceso garantizado de los beneficiarios a los subsidios monetarios del Estado que les corresponden una vez terminado el acompañamiento familiar, después de 2 años. Los beneficiarios tienen que haber cumplido las condicionalidades, específicamente referidas a la educación y salud (asistencias a sus controles CRED y/o valoración de hemoglobina, mejora de los % de anemia y desnutrición en el transcurso de los controles en niños menores de 3 años, 100% de asistencia a las sesiones demostrativas, verificación de la presencia de alimentos ricos en hierro en los hogares, asistencia a las escuelas en niños y adolescentes de 5 a 19 años, notas aprobatorias durante todo el periodo escolar, en el caso de familias donde haya habido niños menores de 3 años con anemia y/o desnutrición hayan salido de estos cuadros en el periodo perteneciente al programa que es de 02 años). Este subsidio será entregado a los egresados del programa por un periodo de 03 años, siempre y cuando mantengan el cumplimiento de responsabilidades.

Los investigadores consideran que la diferenciación de perfil de necesidades de cada familia es importante y se debe aplicar, para que el programa pueda realizar una labor de promoción de capacidades, en lugar del subsidio. En la zona de estudio, se sugiere determinar el perfil familiar de acuerdo a la actividad económica, ya que su principal fuente de ingresos es el pastoreo lo que se considera una actividad de subsistencia.

Perfil de familias participantes

Se consideran familias pertenecientes al Quintil 1 de pobreza, según la evaluación del INEI y FONCODES, extrema pobreza, con hijos menores de 19 años y/o madres gestantes.

Madres solteras consideradas pobres o pobres extremas, donde no perciban aporte alguno del padre

Familias pobres y pobres extremas que cuenten con algun miembro con alguna discapacidad o problema mental.

A todas las familias afiliadas se les realizara una evaluacion sobre su perfil de acuerdo a su actividad económica para que el programa pueda realizar una labor de promoción de capacidades, en lugar del subsidio.

Durante el procesos de afiliacion las familias seran evaluadas incisivamente por el programa durante un tiempo determinado, para asi evitar posibles fraudes.

Selección de los participantes

- a) La selección de los participantes se realizara de acuerdo a la base de datos facilitada por el INEI, SISFOH y FONCODES, donde ya se encuentran registradas las familias seleccionadas por Quintiles de pobreza.
- b) Revision de la base de datos de habitantes que maneja la Municipalidad de la zona de estudio, de acuerdo a la evaluacion SISFOH, de ambas informaciones se hara un comparativo para luego sincerarse
- c) Identificacion de posibles familias beneficiarias.
- d) Establecimiento de linea base, antes de la afiliacion, evaluacion a las familias mediante encuestas de la condicion socioeconomica, cultural, alimentacion, tipo de vivienda, de acuerdo a puntajes establecidos, que afinara la selección de las familias objetivo, para determinar el Programa Social mas adecuado a sus necesidades.
- e) Empadronamiento de familias que cumplen los perfiles exigidos por el Programa, aplicación de instrumento de recolección de informacion general de los beneficiarios Juntos.

A diferencia del Programa JUNTOS, donde en el proceso de selección interviene la comunidad y autoridades municipales, en el Programa propuesto la selección es un procedimiento donde solo interviene el Programa de manera objetiva.

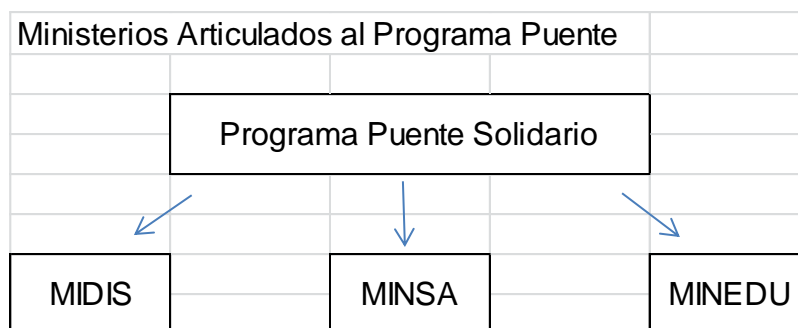


Figura 15. Articulación del Programa " Puente " . Adaptación propia en base a la investigación realizada 2018.

