

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRIA EN GERENCIA SOCIAL**



**PONTIFICIA**  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
**DEL PERÚ**

**“ESTUDIO DE CASO: FACTORES DETERMINANTES EN EL CUMPLIMIENTO  
DE CORRESPONSABILIDADES EN SALUD Y LAS SUSPENSIONES A  
USUARIAS DEL PROGRAMA JUNTOS EN EL DISTRITO DE VINCHOS -  
REGIÓN AYACUCHO - PERIODO 2011 AL 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA  
SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y  
PROYECTOS DE DESARROLLO**

**AUTOR:**

**EDGAR ORELLANA DE LA CRUZ**

**ASESOR:**

**Mg. JAVIER ALEJANDRO PINEDA MEDINA**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

En el presente documento se presentan los resultados del estudio de caso realizado para la obtención del grado de Magíster en Gerencia Social en la Escuela de Graduados de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

El objetivo del estudio se centra en conocer y analizar, los factores que inciden en el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y en las suspensiones a las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos, en el periodo del 2011 al 2013.

La preocupación a nivel de los objetivos planteados responde a la búsqueda de causas que originaron las suspensiones en las usuarias, en vista que, en el periodo que comprende el estudio se ha evidenciado un incremento significativo en las suspensiones por no cumplir con el compromiso corresponsabilidad en salud, donde de 19 usuarias en el 2011 paso a 134 usuarias en el 2013, situación que ha generó las suspensiones, lo que contravienen a los lineamientos y objetivos de la política de inclusión social que promueve el Estado, para lo cual, se realizó un análisis amplio de factores externos e internos (endógenos y exógenos) al Programa Juntos que motivan este problema, a fin de establecer conclusiones sobre las dificultades, estrategias y propuestas, dentro de las acciones operativas del programa.

El deseo del presente estudio es brindar los aportes necesarios a partir del análisis efectuado, a fin de que la dirección y las unidades territoriales del Programa Juntos tomen acciones internas y de coordinaciones externas para mejorar el cumplimiento de corresponsabilidades y de esa forma facilitar la inclusión social, en el marco de los objetivos de las políticas sociales del Estado.

La investigación, se ha enmarcado mayormente en la metodología cualitativa (mediante entrevistas a personal de salud, usuarios y gestores del programa, autoridades y dirigentes comunales; historia de vida, testimonios de usuarias; observaciones a los actores locales del Programa Juntos; revisión documental acuerdos, actas, fichas de seguimiento etc.), complementariamente también se ha recurrido a la metodología cuantitativa, a fin de conocer las características

socio económicos y el contexto cultural en el que se desenvuelve las usuarias del programa, para ello se ha trabajado con una muestra representativa de 129 usuarias.

Los resultados de la investigación muestran que, a nivel de la oferta de servicios en salud la infraestructura no es un factor de incidencia en el cumplimiento de las corresponsabilidades en las usuarias del Programa Juntos. Aunque genera cierta incomodidad la falta de espacio, durante los periodos programados para realizar las consultas en CRED, de igual forma el estudio concluye que existen dificultades con algunos equipos, por la obsolescencia o desgaste; sin embargo, esto no tienen incidencia en el cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias del Programa Juntos.

Por otra parte, en los establecimientos se ha constatado la existencia de brechas en relación con el número de personal para la atención en el módulo CRED, aunque este factor no tiene incidencia en el cumplimiento de las corresponsabilidades, pero si genera sobrecarga laboral al personal de salud, que se refleja en los bajos rendimientos en la atención en hora/paciente del niño y de la madre, hecho que genera malestar debido a las largas horas de espera.

Del análisis de los factores endógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades; existen debilidades en la sistematización y registro de datos en el sistema intranet del Programa Juntos, el cual induce a errores involuntarios que generan suspensiones indebidas a las usuarias, de igual forma, no se realiza un adecuado filtro de información entre el Programa Juntos y el sistema integral de salud (SIS), también se ha constatado que el retraso de información es uno de los factores que incide en las suspensiones involuntarias a usuarias.

Del análisis de los factores exógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud, el estudio muestra que el bajo nivel educativo y las labores agropecuarias de las usuarias si tiene incidencia en las suspensiones. De igual forma el estudio evidencia la existencia de poca articulación entre los actores representativos del distrito, sea por desconocimiento o desinterés, no participan en los problemas generados por las suspensiones a usuarias en el Programa Juntos.

## **ABSTRACT**

This paper presents the results of the case study carried out to obtain a Master's degree in Social Management from the Graduate School of the Pontifical Catholic University of Peru.

The objective of the study is to find out and analyze the factors that affect compliance with health co-responsibilities and suspensions for users of the Vinchos District Juntos Program in the period from 2011 to 2013.

The concern at the level of the proposed objectives responds to the search for causes that caused the suspensions in the users, since, in the period that the study includes, there has been a significant increase in the suspensions for not complying with the commitment responsibility in Health, where from 19 users in 2011 there were 134 users, a situation that has generated suspensions, which contravene the guidelines and objectives of the policy of social inclusion promoted by the State, for which a broad analysis of external and internal factors (endogenous and exogenous) to the Juntos Program that motivate this problem, in order to draw conclusions about the difficulties, strategies and proposals, within the operational actions of the program.

The aim of this study is to provide the necessary inputs from the analysis carried out, so that the management and territorial units of the Joint Program take internal actions and external coordination to improve compliance with co-responsibilities and thus facilitate social inclusion, within the framework of the objectives of the social policies of the State.

The research has been largely framed in qualitative methodology (through interviews with health personnel, users and managers of the program, authorities and community leaders, life history, testimonies of users, observations to the local actors of the Juntos Program, document review agreements, Minutes, fact sheets, etc.), the quantitative methodology has also been used, in order to know the socio-economic characteristics and the cultural context in which the users of the program are developed. For this, we have worked with a representative sample of 129 users.

The research results show that, at the level of health service provision, infrastructure is not a factor of incidence in the fulfillment of joint responsibilities in the users of the Juntos Program. Although the lack of space generates some discomfort, during the periods scheduled to carry out the consultations in CRED, the study concludes that there are difficulties with some equipment, due to obsolescence or wear; However, this does not have an impact on the fulfillment of the co-responsibilities of the users of the Juntos Program.

On the other hand, in establishments it has been verified the existence of gaps in relation to the number of personnel for the attention in the module CRED, although this factor does not have incidence in the fulfillment of the correspondences, but if it generates work overload to the personnel of Health, which is reflected in the poor performance of the child / mother's time / patient care, a fact that causes discomfort due to the long hours of waiting.

From the analysis of the endogenous factors associated to the fulfillment of the co-responsibilities; There are weaknesses in the systematization and recording of data in the Intranet system of the Juntos Program, which induces involuntary errors that generate undue suspensions to the users, likewise, an adequate information filter is not made between the Juntos Program and the system (SIS), it has also been found that delayed information is one of the factors that affects involuntary suspensions of users.

From the analysis of the exogenous factors associated to compliance with health co-responsibilities, the study shows that the low level of education and the agricultural work of the users if it has an impact on the suspensions. Likewise, the study evidences the existence of little articulation between the representative actors of the district, either through ignorance or disinterest, not participating in the problems generated by the suspensions to users in the Juntos Program.

## ÍNDICE

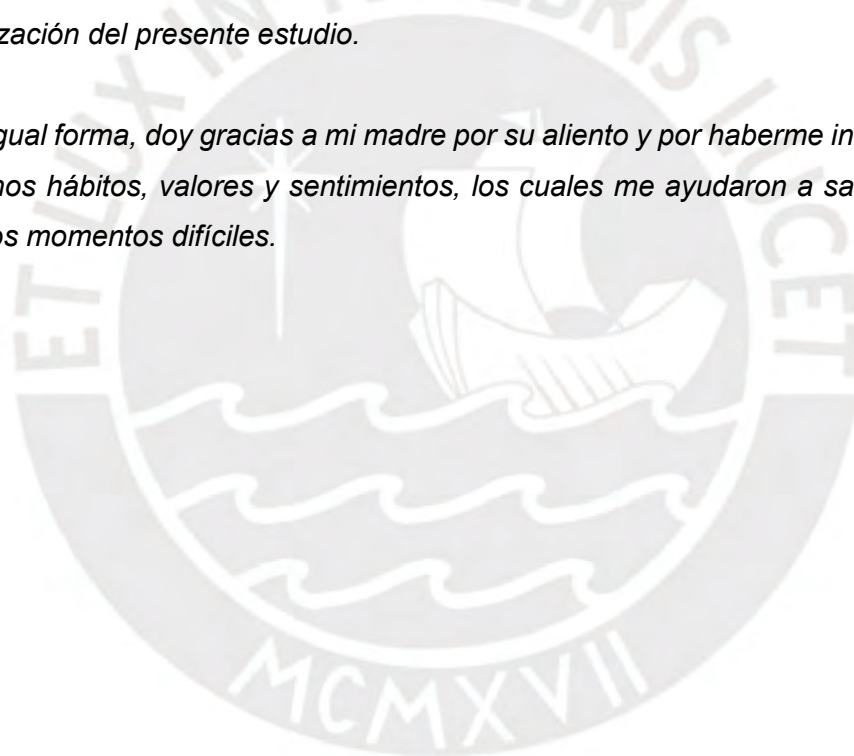
RESUMÉN EJECUTIVO.....	02
INTRODUCCION.....	11
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema.....	13
Preguntas de investigación.....	17
Pregunta General.....	17
Pregunta específico.....	17
1.2 Justificación.....	18
1.3 Objetivos.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivo específico.....	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
2.1 Enfoques de desarrollo.....	23
2.2 Diagnóstico situacional: características geográficas y socioeconómicas de la zona.....	26
2.3 Marco normativo.....	32
2.4 Programas JUNTOS.....	34
2.5 Investigaciones relacionadas.....	30
2.6 Aspectos teóricos de las TMC.....	48
2.7 Conceptos claves.....	61
CAPITULO III: DISEÑO DE INVESTIGACION	
3.1 Fundamentación del diseño metodológico de investigación.....	65
3.2 Naturaleza de la Investigación.....	65
3.3 Forma de investigación.....	66
3.4 Unidades de análisis.....	67
3.5 Fuentes de información.....	70
3.6 Universo.....	70
3.7 Muestra.....	70
3.8 Técnicas e instrumentos de recojo de información.....	72

3.9 Variables e indicadores.....	74
CAPITULO IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1 Lineamiento de investigación 01.....	80
4.1.1 Oferta en los servicios de salud en el distrito de Vinchos .....	80
4.1.2 Análisis de la oferta en los servicio de salud en el distrito de Vinchos .....	100
4.2 Lineamiento de investigación N° 02.....	108
Factores endógenos y exógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos.	
4.2.1 Factores endógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades.....	110
4.2.1.1 Análisis de los factores endógenos en el cumplimiento de las corresponsabilidades.....	119
4.2.2 Factores Exógenos Asociados al Cumplimiento de las corresponsabilidades.....	125
4.2.2.1 Análisis de los factores exógenos en el cumplimiento de las corresponsabilidades.....	137
4.3 Lineamiento de investigación N° 03.....	143
Alcance de la articulación intersectorial, en el distrito de Vinchos	
4.3.1 Conocimiento y participación de los actores locales en los procesos de articulación en el distrito de Vinchos.....	144
3.3.2 Cumplimiento del esquema de articulación.....	148
3.3.3 Análisis de la articulación sectorial en el distrito de Vinchos.....	150
4.4 Características de las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos.....	156
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	161
Recomendaciones.....	166
ANEXO.....	170
BIBLIOGRAFIA.....	181

## **AGRADECIMIENTO**

*El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la supervisión del profesor; Javier Alejandro Pineda Medina, a quién agradezco profundamente por haberse involucrado a fondo en el estudio, por su apoyo que me brindo siempre que lo he necesitado, por haberme aconsejado y animado en los momentos más difíciles. Durante el tiempo que se realizó el estudio, ha sabido orientarme con mucha paciencia, con su forma de trabajar seria y metódica, los que trate de aplicar en la realización del presente estudio.*

*De igual forma, doy gracias a mi madre por su aliento y por haberme inculcado los buenos hábitos, valores y sentimientos, los cuales me ayudaron a salir adelante en los momentos difíciles.*





## **DEDICATORIA**

A mis padres  
Sergio y Rosa

A mis hijas  
Yovana y Rosa María



## ABREVIATURAS

DIRESA	Dirección Regional de Salud
RSH	Red de Salud Huamanga
EE SS	Establecimiento de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud familiar
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
PNUD	Programa de las Naciones Unidas
MVS	Modelos de Vida Sostenible
IDH	Índice de Desarrollo Humano
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
CVR	Comisión de la Verdad y Reconciliación
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
EBR	Educación Básica Regular
EDAS	Enfermedades Diarreicas Agudas
IRAS	Infecciones Respiratorias Agudas
CRED	Crecimiento y Desarrollo
GeL	Gestor Local
SAL 002 y SAL 003	Formatos de salud-nutrición
SITC	Sistema de Información de Transferencias Condicionadas
UVCC	Unidad de Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades
TMC	Transferencia monetaria condicionada
TIM	Transferencias de Incentivos Monetarios
DNI	Documento Nacional de Identidad
UGOCES-EECC	Unidad de Gerencia de Operaciones de Corresponsabilidades y Evaluaciones- Equipo de Enlace y Cumplimiento de Corresponsabilidades
CTZ	Coordinador Técnico Zonal
CTST	Comité Técnico de Seguimiento y Transparencia
UT	Unidad Territorial
CLST	Comités Locales de Supervisión y Transparencia
CODECOS	Comités de Desarrollo Comunal.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

Las publicaciones oficiales de las Naciones Unidas en materia protección social señalan que los programas de Transferencia Monetaria Condicionadas “...son como expresiones de continuidad de las políticas de protección implementadas como respuesta a la crisis que devastó a América Latina la década de 1980 y que fueron profundizados en la década de 1990”. De igual forma señalan que “La crisis del modelo tradicional de las políticas sociales, basado en un esquema con una fuerte participación del estado, centrado en la universalización de la oferta de servicios sociales y de acceso segmentado a la protección social dio lugar a políticas minimalistas-focalizadas, orientadas primero a la paliación de los peores efectos de la crisis económica y de los programas de ajuste instrumentados durante la denominada “década perdida” y luego ampliadas con objetivos de desarrollo de los activos, del capital humano y de las capacidades de los más pobres”.(CEPAL, 2007: 4)

En este escenario (Llanos, 2008: 4) señala que; “...el país aprendiendo de otras experiencias latinoamericanas ha buscado desarrollar iniciativas integradoras. Es así que surge el Programa JUNTOS, creado en el periodo del gobierno del Presidente Toledo, basado en otras experiencias latinoamericanas como OPORTUNIDADES (México), PUENTE (Chile), HAMBRE CERO (Brasil)”.

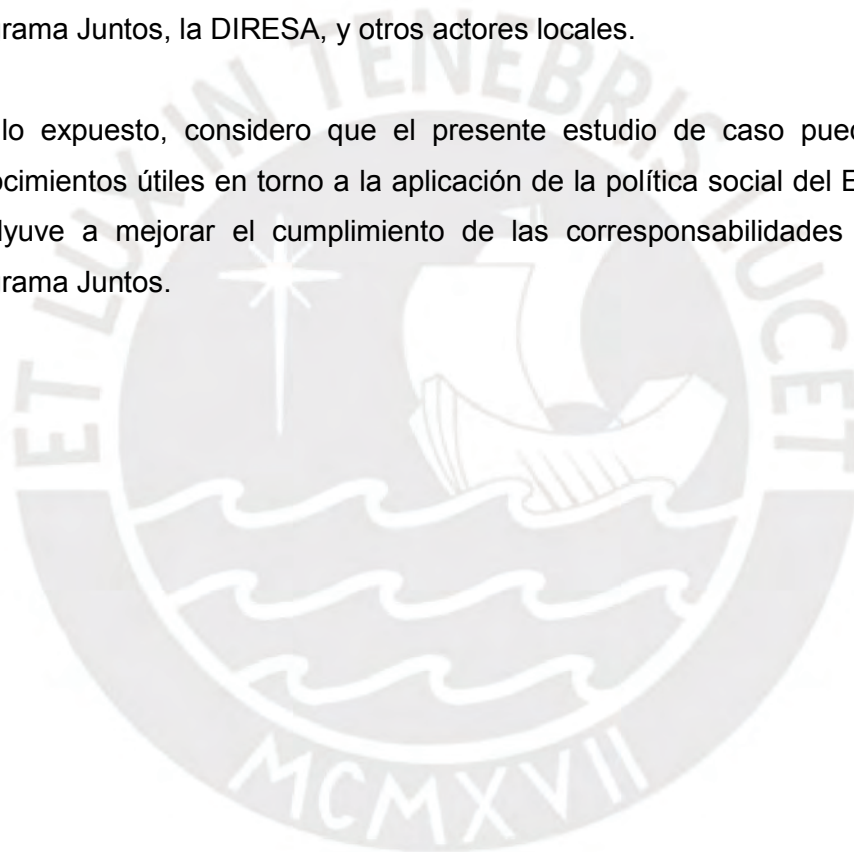
Si bien, las transferencias monetarias condicionadas, asignan responsabilidades a las familias beneficiarias, para acceder a la oferta de servicios en salud que condiciona el Programa Juntos, al cual los usuarios pueden tener limitaciones de proveer a sus hijos debido a la pobreza o falta de información; dentro de este contexto, en el estudio se ha evidenciado la presencia de factores que inciden en las suspensiones asociados a las corresponsabilidades, tanto propios (endógenas) y ajenos al Programa Juntos (exógenos); tal es así, existen hogares menos necesitados, o aquellos hogares que valoran menos las transferencias, y no cumplen con las corresponsabilidades, y otros pese a que cumplen las corresponsabilidades son suspendidas injustamente.

El presente estudio está estructurado en seis capítulos, el primero se refiere al análisis contextual del problema planteado; el segundo desarrolla el marco

teórico que respalde al caso en estudio; el tercero identifica los procesos metodológicos utilizados en la determinación de la muestra y la caracterización del estudio; el cuarto presenta la caracterización socio-económica del distrito de Vinchos y de las usuarias del programa, el quinto hace la presentación y análisis de la información recopilada, a partir de la identificación de los factores endógenos y exógenos relevantes al Programa Juntos que inciden sobre las suspensiones vinculadas al cumplimiento de las corresponsabilidades.

Finalmente, se llega a conclusiones establecidas en sí mismas como elementos orientadores para la solución del problema, recomendando propuestas dirigidas al Programa Juntos, la DIRESA, y otros actores locales.

Por lo expuesto, considero que el presente estudio de caso puede generar conocimientos útiles en torno a la aplicación de la política social del Estado, que coadyuve a mejorar el cumplimiento de las corresponsabilidades dentro del Programa Juntos.



## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Perú, la desnutrición crónica infantil y la pobreza son los problemas centrales en la actualidad. Según patrones de la (Organismo Mundial de la Salud 2012), “la desnutrición crónica infantil en el 2011 afectó a 19.5% de niñas y niños menores de 5 años de edad. Por otro parte, según información oficial del INEI, al 2007 la pobreza y la pobreza extrema afectó al 42.4% y al 11.2% de la población respectivamente.

Según la ENDES 2011, la desnutrición crónica infantil es un problema que afecta más a poblaciones de áreas rurales (37.0%), a regiones de sierra (30.7%) y selva (28.2%); y los departamentos con mayor prevalencia son Apurímac (39.3%), Ayacucho (35.3), Huancavelica (54.2%) y Huánuco (34.3%). Sobre las consecuencias de este flagelo (RPMESP, 2012) considera que “*La desnutrición crónica infantil afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza*”.

Cuadro N° 01: Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica según características seleccionada, 2007, 2009 -2012 (patrón de referencia OMS)

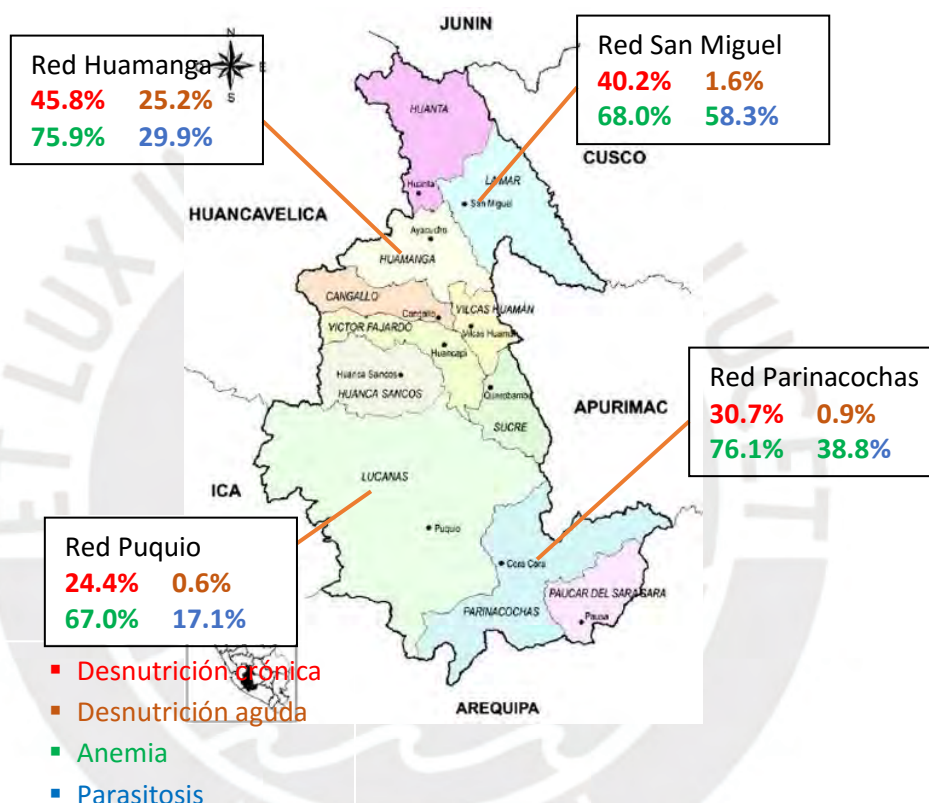
Característica seleccionada	2007 a/	2009	2010	2011	2012	2013
Total	28,5	23,8	23,2	19,5	18,1	17,5
Área de residencia						
Urbana	15,6	14,2	14,1	10,1	10,5	10,3
Rural	45,7	40,3	38,8	37,0	31,9	32,3
Región Natural						
Lima Metropolitana	10,5	7,5	8,6	6,8	4,1	4,1
Resto Costa	14,5	13,0	14,9	9,5	11,9	12,5
Sierra	42,4	37,5	34,4	30,7	29,3	28,7
Selva	34,1	28,1	28,5	28,2	21,6	24,1
Educación de la madre 1/						
Sin Educación	...	55,1	55,2	54,0	45,2	45,0
Primaria b/	47,2	38,0	39,0	35,4	33,1	33,3
Secundaria	18,9	16,2	15,6	12,9	12,8	13,0
Superior	(8,9)	7,0	8,7	5,4	5,5	4,7
Quintil de Bienestar						
Quintil inferior	49,2	45,3	44,0	43,5	38,8	37,6
Segundo quintil	39,6	29,7	28,6	22,1	20,1	21,2
Quintil intermedio	16,6	14,1	15,4	10,0	11,5	8,7
Cuarto quintil	(8,9)	10,1	7,3	6,8	5,4	4,1
Quintil superior	5,3	4,2	5,2	2,4	3,1	2,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud familiar

Según datos de la Dirección Regional de Salud Huamanga, la proporción de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica y la prevalencia de anemia en Ayacucho hasta el 2011 ha sido una de las regiones más rezagadas en cuanto a la superación de este problema.

En el siguiente grafico se ilustra el mapa del estado nutricional en la región de Ayacucho:

Figura N° 01



Fuente: Red Salud Huamanga-Recopilado por el Programa Mundial de alimentos del Proyecto PER -6240: año 2008.

Según datos del INEI, el principal problema en el distrito de Vinchos es la pobreza extrema (54.2%) en comparación a la del capital del departamento (12.4%) y es uno de los más altos a nivel de la provincia de Huamanga, en cuanto a la mortalidad infantil la tasa de incidencia es de 27.3 /1000 por niños nacidos, la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años es de 41.4%; en cuanto al analfabetismo las cifras muestran que el 34.7% de la población no acceden a ningún nivel de educación básica, de acuerdo al recuento de cifras de pobreza en el distrito de Vinchos, existen carencias que

justifican la intervención de los programas sociales y en caso particular del Programa Juntos, a fin de aliviar sus necesidades básicas vinculados al acceso a los servicios de salud y educación

Para el Ministerio de Salud, *“Los principales factores asociados a este problema de la desnutrición crónica infantil son el deficiente régimen alimenticio y continuos episodios de enfermedades infecciosas ligado a inadecuadas prácticas de higiene, así como otras determinantes de la salud, asociados a la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión, entre otros”* (MINSa, 2013).

Como respuesta a este problema el Estado peruano ha venido implementando diferentes intervenciones tanto a nivel del gobierno central, con los programas sociales adscritos al MIDIS y los gobiernos locales con los incentivos municipales que tiene como objetivo principal mejorar la calidad vida de la población cuya condición es vulnerable, impulsando el desarrollo de programas y proyectos de manera articulada con los establecimientos de salud y la comunidad, que permitan contribuir a elevar el desarrollo humano y así cerrar las brechas de inequidad dentro del marco de la política nacional de lucha contra la pobreza y la inclusión social.

Una de los programas sociales vinculados a ese propósito es el Programa Juntos, que *“...tiene como finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema y como propósito generar Capital Humano en hogares en pobreza en corresponsabilidad Estado – Hogar, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de los derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad”* (Juntos, 2012).

El Programa Juntos, como resultado de los procesos de focalización y las filtraciones realizadas en los talleres de validación comunal a nivel de la región de Ayacucho cuenta a junio del 2011 con una población de 41 337 hogares adscritos, de los 375 586 hogares en los 70 distritos del total de 111 distritos, representando al 63.1% de los distritos intervenidos a nivel regional.

El distrito de Vinchos, para el mismo mes y año cuenta con 3 197 hogares adscritos con una población objetivo de 6 851 entre niños y niñas entre 0 a 14 años (Juntos 2012). De los cuales 1 345 corresponden a hogares inscritos al sector salud de 0 a 5 años y 1 732 hogares inscritos al sector educación de 06 a 14 años de edad. Asimismo, del total de hogares registrados en la atención en salud en el 2011, fueron suspendidas 19 hogares por incumplir las corresponsabilidades en salud y 161 hogares fueron suspendidos temporalmente por incumplir las corresponsabilidades en el sector educación, y 787<sup>1</sup> fueron suspendidos cancelatoriamente por no contar con una población objetivo, por duplicidad del beneficiario titular y por suspensiones reiterativas (Juntos 2012).

Cuadro N° 02: Evolución de las suspensiones a usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos

Cumplimiento de corresponsabilidades en salud	Año		
	2 011	2 012	2 013
Cumplieron las corresponsabilidades en salud	1 326	1 468	1 250
No cumplieron las corresponsabilidades en salud	19	53	134
Total usuarias registrados en atención de salud	1 345	1 521	1 384

Fuente: Unidad de Informática-Programa Juntos - 2014.

Estas suspensiones como se evidencia en el cuadro N° 01 han venido en aumento año tras año, registrándose al mes de setiembre del 2013 un incremento de 134 hogares suspendidos por incumplimiento de corresponsabilidades en Salud.

Si bien las transferencias monetarias condicionadas asigna responsabilidades a las familias usuarias del distrito de Vinchos, para el acceso a la oferta de los servicios que condiciona el Programa Juntos, al cual las usuarias pueden no querer o ser incapaces de proporcionar a sus hijos debido a la cosmovisión andina y/o falta de información; existen hogares necesitados, que perciben los incentivos monetarios, pero incumplen con el compromiso de acudir a los servicios de salud por diversos factores, ocasionando como consecuencia las suspensiones temporales y/o cancelatorias, que contravienen los objetivos del Programa Juntos.

<sup>1</sup> Esta cifra se refiere a hogares que fueron dados de baja por duplicidad de beneficiarios, no cumple con requisitos, no residencia, no registrado en el establecimiento de salud, renuncia voluntaria, error en el SISFOH, cambio de titular y suspensiones reiterativas.



Dentro de este contexto, el análisis del estudio se centra en el cumplimiento de los compromisos adquiridos por las usuarias vinculadas a la asistencia a los servicios de salud que promueve el Estado a través del Programa Juntos. Por ello el estudio busca establecer que aspectos administrativos y sociales incidieron en el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones a usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos, durante el periodo 2011 al 2013, dentro del cumplimiento de los compromisos adquiridos con el Estado, como respuesta a las transferencias monetarias condicionadas del Programa Juntos.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

### **Preguntas de investigación general**

¿Cuáles son los factores determinantes en el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos – Región Ayacucho en el periodo 2011 al 2013?

### **Preguntas de investigación específica**

¿Qué factores afines a la oferta de servicios en salud, incidieron en el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos?

¿Qué factores endógenos y exógenos al Programa Juntos, motivan las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos?

¿Cómo funcionan los mecanismos de articulación sectorial y local del Programa Juntos en relación al cumplimiento de las corresponsabilidades en el distrito de Vinchos?

## 1.2. JUSTIFICACION

La preocupación del presente estudio responde a la búsqueda de aquellas causas que inciden en el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones vinculadas al cumplimiento del compromiso asumido para cumplir las corresponsabilidades en los servicios de salud en el distrito de Vinchos. Esto implica, caracterizar la oferta y la demanda de los servicios en salud, las dificultades internas y externas en el programa en los procesos de seguimiento-validación de datos que influyen en las suspensiones de usuarias y la percepción y participación de los actores locales en el cumplimiento de las corresponsabilidades.

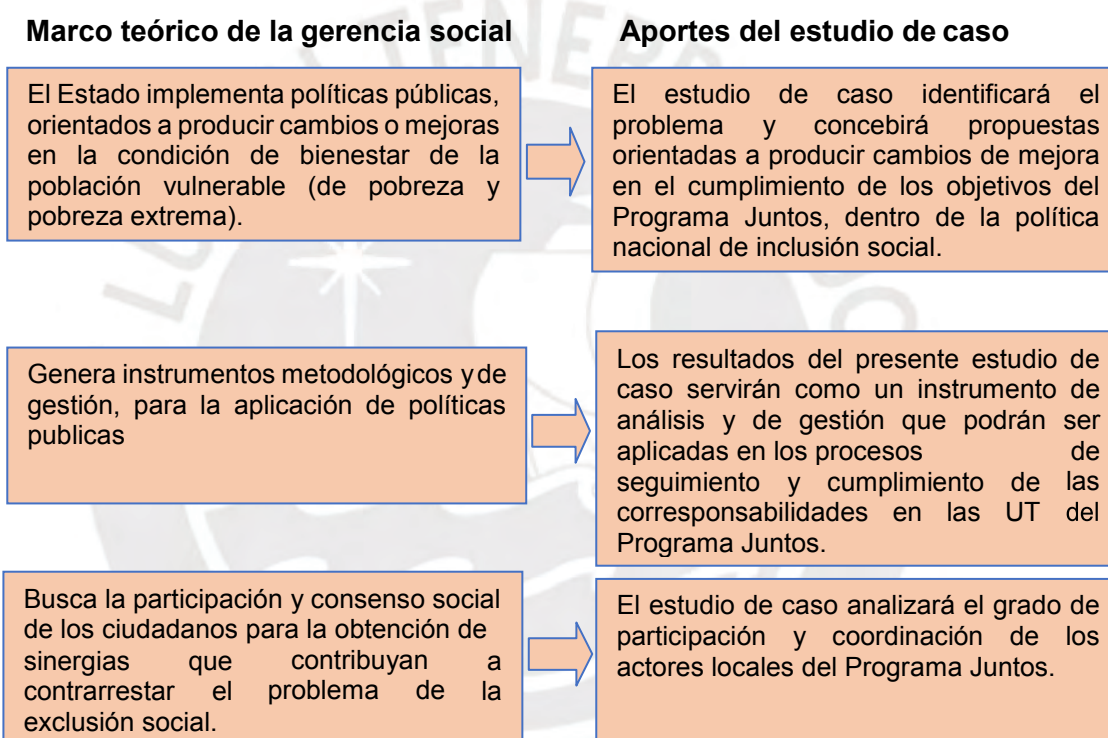
Si bien las transferencias monetarias condicionadas asigna responsabilidades a las familias usuarias del distrito de Vinchos, para el acceso a la oferta de los servicios que condiciona el Programa Juntos, al cual las usuarias pueden no querer o tener dificultades en proporcionar a sus hijos debido a la cosmovisión andina y/o falta de información; existen hogares necesitados, que perciben los incentivos monetarios, pero incumplen con el compromiso de acudir a los servicios de salud por diversos factores, generándose como consecuencia de ello las suspensiones temporales y/o cancelatorias, que contravienen los objetivos del Programa Juntos.

La importancia de conocer las causas internas y externas (capacidades resolutivas de los EE SS, administrativas, sociales, culturales, entre otros) que influyen sobre el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones de las usuarias del programa, se fundamentan en dos razones. Primero, permitirá conocer los principales factores que tienen incidencia en las suspensiones a las usuarias del Programa Juntos. Segundo, a partir de ese conocimiento o información se develará elementos claves para identificar, y proponer lineamientos de política social que mejoren la intervención del Programa Juntos, a fin de lograr en las usuarias el óptimo cumplimiento de las corresponsabilidades, de tal manera hacer de este programa un instrumento valioso para mejorar la calidad de vida de la población vulnerable a través del acceso a los servicios de salud, con bajos riesgos de exclusión social.

Por tanto, los alcances de esta investigación están referidos a brindar los insumos necesarios a fin de que el Programa Juntos tomen decisiones adecuadas en la mejora de las corresponsabilidades, además, sirva como un soporte en los procesos operativos y que se crean las condiciones institucionales orientados a fortalecer la acción del programa.

En el siguiente esquema, se muestran las relaciones del estudio de caso y la Gerencia Social.

**Grafico N° 01: Relación de la gerencia social con el estudio de caso**



Fuente: Elaboración Propia; 2014

De acuerdo al esquema, la Gerencia Social nos permitirá identificar, analizar y proponer alternativas de mejora a los problemas encontrados en el proceso de cumplimiento de corresponsabilidades en salud, dentro de los lineamientos operativos del Programa Juntos.

### 1.3. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que incidieron en el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones vinculadas a los servicios de salud en las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos, en el periodo 2011 al 2013; a partir de la indagación de la oferta de servicios en salud y las causas de origen interno y externas al programa Juntos que motivaron las suspensiones, con la finalidad de generar condiciones que promuevan el acceso permanente de usuarias a los servicios de salud, y contribuir a los objetivos de la política social del Estado, de incluir a los hogares más vulnerables del distrito de Vinchos.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analizar las características de la oferta de servicios en salud y su incidencia en el cumplimiento en las corresponsabilidades de las usuarias del Programa Juntos.
- b) Identificar cuáles son los factores endógenos y exógenos<sup>2</sup> asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones en el Programa Juntos.
- c) Analizar el grado de articulación de los actores locales en el cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos.

---

<sup>2</sup> “Las fuerzas exógenas provienen del ambiente, como son: nuevas tecnologías, cambios en los valores de la sociedad, nuevas oportunidades o limitaciones del ambiente (económico, político, legal y social). Estas fuerzas externas generan la necesidad de introducir cambios al interior de la empresa. Las fuerzas endógenas, que crean la necesidad de cambiar las estructuras y el comportamiento, provienen del interior de la organización y son producto de la interacción de sus participantes y de las tensiones provocadas por la diferencia de objetivos e intereses” (Chiavenato, 2000; UADY, 1989), citado por Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, vol. XIX, núm. 1, 2009, pp. 91-111. Universidad Autónoma de Tamaulipas; Consulta 10 de junio del 2014; <http://www.redalyc.org/html/654/65415751005/>.

Los factores exógenos y endógenos en el presente estudio, están representados por las variables identificados de mayor significancia, que permitirán responder los argumentos del problema planteado.

## VARIABLES E INDICADORES

Para el Objetivo Específico (a):

Tabla N° 01

Variables	Indicadores
V1. Oferta de servicios en los establecimientos de salud del distrito de Vinchos.	I1. N° de personal en el EESS I2. Grado de valoración de la infraestructura, equipos médicos e insumos médicos disponible de los EE SS. I3. N° de Horas de atención/ permanencia del personal en los EEE SS.
V2. Calidad de atención en los establecimientos de salud.	I1. Grado de satisfacción con el ambiente de espera I2. Trato al usuario I3. Tiempo de espera I4. Tiempo de Atención

Fuente: Elaboración Propia; 2014

Para el Objetivo Específico (b):

Tabla N° 02

Variables	Indicadores
<b>Endógenos</b>	
V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en el Programa Juntos	I1. N° de usuarias suspendidos del Programa Juntos, por errores en la recopilación y procesamiento de datos
V2. Dificultades en la verificación de corresponsabilidades	I1. Tiempo de traslado de los gestores para la verificación de corresponsabilidades I2 Demora en envió de información recopilada.
<b>Exógenos</b>	
V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en los establecimientos de salud.	I1. N° de usuarias suspendidas del Programa Juntos, por errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE SS.
V2. Factores socio-culturales y geográficos vinculadas a las usuarias	I1. Tiempo de traslado de las usuarias al establecimiento de salud. I2. Uso de medicina tradicional de las usuarias. I3. Uso de idioma materno de las usuarias en los establecimientos de salud. I4. Nivel de escolaridad de las usuarias I5. Suspendidos por priorizar labores culturales-agropecuarias.

Fuente: Elaboración Propia; 2014

Para el Objetivo Específico (c):

Tabla N° 03

Variables	Indicadores
V1. Articulación sectorial de los actores locales.	I1. Forma, Alcance y eficacia de los mecanismos de articulación a nivel del distrito.

Fuente: Elaboración Propia; 2014



## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

#### 2.1 ENFOQUES DE DESARROLLO

##### Enfoques y dimensiones sobre el desarrollo

En su tesis Mogrovejo, replica los conceptos vertidos por (Bustelo, 1999; 11-15) donde resume al enfoque de desarrollo como: *«El pensamiento sobre el desarrollo ha tenido una evolución amplia desde la “escuela clásica de la economía” del siglo XVIII, con diferentes enfoques: inicialmente una visión del desarrollo como crecimiento económico y luego otros enfoques que valoran otras dimensiones no meramente cuantitativas. Sin embargo, desde los años cuarenta dos grandes categorías del desarrollo se han establecido, la teoría ortodoxa del desarrollo, que forma parte de la corriente principal (mainstream) de la Economía, y la heterodoxa o radical que se caracteriza por sus críticas al primero y por situarse resueltamente fuera del planteamiento convencional. Tal planteamiento señala que el subdesarrollo es simplemente una cuestión de “atraso” cronológico de países menos avanzados, en otras palabras, un atraso en la “modernización” o crecimiento de sus estructuras y de sus economías. Por lo tanto, la teoría heterodoxa del desarrollo niega que el problema sea de atraso, sino de una ubicación desventajosa de los países pobres, o periféricos, en la estructura del sistema capitalista mundial.»* (Mogrovejo, 2010:36)

De igual forma, incorpora ideas de (Alonso, 2000: 53, 67) donde señala que; *“Paralelamente a la evolución de las teorías ortodoxas del desarrollo, bajo el rótulo de las teorías del crecimiento -tradición económica nacida a finales de la década de los cuarenta- se han desarrollado modelos formalizados para explicar la evolución de las capacidades productivas de un país o PIB agregado, como expresión sintética del proceso de crecimiento económico. Su visión es, por tanto, mucho más cuantitativa y economicista; al tiempo que trata de aportar una mayor fundamentación lógica a las relaciones supuestas entre las variables económicas, a través de la aplicación del lenguaje matemático”<sup>3</sup>.*

---

<sup>3</sup> ibíd.

*“Sin embargo, apelar al término de desarrollo supone aludir a un proceso más amplio que el mero crecimiento económico en el que se integran, además de los fenómenos cuantitativos, otros de tipo cualitativo, relacionados con los procesos de cambio estructural, de expansión de capacidades y libertades, de progreso social, de modernización institucional y de equilibrio medioambiental de los países. Adicionalmente, para algunos autores y organismos, el término desarrollo incorpora un proceso de crecimiento económico que resulta socialmente equilibrado, promoviendo una mejora en las condiciones no sólo económicas, sino de vida del conjunto de la población y no sólo de unos pocos (PNUD, 1998; Alonso, 2000)”<sup>4</sup>*

*Otra teoría incorporado referente al enfoque de desarrollo fue por (Arcos 2008: 30), quien señala que; [...] a la luz de los principios de la teoría de la justicia de Rawls (1971) o en una versión de la teoría aristotélica del bien común, esta última formulada por Amartya Sen, en la que concibe el desarrollo como un bien- estar de las personas, la posibilidad de ser y hacer a partir del ejercicio de las libertades y de los derechos, el desarrollo de las capacidades de las personas, las realizaciones plenas de un estilo de vida y el disfrute de las oportunidades que una sociedad pueda ofrecer a sus ciudadanos según el nivel de desarrollo económico y social alcanzado”. De igual forma, al resumir a Sen señala que;*

*Sen, afirmo que “... el desarrollo puede concebirse, como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos... La concepción del desarrollo como un proceso de expansión de las libertades fundamentales lleva a centrar la atención en los fines por lo que cobra importancia el desarrollo y no solo en algunos medios que desempeñan, entre otras cosas, un destacado papel en el proceso. El desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de la libertad; la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o exceso de intervención de los estados represivos”<sup>5</sup>.*

*Por otra parte, resume que; «Frente a esa tendencia y a los adelantos en mediciones de las condiciones de pobreza y calidad de vida promovidos por el Programa de la Naciones Unidas para el desarrollo- PNUD-, aparece en la*

---

<sup>4</sup> ibíd.; 37

<sup>5</sup> ibíd.



década de los noventa los informes de desarrollo humano, basados en la concepción del desarrollo como libertad propuesta por Amartya Sen, como una vía plausible para alcanzar a eliminar los problemas de la pobreza, el retraso y las desigualdades”. Dentro de esa premisa Sen, define el desarrollo humano como “[...] un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto así mismo, lo que Adam Smith llamo la capacidad de interactuar con otros sin sentirse “avergonzado de aparecer en público”<sup>6</sup>.

“En ese contexto, durante la última década del siglo XX y la primera del siglo XXI, las organizaciones internacionales como el PNUD han alentado en los países del mundo un mayor compromiso con la solución de los problemas estructurales de la pobreza, la economía y el medio ambiente, y el fortalecimiento de la participación, el control social como horizontes para el desarrollo humano.”<sup>7</sup>

### **Enfoque de modos de vida sostenibles (MVS) <sup>8</sup>.**

Aunque no existe una definición exacta del enfoque de MVS, éste puede describirse como una manera de concebir los objetivos, el alcance y las prioridades de desarrollo con la finalidad de acelerar el avance hacia la eliminación de la pobreza. El enfoque de MVS se compone de un *objetivo de desarrollo* y de un *marco analítico* que permite comprender los factores que influyen en la capacidad de las personas para conseguir modos de vida sostenibles en determinadas circunstancias. Un tercer componente es el conjunto de *principios* que forman el núcleo del enfoque.

### **Principios rectores del enfoque de MVS<sup>9</sup>**

Conforme a los principios rectores del enfoque de MVS, las actividades de desarrollo focalizadas en la pobreza deben:

---

<sup>6</sup> *Ibíd.*

<sup>7</sup> *Ídem*, 37

<sup>8</sup> FAO-ONU Aplicación de estrategias de desarrollo enfocadas hacia las personas en el ámbito de la FAO Algunas; Enseñanzas prácticas 2004: 37. Consulta 23 de mayo del 2014. \_

[http://www.fao.org/docrep/007/j3137s/j3137\\_s00.htm](http://www.fao.org/docrep/007/j3137s/j3137_s00.htm)

<sup>9</sup> *Ibíd.*

- Estar centradas en las personas: es decir, prestar especial atención a los intereses de la población.
- Ser holísticas: los obstáculos y las oportunidades se determinan independientemente del sector, la zona geográfica o el nivel en que ocurren.
- Ser receptivas y participativas: las propias personas pobres deben ser los principales protagonistas de las actividades.
- Ser multidimensionales: obrar a todos los niveles y forjar vínculos entre ellos.
- Desarrollarse en colaboración: con los sectores tanto público como privado.
- Ser sostenibles: desde un punto de vista económico, institucional, social y ambiental.
- Ser dinámicas: reconocer la naturaleza dinámica de las estrategias de subsistencia y responder con flexibilidad.

Como método analítico, el enfoque de MVS se basa en los cinco activos capitales (humano, físico, financiero, natural y social) a los que recurre la población para obtener sus modos de subsistencia.

## **2.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA ZONA**

De acuerdo a las estadísticas del INEI y el PNUD en el cuadro N° 03, los principales indicadores socioeconómicos del distrito de Vinchos están referidos a las carencias de la población sobre los servicios básicos de agua, desagüe y electricidad, así como a los niveles de desnutrición infantil, a la tasa de analfabetismo y también al índice de desarrollo humano en que se encuentra situado el distrito.

El principal problema que se aprecia en el distrito de Vinchos es la pobreza extrema de 54.2% en comparación al 12.4% de la capital del departamento y es uno de los más altos a nivel de la provincia de Huamanga, en cuanto a la mortalidad infantil la tasa de incidencia es de 27.3 /1000 por niños nacidos, la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años es de 41.4%; en

cuanto al analfabetismo las cifras muestran que el 34.7% de la población no acceden a ningún nivel de educación básica, de acuerdo al recuento de cifras de pobreza en el distrito de Vinchos, existen carencias que justifican la intervención de los programas sociales y en caso particular del Programa Juntos, a fin de aliviar sus necesidades básicas vinculados al acceso a los servicios de salud y educación<sup>10</sup>.

