



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



FACTORES CULTURALES Y SU INFLUENCIA EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA JUNTOS DEL DISTRITO CUTURAPI-YUNGUYO

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MARILUZ APAZA QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PUNO – PERÚ

2017



DEDICATORIA

Dedicado especialmente a mis padres SEVERO Y MARGARITA por ser mi inspiración para alcanzar la meta deseada y por su sacrificio durante mi educación para mi formación profesional.

A DUVER mi compañero de vida por todo el apoyo, colaboración y confianza que me brinda, y a mis tres hermosos hijos que Dios me los dio SEBASTIAN, JOAQUIN y FABRICIO.



AGRADECIMIENTOS

- A la Facultad de Trabajo Social por haberme brindado la oportunidad de estudiar y formarme profesionalmente, así mismo quiero expresar mi agradecimiento por la generosa ayuda, colaboración y orientación. A la T.S. Eladia Margot de la Riva Valle por el asesoramiento y realización del presente trabajo de investigación.
- También quiero expresar mi reconocimiento a todo el equipo del Programa Juntos por la confianza, espíritu de colaboración y compañerismo durante la realización de mi investigación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

RESUMEN8

ABSTRACT9

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1.- Planteamiento del problema.....10

1.2.- Formulación de problema11

1.3.- Hipótesis de la investigación11

1.4.- Objetivos de la investigación.....12

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.- Marco teórico13

2.1.1.- Programa juntos. 13

2.1.2.- Condicionales del programa juntos en salud y educación..... 16

2.1.3.- Acceso a los servicios de salud 17

2.1.4.- Programa de transferencia condicionada 18

2.1.5.- Factor cultural..... 19

2.1.6.- Cosmovisión..... 21

2.1.7.- Cosmovisión andina..... 22

2.1.8.- Medicina natural tradicional..... 23

2.1.9.- Participación social en temas de salud..... 24

2.1.10.- Salud. 24

2.1.11.- Servicios de salud..... 25



2.1.12.- Control de crecimiento y desarrollo.....	26
2.1.13.- Infecciones respiratorias agudas	26
2.1.14.- Políticas sociales	28
2.1.15.- Pobreza.....	31
2.1.16.- Calidad de vida.....	33
2.2.- Antecedentes de la investigación.....	34
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1.- Tipo de investigación.	36
3.2.- Diseño.....	36
3.3.- Ámbito o lugar de estudio.....	36
3.4.- Población de estudio.....	36
3.5.- Métodos, técnicas, instrumentos de recolección de datos.....	37
3.6.- Tratamiento estadístico para el análisis de los datos	37
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1.- Resultados y discusión	39
V. CONCLUSIONES.....	52
VI. RECOMENDACIONES	54
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	58

ÁREA: Desarrollo humano y calidad de vida

TEMA: Problemas y políticas sociales

Fecha de sustentación: 02 de febrero del 2017



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Razón por la cual participan en los servicios de salud, según grado de instrucción de las beneficiarias del programa juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo.....	39
Tabla 2: Razón por la cual participa en los servicios de salud según, idioma que utiliza para comunicarse cotidianamente las beneficiarias del programa juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo	41
Tabla 3: Hábito de tratamiento de la salud, según razón por la que participa en los servicios de salud las beneficiarias del programa juntos del distrito cuturapi-yunguyo.....	42
Tabla 4 Hábito de tratamiento de la salud, según casos en que acuden al establecimiento de salud las beneficiarias del programa juntos del distrito cuturapi-yunguyo.	44
Tabla 5: Según casos en que acuden al establecimiento de salud las beneficiarias del programa, juntos del distrito cuturapi-yunguyo.....	46
Tabla 6: Hábito de tratamiento de la salud, según malestar que presenta algún integrante de la familia de las beneficiarias del programa juntos del distrito cuturapi-yunguyo	47
Tabla 7: Hábito de tratamiento de la salud, según número de atenciones recibidas después de la afiliación de las beneficiarias del programa juntos del distrito cuturapi- yunguyo	48
Tabla 8: Hábito de tratamiento de la salud, según incidencia de enfermedades o malestar que se presenta en las beneficiarias del programa juntos del distrito cuturapi-yunguyo	49
Tabla 9: Enfermedades (síndrome) culturales que presentan según edad, de las beneficiarias del programa juntos del distrito cuturapi- yunguyo	50



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social.
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares.
EESS	Establecimientos de Salud.
IIEE	Instituciones Educativas.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PGH	Padrón General de Hogares.
CRED	Crecimiento y Desarrollo.
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares.
PTC	Programas de Transferencia Condicionada.
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
ONG	Organizaciones no Gubernamentales.
CEPLAN	Centro de Planeación Estratégica y Prospectiva Política.



RESUMEN

La tesis titulada Factores Culturales y su Influencia en la Participación de los Servicios de Salud de las Beneficiarias del Programa Juntos del Distrito Cuturapi – Yunguyo, fue de tipo explicativo, se tuvo como objetivo: determinar la influencia de los factores culturales en la participación de los servicios de salud, cuya población de estudio fueron las beneficiarias del programa Juntos en el que se aplicó un cuestionario que permitió recoger datos para demostrar la siguiente hipótesis: los factores culturales influyen en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del programa Juntos. Los resultados de la investigación, realizada desde un paradigma cuantitativo, de tipo hipotético - deductivo, nos lleva a las siguientes conclusiones: los factores culturales inciden directamente en el acceso de las beneficiarias del programa Juntos a los servicios de salud pública. Los resultados de la tesis, según las tablas N° 01, 02, 08 y 09, muestran que coexisten dos lógicas distintas sobre concepción de las causas y tratamiento de las enfermedades de acuerdo al diagnóstico realizado por los miembros de la familia: el primero una visión aimara andina que parte del principio del equilibrio con el cosmos, entre calor y frío, lo que conduce a estar bien. Y por otro lado la visión moderna científica promovida desde el estado incluyendo al programa Juntos, donde se privilegia los aspectos técnicos y físicos biológicos, donde la salud está desligada de la realidad cultural.

PALABRAS CLAVE: Participación, servicios de salud, factores culturales, programa Juntos.



ABSTRACT

The thesis entitled Cultural Factors and their Influence on the Participation in Health Services of the Beneficiaries of the Juntos Program of the Cuturapi - Yunguyo District, was of an explanatory type, its objective was: to determine the influence of cultural factors on the participation in health services, whose study population were the beneficiaries of the Juntos program in which a questionnaire was applied that allowed collecting data to demonstrate the following hypothesis: cultural factors influence the participation in health services of the beneficiaries of the Juntos program. The results of the research, carried out from a quantitative paradigm, of a hypothetical-deductive type, lead us to the following conclusions: cultural factors have a direct impact on the access of the beneficiaries of the Juntos program to public health services. The results of the thesis, according to tables N° 01, 02, 08 and 09, show that two different logics coexist on the conception of the causes and treatment of diseases according to the diagnosis made by the family members: the first one is an Andean Aymara vision that starts from the principle of balance with the cosmos, between heat and cold, which leads to be well. And on the other hand, the modern scientific vision promoted by the state, including the Juntos program, where the technical and physical biological aspects are privileged, where health is detached from the cultural reality.

KEYWORDS: Participation, health services, cultural factors, Juntos program.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1.- Planteamiento del problema

Frente a las controversias que viene atravesando nuestro país y específicamente la región Puno en el contexto social, económico y político como es la pobreza, desnutrición crónica infantil, desigualdad social, entre otros; considerado un tema de alta relevancia para el gobierno central, regional y local, se ha implementado nuevos enfoques en las políticas de lucha contra la pobreza, a través de los programas sociales, siendo uno de ellos el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres Juntos, programa de transferencia monetaria condicionada que se inscribe dentro de la política social y de lucha contra la pobreza del gobierno del Perú. Según Segovia (2011) el programa Juntos, inicia su implementación en abril del 2005, en 110 distritos de los cuatro departamentos más pobres del Perú, el programa pretende en el corto plazo atenuar la pobreza extrema y, en el largo plazo, desarrollar capacidades humanas para prevenir la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Los 100 nuevos soles mensuales que se otorga a las familias beneficiarias, se convierten en un incentivo para que puedan acceder a los servicios de salud, nutrición y educación, así mejorar la capacidad de consumo de las familias beneficiarias, todo ello bajo un enfoque de restitución de derechos básicos con la participación organizada y la vigilancia de los actores sociales de la comunidad. Actualmente el programa Juntos prioriza 638 distritos en catorce departamentos de nuestro país, con cerca de 27 mil centros poblados, beneficiando aproximadamente a 410 mil hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, siendo el incentivo económico de 100 nuevos soles mensuales por hogar, transfiriendo en razón del cumplimiento de las condicionalidades.



Por consiguiente tratándose de la región Puno específicamente del distrito Cuturapi provincia de Yunguyo, desde el mes de noviembre del año 2012, el programa Juntos viene interviniendo con la participación de 40 familias focalizadas, ya que este sector de población se caracteriza por desarrollar actividades eminentemente agropecuarios, el ingreso que obtienen por la venta de estos productos no cubre la satisfacción de sus necesidades básicas como es la atención de salud, ya que de esto depende el estado físico-emocional de la persona para poder alcanzar una calidad de vida saludable; a ello contribuye el legado ancestral de realizarse el tratamiento con medicinas tradicionales de la zona y parte de la costumbre de las poblaciones del sector rural, que practican la automedicación, en su vida cotidiana; asimismo las mujeres llevan la costumbre de realizar el parto en casa con la ayuda de una partera de la zona. Estos factores generan índices de mortalidad materno-infantil, desnutrición infantil, las complicaciones y las secuelas en la salud por los inadecuados tratamientos, y la alta incidencia de enfermedades, por ende, todo este aspecto conlleva a la baja calidad de vida en las familias de la zona.