TABLA 60													
Ficha Base Programa " Puente"													
Nombre	DNI	Fecha de Nacimiento	Edad	Nombre de Madre	Nombre de Padre	DNI Madre	DNI Padre	Region	Provincia	Distrito	Localidad	Dirección	Afiliado al SIS
<i>Nota.</i> Instrumento de recolección de información general de los beneficiarios Juntos. Adaptación propia en base a la investigación realizada 2018													

Institucionalidad

Este programa considera tres componentes: apoyo psicosocial, acceso preferencial a la red de programas sociales y acceso garantizado a los subsidios correspondientes del Estado.

Respecto al primer componente, se considera que el acompañamiento familiar o apoyo psicosocial en la zona debe ser personalizado y por un periodo de 2 años , con visitas semanales, supervisión y monitoreo constante, evaluando la creación de capacidades y competencias desarrolladas por las familia, con el objetivo de que superen la pobreza mediante la auto sostenibilidad (emprendimientos y/o inserción laboral) y sean sujetos de su propio desarrollo.

Como segundo punto el acceso preferencial a programas sociales, Dimensión Dinámica Familiar: Los participantes tienen acceso preferente a programas de desarrollo social, atención de la violencia intrafamiliar, atención de la violencia contra la mujer, y atención de problemas de dependencia al alcohol.

Dimensión Habitabilidad: Los participantes tienen acceso preferente a los programas de vivienda social, así como a servicios de información y regularización de títulos de dominio.

Dimensiones Empleo e Ingresos: Los participantes tienen acceso preferente a programas de reinserción laboral y empleo en todo el Perú, de apoyo a actividades económicas, de formación, capacitación y de desarrollo agrícola y ganadero local. Asimismo, a programas de generación de micro-empresarios, a formación y capacitación para mujeres. El programa serviría de aval financiero para los beneficiarios que deseen emprender.

El tercer componente es el acceso garantizado de los beneficiarios a los subsidios monetarios del Estado que les corresponden una vez terminado el acompañamiento familiar, después de 2 años. Los beneficiarios tiene que cumplir las condicionalidades , específicamente referidas a la educación y salud (asistencias a sus controles CRED y/ o hemoglobina, mejora de los % de anemia y desnutrición en el transcurso de los controles en niños menores de 3 años, 100% de asistencia a las sesiones demostrativas, verificación de la presencia de

alimentos ricos en hierro en los hogares, asistencia a las escuelas en niños y adolescentes de 5 a 19 años, notas aprobatorias durante todo el periodo escolar, en el caso de familias donde haya habido niños menores de 3 años con anemia y/o desnutrición hayan salido de estos cuadros en el periodo perteneciente al programa (2 años). Este subsidio será entregado a los egresados del programa por un periodo posterior de 3 años, siempre y cuando mantengan el cumplimiento de corresponsabilidades

Financiamiento

El financiamiento sera realizado por el Ministerio de Inclusion Social , Midis.

Resultados

¿Qué espero?

Superar la extrema pobreza a través de la creación de capacidades y competencias en la población más vulnerable, en lugar de la entrega de transferencias monetarias iniciales.

Reducir la pobreza futura a través de la inversión en capital humano

Reducción sostenida de la presencia de anemia en niños menores de 3 años, generando un impacto positivo en los hábitos de consumo de alimentos ricos en hierro.

La reducción de la anemia se traducirá en una mejora del rendimiento escolar del niño beneficiario evidenciado en el aprendizaje y reflejado en sus calificaciones.

El bono de graduación genera un objetivo a lograr para las familias afiliadas, al otorgarse este bono 3 años posteriores a la graduación del Programa Social, permite la sostenibilidad de la familia fuera de la condición de pobreza.

Al ser un programa Social “Puente” transversal a los demás programas, el centralizar la información disminuirá la presencia de errores en la recolección y la distribución de la misma.