**Cuadro N° 03: Cifras de Pobreza e indicadores en el Distrito de Vinchos**

PROVINCIA	DISTRITO	POBLACIÓN PROYECTADA (2011) 1/	INCIDENCIA POBREZA 2/	POBREZA EXTREMA 2/	MORTALIDAD INFANTIL 4/	DESNUTRICIÓN CRÓNICA 4/	HOGARES CON NIÑOS QUE NO ASISTEN A LA ESCUELA 5/	ANALFABETISMO 5/	POBLACION SIN AGUA EN LA VIVIENDA 5/	POBLACION SIN DESAGUE POR RED PUBLICA DENTRO DE LA VIVIENDA 5/	POBLACION SIN ALUMBRADO ELECTRICO EN LA VIVIENDA 5/
UNIDAD DE MEDIDA		N°	%	%	Tasa x 1000	%	%	%	%	%	%
HUAMANGA	AYACUCHO	107,083	39.6	12.4	24.9	41.2	1.7	6.7	6.8	30.7	12.9
HUAMANGA	ACOCRO	9,569	59.7	29.9	27.7	42.3	3.9	28.4	67.4	99.0	70.8
HUAMANGA	ACOS VINCHOS	5,513	82.8	53.2	26.9	42.7	4.2	32.1	40.6	96.1	72.7
HUAMANGA	CARMEN ALTO 5/	18,678	71.6		25.7	41.2	1.7	6.7	6.8	99.0	12.9
HUAMANGA	CHIARA	6,729	65.8	32.3	26.7	42.8	4.0	23.1	48.0	99.1	74.6
HUAMANGA	OCROS	6,397	63.1	30.2	28.5	41.3	7.1	22.7	55.4	96.0	84.2
HUAMANGA	PACAYCASA	3,017	68.5	32.3	27.9	40.8	2.8	18.5	18.1	92.8	32.0
HUAMANGA	QUINUA	6,187	86.7	45.4	26.0	40.1	3.3	25.6	72.7	88.1	36.7
HUAMANGA	SAN JOSE DE TICLLAS	2,986	72.4	38.4	25.9	40.8	1.8	25.6	96.2	99.7	38.6
HUAMANGA	SAN JUAN BAUTISTA	43,986	54.4	17.9	25.4	41.2	2.1	7.6	4.8	30.0	11.7
HUAMANGA	SANTIAGO DE PISCHA	1,624	73.9	44.5	27.6	40.8	1.9	22.3	72.4	96.0	37.3
HUAMANGA	SOCOS	7,066	85.5	60.0	26.6	41.2	2.3	28.9	76.7	99.4	29.0
HUAMANGA	TAMBILLO	5,391	81.9	51.7	27.9	41.2	3.3	23.9	18.8	99.9	49.4
HUAMANGA	VINCHOS	16,284	81.7	54.2	27.3	41.4	5.0	34.7	64.8	99.8	55.7
HUAMANGA	JESUS NAZARENO	16,684	44.7	13.7	25.0	40.8	1.6	7.3	5.3	38.1	9.0

**Fuentes:**

1/ *Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo, según Departamento, Provincia y Distrito, 2000-2015*

2/ *Mapa de Pobreza Distrital, INEI 2009*

3/ *Evaluación censal de estudiantes (ECE-2010), UMC del Ministerios de Educación*

4/ *Mapa de desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, INEI 2009*

5/ *Censo nacional de población y vivienda, INEI 2007*

<sup>10</sup> Mapa de Pobreza Distrital, INEI 2009, Evaluación censal de estudiantes (ECE-2010), Mapa de desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital, INEI 2009

Por otra parte, se observa el índice de desarrollo humano (IDH) del distrito de Vinchos es de 0.1506, cifra que muestra, que la calidad de vida en el distritito es precaria, el cual explica, la carencia de necesidades básicas en el distrito.

#### Cuadro N° 04: Índice de Desarrollo Humano Departamental, Provincial y Distrital 2012.

Re-Calculado según la nueva metodología, PNUD (2010)

DEPARTAMENTO	Población		Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer		Población con Educ. secundaria completa		Años de educación (Poblac. 25 y más)		Ingreso familiar per cápita	
Provincia	Habitantes	Ranking	IDH	ranking	años	ranking	%	ranking	años	Ranking	N.S. mes	Ranking
AYACUCHO	666,029	15	0.3336	23	70.22	21	43.59	23	6.38	22	358.7	22
Huamanga	261,382	19	0.4150	66	68.69	156	55.63	70	8.80	42	496.9	69
Ayacucho	108,700	48	0.4787	316	67.74	1532	66.39	399	9.84	183	654.3	288
Acocro	9,728	525	0.2087	1586	67.11	1574	16.39	1659	8.19	456	152.5	1601
Acos Vinchos	5,622	802	0.1759	1719	69.28	1422	26.50	1391	3.89	1757	126.9	1713
Carmen Alto 1/	19,325	287	0.4807	310	71.57	1177	65.00	427	9.84	182	616.6	324
Chiara	6,839	703	0.2385	1395	67.31	1559	25.30	1434	5.25	1371	226.2	1278
Ocos	5,571	808	0.2023	1618	68.08	1507	28.28	1338	4.88	1515	149.7	1618
Pacaycasa	3,061	1129	0.2763	1128	63.79	1700	42.65	957	5.53	1265	275.1	1059
Quinua	6,193	755	0.2043	1608	62.39	1738	35.29	1149	5.15	1402	151.9	1603
San Jose De Ticllas	3,150	1113	0.2405	1375	67.57	1539	39.48	1033	4.62	1587	207.7	1352
San Juan Bautista	45,548	127	0.4571	365	72.17	1096	63.84	457	9.84	184	533.1	422
Santiago De Píscha	1,668	1429	0.2344	1434	67.20	1568	65.00	426	5.14	1408	150.5	1610
Socos	7,078	677	0.1750	1721	70.81	1274	24.19	1456	3.76	1775	129.6	1704
Tambillo	5,472	817	0.1972	1638	68.34	1489	17.11	1641	4.37	1660	183.7	1467
Vinchos	16,400	323	0.1506	1799	68.77	1460	15.15	1698	3.59	1792	118.6	1736
Jesus Nazareno	17,027	311	0.4981	272	71.97	1129	65.39	416	9.91	166	671.9	264

Fuente: PNUD-Perú; 2012

#### Población.

Según el censo del año 1993 del INEI, el distrito de Vinchos tenía una población de 12,657 habitantes, de los cuales 5,923 eran hombres y 6,734 mujeres. Al año 2007, según las cifras oficiales del INEI, la población del mencionado distrito se había incrementado a 15,787 personas, de las cuales 7,550 eran hombres y 8,237 eran mujeres<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI: Censo Nacional, base de datos 2007.

El crecimiento porcentual intercensal del distrito de Vinchos del año 1993 al año 2007 representa el 24.7%, equivalente a un crecimiento de la tasa poblacional de 1.59% anual.

La población de mayor predominio según grupos de edad en el distrito de Vinchos se encuentra de 0 a 14 años que representa el 44.3%, por otra parte, el 49.6% de la población tiene edades de 15 a 64 años, esto nos dice que la población del distrito en su mayoría está conformada por jóvenes y adultos, siendo solo el 6.2% que está considerado dentro del grupo de edad de adulto mayor.

Cabe aclarar, que la intervención del Programa Juntos en el distrito, alcanza prioritariamente al grupo de población de 0 a 14 años, cuyo alcance poblacional del programa a la fecha del estudio es de 6,851 niños y niñas, de los cuales la población adscrita netamente a las corresponsabilidades en salud es 1,345 niños y niñas, que representa al 19.63% de la población objetiva total. Por otra parte, se tiene una población de 1,732 niños que representa al 25% que están adscritos a las corresponsabilidades en educación, en ambos casos el Programa Juntos suma un total 3,077 niños inscritos, siendo menos de la mitad su cobertura, debido a la filtración que se realiza<sup>12</sup>.

Por otro lado, en el distrito de Vinchos de acuerdo al censo nacional 2007 del INEI, existe una población 8,237 mujeres que representa el 52% de la población total, de los cuales 3,175 mujeres (jefes de hogar para Juntos) son usuarias del Programa Juntos, que representa el 38.55% de la población total de mujeres.

El distrito de Vinchos se caracteriza por tener una población eminentemente rural, se encuentra dispersas en los 119 comunidades circundantes, es decir el 95.8% de la población viven dispersos y el capital del distrito solo concentra el 4.2% de la población total (15,787 habitantes)<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Programa Juntos: Unidad de informática, base datos 2013.

<sup>13</sup> INEI - Censos Nacionales 2007

**Cuadro N° 05: Indicadores Demográficos del Distrito de Vinchos – Año 2007**

Variable / Indicador	Provincia Huamanga		Distrito Vinchos	
	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Población</b>				
<b>Población censada</b>	<b>221390</b>	<b>100</b>	<b>15787</b>	<b>100</b>
Hombres	108027	48.80	7550	47.80
Mujeres	113363	51.20	8237	52.20
<b>Población por grandes grupos de edad</b>	<b>221390</b>	<b>100.00</b>	<b>15787</b>	<b>100.00</b>
00-14	76910	34.70	6988	44.30
15-64	132715	59.90	7828	49.60
65 y más	11765	5.30	971	6.20
<b>Población por área de residencia</b>	<b>221390</b>	<b>100</b>	<b>15787</b>	<b>100</b>
Urbana	161636	73.0	669	4.2
Rural	59754	27.0	15118	95.8
<b>Población adulta mayor (60 y más años)</b>	<b>16487</b>	<b>7.4</b>	<b>1339</b>	<b>8.5</b>
<b>Edad promedio</b>	<b>26</b>		<b>24</b>	
<b>Razón de dependencia demográfica 1/</b>		<b>66.8</b>		<b>101.7</b>
<b>Índice de envejecimiento 2/</b>		<b>21.4</b>		<b>19.2</b>
<b>Estado civil o conyugal (12 y más)</b>	<b>161394</b>	<b>100</b>	<b>10179</b>	<b>100</b>
Conviviente	32399	20.1	1207	11.9
Separado	5169	3.2	188	1.8
Casado	48529	30.1	4592	45.1
Viudo	6926	4.3	711	7.0
Divorciado	693	0.4	17	0.2
Soltero	67678	41.9	3464	34.0

Fuente: INEI - 2007

1/ Relación de la población de 0 a 14 años más la población de 65 entre la población de 15 a 64 años.

2/ Relación de la población de 60 y más años sobre el total de menores de 15 años.

## Salud.

Los indicadores de salud están referidos a la población atendida en los establecimientos de Es Salud o el Servicio Integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud.

La población del distrito de Vinchos es de 15,787, de los cuales la población asegurada es de 12,566 que representa el 79.6% de la población total, de los cuales el seguro predominante es del género femenino con un 52.8% a comparación del género masculino (47.2%), cabe precisar que la mayoría de la población asegurada en el distrito se acogen al Seguro Integral de Salud (SIS), este seguro alberga al 79.1% y solo el 0.5% de la población asegurada se

encuentra asegurada en Es Salud. La masiva inscripción al SIS en el distrito se debe a la intervención del Programa Juntos, debido a que uno de los pre-requisitos de selección del programa es que las madres usuarias y sus hijos cuenten con el Sistema de Aseguramiento Universal; es así que el Programa Juntos al año 2013 tiene adscritos como usuarias a 3175 hogares que cuentan con este tipo de seguro<sup>14</sup>.

**Cuadro N° 06: Indicadores de Salud en el Distrito de Vinchos - Año 2007**

variable / indicador	Provincia de Huamanga		Distrito Vinchos	
	Absolutas	%	Absolutas	%
<b>Población con seguro de salud</b>	<b>120673</b>	<b>54.5</b>	<b>12566</b>	<b>79.6</b>
Hombre	57378	47.5	5932	47.2
Mujer	63295	52.5	6634	52.8
Urbana	75052	62.2	447	3.6
Rural	45621	37.8	12119	96.4
<b>Población con Seguro Integral de Salud</b>	<b>82221</b>	<b>37.1</b>	<b>12482</b>	<b>79.1</b>
Urbana	39292	47.8	431	3.5
Rural	42929	52.2	12051	96.5
<b>Población con ESSALUD</b>	<b>29440</b>	<b>17.4</b>	<b>79</b>	<b>0.5</b>
Urbana	35760	121.5	16	20.3
Rural	2692	9.1	63	79.7

Fuente: INEI-Censos Nacionales 2007

## Educación

Los indicadores de educación del distrito de Vinchos, están relacionados con la asistencia al sistema educativo regular (educación primaria, secundaria y superior), a nivel de grupo etario la asistencia al sistema educativo regular predominante es de 6 a 11 años que corresponde al nivel primario con un 93.1%, seguido por el grupo de 12 a 16 años (86.2%) del nivel secundario, y sólo el 23.1% del grupo de edad de 17 a 24 cursan algún nivel de educación superior (INEI, 2007).

A nivel de genero la población de mayor acceso a la educación superior son varones (2.4%) y solo el 1.1% de mujeres acceden a algún nivel de educación superior. Por otra parte, el distrito de Vinchos cuenta con el 34.7% de población

<sup>14</sup> Programa Juntos: Unidad de informática, base de datos; 2013.

analfabeta de 15 a más años, siendo de mayor predominio, el analfabetismo en mujeres con el 47% en relación al 19.4% al de los varones (ibíd.)

En el distrito de Vinchos, la población que se encuentra en el sistema educativo de 6 a 16 años es de 3,365 alumnos entre varones y mujeres, de los cuales están adscritos al Programa Juntos 1,732 que representa el 51.5% de la población en edad escolar (Programa Juntos; 2013).

**Cuadro N° 07: Indicadores de Educación en el Distrito de Vinchos-Año 2007**

Variable / Indicador	Provincia de Huamanga		Distrito Vinchos	
	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Asistencia al sistema educativo regular (6 a 24 años)</b>	<b>72825</b>	<b>77.2</b>	<b>4819</b>	<b>70.8</b>
De 6 a 11 años	29805	95.6	2655	93.1
De 12 a 16 años	24378	91.8	1710	86.2
De 17 a 24 años	18642	50.9	454	23.1
<b>Población c/ Educación superior (15 y más años)</b>	<b>44349</b>	<b>30.7</b>	<b>145</b>	<b>1.6</b>
Hombre	22952	33.3	94	2.4
Mujer	21397	28.3	51	1.1
<b>Población analfabeta (15 y más años)</b>	<b>18370</b>	<b>12.7</b>	<b>3051</b>	<b>34.7</b>
Hombre	3926	5.7	772	19.4
Mujer	14444	19.1	2279	47.3
Urbana	8290	7.6	118	28.4
Rural	10080	28.3	2933	35

Fuente: INEI-Censos Nacionales 2007

### 2.3 MARCO NORMATIVO<sup>15</sup>

#### *Lineamiento de política nacional e internacional*

- *Lineamientos de la política social: Declaración del Milenio (13 de septiembre del 2000).*
- *“Acuerdo Nacional”, (22.07.2002) en el cual se establecen los principios que deberán respetar y guiar las políticas nacionales del país, que son: (1) Democracia y Estado de Derecho; (2) Equidad y Justicia Social; (3)*

<sup>15</sup> Programa Juntos: Marco normativo. Consulta 13 de octubre del 2016. Obtenido de: <http://www.juntos.gob.pe/index.php/normas-sectoriales>.



*Competitividad del País; y (4) Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado.*

- *D.S.008-2013-MIDIS, Se aprueba la estrategia nacional de desarrollo e inclusión Social “Incluir para Crecer”.*
- *Marco Macroeconómico Multianual 2013-2015 (30.05.2012), que brinda proyecciones macroeconómicas en relación al gasto social.*
- *Decreto Supremo N° 027-2007-PCM (25.03.2007), que define y establece las políticas nacionales de obligatorio cumplimiento para el Gobierno Nacional, vinculadas a la política social en materia de: descentralización; igualdad de hombres y mujeres; juventud; pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiáticoperuanos; personas con discapacidad; inclusión; extensión tecnológica, medio ambiente y competitividad; aumento de capacidades sociales; empleo y MYPE; simplificación administrativa; entre otras.*
- *Plan Bicentenario: El Perú hacia el 2021, aprobado por el Acuerdo Nacional*
- *Marco Macroeconómico multianual 2014-2016: que brinda proyecciones macroeconómicas en relación al gasto social.*
- *Resolución Ministerial N° 007-2013-MIDIS: Aprobación de metas e indicadores de desempeño para evaluar el cumplimiento de las políticas nacionales de competencia del MIDIS, durante el año 2013.*

#### **Normas Sectoriales<sup>16</sup>:**

- *Ley N° 29158 (19.12.2007), Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.*
- *Decreto Supremo N° 130-2004-EF (10.09.2004), establecen criterios y mecanismos para mejorar la equidad y calidad en el gasto social, y la prioridad de atención de grupos beneficiarios, a través de la focalización.*
- *Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM (22.12.2004), crea el Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH y Directiva de Organización y Funcionamiento.*
- *Decreto de Urgencia N° 001-2012 (22.01.2012) Transfiérase al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, al Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)*
- *Resolución Ministerial N° 143-2012-MIDIS (17.08.2012) Se aprueba la Directiva N° 005 – “Lineamientos Técnicos para el Empadronamiento*

---

<sup>16</sup> *Ibíd.*

### **Normas de Origen y organización<sup>17</sup>**

- Ley N° 29792 Ley de creación, organización y funciones del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS es adscrito como Unidad Ejecutora del Pliego MIDIS.
- Decreto Supremo N° 032-2005-PCM, crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS.
- Decreto Supremo N° 062-2005-PCM, modifica el Decreto Supremo N° 032-2005 PCM mediante el cual se creó el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS.
- Resolución Ministerial N° 364-2005-PCM, aprueba el Reglamento Interno del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - “JUNTOS”.
- D.S. N° 009-2012-MIDIS, de fecha 06.07.2012 “Amplían cobertura del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 y del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - JUNTOS”.
- D.S. N° 012-2012-MIDIS, de fecha 20/09/2012 “Modifican diversos artículos del Decreto Supremo N° 032-2005-PCM, norma de creación del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - JUNTOS”.

### **PROYECTO O PROGRAMA QUE SE ESTÁ ANALIZANDO**

#### **2.4 Programa JUNTOS.**

“Oficialmente el Programa Juntos fue creado el 7 de abril del 2005 mediante el Decreto Supremo No. 032-2005-PCM, suscrito a la Presidencia de Consejo de Ministros, dando inicio sus actividades, en 110 distritos de los cuatro departamentos más pobres del país Ayacucho, Apurímac, Huancavelica y Huánuco y posteriormente mediante Resolución Suprema 004-2012-PCM, el 01 de enero de 2012, se dispuso la transferencia del Programa Juntos, de la Presidencia del Consejo de Ministros al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social- MIDIS” (Juntos 2013). Por otra parte: [...] Juntos está definido como un Programa de

---

<sup>17</sup> Ibíd.

Transferencias Monetarias Condicionadas y es considerado como un Programa Social de “Tercera Generación”, es decir, brinda ayuda a las familias pobres con un incentivo para cumplir una serie de compromisos bien definidos dentro de un esquema de corresponsabilidad familia-Estado. Juntos se diferencia de los llamados programas sociales de “primera generación” (entrega de subsidios sin condiciones) y de “segunda generación” (limitados a la inserción de la familia en circuitos económicos y de seguridad alimentaria). (Hidalgo, 2008: 39)

El Programa Juntos busca beneficiar a los hogares más pobres del país, entre la población objetivo, *“El programa prioriza hogares con madres gestantes, padres viudos, personas de la tercera edad o apoderados que tengan bajo su tutela a niños y/o niñas que sean menores de 14 años, designando a la mujer como representante para el cobro de la transferencia, que es además de libre disponibilidad, siempre y cuando cumplan con las corresponsabilidades en las áreas de nutrición, salud, educación e identidad,”* (Boyd, 2014: 1).

Para el (IEP 2009),<sup>18</sup> La seleccionar a las familias beneficiarias del Programa Juntos, se ha establecido bajo el siguiente mecanismo de intervención:

1. *Focalización geográfica (evaluación del mapa de pobreza elaborado por el MEF)*
2. *Focalización de hogares (identificar los hogares pobres que poseen miembros objetivos del programa)*
3. *Focalización comunal (Juntos envía la base de datos realizada a sus sedes regionales para que los representantes regionales, coordinadores regionales y promotores de JUNTOS, efectúen las asambleas de validación comunal)*

El Programa Juntos, entrega subsidios bimensuales de S/. 200.00 soles (US \$ 77), siempre y cuando que, las usuarias cumplan con las condicionalidades en salud - nutrición, educación e identidad como contraparte a estos subsidio que promueve el Estado.

---

<sup>18</sup> Instituto de Estudios Peruanos - Proyecto Capital: Transferencias Monetarias Condicionadas y su rol con el Sistema Financiero 2009: 6. Consulta 13 de diciembre del 2013 [file:///C:/Users/DELL/Downloads/transferencias\\_monetarias\\_condicionadas\\_y\\_su\\_rol\\_con\\_el\\_sistema\\_financiero\\_tri\\_gtz%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/transferencias_monetarias_condicionadas_y_su_rol_con_el_sistema_financiero_tri_gtz%20(5).pdf)

Esta transferencia de S/. 200.00 soles bimensuales equivalen aproximadamente al 26% del salario mínimo vital, que actualmente en el Perú es de S/. 750.00 soles mensuales, lo más importante de esta entrega de subsidios es que, las familias más vulnerables del país, en situación de pobreza extrema y exclusión han sido elegidos como los principales beneficiarios del programa, cuyos ingresos por lo general muy por debajo al promedio nacional, por lo que, la entrega de los S/. 200.00 soles, en algunas zonas rurales del Perú, puede ser considerado como a la totalidad del ingresos que perciben las familias.

Para (Francke y Mendoza, 2006: 420), “Los beneficios de Juntos no solo provienen del valor monetario de las transferencias, sino también de la liquidez que estas representan y la posibilidad de acceder a bienes y servicios de forma rápida y oportuna, esto es particularmente importante considerando que se ha estimado que el 30% de la población de la sierra rural trabaja, pero no perciben ingresos por su labor...” Y por otra parte señalan que; “La contraparte a la acción del Estado, es el cumplimiento por las familias usuarias una serie de compromisos relativos al bienestar de sus hijos, así como de las madres gestantes.”

Entre los principales compromisos asumidos destacan los siguientes<sup>19</sup>:

1. **Educación:** Exigencia del 85 % de asistencia promedio para los niños entre 0 a 14 años de las familias usuarias. durante los días en que se realizan las actividades educativas.
2. **Nutrición:** Control de crecimiento y desarrollo para todos los niños hasta los cinco años de edad. Participación en el Programa de Complementación alimentaría para grupos de mayor riesgo para los posibles beneficiarios niños entre seis meses y tres años.
3. **Salud:** vacunación completa desparasitación y entrega de suplementos vitamínicos para niños hasta los cinco años. Controles prenatales y pos natales para las madres gestantes, asistencia a charlas educacionales y recepción de suplementos vitamínicos y vacunas. Utilización de pastillas de cloro para la potabilizar el agua en las viviendas de las familias usuarias.

---

<sup>19</sup> *Ibíd.*

4. **Identidad y desarrollo de la ciudadanía:** Participación en el programa Mi Nombre de registro de legalización de niños y adultos sin partida de nacimiento y documento nacional de identidad

### **Diseño del Programa Juntos**

En septiembre del año 2000 el Perú y otras naciones, adoptaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. De acuerdo al (PNUD, 2006: 17), *“Esta declaración plantea para el año 2015, el compromiso de reducir a la mitad el número de personas que sufren las consecuencias de la pobreza extrema en el mundo, expresando la urgencia por materializar dos imperativos éticos capitales”:*

- (i) La satisfacción de los derechos humanos básicos de las grandes mayorías; y*
- (ii) La generación de una cultura de igualdad, equidad e inclusión.*

De igual forma señala que; *“Este compromiso, que incluye los objetivos del milenio (ODM) concretos, conlleva a la realización de grandes esfuerzos nacionales e internacionales tendientes a la superación de los problemas de hambre y desnutrición; al logro de la igualdad de género y del empoderamiento de la mujer; a la garantía de educación y salud básica de calidad para todos, entre otros objetivos prioritarios”<sup>20</sup>.*

*“El logro de estos objetivos, y las metas que de ellos se derivan, obliga a las naciones (gobernantes, fuerzas políticas, económicas y sociales) a iniciar un gran debate orientado a cuestionar y re conceptualizar sus prioridades geopolíticas y económicas; el mismo que debería conducir a un nuevo gran pacto mundial inspirado por los ideales de desarrollo humano y que permita a las hoy marginadas mayorías del planeta, alcanzar niveles de vida consistentes con los avances del mundo contemporáneo<sup>21</sup>”.*

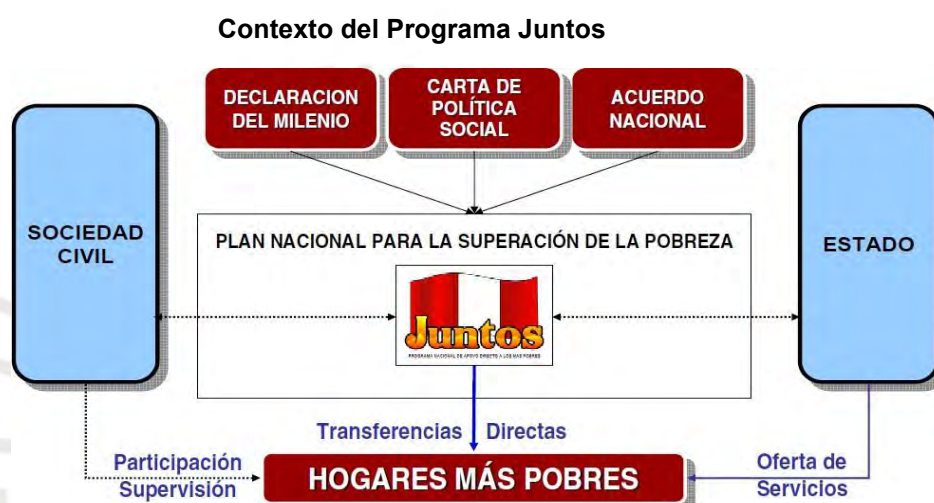
*“En el Perú, país afectado por la desigualdad y la exclusión y donde persisten grandes brechas sociales y económicas entre sus diferentes grupos poblacionales, el 29 de julio de 2002 las principales fuerzas sociales*

---

<sup>20</sup> *Ibíd.*

<sup>21</sup> *Ibíd.*

y políticas suscribieron el Acuerdo Nacional orientado a la superación de la realidad vigente en el mediano y largo plazo. De igual forma, el Gobierno propuso a la Nación la Carta de Desarrollo Político Social y suscribió conjuntamente con el Sistema de las Naciones Unidas, el Informe Nacional de los ODM. Todos estos instrumentos apelan ante las instituciones del Estado, la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional, a encaminar sus esfuerzos e intervenciones a una suma de voluntades orientada al logro de los desafíos y de las metas establecidas para cada uno de los ODM hacia el 2015<sup>22</sup>.

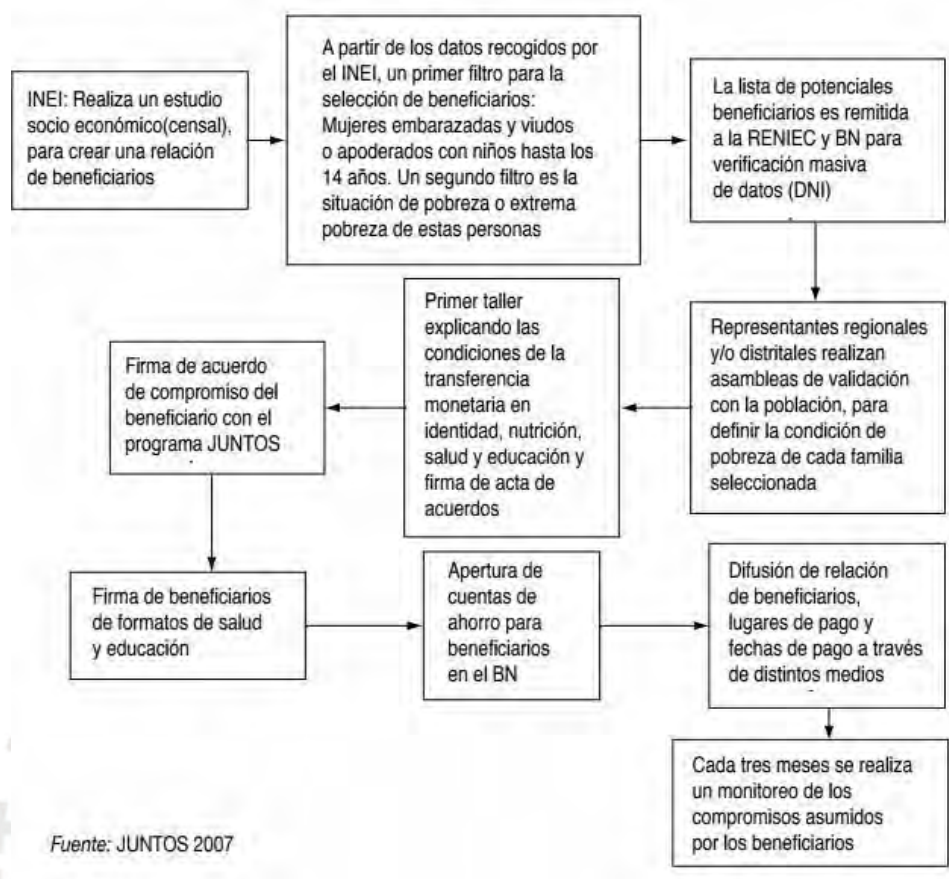


Fuente: Juntos-2009

«Según el diseño del Programa JUNTOS, la selección de los beneficiarios debía realizarse en tres etapas: “focalización geográfica, focalización de hogares-censo y validación en la comunidad”. La primera etapa, es decir la designación de los distritos donde se iba a aplicar el Programa, se sustentó en cinco variables: pobreza extrema, brecha de pobreza, desnutrición crónica infantil, existencia de dos o más Necesidades Básicas Insatisfechas, y un grado alto de afectación por la violencia política. Como referencia se utilizó el Mapa Nacional de la Pobreza del MEF y el Informe Final de la CVR. La segunda etapa consistió en la aplicación de una encuesta sobre la situación socioeconómica de los hogares en los distritos seleccionados, diseñada y ejecutada por el INEI. La validación comunal, finalmente, debía involucrar la comunidad en su conjunto, no sólo para corregir errores en la focalización, sino también para legitimar socialmente al Programa (Francke y Mendoza 2006: 406).» (IEP, 2008: 13).

<sup>22</sup> Ibid.

## Flujo grama de selección de usuarias Juntos



«El Programa JUNTOS tiene por finalidad contribuir a la reducción de la pobreza y evitar que los hijos sigan viviendo en la pobreza que afectó a sus padres y como propósito generar Capital Humano dentro de los hogares en situación de pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad hogar - Estado, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud - nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los dirigentes sociales de la comunidad. Dicho incentivo está condicionado al cumplimiento de compromisos adquiridos, los cuales intentan promover y garantizar el acceso y participación de los hogares en extrema pobreza con niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años y gestantes en las áreas de salud - nutrición, educación e identidad; fomentando de esta forma el principio de corresponsabilidad» (Juntos 2013).

## **Cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos**

Se ha determinado que el control del cumplimiento de las condicionalidades sea trimestralmente. Para esto el Programa JUNTOS ha diseñado una serie de formatos que permiten recoger información sobre la asistencia a los servicios de salud y educación. Estos formatos son trasladados a los establecimientos locales-escuelas, centros de salud- que tienen a su cargo el llenado e indicar la asistencia o inasistencia de cada familia beneficiaria (IEP, 2008: 17). Al respecto (Francke y Mendoza 2006: 417) señalan que; [...] *el control tiene un sentido absolutista, carente de graduación: no se hace distinción entre los niveles de incumplimiento. Para efectos prácticos, lo mismo da si la familia registró 80% de inasistencias que 30% de inasistencias. Esta característica puede resultar problemática, pues al funcionar bajo un esquema de “todo o nada” podría terminar fomentando el incumplimiento reiterado y agravado los compromisos, pues una familia infractora “leve”, que incumplió marginalmente, podría considerar racional terminar incumpliendo del todo sus compromisos.*

Por otra parte, señalan que; *“el sistema resulta punitivo antes que preventivo, pues el desarrollo del Programa implica que para un periodo dado, primero la familia cobra; luego se verifica si esta cumplió con sus compromisos, y de comprobarse incumplimiento, la familia es sancionada, siendo aplicada la sanción en el siguiente periodo (trimestre).”<sup>23</sup>*

## **2.5 INVESTIGACIONES RELACIONADAS**

### **Programas de Transferencia Monetaria Condicionada en América Latina**

Los Programas de Transferencia Condicionada, constituyen en la actualidad la principal estrategia para hacer frente a los problemas de pobreza que caracterizan a los países de América Latina. La expansión y consolidación de este tipo de programas no es casual, sino que se sustenta en la persistencia de un paradigma que sostiene que la mejor forma de atender a situación de las personas pobres, es a través de transferencias monetarias, focalizadas y condicionadas. (Rodríguez, 2011: 9)

---

<sup>23</sup> Ídem, 418



En sus comienzos, la protección social implementada en los países de la región, se refería básicamente a los seguros sociales vinculados al trabajo. Las prestaciones de este tipo de seguros abarcaban, por un lado, la asistencia a la salud (cobertura médica, beneficios por accidentes de trabajo) y, por otro lado, las jubilaciones y pensiones. En las últimas décadas del siglo XX, muchos países latinoamericanos sufrieron crisis estructurales que derivaron en un deterioro de los seguros sociales y, con el crecimiento de la pobreza y el desempleo en la región, se volvió necesario implementar programas de protección social que actuaran frente al estado de emergencia económica (CEDLAS, 2008: 10)

(IEP, Gutiérrez y Trivelli, 2009: 1) mencionan que; *“Dentro de este contexto y, sobre todo en los últimos diez años, es que se empiezan a implementar en distintos países programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) como eje central de las políticas de mitigación de pobreza. En general, las evaluaciones de los programas han sido positivas, aunque diversas. Además, se ha encontrado que han tenido mayor y mejor impacto que otros programas sociales. Sin embargo, la riqueza de estas experiencias corresponde a las lecciones que se han podido aprender y extraer”.*

En relación a los programas de transferencia de incentivos en el mundo, el (Banco Mundial, 2009: 3)<sup>24</sup> menciona que; El interés y el radio de acción de los programas de TMC han crecido enormemente en los últimos diez años.

De igual forma señala que; En forma paralela al aumento en el número de países que tienen programas de TMC se ha dado un incremento en el tamaño de algunos de los programas. El Programa Progresas, de México, empezó con aproximadamente 30.000 familias beneficiarias en 1997 y ya cubre 5 millones de familias. (El nombre de este Programa se cambió a Oportunidades en 2001 y en el presente informe nos referiremos al Programa como Oportunidades.) Brasil empezó con los programas municipales Bolsa Escola en Brasilia y el municipio de Campinas. Esos programas condujeron a réplicas por parte de otros gobiernos locales, a los que siguieron programas federales para sectores específicos y luego a su unificación y reforma. Hoy el Programa Federal Bolsa Familia

---

<sup>24</sup> Banco Mundial, Reducción de la Pobreza Actual y Futura 2009.

atiende a 11 millones de familias (46 millones de personas). En otros países, el aumento del tamaño ha sido menos explosivo, pero de todas formas notable. Por ejemplo, en Colombia, el objetivo inicial del programa fue de 400.000 familias, pero se ha expandido y en 2007 cubría 1,5 millones de familias beneficiarias<sup>25</sup>.

El papel de los programas de TMC en la política social varía según los lugares como consecuencia de diferencias tanto en el diseño de los programas como en el contexto en el que operan. De manera más obvia, los programas de TMC varían con respecto a las medidas pertinentes de tamaño. En cuanto a cobertura absoluta, oscilan entre 11 millones de familias (Brasil) y 215.000 familias (Chile) y programas piloto con unos pocos miles de familias (Kenia, Nicaragua). En cuanto a cobertura relativa, van desde aproximadamente el 40% (Ecuador) y alrededor del 20% de la población (Brasil, México) hasta un 1% (Camboya). En cuanto a presupuesto, los costos varían entre un 0,5% del producto interno bruto (PIB) en países como Brasil, Ecuador y México, y un 0,08% del PIB (Chile). La generosidad de los beneficios está entre el 20% del consumo promedio familiar en México y el 4% en Honduras, y aún menos en los programas de Bangladesh, Camboya y Pakistán<sup>26</sup>.

Figura 03: las transferencias monetarias condicionadas en el mundo 1997 y 2008



---

<sup>25</sup> *Ibíd.*

<sup>26</sup> *Ibíd.*,

2008



Fuente: Banco Mundial, Transferencias monetarias condicionadas pág. 04, 2009.

Según la Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe de la CEPAL, los PTC operan en la actualidad en 18 países de la región y benefician a más de 25 millones de familias (alrededor de 113 millones de personas), es decir, el 19% de la población de América Latina y el Caribe, a un costo que ronda el 0,4% del PIB regional. (CEPAL, 2011: 7)

Dentro de este contexto, las metodologías que sirvieron de ejemplo para implementar el Programa de TMC en el Perú (Juntos) y en otros países de América Latina fueron los adelantados creados en Brasil con Bolsa Escolar y Bolsa Familiar y en México con el Programa Progresá luego llamado Oportunidades

Para efectos de comparación del Programa Juntos nos centraremos en los siguientes países de la región: Brasil, México, Colombia, Chile y Ecuador. Por tener similitudes (*mismo modus operandi*) en su implementación como programas de transferencia monetaria condicionadas.

**El Programa Bolsa Familia (Brasil).** Se implementó en Brasil en el año 2003. El Programa Bolsa Familia se dirige a todas las familias en situación de pobreza en Brasil, concretamente a aquellas con ingresos mensuales menores a 154 reales por persona (unos 40 dólares a octubre de 2015). En este sentido, se entiende por familia a una unidad nuclear que en ocasiones incluye a otros individuos con o sin parentesco que comparten la vivienda. (BID-PBF, 2016: 3)

La cantidad de familias que pueden entrar al programa en cada municipio está limitada por la estimación del número de familias pobres por municipio que se construye a partir de los datos del Censo Demográfico y de la Encuesta Nacional por Muestras de Domicilios, ambos ejecutados por el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, y para las transferencias que realiza “Existen cuatro tipos de beneficios que varían en cantidad, según la composición y situación de la familia.”<sup>27</sup>

- Beneficio Básico, 77 reales; para las familias en situación de extrema pobreza, es decir, a aquellas cuya renta mensual por persona es menor a los 77 reales.
- Beneficio Variable, 35 reales; para familias en situación de pobreza o extrema pobreza, que tengan en su composición mujeres embarazadas o en etapa de lactancia y/o niños y adolescentes de hasta 15 años
- Beneficio Variable Joven, 42 reales; para familias en situación de pobreza o extrema pobreza que tengan jóvenes de entre 16 y 17 años entre sus miembros.
- Beneficio de Superación de la Extrema Pobreza; para familias que, incluso recibiendo los demás beneficios correspondientes a su composición familiar, no sobrepasan la línea de la extrema pobreza

El **Programa Oportunidades (México)**, Fue creado por el gobierno federal mexicano en 1997, como una estrategia para apoyar a familias rurales extremadamente pobres. En el 2001, durante la administración del Presidente Fox, pasó a llamarse Programa Oportunidades y amplió sus servicios a poblaciones urbanas (Villatoro, 2005:98); “...su diseño marca cambios significativos en la provisión de servicios sociales en México. Esos cambios se expresan en los siguientes principios orientadores de la acción del programa: i) focalización, ii) intersectorialidad, iii) empoderamiento de las mujeres y iv) corresponsabilidad (Skoufias y Parker, 2001)”<sup>28</sup>

El programa tiene tres componentes: educación, salud y nutrición. En el componente educación, se entregan transferencias a familias con niños menores de 18 años de edad, matriculados entre el primer año de enseñanza primaria y el tercer año de educación secundaria. Con el

---

<sup>27</sup> *Ibíd.*

<sup>28</sup> *Ibíd.*

objeto de generar incentivos para que las familias inviertan en capital humano, las transferencias se condicionan a la asistencia de los niños a la escuela.<sup>29</sup>

Por medio del componente salud, el Programa Oportunidades proporciona atención en salud primaria a todos los miembros de la familia. Estas prestaciones son entregadas por centros de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social. El componente nutrición contempla un apoyo monetario fijo para mejorar el consumo de alimentos, y la entrega de suplementos alimenticios destinados a niños de 4 meses a 2 años de edad, a lactantes y a mujeres que amamantan. Estos suplementos también se entregan a niños de 2 a 5 años que se encuentran en riesgo de desnutrición o mal nutridos. Para mantener los beneficios, las familias deben efectuar visitas periódicas a los centros de salud.<sup>30</sup>

El **Programa Familias en Acción (Colombia)**; Este programa fue aplicado en el marco de la creación en 1999 de la Red de Apoyo Social (RAS), una red temporal de seguridad social desarrollada por el gobierno colombiano para paliar las consecuencias de la recesión económica y de los ajustes de política fiscal en el bienestar de las poblaciones más vulnerables (Villatoro, 2005:93).

Familias en Acción es un dispositivo de transferencias monetarias condicionadas, destinado inicialmente a aminorar el impacto de la recesión en los hogares pobres. El objetivo específico del programa es proteger y promover la formación de capital humano en niños de 0 a 17 años de edad pertenecientes a hogares en situación de pobreza, mediante el apoyo y fomento de las inversiones de las familias pobres en salud, nutrición y educación<sup>31</sup>

El componente educación entrega una transferencia que equivale al costo directo que supone para las familias más pobres el hecho de mandar a sus niños de 7 a 18 años a la escuela. Este monto alcanzaba a 6 dólares mensuales per cápita en los establecimientos de educación primaria, y a 12 dólares en las escuelas secundarias (Rawlings, 2002) y

---

<sup>29</sup> ibíd.

<sup>30</sup> ibíd.

<sup>31</sup> ibíd.

en el "... componente -salud y nutrición- transfiere recursos a familias pobres con niños de 0 a 6 años de edad. Las ayudas monetarias se entregan a la madre de familia, para garantizar que sea invertida en el niño, y también para dar más autonomía a las mujeres."<sup>32</sup>

**El Programa Chile Solidario (Programa Puente).** En mayo de 2002, se creó el programa Chile Solidario, como componente del Sistema de Protección Social que atiende a familias, personas y territorios en situación de vulnerabilidad (IEP. Gutiérrez y Trivelli, 2009: 7). El programa busca poder ayudar a los hogares más pobres del país, a aquellos clasificados en estado de "Pobreza Dura". El programa prioriza a hogares con niños menores de 18 años, ancianos mayores de 65 años y personas con alguna discapacidad<sup>33</sup>.

En cuanto al proceso de selección de beneficiarios (Gutiérrez y Trivelli, 2009: 8) señalan que "...tiene un cierto mecanismo: se selecciona a las familias en extrema pobreza, identificadas en base a la información de la Ficha Familiar aplicada por los municipios correspondientes, quienes a su vez proceden, de ser el caso, a invitarlos a participar en el programa. Una vez que las familias acceden a pertenecer al programa, siguen la siguiente secuencia:

- Programa Puente (Apoyo Psicosocial y Aporte Voluntario): se brinda un apoyo profesional por 24 meses para ayudarles a que emprendan alguna actividad, además en esta etapa el gobierno da un aporte decreciente (de libre disponibilidad) de preferencia a la mujer.

El Bono de **Programa Puente** es:

- ✓ \$ 10,500 pesos mensuales durante los seis primeros meses o US\$ 22.05
- ✓ \$ 8,000 mensuales entre el séptimo mes y el año o US\$ 16.8
- ✓ \$ 5,500 mensuales entre el 18-18 mes o US \$ 11.6.
- ✓ Monto equivalente al SUF durante los últimos seis meses

Después de 24 meses en el Programa Puente, las familias reciben un bono de egreso durante tres años que también tiene un monto de un SUF<sup>34</sup> mensual. (ibíd.)

---

<sup>32</sup> ibíd.

<sup>33</sup> ibíd.

<sup>34</sup> SUF: Subsidio familiar

**El Programa Protección Social (Ecuador).** - El Programa de Protección Social (PPS) es un programa del gobierno nacional, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) que acompaña y asiste a todos los grupos humanos del Ecuador que están en situación de vulnerabilidad o que han sido vulnerabilizados, mediante una transferencia mensual de dinero. Lo que se busca desde el Programa es garantizar los derechos de estos grupos sociales, entre los que están las madres jefas de familia con niños/niñas y adolescentes menores de edad (de entre 0 y 16 años), adultos mayores y personas con discapacidad. Con ello se está realizando programas de capacitación y entrega de créditos, para romper con el asistencialismo y buscar la reducción de la pobreza (IEP Gutiérrez y Trivelli, 2009: 9).

Dentro del Programa de Protección Social, se encuentra el **Bono de Desarrollo Humano** (creado en el 2002), anteriormente conocido como Bono de Solidaridad. El bono de Desarrollo Humano es un beneficio monetario mensual que está condicionado al cumplimiento de requisitos establecidos por el Programa de Protección Social, en el caso de las madres, y sin ningún tipo de condicionalidad para adultos mayores y personas con discapacidad, ubicadas en el primero y segundo quintil más pobre según el índice de bienestar, conocido como SELBEN.<sup>35</sup>

La entrega del bono es de 30 USD mensuales (de libre disponibilidad) a todos los hogares ecuatorianos que han sido seleccionados como beneficiarios por el índice de bienestar establecido por el SELBEN. El BDH es una transferencia condicionada, ya que posee corresponsabilidad de educación y salud para poblaciones generales.<sup>36</sup>

Informes oficiales del banco mundial mencionan que; “El radio de acción de las TMC varía mucho y algunos programas son nacionales, otros son programas de nicho que atienden una población objetivo regional o más estrecho y otros todavía constituyen esfuerzos piloto a pequeña escala. Algunos programas requieren que las familias que reciben las transferencias cumplan solo con condiciones de escolaridad; otros, especialmente los de América Latina y el Caribe, requieren que las familias cumplan con condiciones de escolaridad y de salud. En la siguiente matriz se presenta una lista parcial de los programas de

---

<sup>35</sup> ibíd.

<sup>36</sup> ibíd.

TMC que se analizan en este informe. La lista no es completa en el sentido de que no cubre todos los programas existentes. Existen programas adicionales en operación, para los cuales existe poca información disponible y algunos programas se ajustan a la definición de TMC de mejor manera que otros”. (Banco Mundial, 2009: 3)

### Matriz de tamaño del programa y alcance de las condiciones

Tamaño /objetivos	Condiciones	
del programa	Educación y salud	solo educación
Nacional	Bolsa Familiar (Brasil) Oportunidades (México) Bono de Desarrollo Humano (Ecuador) Familias en Acción (Colombia) Program of Advancement through Health and Education (Jamaica)	Bolsa Escola (Brasil) Jaring Pengamanan Social (Indonesia)
Nicho (población objetivo regional o estrecha)	Chile Solidario Proyecto de Mitigación del Riesgo Social (Turquía)	Female Secondary School Assistance Program (Bangladesh) Japan Fund for Poverty Reduction (Camboya) Education Sector Support Project (Cambodia) Education Sector Development Project (Yemen)
Pequeña escala / piloto	Programa de Asignación Familiar (Honduras) Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children (Kenia) Atención a Crisis (Nicaragua) Red de Protección Social (Nicaragua)	Subsidio Condicionado a la Asistencia Escolar - Bogotá (Colombia) Punjab Education Sector reform Program (Pakistán)

Fuente: Banco Mundial. Transferencias monetarias condicionadas, 2009: 5.