Para el Trabajo Social, la presente investigación permitió abordar los programas sociales de inclusión social y protección social dirigida a las poblaciones vulnerables que vienen implementándose en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS.

1.2.- Formulación de problema

Se definió el problema a partir de la siguiente pregunta:

- ¿Los factores culturales influirán en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del Programa Juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo?

1.3.- Hipótesis de la investigación

Del mismo modo se formuló la siguiente hipótesis:



- Los factores culturales influyen en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del Programa Juntos, debido a que tienen preferencia en el uso de la medicina natural tradicional, por sobre los medicamentos farmacéuticos recetados por el personal de la salud del distrito Cuturapi.

1.4.- Objetivos de la investigación

De la misma forma se planteó el siguiente objetivo:

- Determinar la influencia de los factores culturales en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.- Marco teórico

2.1.1.- Programa juntos.

En la tesis se aborda uno de los programas emblemáticos de lucha contra la pobreza, y exclusión social, que ha trascendido además varios gobiernos de turno como indica Segovia, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres Juntos inicia su implementación en abril del 2005, en 110 distritos de los cuatro departamentos más pobres del país. Antes del inicio del programa Juntos, aproximadamente la mitad de los peruanos vivía en una situación de pobreza (48.7 %) y cerca de la mitad de ellos sobrevivía en extrema pobreza (Segovia Meza, 2011). Con el programa se pretende en el corto plazo atenuar de manera paliativa la pobreza extrema y, en el largo plazo, desarrollar capacidades humanas para prevenir la transmisión intergeneracional de la pobreza. Para ello, el Estado ha transferido una asignación de 100 soles mensuales a un grupo de familias seleccionadas entre los distritos más pobres del país. La transferencia que reciben las familias es de libre disponibilidad, pero no incondicional: está supeditada a compromisos de participación en programas sociales de salud, nutrición, educación y desarrollo ciudadano. cuyo objetivo, es mejorar los actuales indicadores de resultado en las áreas de identidad, salud-nutrición y educación de cara a la promoción del capital humano de las futuras generaciones a fin de romper el llamado "ciclo de la pobreza". Para ello, el Programa se basa en un protocolo de responsabilidades compartidas, entendida como corresponsabilidades, entre los hogares beneficiarios y el Estado a través de los sectores Salud y Educación. En



Salud, la corresponsabilidad enfatiza la regularidad de la asistencia a los Establecimientos de Salud de parte de las madres gestantes, niñas y niños menores de 5 años; con ello se promueve que realicen sus controles prenatales y que los menores de 5 años tengan acceso a los controles de crecimiento y desarrollo CRED. En educación, la corresponsabilidad está centrada en la asistencia a las Instituciones Educativas, por lo menos el 85% de los días, para la población entre 6 y 14 años que aún no ha culminado la educación primaria, con ello se promueve entre otros aspectos, evitar la deserción escolar. Para lograr la asistencia de la población a las Instituciones Educativas y Establecimientos de Salud, el Programa efectiviza un incentivo económico de libre disponibilidad según un Acuerdo de Compromiso suscrito entre el hogar y el programa. A noviembre del año 2007 Juntos llegó a 14 departamentos: Apurímac, Huancavelica, Ayacucho, Huánuco, La Libertad, Ancash, Junín, Cajamarca, Puno, Cusco, Piura, Pasco, Loreto y Amazonas, y en cada uno, se focalizó en los distritos de extrema pobreza. Según estadísticas oficiales, esta cobertura representa a 625 distritos; 336,555 hogares beneficiados. Dado el tipo de focalización, Juntos es un programa eminentemente rural (Huber et al., 2009).

A fin de consolidar la implementación de las reformas del Programa aún está pendiente ordenar el proceso y continuar con el monitoreo sistemático de sus avances, buscando facilitar la identificación tanto de los logros que se van obteniendo como de las tareas pendientes. Además, de continuarse permitirá socializar los avances hacia los distintos niveles de gestión del Programa promoviendo el compromiso de las partes. A la fecha y a pesar de los retos pendientes, el programa Juntos constituye una experiencia modelo para la gestión de programas sociales en el país. Dado que representa el primer intento de



implementar un programa de transferencias monetarias, ello implicó, en los años iniciales, una serie de debilidades en el diseño, implementación y la gestión. Actualmente y como resultado de los procesos reseñados en esta sistematización, Juntos es hoy un programa que dispone de un modelo de gestión más ordenado. Ello se refleja en sus herramientas de gestión, en los logros en cuanto a sus procesos operativos y en las capacidades que su equipo técnico ha visto fortalecidas.

En ese sentido, sería importante que el programa difunda su experiencia a otros programas sociales para su utilización en otros espacios.

A su vez ha promovido un efectivo empoderamiento de su población objetivo. En los últimos años, ello se ha reflejado en el incremento del grado de cumplimiento de las corresponsabilidades, así como en las Asambleas Comunales de Validación y cada vez más activa participación de las madres líderes.

El Programa, en la medida que exige el cumplimiento de corresponsabilidades a cambio de la transferencia, está rompiendo con el mito de la dependencia de la población y de allí se desprende su potencial sostenibilidad. Juntos ha demostrado que está modificando los conocimientos, actitudes y prácticas de la población y eso es justamente lo que un programa social debe promover y fortalecer capacidades. No obstante, como se sabe, ello se logra a largo plazo, donde la transferencia monetaria es, de alguna manera, un pretexto para consolidarlas, a pesar de que resulte tentador, al Programa no le corresponde ir más allá de los fines para los que fue creado; debe articular mas no sustituir la responsabilidad de los otros sectores. Ése es hoy su reto mayor y a la vez, su mejor oportunidad.



La tesis muestra que, si bien hay logros importantes en el cumplimiento de las corresponsabilidades, sin embargo, podemos clasificar desde el punto de vista de las familias 1) como obligadas y 2) como de propia voluntad, lo que indica que aún existe y predomina un sentimiento de presión contra la voluntad de las usuarias, que es importante considerar al momento de evaluar el programa.

Para Huber et al. (2009) las condicionalidades (ahora llamadas corresponsabilidades) extra oficiales, son las tareas complementarias que los gestores promovían entre las mujeres, por ejemplo que tejieran mantas, chompas y/o bordaran manteles, que prepararan comida para el día de pago así la podían vender en las ferias que se organizaban, que las mujeres se vistieran de manera uniforme o con trajes típicos, entre otras, si bien el objetivo de estas condicionalidades extra oficiales era mejorar las condiciones de vida de la población, mediante ella se ejercía una gran presión sobre las beneficiarias.

2.1.2.- Condicionalidades del programa juntos en salud y educación

Una primera etapa de la corresponsabilidad en salud es que los niños y madres puedan acceder al servicio y en el futuro lo consideren un derecho; esta situación, aún continúa en proyección, existen barreras económicas, sociales y culturales que, si no se toma en cuenta y orienta la política, todos los esfuerzos pueden resultar infructuosos. Según Cancho & Novella (2007), la mayor parte de los programas aplicados en la región constan de dos componentes, uno en educación y otro en salud o nutrición. En todos los casos, la entrega del beneficio siempre es condicionada al cumplimiento de alguna meta en alguno de estos dos campos.



La recepción de la transferencia es siempre condicionada al logro de algunas metas de salud, como un número determinado de visitas al centro de salud o la participación de las madres en talleres sobre salud y nutrición. Asimismo, el beneficio se recibe sólo hasta que el niño o la madre completan la edad máxima prevista en el programa o el periodo máximo estipulado, respectivamente. En el primero de los casos, las visitas de los niños sirven para poder monitorear su desarrollo y para recibir vacunas. Cuando se incluyen entre los beneficiarios a madres gestantes y lactantes, las visitas sirven para garantizar un adecuado cuidado pre-natal y post-natal, así como para inducir el nacimiento del niño en algún establecimiento de salud, bajo supervisión de un profesional de la salud.

2.1.3.- Acceso a los servicios de salud

Según la Encuesta Nacional de Hogares (INEI, 2009) el porcentaje de personas que se atendió, habiéndose declarado enferma, fue de 45% (6.2 de un total de 13.8 millones), porcentaje menor al registrado en el 2007 y 2008, donde esta cifra alcanzó el 59% y 57% respectivamente. Entre las razones para no atenderse, considerando que las opciones no son excluyentes, se tienen la automedicación (2.3 millones), la falta de recursos económicos (2.2 millones), la preferencia por remedios caseros (1.7 millones), la falta de un centro de salud cercano (0.5 millones), o el hecho de que los declarados enfermos no consideraron necesario atenderse (2.8 millones).