Un porcentaje mayor a la media de los egresados del Programa Social, logre reinsertarse laboralmente y/o generen micro-emprendimientos.

REFERENCIAS

- A.Perea, H. E. (2008). *LOS PROGRAMAS SOCIALES EN EL PERÚ 1990 – 2007*. Lima.
- Abramo, L., Cecchini, S., & Morales, B. (2019). *Programas Sociales, Superación de la Pobreza e Inclusión Laboral*. Santiago: CEPAL.
- Alcazar. (2009). *El Gasto publico social frente a la infancia analisis del programa Juntos y de la oferta y la demanda de servicios asociadas a sus condiciones*. Lima.
- Alcazar, L. (2012). *Impacto economico de la anemia en el Peru*. Lima: GRADE.
- Aragon, G. d. (2019). *www.aragon.es*. Obtenido de https://www.aragon.es/documents/20127/674325/GESTION_PROCESOS.pdf/65a4a4d1-dfe7-4bd4-335a-4870463e13e9?version=1.0&t=1560344954505
- Arroyo. (2010). *Estudio cualitativo de los efectos del Programa JUNTOS en los cambios de comportamiento de los hogares beneficiarios en el distrito de Chuschi*. Ayacucho.
- B.Bonilla. (2007). Impacto social y evaluacion del impacto. *Revista cubana de informacion en ciencias de la salud*, 5.
- Ballart, X. (2008). *UTILIDAD DE LAS EVALUACIONES EN EL ÁMBITO*. Barcelona.
- Beaumont, M. (2016). *Gestión Social Estrategia y Creación de Valor*. Lima: PUCP.
- Bobadilla, C. (2017). *La generancia social en la practica*. Lima: PUCP.
- Canales, M. (2004). *Evaluación del Estado de Avance del Sistema Chile Solidario*. Santiago: PNUD.
- CEPAL. (2007). *Cohesion Social. Inclusion y Sentido de pertenencia en America Latina y Caribe*. Santiago de Chile.
- CEPLAN. (2014). *Glosario. Plan Estrategico de Desarrollo Nacional al 2021*. Lima: Centro Nacional de Planteamiento Estrategico.
- Cominetti, R. y. (1997). *Cuantificación y focalización del gasto social: El caso de Panamá*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Correa, N. (2015). *Políticas públicas para la inclusión económica y social*. Lima: PUCP.
- Cussi. (2018). *Metodologia y aplicacion del sistema de focalizacion de hogares en la identificacion de los beneficiarios de las politicas sociales en Arequipa*. Arequipa.
- Fernandez, P. (2012). La importancia de la evaluación del impacto social. *Responsabilidad Social para el desarrollo sostenible*.
- Francke, P., & Cruzado, E. (2009). *Transferencias Monetarias Condicionadas e Instrumentos Financieros en la lucha contra la Pobreza*. Lima.