## 2.6 Aspectos teóricos de las transferencias monetarias condicionadas

Para entender los fundamentos de los programas sociales de tipo Transferencia Monetarias Condicionadas, se ha tomado en cuenta la literatura y el modelo



descritos por Das Jishnu; Quy-Toan, Do y Özler, Berk , De Janvry y Sadoulet; y que fueron resumidos en su tesis por Ana Badillo.

A continuación se describe los fundamentos teóricos de las TMC:

«Los programas de transferencias monetarias condicionadas forman parte de la nueva generación de programas sociales que utilizan un enfoque de demanda con principios de mercado, apoyando directamente a los beneficiarios. Estos programas han sido acogidos como una manera de reducir la desigualdad, romper el círculo vicioso intergeneracional de la pobreza, y promover la educación, nutrición y salud de los niños y niñas. La característica distinta de estos programas es que imponen una condicionalidad de comportamiento en los receptores de las transferencias. Esta condicionalidad establece un conjunto mínimo de requerimientos en los beneficiarios, en lo referente a la atención en salud, nutrición y educación de sus hijos e hijas, entre otros. Para los beneficiarios que hubieran cumplido con el conjunto mínimo de requerimientos sin la transferencia, el programa es equivalente a una transferencia pura de efectivo que reduce inmediatamente la pobreza. Para aquellos beneficiarios que no hubieran cumplido con el conjunto mínimo de requerimientos sin la transferencia, recibir la transferencia requiere un cambio en el comportamiento (De Janvry y Sadoulet, 2005:1)» (Badillo, 2011: 7).

El cambio de comportamiento de los individuos está relacionado con uno de los dos objetivos claves que persiguen los programas de TMC. En la literatura existente se señala que la mayoría de programas de TMC se utilizan para alcanzar uno de los dos objetivos fundamentales: la eficiencia, cuando existen externalidades<sup>37</sup> en la economía, o la equidad, por medio de la asignación de recursos a los más pobres. El impacto de un programa dependerá entonces de las ganancias o pérdidas asociadas a cada objetivo (Das, Do, Özler, 2005:57)<sup>38</sup>

“Para analizar el alcance de estos dos objetivos, es necesario aclarar la lógica inherente detrás de los programas de transferencias monetarias condicionadas. En el artículo de Das, Do y Özler de 2005 se presenta una revisión teórica y empírica de los programas de TMC desde un punto

---

<sup>37</sup> Existen externalidades siempre que las actividades de un agente económico afectan a las de otro de una manera que no se refleja en las transacciones de mercado.

<sup>38</sup> *ibíd.*

de vista económico. En el artículo, los autores establecen un modelo bajo un marco económico estándar donde se define un programa que requiere un curso específico de acción para recibir un beneficio (el cual puede ser en especie o en dinero) como una transferencia de dinero condicionada. El programa puede definirse ampliamente como una transferencia de dinero basada en la inversión de capital humano (educación y salud), dinero condicionado a trabajar en un determinado programa, o transferencias de consumo en especie, entre otros.”<sup>39</sup>

“En el modelo se establece que cada hogar puede consumir dos bienes X (por ejemplo, educación) y Y (Ver Gráfico 1). La cantidad máxima que el hogar puede consumir antes del programa está dada por la restricción presupuestaria **AB** (Ver Gráfico 1). Por ejemplo, si el hogar decide gastar todo su ingreso en el bien **X**, entonces podrá consumir hasta la cantidad **B**. De forma similar, si el hogar decide gastar todo su ingreso en el bien **Y**, entonces podrá consumir hasta la cantidad **A**.”<sup>40</sup>

“Una vez que empieza la implementación del programa, la restricción presupuestaria cambia, y pasa de **AB** a **AEDC**. Bajo esta nueva restricción, si el hogar consume al menos **X<sub>0</sub>**, recibe un ingreso adicional, **ED**; pero si el hogar consume menos de **X<sub>0</sub>** no recibe una transferencia de ingresos y permanece con su restricción presupuestaria que tenía antes de la transferencia, **AE**. En este contexto, **X<sub>0</sub>** representa la condición para recibir el ingreso extra. Los hogares deben consumir al menos esa cantidad del bien.”<sup>41</sup>

“Bajo este modelo, existen tres tipos de hogares con comportamientos muy diferentes. Cada hogar presenta una curva de indiferencia relacionada a su comportamiento. El hogar Tipo I (curva de indiferencia de puntos) por ejemplo, decide no participar en el programa y permanece en el mismo lugar de su restricción presupuestaria, **AE**, consumiendo menos de la cantidad requerida, **X<sub>0</sub>**. El hogar Tipo II (curva de indiferencia de líneas entrecortadas) participa en el programa y se mueve de su restricción presupuestaria **AE** (donde consumía menos que **S<sub>0</sub>**) a consumir **S<sub>0</sub>**. El hogar Tipo III (curva de indiferencia de línea sólida) que consumía más que la cantidad de **X<sub>0</sub>** antes de la

---

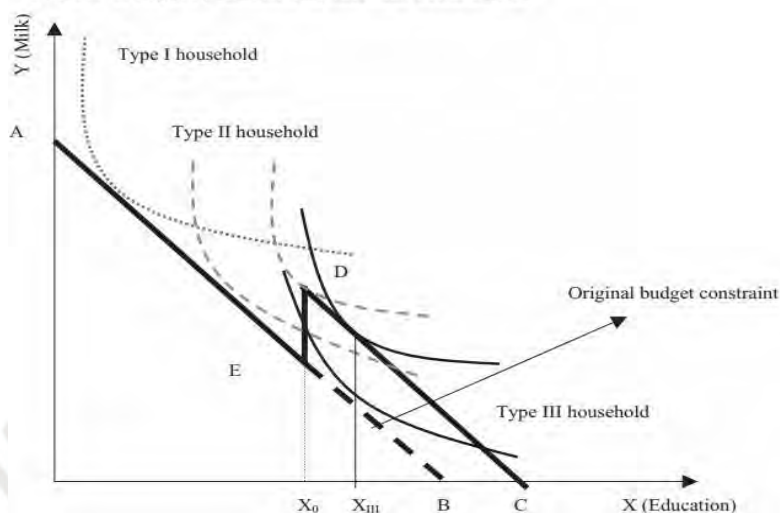
<sup>39</sup> ibíd.

<sup>40</sup> ídem. 8

<sup>41</sup> ibíd.

implementación del programa, continúa consumiendo la misma cantidad después del inicio del programa.”<sup>42</sup>

Gráfico N° 1. Hogares y Transferencias Monetarias Condicionadas



Fuente: Da, Do, Ozler, 2005

“Como se puede observar, en este caso, la TMC resultan ser una peor opción que distribuir una cantidad equivalente de dinero no condicionado. Por ejemplo, si a los hogares se les daría dinero sin la condición de consumir  $X_0$ , la restricción presupuestaria de estos hogares estaría dada por la línea CD, extendida hasta el eje de las Y. Para los hogares Tipo I y Tipo II, la transferencia condicionada es estrictamente peor que una cantidad equivalente de dinero sin la condición (con la transferencia monetaria no condicionada, TMNC, estos hogares se moverían a una curva de indiferencia mayor), y para el hogar Tipo III, la TMC es equivalente a una transferencia monetaria no condicionada. La lógica detrás de los programas TMC se deriva de la intuición de estos resultados. Los diseñadores de políticas cuando imponen condiciones, incentivan a los hogares a realizar acciones que ellos normalmente no las harían por su propia cuenta.”<sup>43</sup>

“Pero si éstas acciones son diferentes de las que los hogares hubiesen escogido por sí mismos, el bienestar resultante del hogar debe ser menor, por las distorsiones que se generan en las elecciones de consumo (el nivel de bienestar del hogar bajo la modalidad de una TMC es menor que el nivel de bienestar que se genera bajo la modalidad de

<sup>42</sup> ibíd.

<sup>43</sup> ibíd.

una TMNC). El único hogar, para el cual la TMC y la TMNC producen resultados equivalentes es el hogar Tipo III, el cual no experimenta distorsiones en sus elecciones de consumo, debido a que antes de la implementación del programa, éste hogar ya estaba consumiendo Xo.”<sup>44</sup>

“Lo que está implícito en este ejemplo es la ausencia de fallas de mercado. Esto significa que las decisiones que toman los hogares individualmente son también decisiones óptimas para toda la sociedad (Das, Do y Özler, 2005, pág., 63). Sin embargo, si suponemos que los hogares no toman decisiones óptimas desde el punto de vista de la sociedad, se puede establecer que el hogar Tipo II está sub-invirtiéndose en educación (cuando el hogar decide sobre sus niveles de educación no toma en cuenta los efectos que su educación tiene en la sociedad). En este caso, una transferencia monetaria condicionada a la educación, puede llevar a un incremento del bienestar de toda la sociedad mayor del que proporcionaría una TMNC, a pesar de que el bienestar individual del hogar puede reducirse. Este es el primer fundamento para la utilización de los programas de TMC; es decir, estos programas pueden utilizarse para mejorar la eficiencia cuando en la economía existen fallas de mercado básicas.”<sup>45</sup>

«El segundo fundamento para la utilización de los programas de TMC está relacionado con la equidad y redistribución. Cuando los diseñadores de políticas quieren entregar dinero sólo a los hogares pobres, éstos necesitan implementar un filtro de beneficiarios. Sin embargo, si la implementación del filtro para identificar a los hogares pobres es muy difícil y costosa, una de las soluciones para obtener la selección de beneficiarios es la implementación de la condicionalidad, que hace que los hogares pobres participen y los hogares ricos decidan no participar. La idea detrás de un filtro exitoso es que los beneficios del programa (el dinero recibido) menos los costos de la condición (la pérdida de utilidad por ser forzado a consumir una cierta cantidad) sean diferentes para los hogares pobres que para el resto de la población. Por ejemplo, si los beneficios que proporciona el dinero recibido exceden a los costos de la condición, solamente para los hogares pobres, entonces estos hogares se autoseleccionarían en el programa. En el Gráfico 1, los hogares Tipo II y III se autoseleccionaron en el programa, y el hogar Tipo I decidió no

---

<sup>44</sup> ídem, 10

<sup>45</sup> íbid.

participar. Así, el segundo fundamento de los programas de TMC es que éstas representan un mecanismo de filtro para captar a los participantes cuando las características individuales no pueden ser observadas fácilmente (Das, Do,Özler, 2005, p. 64)» (ibíd.).

### **Eficiencia en las Transferencias Monetarias Condicionadas**

Como se estableció en la sección anterior, cuando las preferencias de la sociedad y de los hogares son diferentes, las TMC pueden incrementar el bienestar global. Para analizar como las TMC mejoran el bienestar y la eficiencia, es necesario comprender a mayor profundidad las fallas de mercado y los problemas que se derivan de ellas<sup>46</sup>.

### **Fallas de Mercado y el Uso de TMC**

Según Das, Do y Özler, las ineficiencias en la economía y la divergencia entre las preferencias de los individuos y la sociedad se presentan por dos razones claves: por la presencia de externalidades, que hacen que las acciones de un individuo afecten directamente al bienestar de otros, y por la incapacidad de compensar o castigar a otros por las externalidades causadas. Las TMC en este contexto pueden incrementar la eficiencia y bienestar de la sociedad al imponer condiciones que determinan un curso particular de acciones y comportamientos en los individuos<sup>47</sup>.

### **Problemas en la aplicación de las TMC**

Como hemos señalado, las TMC pueden ser una solución cuando existen externalidades y procesos de negociación internos de los hogares. Sin embargo, las TMC pueden enfrentar ciertos problemas que dificultan el alcance de sus objetivos. Los dos problemas más importantes según Das, Do y Özler son: la baja participación y la fungibilidad del bien en el que se impone la condición. La participación de los individuos dentro los programas de TMC es fundamental para la eficiencia del programa. Si existe un problema de baja participación, éste problema se debería al monto de la transferencia - el cual puede ser muy pequeño, o al costo de la condición - el cual puede ser muy alto<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> ídem. 11

<sup>47</sup> Ibíd.

<sup>48</sup> ídem. 12

El problema de fungibilidad por su parte se relaciona con la condición en el bien. Las condiciones son exitosas cuando éstas hacen que los individuos realicen acciones que normalmente no las hubieran realizado sin la imposición de la condicionalidad. Esta lógica implica crear un incentivo para que los individuos traten de contrarrestar el bienestar que están perdiendo cuando se les impone la condición. El problema de la fungibilidad surge cuando existe la capacidad de los individuos de contrarrestar cualquier distorsión que les ocasiona el programa, encontrando un sustituto cercano al bien condicionado. En este caso, los beneficiarios pueden compensar la distorsión impuesta por la condición consumiendo menos del bien sustituto, y haciendo que las cantidades totales consumidas no cambien con el programa, incluso si se satisface la condición. Un ejemplo claro para ver cómo se presenta el problema de fungibilidad es analizar un programa que busca mejorar los logros académicos y que proporciona para este fin, dinero en efectivo para comprar útiles escolares. Por ejemplo, si las familias ya estaban comprando útiles escolares antes del programa, el programa simplemente hará que los útiles escolares sean gratis, sin incrementar la cantidad total de útiles escolares para el niño<sup>49</sup>.

Como se vio en el gráfico 01, el hogar Tipo III muestra el problema de fungibilidad. En este caso el hogar Tipo III ya estaba consumiendo la cantidad necesaria del bien, por lo que el programa no hará que la cantidad de consumo del bien sea mayor que la cantidad consumida sin la condición. Para los hogares Tipo III, el bien es perfectamente fungible. Los grados de fungibilidad pueden variar. Por ejemplo, la fungibilidad puede tomar diferentes formas: se puede disminuir el consumo de un sustituto cercano (se consume menos naranjas cuando se toma pastillas de Vitamina C), se cambian los patrones de consumo (se come menos en la casa cuando se come en la escuela), o se reasignan recursos dentro de la casa (enviar a las chicas al colegio más que a los varones, cuando hay una beca para las niñas)<sup>50</sup>.

### **Equidad y Transferencias Monetarias Condicionadas**

Las TMC han servido como un mecanismo de filtro para varios programas sociales. El éxito de estos programas según Ravallion (2003)

---

<sup>49</sup> ídem. 13

<sup>50</sup> íbid.

y Walle (1998) depende de que la condición satisfaga simultáneamente dos criterios: (i) que la población objetivo del programa esté dispuesta a participar; (ii) y que la población que no debería estar en el programa encuentre a la condición demasiado cara, por lo que decida no participar. Ya que es muy difícil cumplir simultáneamente con estos dos requerimientos, los diseñadores de políticas adoptan programas focalizados para entregar dinero a los hogares, basándose en sus características observables. Este método es conocido como Test de Medias, y sirve para recolectar información sobre la identidad del hogar. Sin embargo, cuando no es posible o es muy costoso llevar a cabo un Test de Medias, las TMC pueden ser utilizadas como mecanismos de filtro, de tal manera que solo los miembros del grupo objetivo se autoseleccionan en el programa. Un caso particular de autoselección, es cuando el grupo objetivo es la población pobre de un país. En este caso, los requerimientos para la autoselección pueden ser expresados en términos del efecto ingreso del bien condicionado. La focalización será exitosa si el bien condicionado es un bien inferior (el consumo de un bien inferior disminuye cuando el ingreso aumenta). Los hogares ricos encontrarán el costo de la condición más alto que los hogares pobres y por lo tanto decidirán no participar en el programa. (Das, Do y Özler, 2005:70)<sup>51</sup>.

### **¿Por qué condicionar?**

En la sección anterior se expuso los fundamentos económicos del uso de las transferencias monetarias condicionadas. La eficiencia y la equidad fueron los principales argumentos a favor de imponer la condición en la transferencia. Sin embargo, existen a la par otras razones que respaldan la implementación de la condicionalidad y que están relacionadas con aspectos políticos y otros aspectos económicos<sup>52</sup>.

De la revisión de la literatura se puede decir que existen al menos dos posibles razones adicionales a los argumentos económicos de eficiencia y equidad para condicionar las transferencias. La primera está relacionada con la aceptación política del programa, y la segunda con los costos de alterar el comportamiento de los individuos<sup>53</sup>.

---

<sup>51</sup> *ibíd.*

<sup>52</sup> *idem.* p. 15

<sup>53</sup> *ibíd.*

La aceptación política tiene gran importancia al momento de ejecutar un programa de TMC, ya que los ciudadanos que pagan impuestos y los donantes puede ser que acepten financiar un programa de transferencias, sólo si los receptores manifiestan comportamientos socialmente aceptables (De Janvry y Sadoulet, 2005:2). Imponer estas condicionalidades en el comportamiento como se mencionó en la sección anterior puede reducir el bienestar de los receptores de las transferencias (esto si se compara con el bienestar generado por las transferencias monetarias no condicionadas). Sin embargo, estas condiciones representan el bienestar del second-best<sup>54</sup> si se las compara con situaciones donde no existe ningún programa o con situaciones donde si existe presupuesto, pero es muy reducido, debido a la poca aceptación política (De Janvry y Sadoulet, 2005:2)<sup>55</sup>.

En lo referente a los costos de alterar el comportamiento de los individuos, la literatura muestra que existe diferencias entre el costo de alterar el comportamiento vía un efecto ingreso, que alterar el comportamiento vía un efecto precio. Por ejemplo, para los beneficiarios que hubieran cumplido con la condicionalidad sin la transferencia (Hogar Tipo III), el programa es equivalente a una transferencia pura de efectivo que reduce inmediatamente la pobreza, pero que no induce a un cambio en el bienestar del niño más allá del efecto ingreso de la transferencia. Para aquellos hogares que no hubieran cumplido con la condicionalidad sin la transferencia (Hogar Tipo II), recibir la transferencia requiere un cambio en el comportamiento. En este caso, la condición actúa como un precio-subsidio en el servicio condicionado. Si el efecto precio de la transferencia para inducir un cambio de comportamiento es más fuerte que el efecto ingreso, la transferencia monetaria condicionada puede entonces tener un doble beneficio: si la transferencia es más grande que el costo de la condición, la transferencia no sólo crea una reducción inmediata de la pobreza, sino que también induce a ganancias en los objetivos de salud, educación y nutrición de los niños beneficiarios, reduciendo potencialmente los niveles de pobreza futura (De Janvry y Sadoulet, 2005:1)<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> La teoría del second-best o segundo óptimo establece que se elige una solución no eficiente cuando existen restricciones que no permiten alcanzar una solución óptima.

<sup>55</sup> *ibíd.*

<sup>56</sup> *idem.* 16



### ¿Cuándo condicionar?

Además de conocer los argumentos que sustentan la razón de la condición, es necesario conocer cuándo se debe condicionar y dentro de qué contextos. Se podría decir que existen dos circunstancias claves para condicionar: la primera cuando los objetivos del programa de TMC están claramente definidos, y cuando el lado de la oferta de los servicios es suficiente para atender la demanda<sup>57</sup>.

Cuando se considera un enfoque de TMC, dos interpretaciones de los objetivos son contrastadas inmediatamente. En la primera interpretación, si la transferencia tiene como objetivo principal reducir la pobreza actual, la transferencia no debe ser condicionada. Sin embargo, si el objetivo de la transferencia es inducir un cambio de comportamiento de los individuos para incrementar el capital humano, la transferencia debe ser atada a una condición. Para alcanzar este objetivo, las transferencias deben ser focalizadas y calibradas para lograr un impacto máximo. Por ejemplo, para alcanzar el objetivo de educación, es necesario identificar a los niños que se encuentran en mayor riesgo de no asistir a clases sin la transferencia, y quiénes tienen la mayor respuesta por unidad de transferencia (De Janvry y Sadoulet, 2005:2). Por tanto, los países e instituciones de desarrollo que consideran introducir un programa de TMC, donde la condición está atada al desarrollo del capital humano de los niños, necesitan tener claro los objetivos que persiguen<sup>58</sup>.

Otra circunstancia clave o pre-condición para implementar un programa de TMC es analizar el estado y características de la oferta de servicios. Por ejemplo, un programa del lado de la demanda (programas de TMC en la educación) que tienen como objetivo mejorar los niveles educativos de los niños pobres sólo funcionará si el lado de la oferta es suficiente para satisfacer la demanda. Esto quiere decir, que las comunidades que no tengan un mínimo de instalaciones educativas no podrían ser incluidas dentro del programa. Por tanto, analizar la heterogeneidad de los contextos y las diferentes respuestas que se puedan presentar ante diferentes cantidades y calidades de la oferta de servicios es fundamental (De Janvry y Sadoulet, 2005:9-10)<sup>59</sup>.

---

<sup>57</sup> *ibíd.*

<sup>58</sup> *idem.* 17

<sup>59</sup> *ibíd.*

## La pobreza

La pobreza es un fenómeno muy complejo y como una privación multidimensional no puede reducirse a un solo aspecto de la vida humana. En un sentido más amplio, puede entenderse como la falta de capacidad para alcanzar y mantener un nivel de vida aceptable. Por lo tanto, un pobre será aquel que sufra alguna privación que le impida el logro de este objetivo.

A pesar de las complejidades que se tiene de la definición universal de la pobreza, se han tejidos las definiciones siguientes:

El (BID, 1997) define a la pobreza “como la falta de acceso o dominio de los requisitos básicos para mantener un nivel de vida aceptable; con lo que un pobre sería aquel que carece de comida, o no tiene acceso a una combinación de servicios básicos tales como educación, salud, agua potable, cloacas etc.”, “y luego lo aplican diciendo que la pobreza no solo es la condición económica, esto es la carencia de bienes y servicios necesarios para vivir, como son los alimentos adecuados, el agua, la vivienda o el vestuarios; si no también la falta de capacidades para cambiar estas condiciones” (ME, Argentina. 2002: 11).

El (PNUD, 1997) en términos generales define: “la pobreza se refiere a la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable”, incluyendo la posibilidad de llevar una vida larga y saludable, tener educación y disfrutar de un nivel de vida decente, contar con libertad política, el respeto de los derechos humanos, la seguridad persona, el acceso al trabajo productivo y bien remunerado y la participación en la vida comunitaria<sup>60</sup>.

Un aspecto interesante que genera debate en la literatura es; si la pobreza debe entenderse en un sentido absoluto o relativo. Bajo la idea de pobreza absoluta priman aspectos que prácticamente no dependen de la situación comparativa con el resto de la sociedad, este enfoque sostiene que las necesidades de los individuos son ajenas a la riqueza del resto y el hecho de no poder satisfacerlas implica una condición de pobreza independiente del contexto en el que se las analice. Por el contrario, bajo un enfoque de pobreza relativa las personas tenderían a percibir su propio bienestar en función del bienestar del resto de la

---

<sup>60</sup> ibíd.

sociedad, de manera al que la pobreza de una persona depende de cuanto tenga con relación a su grupo social de referencia<sup>61</sup>

No es menos interesante la distinción entre la pobreza coyuntural y estructural, en la primera, el énfasis se pone en aquellas privaciones que pueden ser fácilmente influidas por la coyuntura y el ciclo económico, entre las que cabe mencionar al ingreso, y en menor medida al consumo (debido a su mayor estabilidad). En la segunda, se incluye otro tipo de privaciones tales como la educación, la vivienda, la salud, etc., que resultan menos susceptibles de ser modificadas en el corto plazo.<sup>62</sup>

El CTMP (Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 2002: 17), a partir de las discrepancias conceptuales concibe a la pobreza como una carencia definida en distintos espacios como:

- ✓ en oportunidades de participación en los mecanismos de decisión colectiva, o política, que le dan “voz” a la ciudadanía en la representación de sus intereses
- ✓ en mecanismos de apropiación o de *titularidades* sobre recursos, que entre otras cosas provocan incertidumbre respecto al acceso a satisfactores básicos
- ✓ en capital físico o humano (por ejemplo, carencia de cierto tipo de vivienda o de un número de años de educación formal)
- ✓ en ingreso (por ejemplo, de flujos monetarios o no monetarios suficientes para adquirir ciertos satisfactores)
- ✓ en bienes de consumo (por ejemplo, de una canasta de bienes alimenticios y no alimenticios)
- ✓ en bienestar, entendido en un sentido subjetivo (por ejemplo, de un nivel de satisfacción personal adecuado)

De igual forma señala que; Debido a que los mecanismos de apropiación o las *titularidades* se dan en el contexto de sociedades específicas, la pobreza también se ha concebido como un conjunto de relaciones sociales que excluyen a algunos hogares de la participación en los patrones normales de vida comunitaria. En esta exclusión, la distancia frente a la norma está íntimamente

---

<sup>61</sup> ibíd.

<sup>62</sup> ibíd.

relacionada con la desigualdad, por lo que no es extraño encontrar definiciones de pobreza como diferencias de ingreso respecto al promedio o la mediana de la sociedad. Cuando la distancia respecto a tal promedio se refiere a la propiedad de los medios de producción en vez de al ingreso, la definición de pobreza puede quedar asociada a la pertenencia a una clase social. Finalmente, el comportamiento de los hogares con carencias de medios económicos ha sido base de definiciones de pobreza, considerando en esta situación a aquellos que suelen depender de la asistencia del Estado<sup>63</sup>.

### **Oferta de servicios de salud<sup>64</sup>**

Es la capacidad de producir actividades. Los factores que regulan la oferta de servicios de salud están constituidos por la infraestructura y equipamiento, los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos; que organizados adecuadamente, deben solucionar las necesidades de salud de la población. (MINSA, 2006:3)

De igual forma, el MINSA señala que, los criterios para la existencia y desarrollo de la oferta deben surgir de las necesidades de salud y deben satisfacerla cualitativa y cuantitativamente. Para ello se consideran los siguientes elementos:

#### **a. Capacidad Resolutiva**

Es la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población en términos:

- **Cuantitativos:** Es la capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población. (Depende de la cantidad de sus recursos disponibles).
- **Cualitativos:** Es la capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad

---

<sup>63</sup> ibíd.

<sup>64</sup> Ministerio de Salud: N T N° 0021- MINSA / DGSP V.02 categorías de establecimientos de sector salud, 2004. Consulta: 20 de febrero del 2014  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>.

de las necesidades de la población. (Depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

## b. Estructura

Constituida por los recursos humanos, físicos y tecnológicos que determinan la capacidad resolutive de la oferta de servicios y que se organizan en las llamadas Unidades Productoras de Servicios de Salud, en términos de:

- **Tamaño:** Referido a la cantidad de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función del volumen de las necesidades de salud de la población (determina la capacidad resolutive cuantitativa).
- **Nivel Tecnológico:** Referido al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir servicios de salud en función de la severidad.

## 2.7 CONCEPTOS CLAVES

**Afiliación.-** Proceso de registro de los hogares elegibles y validados (actualización de datos y asignación de instituciones educativas y establecimientos de salud a los miembros objetivos, con acuerdos de compromisos suscritos por el representante de hogar) que lo convierten en adscritos al programa (Juntos. 2010)<sup>65</sup>.

**Permanencia.-** El Programa tiene un sentido de temporalidad, ya que la permanencia como hogar beneficiario con plenos derechos es por un máximo de cuatro años, y como beneficiario con derechos progresivamente recortados por un máximo de cuatro años más.<sup>66</sup>

**Corresponsabilidad,** está referida a la responsabilidad compartida entre las instituciones del Estado que proveen los servicios y los miembros del hogar que deben hacer uso de los mismos, oportunamente y según su ciclo de vida.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Resolución de Dirección Ejecutiva N° 52-2010-PCM/PNDAP-DE, p. 35

<sup>66</sup> *ibíd.*

<sup>67</sup> *ibíd.*

**Gestor Local.**- “Son los Profesionales que desde las sedes regionales trabajan a nivel de las localidades para el Programa JUNTOS. [...] Tienen como función orientar y guiar a los hogares en el marco de las actividades principales relacionadas con el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud-nutrición y educación y en aquellas estrategias de comunicación orientadas al cambio de comportamiento”. (Vargas, 2014: 76)

**Desarrollo humano.**- “El desarrollo humano tiene como propósito ampliar las libertades reales de las personas para que sean y hagan lo que valoran y tienen razón para valorar. En la práctica, también empodera a las personas para que participen activamente en el desarrollo en un planeta compartido. Se centra en las personas. En todos los niveles de desarrollo, el desarrollo humano se enfoca en las libertades esenciales: vivir una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos, disfrutar de un digno estándar de vida y edificar su propio destino. Estas libertades, valoradas en sí mismas por muchas personas, también constituyen medios para otras oportunidades.” (PNUD Guatemala, 2010: 46)

**Índice de desarrollo humano (IDH).**- El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un índice compuesto que se centra en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: tener una vida larga y saludable, que se mide por la esperanza de vida al nacer; la capacidad de adquirir conocimientos, que se mide por los años de escolaridad y los años esperados de escolaridad; y la capacidad de lograr un nivel de vida digno, que se mide por el ingreso nacional bruto per cápita (PNUD, 2015: 3)

**Protección social.**- La protección social es un concepto más amplio que los de seguridad social, asistencia social o red de seguridad social: combina los tres sistemas y es fundamental para aumentar el bienestar de los trabajadores y mejorar las opciones que se presentan a las personas en su vida laboral (PNUD, 2015: 165)

**Práctica de crianza.**- Las prácticas de crianza hacen parte de las relaciones familiares y en ellas se resalta el papel que juegan los padres en la formación de sus hijos, quienes generalmente tienen una noción espontánea, no muy elaborada, de la manera como se debe criar a los hijos y son capaces de desarrollar teorías sobre la mejor forma de realizar esta tarea (Mendoza, 2013:7)

Por otra parte, las prácticas de crianza, el cuidado y la orientación de los niños, son un fenómeno muy complejo y muestran una gran variabilidad. Además, son altamente sensibles a las determinaciones socioculturales y al modo particular como los interpreta y usa un padre de familia en concreto (Herrera, 2011).

**Verificación de cumplimiento de corresponsabilidades.**- Se refiere a la acción de revisión y seguimiento del Programa JUNTOS, a partir de la información registrada y reportada por los establecimientos de salud y las instituciones educativas, sobre las corresponsabilidades promovidas por el programa (Juntos, 2009).

**Focalización.** - La hipótesis de la focalización afirma que, si el gasto social se concentra únicamente en los sectores pobres, se ahorran los recursos que de otro modo son captados por sectores con capacidad de pago, que no requieren del apoyo estatal, ello, aun en un contexto de reducción global de recursos, permite destinar más recursos a los sectores efectivamente pobres. Así, la hipótesis combina argumentos de eficiencia y de equidad social (Raczynski, 2001: 1).

Con el término “focalización”, que no existe en la lengua española, han ocurrido dos cosas diferentes. Por un lado, ha pasado a utilizarse para cualquier situación que implique priorizar, decidir o definir un blanco o meta. Por otro, se ha convertido en un precepto sagrado en el debate técnico-político, que se defiende o se rechaza a ultranza (ibíd.).

**Seguridad alimentaria nutricional.**- Según el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP), la Seguridad Alimentaria Nutricional “es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo (PESA, 2011: 2)

**Vulnerabilidad.**- La vulnerabilidad es un concepto que define el nivel de exposición a factores de riesgo que afectan directamente a distintos grupos de la población. Uno de estos segmentos está conformado por los niños menores de

cinco años, así como por las madres gestantes y lactantes quienes se ven expuestos a una serie de riesgos; tales como la inseguridad alimentaria, la pobreza, las enfermedades, la contaminación ambiental por carencias en el acceso a servicios básicos de la vivienda, déficit en el acceso a la salud y la recurrencia a desastres naturales; aspectos que inciden directamente en la desnutrición (PNUD, 2010: 7).

**Capacidad Resolutiva.**- Es el nivel de suficiencia que tiene un establecimiento de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención de salud, que permita diagnosticar y dar tratamiento adecuado a un paciente con un determinado grado de complejidad del daño (MINSA, 2006: 26).

**Derecho a la Salud**<sup>68</sup>.- Se refiere a que la persona tiene como condición innata, el derecho a gozar de un medio ambiente adecuado para la preservación de su salud, el acceso a una atención integral de salud, el respeto a su concepto del proceso salud - enfermedad y a su cosmovisión. Este derecho es inalienable, y es aplicable a todas las personas sin importar su condición social, económica, cultural o racial. Para que las personas puedan ejercer este derecho, se debe considerar los principios de accesibilidad y equidad.

Por otra parte, de acuerdo a “la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada. Es por ello que la propuesta plantea un modelo de atención basado en el sistema público de salud. El comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha señalado que el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad.”<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> La salud es un derecho, no un privilegio- Salud Integral Incluyente, Médicos Mandí Navarra.  
Consulta 03 de marzo del 2014

<http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>

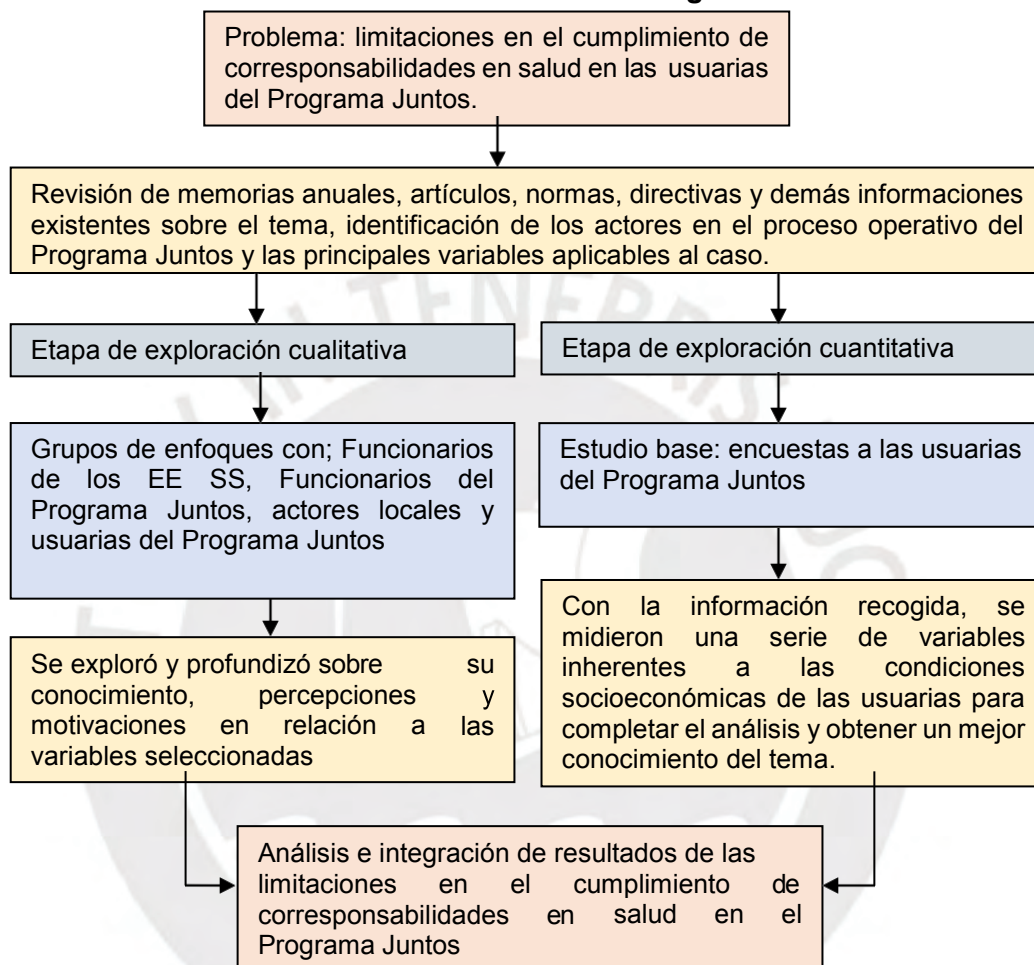
<sup>69</sup> ibíd.



## CAPITULO III DISEÑO DE INVESTIGACION

### 3.1 Fundamentación del diseño metodológico de investigación

**Gráfico N° 10: Diseño de la investigación**



Fuente: Elaboración propia 2014.

### 3.2 Naturaleza de la investigación

A partir de las preguntas de investigación y sus correspondientes objetivos, la naturaleza de la investigación se constituye como aplicada diagnóstica de tipo exploratorio, descriptivo y analítico, para ello, se ha escogido la estrategia metodológica cualitativa, porque, la investigación busca identificar, describir y evaluar los factores que inciden en el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones a las usuarias del Programa Juntos a partir del diagnóstico de: la oferta de los servicios de la salud, dificultades internas y externas que existen en el programa en relación a las

corresponsabilidades y la articulación, desde el punto de vista de los actores locales involucrados con el programa. Adicionalmente de manera complementaria se utilizará la metodología cuantitativa a fin de conocer las características socio económicas de las usuarias del Programa Juntos.

La metodología de investigación seleccionada, en una primera fase nos ayudará a identificar, describir y analizar los factores que inciden en el incumplimiento de las corresponsabilidades, a partir del acercamiento a la realidad de las usuarias de Programa Juntos, para luego pasar a una segunda fase donde se explica porque ocurre el problema de las suspensiones, en qué condiciones se da este y en qué forma las variables consideradas inciden en el problema, de manera que, dando la oportunidad y mediante una propuesta poder dar una posible solución al problema planteado.

### 3.3 Forma de investigación

La forma de investigación elegida fue el **Estudio de Caso** por las siguientes razones:

- Según Gutiérrez Sastre (2005) el estudio de caso es adecuado cuando cumple tres condiciones: no tener control directo sobre las variables o acontecimientos, trabajar en asuntos próximos de la vida real y responder al porque y el cómo de las cosas. Estas tres condiciones forman parte esencial del presente estudio.
- Se ha empleado el análisis cualitativo mediante entrevistas a profundidad a los actores involucrados en el cumplimiento de corresponsabilidades en salud (profesionales de salud, usuarias del programa Juntos, trabajadores del programa juntos y actores locales), con técnicas de recolección de información como; el cuestionario estructurado, las encuestas semiestructuradas.
- Esta forma de investigación, en cada caso ha permitido indagar y analizar las condiciones operativas de los intervinientes (Juntos, EE SS) que

limitaron el cumplimiento de las corresponsabilidades en algunas usuarias del Programa Juntos.

- Por contener una configuración más cualitativa, esta forma de investigación ha permitido comprobar la forma de percibir, coordinación y la preocupación de los actores locales en referencia al presente estudio de caso. Por tanto, siendo este estudio un caso puntual las conclusiones no podrán ser generalizadas.
- Porque contribuye a mejorar los conocimientos sobre las prácticas en el campo de la Gerencia Social, ya que se busca generar conocimientos valiosos que contribuyan a explicar y superar las dificultades en cada caso analizado en relación al cumplimiento de las corresponsabilidades es salud del Programa Juntos.
- El conocimiento generado en esta investigación es de tipo explicativo, por lo que, a partir de los resultados hallados en el caso estudiado se elaboraron las recomendaciones que podrían ser aplicadas a las acciones operativas relacionados al seguimiento y supervisión de las corresponsabilidades en salud del Programa Juntos.

#### **3.4 Unidad de análisis**

Una vez determinado que la estrategia metodológica cualitativa es la más indicada al tipo de investigación que se desea realizar, a fin de relacionar la información pertinente a los factores determinantes y su incidencia sobre el cumplimiento en las corresponsabilidades y las suspensiones de usuarias vinculadas a los servicios de salud, el estudio ha identificado las unidades de análisis vinculados a: la capacidad resolutive (operativa) de los establecimientos de salud, donde el principal fuente de información recaerá en el personal de salud, de igual forma para conocer las dificultades en los procesos operativos del Programa Juntos se tomó como fuente a los funcionarios del Programa, luego para conocer el nivel de articulación se considerara con fuentes de información a los actores locales, adicionalmente se recabara información de documentos referidos al caso en estudio y por último se recurrirá a las usuarias como fuentes de información a través de encuestas y entrevista estructuradas y semi-estructuradas.

Resumiendo, las unidades de análisis son:

- La percepción del personal de salud respecto a las condiciones de oferta de servicios en el EE SS donde labora:
  - a) N° de personal en EESS
  - b) Grado de valoración de equipos médicos disponible en los EE SS.
  - c) Stock de medicamentos en botica/almacén de los EE SS.
  - d) N° de Horas de atención/ permanencia del personal en los EEE SS.
  - e) Condiciones de la Infraestructura de salud
  
- La percepción de las usuarias del Programa Juntos respecto a la calidad de atención en los establecimientos de salud:
  - a) Grado de satisfacción con el ambiente de espera
  - b) Trato al usuario
  - c) Tiempo de espera
  - d) Tiempo de Atención
  
- La percepción de las usuarias y los funcionarios del Programa Juntos, respecto a errores en la recopilación y procesamiento de datos que ocurre en el Programa Juntos:
  - a) N° de usuarias suspendidas por errores en la recopilación y procesamiento de datos originados en el Programa Juntos.
  
- La percepción de los funcionarios del Programa Juntos referidos a las dificultades en la verificación de corresponsabilidades.
  - a) Tiempo requerido para la verificación de corresponsabilidades
  - b) N° de gestores asignados al distrito para el acompañamiento de usuarias
  - c) Dificultades en la remisión de información recopilada
  
- La percepción de las usuarias y del personal de salud, respecto a errores en la recopilación y procesamiento de datos que ocurre en el EE SS.
  - a) N° de usuarias suspendidas por errores en la recopilación y procesamiento de datos en los establecimientos de salud.
  
- La percepción de las usuarias y del personal de programan Juntos respecto a los factores sociales y culturales de las usuarias.

- a) Grado de dispersión poblacional.
  - b) Tiempo de traslado de las usuarias al establecimiento de salud.
  - c) Uso de la medicina tradicional.
  - d) Uso de idioma principal por las usuarias en los establecimientos de salud.
  - e) Nivel de escolaridad de las usuarias.
  - f) Suspendidos por priorizar sus labores agropecuarias.
- La percepción de los actores locales respecto a la forma, Alcance y eficacia de la articulación sectorial.
    - a) Grado de desarrollo e implementación de los mecanismos de articulación a nivel del distrito.

**Tabla N° 04: Unidades de análisis y fuentes de información**

Unidades de análisis	Fuentes de información
Personal de los establecimientos de salud	<p>Primaria: Entrevista de Personal del establecimiento de salud referidos la infraestructura, equipamiento, insumos y observación in situ.</p> <p>Secundarios: Registros de documentos de los establecimientos de salud referidos a la capacidad de atención de los EE SS.</p> <p>Secundarios: INEI-ENAHO, DIRESA, información documental y estudios del Programa Juntos y otros relacionados a la salud y las corresponsabilidades.</p>
Personal del Programa Juntos	<p>Primarios: Entrevistas, encuestas a gestores locales, informática, jefe Unidad Territorial.</p> <p>Secundarios: Fichas de seguimiento, sistema intranet del Programa Juntos, documentos de evaluación de resultados del Programa Juntos</p>
Usuarias del Programa Juntos (hogar o familias),	<p>Primario: Entrevistas, grupo focal, observaciones, historia de vida a madres usuarias con hijos menores de 5 años.</p> <p>Secundarios: INEI-ENAHO, DIRESA, información documental y estudios del Programa Juntos y otras entidades relacionados a las corresponsabilidades.</p>
Actores locales	<p>Primarios: Entrevistas y encuestas a actores locales (municipalidad de Vinchos, Juez de Paz, Gobernación, Iglesia, dirigentes comunales, organizaciones de base, ONGs, entre otros); y observaciones la actitud de los actores.</p> <p>Secundarios: Documentos actas de coordinación de los actores locales.</p>

Fuente: Elaboración propia; 2014

### **3.5 Fuentes de información**

Las fuentes de información se seleccionaron teniendo en cuenta las estrategias metodológicas adoptadas para el caso en estudio; siendo estas en su mayor parte cualitativa, complementariamente se adoptó el método cuantitativo para conocer las características socioeconómicas de las usuarias.

Para el desarrollo del trabajo de campo, se contó con fuentes de información primaria, provenientes del personal de los establecimientos de salud, las usuarias del Programa Juntos, personal del Programa Juntos, actores locales, autoridades locales y de la Municipalidad, el comité técnico de coordinación intersectorial y el comité de supervisión y transparencia del Programa Juntos. Para complementar la información se utilizó fuentes de información secundaria: bibliografías, el sistema intranet del Programa Juntos y otros enlaces.

Se aplicó entrevistas y encuestas en reuniones con actores locales, su aplicación fue personalizada a través de una guía temática en la que se precisaron cada una de las variables de la investigación. Estos se realizaron de forma directa e individualizada obteniéndose información amplia y detallada.

### **3.6 Universo**

La población o universo corresponde a la población total de las madres del distrito de Vinchos que se encuentran adscritas al Programa Juntos en los servicios de salud y educación, población que representa el punto de referencia para la presente investigación, siendo en total 4,247 usuarias de los cuales 1505 usuarias están adscritas a las condicionalidades en salud del Programa Juntos, quienes se encuentran en condición de activos (Unidad de informática, padrón de beneficiarios Juntos; 2013).

### **3.7 Muestra**

La muestra representativa para el estudio cuantitativo en el presente caso, está conformado por madres gestantes y/o con hijos de 0 a 5 años adscritas

y validadas en el Programa Juntos para acceder a los servicios de salud, y a la fecha de validación en el mes de junio del 2011 se registro 1,505 usuarias.

Por otra parte, para el estudio cualitativo, para determinar la muestra se tomó como base el mapa de actores involucrados en los procesos operativos vinculados al cumplimiento de las corresponsabilidades en el programa Juntos, y a partir de él se determinó los actores clave, a ser entrevistados. Entre estos actores fueron programados veinticuatro (24) y fueron entrevistados dieciséis (16).

#### a) Cuantitativa

Cabe precisar que, los datos cuantitativos se han considerado como complemento al análisis cualitativo, ya que era necesario conocer las características socio-económicas y la cosmovisión de la población usuaria del programa Juntos.

En ese sentido, se consideró como muestra representativa a las usuarias del Programa Juntos, cuya población objetivo alcanza a las madres de niños y niñas de 0 a 5 años de edad y madres gestantes; siendo estos en total 1,505 usuarias, por lo que, el tamaño de la muestra seleccionada representa a una población finita de madres, quienes tienen el compromiso de acceder a los servicios de salud.

**Tabla N° 05: Población en estudio**

Características de la población	Cantidad
Madres gestantes o con hijos de 0 a 5 años adscritas y validadas en el Programa Juntos para acceder a los servicios de salud	1,505 usuarias

Fuente: Programa Juntos, padrón de beneficiarios 2013.

Para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula para

muestras finitas de (Arkin y Colton):  $n = \frac{N}{(N - 1)E^2 + 1}$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

$E$  = Error de la muestra

Para la selección del tamaño de la muestra, se ha considerado como margen de error muestral o nivel de significancia de 8.5%.