Estas cifras confirman la existencia de un problema creciente de no acceso a los servicios de salud, donde influyen tanto factores económicos como otros de distinta naturaleza; sin embargo, la magnitud del problema es aún mayor, si se considera que los que acceden a estos servicios son mayoritariamente no pobres,



y que las cifras de reporte de enfermedades en el caso de los pobres estarían subestimadas. En relación con las personas que acceden a consulta, en principio, se debe tener en cuenta que declararse enfermo comprende una amplia gama de situaciones, que van desde aquéllas donde los individuos sólo tienen algún malestar, hasta los que han sufrido algún accidente o enfermedad crónica. Considerando que existen distintas razones para realizar una consulta, es lógico que el número de personas enfermas vaya cayendo conforme se incrementa la gravedad (importancia) de la dolencia, al mismo tiempo que aumenta el porcentaje de acceso en función de la gravedad de la situación (Du Bois et al., 2004).

2.1.4.- Programa de transferencia condicionada.

En la experiencia de los programas de transferencia condicionada, existen aportes importantes para las familias beneficiarias, de modo que el Programa Juntos, recoge la experiencia en otros países sudamericanos, sin embargo, es importante considerar que cada contexto es totalmente distinta en lo que se refiere a cultura, motivo por el que consideramos, aunque la experiencia sea común, los contextos sociales y culturales no son comunes, por ello es importante el aporte de la presente tesis que nos permite visibilizar la importancia de los factores culturales.

Otra de las organizaciones que aborda con detalle es REMINEO (2016) a nivel nacional el Programa de Transferencia Condicionada (PTC) se han implementado como lucha directa contra la pobreza. La implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en Latinoamérica se ha venido consolidando, no solo en términos de número de familias en situación de pobreza y vulnerabilidad, sino en términos de la eficiencia en su ejecución.



Aspectos como la focalización de las familias beneficiarias, el acceso a servicios financieros y salud es de especial relevancia para los hogares pobres por varias razones. Primero una gran proporción de los hogares en condición de pobreza genera sus ingresos a partir de actividades económicas informales, que los obliga a vivir con flujos irregulares de ingreso y por tanto de consumo. Los programas de transferencia condicionada promueven la acumulación de capital humano entre los niños, niñas y jóvenes con el propósito de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza y lo hacen creando incentivos para que las familias inviertan en capital humano educacional, nutricional y de salud.

2.1.5.- Factor cultural

Al referimos a factores culturales nos referimos a valores, creencias, cosmovisión, conocimientos, identidad cultural, sistema simbólico y estilos de vida que son practicados de manera diferente por grupos de personas, para mayor comprensión nos apoyamos de algunas definiciones ya planteadas respecto al tema y que resulta útil en la comprensión de la tesis Tylor (1977) quien acuñó una de las definiciones más clásicas de la cultura: "La cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad".

Tomamos también la definición de Boas (1930) quien indica que: "incluye todas las manifestaciones de los hábitos sociales en una comunidad, las reacciones del individuo en la medida en que se ven afectadas por las costumbres del grupo en que vive y los productos de las actividades humanas en la medida en que se ven determinadas por dichas costumbres".



Este es el sentido de las definiciones que nos permite comprender la variable factores culturales abordada en la tesis, los factores culturales son la condicionante en el grado de participación al establecimiento de salud del distrito Cuturapi – Yunguyo.

El abordaje de los factores culturales, es un tema crucial para el análisis del acceso al servicio de salud de las beneficiarias del programa Juntos, dado que se trata de una población aimara hablante, con cosmovisión y cultura que es opuesta a las formas de tratamiento oficiales en los establecimientos de salud.

Del mismo modo Rodríguez (2009) indica que "La mayoría de los entrevistados del personal de salud reconoce que sí existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan a los servicios del hospital, estas barreras están relacionadas con costumbres y creencias, resistencia usar servicios de salud, miedo, lengua en que se comunican. Las razones por las que no usan los servicios del hospital según el personal de salud, se deben al temor a ciertos procedimientos como el baño obligado, el desvestirse frente a extraños, el tacto vaginal, el rasurado, la posición ginecológica, la no posibilidad de ingreso de familiares o las parteras. Se conoce además que el control prenatal se realiza de manera tardía"

Tomamos la tabla de brechas, como parte del ejemplo en el caso de abordar los factores culturales.

Resumen sobre brechas entre expectativas de las mujeres y a la práctica institucional respecto a la atención del parto

Brechas	Mujeres indígenas	Personal de salud
Lengua	Quieren que les hablen en su propia lengua.	El personal en su mayoría no conoce el idioma.
Información sobre procedimientos	Las mujeres no comprenden lenguaje técnico sobre los procedimientos y tampoco se les informa.	El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres con poca escolaridad
posición del parto	Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre la posición del parto. Quisiera dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomoden.	De preferencia No preguntan porque consideran que la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el personal médico no sabe cómo hacer.
Ingreso de familiares	Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta	Por razones de espacio y de que no es una clínica, el personal no está de acuerdo con el ingreso de familiares
masajes	Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa a la expulsión.	Esta práctica no está incluida en el servicio.
Presencia de la partera	Mujeres indígenas se sentirían acompañadas con una persona de confianza que generalmente habla su propia lengua. El ingreso de la partera sería un factor de positivo hacia el hospital.	Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo Quién asumiría el pago del trabajo de la partera?
Manejo de la placenta	Una práctica tradicional es el entierro de la placenta.	Se deshecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria.

Fuente: Rodríguez (2009) Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones y prácticas de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital San Luis de Otavalo.

2.1.6.- Cosmovisión.

Punto aparte cobra relevancia la cosmovisión considerando que es el conjunto de opiniones y creencias que conforman la imagen o concepto general del



mundo que tiene una persona, época o cultura, a partir del cual interpreta su propia naturaleza y de todo lo existente. Una cosmovisión define nociones comunes, que se aplican a todos los campos de la vida.

La cosmovisión de las madres usuarias del programa Juntos, esta arraigada a la vida cotidiana, a la manera de concebir e interpretar su realidad, es un punto fundamental en la tesis, ya que condiciona el menor o mayor grado de participación en los establecimientos de salud, además muestran que muchas de ellas optarían por un tratamiento tradicional que atenderse en el establecimiento de salud, pero que debe cumplir con la condicionalidad del programa Juntos, motivo por lo que sí cumplen en cierta medida "obligados" para que no se les excluya del programa.

2.1.7.- Cosmovisión andina.

La cosmovisión es el concepto o interpretación que una cultura tiene acerca del mundo que le rodea. En el caso andino, esta tiene rasgos particulares en materia de tiempo y espacio.

En el mundo andino, el tiempo es concebido de manera cíclica, en una sucesión constante de períodos de caos (desorden) y de cosmos (orden) del mundo. El caos se originaba cuando dos divinidades luchan entre sí, y empezaba el ordenamiento del mundo cuando una de ellas resultaba victoriosa. El espacio andino es concebido en dos niveles diferentes: horizontal y vertical. En el plano horizontal, los incas veían el mundo de manera dual: *hanan* y *hurin* (arriba y abajo). Estas dos mitades eran divididas, a su vez, en otras dos, dando origen a la cuatripartición. Esta división es entendida como complementariedad, oposición y reciprocidad que regía el sistema organizativo de las familias andinas, lo cual trasciende a las familias de Cuturapi.



2.1.8.- Medicina natural tradicional.

Dentro de la medicina natural, están comprendidas todas aquellas medicinas que como su nombre lo indica, utilizan medios naturales para restablecer la salud de las personas.

Al respecto Guerra (2013) la fitoterapia, termoterapia, hidroterapia, bioenergética etc. son algunas de las medicinas naturales empleadas para la sanación. Todas estas parten de una concepción totalmente racional y Ilógica causal, dado que se aplica el remedio para combatir determinado mal. Estas medicinas no entran dentro de lo tradicional porque ya tienen un trasfondo académico y científico donde ya se conoce la etiología de las enfermedades de manera consciente y racional.

La medicina casera, también tiene un trasfondo racional y se diferencia de la natural porque indistintamente utiliza medios naturales en las diferentes recetas que al interior de la casa se utiliza como parte del manejo de curaciones que desde los abuelos conocen y practican las personas en diversas localidades. Estas recetas y prácticas son a veces muy diferentes de región a región, trabajan sobre la creencia de que las enfermedades son originadas por el frío o el calor; la tos, los resfriados, dolores reumáticos, empacho, cólicos, etc. pertenecen al primer caso. Los procesos infecciosos, que originan estados febriles e inflamatorios, como el dolor de muelas, desarreglos gastrointestinales, la insolación se reconocen como "arrebatos" ocasionados por el calor. Para cada caso hay recetas que incluyen plantas, animales, sustancias terrosas naturales y minerales que se reconocen como de temperamento frío, templado o cálido, lo que es administrado al paciente en forma



de jarabes, tisanas, pócimas, emplastos, baños y pediluvios, orientados a contrarrestar los temperamentos fríos, templados o cálidos.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud OMS (2014) indica que la medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

2.1.9.- Participación social en temas de salud

Participación significa "que la gente intervenga estrechamente en los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas".

La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

Según Organización Panamericana de la Salud OPS (2020), La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

2.1.10.- Salud.