- García. (2016). *Diseño de la evaluación de impacto al programa provisión de servicios de salud nutrición y desarrollo infantil (CEN-CINAI)*. Costa Rica: Universidad Internacional de Andalucía.
- Gob.pe. (2019). *Plataforma Digital Unica del Estado*. Obtenido de www.gob.pe: <https://www.gob.pe/437-sistema-de-focalizacion-de-hogares-sisfoh>
- Herrera, J., & Cozzubo, A. (2017). *Pobreza, desigualdad y políticas sociales. Balance 2011-2016*. Lima: CIES.
- INEI. (2019). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 Nacional y Regional*. Lima.
- Instituto para la Democracia y la Asistencia Electoral - IDEA Internacional. (2009). *Gestión Pública*. Lima.
- Ivaschenko, Rodríguez, Novikova, Romero, Bowen, & Zhu. (2018). *Estado de las redes de protección social 2018*. Washington.
- L.Abramo, Cecchini, S., & Morales, B. (2019). *Programa Sociales, Superación de la Pobreza e Inclusión laboral*. Santiago de Chile.
- Larrañaga, O., & Contreras, D. (2010). *Chile Solidario y Combate a la Pobreza*. Santiago: PNUD.
- Larrañaga, O., Contreras, & Cabezas, G. (2015). *Políticas Contra la Pobreza de Chile Solidario al Ingreso Ético Familiar*. Santiago: PNUD.
- M.Canales. (2004). *Evaluación del estado de avance del Sistema Chile Solidario*. Santiago de Chile.
- Macera, D. A. (17 de Setiembre de 2011). www.grade.org.pe. Obtenido de <https://www.grade.org.pe/novedades/una-mirada-a-los-programas-sociales/>
- Madariaga, A. (2011). *Programas de transferencias condicionadas*. Santiago de Chile: ASDI CEPAL.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social . (2012). www.juntos.gob.pe. Obtenido de <http://www.juntos.gob>.
- Ministerio de Salud, I. (2019). www.ins.gob.pe. Obtenido de <https://anemia.ins.gob.pe/consecuencias>
- MINSa, M. d. (2018). *Programa de Entrenamiento de salud pública dirigido a personal del servicio militar voluntario*. Lima.
- Mora. (2017). *El impacto de los programas sociales focalizados sobre el bienestar económico subjetivo de los hogares rurales en el Perú – 2012-2015*. Lima.
- O.Larrañaga, & D.Contreras. (2010). *Chile Solidario y Combate a la Pobreza*. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Chile.
- O.Larrañaga, Contreras, D., & G.Cabezas. (2015). *Políticas Contra la Pobreza: de Chile Solidario al Ingreso Ético Familiar*. Santiago de Chile.
- Organización de las Naciones Unidas para la ciencia y la cultura UNESCO. (1999). *Manual Metodológico para la planificación y evaluación de programas sociales*.
- Polcuch, E. F. (2000). *La medición del impacto social de la ciencia y la tecnología*.
- R. Díaz, L. O. (2009). *Análisis de la implementación del Programa Juntos en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huanuco*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

- Real Academia Española RAE. (2019). *Real Academia Española*. Obtenido de dle.rae.es: <https://dle.rae.es/?id=JAOmd4s>
- Republica del Peru. (2017). *Resolución Ministerial N° 281-2017 MIDIS*. Lima.
- Robin, S. (2012). *Herramientas de medicion del Impacto Social*. Cataluña: Universidad de Cataluña.
- Roman, V. M. (2009). INFORMACIÓN AL PACIENTE. Anemia Ferropenica. *REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS*.
- The World Bank. (2009). *Programa JUNTOS-Antecedentes, avances y resultados de evaluación*.
- Tuero, D. G. (2009). *La Anemia. Aspectos nutricionales*. Cuba: UNICEF.
- UNNE, U. N. (2010). *Clase social y nivel socioeconomico*. Buenos Aires.
- Vasquez. (2010). *Políticas y programas sociales en el Perú entre 1999 y el 2009*. Lima: Departamento de Economía, Universidad del Pacífico.
- Vasquez, E. (2006). *Programas sociales, de lucha contra la pobreza*. Lima.

ANEXOS

Anexo 1: Formato de encuesta

Encuesta a padres beneficiarios

UBICACIÓN GEOGRÁFICA			Parentesco	Edad	DNI
Departamento		Nombre del Jefe del Hogar			
Provincia		Nombre y apellido de cada una de las personas que viven			
Distrito					
Centro poblado					
Dirección					
A que institución corresponde el seguro que tiene?		Nombre de los beneficiarios			
ESSALUD					
SIS					
No esta afiliado		Total de personas en el hogar			
No sabe					
Otro					
CARACTERÍSTICAS EDUCATIVAS					
Sabe leer, escribir?		Cual es el ultimo nivel/ año de estudio?			
Quiénes trabajan?					
Cual es su trabajo					
CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA					
El abastecimiento del agua proviene de?		Que le hacen al agua antes de beberla?			
Según la tenencia su vivienda es:		Cuenta con letrina o silo?			
Propia					
Alquilada					
Alojado					
Prestada					
Otro					
De cuantas habitaciones consta su vivienda?					
GASTOS PRINCIPALES					
Salud		Cual es el combustible para preparar alimentos?			
Alimentos		Donde almacenan sus alimentos			
Educación		Que alimentos consumen habitualmente			
Transporte		Desayuno			
		Almuerzo			
		Cena			
A que programas sociales pertenece?					
Sus Ingresos monetarios son por el concepto de?					
Cual es el monto?					