Si;  $E = 8.5\%$ , para remplazar en la formula este valor porcentua, se ha convertido al valor real, resultando el valor  $E = 8.5/100 = 0.085$

$$n = \frac{1,505}{(1504 - 1)(0.085)^2 + 1} = 126.828 \approx 127$$

$N$ = Población de usuarias validadas activos, proporcionada por el sistema intranet del Programa Juntos. Para efectos del presente estudio se investigarán a 127 usuarios y los resultados se generalizarán al total de ellas

#### **b) Cualitativas**

La recopilación de información en el presente estudio para el tipo de datos cualitativos fue recabada de los actores locales (Autoridades y dirigentes comunales, personal de salud de los centros y puestos de atención en salud, gestores locales y usuarios del Programa Juntos), y el trabajo de campo se desarrolló en base a:

- Entrevistas: al personal de salud, usuarios y gestores del programa, autoridades y dirigentes comunales.
- Historia de vidas (testimonios): a usuarios
- Observaciones: a los actores locales del Programa Juntos
- Revisión documental: acuerdos actas fichas de seguimiento etc.

### **3.8 Técnicas de recolección e instrumentos utilizados**

#### **a) Entrevistas semi estructuradas a actores identificados como claves:**

Cada uno de los actores comprendidos en el presente estudio fueron considerados como los informantes, a quienes se entrevistó de acuerdo a una guía de entrevista elaboradas para tal fin, los cuales fueron utilizados como instrumentos de recojo de información, los temas a tratar durante el desarrollo de la entrevista fueron elaborados de acuerdo al objetivos



propuestos los mismos que fueron relacionando con las variables e indicadores seleccionados.

b) Entrevistas estructuradas a usuarias del Programa Juntos:

Era necesario conocer las características socio económicas de las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos, se elaboró fichas de encuestas con preguntas abiertas y cerradas a fin de determinar si las informaciones recopiladas tendrían algún tipo incidencia en el cumplimiento de las responsabilidades en salud y las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos.

c) Revisión de documentos relacionados con el tema. De igual forma, se elaboró una guía registro para el acopio de información secundaria a partir de los archivos documentales. Lo que resultó de gran utilidad, debido a que permitía saber en dónde ubicar los documentos tanto de los establecimientos de salud y del Programa Juntos. Con dicho instrumento se procedió a la búsqueda de información que permitió aminorar esfuerzos en vista que, se sabía que buscar y donde ubicar. Dentro de esa línea también se elaboró el registro de información visual esto con la finalidad de caracterizar principalmente las condiciones de la oferta en los servicios de salud.

**Tabla N° 06: Diseño muestral e instrumental**

Técnicas		Instrumentos de verificación	Actores Programados	Actores entrevistados
Entrevistas	Semi estructurada	Funcionarios de los EE SS. Vinchos	4	4
		Funcionarios del Programa Juntos	4	3
		Actores locales del distrito	6	3
		Usuarias suspendidas del Programa Juntos	10	6
Encuestas	Estructurada	Usuarias del Programa Juntos	129	129
Observación	Directa	Ficha de registro	Archivo visual	
	Indirecta	Ficha de registro	Archivo documental	

Fuente: Elaboración propia - 2014.

### 3.9 VARIABLES E INDICADORES

**Tabla N° 07: Preguntas específicas y variables**

Preguntas Específicas	Variables
¿Qué factores afines a la oferta de servicios en salud, inciden en el cumplimiento de las corresponsabilidades y las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos?	V1. Oferta de servicios de los establecimientos de salud en el distrito de Vinchos. V2. Calidad de atención en los establecimientos de salud.
¿Qué factores endógenos y exógenos al Programa Juntos, motivan las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos?	<b>Endógenos</b> V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en el Programa Juntos. V2. Dificultades en la verificación de corresponsabilidades <b>Exógenos</b> V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE SS. V2. Factores sociales y culturales vinculadas a las usuarias
¿Cómo funcionan los mecanismos de articulación sectorial y local del Programa Juntos en relación al cumplimiento de las corresponsabilidades en el distrito de Vinchos?	V1. Articulación sectorial y local de los actores

Fuente: Elaboración propia-2014

**Tabla N° 08: Variables y definición**

Variables	Definición
V1. Oferta de servicios en los establecimientos de salud del distrito de Vinchos.	Esta variable alude a la capacidad que tiene el establecimiento de salud para responder en forma oportuna, integral y con calidad a una demanda de atención en salud, y si tienen alguna relación en el cumplimiento de las corresponsabilidades del Programa Juntos.
V2. Calidad de atención en los establecimientos de salud.	Esta variable se refiere a los mecanismos y canales de información y atención que recibe la población usuaria en los establecimientos de salud y su percepción sobre ello, y si estos mecanismos ayudan a cumplir o no las condicionalidades del Programa Juntos.
<b>Endógenos</b> V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en	Esta variable alude a los errores que se presentan en las diferentes etapas de recopilación y

<b>Variab</b> les	<b>Definición</b>
el Programa Juntos	procesamiento de datos al interior del Programa Juntos.
V2. Dificultades en la verificación o seguimiento de corresponsabilidades	Esta variable alude a las dificultades a que se enfrentan los gestores locales en los diferentes procesos de seguimiento y verificación de las corresponsabilidades en el Programa Juntos
<b>Exógenos</b>	
V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en los establecimientos de salud.	Esta variable alude a los errores u omisiones identificadas en los procesos de acopio de información dentro de los EE SS; y como estos inciden en el cumplimiento de las corresponsabilidades del Programa Juntos.
V2. Factores socio-culturales y geográficos vinculadas a las usuarias	Esta variable se refiere a la cosmovisión andina y algunas características socio económicas de las usuarias, y como estos se asocian con el cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos.
V1. Articulación sectorial de los actores locales.	Esta variable alude a los mecanismos de articulación institucional y local, nos permitirá conocer si existe o no la preocupación y participación ciudadana en los procesos de cumplimiento de corresponsabilidades por parte de los usuarios

Fuente: Elaboración propia - 2014.

**Tabla N° 9: Variables e indicadores**

<b>Variab</b> les	<b>Indicadores</b>
V1. Oferta de servicios en los establecimientos de salud del distrito de Vinchos.	11. N° de personal en el EESS 12. Grado de valoración de la infraestructura, equipos médicos e insumos médicos disponible de los EE SS. 13. N° de Horas de atención/ permanencia del personal en los EEE SS.
V2. Calidad de atención en los establecimientos de salud.	11. Grado de satisfacción con el ambiente de espera 12. Trato al usuario 13. Tiempo de espera 14. Tiempo de Atención
<b>Endógenos</b>	
V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en el Programa Juntos	11. N° de usuarias suspendidos del Programa Juntos, por errores en la recopilación y procesamiento de datos
V2. Dificultades en la verificación de corresponsabilidades	11. Tiempo de traslado de los gestores para la verificación de corresponsabilidades 12 Demora en envío de información recopilada.
<b>Exógenos</b>	
V1. Errores en la recopilación y	11. N° de usuarias suspendidas del Programa

procesamiento de datos en los EE.SS.	Juntos, por errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE SS.
V2. Factores socio-culturales y geográficos vinculadas a las usuarias	I1. Tiempo de traslado de las usuarias al establecimiento de salud. I2. Uso de medicina tradicional de las usuarias. I3. Uso de idioma materno de las usuarias en los establecimientos de salud. I4. Nivel de escolaridad de las usuarias I5. Suspendidos por priorizar labores culturales-agropecuarias.
V1. Articulación sectorial de los actores locales.	I1. Forma, Alcance y eficacia de los mecanismos de articulación a nivel del distrito.

Fuente: Elaboración propia – 2014.

**Tabla N° 10: COLUMNA VERTEBRAL CON VARIABLES E INDICADORES**

Pregunta General	Objetivos	Preguntas Específicas	Variables	Indicadores	
¿Cuáles son los factores determinantes en el cumplimiento de las responsabilidades en salud y las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos – Región Ayacucho en el periodo 2011 al 2013?	Analizar las características de la oferta de servicios en salud y su incidencia en el cumplimiento en las responsabilidades de las usuarias del Programa Juntos.	¿Qué factores afines a la oferta de servicios en salud, incidieron en el cumplimiento de las responsabilidades y las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos?	V1. Oferta de servicios en los EE.SS del distrito de Vinchos	I1. N° de personal en el EESS	
				I2. Grado de valoración de la infraestructura, equipos médicos e insumos disponible de los EE SS.	
			V2. Calidad de atención en los EE.SS.	I1. Grado de satisfacción con el ambiente de espera	
				I2. Trato al usuario	
		I3. Tiempo de espera			
		I4. Tiempo de Atención			
	Identificar cuáles son los factores endógenos y exógenos asociados al cumplimiento de las responsabilidades y las suspensiones en el Programa Juntos.	¿Qué factores endógenos y exógenos al Programa Juntos, motivan las suspensiones en las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos?	<b>Endógenos</b>		
			V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en el Programa Juntos	I1. N° de usuarias suspendidos del Programa Juntos, por errores en la recopilación y procesamiento de datos	
			V2. Dificultades en la verificación de responsabilidades	I1. Tiempo de traslado de los gestores para la verificación de responsabilidades	
				I2. Demora en envío de información recopilada.	
			<b>Exógenos</b>		

Pregunta General	Objetivos	Preguntas Específicas	Variables	Indicadores
			V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE.SS.	I1. N° de usuarias suspendidas, por errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE.SS.
			V2. Factores socio-culturales y geográficos vinculadas a las usuarias	I1. Tiempo de traslado de las usuarias al EE.SS
				I2. Uso de medicina tradicional de las usuarias.
				I3. Uso de idioma materno en los EE.SS
				I4. Nivel de escolaridad de las usuarias
				I5. Suspendidos por labores culturales-agropecuarias.
	Analizar el grado de articulación de los actores locales en el cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos.	¿Cómo funcionan los mecanismos de articulación sectorial y local del Programa Juntos en relación al cumplimiento de las corresponsabilidades en el distrito de Vinchos?	V1. Articulación sectorial de los actores locales.	I1. Forma, Alcance y eficacia de los mecanismos de articulación a nivel del distrito.

Fuente: Elaboración propia – 2014

**Tabla N° 11: COLUMNA VERTEBRAL CON FUENTES E INSTRUMENTOS**

Pregunta General	Variables	Indicadores	Fuente	Técnicas de Investigación
¿Cuáles son los factores determinantes en el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y las	V1. Oferta de servicios en los establecimientos de salud del distrito de Vinchos	I1. N° de personal en el EE.SS.	Personal del establecimiento de salud	Entrevistas semiestructuradas y encuestas a profundidad
		I2. Grado de valoración de la infraestructura, equipos médicos e insumos disponible de los EE.SS.	Personal del establecimiento de salud	Entrevistas semiestructuradas y encuestas a profundidad
	V2. Calidad de atención en los	I1. Grado de satisfacción con el ambiente de espera	Usuaris del	Entrevistas

Pregunta General	Variables	Indicadores	Fuente	Técnicas de Investigación	
suspensiones en las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos – Región Ayacucho en el periodo 2011 al 2013?	establecimientos de salud.	I2. Trato al usuario	programa Juntos	semiestructuradas y encuestas a profundidad	
		I3. Tiempo de espera			
		I4. Tiempo de Atención			
	<b>Endógenos</b>				
	V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en el Programa Juntos	I1. N° de usuarias suspendidas del Programa Juntos, por errores en la recopilación y procesamiento de datos	Funcionarios del Programa Juntos	Entrevistas semiestructuradas	
	V2. Dificultades en la verificación de responsabilidades	I1. Tiempo de traslado de los gestores para la verificación de responsabilidades	Funcionarios del Programa Juntos	Entrevistas semiestructuradas	
I2. Demora en envío de información recopilada.					
<b>Exógenos</b>					
V1. Errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE.SS	I1. N° de usuarias suspendidas, por errores en la recopilación y procesamiento de datos en los EE.SS.	Funcionarios del Programa Juntos y de los EE.SS.	Entrevistas semiestructuradas		
V2. Factores socio-culturales y geográficos vinculadas a las usuarias	I1. Tiempo de traslado de las usuarias al EE.SS.	Usuarias del Programa Juntos	Entrevistas semiestructuradas y encuestas a profundidad		
	I2. Uso de medicina tradicional de las usuarias.				
	I3. Uso de idioma materno en los EE.SS.				
	I4. Nivel de escolaridad de las usuarias				
	I5. Suspendidos por labores culturales-agropecuarias.				
V1. Articulación sectorial de los actores locales.	I1. Forma, Alcance y eficacia de los mecanismos de articulación a nivel del distrito.	Funcionarios del Programa Juntos, de los EE.SS, y otros actores locales del distrito	Entrevistas semiestructuradas		

Fuente: Elaboración propia - 2014.

**Tabla N° 12: Plan de trabajo y cronograma**

Etapas y tareas	2016					2017					
	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Afinar plan de tesis	X	X									
<b>RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>											
Contacto global con la población		X									
Elaboración de instrumentos y técnicas de recolección			X	X							
Prueba Piloto				X							
Aplicación de técnicas-Recojo de la información					X	X					
Ordenamiento de la información recolectada					X	X					
<b>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS</b>											
Codificación y categorización						X					
Examen de consistencia de información recolectada						X					
Procesamiento de la informa.								X			
Ordenamiento y cruces								X			
Triangulación y análisis. Contrastación con hipótesis y preocupaciones iniciales									X		
<b>REDACCION</b>											
Versión preliminar de análisis y propuesta de GS								X			
Revisión y retroalimentación									X	X	
Versión final del informe										X	X

Fuente: Elaboración propia - 2014.



## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Como resultado del procesamiento y análisis de la información recopilada, se presenta aquí los resultados del estudio y que fueron ordenados en dos grupos los que se presentan a continuación:

- Se da a conocer el análisis de los resultados a partir de la técnica cualitativa utilizada, para este propósito se entrevistó a 16 actores clave de los 24 programados, esta técnica permitió analizar como influyeron los factores identificados vinculadas a las variables en estudio (oferta de salud, errores generados en el Programa Juntos, en los establecimientos de salud, en el acopio y procesamiento de data; y los mecanismos de articulación de los actores locales en el distrito) concernientes al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y las suspensiones a las usuarias del programa.
- Se da a conocer las características de las usuarias del Programa Juntos a partir de la técnica cuantitativa utilizada, donde fueron encuestadas 129 usuarias, a partir de ello se identificó, aquellos indicadores relevantes en el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y las suspensiones en el Programa Juntos.

#### **4.1 Lineamiento de investigación N° 01:**

##### **4.1.1 Oferta en los servicios de salud en el distrito de Vinchos.**

Se visitó a 04 establecimientos para caracterizar la oferta de servicios en salud en el distrito de Vinchos, estos establecimientos visitados fueron: Centro de Salud de Vinchos, Puesto de Salud de Arizona, Centro de Salud Putacca y Puesto de Salud Paccha, de igual forma se hizo entrevistas a profundidad a 04 profesionales trabajadores de los establecimientos de la zona.



A continuación, se hace el análisis respectivo de los datos procesados a partir de la información recopilada, donde conoceremos algunas consideraciones particulares en función a los objetivos relacionados a la oferta.

Se ha determinado por cada establecimiento de salud los recursos físicos y humanos disponibles para ofrecer cada uno de los servicios materno-infantiles requeridos para el cumplimiento de las corresponsabilidades. Esto, se realizó teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- El estado de la infraestructura, así como las necesidades por cada establecimiento de salud, se optó por el análisis de la infraestructura con la finalidad de conocer si existe algún inconveniente o dificultad referido al espacio y el tamaño de la infraestructura de los establecimientos, si estos dificultan o no, el adecuado desempeño en la atención a las usuarias del Programa Juntos.
- El equipamiento por cada establecimiento tomando en cuenta su estado de operatividad, funcionalidad e insumos, se consideró el aspecto de equipamiento para conocer la disponibilidad de equipos e insumos en los establecimientos de salud y también conocer si existe dificultad funcional-operativos o escases de estos que conlleve a una adecuada prestación de los servicios referidos a las condicionalidades en salud del Programa Juntos.
- La disponibilidad y cantidad de recursos humanos, su nivel de profesionalización y capacitación, se consideró el aspecto recurso humano a fin de determinar con que profesionales cuenta los establecimientos, si el personal en estos establecimientos es lo suficiente para responder a la demanda de los usuarios y, si la capacidad de estos responde a la expectativa de los usuarios.

#### **a) Infraestructura de salud**

El personal de salud que brinda servicios, requiere equipos clínicos básicos para atender adecuadamente a las madres y niños que acuden a los establecimientos de salud. Por consiguiente, esta evaluación de los equipos y suministros en los establecimientos de salud del distrito incluyó una

evaluación de: la infraestructura en donde brindan el servicio, el equipo básico para el examen clínico o control de la madre y el niño y el suministro de medicamentos en farmacia.

Una evaluación de este tipo puede realizarse a partir de distintos supuestos y en circunstancias diversas. Cabe destacar que esta evaluación de la infraestructura, los equipos y suministro se realiza en un proceso mediante el cual, se busca determinar si existe alguna situación o condición actual que repercute en la atención a las usuarias en el uso de los servicios asociados a las corresponsabilidades en salud del Programa Juntos

En cuanto a la infraestructura e instalación de los establecimientos de salud del distrito, se ha constatado al igual que a los equipos médicos, y mediante entrevistas y encuestas a los representantes de establecimientos sobre las condiciones de los equipos clínicos básicos.

De las visitas efectuadas a los Puestos de Salud de Arizona y Paccha en el distrito de Vinchos se constató que, tales establecimientos cuentan con infraestructuras muy modestas, cuyos ambientes relativamente están en buenas condiciones, sin embargo, las áreas de los ambientes de atención son reducidos y fueron readecuados de acuerdo a la necesidad, para brindar los servicios de atención primaria a los pacientes de las comunidades, en general estos establecimientos son de espera y recepción.

En el caso del Puesto de Salud de Arizona, cuenta con dos consultorios en un ambiente destinados para la atención de la madre y el niño donde dos profesionales (obstetra y enfermera) se dedican con regularidad a brindar los servicios de 30 a 40 pacientes durante cinco días de la semana con jornadas laborales de 6 horas por la mañana o de acuerdo a la necesidad.

Las salas de espera de los puestos de salud mencionados tienen espacios reducidos, que solo puede albergar a unos 10 pacientes, en el caso del Puesto de Salud de Arizona el espacio es más reducido, y cuando se suscita mayor concurrencia de pacientes, en este caso, por la asistencia de las madres adscritas al Programa Juntos, quienes se aglutinan en el

establecimiento con regularidad uno o dos veces al mes, por lo que, algunas usuarias tienen que esperar en la intemperie. A esto se le suma la falta de mobiliarios (sillas), ya que, los existentes se encuentran en mal estado. Por lo que, los profesionales del establecimiento así examinan a los pacientes y a menudo hay una falta de privacidad y confidencialidad para los pacientes, por el hecho mismo que tienen espacios reducidos, lo que provoca molestias a los usuarios.

De igual forma, de las visitas efectuadas a los Centros de Salud de Vinchos y Putacca; en el distrito de Vinchos se ha verificado que cuentan con una infraestructura acorde con las exigencias del MINSA, no obstante, el espacio de la sala de espera en ambos establecimientos es reducido en relación al número de usuarios que cubren. La sala de espera tiene espacio para albergar de 15 a 25 usuarios o pacientes en ambos establecimientos, y con frecuencia los pacientes buscan atenderse en estos centros de salud, por lo que, son establecimientos que tienen mayor afluencia poblacional de usuarios, no solo por los pacientes que atienden cotidianamente, sino también, por los beneficiarios adscritos a los programas sociales como Juntos, Qali Warma y otros, que concurren a estos establecimientos.

También, en los Centros de Salud de Vinchos y Putacca, se ha constatado la escasez de mobiliarios (sillas bancas), por lo que, en temporadas de mayor concurrencia las usuarias esperan sentadas en las veredas en los entornos del establecimiento de salud.

Cabe mencionar, que en el distrito de Vinchos recientemente se ha culminado la construcción de una moderna infraestructura, el cual fortalecerá la cobertura del Centro de Salud de Vinchos.

#### **b) Disponibilidad de equipos en los EE.SS.**

La disponibilidad de equipamiento en los establecimientos de salud visitados, se verificó de acuerdo a los protocolos de equipamientos básicos que son requeridos para la atención a madres gestantes y niños menores de seis años, las que están asociados con el cumplimiento de responsabilidades de Programa Juntos, se ha podido constatar que existe carencias de equipos

e instrumentos básicos, cuyas condiciones se encuentran de regular a precarios o malogrados, esto en gran parte debido a que el Ministerio de Salud, a través de las instancias descentralizadas de salud en el ámbito de estudio no repone los equipos y materiales deteriorados, tampoco provee aquellos con que no disponen los EE.SS, debido a que las adquisiciones se realizan por licitaciones y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal. Por lo general, pasan etapas o procedimientos en el tiempo muy prolongados entre una solicitud de requerimiento y la atención en la provisión.

Las principales dificultades que se presentan en la mayoría de establecimientos de salud para el desarrollo normal de sus actividades son; la falta de existencia de mobiliarios y equipos que son antiguos y en deterioro.

En los centros de salud de Vinchos y Putacca, se observó la carencia de equipos para atender a niños, nebulizador y balón de oxígeno, entre los más resaltantes y en módulo de atención a madres gestantes existe la necesidad de mejorar el aparato de ultra sonógrafo (ecografía), esto en el caso del centro de salud de Vinchos y, en el caso del centro de salud de Putacca no cuenta con dicho aparato.

**Cuadro 8: Disponibilidad de los equipos, materiales e insumos en el EE.SS de Vinchos.**

Módulos de Atención	Equipo/Materiales/ Insumos	C. S Vinchos				C.S Putacca				P.S Arizona				P.S Paccha			
		Estado				Estado				Estado				Estado			
		Cant.	B	R	D	Cant.	B	R	D	Cant.	B	R	D	Cant.	B	R	D
Modulo Admisión y consulta	Sala de espera	1		1		1		1		1		1		1		1	
	Sillas o bancas	3	1	2		3	1	2	1	2		2		3	1	2	
Modulo Ecografía, Psicoprofilaxis y estimulación prenatal	Ambiente de psicoprofilaxis	1		1		0				0				0			
	Aparato ultra sonógrafo (ecografía)	1		1		0				0				0			
Modulo Control de Crecimiento y Desarrollo 0 - 5 años	Tensiómetro Anerolde Pediátrico	2	2			3	3			1	1			1	1		
	Pantoscopio pediátrico	1		1		0				1	1			0			
	Equipo de nebulización	2	1	1		1	1			0				1	1		
	Incubadora	0				0				0				0			
	Cunas	3		2	1	4	2	2		1		1		2	1	1	
	Estetoscopio pediátrica	2	2			2	2			1	1			1	1		
	Balón de oxígeno	2	1	1		1	1			1	1			1	1		
	Máscaras para					0				0				0			

	oxígeno																	
	Infantometro	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
	Balanzas pediátricas	1	1		3	3		1	1		1	1	1					
	Tallimetro pediátrico de sobremesa	1	1		2	2		1	1		1	1	1					
	Termos de refrigeración	1	1		2	1	1	1	1		1	1	1					
	Refrigerador	1	1		1	1		1	1		1	1	1					
Módulo Control de gestantes y cuidado de las puérperas	Camilla ginecológica	2	2		2	1	1	2	2		1							
	Cama de partos	3	2	1	4		4	2	2		2		2					
	Equipo de legrado	1	1		1		1		1		1		1					
	Espéculos	1	1		1		1		1		1		1					
	Tensiómetro aneroides	2	1		2		2		1		1		2	1	1			
	Estetoscopio biauricular				2		2								1		1	
	Balanza de pie para adulto	1			2	1	1		1		1		1		1		1	
	Instrumentos para examen ginecológico	1	1		2	1	1		1		1		2	1	1			
	Instrumentos para curaciones	1	1		2		2		1				1					

Fuente: Establecimientos de salud de Vinchos; Elaboración Propia; 2014

B: Buenas condiciones

M: Malgrado

D: Deteriorado

### c) Disponibilidad de medicamentos en los EE.SS.

La provisión de medicamentos en los establecimientos de salud no es tan adecuada existen ligeras variaciones de stock para cubrir la demanda, sobre todo existen insumos básicos para la atención y control de enfermedades más comunes, por lo que, el personal de salud y las usuarias reconocen la importancia de la provisión de los medicamentos para contrarrestar enfermedades agudas como las EDAS, IRAS y otros relacionados a la desnutrición crónica infantil.

Las dificultades en cuanto a la disponibilidad de insumos médicos medicamentos, más los equipos insuficientes o deteriorados en algunos casos, limita la capacidad resolutoria de los Establecimientos de salud. Desde la perspectiva de los profesionales de salud, el abastecimiento de los medicamentos en los establecimientos de salud es regular pero no suficiente para atender la demanda. Sin embargo, el hecho de dar medicamentos a los usuarios que acuden al EE.SS, es un aspecto muy valorado, más aun, cuando la dotación es subvencionada por el Estado por medio del seguro

integral de salud (SIS), lo cual en gran parte alivia sus necesidades sobre la salud.

*Entrevista en la comunidad de Paccha:*

*“...con esos medicamentos me apoyo para curar a mis hijos, porque es gratis, pero a veces hay a veces no hay, entonces la doctora me dice anda a C.S Vinchos, entonces tengo que ir nomas pues, si no conque va sanar pues, aunque es lejos tengo que ir momas pues...” (Usuaría del Programa Juntos. Sabina Flores)*

La caracterización de la asistencia farmacéutica en los establecimientos de salud en el presente estudio, básicamente están dadas de acuerdo a lo requerido por la madre y el niño, y que contribuyan al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud del Programa Juntos. Tal es así, la asistencia farmacéutica se contempla como una relación entre profesional-paciente, donde el paciente encuentra la necesidad de ser orientada y atendida por su suscriptor<sup>70</sup>, médico o enfermero, con toda la carga de responsabilidad profesional derivado del acto asistencial.

**Cuadro 9: Existencia de insumos fármacos para la atención de madres y niños.**

Modulo Farmacia	Insumos	Existencia stock							
		C.S Vinchos		C.S Putacca		P.S Arizona		P.S Paccha	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	<b>Requeridos para la madre</b>								
Atención a la madre	Sulfato Ferroso		X		X		X		X
	Vitamina A	X			X		X		X
	Oxitócica	X		X		X		X	
	Sulfato de Magnesio	X		X		X		X	
	<b>Requeridos para niños &lt; 5 años</b>								
Atención al niño	Vacuna Antiamarilica	X			X		X		X
	Vacuna Anti hepatitis B	X		X		X		X	
	Vacuna Anti poliomielítica	X		X		X		X	
	Vacuna Antisarampionosa	X		X		X		X	
	Vacuna Anti parotiditis, rubéola, sarampión	X		X		X		X	
	Vacuna Antitetánica	X		X		X		X	
	Vacuna BCG	X		X		X		X	
	Vacuna contra H. Influenza Tipo B	X		X		X		X	

<sup>70</sup> Prescribir: Emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.

Modulo Farmacia	Insumos	Existencia stock							
		C.S Vinchos		C.S Putacca		P.S Arizona		P.S Paccha	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	Vacuna DPT	X		X			X		X
	Vacuna Pentavalente	X		X		X		X	

Fuente: Establecimientos de salud Vinchos, Elaboración Propia; 2014

“Durante el embarazo pueden suceder algunos desequilibrios en la nutrición, debido a que lo que antes debía simplemente alcanzar para la madre, ahora se reparte con el bebé; y además, se diluye en la cantidad de sangre extra que nuestro organismo produce para gestar a un nuevo ser. Uno de los problemas a los que debemos prestar especial atención es la anemia, que se evita tomando la cantidad de hierro necesaria,<sup>71</sup>”

En los establecimientos de salud del distrito, de acuerdo a la información recopilada, existe la carencia de suplementos vitamínicos principalmente el sulfato ferroso que es indispensables para las madres embarazadas y los niños.

Por lo general las madres de zonas rurales desconocen o no toman en cuenta sobre que componentes nutricionales ingieren en sus alimentos, por ello la única forma de fortalecer el normal desarrollo de su hijo es por medio de la asistencia en los establecimientos de salud, sin embargo, la escases de estos contribuye al debilitamiento de las defensas del niño y la madre con el riesgo que esto implicaría a su salud.

#### **d) Personal asistencial en los establecimientos de salud**

El personal asistencial con que cuentan los establecimientos de salud del distrito de Vinchos, de acuerdo a la información obtenida de la Red de Salud de Huamanga, existe propuestas de profesionales que son requeridos para cada establecimiento de salud, según constataciones al cuadro de

<sup>71</sup> María L. Fernández Tejerina, Importancia de la administración de sulfato ferroso en el embarazo. <http://embarazohierro.blogspot.pe/2012/05/importancia-de-la-administracion-de.html>. Consulta 12 de abril del 2015.

asignaciones de personal (CAP), se encontró el requerimiento de profesionales de la salud de acuerdo a lo detallado en el siguiente cuadro.

**Cuadro 10: Personal previsto en los establecimientos de salud del distrito de Vinchos de acuerdo al CAP**

Cargo estructural	C.S Vinchos	C.S Putacca	C.S Ocollo	P.S Pacqcha	P.S Arizona	P.S Ooñani	P.S.S. J Culluhuanca	P.S Millpo	P.S Rosaspata
Supervisor de Programa Setorial I	1	1							
Médico	4	3	1						
Enfermera	5	4	2	2	2	3	2	2	1
Obstetra	7	4	2	1	2	1			1
Cirujano Dentista	1	1							
Biólogo	2	1							
Químico Farmacéutico	1	1							
Psicólogo	1								
Nutricionista	1								
Médico veterinario	1								
Técnico en Enfermería	5	3	1	1	1	2	1	1	1
Auxiliar de Enfermería	1					1			
Técnico Administrativo	2								
Técnico Sanitario	0			1	1				
Operador PAD	2	1							
Chofer	2	1		1					
Trabajador de servicios	2	1							
<b>Total Unidad Orgánica</b>	<b>38</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Fuente: Red de salud Huamanga-CAP 2013, Elaboración propia; 2014.

En el ámbito de estudio, la disponibilidad de profesionales de salud fueron constatados en los EE.SS de categorías; centro de salud y puestos de salud, entre ellos están los Centros de Salud de Vinchos y Putacca, en donde se constatado la existencia de una marcada diferencia en cuanto al número de personal con que disponen, siendo el C.S de Vinchos el que tiene mayor dotación de personal, (19 profesionales entre asistenciales y administrativos), y el C.S de salud de Putacca cuenta con 11 profesionales de la salud.

En referencia a la condición laboral del personal de salud, en ambos centros de salud prevalece el vínculo laboral por contrata; tal es así, en el C.S de



Vinchos del total de 19 profesionales de salud, 11 se encuentran en condición de contratado que representa el 57.9%, 3 tiene la condición de nombrado 15.8%. Asimismo, existen 05 profesionales que vienen laborando en condición de serumistas. Similarmente en el C.S de Putacca de los 11 profesionales de salud, se constató que 06 tienen vinculo bajo la modalidad de contratado representando el 54.5%, 03 están en condición de nombrado y 02 en condición de serumistas<sup>72</sup>.

**Cuadro 11: Personal constatado en los EE.SS visitados**

Cargo Estructural	Centro de Salud Vinchos							Centro de Salud Putacca						
	Condición laboral							Condición laboral						
	Total	N	%	C	%	S	%	Total	N	%	C	%	S	%
Medico	1			1	5.3			1			1	9.1		
Enfermera	6			3	15.8	3	15.8	2	1	9.1			1	9.1
Obstetra	4	1	5.3	2	10.5	1	5.3	4	1	9.1	2	18.2	1	9.1
Cirujano Dentista	2			1	5.3	1	5.3	1			1	9.1		
Biólogo	1			1	5.3									
Técnico en Enfermería	4	2	10.5	2	10.5			3	1	9.1	2	18.2		
Nutricionista	1			1	5.3									
Total personal por establecimiento	19	3	15.8	11	57.9	5	26.3	11	3	27.3	6	54.5	2	18.2

Fuente: Información recopilada de establecimientos de salud de Vinchos; Elaboración Propia; 2014.

N: Nombrado

C: Contratado

S: Serumista

En el puesto de salud de Arizona, en relación a la disposición de profesionales de salud tiene un total de 06 profesionales, de los cuales 02 son nombrado, 03 están en condición de contratados y 01 en condición de serumista. Por otra parte, en el puesto de salud de Paccha la disposición de profesionales es en total 07, de los cuales 01 es nombrado, 03 están en condición de contratados y 03 en condición de serumista.

<sup>72</sup> Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS: Es un programa de servicio a la comunidad que está orientado a desarrollar actividades preventivo-promocionales en centros y puestos de salud del MINSA, o en establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano-marginales consideradas de menor desarrollo del país (MINSA: Guía de Procedimientos y normas legales 2001; p.7). <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2223.PDF>. Consulta 27 de mayo del 2015.

En cuanto al tipo de profesionales en ambos puestos de salud se encuentran similitudes, dispone en mayor número de enfermeras y técnicos en enfermería, con la única diferencia de que en el puesto de salud de Paccha hay un médico en condición de serumista.

**Cuadro 12: Personal constatado en los PP.SS visitados**

Cargo Estructural	Puesto de Salud Paccha							Centro de Salud Arizona						
	Condición laboral							Condición laboral						
	Total	N	%	C	%	S	%	Total	N	%	C	%	S	%
Medico	1					1	14.3	0					0.0	
Enfermera	2			1	14.3	1	14.3	3			2	33.3	1	16.7
Obstetra	2			1	14.3	1	14.3	1			1	16.7		
Técnico en Enfermería	2	1	14.3	1	14.3			2	2	33.3				
<b>Total personal</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>14.3</b>	<b>3</b>	<b>42.9</b>	<b>3</b>	<b>42.9</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>33.3</b>	<b>3</b>	<b>50.0</b>	<b>1</b>	<b>16.7</b>

Fuente: Información recopilada de establecimientos de salud de Vinchos; Elaboración Propia; 2014.

N: Nombrado

C: Contratado

S: Serumista

La disposición de profesionales de salud asociados a las corresponsabilidades del Programa Juntos, referentes a la atención de la madre y niños menores a 06 años como enfermeras y obstetras, el Centro de Salud de Vinchos tiene ventaja en cuanto a profesionales obstetras y enfermeras, donde dicho centro tiene 08 obstetras, 04 enfermeras y 02 técnicas en enfermería, mientras que el centro de salud de Putacca solo cuenta con 02 enfermera y 02 obstetras. Por otra parte, el establecimiento de Vinchos es la que atiende a una mayor cantidad de usuarias del Programa Juntos.

La disposición de personal previsto en el Cuadro de Asignación de Personal CAP, difiere con lo constatado principalmente en los centros de salud de Vinchos y Putacca, existe menor número de profesionales a lo previsto en el CAP, en vista que el personal profesional requerido en el CAP de estos EE.SS, están entre 38 y 21 respectivamente. En relación a los puestos de salud de Paccha y Arizona se puede decir que el personal con que cuenta si coincide con lo previsto en el CAP.

En cuanto al tiempo destinados por parte de los profesionales a sus labores diarias se constató que tanto en los Centros de Salud y en los Puestos de salud los profesionales laboran 06 horas al día, durante 10.4 meses al año, aquí se ha restado los días de descanso o “días compensables” semanal que acumulados anuales resulta 48 días equivalente a 1.6 meses. Por tanto, el trabajo efectivo del personal de los establecimientos de salud es de 317 días al año.

Cabe precisar que, para la permanencia de los profesionales de servicio de salud existen directivas internas de la RIRESA, que comprometen a no descuidar la atención en los establecimiento de salud, por lo que, en los establecimientos de salud los profesionales asignados siempre se delegan por turnos para la atención de casos de urgencia o emergencias, además cuentan con personal de guardianía que es de procedencia del ámbito del establecimiento de salud (lugareño) que está capacitado para poner en alerta las emergencias al personal de salud que por algún motivo se encuentre ausente del establecimiento.

**Cuadro13: Horas laboradas del personal en los EE.SS de Vinchos**

Personal	Horas laboradas/día	Horas laborados /mes	Meses laborados/año	Horas laboradas/año
Médicos	6	180	10.4	1872
Obstetras	6	180	10.4	1872
Enfermeros	6	180	10.4	1872
Otros profesionales en salud	6	180	10.4	1872
Administrativos	6	180	1.40	1872

Fuente: Información recopilada de establecimientos de salud de Vinchos; Elaboración Propia 2014.

La información referida al tiempo de atención en los diferentes módulos de servicio se obtuvo de los establecimientos de salud y de las usuarias que acceden a dichos servicios. Tanto el personal de salud y las usuarias coincidieron en el tiempo utilizado en los diferentes servicios relacionados al CRED, tales así señalaron que el tiempo utilizado en promedio oscila de 40 a 50 minutos por paciente.

**Cuadro 14: Tiempo de atención en control CRED**

Actividad	Tiempo promedio
<b>Atención integral de niños menores de 05 años</b>	45´
Control CRED	15´
Administración de vacuna	5´
Orientación nutricional	10´
Registro	10´
Administración de vitamina	3´
Lavado de manos	2´

Fuente: Información recopilada de EE.SS. - Vinchos; Elaboración Propia 2014.

En relación a controles prenatales por gestantes el tiempo utilizado en promedio oscila de 25 a 30 minutos.

**Cuadro 15: Tiempo de atención a madres gestante**

Actividad	Tiempo promedio
<b>Atención a la madre</b>	28´
Psicoprofilaxis y estimulación temprana	20´
Administración de vitamina	3´
Registro	5´

Fuente: Información recopilada de EE.SS. - Vinchos; Elaboración Propia 2014.

El rendimiento de horas de atención se puede obtener a partir de la relación entre el número de consultas efectuadas y la totalidad de horas efectivas utilizadas en la consulta, en los establecimientos de salud encontramos que las consultas efectuadas en el módulo control CRED es en promedio de 05 pacientes al día por cada profesional de la salud, en este caso puede ser enfermera u obstetra, y el promedio total de horas de atención efectiva es de 3.45 por día, por tanto el rendimiento hora/medico nos arroja de 1.44 que es menor al estándar del rendimiento que es 04 horas.

La utilización de consultorio físico en CRED está dado a razón de número de consultorios funcionales sobre número de consultorios físicos. En los establecimientos de salud considerados se constató los ambientes disponibles para la atención en el control CRED. En el centro de salud de Vinchos existe 02 ambientes disponibles y en funcionamiento 01; en el centro de salud de Putacca existe 01 ambiente disponible y 01 en funcionamiento y en los puestos de salud de Arizona y Paccca, ambos establecimientos cuentan con 01 ambiente disponible y en uso en el control CRED.

Referente a los ambientes disponibles para la atención a gestantes y puérperas solo los centros de salud de Vinchos y Putacca disponen cada uno de un ambiente que viene funcionando a la fecha para brindar atención a las madres gestantes servicios de Psicoprofilaxis, estimulación temprana y cuidados de parto y post partos.

El grado de cumplimiento de horas de personal de salud de los establecimientos está dado por el número de horas efectivas de atención en un periodo, sobre el número de horas programadas del establecimiento de salud en el mismo periodo. Se ha determinado que cada personal profesional labora 6 horas al día, y durante el año acumula unas 1,872 horas efectivas de trabajando en 10.4 meses, debido a que gozan de sus días compensables; pero los establecimientos de salud consideran 12 meses de labor por lo que durante el año programan 1,800 horas.

Las horas médicas efectivas para los profesionales de salud, no es necesariamente igual al número de horas laborados durante el día en atención exclusivo al niño o la madre, muchos de los profesionales de salud en los EE.SS. emplean su tiempo en otras actividades distintas a la consulta médica referidos al CRED, o tratamientos a madres gestantes (labores administrativas administrativas). Para profundizar este aspecto de la salud, se ha realizado entrevistas en los establecimientos de salud, se recopiló información donde señalan que del total de horas programadas durante un periodo, destinan un estimado promedio de 60% a 70% para la atención en el control CRED y para la atención a las madres entre el 20% a 30% sobre el tiempo total. Por tanto, podemos deducir que el grado de cumplimiento de hora medico llega en promedio a 84%.

**Cuadro 16: Indicadores de eficiencia**

<b>Indicadores de eficiencia</b>	<b>Estándar<sup>73</sup></b>	<b>C.S Vinchos</b>	<b>C.S Putacca</b>	<b>P.S Arizona</b>	<b>P.S Paccha</b>
Rendimiento Hora / médico	3	1.7	1.7	1.7	1.7
Utilización de Consultorios Físicos en CRED	2	1.5	1	1	1
Utilización de consultorios físico en control de madres gestantes	2	1	1	1	1
Grado de Cumplimiento de Hora medico	90%	84%	84%	84%	84%

Fuente: Encuesta al personal de los EE.SS. – Vinchos; Elaboración Propia 2014.

<sup>73</sup> Directivas Sanitarias MINSA - Indicadores de Salud Hospitalario.

De acuerdo a las verificaciones efectuadas en los establecimientos de salud, se ha constatado la existencia de brechas en cuanto al número de personal de salud designado para la atención en CRED, no guarda relación con el cuadro de asignación de personal (CAP) de la DIRESA, principalmente en los C.S. por lo que, son necesario para atender la creciente demanda generada por el Programa, lo que ocasiona al personal de salud una sobrecarga laboral, con retribución económica por debajo de sus expectativas y carencia de garantías en cuanto a su estabilidad laboral.

Además, lo que implica para el personal de salud alejarse de su entorno familiar, el aislamiento en algunos casos por las barreras de acceso, el bajo nivel remunerativo, la falta de incentivos, y el que tengan que costear el traslado y permanencia con su propio recurso, lo hace ver el trabajo que realizan como un sacrificio, más aun, cuando son destacados en zonas rurales. Esto no solo desmotiva al personal de salud en cumplir a cabalidad sus labores, además ocasiona la búsqueda de otras alternativas de ingreso fuera de su horario de trabajo y de los establecimientos de salud.

Esto aunado a las políticas de contratación del MINSA, que genera una rotación de personal permanente principalmente en establecimientos de zonas rural, lo que dificulta la posibilidad de brindar un servicio CRED sostenido y de calidad. Esta política de contratación de personal de salud, también ocasiona consecuencias en la población, ya que se ve expuesto a cambios permanentes, lo que coarta las posibilidades de establecer un vínculo de confianza entre las partes, debido a que en zonas rurales es de importancia generar confianza como estímulo para atraer a las usuarias.

#### **e) Rendimiento por unidad de servicio en los módulos de atención**

El rendimiento por unidad de servicio en los módulos de atención de los establecimientos de salud, están relacionados con el tamaño y capacidad de los establecimientos, de acuerdo a la información recopilada del personal de salud, se constató que la atención paciente/hora en los establecimientos, tanto centros y puestos de salud referidos al control CRED tarda en promedio 45 minutos, esto nos hace ver que, supuestamente realizan el control CRED a

01 paciente por hora, y durante el día si el personal de salud dedicara todo de su tiempo a dicho módulo de atención, atendería a 06 pacientes.

Cabe indicar, que en el distrito de Vinchos los niños menores de 05 años registrados en los establecimientos para la atención en salud llegan en total promedio a 1,400 niños al año, cifra al que, el personal debe atender realizando sus chequeos mensuales de control.

**Cuadro 17: Rendimiento del personal de salud por Centro de Salud**

Oferta de recursos físicos (N° de Atenciones/hora)		C.S. Vinchos						C.S. Putacca					
		N° Horas/día	Días/meses	Meses/año	Horas/año	N° Ambientes	Rendimiento (N° Atenciones/Hora)	N° Horas/día	Días/meses	Meses/año	Horas/año	N° Ambientes	Rendimiento (N° Atenciones/Hora)
Enfermería Módulo de atención CRED	Consultas CRED a menores de 0-5 años	6	21	12	1512	1	1.7	6	21	12	1512	1	1.7
	Estimulación Temprana	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
	Inmunizaciones	6	21	12	1512	1	4	6	21	12	1512	1	4
	Suplementos con micro nutrientes	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
Obstetricia Módulo de atención a gestantes	Psicoprofilaxis y estimulación prenatal	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
	Controles prenatales por gestante	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
	Materno perinatal y planificación familiar	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
Consultorio Medico	Consultorio curativa EDA e IRA	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
	Partos	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
Tópico	Esterilizaciones	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
Farmacia	Farmacia	6	21	12	1512	1	4	6	21	12	1512	1	4
Laboratorio	Laboratorio	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
Admisión	Sala de espera	6	21	12	1512	1	7	6	21	12	1512	1	7

Fuente: Encuesta al personal de salud - Vinchos; Elaboración Propia 2014.

En el resto de módulos de atención la información obtenida presenta similitud en el uso de tiempo en la atención de pacientes, cabe resaltar la información del personal de los puestos de salud, quienes indicaron que generalmente en casos de atención de madres gestantes o puérperas, ellas

optan por la atención en los centros de salud más cercano a su comunidad o se trasladan a la urbe de Ayacucho.

Resaltan el módulo de atención en CRED, consultorio curativo EDA e IRA, debido a que la labor del personal de los puestos de salud está vinculada con frecuencia a esas consultas.

**Cuadro 18: Rendimiento del personal de salud por Puesto de Salud**

Oferta de recursos físicos (N° de Atenciones/hora)		P.S. Arizona						P.S. Paccha					
		N° Horas/día	Días/meses	Meses/año	Horas/año	N° Ambientes	Rendimiento (N° Atenciones/Hora)	N° Horas/día	Días/meses	Meses/año	Horas/año	N° Ambientes	Rendimiento (N° Atenciones/Hora)
Enfermería Módulo de atención CRED	Consultas CRED a menores de 0-5 años	6	21	12	1512	1	1.7	6	21	12	1512	1	1.7
	Estimulación Temprana	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
	Inmunizaciones	6	21	12	1512	1	4	6	21	12	1512	1	4
	Suplementos con micro nutrientes	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
Obstetricia Módulo de atención a gestantes	Psicoprofilaxis y estimulación prenatal	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
	Controles prenatales por gestante	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
	Materno peri natal y planificación familiar	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
Consultorio Medico	Consultorio curativa EDA e IRA	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
	Partos	6	21	12	1512	1	2	6	21	12	1512	1	2
Tópico	Esterilizaciones	6	21	12	1512	1	3	6	21	12	1512	1	3
Farmacia	Farmacia	6	21	12	1512	1	4	6	21	12	1512	1	3
Admisión	Sala de espera	6	21	12	1512	1	7	6	21	12	1512	1	5

Fuente: Encuesta al personal de salud – Vinchos; Elaboración Propia 2014.

De los resultados de las encuestas a usuarias del Programa Juntos, se determinó el flujo de uso de los establecimientos de salud en el distrito de Vinchos, se constató que el Centro de Salud de Vinchos aglutina mayor cantidad de usuarios para su atención donde el 43.1% de la población usuaria acude a dicho nosocomio, seguidos por el Puesto de Salud de Paccha con 11.6% y el Centro de Salud de Putacca que tienen 10.9% en



preferencia de uso, cabe resaltar que el principal motivo que les permite acudir a las usuarias, se señala el control CRED, donde el 98.4% de la población señalaron que acuden por este módulo de servicio.