Es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en



reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, al respecto la Organización Mundial de la Salud OMS (2014), revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona. , circunscribiendo la salud a tres áreas distintas:

- La salud física, que corresponde a la capacidad de una persona de mantener el intercambio y resolver las propuestas que se plantea. Esto se explica por la historia de adaptación al medio que tiene el hombre, por lo que sus estados de salud o enfermedad no pueden estar al margen de esa interacción.
- La salud mental, el rendimiento óptimo dentro de las capacidades que posee, relacionadas con el ámbito que la rodea. La salud radica en el equilibrio de la persona con su entorno de ese modo, lo que le implica una posibilidad de resolución de los conflictos que le aparecen.
- La salud social, que representa una combinación de las dos anteriores: en la medida que el hombre pueda convivir con un equilibrio psicodinámico, con satisfacción de sus necesidades y también con sus aspiraciones, goza de salud social.

2.1.11.- Servicios de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2014) Son acciones dirigidas originalmente a mejorar o conservar la salud. Se define por su utilidad,



sirve en primer lugar, en una relación de exterioridad con el usuario para recuperar la salud o para preservar un conjunto de bienes.

Algunos de los Servicios de Salud más elementales que se ofrecen en el primer nivel de atención son:

2.1.12.- Control de crecimiento y desarrollo

- **Crecimiento:** Proceso por el cual el organismo aumenta el número y el volumen de sus células permitiéndoles construir tejidos y órganos, alcanzando la condición y dimensiones propias de la especie, lo que va relacionado con la nutrición a que ha sido sometido.
- **Desarrollo:** Es un proceso biológico, dinámico, continuo, individual y de maduración que comprende cambios mediante los cuales el niño va adquiriendo habilidades para realizar diferentes funciones como hablar, caminar, Jugar, correr, relacionarse con los demás etc.
- **Control del crecimiento y desarrollo:** Es el conjunto de actividades que se realizan para mejorar el estado de salud de la población infantil menor de 5 años en los servicios de salud, tiene como misión vigilar el normal crecimiento y desarrollo del niño con enfoque de salud integral y de brindar los servicios de calidad y oportunidad.

2.1.13.- Infecciones respiratorias agudas

- **Evalúa o clasifica y trata la tos o la dificultad para respirar:** Un niño con tos o dificultad para respirar puede tener neumonía u otra



- infección respiratoria aguda producida por bacterias como los *estreptococos pneumonie* y el *hemophilus, influenzae*, que están asociados a alta letalidad. El mayor porcentaje de infecciones respiratorias es leve y de origen viral, estos niños no están seriamente enfermos y no necesitan tratamiento con antibióticos.
- **Enfermedad diarreica aguda:** Es una enfermedad infecciosa, contagiosa, que se caracteriza por presentar deposiciones líquidas, frecuentes, más de tres deposiciones en 24 horas.
 - **Planificación familiar:** Acciones de los servicios incluyen: promoción y difusión, información y educación, consejería y orientación, prevención del cáncer ginecológico, evaluación de la persona usuaria, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos y control y seguimiento de la persona usuaria. Los métodos con los que cuenta el programa de planificación familiar son: métodos de abstinencia: Billings o de Moco Cervical o Ritmo, el método de lactancia o Amenorrea (MELA), los métodos de Barrera como preservativos o condón, espermicidas (tabletas vaginales), métodos hormonales combinados (píldoras) y los de sólo progestágenos como píldoras, inyectables de 3 meses e implantes sub dérmicos.
 - **Atención de la mujer gestante:** Es una actividad del Programa Mujer, Niño y Adolescente dentro de la nueva estructura del Sistema de Atención de Salud a las Personas, que busca la reducción significativa de la morbilidad y mortalidad materno perinatal a través de actividades prioritariamente de promoción y



prevención, así como la parte curativa. Para fines de lograr una atención de calidad y calidez en forma equitativa a toda su población objetivo, se ha involucrado dentro del paquete de atención a la mujer, es así que se realizan atenciones en la gestante, parturienta, puérpera y recién nacido.

- **El control prenatal** es la serie de contactos, consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con el equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.

2.1.14.- Políticas sociales

La presente tesis se analizó en el marco de las políticas sociales implementadas desde el Estado peruano, lo cual se traslada a acciones con familias en situación de vulnerabilidad como es el caso del distrito de Cuturapi, provincia de Yunguyo, región Puno, así como nos indica Parodi (1997) es necesario tomar en cuenta que la forma de hacer políticas sociales está cambiando y esto va de la mano con el nuevo modelo de desarrollo y con los cambios de la economía mundial. Si bien es cierto, la fuente principal de financiamiento sigue siendo el Estado, se agrega la idea de la cofinanciación y la recuperación de costos, lo que significa que el que puede pagar puede hacerla, de este modo se liberan recursos para asignarlos a las poblaciones más pobres. Esto último lleva a la focalización (en oposición al universalismo, característica del paradigma tradicional) para apoyar primero a los más necesitados.

Focalizar es identificar con la mayor precisión posible a la población objetivo para diseñar la política social teniendo en cuenta sus características.



Busca aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y elevar el impacto per cápita de los programas sociales.

El programa Juntos, con el objetivo de fortalecer el capital humano y desarrollar capacidades en las familias en situación de pobreza, aborda dos puntos clave, como es la salud y educación; en el caso de la tesis, se aborda la salud como tema central, cuya implementación se ve condicionado por los factores culturales propias de las familias del distrito. En el marco del desarrollo del capital humano, para (Kliksberg, 1997), Plantea la existencia de cuatro tipos de capital en una sociedad; los activos naturales integrados por la dotación de recursos geográficos originarios de las mismas; los activos producidos por la acción humana desde infraestructura hasta medios financieros; el capital humano conformado por la población y el capital social integrado por los valores, por las instituciones, por la confianza entre los actores sociales. Así mismo se refiere a la inversión social no como un gasto en consumo sino como aquella que crea capital humano y social cuya acumulación es insustituible para un desarrollo sostenible. Señala que según el estudio del Banco Mundial el crecimiento económico está actualmente determinado en un 64% por el capital humano y por el capital social es decir, en dos terceras partes y solo en un tercio por la forma de capital tradicional, entonces se plantea 10 que las sociedades deben hacer es acumular capital humano y el capital social.

El desarrollo de capacidades consecuentemente, en términos de Arnartya Sen, la expansión de libertades, debiera generar sostenibilidad de los logros de los programas del Estado, sin embargo, es importante considerar los factores culturales que condicionen el éxito o el fracaso. Con la tesis se pretende esclarecer



que, tomado adecuadamente el tema de factores culturales, pueden ser un soporte muy importante para el logro de los objetivos del programa y por ende de la política de Estado. Así como nos indica Sen (1998) en la perspectiva del capital humano señala que todo desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad como la pobreza y la escasez de oportunidades económicas y sociales; sostiene que existen 5 tipos de libertades muy importantes: las libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y de seguridad protectora, libertades que deberían estar cubiertas para el total de la población.

La implementación de las políticas sociales, desde los distintos programas han sido desde distintos programas del Estado, gran parte de estos programas no realizan un trabajo articulado, identificando objetivos comunes; como resultado se tiene grandes esfuerzos con pocos resultados, consideramos importantes, que la articulación entre programas fortalece el logro de las políticas de Estado, que pudieran abordar además como punto relevante la cultura local, que ayudará en la sostenibilidad del objetivo de la política, en nuestro caso que la asistencia a un establecimiento de salud, sea parte de los hábitos comunes de las familias que participan en el Programa Juntos. Como indica Franco (1996) con relación al tema de los programas sociales, estos todavía siguen constituyendo una serie de esfuerzos inconexos que, en la mayoría de los casos, no cumplen con los objetivos para los cuales fueron creados. Más aún, tampoco han tenido un impacto significativo sobre los niveles de ingreso de la población que es beneficiaria de estos programas, con excepción de los programas de inversión social y productiva en zonas rurales, por lo que en realidad éstos simplemente no constituyen una inversión en capital humano. El ejemplo más dramático es el caso de los



programas de alimentación y nutrición. Así, mientras entre 1997 y el año 2000, el Estado invirtió aproximadamente US\$ 1,000 millones en este tipo de programas, la tasa de desnutrición infantil se mantuvo estable.

Freund cuando se refiere al tema de los programas sociales indica que, la mayoría de los casos, no cumplen con los objetivos para los cuales fueron creados, tampoco han tenido un impacto significativo sobre los niveles de ingreso de los beneficiarios de estos programas, por lo que no se constituye una inversión en capital humano.

Para Amartya Sen, las políticas sociales tienen relación con la construcción del capital humano, a través del fortalecimiento de capacidades y oportunidades que se brinda a la población más vulnerable.

2.1.15.- Pobreza

Para Portocarrero et al. (2010), uno de los principales programas sociales que atiende el medio rural peruano es el Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres: JUNTOS, un clásico programa de transferencias monetarias condicionadas, es uno de los pocos casos en América Latina centrados en el medio rural.

Para Portocarrero et al. (2010), en el Perú la pobreza se redujo a 31,3% según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se refiere que la pobreza disminuyó en 3,5 puntos porcentuales entre los años 2009 y 2010, al pasar de 34,8% a 31,3%, es decir 31 de cada 100 peruanos, tienen un nivel de gasto inferior al costo de la Canasta Mínima de Consumo compuesta por alimentos y no alimentos. En el documento "Evolución de la Pobreza en el Perú al 2010", se muestra que, según área de residencia, los años 2009 y 2010, la pobreza del área



urbana disminuyó en 2,0 puntos porcentuales (al variar de 21,1 % a 19,1 %); en tanto que, en el área rural se redujo en 6,1 puntos porcentuales (al pasar de 60,3% a 54,2%) .

a) La Pobreza en el Perú y el programa Juntos.