Control de peso, talla y hemoglobina

Nombre	DNI	Edad	Peso	Talla	Hemoglobina

Fuente: Elaboración propia

SOBRE LA ANEMIA Y DESNUTRICION

Sabe usted que es la anemia?

Es una enfermedad contagiosa

Es una enfermedad infecciosa

Es una enfermedad que se da por falta de hierro en nuestro organismo

Adonde llevaria a su niño cuando esta

Llevandolo al EESS

Consultando a la farmacia

Consultando a la abuelita

Un niño con anemia presenta la piel de color?

Rosada

Palida

Azulada

Que prueba para confirmar el

Prueba de colesterol

Prueba de hemoglobina y hemoctrito

Prueba de glucosa

Cual es la causa de la anemia en los niños?

Comer escasos alimentos ricos en dulces

Comer escasos alimentos ricos en hierro

Comer escasos alimentos ricos grasas

Sabe usted que es el hierro?

Es una vitamina

Es un nutriente presente en el organismo

Es una planta medicinal

Cual crees usted que es la consecuencia de anemia en su niño?

El aumento de peso

Bajo rendimiento escolar

Diarrea

Sabe usted que alimentos contiene hierro?

Sangresita, vaso, higa do y menestras

Beterraga, huevo, carnes

Fruta, arroz, legumbres

Su niño consume alguna vitamina que ayude en su CRED y a su vez evitar la anemia?

Sulfato ferroso

Chispitas

Paracetamol

Sabe usted que son los multimicronutrientes y donde los puede adquirir?

SI

NO

Su niño tiene algun pequeño malestar luego de tomar los multimicronutrientes ? Especificar el malestar

SI

NO

Ha seguido dándole los multimicronutrientes a pesar del pequeño malestar?

SI

Dejo de darle los multimicronutrientes,

Lo suspendo por un tiempo y reinicio la suplementacion

Cual de las siguientes opciones seria la mas optima para contrarrestar el problema de la anemia de su niño ?

Adecuada alimentacion

Llevar a sus niños a controles CRED

Identificar oportunamente los signos de alarma

Como prepara los micronutrientes?

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: Formato de entrevistas

ENCUESTA A PERSONAL DE SALUD

1- Cual es su opinion general sobre el programa JUNTOS?

2- Consideran ustedes que es regular la asistencia de los niños a sus controles? SI NO

3- Que considera ustedes que es el principal problema por el cual las madres no llevan a sus niños a los controles?

4- Sabe usted la cantidad de familias que migra y abandona el programa?

5- Considera usted que la anemia es un problema de salud publica? SI NO

6- Considera que despues del programa JUNTOS disminuyo la anemia y desnutricion en la zona? SI NO POCO

7- Cual considera usted que es el principal problema por el cual la anemia y desnutricion no ha disminuido?

Sesiones demostrativa	Tratamiento y prevencion de anemia en menores de 3 años	Control CRED	Vacunacion	Entrega de micronutrientes

8- Cumple usted con las acciones estrategicas del MINSA para reducir la anemia y desnutricion cronica? SI NO

9- Sus equipos para el dosaje de hemoglobina y valoracion de peso y talla estan operativos y calibrados?

Hemoglobinometro	Tallimetro	Balanza de pie

Fuente: Elaboración propia

ENCUESTA A GESTOR DE JUNTOS

1- Cual es su opinion general sobre el programa JUNTOS?

2- Consideran ustedes que es regular la asistencia de los niños a sus controles? SI NO

3- Que considera ustedes que es el principal problema por el cual las madres no llevan a sus niños a los controles?

4- Sabe usted la cantidad de familias que migra y abandona el programa?