**Cuadro 19: Flujo de uso de los establecimientos de salud en el distrito de Vinchos.**

¿A qué Establecimiento de Salud acude?	¿Cuál fue el motivo de asistencia al EE.SS?					
	Total		Embarazo		CRED	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
<b>Total</b>	<b>129.00</b>	<b>1.00</b>	<b>2.00</b>	<b>0.02</b>	<b>127.00</b>	<b>0.98</b>
Puesto de Salud Qoñani	9.00	0.07	0.00	0.00	9.00	0.07
Centro de Salud de Vinchos	44.00	0.34	2.00	0.02	42.00	0.33
Puesto de Salud Ñaupallaqta (Por accesibilidad)	14.00	0.11	0.00	0.00	14.00	0.11
Puesto de Salud Millpo	3.00	0.02	0.00	0.00	3.00	0.02
Puesto de Salud Arizona	5.00	0.04	0.00	0.00	5.00	0.04
Puesto de Salud Allpachaca(Por accesibilidad)	2.00	0.02	0.00	0.00	2.00	0.02
Puesto de Salud Rumihuasi (Por accesibilidad)	1.00	0.01	0.00	0.00	1.00	0.01
Puesto de Salud San Juan de Culluhuanca	3.00	0.02	0.00	0.00	3.00	0.02
Centro de Salud Putacca	14.00	0.11	0.00	0.00	14.00	0.11
Puesto de Salud Paccha	15.00	0.12	0.00	0.00	15.00	0.12
Puesto de Salud de Occoyo	4.00	0.03	0.00	0.00	4.00	0.03
Puesto de Salud Rosaspata	10.00	0.08	0.00	0.00	10.00	0.08
Puesto de Salud Cachi (Por accesibilidad)	1.00	0.01	0.00	0.00	1.00	0.01
Puesto de Salud Molinos (Por accesibilidad)	4.00	0.03	0.00	0.00	4.00	0.03

Fuente: Establecimientos de salud – Vinchos; Elaboración Propia 2014.

#### f) Cobertura de oferta de la salud de los establecimientos de salud

En cuanto refiere a la oferta de salud, los establecimientos de salud del distrito tienen mapeado su área de intervención, siendo el Centro de Salud de Vinchos el que tiene mayor alcance poblacional. Este establecimiento hace cobertura a 26 comunidades, cuya población suma los 2,923 habitantes.

**Cuadro 20: Área de cobertura del Centro de Salud de Vinchos**

Barrio/ Comunidad	N° Vivienda	N° Familia	Población
Accomachay	29	25	149
Aqopampa	24	25	80
Chinquiray	22	24	63
Choccyacc	39	36	163
Concahuaylla	18	18	74
Huayllapampa	52	62	228
Mayobamba II	36	32	145
Mayobamba I	26	21	107
Orconchupa	15	17	56
Pacchacc	50	45	175
Pampamarca	14	55	55
Picha	36	31	142
Pucaloma	6	8	29
Qanqayllo	58	50	184
Qarhuapuquio	12	16	42
Qasacruz	35	39	132
Qasanqay	43	49	149
Qochapuncco	32	32	114
Ranracancha	10	13	51
Remillayocc	11	38	38
Tinco	19	19	60
Trancapampa	32	32	49
Villa mejorada	15	53	53
Villavista	29	124	124
Vinchos	149	149	426
Vizcachayocc	12	10	35
<b>Total</b>	<b>824</b>	<b>1023</b>	<b>2923</b>

Fuente: Encuesta a Establecimiento de Salud, Elaboración Propia 2014.

El centro de salud de Putacca tiene una cobertura de 06 comunidades con una población de 2,503 habitantes, al comparar el número de comunidades que abarca y la población que tiene, se puede decir que la población del ámbito de cobertura de Centro de Salud de Putacca está más agrupado a comparación de su par de Vinchos.

**Cuadro 21: Área de influencia del Centro de Salud de Putacca**

Barrio/ Comunidad	N° Vivienda	N° Familia	Población
Putacca	101	101	488
Ccatusurco	108	108	506
Ccochapampa	120	120	588
Condorpaccha	66	61	327
Llihuacucho	61	61	343
Sunilla	48	48	251
<b>Total</b>	<b>504</b>	<b>499</b>	<b>2503</b>

Fuente: Red de Salud Huamanga, Elaboración Propia 2014.

**Cuadro 22: Área de influencia del Puesto de Salud de Arizona**

Barrio/ Comunidad	N° Vivienda	N° Familia	Población
San Lucas	21	23	95
Urpaypampa	36	36	115
Sallalli	63	68	239
Santa Ines	24	27	156
Angasmayo	17	17	66
Tranca	61	63	273
Arizona	141	150	596
Anchachuasi	77	80	353
Mitapasamana	16	16	53
Cayhuacancha	20	22	79
<b>Total</b>	<b>476</b>	<b>502</b>	<b>2025</b>

Fuente: Red de Salud Huamanga, Elaboración Propia 2014

**Cuadro 23: Área de influencia del Puesto de Salud de Paccha**

Barrio/ Comunidad	N° Vivienda	N° Familia	Población
Paccha	73	71	207
Accomarca	26	22	107
Palmadera	24	21	74
Chaupihuasi	26	25	91
Concepción cangallo	44	42	209
Illapampa	27	23	115
Chaclacayo	35	34	203
Totorapata	23	22	120
Corazón de ñaupas	60	59	321
Ccawñayocc	32	27	118

Barrio/ Comunidad	N° Vivienda	N° Familia	Población
Ccollota	36	33	233
Parccawillca	44	42	214
Patahuasi	38	35	302
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>456</b>	<b>2314</b>

Fuente: Red de Salud Huamanga, Elaboración Propia 2014

### **5.1.1 Análisis de la oferta en los servicios de salud en el distrito de Vinchos**

A partir del diagnóstico de la oferta de servicios de salud, se tiene los siguientes resultados:

#### **a) Infraestructura de los establecimientos de salud.**

De la constatación y entrevistas efectuadas se concluye que los puestos de salud tienen ambientes relativamente en buenas condiciones, pero reducidas y fueron adecuados de acuerdo a la necesidad, por lo que, la mayor limitación de estos establecimientos es el espacio físico, el cual, genera cierta incomodidad, principalmente en los periodos programados para realizar las consultas en CRED, donde debido a la falta de espacio utilizan el perímetro exterior en el caso del PS de Arizona y los alrededores de la plaza de la comunidad en el caso de PS de Paccha, pese a estas incomodidades, las usuarias tienen que adecuarse a dicha rutina de espera por necesidad. Por tanto, la infraestructura de los P.S, si bien es cierto, no limita el acceso de las usuarias a los establecimientos de salud, pero la falta de espacio y carencia de mobiliarios (bancas o sillas) les genera cierta incomodidad.

*Nuestro centro de salud era peor, reducido y de adobe en la parte alta de la zona, debido a la falla geológica que existe en la zona, la comunidad nos reubico juntamente con defensa civil en la parte baja, el local como vez es de material noble pero igual el área es pequeña, lo único que nos queda es habilitar el patio para la espera de los pacientes. Personal del puesto de salud Arizona.*

*Nuestro establecimiento, habrá sido construido en su momento en los años 60 para atender un aproximado de 500 habitantes, ahora la población de Paccha ha crecido, principalmente con la política de repoblamiento desde los años 90 en*

*adelante, actualmente Paccha tiene aproximadamente 3 mil habitantes como vera este establecimiento de salud ya no es adecuado, además no está en un lugar adecuado esta al costado de la iglesia.*

*...En caso de las usuarias de Juntos tienen que esperar en la plaza no más pues, si es que hay calor o lluvia la comunidad facilita su local... Alcalde del Centro poblado de Paccha*

Los Centros de Salud de Putacca y Vinchos cuentan con infraestructura de acuerdo a las exigencias del MINSA, sin embargo, al igual que en los P.S existe la carencia de mobiliarios, que no favorecen a la comodidad de los pacientes. Por otro lado, el espacio de espera en ambos Centros de Salud tiene capacidad solo para 15 a 25 personas, por lo que se considera que estos espacios son reducidos si consideramos la cantidad de usuarias adscritos al Programa Juntos a nivel del distrito.

*Entrevista a Margarita Petrerá; economista y doctora en Salud Pública por parte de Cecilia Niezen, Periodista interesada en temas económicos, sociales y ambientales.*

*En la práctica, ¿cuánta gente no tiene acceso a salud en el país?*

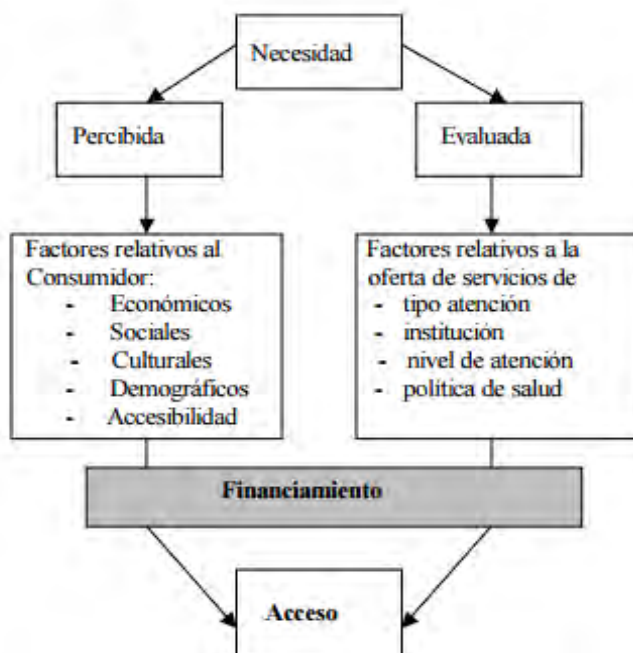
*En teoría, todos los peruanos deberían tenerlo, pues existe el derecho universal a la salud, así como la ley de emergencias. Sin embargo, en la práctica, los que están lejos de las ciudades y en poblaciones dispersas carecen de acceso, muy de vez en cuando les llegan brigadas sanitarias. Muchas de estas personas en condición de pobreza y extrema pobreza, pese a tener seguro SIS, no pueden pagar los costos de transporte y a veces de estadía en ciudades o distritos para atenderse. Existen también personas que, por razones culturales, de desconfianza o malas experiencias, prefieren abstenerse de efectuar una consulta. Otros, al tener enfermedades complejas, enfrentan una oferta sanitaria más restringida que no puede darles solución, pues no tienen el dinero para adquirir los medicamentos o servicios que el seguro no les cubre, o simplemente el establecimiento no cuenta con el recurso humano especializado o con el equipo adecuado. En diferentes casos, no todos los asegurados pueden acceder a su derecho a la atención de su salud. Según la Enaho, entre los años 2004 y 2012 ha aumentado el número de afiliados al SIS de 4,1 a 9,7 millones de personas, lo cual expresa un importante paso en el logro del derecho de atención. No obstante, este incremento ha sido de tal magnitud que la oferta sanitaria no puede cubrirla. En la práctica, si bien ha aumentado el número de*

afiliados que logran acceder a la atención que ofrece el SIS, en términos de porcentajes, este disminuyó del 56% al 37%. Por otro lado, se incrementó el porcentaje de quienes recurren a farmacias o boticas como instancia de consulta. (lamula.pe 03.Agosto.2015)<sup>74</sup>

La equidad, vista desde la perspectiva del acceso a los servicios de salud, muestra que la reforma en salud está muy limitada a las características estructurales de la población. La población que más accede a los servicios de salud en el Perú es aquella que tiene mayores ingresos y la que en su mayoría no accede es aquella que tiene menores ingresos (Cesar Sanabria Montañez 2000:125)<sup>75</sup>

Figura N° 4

**Factores que condicionan el acceso a los servicios de salud en una interacción consumidor – proveedores de servicios de salud**



Fuente: Cesar Sanabria Montañez

En conclusión dentro de la premisa planteada, en el objetivo 1; si la infraestructura era un factor relevante en el cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias, de lo expuesto aquí, se llega a la

<sup>74</sup> Margarita Petrer, publicado por Cecilia Niezen: Consulta 20 de enero del 2016 <https://patiorojo.lamula.pe/2015/08/06/la-principal-limitacion-del-sector-salud-no-es-de-infraestructura-es-de-recursos-humanos-califica-dos-zeuzis/>.

<sup>75</sup> Cesar Sanabria Montañez, UNSM: Revista de la facultad de ciencias económicas, año V, N° 16). Inequidad en la Política de Salud en el Perú. Consulta 20 de enero del 2016. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2223.PDF>

conclusión sobre la hipótesis de trabajo: que la infraestructura y los ambiente que poseen los establecimientos de salud del distrito de Vinchos no limita el cumplimiento de las corresponsabilidades, pero los espacios reducidos de los ambientes de espera y la carencia de mobiliarios principalmente de los puestos de salud, causa incomodidad en las usuarias del Programa Juntos.

## **b. Equipos e insumos médicos**

Los establecimientos de salud del distrito de Vinchos, en cuanto a la oferta de los equipos médicos para la atención a madres gestantes y niños menores de 05 años, cuentan con ellos, a excepción de los equipos de cirugía menor, nebulizador, balón de oxígeno y en el módulo de atención a madres gestantes existe la necesidad de mejorar el aparato ultra sonógrafo (ecografía), esto en el caso del C.S de Vinchos, el del CS de Putacca no cuentan con dicho aparato, siendo referidos los paciente al CS Vinchos; los equipos constatados mayormente están en condición de bueno.

Por otra parte, en la mayoría de establecimientos de salud hay escasas de suplementos vitamínicos como el sulfato ferroso para las madres embarazadas y los niños, sin embargo, cuentan con la mayoría de los insumos requeridos para la atención en CRED y asistencia a las madres gestantes. Pero esto no significa que los establecimientos incumplan con las atenciones a las usuarias y que ello incida en las suspensiones; de alguna forma, estos establecimientos procuran dar solución a los pacientes.

Cabe precisar que, el sulfato de hierro proporciona el hierro que necesita el cuerpo para producir glóbulos rojos, se usa para tratar o prevenir la anemia por falta de hierro, una condición que ocurre cuando el cuerpo tiene una baja excesiva en el número de glóbulos rojos provocado por un embarazo, un régimen alimenticio deficiente, hemorragia severa, u otros problemas médicos (Olivares, 2010)<sup>76</sup>. En tanto la vitamina A; disminuye las complicaciones de enfermedades tales como la malaria, el sarampión y la diarrea en niños con

---

<sup>76</sup> Olger Olivares Segura: Medicamentación Farmacológica Contra la Anemia Falciforme, Consulta 14 de diciembre del 2015  
Publicado en <http://anemiafalciforme32010.blogspot.pe/2010/12/medicamentacion-farmacologica-contra-la.html>.

deficiencia de vitamina A. de igual forma reduce los problemas durante el embarazo y después de dar a luz en las mujeres desnutridas (malnutridas) que por lo general adolecen las madres en zonas rurales.

Del mismo modo, la ecografía permite ver el bebé, su desarrollo y crecimiento, en distintos momentos y estadios del embarazo. La detección del embarazo temprana, con una ecografía temprana, permite, por ejemplo, detectar trastornos genéticos. Por eso es importante que la embarazada tenga por lo menos tres estudios ecográficos.

La frecuencia con que la embarazada debe acudir al ginecólogo aumenta conforme avanza su estado. Hasta la semana 28, una visita mensual basta. Desde entonces, se hace necesario acudir cada dos semanas. A partir de la semana 36, se recomienda una visita semanal. Las ecografías, análisis y demás pruebas sirven al médico para controlar el desarrollo del feto y la posición de la placenta<sup>77</sup>.

Por tanto, se recomienda que cada uno de los trimestres del embarazo la embarazada debería tener un estudio ecográfico. Esto no es caprichoso, sino que en distintos estadios de su embarazo se pueden llegar a detectar alteraciones, que tal vez en el primer estadio no logren verlas y que en el segundo estadio se pueden ver, y lo que no se puede ver en el primero y en el segundo, se puede ver en el tercero. Si fuera así, se deriva a la mamá a un centro de atención de alta complejidad para que ese bebé nazca en un lugar adecuado para que pueda ser solucionado el problema. De allí, la necesidad de mejorar el aparato de ultra sonógrafo (ecografía), esto en el caso del centro de salud de Vinchos, que es el establecimiento que posee este aparato.

Todo lo vertido en el presente análisis relacionado a la oferta de salud, contrasta con el Informe Defensorial N° 161 y control preventivo realizado por la Contraloría General de la República en 1,544 centros y postas de salud del país en el año 2013.

---

<sup>77</sup> Consulta 14 de diciembre del 2015; Publicado en: [www.elbebe.com/embarazo/frecuencia-de-visitas-al-ginecologo](http://www.elbebe.com/embarazo/frecuencia-de-visitas-al-ginecologo).



*De acuerdo a la Defensoría del Pueblo, en el Perú, un importante porcentaje de la población carece de la cobertura de algún tipo de seguro de salud. Por ello, proporcionar un acceso pleno y de calidad a los servicios de salud constituye uno de los principales desafíos de la administración estatal.*

*El ejercicio del derecho a la salud se ha visto limitado por varias razones: un número aún insuficiente de establecimientos y servicios públicos de salud accesibles y de calidad, la necesidad de contar con un mayor abastecimiento de medicamentos e insumos, especialmente en las zonas rurales y de menores recursos, así como lugares en los que éstos son tan necesarios como contar con personal respetuoso de los usuarios y la cultura de las personas. (Defensoría del pueblo 2013)<sup>78</sup>.*

El Operativo Control Salud 2016 realizado a escala nacional, entre el 4 y 8 de julio de este año, en la que se constató diversas deficiencias en estos establecimientos que se constituyen en el primer nivel de atención médica, “puerta de entrada” de la población al sistema de salud (Andina, 2016)<sup>79</sup>.

*El control preventivo realizado por la Contraloría en 1,544 centros y postas de salud del país, tuvo como objetivo verificar la calidad del servicio médico en los siguientes aspectos: Prestación de servicios de salud, abastecimientos de medicamentos e insumos y material médico, equipamiento médico e infraestructura.*

*En los 1,544 centros y postas de salud se observó lo siguiente: El 48% de los centros y postas de salud carecen del personal de salud mínimo.*

*El 47% no cuenta con medicamentos esenciales y el 85% no cumple con funciones obstétricas neonatales (atenciones de partos).*

*El 79% carece de equipamiento mínimo. El 44% no tiene servicios básicos de energía eléctrica, agua y/o desagüe.*

*Con respecto al abastecimiento de insumos, la Contraloría observó que en más de 700 centros y postas de salud hay el riesgo de que los pacientes no reciban tratamiento adecuado por la carencia de medicamentos e insumos prioritarios, principalmente en los establecimientos de las categorías I-1, I-2 e I-3.*

---

<sup>78</sup> Informe Defensorial N° 161: Camino al Aseguramiento Universal en Salud: Resultados de la supervisión nacional a hospitales: 24-06-2013.

<sup>79</sup> Andina: Alertan de riesgos en centros y postas de salud por falta de médicos. Consulta 13 de diciembre 2016. En: <http://www.andina.com.pe/Agencia/noticia-alertan-riesgos-centros-y-postas-salud-falta-medicos-633030.aspx>.

*No se encontraron medicamentos básicos como Amoxicilina, Atropina, Dexametasona, Dicloxacilina, Ibuprofeno, Paracetamol, Ranitidina, Cloruro de sodio, entre otros, que deberían tener en stock de acuerdo a normas vigentes.*

*En más de 400 locales, de todas las categorías, tampoco cuentan con medicamento e insumos para atender funciones obstétricas neonatales primarias (partos) lo que genera el riesgo de incremento de mortabilidad materna y neonatal.*

*A este panorama se suma que hay riesgos de un potencial desabastecimiento de medicamentos por substock en más de 700 locales, mientras que en más de 800 hay sobrestock al haberse adquirido medicinas en demasía lo que podría generar el riesgo de vencimiento y un posible perjuicio económico derivado de esa situación.*

Dentro de la premisa planteada, en el objetivo 01: Del análisis se ha llegado al siguiente resultado; En los establecimientos de salud del distrito de Vinchos, la existencia de dificultades con algunos equipos antiguos o la escasez de insumos no repercute en las suspensiones ni en el cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias del Programa Juntos, pero si repercute, en el tratamiento y asistencia adecuado a los pacientes gestantes y niños menores de 03 años, puesto que, estos inconvenientes les ha ocasionado gastos a algunas usuarias ya que ellas, deben acudir a otros establecimientos, boticas o farmacias particulares del distrito o a la ciudad de huamanga por referencias del personal de los establecimientos de salud.

### **c. Personal en los establecimientos de salud**

En cuanto a las características de la disponibilidad de profesionales en los establecimientos de salud del distrito, se ha constatado que existe una marcada diferencia en cuanto al número de personal con que cuentan, siendo los centros de salud de Vinchos y Putacca los que tienen mayor dotación de personal, entre 19 y 11 profesionales respectivamente; mientras los Puestos de salud de Paccha y Arizona por la tipología de establecimiento que pertenece, solo tienen entre 06 a 07 profesionales.

Por otra parte, se ha constatado que los profesionales de salud asignados en los establecimientos de salud del distrito de Vinchos, laboran en promedio 06 horas durante el día, siendo su rendimiento promedio de atención hora/paciente en las consultas del módulo control CRED; 05 pacientes al día,

del cual se ha deducido que la atención efectiva promedio es de 3.45 consultas por día.

De acuerdo a la información recopilada en los establecimientos de salud, en los centros de salud de Vinchos y Putacca existen brechas en cuanto al número de personal requerido para la atención en CRED. La creciente cobertura generada por el Programa Juntos, así lo requiere. Sin embargo, el personal de salud realiza esfuerzo para cumplir con su labor, aunque este esfuerzo le genere sobrecarga en el trabajo, principalmente en periodos donde se presenta mayor presencia de usuarias, hecho que genera malestar debido a las largas horas de espera.

*“... deben designar más profesionales de salud en los establecimientos, porque dos personas no podemos cubrir ni dar una atención de calidad requerida a los usuarios, a veces la gente nos critican por hacer esperar, es que los profesionales de salud durante el año atendemos a más de mil pacientes y no solo atendemos como los docentes a 15 o 20 personas durante el año, pese a esa cantidad ellos se dificultan en poder formar a esos niños. Menos podremos nosotros que somos dos o tres profesionales ante más de mil personas, es complicado...” Enfermera de C.S. Putacca*

*Esta dificultad fue corroborada también por el estudio de NIH Public Access, que en su publicación; Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo: “muestra las difíciles condiciones de trabajo de los trabajadores de salud de las zonas rurales, así como su aspiración de trabajar en las ciudades. También constata que no existe una estrategia sistemática de incentivos de atracción y retención para trabajadores en zonas rurales y distantes, ni para mejorar sus condiciones laborales”<sup>80</sup>.*

Dentro de la premisa planteada, en el objetivo 1: Si el número de personal en los establecimientos de salud y el rendimiento de ellos en la atención de consultas en el módulo CRED tiene alguna incidencia favorable o desfavorable en el cumplimiento de las corresponsabilidades, se concluye: que en los establecimientos del distrito, existen brechas en relación con el número de

---

<sup>80</sup> Huicho L y otros, 2012: Incentives to attract and retain the health workforce in rural areas of Peru: a qualitative study. Consulta 5 de mayo del 2016. Publicado en [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074081/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074081/).

personal para la atención en el módulo CRED, frente a ello, el personal de salud redobla esfuerzos para lograr el rendimiento óptimo para atender a las usuarias del programa; por lo que, esta condición no es un factor de incidencia en las suspensiones y tampoco restringen el cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias del Programa Juntos., pero si genera sobrecarga laboral al personal de salud y demoras en la atención, hecho que genera molestia debido a las largas horas de espera.

#### **4.2 Lineamiento de investigación N° 02:**

##### **Factores endógenos y exógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos.**

La Directiva del Proceso de Corresponsabilidades en los Servicios de Salud-Nutrición y Educación del Programa Juntos establece los subproceso, procedimientos y actividades que se requieren para efectuar la adecuada verificación del cumplimiento de corresponsabilidades de los hogares usuarios del programa; y así mismo así establece las responsabilidades tanto de los actores internos y externos relacionados con el proceso de verificaciones de corresponsabilidades en los establecimientos de salud.

El Gestor Local (GeL) del Programa Juntos, es el responsable de la gestión territorial en el ámbito de su intervención de las actividades del proceso de corresponsabilidad en los servicios de salud-nutrición, en la cual las actividades que deberá realizar durante los procesos de corresponsabilidad es la distribución de los formatos de salud-nutrición (SAL-002 y SAL-003), seguimiento a los talleres educativos que promuevan las corresponsabilidades, coordinación de los resultados en cada cierre de verificación de las corresponsabilidades con los representantes de los EE.SS y registro en el SITC-JUNTOS de la verificación de las corresponsabilidades de los hogares.

Asimismo, se ha constatado la existencia de escaso compromiso por parte del personal de los establecimientos de salud referidos al llenado oportuno y correcto de los formatos de Juntos (SAL-002 y SAL-003) por lo que los

gestores locales<sup>81</sup> se han visto en la necesidad y obligación de asignar tiempo para la comprobación y recojo de información con los riesgos que ello supone de generar información confiable en términos de accesibilidad y calidad de los datos. Así, un aspecto clave para la certificación del acceso a los servicios de salud es la calidad de la información y la confiabilidad de las fuentes. Por lo que, se requiere mayor compromiso y responsabilidad por parte del profesional de los establecimientos de salud a fin de proporcionar información veraz a partir de las historias clínicas, y no de otro tipo de registros que conlleve a cometer errores u omisiones al gestor del programa.

El nivel de cumplimiento de las corresponsabilidades en salud de las usuarias del distrito de Vinchos alcanza al 41.9% de la población muestral, está claro que estas muestras representativas corresponden a madres usuarias que cuentan con hijos menores de seis años que acceden a los servicios de salud de acuerdo a lo señalado en los protocolos de atención primaria del MINSA como:

- ✓ 0 a 11 meses: control mensual
- ✓ 12 a 23 meses: control bimestral
- ✓ 24 a 36 meses: control trimestral

En el caso de las madres usuarias del Programa Juntos, 75 usuarias de la muestra es decir 58.1% fueron suspendidas temporalmente por un periodo de dos meses por incumplir las corresponsabilidades en salud. Estas suspensiones que se vienen produciendo en el distrito de Vinchos se deben a dos aspectos que fueron identificados: primero, por incumplir las corresponsabilidades y segundo, por errores en el registro de información, tanto por parte del personal de los establecimientos de salud y por los gestores locales del Programa Juntos.

**Cuadro 24: Suspensiones de usuarias en el Programa Juntos**

¿Usted alguna vez fue suspendida en el Programa Juntos?					
Total		No		Si	
Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
129	100.0	54	41.9	75	58.1

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

<sup>81</sup>De acuerdo a la alternativa 2 las actividades de los procesos de ejecución y verificación de las corresponsabilidades recae a cuenta del Equipo Regional: Jeje de la Unidad Territorial, Coordinador Técnico Territorial, Coordinador Técnico Zonal y Gestor Local.

#### **4.2.1 Factores endógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa Juntos.**

##### **a. Suspensiones por Errores en el Registro de Información**

Un grupo de 45 usuarias, es decir, el 60% de usuarias, manifestaron haber sido suspendidos por causas ajenos al cumplimiento de corresponsabilidades en salud, según indicaron fueron suspendidos por errores atribuidos tanto al personal de los establecimientos de salud y los gestores locales del Programa Juntos.

De acuerdo a la información recopilada estas dificultades en el registro de información estarían vinculadas a aspectos tecnológicos y a la sobrecarga laboral de los gestores locales, quienes tienen que cumplir labores como: seguimiento de verificaciones de cumplimiento de corresponsabilidades, talleres de validación, actualización del padrón de usuarios, entre otros.

Otro de los aspectos que se ha constatado y viene generando malestar a las usuarias del Programa Juntos, es haber sido suspendidos indebidamente pese haber realizado sus controles en los establecimientos de salud, estos casos se han generado principalmente porque, el personal de salud al momento de registrar las atenciones o consultas no utilizan las historias clínicas fichas familiares, solo registra las atenciones en las tarjetas CRED y en cuadernos auxiliares que dispone el establecimiento de salud.

Estas omisiones a los protocolos de llenado o registro de fichas se estaría generando por la sobrecarga laboral en las atenciones clínicas del personal de salud, debido a que, los establecimientos de salud manejan una variedad de formatos de recojo de información de pacientes, más los formatos proporcionados por los programas sociales como; Juntos, Qali Warma, y otros, hace que el personal de salud requiera más dedicación y tiempo en el registro de datos, por lo que, ante la exigencia periódica y la premura del tiempo se dificultan, esta dificultad, hace que en ocasiones evadan los protocolos de llenado, ocasionando sesgos en la información requerida.

Si bien es cierto, existe desconocimiento en la población usuaria sobre este aspecto, tanto el personal de salud y del Programa Juntos, están en la obligación de orientarles a fin de que el mismo usuario constate y exija el correcto llenado de sus fichas y sus datos, de igual forma los responsables del llenado de las informaciones de atenciones primarias, los cuales deben ser más rigurosos en el registro de las atenciones en las historias clínicas de las usuarias, siendo estos documentos de validez legal, que sirve como fuente de información al Programa Juntos para efectos de realizar el seguimiento y verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades.

**Cuadro 25: Suspensiones de las Usuarias del Programa Juntos**

¿Por qué motivos fue suspendida?	¿Usted alguna vez fue suspendida del Programa Juntos?			
	Total		Si	
	Recuento	%	Recuento	%
<b>Total</b>	<b>75.00</b>	<b>1.00</b>	<b>75.00</b>	<b>1.00</b>
Incumplir las corresponsabilidades del Programa Juntos	30.00	0.40	30.00	0.40
Por errores en el registro y procesamiento de información en el Programa Juntos y los EE.SS.	45.00	0.60	45.00	0.60

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014

#### **b. Dificultades en la Verificación de Corresponsabilidades**

En los subprocesos de verificación del cumplimiento de corresponsabilidades (VCC) se efectúa la revisión y seguimiento de los registros de la información sobre el cumplimiento de corresponsabilidades reportada por los representantes de los EE.SS a los Gestores Locales (GeL).

Los procesos de verificación del cumplimiento de corresponsabilidades son programados por la unidad de verificación de cumplimiento de corresponsabilidades (UVCC), tanto el cronograma y el plazo de ejecución. De acuerdo a las entrevistas realizadas a los Gestores Locales y a la Coordinadora Técnico Territorial, manifestaron tener dificultades durante el proceso de verificación de corresponsabilidades, debido al

acceso a la información en los establecimientos de salud, como; la desactualización de información en las historias clínicas y/o fichas familiares de atención a usuarias del Programa Juntos y la migración de usuarias a otros establecimientos de salud que generan errores en el registro de la información, esto principalmente por cambio de lugar de acceso a los servicios de salud.

Estas limitaciones mencionadas dificultan a los Gestores Locales (GeL) del Programa Juntos del distrito de Vinchos, a realizar adecuadamente las verificaciones del cumplimiento de corresponsabilidades y el registro en los formatos de seguimiento de corresponsabilidades SAL-002 y SAL- 003.

*“...Existen casos en que cuando los gestores locales visitan los establecimientos de salud para efectos de realizar la verificación de las corresponsabilidades, estas se encuentran cerradas por motivos de capacitación...”*

*“...Otro caso que dificulta el seguimiento de las corresponsabilidades son las migraciones de las usuarias o de sus hijos de un establecimiento a otro establecimiento de salud...”*

*“... Este hecho se debe, a que algunas usuarias optan por migrar del campo a la ciudad o de una comunidad a otra comunidad, por lo que, se ven obligados a cambiar de lugar de atención o acceso al establecimiento de salud, por lo que, la falta de actualización oportuna en los establecimientos de salud, dificultan la verificación...”*

*“... el personal del establecimiento registra las atenciones en cuadernos de registro diario, tarjetas de control CRED...”*

*(Entrevista a Aquiles Carbajal Conde, Gestor Local del Programa Juntos en el distrito de Vinchos. 12 de junio 2013)*

Los Gestores Locales (GeL), señalaron que durante el proceso de registro de información en los formatos SAL-002 y SAL 003, el tiempo empleado promedio es de 3 horas a mas, dependiendo de la disponibilidad de información, para ello consultan y revisan diferentes registros y fuentes de información de los establecimientos de salud, tales como registro de crecimiento y desarrollo - CRED, registro del programa de atención



integral-PAI, cuaderno de control de peso y talla de niñas y niños, historia clínica familiar, tarjeta de control de la gestante, historia clínica de la gestante, cuaderno de citas, cuaderno de registro diario de atenciones médicas y cuaderno de control Juntos.

El Programa Juntos cuenta con 09 gestores asignados al distrito de Vinchos (05 varones y 04 mujeres), que cumplen las funciones de afiliaciones, asambleas comunales de validación, verificación de cumplimiento de corresponsabilidades mantenimiento del padrón de usuarios, acompañamiento a las transferencias de incentivos monetarios (TIM) y otras asignadas por el jefe de la unidad territorial.

Mediante la entrevista realizada a los gestores locales, se ha recabado información sobre las dificultades de accesibilidad a la información de historias clínicas debido a que en algunas ocasiones durante las visitas del gestor estas se encuentran cerradas, la falta de registro de información en las historias clínicas, migración de las usuarias a otras comunidades que dificulta al gestor local localizar a la usuaria, y el tiempo de traslado que ocasiona a los gestores locales desde la oficina distrital hacia los EE.SS, estas dificultades ocasionan el sobre dimensionamiento de datos a favor o en contra de las usuarias.

De igual forma, se ha constatado la existencia de dificultades en el acompañamiento y verificación de corresponsabilidades por parte de los gestores locales, esto debido a la dispersión poblacional los gestores del Programa, se dificultan en movilizarse o trasladarse, por otra parte, las usuarias hacen caso omiso a las citas programadas de verificación, donde al realizar las visitas domiciliarias no son ubicados en sus hogares, hecho que genera retraso o sobreestimación en la información por parte del gestor local.

En cuanto al traslado, la preocupación recae más en los gestores locales mujeres quienes para trasladarse a los establecimientos de salud lo hacen caminando salvo excepción que pueda encontrar movilidad, que generalmente en áreas rurales es escaso, esto hace que en algunos casos

no recaben la información en los plazos preestablecidos generando retrasos en el registro de información en el sistema intranet.

**c. Errores en el Sistema del Programa Juntos (omisiones en el registro de información del gestor Juntos)**

A partir de la muestra de usuarias seleccionadas del Programa Juntos del distrito de Vinchos, se ha podido constatar que, en el proceso de verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades en salud, el 53.3% de usuarias cumplieron con las corresponsabilidades; sin embargo, fueron suspendidas por errores de procesamiento en el sistema intranet, sumándose a esto los errores en los procesos de actualización y captura de información; es decir, se generaron errores durante el mantenimiento del padrón de hogares, esto, si bien es cierto se presentan principalmente debido a que los gestores locales con frecuencia vienen registrando información, llegando hasta el punto en que el sistema colapsa “se cuelga”, esta situación hace que el sistema intranet de Juntos no capture las informaciones ingresadas por el gestor local.

Cabe precisar, que el gestor informático a la fecha del corte, genera un nuevo padrón de hogares para el siguiente proceso de verificación de cumplimiento de corresponsabilidades, siendo enviado para la impresión de los formatos SAL 002 y SAL 003, esta información es contrastada por los gestores locales durante los procesos de verificación de corresponsabilidades, sin embargo debido a los errores de procesamiento en el sistema intranet las informaciones no fueron capturados por el sistema, generando un listado de padrón de hogares “desactualizados”, estos errores generan como consecuencia suspensiones indebidas ocasionando malestar entre las usuarias suspendidas injustamente

*A la pregunta ¿Por qué fue suspendida? “... la promotora me ha dicho que la “computadora” me ha suspendido, pero los papeles de mis hijos entregamos puntualmente...” (Usuaría del Programa Juntos: Andrea Medina González-Comunidad de Arizona) Entrevista a usuaria suspendida por errores del sistema.*

El 26.7% de usuarias entrevistadas manifestaron que no reportaron información pendientes de actualización referidos de los establecimiento de salud donde se atienden, DNI del titular, DNI de los miembros objetivos, partida de nacimiento y fecha de nacimiento los cuales son denominados como alertas, y que no fueron entregados oportunamente al Gestor Local (GeL) para su correspondiente actualización; es decir, el sistema intranet genera o reporta periódicamente sobre los datos pendientes de actualización de actualización de las usuarias, siendo este filtro requisito para su permanencia como usuaria en el programa. De no subsanarse estas alertas, las familias usuarias son suspendidas automáticamente por el sistema.

Finalmente, el 20% de usuarias fueron suspendidas por falta de información en sus historias clínicas o fichas familiares debido a la omisiones en el recojo de información de atenciones o consultas a usuarias por el personal de los establecimientos de salud (EE. SS).

Estos casos se presentaron debido a que el personal de los establecimientos de salud, en sus labores cumplen con múltiples funciones propias de su labor como es el caso de admisión, triaje, consultas y expendio de medicinas y el llenado de fichas de atención no solo de las usuarias del Programa Juntos sino también de la población en general (población no Juntos),

Cabe mencionar que, ocurre casos donde el personal de los establecimientos de salud cometen omisiones de información de consultas y atenciones en salud, puesto que existen usuarias que no cumplen los criterios de selección y permanencia en el Programa Juntos; es decir, hacen una especie de filtro, debido a que conocen la condición socio económica de la población usuaria.

Por otra parte, el personal de los establecimientos de salud para cumplir con el programa y salir de apuros solo registra los datos de las atenciones en las tarjetas CRED de las usuarias y en cuadernos auxiliares, dejando pendiente el registro en las respectivas historias clínicas o fichas familiares.

Así mismo cabe mencionar que los registros de las consultas en algunos casos lo realizan a petición del gestor local, y en ocasiones solo les entregan los cuadernos auxiliares de registro de atención para el acopio de información del gestor local. Siendo esta modalidad de acopio de información susceptibles a generar datos errados en los procesos verificación de corresponsabilidades por parte de los gestores locales.

**Cuadro 26: Suspensiones por errores en el registro de información en el Programa Juntos.**

¿Qué tipo de errores (dificultades) internos o externos al programa, motivaron las suspensiones?	¿Alguna vez fue suspendida por errores del Programa Juntos?			
	Total		Si	
	Recuento	%	Recuento	%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
Por dificultades en la actualización de información del gestor Juntos	24	53	24	53
No reportó información oportunamente la usuaria al Gestor de Juntos	12	27	12	27
Por dificultades en el registro de Información en los EESS	9	20	9	20

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

En cuanto se refiere a las motivaciones por errores en el registro de información en el Programa Juntos, el 53.3% de las usuarias, manifestaron que fueron suspendidas por descuido en la actualización de datos por el Gestor Local de Juntos, el 26.7% de usuarias indicaron que fueron suspendidas por no haber reportado las informaciones pendientes “alertas o brechas” a los gestores locales y el 20% de usuarias manifestaron haber sido suspendidas por errores en el registro de información por el personal de los establecimientos de salud.

En estos tres casos típicos de suspensiones, el 84% del total de usuarias manifestaron que estos errores ocurren con poca frecuencia y principalmente por falta de una adecuada orientación, debido a que, estas usuarias por su bajo nivel de educación, entienden poco o nada sobre dichas alertas.

Finalmente, el 13.3% de usuarias manifestaron haber sido suspendidas por descuido en la actualización de información por parte del Gestor Local de Juntos, el 2.2% manifestaron que fueron suspendidos por descuido en el

registro de información por el personal de salud en las historias clínicas o fichas familiares, pese a que las usuarias acuden a las atenciones o consultas, la misma según lo señalaron ocurre con frecuencia; es decir, para el 16% de usuarias las suspensiones por errores ocurren con mayor frecuencia.

**Cuadro 27: Frecuencia de ocurrencia de errores en el registro de información**

¿Qué tipo de dificultades, motivaron las suspensiones?	¿Según Ud. con que frecuencia ocurren los errores en el registro de información?					
	Total		Con poca frecuencia		Con mucha frecuencia	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>84</b>	<b>7.00</b>	<b>16</b>
Por dificultades del gestor de Juntos en la actualización de información	24	53	18	40	6.00	13
No reportó información oportunamente la usuaria al Gestor de Juntos	12	27	12	27	0.00	0.0
Por dificultades en el registro de Información por el personal de los EESS	9	20	8	17	2.20	3.0

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

#### d. Omisión de Información del Gestor Juntos

El ingreso de la información al SIT-Juntos es mensual y está a cargo del Gestor Local (GeL), bajo la coordinación del gestor de información. Sin embargo la UGOCES-EECC<sup>82</sup>, obtiene la consolidación y cierre de la información bimestralmente, una vez ejecutado el cierre del subproceso de registro de información de las corresponsabilidades, el SIT-JUNTOS no permitirá el acceso para un nuevo registro de corresponsabilidades<sup>83</sup>.

**Cuadro 28: Motivo de Suspensiones de las Usuarias del Programa Juntos**

¿Por qué motivos fue suspendida?	¿Usted alguna vez fue suspendida del Programa Juntos?			
	Total		Si	
	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
Incumplir las corresponsabilidades del Programa Juntos	30	40	30	40
Por errores en el registro información	45	60	45	60

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

<sup>82</sup> JUNTOS: Unidad de Gerencia de Operaciones de Corresponsabilidades y Evaluaciones.

<sup>83</sup> JUNTOS: Manual del proceso de seguimiento de verificación de corresponsabilidades.

Entrevista a Gestor Local del Programa Juntos del distrito de Vinchos

*“... Cada quincena de cada bimestre realizan el corte y las informaciones de alertas o brechas que se ingresan el sistema y llega un momento en que se satura y hay casos en que no se verifica y cuando se hace el seguimiento te das con la sorpresa que no han sido grabados...”* Gestor: Aquiles Carbajal Conde,

**e. Personal con que dispone el Programa Juntos en el Distrito de Vinchos.**

El Programa Juntos para sus efectos de cumplir con los procesos operativos de implementación y ejecución cuenta con nueve gestores locales (cinco varones y 4 mujeres) cuyas funciones que están relacionados al recojo de información del trabajo de campo son: a) realizar la digitación e ingreso de información en el sistema intranet de los diferentes procesos operativos programados, los mismos que dependen de un coordinador técnico zonal, entre las funciones se detallan. a) estructurar la documentación de los usuarios y entregar al coordinador técnico zonal los legajos de los hogares afiliados según directiva vigente, b) realizar el mantenimiento de padrón de hogares en forma permanente, c) coordinar, gestionar conjuntamente con el técnico zonal, las autoridades locales y comunales, las estrategias de inscripción o actualización de documentos de los usuarios del programa DNI, partida de nacimiento, etc. Y brindar atención a los usuarios a través de los formatos únicos de atención. Así mismo realizar el seguimiento de las consultas en la plataforma de atención al usuario, así como otras actividades de seguimiento a los usuarios derivadas de las operaciones del programa.

La permanencia de los gestores locales en el distrito es de 192 horas al mes, de los cuales las horas efectivas laboradas en campo es de 20 días, y tienen para desplazarse a la oficina de la unidad territorial Ayacucho, a fin de cumplir actividades administrativas

Sin embargo, de acuerdo a las apreciaciones de las usuarias y actores locales se constató que la permanencia de los gestores locales no se cumple con lo establecido en la directiva de permanencia emitida por la unidad de recursos humanos. Este hecho origina malestar a las usuarias

del programa, quienes se trasladan a la oficina distrital, a fin de presentar documentos pendientes, realizar quejas y reclamos referidos a suspensiones, desconociéndose la permanencia real en el distrito.

Por otro lado, al buscar información mediante entrevistas a las usuarias, sobre la permanencia del gestor local en el distrito, estas se limitaron a responder por temor a represalias, dicha actitud de las usuarias fue corroborado por el actor local (gobernación). Así mismo de acuerdo a la versión de los actores también se desconoce cual el tiempo de permanencia del coordinador técnico zonal (CTZ).

#### **4.2.1.1 Análisis de los factores endógenos en el cumplimiento de las corresponsabilidades.**

Se ha constatado que, al interior del Programa Juntos, existen debilidades en los sistemas de información y registro de datos que omite considerablemente la certificación fidedigna y oportuna de la asistencia y uso de servicios de salud de las usuarias, los mismos que generan suspensiones indebidas en las usuarias del Programa Juntos.

El 53.3% de usuarias que habiendo cumplido las corresponsabilidades en salud, fueron suspendidas por errores de procesamiento de información en el sistema intranet durante los procesos de mantenimiento del padrón - la información generalmente se actualiza para incluir a un nuevo miembro del hogar, cambiar el ubigeo<sup>84</sup> del establecimiento de salud de un usuario y cambiar la dirección del hogar- estos procesos originaron que el padrón de hogares estén desactualizados a la fecha del corte generando información errada, por lo que, el gestor local implícitamente valida bajo el supuesto que el padrón está actualizado, ésta información “aparentemente correcta” es utilizada como insumo para la impresión de los formatos - SAL-002 y SAL-003 - para el siguiente proceso de verificación de corresponsabilidades.

Por tanto, este error generado involuntariamente en el padrón de hogares, ocasiona suspensiones injustas debido a que los nombres de

---

<sup>84</sup> Ubigeo: son las siglas oficiales para Código de Ubicación Geográfica, que usa el INEI para codificar las circunscripciones territoriales del Perú (INEI 2007)

algunas usuarias no figuran en los formatos de verificación de corresponsabilidades, dando a entender que estas usuarias supuestamente permanecen en condiciones de pasivos pese a que participan activamente en sus controles CRED.

Aparte de las dificultades en la recopilación de información referido al registro de atenciones de usuarias en los establecimiento de salud, debido a la falta de información en las historias clínicas, también se constató que los gestores locales tienen dificultades en ubicar a las usuarias migrantes (registro de ubigeo en otro establecimiento de salud), sobre el cual el gestor local realiza la verificación de corresponsabilidades, generando su propia información a partir de datos de los registros auxiliares de los establecimientos de salud y/o referencias disponibles.

El hecho, que el mismo programa, a través de los gestores locales, se encargue de la certificación de las corresponsabilidades en los establecimientos de salud, le otorga cierta discrecionalidad y por tanto reduce la transparencia del proceso de certificación o validación de datos, y en algunos casos sobredimensiona la información, sea a favor o en contra del cumplimiento de las corresponsabilidades las usuarias.