La pobreza en el Perú está fuertemente asociada con la vida en el medio rural. Del 36,2% de peruanos y peruanas que se encuentran en situación de pobreza, buena parte bien en la zonas rurales y casi la mitad (43.1%) habitan en la sierra rural. Peor aún más de dos tercios de los indigentes peruanos están en la sierra rural. De acuerdo con las cifras del 2008, la incidencia de la pobreza en las zonas rurales del país (59.8% de la población rural es pobre) más que triplica la incidencia de la pobreza en Lima Metropolitana (donde el 17.7% es pobre). En la sierra rural 68.8% de las personas son pobres (7 de cada 10) y 37.4% son indigentes (4 de cada 10). Si en algún lugar del Perú se requiere de un esfuerzo especial para enfrentar la pobreza es en el medio rural, en general y en la sierra rural en particular (Portocarrero et al., 2010).

El estado peruano no cuenta con una política expresa de lucha contra la pobreza rural, ni con un esfuerzo sistemático de apoyo al desarrollo rural. A pesar de interesantes esfuerzos en marcha, sobre todo en proyectos de desarrollo impulsados por el gobierno central, los gobiernos municipales y el sector privado y de la existencias de marcos de políticas interesantes para estos [mes (la estrategia nacional de desarrollo rural, la estrategia de seguridad alimentaria, etc.) y de nuevas y viejas entidades que actúan en este ámbito (Agorural, Foncodes, etc.) no tenemos una propuesta clara de desarrollo para el medio rural que logre revertir la situación de pobreza que hoy caracteriza al campo peruano.

Desgraciadamente, en la sierra rural entre el 2004 y el 2008 la pobreza se redujo solo en 07 puntos porcentuales, y paso de una incidencia de 75.8% a una de 68.8%, similar comportamiento se registró en los niveles de pobreza extrema.

2.1.16.- Calidad de vida

Para la Comisión Nacional de Salud, (2006), la calidad de vida involucra un término multidimensional de las políticas sociales, lo que significa tener buenas condiciones de vida, es decir objetivas y un alto grado de bienestar comprendida como el aspecto subjetivo. Así se entiende que la calidad de vida incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en complemento a la satisfacción individual de necesidades. Es así que la calidad de vida de las personas depende parcial o totalmente de las políticas existentes.

Entonces según la autora la calidad de vida se traduce en la satisfacción de 3 factores:

- Factores materiales: son traducidos en los recursos que las personas tienen: son los ingresos percibidos, ocupación que a efecto permitiría atender la salud y educación.
- Factores ambientales: entendidas como las características de su lugar de residencia, como pueden ser la presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, características de la vivienda.
- Factores de relacionamiento: involucra el relacionamiento con sus redes de apoyo como la familia, amigos y comunidad, es decir el uso de su tiempo libre con su entorno.



2.2.- Antecedentes de la investigación

Para el análisis del objeto de estudio se toma como referencia tres estudios realizados:

En el documento publicado por Jones & Villar (2007), titulado el Desarrollo e Implementación de Juntos en el Perú, el estudio está basado en el análisis de documentos, entrevistas y en el trabajo de campo llevado a cabo en dos comunidades del departamento de Ayacucho, la primera región donde se implementó el piloto del Programa, una investigación cualitativa, en la que reconoce al Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres Juntos.

Como uno de los programas innovadores por que cuenta un enfoque de corresponsabilidad de la población y el Estado, hecho de que el programa está alcanzando a los segmentos más vulnerables y marginados de la población.

Publicado por Cancho & Novella (2007) en Economía y Sociedad, CIES, estudio realizado sobre la implementación del Programa Juntos en el Perú, en la que refiere que los Programas de Transferencia Condicionada tienen como objetivo esencial fortalecer el capital humano de los niños y de los hogares beneficiarios (a través de la mejora de la escolaridad, en los niveles de nutrición y/o en el estado de salud) para reducir las probabilidades de que sean pobres cuando adultos y de esta forma, evitar la reproducción intergeneracional de la pobreza, resalta de igual manera la corresponsabilidad de los sectores (salud, educación) y sobre todo de las beneficiarias con la mejora de su situación que mediante el mecanismo de intervención, en la cual los beneficiarios primero deben cumplir la meta establecida y solo después reciben la transferencia monetaria, de tal manera que se garantiza que los recursos del programa no se desperdicien en intervenciones ineficaces.



Estudio realizado en el distrito de San Antonio, provincia de Puno, en el año 2012, titulado: la incidencia del programa Juntos en el mejoramiento de la calidad de vida, para ello se planteó los siguientes objetivos:

Conocer como repercutió el programa social Juntos a través de sus componentes de salud, nutrición, educación e identidad.

Que actividades principales se realiza para el mejoramiento de la calidad de vida. el trabajo incide fundamentalmente en las diferentes actividades que realizan a fin de mejorar la calidad de vida y por otro lado la percepción de las usuarias sobre el programa Juntos.

Para Mestas (2010), en consecuencia el trabajo concluye; que las actividades desarrolladas por el programa Juntos, aún están en una etapa de transición, existen ciertas limitaciones en la atención al mejoramiento de la vivienda, por otra parte respecto a la percepción de las usuarias refiere que la mayoría tiene una opinión favorable sobre la intervención del programa Juntos y las usuarias conocen sobre la cobertura del programa social y a los compromisos voluntarios en hacer uso de los servicios de salud, educación, nutrición e identidad.



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.- Tipo de investigación.

La naturaleza de la presente investigación respondió al paradigma cuantitativo, en ello se aplicó la lógica deductiva, cuyo método fue el hipotético - deductivo ya que se propuso una hipótesis como consecuencia de sus deducciones del conjunto de datos empíricos.

3.2.- Diseño.

La investigación que se desarrollo fue no experimental de corte transversal ya que observamos los fenómenos tal cual se dieron y que posteriormente fueron analizados, el diseño transeccional se caracterizó por que se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único. El diseño de la investigación no experimental fue de tipo correlacional - causal pues se tuvo como objetivo describir las relaciones causales entre las dos variables en un momento determinado.

3.3.- Ámbito o lugar de estudio.

La presente investigación se desarrolló en el ámbito de intervención del distrito de Cuturapi de la provincia de Yunguyo, ubicada al sur de la capital del departamento de Puno, cuenta con una considerable población, la misma que está distribuida en la zona rural, el clima durante el año es frío y seco con lluvias en los meses de setiembre a marzo.

3.4.- Población de estudio.

La población de estudio estuvo conformada por 40 beneficiarias del programa juntos del distrito Cuturapi de la provincia de Yunguyo - región Puno, se trabajó con esta cantidad de beneficiarias, debido a que se trata de una población relativamente pequeña;



la misma que se caracteriza por ser madres de familias aimaras, pobres, abandonadas, con problemas de disolución familiar en su mayoría con un nivel de instrucción primaria que tienen entre sus miembros a niñas, niños y jóvenes en edad escolar hasta los 19 años de edad que se encuentran categorizadas entre los quintiles 1 y 2, es decir los que tienen menos ingresos económicos, realizan actividades agropecuarios, comercio informal, pesca artesanal.

3.5.- Métodos, técnicas, instrumentos de recolección de datos.

- a. **Método:** La investigación realizada corresponde al paradigma cuantitativo, por tanto, el método empleado fue el hipotético - deductivo que fue seguido en todo el proceso de la investigación científica, iniciando con el planteamiento del problema de investigación de manera clara, precisa y objetiva, en la formulación de la hipótesis, que las variables estén claramente definidas.
- b. **Técnicas:** La técnica que se utilizó para el cumplimiento del objetivo fue: la encuesta, esta técnica se utilizó para recopilar información, el mismo que se aplicó a la población universo, lo que nos permitió obtener de manera sistémica y ordenada la información de la población objeto de investigación para poder comprobar la hipótesis de investigación.
- c. **Instrumentos:** El cuestionario, que permitió obtener y registrar los datos sobre las variables e indicadores de la presente investigación.

3.6.- Tratamiento estadístico para el análisis de los datos

Para el análisis de los datos y verificación de la hipótesis se utilizó la estadística descriptiva y la no paramétrica, asimismo se empleó lo siguiente:

Para elaborar la base de datos y el análisis de otros se utilizó el paquete estadístico conocido como Statistical Package For Science (SPSS) versión 20.0. Análisis porcentual



(%), con la que se establece las relevancias de algunas características de la población universo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.- Resultados y discusión

A continuación, se dan a conocer los resultados obtenidos a nivel de las dos variables VD: Participación en los servicios de salud del programa Juntos y VI factores culturales.

Tabla 1: Grado de instrucción, según razón por la que participa en los servicios de salud las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi- Yunguyo.