5- Considera que despues del programa JUNTOS disminuyo la anemia y desnutricion en la zona? SI NO POCO

6- Cual considera usted que es el principal problema por el cual la anemia y desnutricion no ha disminuido?

Sesiones demostrativa	Tratamiento y prevencion de anemia en menores de 3 años	Control CRED	Vacunacion	Entrega de micronutrientes	OTRO

7- Sabe usted en que destina el beneficiario de JUNTOS el dinero entregado por el programa? SI NO

8- Cada cuanto tiempo realiza las visitas?

9- Cual es el principal problema que encuentra al hacer las visitas?

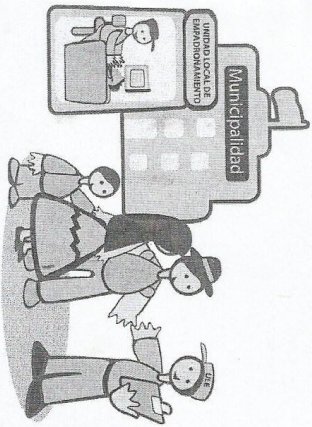
Anexo 3: Campaña contra el fraude de Juntos

¿Qué ocasiona el fraude?

El fraude al Estado produce daño social.

Esto quiere decir que no llegan los recursos destinados para la ayuda a las personas en condición de pobreza y pobreza extrema.


Si ocultas, alteras o falsificas información al SISFOH para obtener una Clasificación Socioeconómica no acorde con la realidad, estás cometiendo fraude.



DENUNCIA EL FRAUDE

01-631-8000
Anexos: 1750, 1780, 1777, 1756
nodefraudes@midis.gob.pe
Horario de atención
lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m.

www.sisfoh.gob.pe



**Campaña de
Prevención y
Control del Fraude
en los Procesos de
Clasificación
Socioeconómica**

#NODEFRAUDES
Los programas sociales son para
personas en condición de pobreza y
pobreza extrema.

SISFOH
SISTEMA NACIONAL DE FRAUDE

**Trabajando para
Toda la Población**

¿Qué es el fraude?

El fraude es hacer trampa. Es engañar o estafar a alguien para apoderarse de un bien o de un derecho ajeno.

¡Es una conducta NO solidaria!

Entonces...

Cuando solicites clasificación socioeconómica (CSE) al SISFOH entrega **información verdadera**.



¡Recuerda!
NO debes ocultar, alterar ni falsificar tus documentos.

Considera que...

Algunos de los programas que necesitan la clasificación socioeconómica son:



"Si engañas al Sistema de Focalización de Hogares SISFOH, le quitas oportunidad a quien realmente necesita la ayuda"

Sabías que...

¡Evita el fraude!

De lo contrario...



No podrás ingresar al programa social hasta por 5 años



Pagarás una multa que podría superar los s/ 8,000

Nota: De acuerdo a lo que manda el artículo 22, numeral 22.3 de la Ley N° 30435, además de la sanción...

- ↳ Se ordena la **devolución** de todo lo recibido ilegalmente
 - ↳ Se ordena la **desafiliación** inmediata de la persona que engaña.
- Todo ello, no evita interponer las acciones civiles y penales, según corresponda.

Medidas de prevención de fraude

Las Unidades Locales de Empadronamiento (ULE) y las Intervenciones Públicas Focalizadas (IPF) tienen el **deber de informar a los solicitantes**, usuarios y potenciales usuarios de clasificación socioeconómica sobre:

	Las sanciones que se aplican en caso de cometer fraude.
	La posibilidad de evitar la sanción, si corrige su conducta de manera voluntaria antes de ser notificado por fraude.
	La necesidad de informar sobre los cambios en las condiciones declaradas al momento de su afiliación.

Si el funcionario público comete alguna infracción durante el proceso de empadronamiento, también es **sujeto de sanción**:

- ↳ Por infracción grave, cese temporal o suspensión sin goce de haber, según corresponda, por doce meses.
- ↳ Por infracción muy grave, destitución del cargo o resolución de contrato, según el caso.