*No existe a la fecha algún mecanismo de mejora de cruce de información entre el SIS y el Programa Juntos, que permitan hacer el adecuado seguimiento y actualizar en tiempo real estos cambios generados de un establecimiento a otro, ya que la información que se reporta de Juntos al SIS o viceversa siempre ha tenido retraso....*

*...Con decirte, un retraso de cruce de información solo en un día, o incluso horas, puede generar perjuicios a las usuarias y eso nos ha traído ya inconvenientes.*

*¿Por qué no se actualiza en tiempo real, que se requiere para hacerlo?*

*...Bueno, sería por falta de equipos o mejora de los mecanismos de actualización y seguimiento de datos... para eso pienso que se requeriría mejorar o utilizar instrumentos sofisticados de manejo de datos...*



*...Otro sería que el programa Juntos en las capacitaciones a usuarias advierta sobre las implicancias que pueda generar estos cambios de ubigeo si es que, ellos mismos, las usuarias no se preocupan en asegurarse que su cambio está correctamente tramitado y eso debe hacer con antelación a su centro de atención de salud y de ser posible poner en conocimiento al gestor local y de forma reiterativo que su lugar de atención ha sido cambiado. (Personal de Salud Putacca).*

Es importante destacar que gran parte de la información que requiere el SIS de los ámbitos de intervención se encuentra disponible en la base de datos del Programa Juntos, En tal sentido se recomienda, mejorar los mecanismos y coordinaciones sobre la actualización de datos en tiempo real entre el SIS y el Programa Juntos. De igual forma se debe advertir a las usuarias que corren riesgo de ser suspendidos, al hacer el cambio de lugar de atención, si es que no hacen el aviso y seguimiento oportuno ante el SIS y el Programa Juntos de sus trámites, hasta estar seguros de la confirmación del cambio.

*“...Existen casos en que cuando los gestores locales visitan los establecimientos de salud para efectos de realizar la verificación de corresponsabilidades, estas se encuentran cerradas por motivos de capacitación u otros motivos...”*

*“...Otro caso que dificulta el seguimiento de las corresponsabilidades son las migraciones de las usuarias o sus hijos de un establecimiento a otro establecimiento de salud...”*

*“... Este hecho se debe, a que algunas usuarias optan por migrar del campo a la ciudad o de una comunidad a otra comunidad, por lo que, se ven obligados a cambiar de lugar de atención o acceso al establecimiento de salud, por lo que, la falta de actualización oportuna en los establecimientos de salud, dificultan la verificación...”*

*“... el personal del establecimiento registra las atenciones en cuadernos de registro diario, tarjetas de control CRED, lo que no debe ser así, de acuerdo a los protocolos de recojo de información establecidos del programa...”(Entrevista a Aquiles Carbajal Conde, Gestor Local del Programa Juntos en el distrito de Vinchos. 12 de junio 2013)*

Otro factor, que incide sobre la correcta actualización y sistematización de datos, es la falta de conocimiento de las mejoras de las Tecnologías de Información (TI), debido a que no se cuenta con personal con conocimiento avanzado o especializado en el manejo de TI; otro es la antigüedad de los equipos informáticos y la falta de personal que apoye en las labores de monitoreo y control de calidad de los datos procesados, sumando a estos aspectos la saturación del sistema intranet del Programa Juntos especialmente los fines de cada mes, siendo las últimas semanas en la cual los Gestores Locales realizan la actualización del padrón de usuarias no solo la Unidad Territorial de Ayacucho sino a nivel nacional.

*...En los procesos de sistematización de datos las carencias que nos dificultan son múltiples, contamos con personal que conoce mucho el manejo de sistemas ya que los gestores con que cuenta el Programa Juntos son profesionales multidisciplinarios; están profesores, sociólogos ingenieros, técnicos de salud técnicos agropecuarios etc., quienes pese a las capacitaciones siempre tienen dificultades en el manejo del intranet...*

*... No tenemos equipos renovados, hemos sugerido eso a la unidad territorial, los equipos antiguos son lentos, peor es cuando se ingresa la información por ejemplo en las últimas semanas ya se cuelgan, para paliar eso tenemos que trabajar incluso toda la noche...*

*También hace falta personal para el apoyo en la supervisión y control de calidad de datos que se procesan ya que actualmente no se filtran los datos...*

*...En las reuniones de coordinación a nivel del programa, nos dicen que el próximo año se va establecer más control en el procesamiento de datos con ello se buscara minimizar los problemas relacionados a los errores va pasar por tres filtros; el primero será el técnico de campo (gestor local), el segundo lo hará la unidad de informática y el tercero pasara por las manos del coordinador técnico territorial, esto quiere decir que el trabajo va ser más exigido...  
(Entrevista a coordinador técnico territorial)*

Por otra parte, se constató retrasos, aunque esporádicos en la remisión de información a la unidad de informática del Programa Juntos por parte de algunos gestores locales, esto debido a que se recaba la información

fuera de los plazos preestablecidos del cronograma de trabajo por el Programa Juntos. Dentro de esta realidad se identificó dos hechos que origina este problema:

1. En cuanto al traslado de los gestores locales, la preocupación recae más en gestores mujeres quienes para movilizarse hacia los establecimientos de salud, tienen que hacerlo trasladándose a pie o en ocasiones en transporte interurbano, el cual genera el retraso o demora de acopio de información.
2. En cuanto a la permanencia del gestor local, se constató que no hay un control efectivo en cuanto al número de días de permanencia en el distrito, este hecho hace que algunos gestores locales realicen el trabajo de verificación de corresponsabilidades tardíamente, el cual genera el retraso de acopio de información.

Estos hechos fueron corroborados por las autoridades comunales, quienes han evidenciado que algunos gestores recaban información fuera del plazo establecido por el programa y lo hacen por cumplir. En ocasiones acuden a la ayuda del personal de los establecimientos de salud y a dirigentes comunales del Programa Juntos, donde con el actuar inconsciente de estos agentes, recaban información a última hora con el riesgo de sesgar o sobredimensionar la información requerida.

*¿Cómo es el trabajo de los gestores en tu comunidad?*

*Creo que vienen dos a tres veces a la semana, pero a veces convocan a reuniones y no vienen, luego a última hora para sus informes preocupado buscan a los usuarios o a los personales de salud hay veces que se cruzan, llegan cuando la posta está cerrada, como soy autoridad me piden ayuda para convocar o me dejan encargos... -les apoyo no más pues- como mi comunidad es lejano quien les controla pues. (Autoridad de Paccha)*

Dentro de la premisa planteada, en el lineamiento de investigación 2: Si los factores endógenos tienen incidencia favorable o desfavorable sobre la suspensión a usuarias o el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud. Del análisis se ha llegado a los siguientes resultados:

- ✓ Existen debilidades en la sistematización y registro de datos en el sistema intranet del Programa Juntos, hecho que induce a errores involuntarios que generan suspensiones indebidas a las usuarias, los factores principales identificados que conllevan a errores en el registro de información son:
  - a) La falta de conocimiento y aplicación de las mejoras de la tecnología de información.
  - b) No se cuenta con personal con conocimientos especializado en el manejo de la TI.
  - c) La falta de control de calidad de los datos procesados.
  - d) La antigüedad de los equipos informáticos, la ausencia de software avanzado que dificulta realizar filtros complejos
  
- ✓ Existen dificultades en la recopilación de información en los establecimientos de salud, en el estudio se ha evidenciado que no hay un adecuado filtro de información entre el Programa Juntos y el sistema integral de salud (SIS), los responsables del manejo del SIS, no aplican la tecnología de la informática en la consolidación de los datos, limitándose solo a reportar el registro de usuarios SIS, hecho que no permite detectar en tiempo real el ubigeo de las usuaria y su población objetivo; el cual ocasiona dificultades y trabajo adicional a los gestores locales, quienes por cumplir su trabajo, en ocasiones generan su propia información con datos de ubigeo errados o en base a la información anterior, hecho que origina la impresión de padrones con usuarias que son omitidos por cambio de ubigeo, derivándose de ello las suspensiones involuntaria en perjuicio de las usuarias.
  
- ✓ El retraso de información es uno de los factores que incide en las suspensiones a usuarias, el cual es generado por falta de control en la permanencia y seguimiento a las labores de los gestores locales y por la dificultad en el traslado de los gestores locales, principalmente en las mujeres; donde por la premura del tiempo y por cumplir generan información sesgada que sobredimensiona la información requerida en perjuicio de las usuarias.

## **4.2.2 Factores Exógenos Asociados al Cumplimiento de las Corresponsabilidades**

### **a. Omisión de Información del Personal de Salud**

Se ha evidenciado, que el 73% de usuarias, fueron suspendidos por omisiones atribuidos tanto al personal del Programa Juntos y al personal de los establecimientos de salud. Tal es así, para el 20% de las usuarias las suspensiones se generaron por omisiones en el registro de información en los establecimientos de salud, y esto ocurre debido a que en los establecimientos de salud manejan una variedad de formatos de recojo de información de pacientes, por otra parte, el uso de formatos proporcionados por los programas sociales como; Juntos, Qali Warma, y otros, hace que el personal de los establecimientos se saturan con las atenciones clínicas, ocasionándose así una sobre carga laboral, y por la premura del tiempo registran la información en las tarjeta de control CRED que poseen las usuarias o en un cuaderno auxiliar, no siendo registrados directamente en los formatos de historias clínicas o fichas familiares de las usuarias del Programa Juntos.

Por otra parte, en los establecimientos de salud se ha constatado efectuar trabajos que no corresponden a los gestores del Programa Juntos, quienes debido a la necesidad de contar con información, realizan el llenado de fichas en los establecimientos de salud, a fin de cumplir con los reportes de datos dentro del periodo de tiempo previsto, el cual a la hora de consolidar la información genera sesgos sobre la veracidad de la información, ya que para el recojo de datos no se ha tenido en cuenta los protocolos o guías de uso de formatos que solo el personal de salud conoce, por tanto, los gestores locales caen en omisiones o errores en el registro de datos, causando así suspensiones a las usuarias del Programa Juntos.

Cabe precisar, que las historias clínicas son documentos fuente del Programa Juntos, los cuales sirven para efectos de poder realizar la verificación de corresponsabilidad en los establecimientos de salud.

Por otra parte, en el distrito de Vinchos existe una cantidad considerable de beneficiarios suscritos en los programas sociales como: Juntos, Qali Warma y otros, los cuales articulan directamente con el sector salud y utilizan información proporcionada por estos establecimientos, y debido a la demanda de información los trabajadores de los establecimientos de salud realizan un enorme sacrificio para cumplir con las exigencias de estos programas sociales, aparte de atender a pacientes en su labor cotidiano.

**Cuadro 29: Suspensiones por errores en el registro de información en los EE.SS.**

¿Qué tipo de errores (dificultades) internos o externos al programa, motivaron las suspensiones?	¿Usted alguna vez fue suspendida del Programa Juntos?			
	Total		Si	
	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
Por dificultades del gestor de Juntos en la actualización de información	24	53	24	53
No reporto la usuaria información oportunamente al Gestor de Juntos	12	27	12	27
Por dificultades en el registro de Información por el personal de los EESS	9	20	9	20

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

*“...No es que justifique al personal de los establecimientos de salud, pero a veces, como tiene bastante concurrencia de usuarias simplemente registran en su tarjeta CRED pero no lo registran en sus historias clínicas entonces cuando nosotras vamos hacer el registro no está la información, entonces eso ya es un error del establecimiento de salud...”.*  
(Coordinadora: Marisol Marquina Chuchón- 15 de junio 2013).

El 20% de las suspensiones se generan por omisiones en el registro de información en los establecimientos de salud, debido a que existe sobre carga en la atención clínica tanto a las usuarias Juntos y otros programas sociales. Cabe precisar que en el distrito de Vinchos existe una cantidad considerable de usuarias adscritos al programa Juntos, esta situación genera que el personal de salud solo registre la atención en su tarjeta CRED pero no así en sus historias clínicas, por la sobre carga laboral, generando omisiones en el reporte de información al programa juntos.

En general, en el Programa Juntos existen inadecuados mecanismos de verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades por parte de los Gestores Locales, debido a la inadecuada verificación y recojo de informaciones existentes en las historias clínicas o fichas familiares y más aún, cuando esta función lo realizan los propios gestores locales, que en cierto forma, le quita la transparencia en cuanto se refiere a la veracidad de la información y por ende la calidad de esta *ya que actúan como juez y parte*<sup>85</sup>.

Según el MEF, se sobreestima el grado de cumplimiento de los hogares usuarios sujetos a la condicionalidad y, en consecuencia, transfiere el incentivo monetario a un significativo número de familias que no debería recibirlo<sup>86</sup>.

Es así que, el Programa Juntos presenta serias deficiencias en los procesos de verificación y recopilación de información referidos al cumplimiento de las corresponsabilidades, hecho que ha generado malestar y perjuicio al 53% de usuarias suspendidas.

Actualmente, los gestores locales (GeL) del Programa Juntos participan directamente en el recojo y registro de información usando los formatos de verificación de cumplimiento de corresponsabilidades en salud (SAL- 002 y SAL-003). Al verificar en campo, se constató que este recojo y registro de información se realiza de acuerdo al criterio del gestor local (GeL) cuando esta solo debería ser registrada de acuerdo a la información existente en las historias clínicas, el cual se debe principalmente a la inexistencia de información de la asistencia a los controles CRED o consultas médicas de las usuarias, las que deberían figurar en las respectivas historias clínicas y no así en los cuadernos que utilizan como registro de controles de atención o en las tarjetas CRED de las usuarias.

---

<sup>85</sup> MEF 2010; Dirección Nacional de Presupuesto Público- Unidad de Evaluaciones-PpR: informe de Recomendaciones del Presupuesto Evaluado

<sup>86</sup> *ibíd.*

## b. Dificultades en el Acceso de las Usuaris

Uno de los factores identificados que dificulta el acceso a los establecimientos de salud, corresponde a las características geográficas del distrito que se traduce en limitaciones de accesibilidad para la usuaria. Las poblaciones en las regiones alto andinas presenta un alto grado de dispersión geográfica, especialmente el distrito de Vinchos, aspectos que pueden ser considerados como “barreras geográficas” que dificulta principalmente el problema de acceso a los establecimientos de salud, debido a la escasez de medios de transporte y alta dispersión de la población usuaria.

La accesibilidad a los servicios de salud, sea por la distancia física a ellos y por el gasto que implica para poder movilizarse y poder atenderse, es una realidad generada por la fuerte dispersión poblacional que caracteriza al distrito de Vinchos, y afecta a 55% de usuarias.

El 29.3% de usuarias manifestaron que les lleva de 5 a 29 minutos y el 19.6% manifestaron que les lleva trasladarse de 30 minutos a más trasladarse desde sus domicilios de las usuarias hasta el Centro de Salud de Vinchos, el segundo grupo representativo es del 11.8% de usuarias emplean de 30 minutos a más para trasladarse desde sus domicilios hasta el Puesto de Salud de Ñaupallaqta y el tercer grupo representativos es de 7.9% de usuarias que emplean de 30 minutos a más en trasladarse desde su domicilio hasta el Centro de Salud de Putacca.

**Cuadro 30: Tiempo en minutos que demoran las usuarias del Programa Juntos en trasladarse desde su domicilio al EE.SS**

¿A qué Establecimiento de Salud acude?	Traslado desde el Domicilio al EE.SS					
	Total		de 5 a 29 minutos		De 30 minutos a mas	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total</b>	<b>51.00</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>45</b>	<b>28</b>	<b>55</b>
Puesto de Salud Qoñani	1.00	2.0	1	2.0	0	0.0
Centro de Salud de Vinchos	25.00	49.0	15	29.3	10	19.6
Puesto de Salud Ñaupallaqta	7.00	13.7	1	2.0	6	11.8
Puesto de Salud Millpo	3.00	5.9	3	5.9	0	0.0
Puesto de Salud Arizona	2.00	3.9	1	2.0	1	2.0



¿A qué Establecimiento de Salud acude?	Traslado desde el Domicilio al EESS					
	Total		de 5 a 29 minutos		De 30 minutos a mas	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Puesto de Salud Allpachaca(Por accesibilidad)	0.00	0.0	0	0.0	0	0.0
Puesto de Salud Rumihuasi	0.00	0.0	0	0.0	0	0.0
Puesto de Salud San Juan de Culluhuanca	1.00	2.0	0	0.0	1	2.0
Centro de Salud Putacca	4.00	7.8	0	0.0	4	7.9
Puesto de Salud Paccha	4.00	7.8	1	2.0	3	5.9
Puesto de Salud de Occoyo	1.00	2.0	0	0.0	1	2.0
Puesto de Salud Rosaspata	3.00	5.9	1	2.0	2	3.9
Puesto de Salud Cachi	0.00	0.0	0	0.0	0	0.0
Puesto de Salud Molinos	0.00	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

En cuanto se refiere al traslado de las usuarias desde su domicilio al establecimiento de salud, el 20.5% de usuarias manifestaron que, para llegar al Centro de Salud de Vinchos, emplean de 1 a 2 horas; el 12.8% de usuarias que se atiende en el Centro de Salud de Putacca emplean de 1 a 2 horas hasta llegar el referido establecimiento de salud y, el 10.3% de usuarias manifestaron que para llegar al Puesto de Salud de Paccha empelan de 2 horas a más.

**Cuadro 31: Tiempo en horas, que demoran las usuarias del Programa Juntos en trasladarse desde su domicilio al EE.SS**

¿A qué Establecimiento de Salud acude?	Traslado desde el Domicilio al EE.SS					
	Total		1 a 2 horas		2 a más horas	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>73</b>	<b>21</b>	<b>27</b>
Puesto de Salud Qoñani	8	10	4	5.0	4	5.0
Centro de Salud de Vinchos	19	24	16	21	3	4.0
Puesto de Salud Ñaupallaqta (Por accesibilidad)	7	9.0	7	9.0	0	0.0
Puesto de Salud Millpo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Puesto de Salud Arizona	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Puesto de Salud Allpachaca(Por accesibilidad)	5	6.0	3	4.0	2	3.0

¿A qué Establecimiento de Salud acude?	Traslado desde el Domicilio al EE.SS					
	Total		1 a 2 horas		2 a más horas	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Puesto de Salud Rumihuasi (Por accesibilidad)	1	1.0	1	1.0	0	0.0
Puesto de Salud San Juan de Culluhuanca	2	3.0	2	3.0	0	0.0
Centro de Salud Putacca	10	13	10	13	0	0.0
Puesto de Salud Paccha	11	14	3	4.0	8	10
Puesto de Salud de Occoyo	3	4.0	2	3.0	1	1.0
Puesto de Salud Rosaspata	7	9.0	5	6.0	2	3.0
Puesto de Salud Cachi (Por accesibilidad)	1	1.0	0	0.0	1	1.0
Puesto de Salud Molinos (Por accesibilidad)	4	5.0	4	5.0	0	0.0

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

Finalmente, se ha encontrado usuarias que hacen uso de los servicios de salud por accesibilidad, es decir, acceden a los servicios de salud en los establecimientos que se encuentran en los distritos vecinos, que por accesibilidad geográfica concurren a estos establecimientos. Siendo estos establecimientos; el PS Ñaupallaccta (Socos), PS Allpachaca (Chiara), PS Rumihuasi (Chuschi), PS Cachi (paras) y PS Molinos (SJ de Ticllas).

Los usuarios que se atienden en los establecimientos de salud por la modalidad de accesibilidad geográfica representan al 23% de la muestra. Estos usuarios de igual forma tienen dificultades en el traslado, la mayoría de ellos emplean de una hora hasta más de dos horas.

### c. Maltratos a Usuarias del Programa Juntos en el Establecimiento de Salud

En los establecimientos de salud del ámbito de intervención del Programa Juntos se puede apreciar un alto porcentaje de usuarias (93.8%), quienes manifestaron sentirse satisfechos con la atención del personal de los establecimientos de salud y, solo el 6.2% de usuarias manifestaron que fueron maltratados alguna vez por el personal de los

EE.SS, por razones de pobreza, condiciones de higiene y por conflictos internos con los personales de los establecimientos de salud.

**Cuadro 32: Número de Usuarías Maltratadas en los EE.SS**

¿En algunas visitas al EESS, Ud. se ha sentido maltratado por el personal de salud?					
Total		No		Si	
Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
129	100.0	121	93.8	8	6.2

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

En cuanto se refiere a las motivaciones de los maltratos en los establecimientos de salud, el grupo de usuarias maltratadas manifestaron haber sufrido algún tipo de maltrato, tal es así, el 12.5% manifestaron haber sido maltratados por su condición de pobreza, el 12.5% por su condición de higiene y 62,5% de las usuarias manifestaron que fueron maltratados por motivos personales con el personal de salud.

**Cuadro 33: Razones de maltratados en los EE.SS**

¿Cuál cree Ud. la razón de los maltratos en los EESS?	Alguna vez fue maltratado en los EE.SS					
	Total		Alguna vez		Siempre	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>88</b>	<b>1</b>	<b>13</b>
Ser pobre	1	13	1	13	0	0.0
Condiciones de higiene	1	13	1	13	0	0.0
Otros (conflictos internos entre usuarias)	6	74	5	62	1	13

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

El número de maltratados parece no ser tan representativo como para incidir en las suspensiones, ya que del total de usuarias solo ocho manifestaron haber sido maltratados y la mayoría solo alguna vez o raras veces.

#### **d. Uso de medicina tradicional**

Un aspecto íntimamente ligado a la vivencia de las familias del distrito de Vinchos, es la cosmovisión andina vinculada al uso o práctica de la

medicina tradicional, de acuerdo a la información recopilada se ha podido constatar que el 54.3% de las usuarias consideran como una alternativa para su salud el uso o práctica de la medicina tradicional, frente al 45.7% que no lo considera, con respecto a este grupo de usuarias presumimos que las respuestas no fueron sinceras debido al temor de ser suspendidas por prácticas ajenas a la salud convencional, de ahí que en las respuestas se tomó en cuenta con cierto recelo.

Otra característica respecto al uso de la medicina tradicional de las familias del distrito de Vinchos está relacionado con el grado de instrucción alcanzado por las usuarias. De los resultados del estudio se evidencia que la mayoría de las usuarias solo han alcanzado el nivel de escolaridad primaria tanto los que consideran y los que no consideran como alternativa el uso de la medicina tradicional.

**Cuadro 34: Uso de la medicina tradicional de acuerdo al grado de instrucción de las madres**

¿Cuál es su grado de instrucción?	¿Ud. considera como una alternativa para su salud la medicina tradicional (parteras y curanderos)?					
	Total		No considera		Si considera	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Total	129	100	59	46	70	54
Sin estudios	25	19	10	8.0	15	12
Primaria incompleta	55	43	25	19	30	23
Primaria completa	27	21	14	11	13	10
Secundaria incompleta	18	14	8	6.0	10	8.0
Secundaria	4	3.0	2	2.0	2	2.0

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

Está claro que la tendencia de las usuarias de considerar como alternativa al uso de la medicina tradicional está arraigado a la cosmovisión andina, que en ellas ha prevalecido de generación en generación, tal es así, que la mayoría de las usuarias manifestaron haber acudido a los curanderos o parteras por costumbre, creencia o necesidad.

**Cuadro 35: Motivaciones de acceso a la medicina tradicional**

¿Por qué acude?	¿Ud. acudió a una partera o curandero para ver su embarazo o salud de su hijo?					
	Total		Siempre acude		Algunas vez acudió	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Total	70	100	38	54	32	46
Por costumbre/creencia	52	74	35	92	17	53
Atiende mejor que en el EE.SS	4	6.0	0	0.0	4	13
Soluciono los males de su embarazo y/o de su hijo	7	10	2	5.0	5	16
Está más cerca que a los establecimientos de salud	1	1.0	1	3.0	0	0.0
Por recomendación	6	9.0	0	0.0	6	19

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

*Extracto de entrevista a una usuaria que siempre acude a un curandero*

*¿Por qué acude al curandero para ver su embarazo o salud de su hijo? ... siempre hemos creído desde mis abuelos en los curanderos, antiguamente cuando no había posta o cuando no había con que trasladarse mi madre y mi abuela dice que han tenido parto en sus casas con la ayuda de una partera o comadrona, parada abrasando una piedra grande o apoyándose en una sogá colgada en la viga del techo*

*... creo en los curanderos porque sanan bien a mis hijos, a veces en la posta hacen confundir “pantachin” una vez a mi hijo me lo han dicho que tenía estreñimiento y después infección le dábamos remedios y no se sanaba; hasta que un día mi esposo me llevo donde su tía a la comunidad de Cusibamba, donde me dijo que tenía susto y le practico el “qayapaq” y en dos días empezó a sanarse mi hijo...*

*Madre: Reina Cuba Yupanqui, usuaria de la comunidad de Putacca.*

#### **e. Uso de idioma de las usuarias en los establecimientos de salud**

El idioma más predominante en la comunicación de las usuarias del Programa Juntos en los establecimientos de salud es el quechua, del total de usuarias encuestadas el 62.8% indicaron hacer uso el idioma

quechua para comunicarse con los profesionales de la salud y el 35.7% manifestaron hablar el quechua y el castellano al comunicarse.<sup>87</sup>

En relación a la existencia de dificultades o problemas de comunicación se ha constatado que no existen barreras comunicacionales de los usuarios con el personal de los establecimientos de salud, por tanto se descarta las limitaciones al acceso a los servicios de salud por razones de comunicación.

Cabe destacar el valioso esfuerzo que realizan los profesionales de la salud al adecuarse a la necesidad comunicacional de las usuarias, ello contribuye enormemente a la labor que realizan ya que genera confianza y la comprensión de las usuarias hacia ellos.

**Cuadro N° 36: Idioma con se comunican las usuarias en los establecimientos de salud**

¿A qué Establecimiento de Salud acude?	¿Cuál es el idioma con que se comunica con mayor frecuencia en los establecimientos de salud?							
	Total		Castellano		Quechua		Quechua-castellano	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	129	100	2	2.0	81	63	46	36
Puesto de Salud Qoñani	9	7	0	0	9	7	0	0
Centro de Salud de Vinchos	44	34	0	0	19	14.8	25	19.6
Puesto de Salud Ñaupallaqta (Por accesibilidad)	14	11	0	0	8	6.2	6	4.7
Puesto de Salud Millpo	3	2	0	0	3	2.3	0	0
Puesto de Salud Arizona	2	2	0	0	2	1.6	0	0
Puesto de Salud Allpachaca (Por accesibilidad)	5	4	0	0	4	3.1	1	0.8
Puesto de Salud Rumihuasi (Por accesibilidad)	1	1	0	0	1	0.8	0	0
Puesto de Salud San Juan de Cullhuanca	3	2	1	1	0	0	2	1.6
Puesto de Salud Putacca	14	11	0	0	11	8.6	3	2.3
Puesto de Salud Paccha	15	12	1	1	10	7.8	4	3.1

<sup>87</sup> Cuando en un territorio existen dos lenguas y una de ellas goza de mayor prestigio y desempeña un número mayor de funciones al interior de la sociedad, se habla de diglosia; Fishman- Journal of Multilingual and Muncultural Debelopment : 36 .

¿A qué Establecimiento de Salud acude?	¿Cuál es el idioma con que se comunica con mayor frecuencia en los establecimientos de salud?							
	Total		Castellano		Quechua		Quechua-castellano	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Puesto de Salud de Occoyo	4	3	0	0	3	2.3	1	0.8
Puesto de Salud Rosaspata	10	8	0	0	6	4.7	4	3.1
Puesto de Salud Cachi (Por accesibilidad)	1	1	0	0	1	0.8	0	0
Puesto de Salud Molinos (Por accesibilidad)	4	3	0	0	4	3.1	0	0

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

#### f. Suspensiones por Incumplir las corresponsabilidades del Programa Juntos

Por otro lado, en el estudio se encontró casos de suspensiones vinculados a factores no condicionados, el estudio se encontró que de las 75 usuarias suspendidas, 30 usuarias manifestaron que son cocientes de haber incurrido en falta ante los compromisos asumidos con el Programa Juntos en cuanto al cumplimiento de corresponsabilidades.

Para este grupo de usuarias, las causas que motivaron las suspensiones obedecen principalmente a dificultades atribuibles a sus obligaciones cotidianas que son entendibles y la otra es por la actitud o idiosincrasia adoptadas, quienes a pesar de participar en los talleres de capacitaciones y sensibilización hacen caso omiso al compromiso asumido con el Programa Juntos.

A este grupo de usuarias que manifestaron incumplir las corresponsabilidades se les pregunto cuáles eran esas motivaciones que prevalecen sobre la salud, tanto de ellas y de sus hijos, al respecto manifestaron los siguientes motivos: Labores agrícolas, dificultad en trasladarse de su domicilio al el EE.SS, por la demora en la atención en el EE.SS y otros (viajes, asuntos familiares, etc.).

**Cuadro N° 37: Motivos de suspensiones de las usuarias del Programa Juntos del Distrito de Vinchos**

¿Por qué incumple las condiciones del programa?	¿Por qué motivos fue suspendida?			
	Total		Incumplir las condiciones del programa	
	Absoluto	%	Absoluto	%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
Labores Agropecuarias	9	30	9	30
Dificultades en el traslado desde su domicilio al EE.SS	6	20	6	20
Por la demora en la atención en el EE.SS	7	23	7	23
Otros	8	27	8	27

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

#### g. Suspensiones por Labores Agropecuarias

El distrito de Vinchos, es una población netamente rural, su economía se basa en la agricultura y la ganadería, siendo su principal fuente de sustento e ingreso para su manutención familiar.

De la muestra seleccionada el 30% de usuarias indicaron haber sido suspendida por priorizar sus labores agrícolas y ganaderas, motivo por lo que las usuarias no acudieron a la atenciones o consultas de sus menores hijos, siendo esta una de las causas de mayor incidencia entre la población suspendida.

En el distrito de Vinchos es usual esta práctica, por lo que, algunos labores de campo recae en las madres y en sus menores hijos, que visto desde el enfoque de derechos, no suelen ser los más apropiados para realizar estas tareas.

#### h. Suspensiones por la demora en la atención en el EE.SS

Existen establecimientos de salud con mayor número de usuarios; es decir, los Centros de salud, en donde se puede evidenciar que existe mayor aglomeración de usuarias durante las atenciones principalmente en el control CRED, a donde acuden a realizar sus atenciones o consultas, quienes tienen que realizar trámites diversos para poder ser atendidos, estos trámites se refieren a que las usuarias tienen que



registrarse en admisión, triaje, consultorio y farmacia, entre otros, lo cual toma tiempo a los profesionales de los establecimientos realizar todos estos protocolos de atención, hecho que genera a las usuarias del Programa Juntos horas de espera en la atención y consulta, sin considerar el tiempo que le llevo trasladarse desde su domicilio hasta el EE.SS, cabe precisar que las usuarias que se trasladan de zonas distantes dejan sus casas abandonados durante ese día y, ante la demora optan por irse o no acudir al establecimiento de salud. Siendo estas causas que afecta al 23.3% de usuarias quienes fueron suspendidas por razones de demora en la atención o consulta.

#### **i. Suspensiones por otros motivos**

También se ha constatado la existencia de otros factores, por los que las usuarias fueron suspendidas, dentro de este grupo el 27% manifestaron que fueron suspendidos por motivos de migraciones laborales temporales o permanentes de los jefes de hogar.

En el campo, es usual percibir a los miembros del hogar compartir las labores de campo (agropecuarios), por ello, frente a la necesidad económica optan por irse a trabajar temporalmente fuera de su comunidad o del distrito llevándose consigo a sus hijos, más aun, cuando no hay con quien dejar el cuidado de sus hijos; por lo que, las migraciones por necesidad de trabajo hace que las familias no puedan cumplir los compromisos de corresponsabilidad asumidos ante el Programa Juntos.

#### **4.2.2.1 Análisis de los factores exógenos en el cumplimiento de las corresponsabilidades**

En el distrito de Vinchos la mayoría de usuarias del Programa Juntos han tenido acceso a la educación - primaria y secundaria - pero no llegaron a concluirlos, cuya representación alcanza al 80.6% de la población usuaria; por lo que estas usuarias encuentran dificultades en la comprensión de términos y procedimientos de gestión de documentos

o formatos, el cual, están obligadas a realizar dentro de los procesos de validación de información.

Por estas limitaciones, fueron suspendidas el 26.7% de usuarias por no reportar información oportuna (DNI del titular y/o de miembro objetivo, partida de nacimiento, código de ubigeo del EE.SS), situación que genera la condición de usuarias pasivas con riesgo de ser suspendidas temporalmente o definitivamente.

Por otra parte, se ha evidenciado que el 40% de usuarias fueron suspendidas por incumplir las corresponsabilidades en el sector salud, ocasionado por labores culturales (agropecuarios). Estas suspensiones estarían vinculadas a la dependencia del ingreso monetario que básicamente provienen de la actividad agropecuaria que representa para el 58.1% de usuarias; a diferencia del 34.1% de usuarias, que considera como su principal ingreso los incentivos económicos del Programa Juntos.

De la comparación con otros programas, Juntos, tiene una condicionalidad fuerte, aunque no prevalece el esquema “una transferencia-una condición” de modo que cada prestación está asociada a una condicionalidad estándar, esta modalidad está fuertemente influenciado por el caso de Progresá en México, aunque allí si tiene esa condición de específica.

Asociado a una condicionalidad fuerte existe un argumento técnico, a partir del cual se entiende que la condicionalidad permite cambiar el comportamiento de los usuarios hacia una mayor inversión en capacidades humanas y, por tanto, ocupa un lugar central en la lógica de operación del programa. Dado este papel, existe también un conjunto de mecanismos específicos, diseñados para llevar a cabo el proceso de monitoreo de condicionalidades y la coordinación con los procedimientos de pago y sanciones. (Simone Cecchini, Aldo Madariaga 2011)<sup>88</sup>.

---

<sup>88</sup> Simone Cecchini, Aldo Madariaga - Publicación de las Naciones Unidas; PTC, Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. 2014; 89

Asimismo, existen programas que, si bien otorgan un papel importante a las condicionalidades, se encuentran en proceso de implementación de los mecanismos de monitoreo y sanciones correspondientes. Tal es el caso del Programa Asignación Familiar -PRAF de Honduras que, por un problema de capacidades institucionales, no había logrado instalar dichos mecanismos. A partir de 2007, sin embargo, como parte del Programa Integral de Protección Social (PIPS) y el préstamo del BID tendiente a homologar las estructuras operativas y programáticas del PRAF nacional y el PRAF financiado con recursos del Banco, se comenzó a incorporar gradualmente el monitoreo de condicionalidades y la aplicación de sanciones (Cecchini y otros, 2009). (ibíd.)

En ese sentido, ante las dificultades en el monitoreo de condicionalidades que enfrenta el Programa Juntos en las familias suspendidas por factores ajenos a su compromiso, se debe orientarse a una condicionalidad leve, tal como desarrollan los Programa Chile Solidario y Red Juntos de Colombia, en estos programas, “el argumento para utilizar condicionalidades es de carácter promocional; esto es, la corresponsabilidad permite que los usuarios del programa sean partícipes del proceso de mejoramiento de sus condiciones de vida(ídem: 90).

En este contexto, la flexibilidad en la definición de las condicionalidades está dada por la jerarquía que asignan las propias familias a sus necesidades y los contratos de cumplimiento de los mínimos, pero no por la definición de cuáles son las dimensiones a trabajar, que vienen predefinidas. La flexibilidad de este tipo de condicionalidades supone, además, la posibilidad de adaptación de la oferta de servicios y programas a las realidades particulares de estas familias. (ibíd.)

Por otra parte el 20% de usuarias fueron suspendidas por falta de información en sus historias clínicas referentes a registro de atenciones y consultas, debido a que el personal de atención CRED solo realiza los registros en cuadernos auxiliares del EE.SS y tarjetas CRED, sobre el cual el gestor local realiza la verificación de corresponsabilidades, con el riesgo de cometer sesgos en la transcripción de los datos.

En ese sentido, este grupo de usuarias fueron suspendidas por causas ajenas al cumplimiento de corresponsabilidades, frente a este hecho no existe compromiso alguno de las autoridades locales del distrito, que permita generar mecanismos de seguimiento y control en los establecimientos de salud, ya que esto se viene originando debido a que la DIRESA (personal de los establecimientos de salud) no cumple con el compromiso asumido ante el Programa Juntos (convenio de cooperación en el registro y llenado de información en los formatos de salud) en la verificación de corresponsabilidades.

*Con respecto a este punto, (Correa y Roopnaraine, 2013; 45) señalan que; uno de los aspectos que suele generar tensiones entre los gestores y los proveedores de servicios públicos es la división del trabajo en relación con el monitoreo de las condicionalidades. Los gestores manejan una lista de usuarios donde figuran las madres pero que no siempre contiene información detallada sobre los hijos, mientras que el personal de salud emplea las historias médicas de cada niño. Por otro lado, el personal de salud y educación no siempre colabora con el llenado de los formatos de asistencia, esperando que dicha tarea sea asumida por el gestor. Estas situaciones denotan la importancia de fortalecer las coordinaciones entre los sectores de salud y educación y el programa Juntos para optimizar su implementación.*

Otro aspecto que se constató, está referido a las dificultades de las usuarias del Programa Juntos en el traslado a los establecimientos de salud. Tal es así, el 26.9% de usuarias, por lo general emplean entre dos horas a más para acceder a los servicios de atención primaria en los EE.SS.

*¿De tu comunidad al Centro de Salud como te trasladas y en qué tiempo llegas?*

*...Yo soy de la Comunidad de Patahuasi, yo me atiendo en la posta de Paccha, a mi comunidad a veces entra carro, generalmente no hay, si hay carro vengo con carro, en dos horas llego con carro, pero eso es rara vez, siempre vengo caminando, saliendo a las 4 de la madrugada a las 8 de la mañana llego a la posta...*

*...es cansado pero que voy hacer pues, es que no quiero que me suspendan, con 200 soles me ayudo bastante comprando aceite, arroz, azúcar hasta*

*carne, antes no podía comprar, porque en la chacra solo se cosecha papa maíz haba trigo, eso no más pues se siembra. (Usuaría de la comunidad de Patahuasi-Paccha)*

Dentro de la premisa planteada, en el lineamiento de investigación 02: Si los factores exógenos tienen incidencia favorable o desfavorable sobre la suspensión a usuarias o el cumplimiento de las condicionalidades en salud. Del análisis sobre estudio se ha llegado a la siguiente conclusión:

- ✓ Las usuarias del Programa Juntos, encuentran dificultades en la comprensión de términos y procedimientos de gestión de documentos o formatos, el cual, están obligadas a realizar dentro de los procesos de validación de información, esto ocurre porque, la mayoría de ellas cuentan solo con estudios primarios, el bajo nivel de instrucción de usuarias, incide en los tramites que puedan realizar de forma correcta y oportuna en la validación de información para la adscripción al Programa Juntos. Por lo que, la omisión o retrasos en los trámites generados por el desconocimiento de las usuarias, repercute negativamente en el cumplimiento de las corresponsabilidades. A este aspecto, se suma la inoperancia del Programa Juntos, debido que, ha suspendido las actividades de transferencias de capacidades y sensibilización a las usuarias sobre los procesos operativos del Programa Juntos; es decir, el cumplimiento de las corresponsabilidades con orientación y asistencia de acompañamiento a familias.
- ✓ En el distrito de Vinchos, la mayoría de las usuarias del Programa Juntos, priorizan sus labores agropecuarias como parte de la subsistencia familiar, por lo que, algunas labores de campo recae en las madres y en sus menores hijos, que visto desde el enfoque de derechos, no suelen ser los más apropiados para realizar estas tareas. Este factor tiene mayor incidencia en las suspensiones, esto se debe a que la alimentación y el ingreso familiar depende básicamente de la agricultura y la ganadería, por lo que en las temporadas de siembra todos los integrantes de la familia participan obligados esta actividad.

En una situación de alta vulnerabilidad de las familias usuarias del Programa Juntos no se les puede exigir más de lo que puedan dar, pese a

que el Programa Juntos busca contribuir al “Derecho Familiar de Inclusión Social”, encuentra ciertas limitaciones casualmente en esa vulnerabilidad humana que es un factor de obstáculo en la consolidación de la restitución de derechos.

Asimismo, al otorgar un monto por cada usuaria, no se hace distinción alguna; sobre los integrantes en el grupo de familias usuarias o la actividad que desarrollan. Por lo que, cuanto más es el número de integrantes en el hogar, será menor la incidencia de la prestación vinculados al logro de los objetivos establecidos por el programa, ya que la preocupación de la familia no solo gira en torno a la salud sino también está por la educación alimentación, vestido y otros. Por tanto, visto desde el enfoque de restitución de derechos, las suspensiones a las usuarias afectan el derecho a la igualdad ante la ley.

Por otra parte, el suspender la entrega de incentivos monetarios a las usuarias por estas u otras motivaciones sería como excluir a los miembros de una sociedad al derecho a acceder a los servicios sociales, más aun cuando el Programa Juntos tiene como finalidad contribuir a que grupos vulnerables cuenten con protección social garantizada y prioritariamente en zonas rurales, por lo que, este problema no se resolverá, sólo a partir de la entrega de una ayuda económica, sino que, requerirá un conjunto de acciones articuladas para abordar este problema.

- ✓ La DIRESA, no cumple con el compromiso asumido ante el Programa Juntos (convenio de cooperación en el registro y llenado de información en los formatos de salud que el Programa Juntos utiliza) para la verificación de corresponsabilidades. Se ha evidenciado que el 20% de las usuarias fueron suspendidas por falta de información en sus historias clínicas (registro de atenciones y consultas), debido a que el personal de atención CRED solo realiza los registros en cuadernos auxiliares, frente a este hecho, es el propio gestor local quien consolida su información, con el consiguiente riesgo de ocasionar sesgos en la transcripción de los datos.
- ✓ Para un grupo de 26.9% de usuarias, existen dificultades en el traslado a los establecimientos de salud, pero se constató que esta dificultad, no tiene

incidencia relevante en el cumplimiento de las corresponsabilidades, debido a que las usuarias, hacen lo posible para cumplir con la corresponsabilidad, aunque tengan que caminar de dos horas a más desde su comunidad o vivienda al establecimiento de salud.

#### **4.3 Lineamiento de investigación N° 03:**

##### **Alcances de la articulación intersectorial, en el distrito de Vinchos.**

En el presente acápite; destacaremos, cuáles han sido los obstáculos políticos institucionales que no han podido ser superados para alcanzar los objetivos del Programa Juntos, vinculados al cumplimiento de corresponsabilidades en salud. En tanto el resultado de las prácticas de articulación concebidas por cada uno de los actores del distrito servirá de reflexión y análisis para concretar adecuadamente la participación en el control y vigilancia de los programas sociales el mismo que requieren de un compromiso de trabajo articulado, a fin de establecer mecanismos de control, seguimiento y evaluación en los procesos operativos del programa.

Dentro de esta perspectiva, si bien el Programa Juntos cuenta con convenios marco de cooperación a nivel multisectorial; con el Ministerio de Salud (MINSA), la Dirección Regional de Salud Ayacucho (DIRESA) y el Gobierno Regional de Ayacucho (GRA), SIS, la Iglesia, Comité local de supervisión y Transparencia, mesa de concertación, Gestores locales, estos convenios contribuyeron poco en la consecución de la articulación de los actores.

En los estudios realizados por el Banco Mundial mencionan que el Programa Juntos enfrenta diversos retos dentro de sus procesos operativos, en la cual hace referencia a los inadecuados mecanismos de verificación del cumplimiento de corresponsabilidades, la limitada capacidad de oferta en el sector salud y adicionalmente a retos vinculados a la articulación multisectorial<sup>89</sup> “capacidades técnicas y coordinación intersectorial”.

---

<sup>89</sup> Programa Juntos: Antecedentes, Avances y Resultados de Evaluación - Síntesis - Marzo 2009  
Este documento ha sido elaborado en el marco de la Asistencia Técnica del Banco Mundial al Programa Juntos.

Desde esta óptica el Programa Juntos dentro del proceso de reajuste de los procesos operativos tiene como objetivo plasmar una articulación apropiada y eficiente entre los componentes de la oferta en los servicios en salud y la demanda de las usuarias del programa y principalmente se ha propuesto revisar, replantear y tomar acciones relacionados a:

- ✓ Registro, procesamiento y uso de la información.
- ✓ Verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades.
- ✓ Capacidad de atención y gestión de la oferta de los servicios de salud.

La importancia de la reorientación en los procesos operativos del Programa Juntos, se enmarca dentro de la asistencia técnica del Banco Mundial realizada al Programa Juntos, siendo considerado en el ajuste los aspectos críticos y la revisión de uno de sus procesos que se enfoca en:

- ✓ Mejorar la articulación y coordinación con el sector salud para garantizar la prestación de los servicios de salud y la verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias.

#### **4.3.1 Conocimiento y participación de los actores locales en los procesos de articulación en el distrito de Vinchos**

En el distrito de Vinchos se ha identificado como actores locales a las siguientes entidades:

1. Programa juntos
2. La municipalidad distrital de Vinchos
3. La gobernación del distrito
4. Los responsables de los establecimientos de salud del distrito
5. Juez de paz del distrito
6. Organizaciones de base del distrito y dirigentes comunales
7. La iglesia del distrito
8. Organismos no gubernamentales, entre otros.



Al consolidar la información recopilada, se constató que solo tres actores locales del distrito tienen conocimiento sobre los procesos de articulación a nivel de instituciones o multisectorial, vinculados al problema de cumplimiento de corresponsabilidades en salud. Dentro de estos están la municipalidad distrital de Vinchos, los establecimientos de salud y el Programa Juntos como ente promotor; y cinco representantes de organizaciones locales del distrito señalaron desconocer la existencia de dicha articulación.

A nivel de participaciones y coordinaciones multisectoriales, solo las tres entidades antes señaladas participan en las reuniones de articulación que realiza el Programa Juntos, ya que tienen conocimiento a través de oficios o citaciones que cursa el programa y cinco representantes de organizaciones del distrito manifestaron de no participar en ninguna reunión de Juntos por desconocimiento y tampoco recibieron notificación alguna para dichas reuniones.

Si bien es cierto, que en el manual de operaciones del Programa Juntos señala que a nivel de las unidades territoriales del ámbito de su competencia el programa deberá implementar las acciones necesarias de articulación y coordinación con entidades de los niveles de gobierno regional y local, entidades privadas y la sociedad civil, al parecer esto no se cumple de forma adecuada y siendo esto un instrumento necesario se debe ampliar a otros actores, principalmente en el distrito de Vinchos, y así vigilar las acciones de los programas sociales y en particular del programa.

**Cuadro N° 38: Participaciones en reuniones de coordinación y articulación de actores**

		¿Tiene conocimiento de la existencia del Programa Juntos en el distrito?			
		Si tiene conocimiento		No tiene conocimiento	
		Recuento	%	Recuento	%
¿En el distrito existe una articulación entre los actores involucrados para ver el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud?	Si	3	37.5	0	0.0
	No	4	50.0	0	0.0
	Desconoce	1	12.5	0	0.0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
¿Participa usted, en las reuniones de coordinación que realiza el Programa Juntos?	Si	3	37.5	0	0.0
	No	5	62.5	0	0.0
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia 2014.