Grado de instrucción	Razón por la que participan en los servicios de salud				TOTAL	
	compromiso con el programa JUNTOS		Bienestar de los hijos y la familia		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sin instrucción	2	5.0%	2	5.0%	4	10.0%
Primaria	22	55.0%	11	27.5%	33	82.5%
Secundaria	3	7.5%	—	—	3	7.5%
TOTAL	27	67.5%	13%	32.5%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En la tabla 1 apreciamos los resultados del cruce de variables entre participación en los servicios de salud y el grado de instrucción de las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi - Yunguyo - Puno, donde el 55.0%, de beneficiarias del programa Juntos, tienen grado de instrucción primaria y la razón por la cual participan en los servicios de salud, lo hacen por cumplir con el compromiso que tienen con el programa



Juntos; aquí podemos decir que en su gran mayoría las beneficiarias del programa Juntos con grado de instrucción primaria no tienen un hábito de participación en los servicios de salud y si lo hacen es por cumplir con el compromiso que tienen con el programa Juntos.

El grado de instrucción que tiene este segmento de la población es un indicador que demuestra la información con que cuenta las beneficiarias, a mayor grado de instrucción mayor es la información que cuentan sobre el uso y beneficios del servicio de salud, entendido desde el enfoque de derechos.

En tanto que a menor grado de instrucción mayor es el arraigo a las costumbres de tratamiento ancestral. Tomamos la definición de Boas (1930), quien indica que la cultura: "incluye todas las manifestaciones de los hábitos sociales en una comunidad, las reacciones del individuo en la medida en que se ven afectadas por las costumbres del grupo en que vive y los productos de las actividades humanas en la medida en que se ven determinadas por dichas costumbres". En las dificultades de accesibilidad recurren a las prácticas ancestrales de tratamiento, según la tabla referida, el grado de instrucción incide directamente en las alternativas de acceso.

Tabla 2: Razón por la cual participa en los servicios de salud según, idioma que utiliza para comunicarse cotidianamente las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo

Idioma que utiliza para comunicarse cotidianamente	Razón por la que participan en los servicios de salud				TOTAL	
	Compromiso con el programa JUNTOS		Bienestar de los hijos y la familia		N°	%
	N°	%	N°	%		
solo aimara	24	60.0%	9	22.5%	33	82.5%
Solo castellano	–	–	2	5.0%	2	5.0%
Aimara y castellano	3	7.5%	2	5.0%	5	12.5%
TOTAL	27	67.5%	13%	32.5%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En la tabla 2 observamos que un 60% que representa a 24 beneficiarias del programa Juntos señalan que el idioma que utilizan para comunicarse cotidianamente es el aimara y las razones por la cual participan en los servicios de salud lo realizan por cumplir con el compromiso que tienen con el programa Juntos, aquí podemos decir que en su gran mayoría las beneficiarias del programa Juntos que sólo hablan aimara participan en los servicios de salud por cumplir con las exigencias del programa Juntos y llevan a los niños menores de 5 años de edad a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) y nutrición, y asistir a los talleres demostrativos, por lo tanto al margen de no tener una cultura de práctica de participación en los servicios de salud, el idioma que utilizan para comunicarse en su vida cotidiana es el aimara, el mismo que se convierte en una barrera cultural para la comunicación y entendimiento entre el personal de la salud y

este sector de la población, teniendo en cuenta que el personal de la salud utiliza el idioma castellano para comunicarse, sobre todo en el lenguaje técnico. Al respecto Rodríguez (2009) indica que, "La mayoría de los entrevistados del personal de salud reconoce que sí existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan a los servicios del hospital, estas barreras están relacionadas con costumbres y creencias, resistencia a usar servicios de salud, miedo, lengua en que se comunican. Las razones por las que no usan los servicios del hospital según el personal de salud, se deben al temor a ciertos procedimientos..." procedimiento que no se comprende para las beneficiarias del programa Juntos.

Tabla 3: Hábito de tratamiento de la salud, según razón por la que participa en los servicios de salud las beneficiarias del programa Juntos del Distrito Cuturapi – Yunguyo.

Hábito de tratamiento de la salud	Razón por la que participan en los servicios de salud				TOTAL	
	Compromiso con el programa JUNTOS		Bienestar de los hijos y la familia		N°	%
	N°	%	N°	%		
Medicina natural tradicional	18	45.0%	7	17.5%	25	62.5%
Medicina farmacéutica	9	22.5%	3	7.5%	12	30.0%
Medicina complementaria	–	–	3	7.5%	3	7.5%
TOTAL	27	67.5%	13%	32.5%	40	100.0%

Fuente: "Elaborado por el equipo de trabajo"



En la tabla 3 que antecede, se aprecia que un 45% de las beneficiarias del programa Juntos señalan que el hábito de tratamiento de la salud lo practican a través de la medicina natural tradicional, sin embargo, la razón por la cual participan en los servicios de salud, lo hacen por cumplir con el compromiso que tienen con el programa Juntos.

Aquí podemos sostener que en su mayoría las beneficiarias del programa Juntos tienen el hábito o la costumbre de tratarse la salud con medicina tradicional o remedios caseros aprendidos en su familia - comunidad, en caso de que se presente algún malestar en el organismo, puesto que se trata de una población aimara ligada a prácticas culturales ancestrales, es por ello, que no tienen una cultura de participar en los servicios del establecimiento de salud. Podemos inferir que su participación no es por voluntad propia, es decir, no se hace ejercicio de su derecho, solo lo realizan por cumplir con el compromiso que tienen con el programa Juntos, siendo un criterio de medición para poder recibir el incentivo económico de los S/.100.00 soles mensuales. Como señalan Cancho & Novella, (2007) "La mayor parte de los programas aplicados en la región constan de dos componentes, uno en educación y otro en salud o nutrición. En todos los casos, la entrega del beneficio siempre es condicionada al cumplimiento de alguna meta". Se entiende que el cumplimiento de la meta es más importante que el acceso a los servicios de salud como un derecho.

Para Carmona (2018) "la medicina casera, también tiene un trasfondo racional y se diferencia de lo natural porque indistintamente utiliza medios naturales en las diferentes recetas que al interior de la casa se utiliza como parte del manejo de curaciones que desde los abuelos conocen y practican las personas en diversas localidades". Según

los resultados de la encuesta, el factor cultural tiene un predominio y confianza en el tratamiento de la salud.

Tabla 4: Hábito de tratamiento de la salud, según casos en que acuden al establecimiento de salud las beneficiarias del programa juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo.

Hábito de tratamiento de la salud	Casos en que acude al establecimiento de salud							
	Enfermedad		Control CRED y talleres demostrativos		Control prenatal gestantes		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medicina natural tradicional	10	25.0%	14	35.0%	1	2.5%	25	62.5%
Medicina farmacéutica	2	5.0%	10	25.0%	–	–	12	30.0%
Medicina complementaria	1	2.5%	1	2.5%	1	2.5%	3	7.5%
TOTAL	13	32.5%	25	62.5%	2	5.0%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En la tabla 4 se aprecia que un 35% de beneficiarias del programa Juntos señalan que el hábito de tratamiento de la salud lo realizan a través de la medicina natural tradicional y los casos en los que acuden al establecimiento de salud lo hacen por el control de crecimiento y desarrollo (CRED) y talleres demostrativos; indicadores verificados por el gestor local del programa Juntos, aquí podemos decir que en su mayoría



las beneficiarias del programa Juntos aún no tienen una cultura de participación en los servicios de salud, lo realizan por cumplir con el compromiso adquirido con el programa Juntos, llevándolos al control de CRED a sus hijos menores de 5 años de edad y asistir a los talleres demostrativos realizados por el personal de la salud. Esta población de beneficiarias solo trata de cumplir con la exigencia establecida por el programa Juntos para recibir el incentivo monetario, el mismo que se convierte en un subsidio para que los beneficiarios cumplan con un conjunto de compromisos definidos dentro de un modelo de corresponsabilidad entre las familias y el estado. Al respecto Segovia (2011) señala que "en salud, la corresponsabilidad enfatiza la regularidad de la asistencia a los establecimientos de salud por las madres gestantes, niñas y niños; con ello se promueve que realicen sus controles prenatales y que los menores de 5 años tengan acceso a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED)"

Para ellas la medicina natural tradicional es considerada como la mejor opción, según las creencias y costumbres que tienen en la comunidad y la familia, por el mismo hecho de ser una población aimara, se encuentra arraigada a una cultura con costumbres de tratamientos ancestrales, transmitidos de generación en generación, tal y como señala Boas (1930) "la cultura incluye todas las manifestaciones de los hábitos sociales en una comunidad, las reacciones del individuo en la medida en que se ven afectadas por las costumbres del grupo en que vive y los productos de las actividades humanas en la medida en que se ven determinadas por dichas costumbres".

La práctica de la medicina tradicional ancestral goza de confianza frente al tratamiento en un establecimiento de salud que debe incidir en el cumplimiento de metas, considerando el enfoque intercultural.

En conclusión, se deduce que las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi, aun teniendo el hábito o costumbre de tratarse la salud con medicina natural tradicional (remedios caseros) cuando presentan algún malestar en el organismo, concurren al establecimiento de salud por los controles (CRED) y talleres demostrativos para los niños menores de 3 años de edad y así poder cumplir con las exigencias del programa Juntos principalmente. Aun consideran una obligación y no una responsabilidad en la mayoría de los casos, sin embargo, existe también un porcentaje importante de las beneficiarias que su participación indica ejercicio de derechos.

Tabla 5: Administración directa del incentivo monetario, según número de hijos de las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi – Yunguyo.

Administración directa del incentivo monetario	Número de hijos												TOTAL	
	1		2		3		4		5		6		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Compra de materiales educativos	0	-	-	-	-	-	-	-	2	5.0%	1	2.50%	3	7.5%
Compra de víveres	3	7.5%	10	25.0%	4	10.0%	4	10.0%	1	2.5%	-	-	22	55.0%
Todos los gastos del hogar	3	7.5%	6	15.0%	3	7.5%	2	5.0%	0	0.0%	1	2.50%	15	37.5%
TOTAL	6	15.5%	16	40.0%	7	17.5%	6	15.0%	3	7.5%	2	5.00%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En la tabla 5 podemos estimar que un 25% de beneficiarias del programa Juntos manifiestan tener una carga familiar de dos hijos y la administración directa del incentivo

económico lo dirigen a la compra de víveres, aquí podemos decir que en su mayoría las beneficiarias del programa Juntos teniendo dos hijos en la familia priorizan las necesidades básicas como la compra de víveres para mejorar las practicas alimentarias y el nivel nutricional del niño de esta manera contribuye al desarrollo de habilidades, fortalezas y capacidades formando capital humano lo cual es objetivo del programa Juntos.

Tabla 6: Hábito de tratamiento de la salud, según malestar que presenta algún integrante de la familia de las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi-Yunguyo.

Hábito de tratamiento de la salud	Malestar que presenta algún integrante de la familia										TOTAL	
	Tos		Gripe		Dolor de estomago		Dolor de cabeza		Accidentes leves		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Medicina natural tradicional	11	27.5%	8	20.0%	3	7.5%	1	2.5%	2	5.0%	25	62.5%
Medicina farmacéutica	3	7.5%	5	12.5%	2	5.0%	1	2.5%	1	2.5%	12	30.0%
Medicina complementaria	1	2.5%	1	2.5%	1	2.5%	—	—	—	—	3	7.5%
TOTAL	15	37.5%	14	35.0%	6	15.0%	2	5.0%	3	7.5%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En el tabla 6 podemos observar que un 27.5% refieren el malestar que presenta algún integrante de la familia, comúnmente es la tos y el hábito de tratamiento de la salud lo realizan a través de la medicina natural tradicional, aquí podemos decir que en su

mayoría las beneficiarias del programa Juntos presentan casos de enfermedades respiratorias como es la tos, debido a los cambios climáticos que viene sopesando la región y el hábito de tratamiento de la salud lo realizan a través de los o remedios caseros como: plantas, hierbas medicinales, ya que para ellas la medicina tradicional es más confiable según las costumbres y creencias que tienen en la comunidad y familia.

Tabla 7: Hábito de tratamiento de la salud, según número de atenciones recibidas después de la afiliación de las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi – Yunguyo.

hábito de tratamiento de la salud	N° de atenciones de salud recibidas después de la afiliación al programa juntos								TOTAL	
	1_2		3_4		5_6		7 a más		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Medicina natural tradicional	2	5.0%	1	2.5%	2	5.0%	20	50.0%	25	62.5%
Medicina farmacéutica	–	–	–	–	1	2.5%	11	27.5%	12	30.0%
Medicina complementaria	–	–	–	–	1	2.5%	2	5.0%	3	7.5%
TOTAL	2	5.0%	1	2.5%	4	10.0%	33	82.5%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En la tabla 7 podemos apreciar que un 50% de beneficiarias del programa Juntos manifiestan que el hábito de tratamiento de la salud lo realizan a través de la medicina natural tradicional y la cantidad de atenciones recibidas en el establecimiento de salud

después de la afiliación al programa Juntos hacen un total de 7 a más atenciones, aquí podemos decir que en su gran mayoría llevan una cultura de practica en el tratamiento de la salud a través de la medicina natural tradicional con remedios caseros de la región, así lo consideran según las creencias y costumbres que tienen en la comunidad y familia, los mismos que se encuentran enmarcados dentro de un patrón cultural arraigada con costumbres de tratamientos ancestrales, sin embargo vienen recibiendo atención en el establecimiento de salud siendo beneficiarias del programa, el mismo que exige a las beneficiarias el cumplimiento de la condicionalidad en salud para otorgar el incentivo monetario correspondiente.

Tabla 8: Hábito de tratamiento de la salud, según incidencia de enfermedades o malestar que se presenta en las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi - Yunguyo.

hábito de tratamiento de la salud	Incidencia de enfermedades/ malestar que presentan										TOTAL	
	Gripe		Tos		Dolor de estomago		Dolor de cabeza		Enfermedades culturales		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Medicina natural tradicional	3	7.5%	9	22.5%	—	—	1	2.5%	12	30.0%	25	62.5%
Medicina farmacéutica	3	7.5%	4	10.0%	1	2.5%	—	—	4	10.0%	12	30.0%
Medicina complementaria	—	—	1	2.5%	—	—	1	2.5%	1	2.5%	3	7.5%
TOTAL	6	15.0%	14	35.0%	2	2.5%	2	5.0%	17	42.5%	40	100.0%

Fuente: “Elaborado por el equipo de trabajo”

En la tabla 8 que precede, se observa que un 30% de las beneficiarias del programa Juntos señalan que la incidencia de enfermedades que presentan son enfermedades culturales y el hábito de tratamiento de la salud lo realizan a través de la medicina natural tradicional, aquí podemos decir que en su gran mayoría las beneficiarias Juntos presentan enfermedades culturales con mayor incidencia tales como: mal viento, agarre de la tierra, susto, *kharisiri*, entre otros, y el tratamiento de la salud cuando presentan este tipo de enfermedades culturales lo realizan a través de la medicina natural tradicional con remedios caseros de la región así como: plantas, hierbas, animales, rocas, entre otros.

En la tabla se aprecia dos visiones diferentes, las causas de las enfermedades, consecuente dos formas de tratamiento como nos dice Rodríguez (2009) "Estas brechas no son sino la expresión del desencuentro entre dos visiones sobre la salud, que corresponden a diferentes culturas. Cada pueblo construye un concepto de salud y bienestar" de acuerdo a su cultura.

Tabla 9: Edad, según enfermedades (síndrome) culturales que presentan las beneficiarias del programa Juntos del distrito Cuturapi – Yunguyo.

Edad	Enfermedades culturales que presentan								TOTAL	
	Agarre de tierra		<i>Kharisiri</i>		Susto		Mal viento		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
23 a 27 años	–	–	–	–	1	2.5%	–	–	1	2.5%
28 a 32 años	1	2.5%	1	2.5%	2	5.0%	2	5.0%	6	15.0%
33 a mas	8	20.0%	11	27.5%	3	20.0%	6	15.0%	33	82.5%
TOTAL	9	22.5%	12	30.0%	11	27.5%	8	20.0%	40	100.0%

Fuente: "Elaborado por el equipo de trabajo"



En la tabla 9 podemos apreciar que un 27.5% de beneficiarias del programa Juntos, señalan tener entre 33 años de edad a más y las enfermedades que tienen es producto del *kharisiri*, aquí podemos decir que en su gran mayoría las beneficiarias del programa Juntos oscilan entre los 33 a más años de edad, los mismos que presentan enfermedades culturales producto del *kharisiri* y el tratamiento de esta enfermedad cultural lo realizan mediante la medicina tradicional con remedios caseros de la región.

Por su parte, Fernández (2006) indica que “los *kharisiris* provocan el sueño en sus víctimas potenciales de diferentes formas, ya sea rezando plegarias católicas en sentido contrario al habitual, en especial el Padre Nuestro”, tocando una campanilla o espolvoreando cenizas de difuntos y restos de la bolsa amniótica de los recién nacidos (Morote, 1988). Ataca a los viajeros solitarios “la dolencia originada por el *kharisiri* puede tratarse con una medicina específica que no es difícil encontrar en cualquier puesto de medicina tradicional, en los mercados y ferias rurales del altiplano” en cambio los establecimientos de salud” ... son considerados lugares nefastos donde los enfermos mueren y la atención personal deja mucho que desear” (Fernández Juárez, 2006).

Podemos agregar que el aporte de la tesis es que las beneficiarias del programa Juntos, al susto, viento, *kharisiri*, entre otros consideran enfermedades que afectan en la vida cotidiana de las familias, esta calificación es hecha desde la propia cultura, sin embargo desde la medicina moderna se les califica como síndromes culturales, sin validez para un tratamiento médico.



V. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, arribamos a las siguientes conclusiones:

PRIMERA. Los factores culturales inciden directamente en el acceso de las beneficiarias del programa Juntos a los servicios de salud pública. Los resultados de la tesis "Factores culturales y su influencia en la participación de los servicios de salud de las beneficiarias del programa Juntos", según las tablas 1, 2, 8 y 9, muestran que coexisten dos lógicas distintas sobre concepción de las causas y tratamiento de las enfermedades de acuerdo al diagnóstico realizada por los miembros de la familia: el primero una visión aimara andina que parte del principio del equilibrio con el cosmos, entre calor y frío, lo que conduce a estar bien. Por otro lado, la visión moderna científica promovida desde el estado incluyendo al programa Juntos, donde se privilegia los aspectos técnicos y físicos biológicos, donde la salud está desligada de la realidad cultural.