En cuanto al seguimiento de corresponsabilidades en salud, dos representantes manifestaron que acompañan en dicho proceso de seguimiento y seis representantes señalaron que no acompañan.

Entre los actores locales que participan en los procesos de seguimiento de las corresponsabilidades, encontramos al personal profesional de los establecimientos de salud, quienes manifestaron que por función acompañan al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud y a los representantes del mismo Programa juntos y siendo pasiva la participación de la municipalidad en dicho proceso.

**Cuadro N° 39: Grado de participación de los actores locales del distrito en el seguimiento de corresponsabilidades**

Participación de los actores locales en el seguimiento de las corresponsabilidades en salud		
	Frecuencia	% válido
Si	2	25
No	6	75
Total	8	100

Fuente: Encuesta a usuarias; Elaboración propia 2014.

De lo anterior podemos precisar que, la condicionalidad del incumplimiento de corresponsabilidades es desconocido por la mayoría de los actores locales del distrito, por tanto, aquí el problema identificado es la falta de coordinación e información, el cual debe originarse desde las familias, dirigentes y organizaciones del ámbito del distrito, por lo que, la alternativa de mejorar la articulación local, provendría del nivel local de gobierno, como ente promotor, de manera que, los actores locales del distrito asuman ese compromiso de involucrarse en el acompañamiento o vigilancia a las familias suspendidas del Programa Juntos.

Por lo expuesto, podemos indicar que la articulación horizontal en el nivel del gobierno local se debe implementar y fortalecer, ya que a nivel del distrito se ha evidenciado que existe un desconocimiento notorio de algunas autoridades y representantes comunales sobre los procesos de articulación que realiza el Programa Juntos, por lo que, la municipalidad distrital debe involucrarse en las acciones de coordinación y articulación, en vista que, es el ente más cercano a las organizaciones comunales y a la población.

Como evidencia de ello, se ha constatado que, a nivel del distrito no existe el compromiso referidos a la vigilancia o seguimiento a las usuarias suspendidas, debido a la falta de sensibilización y coordinación con estos actores locales por parte de las instituciones decisores responsables como; la municipalidad y el Programa Juntos, debido a que ellos, no implementan espacio de articulación en relación a este tema puntual de corresponsabilidades, hecho que se refleja, en el desconocimiento de las autoridades comunales como el juez de paz, la gobernación y otros representantes sobre el accionar de los programas sociales en el ámbito del distrito. Es decir, no tienen un enfoque de desarrollo humano claro a excepción de los establecimientos de salud, que por función están comprometidos con la vigilancia de la salud.

Según percepciones de funcionarios de la municipalidad de Vinchos, referidos a la articulación, indican que la falta de interés en la articulación a nivel local es porque, existe alta inestabilidad de los actores locales (relevo de autoridades o de funcionarios de instituciones), incluidos los gerentes de Desarrollo Social y a esto se suma la poca participación de algunas instituciones, lo que determina la falta de claridad sobre los objetivos y la normatividad de las estrategias del programa, también señalaron la ausencia o desconocimiento de registros sobre los procesos desarrollados. Por tanto, el hecho de que los representantes institucionales carezcan de capacidad de decisión es un aspecto que dificulta el trabajo de articulación.

Por otra parte, también está la carencia de una estrategia sólida de coordinación y difusión que consienta la transmisión y actualización permanente de información a los actores involucrados, referidos a la sensibilización de autoridades y la población sobre las suspensiones ocasionadas por el incumplimiento de las corresponsabilidades.

También a nivel local, la municipalidad carece de propuestas operativa claras para trabajos coordinados a nivel sectorial y comunal, descuidando así un espacio importante de articulación en el distrito. El fortalecimiento de las instancias de organización comunal como: el Comités de Desarrollo Comunal "CODECOS", juntas comunales y otras, podrían jugar un papel importante en el control y vigilancia de usuarias suspendidas del Programa

Juntos. El impulso a este trabajo depende del interés y la voluntad de la autoridad local y su equipo técnico, ya que el alcalde representa a los pobladores y está cercano a ello, por lo que esta iniciativa de cooperación en la articulación debe ser liderada por dicha autoridad.

#### **4.3.2 Cumplimiento del esquema de articulación**

El Programa Juntos, como ente que viene promoviendo las instancias de articulación a nivel regional y local; sin embargo, en la práctica estos mecanismos de articulación entre ambos sectores no se cumplen debido a que cada sector cuenta con sus propios planes estratégicos y, en cuanto se refiere al cumplimiento de convenio entre el MINSA y Programa Juntos en referencia al registro y verificación de las corresponsabilidades por parte de los responsables de los EE.SS no se cumplen, en este caso los procesos de verificación de las corresponsabilidades es realizada por los gestores locales del Programa Juntos.

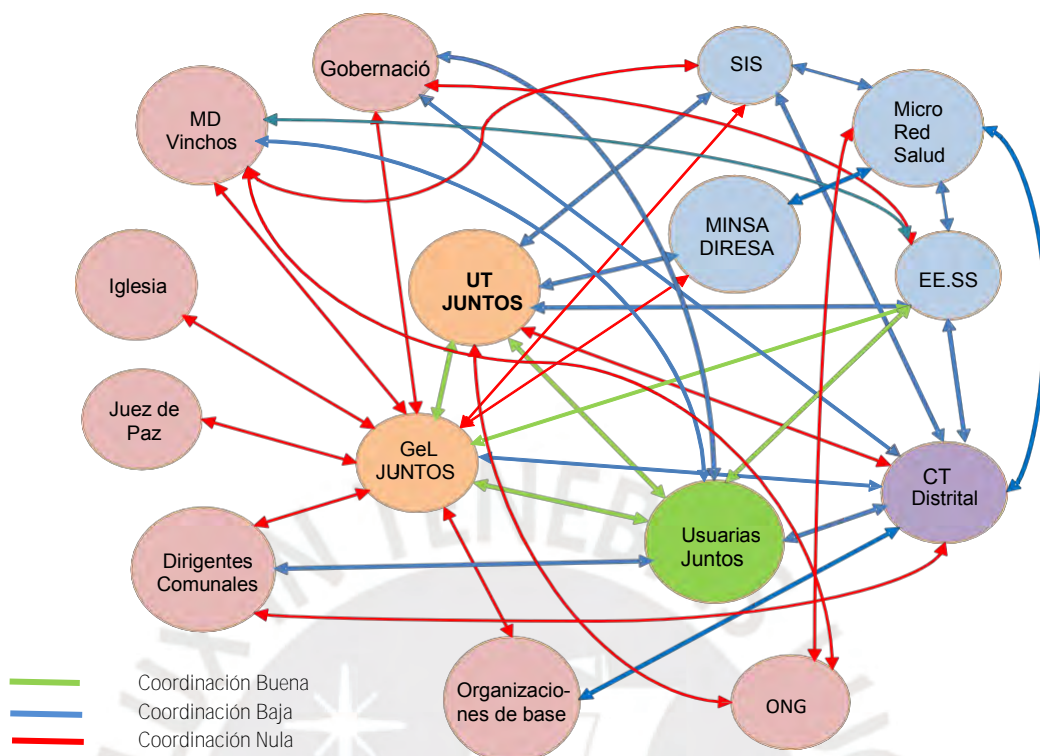
El proceso de institucionalización de las “Instancias de Articulación” a nivel local, deberá contar con el liderazgo de los gobiernos locales a fin de impulsar estas instancias permitiendo promover la mayor participación de todos los actores locales del distrito.

Las “Instancia local de articulación”, debe ser aprobada mediante ordenanza municipal, en la que señale el compromiso de los Gobiernos Locales en promover los mecanismos de seguimiento y verificación del cumplimiento de las corresponsabilidades por las usuarias del Programa Juntos y la oferta de servicios de los establecimientos de salud.

Con la finalidad de afianzar esta articulación el gobierno regional y local debe de liderar y promover la iniciativa, y así contar con instancias solidas de articulación y participación intersectorial de todos los actores.

A partir de la información cualitativa recopilada de los actores locales; funcionarios, operadores de los EE.SS, beneficiarios, autoridades políticas, autoridades comunales, entre otros del ámbito de intervención del estudio se ha elaborado el siguiente diagrama (net-maps).

Figura 05: Mapa de articulación local



Fuente: Elaboración propia 2014.

De la figura 05, se presenta el mapa del grado de articulación de los actores locales, allí se observa que las coordinaciones para el seguimiento de corresponsabilidades en el distrito de Vinchos, solo se realizan entre el Programa Juntos y los establecimientos de salud, por otra parte, existe una débil o baja coordinación del Programa Juntos con la DIRESA, el SIS y comité técnico de Seguimiento (CTS). De otro lado, se constató que no existe coordinación alguna referido al seguimiento y acompañamiento del cumplimiento de las corresponsabilidades a nivel de los principales actores locales con el Programa Juntos, entre los cuales se encuentran, la municipalidad de Vinchos, la gobernación, la iglesia Juez de paz, dirigentes comunales, organizaciones de base y las ONGs.

Por último, se ha corroborado la inoperancia o fallas en los mecanismos de diálogo entre la Unidad Territorial (UT) con el representante regional del Comité de Supervisión y Transparencia y tampoco los hay entre los gestores Locales y los Comités Locales de Supervisión y Transparencia

(CLST), cuyos miembros residen en los distritos atendidos por el programa.

Esto obedece a que los funcionarios del programa, no muestran interés en fortalecer los mecanismos de articulación, lo que evidenciaría las dificultades en la articulación intersectorial, por lo que, los actores de los distintos sectores como: salud, educación, municipalidad, autoridades comunales del distrito, y entre otros, no tienen un ente rector que les involucre en los procesos de acompañamiento y vigilancia al cumplimiento de corresponsabilidades en las usuarias del Programa Juntos.

#### **4.3.3 Análisis de la Articulación sectorial en el distrito de Vinchos**

Al analizar, algunos intentos de articulación la oferta de los programas sociales promovidos por el Estado, se observa que el logro de los resultados fue nada alentador, debido a las relaciones que han concebido los diversos actores sociales no fue débil y aislado. De manera que, algunos de estos intentos ni siquiera llegaron a plasmarse quedando sólo en el plano discursivo al ser truncado, desatendido o ignorado por los diferentes actores en el proceso de intervención de la política social, pocos lograron avanzar con acciones aisladas e inconclusas; es el caso del Programa Juntos con el sector salud. Sin embargo, otros intentos fracasaron por la fragmentación y superposición de acciones individuales de las instituciones y actores locales del ámbito de intervención.

Del análisis se desprende la existencia de obstáculos políticos e institucionales, que no han podido ser superados para lograr el objetivo, debido que, los mecanismos de articulación utilizados por el Programa Juntos no fueron promovidos adecuadamente y responsablemente entre los actores involucrados.

En primer lugar, de forma general se puede apreciar que, en los intentos en la articulación de la oferta de los programas sociales, es el gobierno central quien se posiciona como actor central, por tanto incentiva o desincentiva esas acciones, y por lo general fomentan conflictos a su interior, el cual origina más obstáculos que no permiten favorecer al logro

de los objetivos. Desde esta misma perspectiva, el rol de los gobiernos regionales y locales vislumbra acciones aisladas e imprecisas, no sólo por su accionar casi inexistentes en los intentos de articulación, sino también por su escasa injerencia o iniciativa en fomentar mecanismos de articulación de programas sociales focalizados.

Por tanto, dentro de la perspectiva sectorial de la política social del estado , los intentos de articulación estudiados nos muestran como las tensiones entre los distintos niveles y áreas de gobierno pueden convertirse en fuertes disputas entre los principales actores, resultando por lo general en obstáculos que dificultan los intentos de mejorar las relaciones interinstitucionales, siendo el Estado el ente que facilita o dificulta la actuación de la sociedad civil en materia de vigilancia a los programas sociales.

En segundo lugar; específicamente y en el ámbito del estudio, se ha evidenciado dificultades en la articulación y coordinación de los diferentes actores representativos del distrito, se ha identificado 08 actores (*Programa Juntos, municipalidad de Vinchos, gobernación del distrito, responsables de los establecimientos de salud del distrito, Juez de paz del distrito, Organizaciones de base del distrito, Dirigentes comunales, La iglesia del distrito, Organismos no gubernamentales, entre otros*), de los cuales solo tres actores tienen conocimiento sobre los procesos de articulación del programa Juntos, entre los actores que tienen conocimiento y participación activamente en el problema de cumplimiento de corresponsabilidades en salud tenemos a: la municipalidad, los establecimientos de salud y el mismo programa Juntos.

Esto ocurre debido a la escasa comunicación entre los actores locales y las instituciones públicas responsables de gestionar mecanismos de seguimiento y control a fin de articular esfuerzos, por otra parte, la población tiene poco conocimiento en relación de los niveles de articulación existentes, por lo que conciben, que esos mecanismos son como una exigencia de carácter netamente administrativo en los programas, esa percepción, evidencia que muchos actores del distrito no participan como instancias de vigilancia de los programas sociales,

cuestión que es necesario fortalecer, no solo desde la iniciativa del Programa Juntos; si no también, del involucramiento al gobierno local, como el principal ente interesado en mejorar la calidad de vida de los habitantes del distrito.

Estas dificultades en la coordinación no solo ocurren al exterior del Programa Juntos sino también al interior, por una parte se presentan fallas de comunicación por el lado de los gestores locales con las usuarias; por otra parte también, existen fallas en el mecanismo de diálogo permanente entre la Unidad Territorial con el representante regional del Comité de Supervisión y Transparencia, con los gestores locales y los Comités Locales de Supervisión y Transparencia (CLST), a pesar de que los miembros residen permanentemente en el distrito.

Se puede decir, que los obstáculos aquí señalados ponen en evidencia la incapacidad del Estado para enfrentar el problema de la fragmentación en la oferta programática de los programas sociales focalizados los que fueron abordados una y otra vez cometiendo los mismos errores. Por lo que, es necesario enmendar estos errores a partir de un enfoque más local de coordinación y articulación poniendo como cabeza rector a las municipalidades distritales.

No obstante, los intentos reiterados y fallidos en la articulación han generado enseñanzas importantes, como los potenciales consensos institucionales y en la ciudadanía para emprender el reordenamiento de los programas sociales focalizados. En primer lugar, existe la imperiosa necesidad de discutir sobre las competencias de los problemas, es decir, se debe jerarquizar las responsabilidades acerca de los problemas que atraviesan los programas sociales. En segundo lugar, a nivel local exístela la necesidad de delimitar claramente sobre la responsabilidad de los actores locales ante los programas sociales, es decir; quienes deben involucrarse y cuando deben involucrarse en los problemas o dificultades de los programas sociales.

*Aunque, por lo general, el diseño de los PTC no ha tendido que incorporar explícitamente instancias de rendición de cuentas y participación*



ciudadana, en algunos de estos programas se han introducido mecanismos específicos de este tipo. Al respecto, es posible distinguir entre mecanismos de incidencia indirectos (por medio de sistemas de quejas y denuncias) y directos (a través de la participación de los usuarios en comisiones, comités u órganos colegiados) (Hevia, 2009a, pág. 238). Estas instancias de incidencia pueden ser de naturaleza colectiva o individual, y de escala local o nacional. Los mecanismos implementados caso a caso dan cuenta de la idea de participación que prima en la gestión estatal, que puede ir desde una participación de tipo consultivo hasta otra que suponga un control más activo en la gestión de los programas sociales (Gruenberg y Pereyra, 2009<sup>a</sup>). (Cecchini, y Madariaga, 2014: 167).

Desde este supuesto, se puede ejercer el control ciudadano desde la manifestación de sus inquietudes y demandas sobre aspectos referidos a su implantación de los programas, incluso incidir en cuestiones vinculados al diseño, evaluación o vigilancia de su gestión, desde un enfoque de participación ciudadana, como uno de los principios básicos de la ciudadanía. Por otra parte, se debe incluir la participación de representantes del gobierno local (la municipalidad y agentes comunales), bajo el supuesto de que los agentes locales cuentan con información y conocen más los problemas y necesidades de su comuna.

Por otra parte, (Álvaro Monge y Laís Grey; 2017) sostienen que; *...El principal aspecto pendiente ha sido la implementación de los esquemas de articulación, no necesariamente en lo referido a la coordinación presupuestal (donde el PpR es un instrumento que condiciona la ejecución del gasto en ese sentido), pero sí en el eje de coordinación de políticas, dada su naturaleza multicausal, la resolución de brechas sociales (por ejemplo, pobreza monetaria, nutrición y calidad educativa) requiere de distintas intervenciones distribuidas en diferentes sectores del Gobierno: Midis; Ministerio de Educación (Minedu); Ministerio de Salud (Minsa); Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS); entre otros. En ese sentido, el Sinadis, liderado por el Midis, tenía el encargo específico de esta institución para convocar y coordinar la acción social del Estado, de modo que se aseguren los principios de articulación programática (alineando las intervenciones a nivel central con las*

*vulnerabilidades por atender) e institucional (alineando incentivos entre instituciones de diferentes niveles gubernamentales). Lamentablemente, como comentan Vargas y Clausen (2016), estos modelos de articulación no fueron implementados plenamente (Monge y Grey, 2017: 13).*

*De igual forma señalan que, existen múltiples hipótesis respecto a esta dificultad. Los esquemas de incentivos de los funcionarios públicos - definidos sectorialmente y no de modo transversal-, los compromisos previamente adquiridos, que determinan cierta inercia en la implementación individual de programas y proyectos- y la diferente velocidad mostrada por los sectores en alinearse con los principios de la estrategia son probablemente las de mayor importancia. Asimismo, la débil institucionalidad en los diferentes niveles gubernamentales impide asumir y sostener compromisos, por lo que la efectividad de los acuerdos depende críticamente en la mayoría de los casos de la disposición de parte de los funcionarios de turno. Lamentablemente, puesto de esa forma, los problemas de calidad de los recursos humanos, la elevada rotación laboral y la superposición de los cronogramas electorales limitan la capacidad de acción conjunta. (ibíd.)*

Dentro de la premisa planteada, en el lineamiento de investigación 03: Si el grado de articulación sectorial de los actores locales es importante en el cumplimiento de las corresponsabilidades. Del análisis sobre el estudio realizado referido a la articulación del Programa Juntos en el distrito de Vinchos, se ha llegado al siguiente resultado:

Se ha constatado, que solo tres actores locales del distrito tienen conocimiento sobre los procesos de articulación a nivel de instituciones o multisectorial, vinculados al problema de cumplimiento de corresponsabilidades en salud. Dentro de estos están la municipalidad distrital de Vinchos, los establecimientos de salud y el Programa Juntos como ente promotor, mientras los demás actores locales desconocen los mecanismos de coordinación.

Si bien, el Programa Juntos implementa las acciones de articulación y coordinación con entidades del nivel regional y local, entidades privadas y

sociedad civil, esto no es fortalecido con la participación de otros actores del distrito, siendo esto un mecanismo necesario e importante de vigilancia se debe ampliar la participación de nuevos actores que conocen la realidad de sus comunas y así velar en conjunto sobre el cumplimiento y acciones de los programas sociales y también el cumplimiento de los acuerdos adquiridos con dichos programas.

A nivel local, la municipalidad carece de una ruta operativa clara para el trabajo coordinado a nivel distrital, desaprovecha espacios importantes de articulación a nivel micro, es decir a nivel del entorno del distrito, no toma iniciativas orientadas a fortalecer las instancias de organización comunal como: el Comités de Desarrollo Comunal (CODECOS), juntas comunales u otras, que podrían jugar un papel importante en el control y vigilancia de usuarias suspendidas del Programa Juntos. El impulso a este trabajo puede surgir también del interés y la voluntad de la autoridad local y su equipo técnico, ya que el alcalde representa a los pobladores y es el más cercano a ellos, en tanto que, esta iniciativa de cooperación en la articulación debe ser liderada por dicha autoridad.

Existen experiencias a nivel de gobiernos locales promovidas por la municipalidades, quienes para cumplir los lineamientos estratégicos del ministerio de economía y finanzas, y acceder al plan de incentivo municipal, promueven a través de la sub Gerencia de Desarrollo Social, la participación ciudadana organizados en comités (comité de vigilancia ciudadana) que tienen por función realizar seguimiento a las madres en coordinación con el establecimientos de salud, referidos a la evolución de sus hijos en peso, talla y salubridad, cuya acción se realiza en las comunidades con la intervención de un representante de la comunidad, un representante de la municipalidad y un representante del establecimiento de salud a donde acude la madre.

Por tanto, incorporar esta experiencia de vigilancia ciudadana para vigilar el cumplimiento de corresponsabilidades, sería de ayuda para el Programa Juntos, ya que los ciudadanos organizados con la plena participación de los actores locales identificados, ejercería acciones de control sobre las madres e identificar las causas por las que son suspendidas del Programa Juntos. Por tanto, la incorporación de actores locales y la mejora en la coordinación

y comunicación entre estos, contribuiría a superar el problema de las suspensiones por incumplir las condicionalidades en salud.

#### 4.4 Características de las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos

Finalmente, de acuerdo a la información recabada en campo, se ha constatado que el 42.6% de usuarias manifestaron tener estudios primarios incompletos, de los cuales el 20.2% tienen de 18 a 30 años y el 22.5% de usuarias tienen más de 30 años, un segundo grupo de usuarias manifestaron tener primaria completa que representa el 20.9 % y un tercer grupo considerable de 19.4%, manifestaron no tener estudios, cuyas edades superaban el rango de 30 años<sup>90</sup>.

**Cuadro N° 40: Nivel de estudios por rango de edad de las usuarias del Programa Juntos.**

Rango de edad por nivel de instrucción.	Rango de Edad					
	Total		De 18 A 30		Más de 30	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>66</b>	<b>51.2</b>	<b>63</b>	<b>48.8</b>
Sin estudios	25	19.4	4	3.1	21	16.3
Primaria incompleta	55	42.6	26	20.2	29	22.5
Primaria completa	27	20.9	17	13.2	10	7.8
Secundaria incompleta	18	14	17	13.2	1	0.8
Secundaria	4	3.1	2	1.6	2	1.6

Fuente: Encuesta a usuarias, Elaboración propia; 2014

Referido a la permanencia de usuarias en el Programa Juntos se observa que el 20.9% de usuarias manifestaron percibir las transferencias desde hace 07 años, cuyas edades superan el rango de 30 años, asimismo el 16.3% manifestaron haber ingresado al programa hace un año, este grupo de usuarias se encuentran en el rango de edad de 18 a 30 años<sup>91</sup>

Cabe resaltar que el 55% de usuarias del Programa Juntos tienen una permanencia de cinco a ocho años, dentro de este grupo se encuentran usuarias mayores de treinta años.

<sup>90</sup> Resultados de la encuesta a usuarias del Programa Juntos; 2013

<sup>91</sup> ibíd. 2014.

**Cuadro N° 41: Años de permanencia en el Programa Juntos por rango de edad.**

Usuarías por rango de edad y tiempo de permanencia en el Programa Juntos	Rango de Edad					
	Total		De 18 a 30		Más de 30	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>	<b>66</b>	<b>51.2</b>	<b>63</b>	<b>48.8</b>
Un año	21	16.3	19	14.7	2	1.6
Dos años	17	13.2	11	8.5	6	4.7
Tres años	13	10.1	11	8.5	2	1.6
Cuatro años	7	5.4	3	2.3	4	3.1
Cinco años	15	11.6	8	6.2	7	5.4
Seis años	14	10.9	6	4.7	8	6.2
Siete años	27	20.9	3	2.3	24	18.6
Ocho años	15	11.6	5	3.9	10	7.8

Fuente: Encuesta a usuarias, elaboración propia; 2014.

Referido al ingreso familiar de las usuarias, manifestaron como principal fuente de ingreso la agricultura y la ganadería (58.1%), otro grupo de usuarias manifestaron tener como principal ingreso las transferencias del Programa Juntos (34.1%). (ibíd.)

La mayor parte de usuarias perciben ingresos de S/. 100.00 a S/. 200.00 soles mensuales que representa el 93% de la muestra, y solo el 07% de las usuarias indicaron tener ingresos mayores a S/. 200.00 soles. (ibíd.)

**Cuadro N° 42: Principal fuente de ingreso de las usuarias de Juntos**

Principal fuente de ingreso familiar	Rango de Ingreso					
	Total		De 100 a 200 nuevos soles		Más de 200	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Total	129	100.0	120	93.0	9	7.0
Transferencia Programa Juntos	44	34.1	44	34.1	0	0.0
Por la agricultura y Ganadería	75	58.1	68	52.7	7	5.4
Por la artesanía	4	3.1	3	2.3	1	0.8
Otras actividades	6	4.7	5	3.9	1	0.8

Fuente: Encuesta a usuarias, elaboración propia; 2014.

En relación a la permanencia en el Programa Juntos de acuerdo al estado conyugal de las usuarias se constató que el 14.7% de las usuarias son madres solteras, el 25.6% de las usuarias son convivientes y el 59.7% de

usuarias tienen la condición de casadas y vienen percibiendo los incentivos monetarios desde hace cinco a ocho años hasta la fecha.

**Cuadro N° 43: Estado conyugal y años de permanencia en el Programa Juntos**

Estado conyugal y años de permanencia en el Programa Juntos	¿Cuál es su estado conyugal?							
	Total		Madre soltera		Conviviente		Casada	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	129	100.0	19	14.7	33	25.6	77	59.7
Un año	21	16.3	5	3.9	11	8.5	5	3.9
Dos años	17	13.2	2	1.6	6	4.7	9	7.0
Tres años	13	10.1	4	3.1	4	3.1	5	3.9
Cuatro años	7	5.4	2	1.6	3	2.3	2	1.6
Cinco años	15	11.6	1	0.8	2	1.6	12	9.3
Seis años	14	10.9	0	0.0	4	3.1	10	7.8
Siete años	27	20.9	4	3.1	2	1.6	21	16.3
Ocho años	15	11.6	1	0.8	1	0.8	13	10.1

Fuente: Encuesta a usuarias, elaboración propia; 2014.

En el distrito de Vinchos, de acuerdo a la información de las usuarias de Juntos en relación a su estado conyugal y el nivel de estudio alcanzado, se aprecia que el 25.6% de usuarias son casadas y tienen primaria incompleta y el 17.8% son usuarias casadas que no tienen estudios y solo el 10.9% de usuarias casadas culminaron su primaria.

Entre la usuaria que tienen la condición de conviviente sólo el 11.6% tienen primaria incompleta, el 0.8% no tienen estudio y solo el 7% ha culminado sus estudios del nivel primario.

**Cuadro N° 44: Estado conyugal y grado de instrucción las usuarias del Programa Juntos**

Estado conyugal y grado de instrucción de las usuarias del Programa Juntos	¿Cuál es su estado conyugal?							
	Total		Madre soltera		Conviviente		Casada	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	129	100.0	19	14.7	33	25.6	77	59.7
Sin estudios	25	19.4	1	0.8	1	0.8	23	17.8
Primaria incompleta	55	42.6	7	5.4	15	11.6	33	25.6
Primaria completa	27	20.9	4	3.1	9	7.0	14	10.9
Secundaria incompleta	18	14.0	5	3.9	7	5.4	6	4.7
Secundaria	4	3.1	2	1.6	1	0.8	1	0.8

Fuente: Encuesta a usuarias, elaboración propia; 2014.

Referente al estado conyugal y número de hijos de las usuarias, se evidencia que las madres casadas tienen más de dos hijos representando el 45%, en cuanto a las madres convivientes el 16.3% tienen un hijo al igual que el 9.3% de las madres solteras. Este resultado nos indica que en el distrito de Vinchos la mayoría de las usuarias tienen un vínculo conyugal.

**Cuadro N° 45: Estado conyugal y número de hijos de las usuarias del Programa Juntos**

Estado conyugal y número de hijos menores de 6 años	¿Cuál es su estado conyugal?							
	Total		Madre soltera		Conviviente		Casada	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Total	129.00	1.0	19.00	15	33.00	26	77.00	60
Un hijo	52.00	40	12.00	9.5	21.00	16	19.00	15
Más de dos hijos	77.00	60	7.00	5.5	12.00	10	58.00	45

Fuente: Encuesta a usuarias, elaboración propia; 2014

#### 4.4.1 Resumen de las características de las usuarias del Programa Juntos

De acuerdo a los resultados de la (la encuesta a usuarias del Programa Juntos; 2014)<sup>92</sup> En el distrito de Vinchos la incidencia de pobreza y la pobreza extrema es de 81.7% y 54.2% respectivamente, de igual forma los niveles de desnutrición alcanzan al 41.4% de la población y la tasa de mortalidad infantil es de 27.3%. En el aspecto educativo el nivel de escolaridad a nivel de grupo etario se encuentra de 6 a 16 años que representa al 90.5% de la población escolar (primaria y secundaria), solo el 1.6% tienen acceso al nivel superior de los cuales el 65% son varones y el 35% son mujeres, la población analfabeta representa el 34.7% de la población total, siendo el analfabetismo en las mujeres elevado en relación a los varones.

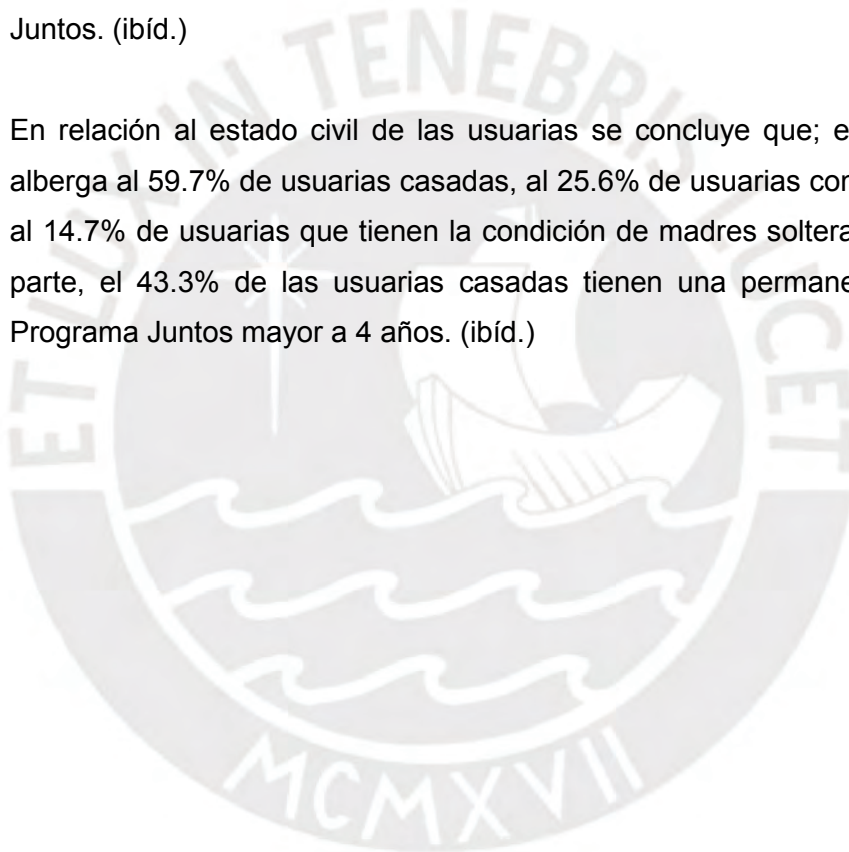
A nivel de las usuarias del Programa Juntos, el 42.6% tienen estudios primarios incompletos, el 14% tienen secundaria incompleta y el 19.4% no tienen ningún grado de estudio. Se constató que la mayoría de las usuarias del programa (80.6%) apenas han cursado primaria o secundaria (ibíd.).

<sup>92</sup>Elaboración propia

En referencia a la permanencia en el Programa Juntos, el 55% de las usuarias tienen una permanencia mayor de 05 años, cuyo grupo etario de predominio son usuarias cuyas edades oscilan de 30 años a más, cabe recalcar de acuerdo a los lineamientos del programa, la permanencia de las usuarias es hasta 8 años; por lo que, la mayoría de las usuarias estarían próximos a migrar a la fase de egreso del programa. (ibíd.)

Los ingresos monetarios de las usuarias provienen principalmente de la agricultura y ganadería (58.1%), un grupo considerable de usuarias (34.1%) considera como su principal ingreso los incentivos económicos del Programa Juntos. (ibíd.)

En relación al estado civil de las usuarias se concluye que; el programa alberga al 59.7% de usuarias casadas, al 25.6% de usuarias convivientes y al 14.7% de usuarias que tienen la condición de madres solteras. Por otra parte, el 43.3% de las usuarias casadas tienen una permanencia en el Programa Juntos mayor a 4 años. (ibíd.)





## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

Entre las conclusiones más relevantes a que se arribó están:

##### **Lineamiento de investigación N° 1:**

- a) De la caracterización de la oferta de servicios de salud del distrito de Vinchos, el estudio concluye que, la infraestructura no es un factor de incidencia en el cumplimiento de las corresponsabilidades en las usuarias del Programa Juntos. Aunque genera cierta incomodidad la falta de espacio durante los periodos programados para realizar las consultas en CRED, donde se aglutinan mayor cantidad de usuarias, esto ocurre mayormente en los puestos de salud, ya que los centros de salud cuentan con infraestructura que cubre la demanda.
- b) De la caracterización y análisis de la disponibilidad de profesionales en los establecimientos de salud, el estudio concluye que, en los establecimientos existen brechas en relación con el número de personal para la atención en el módulo CRED, frente a ello, el personal de salud redobla esfuerzos para lograr el rendimiento óptimo para atender a las usuarias del programa; por lo que, esta condición no es un factor de incidencia en las suspensiones y tampoco restringen el cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias del Programa Juntos., pero si genera sobrecarga laboral al personal de salud y demoras en la atención, hecho que genera molestia debido a las largas horas de espera.
- c) De la caracterización y análisis de la oferta de los equipos médicos e insumos en los establecimientos de salud, el estudio concluye en que, existen dificultades con algunos equipos antiguos y la escasez de insumos médicos, con mayor incidencia en los Puestos de Salud, el cual afecta más a pacientes de escasos recursos y de comunidades alejadas, debido a que por estas carencias son transferidos o conducidos a otros centros de atención o boticas particulares, el cual les ocasiona gasto, sin embargo, y pese a sus

limitaciones económicas, las usuarias tratan de conseguir los medicamentos prescritos a fin de cumplir con las corresponsabilidades y evitar ser suspendidas del Programa Juntos.

En resumen, los establecimientos de salud en el distrito de Vinchos, están afectados por la falta de insumos y equipos médicos que requieren ser renovados y abastecidos, pese a ello y al presupuesto escaso, en los establecimientos de salud realizan esfuerzos posibles para cumplir con los pacientes.

### **Lineamiento de investigación N° 2:**

De la caracterización y análisis de los factores endógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades, el estudio concluye en:

- a) Existen debilidades en la sistematización y registro de datos en el sistema intranet del Programa Juntos, hecho que induce a errores involuntarios que generan suspensiones indebidas a las usuarias, los factores principales identificados que conllevan a errores en el registro de información son:
  - La falta de conocimiento y aplicación de las mejoras de la tecnología de información.
  - No se cuenta con personal con conocimientos especializado en el manejo de la TI.
  - La falta de control de calidad de los datos procesados.
  - La antigüedad de los equipos informáticos y la ausencia de software avanzado que dificulta realizar filtros complejos.
  
- b) No se realiza un adecuado filtro de información entre el Programa Juntos y el sistema integral de salud (SIS), los responsables del manejo del SIS, no aplican la tecnología de la informática en la consolidación de datos, limitándose solo a reportar el registro de usuarios SIS, hecho que no permite detectar en tiempo real el ubigeo de las usuarias y su población objetivo. Frente a este hecho el gestor local genera su propia información en algunos casos con datos de ubigeo errados o en base a la información anterior hecho

que origina la impresión de padrones con omisiones a usuarias por cambio de ubigeo, generándose de ello las suspensiones involuntarias.

c) La demora en el ingreso de la información al sistema de intranet Juntos es uno de los factores que incide en las suspensiones involuntarias a usuarias, en este caso se identificó dos hechos que origina este problema:

- Dificultad en el traslado de los gestores locales; la preocupación recae más en gestores mujeres quienes para movilizarse hacia los establecimientos de salud, tienen que hacerlo trasladándose a pie o en ocasiones en transporte intercomunal, el cual genera, retraso o demora en el acopio de información.
- La permanencia del gestor local; no existe un control efectivo a los gestores locales por parte del Programa Juntos en cuanto al número de días de permanencia en el distrito, este hecho hace que algunos gestores locales realicen el trabajo de verificación de corresponsabilidades tardíamente, el cual genera el retraso de acopio de información.

#### **Lineamiento de investigación N° 2**

De la caracterización y análisis de los factores exógenos asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades en salud, el estudio concluye en:

- a) Las usuarias del Programa Juntos en el distrito de Vinchos, encuentran dificultades en la comprensión de términos y procedimientos de gestión de documentos o formatos, el cual, están obligadas a realizar dentro de los procesos de validación de información, esto ocurre porque, la mayoría de ellas cuentan solo con estudios primarios; el bajo nivel de instrucción de las usuarias, repercute negativamente en el cumplimiento de las corresponsabilidades y debido a esta causal fueron suspendidas el 26.7% de usuarias
- b) Otro factor que tiene mayor incidencia en las suspensiones, está vinculado a las prácticas agropecuarias, considerados como prioritarios por las familias

del distrito, esto se debe a que la alimentación y el ingreso familiar depende básicamente de la agricultura y la ganadería, por lo que, algunos labores de campo recae en las madres y en sus menores hijos; donde, en las temporadas de siembra (calendario agrícola) los integrantes de la familia participan activamente en esta actividad, posponiendo para un segundo plano la atención en salud de sus miembros objetivos (hijos e hijas). Tal es así, el 40% de usuarias reconocen tener responsabilidad directa en las suspensiones por incumplir su compromiso con el Programa Juntos.

- c) La DIRESA, no cumple con el compromiso asumido ante el Programa Juntos (convenio de cooperación en el registro y llenado de información en los formatos de salud que el Programa Juntos utiliza) para la verificación de corresponsabilidades. Se ha evidenciado que el 20% de las usuarias fueron suspendidas por falta de información en sus historias clínicas.
- d) El 26.9% de usuarias, tienen dificultades en el traslado a los establecimientos de salud, sin embargo, pese a estas dificultades las usuarias se las arreglan para llegar a los establecimientos, trasladándose grandes distancias ya sea: caminando, en acémilas o colectivos, por lo que, este factor no tiene incidencia relevante en el cumplimiento de las corresponsabilidades.

### **Lineamiento de investigación N° 3**

De la caracterización y análisis del grado de articulación de los actores locales en el cumplimiento de la corresponsabilidad, el estudio concluye en:

- a) A nivel del objetivo vinculado a la articulación, se ha evidenciado dificultades en la articulación y coordinación de los diferentes actores representativos del distrito, se ha identificado 08 actores (*Programa Juntos, municipalidad de Vinchos, gobernación del distrito, responsables de los establecimientos de salud del distrito, Juez de paz del distrito, Organizaciones de base del distrito, Dirigentes comunales, La iglesia del distrito, Organismos no gubernamentales, entre otros*), de los cuales solo; la municipalidad, los establecimientos de salud y el mismo Programa Juntos participan y coordinan en referencia al problema de cumplimiento de

corresponsabilidades en salud. Esto ocurre, debido a la escasa comunicación entre las autoridades locales y los responsables del programa (Programa Juntos y la Municipalidad), quienes son indicados de generar los mecanismos de articulación, a fin de fortalecer esfuerzos en el seguimiento del cumplimiento de las corresponsabilidades.



## RECOMENDACIONES

### Lineamiento de investigación N° 1

- a) Se debe considerar en el presupuesto anual del sector, recursos para el fortalecimiento y mejora de la oferta de servicios de salud en el ámbito de intervención, a fin de superar las brechas existentes en cuanto a la necesidad de personal profesional, dificultades en el equipamiento y la comodidad de los establecimientos de salud.

De la misma forma, se debe diseñar e implementar un efectivo sistema de articulación entre las instituciones y actores locales involucrados, para que lleguen los recursos a las zonas de intervención. Para ello se debe involucrar directa y decididamente sobre los objetivos del Programa Juntos a los Gobiernos regionales y locales, así como a las instancias descentralizadas de salud, asignándoles incluso responsabilidades relacionados al cumplimiento de tales objetivos, la misma debe plasmarse en un plan de acción regional propuesto por el comité de articulación y vigilancia, quien debe encargarse de efectuar el seguimiento y control.

### Lineamiento de investigación N° 2

- a) **Referido a los factores endógenos**
  - a.1) El Gestor de Información (GI) de la Unidad territorial en relación a los errores de procesamiento en el intranet, debe generar procedimiento de control de calidad en coordinación con la Unidad de Tecnología de Información de la sede central a fin de evitar que los aplicativos informáticos que validan los padrones de hogares de las usuarias no generen errores, para ello, el Programa Juntos deberá requerir personal con conocimientos avanzados sobre tecnologías de información y software a fin de monitorear a los GeL en los procesos de mantenimiento de padrón de hogares, en cuanto al control de calidad de información procesada y a la vez, repotenciar los equipos informáticos.

- a.2) El Programa Juntos y el SIS, para mantener el padrón de hogares de usuarias actualizado deberán hacer esfuerzos de cooperación mediante convenios, con la finalidad de que el Programa Juntos realice la verificación y contrastación de la información electrónica y así identificar el ubigeo de usuarias en condición de reubicados en otros EE.SS. Así mismos, El Programa Juntos deberá implementar sistemas de información electrónica en los EE.SS interconectadas a la base de datos del SIS a fin de realizar la verificación electrónica del cumplimiento de las condicionalidades y la actualización automática del padrón de beneficiarios, con ello, evitar que el GeL sea quien determine de acuerdo a su criterio si las usuarias cumplieron o no con el cumplimiento de las corresponsabilidades. De tal forma, se evite el sobredimensionamiento del cumplimiento de corresponsabilidades generados en el acopio de datos.
- a.3) La Unidad Territorial del Programa Juntos Ayacucho, para controlar y monitorear la permanencia de los Gestores Locales (GeL) deberá implementar la “hoja de ruta de actividades” y entregarlas a la autoridad local del distrito, esto con la finalidad de conocer la ubicación y permanencia del GeL, la misma que deberá ser refrendado por la autoridad local en los informes mensuales.

**b) Referido a los factores exógenos**

- b.1) El Programa Juntos a fin de mejorar el cumplimiento de las corresponsabilidades de las usuarias, deberán realizar talleres sobre los lineamientos y criterios de cumplimiento de corresponsabilidades, y a la vez, implementar asambleas comunales de transferencia de capacidades a fin de empoderar sobre los criterios de cumplimiento de corresponsabilidades -acceso a los servicios de salud- y permanencia en el Programa Juntos, si bien a inicios de la intervención realizaba acciones de este tipo, sin embargo en los últimos años fueron restringidos, por lo que se requiere reactivar esta modalidad de comunicación con las usuarias.

- b.2) En referencia a las usuarias suspendidas por incumplir las condicionalidades en salud, por labores agropecuarias El Programa Juntos deberá realizar seguimientos periódicos a las usuarias suspendidas y como resultado debe implementar políticas de acompañamiento familiar a fin de que las usuarias suspendidas sean reincorporadas al Programa Juntos. En este seguimiento periódico se debe comprometer también a los actores locales principalmente a la municipalidad y así, garantizar el compromiso asumido de las usuarias ante el estado.

Por otro lado, Juntos debe orientarse a una condicionalidad leve, tal como desarrollan los Programas Chile Solidario y Red Juntos de Colombia, en estos programas, la corresponsabilidad permite que los usuarios del programa sean partícipes del proceso de mejoramiento de sus condiciones de vida. En este contexto, la flexibilidad en la definición de las condicionalidades está dada por la jerarquía que asignan las propias familias a sus necesidades y los contratos de cumplimiento de los mismos. La flexibilidad de este tipo de condicionalidades supone, además, la posibilidad de adaptación de la oferta de servicios y programas a las realidades particulares de las familias.

- b.3) En relación a las suspensiones por falta de información en los EE.SS el Programa Juntos y la DIRESA deberán diseñar mecanismos de coordinación, para la implementación de los procesos de control interno en los establecimientos de salud a fin de dar cumplimiento a los convenios de cooperación suscritos. Por otro lado, se debe implementar los incentivos y reconocimiento validados para los procesos de ascenso y concursos públicos a aquellos profesionales de la salud que desempeñan con responsabilidad sus funciones.
- b.4) El Programa Juntos deberá diseñar estrategias para promover la oferta de salud a las usuarias que tienen dificultad en el traslado, entre ellas, el diseño de una estrategia de atención para población que está a más de 2 horas del establecimiento de salud (ejemplo: promotores de salud, equipos móviles, etc.) a cargo de las micro redes de salud



del distrito, para garantizar una atención coordinada entre las comunidades que están dentro de la jurisdicción del establecimiento.

### **Lineamiento de investigación N° 3**

- a) La unidad territorial del Programa Juntos Ayacucho, deberá promover instancias de coordinación creando comités de articulación y vigilancia local, con la participación de actores locales, en coordinación con la autoridad municipal, dicho compromiso deberá ser validadas en acta y las acciones mediante Resolución Municipal.
- b) Se sugiere a la municipalidad de Vinchos que, en coordinación con otros actores locales se cree los mecanismos de monitoreo, control y rendición de cuentas de los programas sociales a través de comités de vigilancia debido a que estos agentes locales cuentan con más información respecto a los problemas, las necesidades y carencias de las usuarias de su comunidad, dicho comité debe elevar informes sobre los aciertos y desaciertos incurridos por los programas sociales en el ámbito del distrito.
- c) Se recomienda al Programa Juntos, emprender campañas en coordinación con el sector salud, los actores sociales y demás entidades para la implementación de acciones de acompañamiento familiar a las usuarias, a fin de garantizar el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud, traduciéndose así este esfuerzo en mayores niveles de desarrollo del capital humano en las usuarias del Programa Juntos del distrito de Vinchos.

**ANEXO**

Anexo 01: Instrumentos de recojo de información



## ENCUESTA A USUARIAS DEL PROGRAMA JUNTOS



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DEL PERÚ

Nombre del establecimiento de salud al que pertenecen: .....

Nombre de la usuaria del programa: .....

Número de encuesta

Dirección/Comunidad .....

Fecha : ...../...../.....