SEGUNDA.- Los resultados de la investigación muestran, que si bien hay logros muy importantes en el acceso al servicio de salud según información que se muestran en las tablas 2, 3 y 4, objetivo del programa Juntos, existe una incidencia muy alta de preferencia y confianza en el tratamiento de la salud de manera tradicional, ya que el personal del establecimiento de salud, no transmiten información médica formal a códigos y lenguaje acorde a la realidad social y cultural de las beneficiarias del programa en el distrito Cuturapi - Yunguyo.

TERCERA. - Las familias de Cuturapi, poseedoras de la cultura aimara, construyen un complejo de símbolos y subjetividades, que les permite actuar de una manera coherente y particular frente al concepto y tratamiento de salud, que entienden la vida cotidiana de acuerdo a reglas de comportamiento establecidos culturalmente. Lo cual, de acuerdo a nuestra investigación, Según la tabla N°1 refleja que participan en los servicios de salud



porque se sienten condicionadas y en cierta medida obligadas por el programa Juntos, ya que del mismo depende el incentivo económico y con respecto al tratamiento de su salud está orientada a un patrón cultural arraigada a las tradiciones y costumbres ancestrales.

CUARTA. – En la corresponsabilidad exigida por el programa Juntos, en un principio asumido por las familias como una imposición, en la etapa de investigación muchas familias comprenden la necesidad y beneficios de la asistencia en los establecimientos de salud, reflejándose un incremento en el logro de los objetivos del programa Juntos, expresados en la tabla N° 1 de la tesis, sin embargo, aún la mayoría de las beneficiarias sienten que son obligadas a participar en el establecimiento de salud.

QUINTA. - El incentivo monetario es utilizado básicamente para los gastos de alimentación tal y como se refleja en la tabla N° 5; las madres, principales administradoras de este pequeño fondo, destinan para una necesidad básica, priorizando el tema de alimentación, lo cual redundará en la mejora de la nutrición y cumple con los objetivos del programa Juntos.



VI. RECOMENDACIONES

PRIMERA. - Esta investigación no es concluyente, por lo tanto, se recomienda continuar con las investigaciones sobre la temática de los programas sociales de alivio a la pobreza, que nos permitirá a los Trabajadores Sociales y profesionales encargados, asumir con mayor certeza en el logro de los objetivos institucionales comprendiendo la complejidad cultural de las familias a quienes va dirigido cada programa.

SEGUNDA. - A las instituciones y/o Programas orientadas a la reducción de la pobreza y extrema pobreza, tomar en cuenta la cultura local de las familias focalizadas, considerar la cultura local permitirá generar una verdadera sostenibilidad en las intervenciones y beneficios. La intervención del programa Juntos debe estar basada en el enfoque de derechos y paralelamente en el enfoque de interculturalidad.

TERCERA. Los servidores de salud deben comprender la complejidad del tema cultural, adecuar sus servicios a esta realidad, y proponer estrategias de mayor incidencia en las comunidades.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boas, F. (1930). *Cuestiones fundamentales de antropología cultural* (Ediciones).
- Cancho, C., & Novella, R. (2007). *Eliminando las barreras para el acceso a la educación en el Perú. Estimación de los efectos de Programas de Transferencias Condicionadas sobre la asistencia escolar.*
- Carmona, A. (2018). *Tratamiento de las enfermedades psicomáticas en la cultura andina.* (p. 11). <https://cuscomagico.com/wp-content/uploads/2018/10/enfermedades-medicina-andina.pdf>
- Comisión Nacional de Salud. (2006). *Propuesta política de participación social en salud* (p. 36).
https://www.paho.org/hq/documents/events/steering_role07/El_Salvador-Politica_Participacion_Social_Salud.pdf
- Du Bois, F., Chávez, J., & Cusato, A. (2004). *Programas sociales, salud y educación en el Perú: Un balance de las políticas sociales.*
- Fernández Juárez, G. (2006). Kharisiris de agosto en el altiplano aymara de Bolivia. *Chungará*, 38(1), 51-62. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562006000100006>
- Franco, R. (1996). Los paradigmas de la política social en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 58, 7-22. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/12009-paradigmas-la-politica-social-america-latina>
- Guerra, S. Y. (2013). *De la sierra a la costa: Cuidado cultural de las familias inmigrantes.*
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/574/1/TM_Guerra_Davila_SilviaYoana.pdf
- Huber, L., Díaz, R., Madalengoitia, O., Saldaña, R., Trivelli, C., Vargas, R., & Salazar, X. (2009). *Análisis de la implementación del Programa JUNTOS en las regiones*



de Apurímac, Huancavelica y Huánuco.

<https://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/718>

INEI. (2009). *Encuesta Nacional de Hogares Julio 2019: Resultados generales.*

Jones, N., & Villar, E. (2007). *El Programa Juntos y el bienestar de la infancia.*

Iniciativas de protección social para niños, mujeres y familias.

<http://repositorio.grade.org.pe/handle/GRADE/514>

Kliksberg, B. (1997). Repensando el rol del Estado en el desarrollo social. Más allá de dogmas y convencionalismos, reforma y democracia. *Revista del CLAD.*

<https://www.econo.unlp.edu.ar/frontend/media/91/10991/683909544c2030b4e556fca7279604ed.pdf>

Mestas, M. (2010). *Incidencia del Programa Juntos en la calidad de vida de las usuarias del distrito de San Antonio de Putina.* Universidad Nacional del Altiplano.

Morote, E. (1988). *El Nakaq. En Aldeas Sumergidas. Cultura Popular y Sociedad en los Andes.* Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas.

OMS. (2014). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014 - 2023* (p. 44).

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=presentaciones-648&alias=466-simposio-internacional-medicina-tradicional-6&Itemid=1031

OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción.*

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parodi Trece, C. (1997). *Economía de las políticas sociales.*

[https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/257/economia de las politicas](https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/257/economia%20de%20las%20politic)



sociales.pdf?sequence=1

Portocarrero, F., Vásquez, E., & Yamada, G. (2010). *Políticas sociales en el Perú:*

Nuevos desafíos. <https://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/267>

REMINEO. (2016). *Análisis organizacional en México y en América Latina. Retos y perspectivas a 20 años de estudios.*

<http://remineo.org/repositorio/libros/aomal/tomo2/Docs/analisisorganizacionalemexicoyamericatolatino2.pdf>

Rodríguez, L. (2009). *Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones y prácticas de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital San Luis de Otavalo.*

Universidad Politécnica Salesiana.

Segovia Meza, G. (2011). *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>

Sen, A. (1998). Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. *Revista Cuadernos*

De Economía, 29, 73-200. <http://econpapers.repec.org/RePEc:col:000093:007577>

Tylor, E. B. (1977). *Cultura primitiva. Los orígenes de la cultura.*

<http://anchecata.colmich.edu.mx/janium/Tablas/tabla2612.pdf>



ANEXOS



ANEXO A: Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
V.I. FACTORES CULTURALES	Cultural	Habito de tratamiento de la salud	a) medicina natural tradicional b) Medicina farmacéutico c) Medicina complementaria
		Lugar de tratamiento en caso de enfermedad	a) Casa b) establecimiento de salud c) casa naturista
		Lugar de atención en caso de parto	a) casa b) establecimiento de salud c) otros especifique
		preferencia en el uso de medicinas para el tratamiento de la salud	a) medicina natural tradicional b) medicina farmacéutico c) medicina complementaria
V.D. PARTICIPACION EN SERVICIOS DE SALUD	Asistencia a los servicios de salud	Casos en que acude al establecimiento de salud	a) enfermedades b) control CRED c) control prenatal gestante d) emergencias e) talleres demostrativas
		Atenciones recibidas en el establecimiento de salud	a) 1-2 b) 3-4 c) 5-6 d) 7 a mas
		Atención prenatal recibida durante el embarazo	a) Control completo durante el embarazo b) Algunos controles c) No acudió a sus controles prenatales
		Motivo por la cual acude al establecimiento de salud	a) Compromiso con el programa Juntos b) Voluntad propia c) Bienestar de los hijos y familia



ANEXO B: Cronograma de actividades

N°	ACTIVIDADES A REALIZAR	8 MESES							
		FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET
1	Revisión bibliográfica	X							
2	Planteamiento del problema	X	X						
3	Elaboración del proyecto de investigación		X						
4	Presentación del proyecto			X					
5	Recojo de información en campo				X	X			
6	Sistematización de datos						X		
7	Elaboración del informe								
8	Sustentación								



ANEXO C: Presupuesto

N°	DETALLE	CANTIDAD	COSTOS S/.	
01	Transporte	3 semanas	300	
02	Alimentación	3 semanas	200	
03	Alojamiento	3 semanas	100	
04	Cámara fotográfica	1	120	
05	Grabadora	1	50	
06	Cinta	20	100	
	MATERIAL DE ESCRITORIO	Lapiceros	3 cajas	52
		Plumones	1 cajas	15
		Papel a4	2 millares	60
		Papelotes	10 unidades	10
		Folders	20 unidades	10
		Cinta masking tape	5 unidades	20
		Cartulinas	12 unidades	10
		Grapas	1 caja	5
		Impresión y fotocopias	50	50
		Chinchas	4 cajas	6
07	Otros		500	
TOTAL			3,608.00	