Cuanto tiempo esta como usuaria del Programa Juntos  años  meses

### 1. ASPECTOS GENERALES

#### 1.1 ¿Cuál es su edad?

- De 18 a 24 ..... 1
- De 25 a 30 ..... 2
- De 31 a 36 ..... 3
- De 37 a 42 ..... 4
- De 43 a 48 ..... 5
- De 49 a 54 ..... 6
- De 54 a mas ..... 7

#### 1.2 ¿Cuál es su grado de instrucción?

- Sin estudios ..... 1
- Primaria incompleta ..... 2
- Primaria completa ..... 3
- Secundaria incompleta ..... 4
- Secundaria ..... 5
- Otros ..... 6

#### 1.3 ¿Cuál es su estado conyugal?

- Madre soltera ..... 1
- Coniviente ..... 2
- Casada ..... 3
- Separada ..... 4
- Viuda ..... 5
- Divorciada ..... 6

#### 1.4 ¿Número de hijos de 0 a 5 años inscrito en el Prog. Juntos bajo las condicionalidades en salud?

- 01 hijo ..... 1
- 2 hijos ..... 2
- mas de 2 hijos ..... 3

#### 1.5 ¿Cuánto es el ingreso promedio mensual familiar incluyendo la transferencia del programa juntos?

- De 100 a 200nuevos soles ..... 1
- De 200 a 300nuevos soles ..... 2
- De 300 a 400nuevos soles ..... 3
- De 400 a 500nuevos soles ..... 4
- Otro ..... 5

*Especifique*

#### 1.6 ¿Cuál considera usted como principal fuente de ingreso familiar ?

- Tresferencia del programa juntos ..... 1
- Por la agricultura y ganaderia ..... 2
- Por la Artesania ..... 3
- Otras actividades ..... 4

*Especifique*

### 2. MOTIVACIONES DE INCUMPLIMIENTO DE CONDICIONALIDADES

#### 2.1 ¿Cuanto tiempo demora en acudir al establecimiento de salud mas cercano a su vivienda ?

- Tiempo
- En minutos ..... 1
- En horas ..... 2

#### 2.2 ¿En general tiene problemas de dinero para el traslado o atención en el establecimiento de salud

- | Traslado                        | Atencion   |
|---------------------------------|------------|
| Si ..... 1                      | Si ..... 1 |
| No ..... 2                      | No ..... 2 |
| Especifique el problema ..... 3 |            |

#### 2.3 ¿Quién decide la asistencia al establecimiento de salud?

- Ella ..... 1
- El esposo ..... 2
- Otra persona ..... 3

#### 2.4 ¿Cuál fue el motivo de asistencia al establecimiento de salud?

- Embarazo ..... 1
- CRED ..... 2
- Epidemiologias IRA - EDA ..... 3
- Otros especifique ..... 4

#### 2.5 ¿Cuál es el idioma con que se comunica con mayor frecuencia?

- Castellano ..... 1
- Quechua ..... 2
- Quechua -Castellano (ambos) ..... 3

### 3. ATENCION EN ADMISION

#### 3.1 Referente al modulo de atención/admisión en el establecimiento de salud?

##### 3.1.1 ¿Ofrece a las usuarias facilidades?

- Si tiene sala de espera ..... 1
- No tiene sala de espera ..... 2

##### 3.1.2 Si tiene ¿Cómo calificarías el espacio?

- Muy comodo ..... 1
- Poco comodo ..... 2
- Incomodo ..... 3

##### 3.1.3 ¿Como calificas el trato del personal?

- Bueno ..... 1
- Regular ..... 2
- Malo ..... 3

<b>3.1.4 ¿Quién lo atendió en el consultorio?</b> Médico .....1 Obstetriz.....2 Enfermera .....3 Técnico de enfermería .....4 No sabe.....5 Otro .....6	<b>6. FARMACIA</b>								
<b>3.1.5 ¿Cuanto tiempo espero para que lo atiendan ?</b> En minutos ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Tiempo</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> En horas..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>	Tiempo				<b>6.1.1 ¿El establecimiento de salud cuenta con farmacia ?</b> Si cuenta con farmacia.....1 No cuenta con farmacia ..... 2 Pase a: 6.1.3				
Tiempo									
<b>3.1.6 ¿Como califica el tiempo que espero?</b> Adecuado .....1 Poco adecuado.....2 Inadecuado.....3	<b>6.1.2 Si cuenta ¿le dieron los medicamentos que le recetaron?</b> Si todos los medicamentos ..... 1 Una parte de medicamentos..... 2 No le dieron medicamentos ..... 3 No le recetaron medicamentos ..... 4								
<b>4. CONSULTORIO</b>	<b>6.1.3 ¿Cuándo le dan los medicamentos que le recetaron en el establecimiento de salud, usted?</b> Paga por lo medicamentos que le recetaron ..... 1 No paga por lo medicamentos que le recetaron ..... 2								
<b>4.1.1 ¿Cómo calificarías la atención del personal de salud en consulta?</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">CRED</td> <td style="width: 50%;">Gestante</td> </tr> <tr> <td>Bueno ..... 1</td> <td>Bueno ..... 1</td> </tr> <tr> <td>Regular ..... 2</td> <td>Regular ..... 2</td> </tr> <tr> <td>Malo ..... 3</td> <td>Malo ..... 3</td> </tr> </table>	CRED	Gestante	Bueno ..... 1	Bueno ..... 1	Regular ..... 2	Regular ..... 2	Malo ..... 3	Malo ..... 3	<b>6.1.4 Si no cuenta ¿Cómo consigue los medicamentos de su rec</b> Asistir a otro establecimiento de salud ..... 1 Comprar en farmacia particular ..... 2 Otros, especifique ..... 3
CRED	Gestante								
Bueno ..... 1	Bueno ..... 1								
Regular ..... 2	Regular ..... 2								
Malo ..... 3	Malo ..... 3								
<b>4.1.2 ¿Como califica el tiempo utilizado en la consulta?</b> Adecuado .....1 Poco adecuado.....2 Inadecuado.....3	<b>6.1.5 ¿De acuerdo a su disponibilidad economica los precios de medicamentos, son asequibles?</b> Estan al alcance de tu ingreso por que son comodis 1 No estan alcance de tu ingreso por que son caros..... 2								
<b>4.1.3 ¿Cuanto tiempo le tomo realizar la consulta?</b> En minutos ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Tiempo</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> En horas..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>	Tiempo				<b>7. ATENCIÓN EN CRED</b>				
Tiempo									
<b>4.1.4 ¿Durante la atención de consulta en el ES, cuando le dieron instrucciones/recetas a usted?</b> Le entendio con claridad .....1 Le entendio con poca claridad .....2 No le entendio..... 3	<b>7.1.1 ¿Cuanto tiempo espero para que lo atiendan?</b> En minutos ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">Tiempo</td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> En horas ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>	Tiempo							
Tiempo									
<b>5. IMÁGENES (RAYOS X, ECOGRAFIA)</b>	<b>7.1.2 ¿Como calificaría el tiempo utilizado en la atención en CRE</b> Adecuado ..... 1 Poco adecuado ..... 2 Inadecuado ..... 3								
<b>5.1.1 ¿En los ultimos 03 meses el establecimiento de salud le atendio consultas referentes a rayos x , ecografia, ?</b> Si lo atendeieron ..... 1 5.1.1 No le atendieron .....2 <b>Si no le atendieron cual fue el motivo /razón:</b> Por falta de equipos medicos ..... 1 Pasar a 6 Por deterio en los equipos medico .....2 No fue necesario/no fue prescrito .....3 Otros especifique ..... 4	<b>7.1.3 ¿Quién lo atendió en el moduloCRED?</b> Médico..... 1 Obstetriz..... 2 Enfermera..... 3 Técnico de enfermería..... 4 No sabe..... 5 Otro..... 6								
<b>5.1.2 ¿El tiempo utilizado en el modulo de Rayos X fue?</b> Adecuado ..... 1 Poco adecuado.....2 Inadecuado.....3	<b>7.1.4 ¿Como calificaría la atención en CRED, en el Establecimiento de Salud?</b> Bueno ..... 1 Regular ..... 2 Malo..... 3 No aplica ..... 4								
<b>5.1.3 ¿Como calificaría la atención en el modulo de Rayos X?</b> Bueno ..... 1 Regular ..... 2 Malo ..... 3 No aplica.....4	<b>8. OTRAS RAZONES DE INASISTENCIA AL ES.</b>								
	<b>8.1.1 ¿En alguna visita al establecimiento de salud , usted se ha sentido maltratado por el personal de salud?</b> No ..... 1 Pase a 8.1.3 SI..... 2  Algunas veces..... 1 Siempre ..... 2								

<p><b>8.1.2 ¿Cuál cree usted, la razón de los maltratos en los ES?</b></p> <p>Ser pobre..... 1</p> <p>Ser quechua hablante..... 2</p> <p>Raza indígena ..... 3</p> <p>Condiciones de higiene ..... 4</p> <p>Otros ..... 5</p> <p>Especifique.....</p>	<p><b>8.1.7 ¿Según usted, con qué frecuencia ocurre los errores en el registro?</b></p> <p>Ocasionalmente..... 1</p> <p>Con poca frecuencia..... 2</p> <p>Con mucha frecuencia ..... 3</p>
<p><b>8.1.3 ¿Por qué acude al establecimiento de salud?</b></p> <p>Para no ser suspendida del programa ..... 1</p> <p>Le exigieron asistir ..... 2</p> <p>Se preocupa por su salud y/o del niño..... 3</p> <p>otros..... 4</p> <p>Especifique,.....</p>	<p><b>8.1.8 ¿Usted considera como una alternativa para su salud la atención de parteras y curanderos</b></p> <p>Si..... 1 Pase a 8.1.11</p> <p>No..... 2 Fin de encuesta</p>
<p><b>8.1.4 ¿Usted alguna vez fue suspendida del Programa Juntos?</b></p> <p>No ..... 1 Pase a 8.1.08</p> <p>Si ..... 2</p> <p><b>¿Por qué motivos?</b></p> <p>Incumplir las condiciones del programa ..... 1 Pase a 8.1.5</p> <p>Por errores en el registros ..... 2 Pase a 8.1.6</p> <p>Otros, especifique ..... 3</p>	<p><b>8.1.9 ¿Usted acudio a una partera o curandero para versu embarazo o salud de su hijo?</b></p> <p>Siempre acude ..... 1</p> <p>Algunas veces acude ..... 2</p> <p>No acude..... 3</p>
<p><b>8.1.5 ¿Por qué incumple las condiciones del programa?</b></p> <p>Labores agropecuarias ..... 1</p> <p>Labores domesticas ..... 2</p> <p>Maltratos en el EE SS ..... 3</p> <p>Dificultades en el traslado ..... 4</p> <p>Por la demora en la atención ..... 5</p> <p>otros, especifique ..... 6</p> <p style="text-align: right;">Pasae a 8.1.08</p>	<p><b>8.1.10 ¿Por qué acude?</b></p> <p>Por costumbre/creencia ..... 1</p> <p>Atienden mejor que en el centro de salud..... 2</p> <p>Por que cuesta menos la atención ..... 3</p> <p>Soluciono su embarazo y los males del niño ..... 4</p> <p>Falta de disponibilidad del tiempo..... 5</p> <p>Esta mas cerca que a los centros de salud..... 6</p> <p>Por recomendación..... 7</p> <p>Otro, especifique..... 8</p>
<p><b>8.1.6 ¿Por qué cree usted que existen errores en el registro?</b></p> <p>Por descuido del personal de juntos en la actualización ..... 1</p> <p>No reporto la usuaria información oportunamente al gestor de Juntos..... 2</p> <p>Por descuido en el registro en los ES ..... 3</p> <p>Por pugnas dentro del grupo de beneficiarios ..... 4</p> <p>otros,..... 5</p>	<p><b>8.1.11 ¿La partera o el curandero le ayudia a mejorar su salud y de su hijo?</b></p> <p>Le ayudo mucho ..... 1</p> <p>Le ayudo poco ..... 2</p> <p>No le ayudo ..... 3</p>

## Disponibilidad de Recursos Humanos y Oferta de servicios de Salud



Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre Establecimiento de salud \_\_\_\_\_ Comunidad \_\_\_\_\_

Nivel de categorización: \_\_\_\_\_

Personal entrevistado: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Recursos humanos (Colocar tipo de profesión)	Condición laboral							Encuesta N°				
	N° de horas laborales											
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5

Servicios / Prestaciones	Se ofrece el servicio en el establecimiento		Condición de los servicios		
	1 Si	2 No	1 bueno, 2 regular, 3 malo		
<b>Para la Atención Neonato-Infantil</b>					
1. Incubadora	1	2	1	2	3
2. Cunas	1	2	1	2	3
3. Cobijas para RN	1	2	1	2	3
4. Estetoscopio pediátrica	1	2	1	2	3
5. Balón de oxígeno	1	2	1	2	3
6. Cred Kitt	1	2	1	2	3
7. Balanzas pediátricas	1	2	1	2	3
8. Tallímetros	1	2	1	2	3
9. Sistema para cadena de frío	1	2	1	2	3
10. Termos de refrigeración	1	2	1	2	3
11. Refrigerador	1	2	1	2	3
12. Material educativo	1	2	1	2	3
13. Refrigerador	1	2	1	2	3
<b>Mobiliario</b>					
1. Sala de espera	1	2	1	2	3
2. Consultorios	1	2	1	2	3
3. Urgencias	1	2	1	2	3
4. Hospitalización	1	2	1	2	3

Vacunas	Presentación en dosis				¿Existe stock?		¿Porque no lo tiene?			
	x 50	x 20	x 10	x 5	1 Si	2 No	1	2	3	4
(1). Vacuna Antiamarilica					1	2	1	2	3	4
(2). Vacuna Antihepatitis B					1	2	1	2	3	4
(3). Vacuna Antipoliomielítica					1	2	1	2	3	4
(4). Vacuna Antisarampionosa					1	2	1	2	3	4
(5). Vacuna Antiparotiditis, rubéolo, sarampión					1	2	1	2	3	4
(6). Vacuna contra sarampión, rubéola					1	2	1	2	3	4
(7). Vacuna Antitetánica					1	2	1	2	3	4
(8). Vacuna BCG					1	2	1	2	3	4
(9). Vacuna contra H. Influenzae Tipo B					1	2	1	2	3	4
(10). Vacuna DPT					1	2	1	2	3	4
(11). Vacuna Pentavalente					1	2	1	2	3	4

Servicios / Prestaciones	Se ofrece el servicio en el establecimiento		Condición de los servicios 1 bueno, 2 regular, 3 malo		
	1 Si	2 No			
<b>Para la Atención a la Madre</b>					
1. Sala gineco obstetricia	1	2	1	2	3
2. Camilla ginecológica	1	2	1	2	3
3. Equipo de atención de parto	1	2	1	2	3
4. Equipo de legrado	1	2	1	2	3
5. Espéculos	1	2	1	2	3
6. Pinzas PAP	1	2	1	2	3
7. Tensiómetro	1	2	1	2	3
8. Estetoscopio	1	2	1	2	3
9. Balanza adulto	1	2	1	2	3
10. Equipo ecográfico	1	2	1	2	3
11. Agujas descartables N° 18	1	2	1	2	3
12. Esparagrapo	1	2	1	2	3
13. Gasa estéril	1	2	1	2	3
14. Guantes quirúrgicos 6.5	1	2	1	2	3
15. Jábón Líquido frasco	1	2	1	2	3
16. Jeringas descartables 3 ml	1	2	1	2	3
17. Láminas porta objetos	1	2	1	2	3
18. Máscaras para oxígeno	1	2	1	2	3
19. Pañal descartable (para la madre)	1	2	1	2	3
20. Sonda de aspiración 6F	1	2	1	2	3
<b>Mobiliario</b>					
1. Sala de espera	1	2	1	2	3
2. Consultorios	1	2	1	2	3
3. Urgencias	1	2	1	2	3
4. Hospitalización	1	2	1	2	3
<b>Atención hospitalaria</b>					
1. Historia clínica	1	2	comentario		
2. Hospitalización diaria	1	2			
3. Reposo	1	2			
<b>Enfoque intercultural</b>					
1. Propuesta de adecuación cultural	1	2	comentario		
2. Casa de espera	1	2			
3. Adecuación cultural parto	1	2			
4. Uso medicina tradicional	1	2			



FICHA DE PERCEPCION PERSONAL DE SALUD

Número de encuesta

Fecha : ...../...../.....

Nombre del establecimiento de salud:

Nombre del profesional de salud: \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

Tipo de personal: Medico  Obstetriz  Enfermera  Tecnico

Cuanto tiempo viene laborando en el establecimiento de salud: años  meses

1. ¿En su opinión las condicionalidades en salud del programa Juntos (atención CRED, madres gestantes), contribuyen en la salud del niño y la madre? ¿De que forma?

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

2. ¿En su opinion las usuarias del programa Juntos conocen con claridad las condicionalidades en salud?

si concen 1 ¿Cómo Cuales?

.....  
.....

No Conocen 2 ¿Por qué crees que no conocen?

.....  
.....

3. Según su percepcion y experiencia ¿cuales pueden ser las cuasas de inasistencia a los servicios en salud?

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

4. ¿Cómo calificaria al establecimiento de salud donde labora, en los aspectos que se detallan líneas abajo, para atender a lo y/o madres? Bueno 1, Malo 2, Regular 3

- a) infraestructura 1 2 3 ¿Por qué?.....
- b) Equipamiento 1 2 3 ¿Por qué?.....
- c) Medicamentos 1 2 3 ¿Por qué?.....
- d) Personal 1 2 3 ¿Por qué?.....
- e) presupuesto 1 2 3 ¿Por qué?.....

5. ¿Usted considera que necesita mas capacitacion y apoyo institucional para el desempeño de su función? ¿Porqué?

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

6. ¿En que campos requiere el apoyo institucional? ¿Porqué?

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

7. ¿En relacion a la salud en que aspectos coordina con los responsables del programa juntos?

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



**8. ¿Según su percepción, qué otros actores se preocupan y coordinan sobre las corresponsabilidades en salud?**

¿De que forma, o en que aspectos de la corresponsabilidad se preocupan?

a) Autoridades comunales 1 .....

b) Gobierno local 2 .....

c) ONG's 3 .....

d) Otros programas 4 .....

e) Otros especifique 5 .....

---

**9. ¿En su opinion los actores locales participan en el acompañamiento/monitoreo de las corresponsabilidades en salud?**

¿Quiénes participan? ¿De que forma participan?

.....

.....

.....

.....

.....

---

**10. ¿El establecimiento donde labora realiza seguimiento a las unidades del programa Juntos sobre la información que procesa en relación a las condicionalidades en salud?**

Si realizan ..... 1 No realizan ..... 2

¿En que consiste el seguimiento?

.....

¿Es eficiente o no el seguimiento el trabajo que realizan los gestores del programa? ¿Por qué?

.....

¿Qué se requiere para que sea eficiente?

.....

.....

.....

---

**11. ¿Qué deficiencias encuentra en el programa Juntos, sobre el cumplimiento de las condicionalidades en salud?**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**12. ¿Qué recomendaciones haría al programa Juntos para mejorar el cumplimiento de las condicionalidades en salud?**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**13. ¿Qué recomendaciones haría al centro de salud donde labora, para mejorar el cumplimiento de las condicionalidades en salud?**

.....

.....

.....

.....

.....

# ENCUESTA A ACTORES LOCALES



DEPARTAMENTO : ..... PROVINCIA : ..... N°

DISTRITO : ..... CENTRO POBLADO : .....

COMUNIDAD : ..... Fecha : ...../...../.....

NOMBRE : ..... CARGO : .....

## I. PARTICIPACION DE LOS ACTORES LOCALES

<p><b>1. ¿Tienen conocimiento sobre la existencia del programa Juntos en su distrito?</b></p> <p>SI..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>Desconoce..... 3</p>	<p><b>8. ¿Participa/Acompaña a los Gestores en el monitoreo de las corresponsabilidades en salud?</b></p> <p>1 Si participa                      2 No participa</p> <p>¿Por que?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>2. ¿Según su percepción, en su distrito existe una articulación entre los sectores involucrados para ver el cumplimiento de corresponsabilidades en salud?</b></p> <p>SI..... 1      Pase a 3</p> <p>No..... 2      Pase a 4</p> <p>Desconoce..... 3</p>	<p><b>9. ¿En su opinión, a qué atribuye el incumplimiento de las corresponsabilidades de las madres en salud?</b></p> <p>Tiene que atender a su familia..... 1</p> <p>Tiene que trabajar (pastoreo y agricultura)..... 2</p> <p>Costo de medicamentos..... 3</p> <p>Maltratos en el ES..... 4</p> <p>Perdida de tiempo..... 5</p> <p>Otros, especifique..... 6</p>
<p><b>3. ¿Que acciones articulan?, ¿quienes participan?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>10. ¿Que sugerencias daría usted al programa Juntos para mejorar el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud por parte de las usuarias?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>4. ¿Por qué cree que no articulan?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>11. ¿Que sugerencias daría usted al Establecimiento de salud para mejorar el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud por parte de las usuarias?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>5. ¿Participa usted, en las reuniones de coordinaciones que realiza el programa Juntos?</b></p> <p>SI..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>¿Por que?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>12. ¿Que sugerencias darías a los otros actores locales (Municipalidad, ONGs, Dirigidos, Programas sociales, etc.) para mejorar las corresponsabilidades en salud?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>6. ¿Según su percepción estas reuniones contribuyeron a la eficiencia del programa Juntos?</b></p> <p>SI bastante..... 1</p> <p>SI poco..... 2</p> <p>No contribuye en nada..... 3</p> <p>¿Por que?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>7. ¿Para usted, Cuales son las condicionalidades del programa Juntos en salud?</b></p> <p>Control CRED..... 1</p> <p>Control Pre y Post parto..... 2</p> <p>Nutrición..... 3</p> <p>Planificación familiar..... 4</p> <p>Todas anteriores..... 5</p> <p>Otros..... 6</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ENCUESTA A GESTORES LOCALES DEL PROGRAMA JUNTOS



DEPARTAMENTO : ..... PROVINCIA : .....  
 DISTRITO : ..... CENTRO POBLADO : .....  
 COMUNIDAD : ..... FECHA : .....  
 NOMBRE DEL GESTOR : ..... Tiempo que viene laborando: Años  Meses

N°	Recursos humanos (Colocar tipo de profesión)	Condición laboral		N° de días de permanencia en el distr.			N° de días de permanencia sede.	
		1 CAS	2 Otros: Especificar	1 7 días	2 15 días	3 18 a 20 días	1 5 días	2 10 días
1		1	2	1	2	3	1	2
2		1	2	1	2	3	1	2
3		1	2	1	2	3	1	2
4		1	2	1	2	3	1	2
5		1	2	1	2	3	1	2
6		1	2	1	2	3	1	2
7		1	2	1	2	3	1	2
8		1	2	1	2	3	1	2
9		1	2	1	2	3	1	2
10		1	2	1	2	3	1	2

II. Disponibilidad de recursos.

N°	Descripción	Cuenta en los recurso asignados a su distrito		N° Total de bienes asignados año 2012
		1 Si	2 No	
1	Camioneta	1	2	
2	Motocicleta	1	2	
3	Combustible	1	2	
4	Vialicos (transporte, alimentación, otros)	1	2	
5	Computadora	1	2	

6	Data show	1	2	
7	Acceso a Internet	1	2	
8	Otros (especificar)	1	2	
1. ¿Que tipos de establecimientos de salud existe en el distrito para la atención a las usuarias del programa Juntos?		9. ¿Qué tipo de verificación realizan en los establecimientos de salud?		
Puestos de Salud ..... 1		Control CRED ..... 1		
Centro de Salud ..... 2		Control Pre y post natal ..... 2		
Red de salud ..... 3		Planificación Familiar ..... 3		
		Otros ..... 4		
2. ¿Cuál es el nivel de coordinación con los actores locales?		Especificar		
Muy insatisfecho ..... 1		10. ¿Qué tipo de dificultades tienen al realizar las verificación de las corresponsabilidades en los establecimientos de salud?		
Insatisfecho ..... 2		La accesibilidad a los establecimientos de salud ..... 1		
Ni insatisfecho, Ni satisfecho ..... 3		Tiempo limitado para realizar las corresponsabilidades ..... 2		
Satisfecho ..... 4		Desactualización del sistema intranet ..... 3		
Muy satisfecho ..... 5		Retraso en la recepción de los formatos ..... 4		
¿Por que?		Otros ..... 5		
3. ¿Cuál es el nivel de coordinación con el personal de los establecimientos de salud?		11. Según su experiencia en verificaciones ¿Qué tipo de suspensión tiene mayor incidencia en las usuarias del programa Juntos?		
Muy insatisfecho ..... 1		Suspensiones temporales ..... 1		
Insatisfecho ..... 2		Suspensiones cancelatoria ..... 2		
Ni insatisfecho, Ni satisfecho ..... 3				
Satisfecho ..... 4				
Muy satisfecho ..... 5				
¿Por que?		12. De acuerdo a las verificaciones ¿Qué factores insiden en las suspensiones temporales o cancelatorias a las usuarias del programa Juntos?, mencione:		
4. ¿Según su experiencia, como organizan las reuniones de capacitación a las usuarias sobre las corresponsabilidades en salud?				
Realizan reuniones comunales descentralizadas ..... 1				
Realizan reuniones centralizadas ..... 2				
Realizan Reuniones grupales ..... 3				
Otros especifique ..... 4				
5. ¿Cada que tiempo convocan a las reuniones de capacitación a las usuarias?		13. ¿Qué deficiencias encuentra en los proceso de seguimiento y verificación el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud?		
Mensual ..... 1 Cuantas veces				
Bimestral ..... 2 Cuantas veces				
Trimestral ..... 3 Cuantas veces				
Otros, especifique ..... 3 Cuantas veces				
6. ¿Según su experiencia, el nivel de participación de las usuarias en las reuniones de capacitación sobre las corresponsabilidades en salud, es?		14. ¿Qué recomendaciones haría al programa Juntos para mejorar el seguimiento de las corresponsabilidades en salud?		
Todos participan al 100% ..... 1				
La mayoría participa 80% a 90% ..... 2				
La participación es baja menor a 70% ..... 3 Pase a 7				
7. ¿Por qué cre usted, que no participan las usuarias del programa?		15. ¿Qué recomendaciones al establecimiento de salud para mejorar el seguimiento de las corresponsabilidades en salud?		
No tienen tiempo ..... 1				
La hora fijada no les favorece ..... 2				
La dispersión poblacional ..... 3				
Por salud ..... 4				
Por viaje ..... 5				
Por actividad agrícola ..... 6				
8. En la capacitaciones/reuniones ¿sobre que temas tratan?				
Solo temas relacionado a las corresponsabilidades en salud (embarazo y CRED) ..... 1				
Acompañamiento y vigilancia a los objetivos del programa ..... 2				
Suspensiones por corresponsabilidad ..... 3				
Otros ..... 4				



Encuesta a personal del Programa Juntos - 2014



Encuesta a usuaria de la comunidad de Putacca - 2014



Centro de Salud de Vinchos - 2014



Encuesta a personal de Salud CS. Vinchos - 2014



Puesto de Salud de Paccha - 2014



Encuesta a usuaria de la comunidad de Arizona - 2014

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALCÁZAR, Lorena

2009 El gasto público social frente a la infancia Análisis del Programa Juntos y de la oferta y demanda de servicios asociadas a sus condiciones, GRADE- Perú

[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_infojuntos/datos/docs/5.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_infojuntos/datos/docs/5.pdf)

Álvaro Monge y Laís Grey

2017 Balance de la política social para el periodo 2011-2016. Retos 2016-2021; CIES - Perú.

<http://cies.org.pe/sites/default/files/files/E-book/Balance%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20social%20periodo%202011-2016%20OK.pdf>

ARRIAGADA, Irma y MATHIVET, Charlotte

2007 Los programas de alivio a la pobreza Puente y Oportunidades. Una mirada desde los actores. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 134.

[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6138/S0700331\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6138/S0700331_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

ARCOS PALMA, Oscar

2008 Territorial: Teorías y Enfoques de Desarrollo, Escuela Superior de Administración Pública, Bogotá Colombia

<http://www.esap.edu.co/portal/wp-content/uploads/2017/10/5-Teorias-y-Enfoques-del-Desarrollo.pdf>

ARROSPIDE, Mario Alfredo

2009 Informe Final: Presupuesto Público Evaluado: Programa Nacional de Apoyo Directo a Los Más Pobres "JUNTOS". Perú

[www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/ppr/eval\\_indep/2008\\_caratula\\_juntos.pdf](http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/eval_indep/2008_caratula_juntos.pdf)

BADILLO SALGADO, Ana L.

2011 Tesis: El Efecto Asociado de la Condicionalidad del Bono de Desarrollo Humano del Ecuador en la Salud y Desarrollo Infantil. Facultad Latinoamericana de Ciencias Políticas -Ecuador  
<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/3249/1/TFLACS-O-2011ALBS.pdf>

BEHRMAN, Jere R.; SENGUPTA, Piyali y PETRA Todd

2005 PROGRESA: An Impact Assessment of a School Subsidy Experiment in Rural; Mexico. Chicago: The University of Chicago.

BRUNETTI, Vicente

2011 Rompiendo el círculo de la pobreza: Programa de Transferencias Monetarias con Corresponsabilidades (TMC). Secretaria de Acción Social de Paraguay- UNICEF

BOYD, Chris - Instituto de Estudios Peruanos

2014 Cambios en el comportamiento financiero a partir de un Programa Piloto de Educación Financiera en Perú. Evidencia de la evaluación del Programa Piloto 'Promoción del Ahorro en Familias JUNTOS. Proyecto capital; En Breve Número 48  
[file:///C:/Users/DELL/Downloads/en%20breve%2048%20-20chris%20boyd%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/en%20breve%2048%20-20chris%20boyd%20(2).pdf)

CANCHO DIEZ, César

2006 Buscando alternativas para la superación de la pobreza: Estimación de impactos de un Programa de Transferencias Condicionadas en el Perú, GRADE Lima  
<http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/1328/Buscando%20alternativas%20para%20la%20superaci%C3%B3n%20de%20la%20pobreza.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

COHEN, Ernesto, Franco Rolando

2006 "Transferencias con Corresponsabilidad: Una Mirada Latinoamericana" México: SIDESOL.  
[http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/shared/biblio\\_view.php?bibid=103751&tab=opac](http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/shared/biblio_view.php?bibid=103751&tab=opac)

CORREA, Norma

- 2009 "Programas de Transferencias Condicionadas: Aportes para el debate público" Revista de Economía y Sociedad CIES-Perú.  
<https://es.scribd.com/document/32780290/Programas-de-transferencias-condicionadas-aportes-para-el-debate-publico>

CORREA ASTE, Norma y ROOPNARAINÉ, Terry

- 2013 Pueblos Indígenas Programa de Transferencias Condicionadas Perú; Estudio etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú, PUCP - Lima  
<http://departamento.pucp.edu.pe/ciencias-sociales/files/2013/11/Pueblos-Indigenas-y-Juntos-Peru-16.pdf>

CORINA, Rodríguez.

- 2011 Mujer y Desarrollo: Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina?. Chile; Serie-109  
<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5836/S1100854es.pdf?sequence=1>

CRUZ FANO, Alejandro

- 2009 Diseño Operacional de la Verificación de Corresponsabilidades de las Familias en el Programa JUNTOS, Perú.  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/consultorias\\_JUNTOS\\_-2009.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/consultorias_JUNTOS_-2009.pdf)

DAS, Jishnu; QUY-TOAN, Do y ÖZLER, Berk

- 2005 Reassessing Conditional Cash Transfer Programs. Oxford: Oxford University Press.  
<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/16405/767490JRN0WBRO00Box374387B00PUBLIC0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- EVANS, Judith L. y MYER, Robert G.  
1996 Practicas de crianza; "Creando programas donde las tradiciones y las practicas modernas se encuentra" Universidad del Valle Venezuela.  
<http://observatorio.unillanos.edu.co/portal/archivos/74Prcticas%20de%20crianza.pdf>
- FISZBEIN Ariel y SCHADY Norbert  
2009 Transferencias monetarias condicionadas, Reducción de la pobreza actual y futura, informe del banco mundial sobre investigaciones relativas a las políticas de desarrollo. Banco Mundial-Washington.  
<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2597/4/76030PUB0SPAN1h0Transfers10Spanish.pdf?sequence=6>
- FRANCKE, Pedro y MENDOZA, Armando  
2006 Perú Programa Juntos 2006. p.404.  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/Cap200920PERU20PROGRAMA20JUNTOS.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/Cap200920PERU20PROGRAMA20JUNTOS.pdf)
- GRUENBERG, Christian y PEREYRA Victoria  
2009 "El clientelismo en la gestión de programas sociales contra la pobreza", *Documento políticas públicas y análisis*, N° 60, Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC)  
<https://es.scribd.com/document/57142375/Enfoque-d-Ederechos-y-Clientelismo>
- HENRÍQUEZ, José A.  
2009 Análisis Institucional del Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS"  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/consultorias\\_JUNTOS\\_-2009.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/consultorias_JUNTOS_-2009.pdf)



HERRERA RUIZ, Sandra E.

- 2011 Las buenas prácticas de las familias en la crianza de los niños y niñas ixiles Asociación para el Desarrollo Integral y multidisciplinario Unicef-Guatemala  
[http://wikiguate.com.gt/w/images/6/6d/Las\\_Buenas\\_Practicas\\_Crianza\\_Familias\\_Ixiles.pdf](http://wikiguate.com.gt/w/images/6/6d/Las_Buenas_Practicas_Crianza_Familias_Ixiles.pdf)

GOMEZ ALVARES, David

- 2009 Candados y contrapesos. La protección de los programas, políticas y derechos sociales en México y en América Latina. Edición Guadalajara - CLASCO.  
[http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/cip-iteso/20170516053013/pdf\\_1402.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/cip-iteso/20170516053013/pdf_1402.pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA - INEI

- 2008 Perú: Perfil de la Pobreza por departamentos, 2005-2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

- 2011 Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2010.

JARAMILLO BAANANCE, Miguel y SÁNCHEZ, Alan

- 2011 Impacto del Programa Juntos sobre nutrición temprana. BCR-Perú.  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/Impacto.juntos.nutrici%F3n.BCR.GRADE.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/Impacto.juntos.nutrici%F3n.BCR.GRADE.pdf)

JONES, Nicola y VARGAS, Rosa

- 2006 "Transferencias Condicionadas de Efectivo en el Perú: Muchas Dimensiones de la Pobreza y la Vulnerabilidad de la Infancia" Nueva York.  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/Infancia.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/Infancia.pdf)

LATHAM, Michael C.

1997 Human Nutrition in the Developing World. Roma: FAO, Food and Nutrition Series N°. 29.  
<file:///C:/Users/DELL/Downloads/Human%20nutrition%20in%20the%20developing%20world.pdf>

LLANOS ZAVALAGA, Fernando

2008 Brechas en Salud referidas a las condicionalidades del Programa JUNTOS, en la región Apurímac CARE-Perú:  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/CAREBrechas-de-salud-Apurimac.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/CAREBrechas-de-salud-Apurimac.pdf) 2013.

LIZARZABURU T, Pedro

2008 Implementación del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos”. Evaluación de Proyectos PENUD-Perú.  
[file:///C:/Users/DELL/Downloads/Evaluaci%C3%B3n\\_Proyecto\\_Implementaci%C3%B3n\\_Juntos\\_Informe\\_Final.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/Evaluaci%C3%B3n_Proyecto_Implementaci%C3%B3n_Juntos_Informe_Final.pdf)

LÓPEZ PARDO, Cándido M.

2007 Revista cubana de Salud Publica Vol. 33 Numero N° 04  
Universidad de La Habana - Cuba  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000400003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400003)

LUDWIG, Huber; ZÁRATE, Patricia; DURAND, Anahí; MADALENGOITIA, Óscar y MOREL, Jorge.

2009 Informe Final; Programa JUNTOS: Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas - Estudio de caso en 6 distritos rurales - IEP Instituto de Estudios Peruanos.  
<http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Programa-Juntos-Certezas-y-malentendidos-en-torno-a-las-transferencias-condicionadas.pdf>

LUDWIG, Huber; MADALENGOITIA, Oscar y TRIVELLI Carolina.

2008 Análisis de la implementación del Programa JUNTOS en Apurímac, Huancavelica y Huánuco, Informe de consultoría Instituto de Estudios Peruanos -Lima  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_infojuntos\\_V1/docs/76.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_infojuntos_V1/docs/76.pdf)

MARÍA DE LOURDES FLORES, Alonso

- 2002 La Medición de la Pobreza en México. Centro de estudios Sociales y Opinión Pública, Núm. 01 México.  
<file:///C:/Users/DELL/Downloads/PB1004%20La%20medicion%20de%20la%20pobreza%20en%20Mexico.pdf>

MENDOZA SUMOZA, Anubis Alejandra

- 2013 Psicología para América Latina; Estilos de crianza parental percibidos en la infancia como factores de predisposición motivacional. Universidad Arturo Michelena, Valencia-Venezuela.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2013000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2013000100002)

MINISTERIO DE SALUD – Perú.

- 2006 Proyecto N T N° 0021- MINSa / DGSP V.02 Categorías de establecimientos de sector salud.V.02, aprobado con RM N° 980 - 2006/MINSa. Perú Consulta: 20 de febrero 2014.  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/servicios/PNCEV02.pdf>

MINISTERIO DE SALUD –Perú.

- 2006 Capítulo II Mejorando la Capacidad Resolutiva en la Atención de Salud Materna. MINSa-Perú  
[http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168\\_maternidad-2.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/168_maternidad-2.pdf).

MOGROVEJO, Rodrigo J.

- 2010 Tesis: Las Políticas Educativas en Bolivia como Estrategias de Lucha contra la Pobreza Diversidad de Enfoques e Influencia de la Cooperación Internacional. Universidad de Vasco, Bilbao-España.  
[http://cebem.org/cmsfiles/publicaciones/Tesis\\_doctoral\\_Rodrigo\\_Mogrovejo.pdf](http://cebem.org/cmsfiles/publicaciones/Tesis_doctoral_Rodrigo_Mogrovejo.pdf)

## NACIONES UNIDAS

2009 Cuestionario sobre la protección social de las personas mayores dirigido a los Gobiernos por la Experta Independiente sobre la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza- ONU.  
<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/socialprotection/CuestionarioES20noviembre.pdf>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)  
2011 Seguridad Alimentaria y Nutricional Conceptos Básicos; Programa Especial para la Seguridad Alimentaria - PESA - Centroamérica Proyecto Food Facility - Honduras  
<http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>

PNUD, PMA-Perú.

2010 Mapa de Vulnerabilidad a la Desnutrición Crónica Infantil desde la Perspectiva de la Pobreza, 2010". Programa Mundial de Alimentos Lima-Perú. Consulta: 24 de febrero 2014.  
[http://es.wfp.org/sites/default/files/parte\\_1.pdf](http://es.wfp.org/sites/default/files/parte_1.pdf)

PUCP - MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL

2010 Métodos y técnicas de investigación en Gerencia Social. Material de enseñanza. Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú, PUCP virtual. Perú

PARI Baumann, Marta BRUNO, Dervla CLEARY

2004 Aplicación de estrategias de desarrollo enfocadas hacia las personas en el ámbito de la FAO Algunas enseñanzas prácticas. FAO-ONU.  
<http://www.fao.org/docrep/007/j3137s/j3137s00.htm>

PARDO, Marcia

2003 Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en América Latina. Estudios estadísticos prospectivos- Serie N° 20. Santiago de Chile.  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4731/S0305278\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4731/S0305278_es.pdf?sequence=1)

- PEROVA, Elizaveta y RENOS, Vakis  
2011 Más tiempo en el programa, Mejores resultados: Duración e Impacto del Programa Juntos en el Perú.  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_infojuntos\\_V1/docs/142.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_infojuntos_V1/docs/142.pdf)
- PHILLIPPE Leite, AMBAR Narayan and EMMANUEL Skoufias.  
2011 How Do Ex Ante Simulations Compared with Ex Post Evaluations? Evidence from the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. Policy Research Working, Paper 5705  
<http://documents.worldbank.org/curated/en/425041468281931694/pdf/WPS5705.pdf>
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
2011 Sostenibilidad y Equidad: Un mejor futuro para todos. Informe sobre Desarrollo Humano  
[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2011\\_es\\_complete.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_es_complete.pdf)
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Perú  
2006 Apreciación sustantiva del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos”.  
<file:///C:/Users/DELL/Downloads/InformeFinal00047444JuntosB.pdf>
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
2010 Guatemala: Hacia un Estado para el desarrollo humano Informe Nacional de Desarrollo Humano 2009-2010  
[http://desarrollohumano.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/INDH\\_2009-2010\\_1.pdf](http://desarrollohumano.org.gt/wp-content/uploads/2016/04/INDH_2009-2010_1.pdf)
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
2015 Informe sobre Desarrollo Humano 2015; Trabajo al servicio del desarrollo humano Nueva York  
[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2015\\_report\\_sp.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2015_report_sp.pdf)
- Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS.  
2012 Informe de gestión institucional 2011.

Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS.

2011 Resolución Ejecutiva N° 053-2010 PCM/PNADP-DE “Directiva del Proceso de Corresponsabilidades en los Servicios de salud Nutrición y Educación”.

Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS.

2011 Resolución Ejecutiva N° 042-2013 MIDIS/PNADP-DE “verificación del Cumplimiento de Corresponsabilidades”.

Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS.

2011 Resolución Ejecutiva N° 046-2011 PCM/PNADP-DE “Proceso de la Evaluación de la Oferta de Servicios de salud Nutrición e Educación”.

Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS

2006 Manual de Procedimientos de los Sistemas Estratégicos y del Soporte Administrativo Documento de trabajo.

Programa de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS

2009 Antecedentes, Avances y Resultados de Evaluación - Síntesis - Documento elaborado en el marco de la Asistencia Técnica del Banco Mundial al Programa Juntos.

[https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol\\_econ/documentos/SINTESIS\\_PROGRAMA\\_JUNTOS\\_MAR30.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/SINTESIS_PROGRAMA_JUNTOS_MAR30.pdf)

Programa Mundial de Alimentos

2009 Estudio para determinar el sistema de aplicación de Transferencia Condicionada de Efectivo o Cupones en Proyectos del Programa Mundial de Alimentos (PMA) las Naciones Unidas.

[http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison\\_offices/wfp203918.pdf](http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp203918.pdf)

RACZYNSKI, Dagmar

2001 Focalización de programas sociales: lecciones de la experiencia chilena. Consulta: 23 de febrero del 2014.

[http://cieplan.cl/media/publicaciones/archivos/15/Capitulo\\_10.pdf](http://cieplan.cl/media/publicaciones/archivos/15/Capitulo_10.pdf)

- RAWLINGS, Laura y RUBIO, Gloria  
2003 “Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. Lessons from Latin America”. Nueva York: World Bank, Policy Research Working Paper 3119.  
[http://www1.worldbank.org/prem/poverty/ie/dime\\_papers/195.pdf](http://www1.worldbank.org/prem/poverty/ie/dime_papers/195.pdf)
- REVISTA PERUANA DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA  
S/F Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú Consulta 13 de febrero del 2014  
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/377/2496>
- ROBLES FARÍAS, Claudia; CECCHINI, Simone y FILGUEIRA, Fernando  
2014 Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe; Una Perspectiva Comparada - Serie 202. CEPAL-Chile.  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36831/1/S2014250\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36831/1/S2014250_es.pdf)
- ROBLES, Claudia  
2009 Pueblos indígenas y programas de transferencias con corresponsabilidad. Avances y desafíos desde un enfoque étnico. Políticas Sociales – Serie 156 CPAL-Chile.  
<http://www20.iadb.org/intal/catalogo/PE/2010/05646.pdf>
- RUIZ, Rómulo Gustavo  
2015 Prácticas Laborales y Derechos de los Trabajadores en la Sociedad del Siglo XXI. Crónicas Globales  
<http://cronicasglobales.blogspot.pe/2015/03/practicas-laborales-y-derechos-de-los.html>
- SADOULET, Elisabeth y DE JANVRY, Alain  
2004 “Making Conditional Cash Transfer Programs More Efficient”. Department of Agricultural & Resource Economics, UCB. Working Paper 989.  
<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/25009/1/wp040989.pdf>

Salud Integral Incluyente - Navarra

S/F La salud es un derecho, no un privilegio Medicus Mundi Navarra.  
Consulta: 11 de marzo.14.  
<http://www.saludintegralincluyente.Com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>.

SEGOVIA MEZA, Gualberto

S/F Estudio de evaluación: Efectos del Programa Juntos en la economía local de las zonas rurales a cinco años de intervención en las Regiones Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Huánuco.  
<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Efectos-del-Programa-Juntos-en-la-economia-local-de-las-zonas-rurales.pdf>

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL - México

2002 Medición de la pobreza Variantes metodológicas y estimación preliminar. Comité Técnico para la Medición de la Pobreza Serie: Documentos de Investigación 1 México. Consulta: 20 de enero del 2014  
[http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/biblioteca\\_file/CTMPjulio2002.pdf](http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/biblioteca_file/CTMPjulio2002.pdf)

SIMONE, Cecchini y MARTÍNEZ, Rodrigo.

2011 Protección social inclusiva en América Latina: Una mirada integral, un enfoque de derechos, Condicionados. CEPAL-Chile.  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/S2011914\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/S2011914_es.pdf?sequence=1)

SIMONE Cecchini y MADARIAGA Aldo.

2014 PTC; Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe, Publicación de las Naciones Unidas, CEPAL-Chile.  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27854/S2011032\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27854/S2011032_es.pdf)



SKOUFIAS, Emmanuel

- 2001 Progress and Its Impacts on the Human Capital and Welfare of Households in Rural Mexico: A Synthesis of the Results of an Evaluation by IFPRI. Washington: IFPRI.  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/S2011914\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/S2011914_es.pdf?sequence=1)

VARGAS MACHUCA GUERRERO, Elizabeth

- 2014 Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los Pilares de Gestión del Programa JUNTOS. Maestría en gerencia Social, Pontificia Universidad Católica del Perú –Lima.  
[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5801/MACHUCA\\_GUERRERO\\_ELIZABETH\\_CORRESPONSABILIDAD\\_JUNTOS.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5801/MACHUCA_GUERRERO_ELIZABETH_CORRESPONSABILIDAD_JUNTOS.pdf?sequence=1)

VARGAS WINSTANLEY, Silvana

- 2011 Mejorando el diseño e implementación del Programa JUNTOS 2008-2010. PCM-Perú.  
[http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod\\_legal/archivos/Mejorando\\_el\\_Dise\\_Impl\\_JUNTOS.pdf](http://www.juntos.gob.pe/modulos/mod_legal/archivos/Mejorando_el_Dise_Impl_JUNTOS.pdf)

VERMEHREN, Andrea

- 2003 "Programas de Transferencias Condicionadas en Efectivo: Una herramienta eficaz para llegar a los grupos más pobres y vulnerables  
<http://documentos.bancomundial.org/curated/es/223361468772500609/pdf/284340Spanish0En0breve0no1036.pdf>

VILLATORO, Pablo

- 2007 Las transferencias Condicionadas en América Latina: Luces y Sombras; documentos de la CEPAL "Evolución y desafíos de los programas de transferencias condicionadas" - Chile.  
[https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/2007-nov-cepal\\_pablovillatoro\\_ptc.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/2007-nov-cepal_pablovillatoro_ptc.pdf)