

**UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”  
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES  
Y EDUCACIÓN  
UNIDAD DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS SOCIALES**



**TESIS**

**Estrategias de gestión de las políticas públicas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017.**

Presentada para obtener el grado académico de maestro en Ciencias Sociales con mención en Gestión Pública y Gerencia Social

**Investigador:** Llumpo Cumpa, Rubén

**Asesor:** M. Sc. Fernández Vásquez, Evert José

**Lambayeque – Perú**

**2022**

**Estrategias de gestión de las políticas públicas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017**

Tesis presentada para obtener el grado académico de Maestro en Ciencias sociales con mención en Gestión Pública y Gerencia Social



**LIC. RUBEN LLUMPO CUMPA**

**Investigador**



**Dr. Manuel Tafur Moran**

**Presidente**



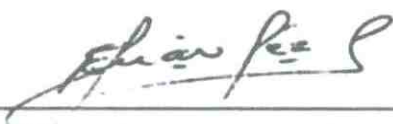
**Dr. Rafael García Caballero**

**Secretario**



**Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón**

**Vocal**



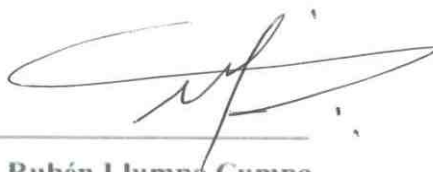
**M. Sc. Evert José Fernández Vásquez**

**Asesor**

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

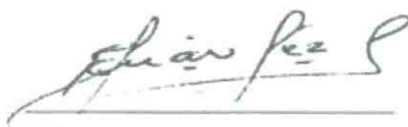
Yo Llumpo Cumpa, Rubén investigador principal, y M. Sc. Fernández Vásquez, Evert José asesor del trabajo de investigación "Estrategias de gestión de las políticas públicas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017" declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, marzo del 2021



**LIC. Rubén Llumpo Cumpa**

**Investigador principal**



**M. Sc. Evert José Fernández Vásquez**

**Asesor**



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN**  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

**N°521-VIRTUAL**

Siendo las 09:00 horas, del día lunes 05 de diciembre de 2022; se reunieron vía online mediante la plataforma virtual Google Meet: <https://meet.google.com/iqn-tyyg-huc>, los miembros del jurado designados mediante Resolución N°0403-2017-UP-D-FACHSE, de fecha 27 de marzo de 2017, integrado por:

Presidente	: Dr. Manuel Tafur Morán.
Secretario	: Dr. Rafael Cristóbal García Caballero.
Vocal	: Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón.
Asesor Metodológico	: M.Sc. Evert José Fernández Vásquez.
Asesor Científico	: _



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: ***“ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN LA PROVINCIA DE CONDORCANQUI, REGIÓN AMAZONAS, AÑO 2017”***; presentada por el tesista **RUBEN LLUMPO CUMPA**, para obtener el **Grado Académico de Maestro en Ciencias Sociales**, mención: **Gestión Pública y Gerencia Social**.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con el Reglamento General de Investigación (aprobado con Resolución N° 365-2022-CU de fecha 27 de julio de 2022); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(os) sustentante(s), quien(es) procedió(eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de **(19) (DIECINUEVE)** en la escala vigesimal, que equivale a la mención de **MUY BUENO**

Siendo las 10.22 horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

Dr. Manuel Tafur Morán  
PRESIDENTE

Dr. Rafael Cristóbal García Caballero  
SECRETARIO

Dr. Dante Alfredo Guevara Servigón  
VOCAL

<<<<OBSERVACIONES:

---

---

---

---

El presente acto académico se sustenta en los artículos del 39 al 41 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2019-CU de fecha 4 de setiembre del 2019); la Resolución N° 407-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 004-2020-VIRTUAL-VRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la tramitación virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 0372-2020-V-D-NG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-NG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de acción a mi esposa Bertha María Liza Cumpa y a mis hijos Isabel Y., Karim J., Deysi M., Jorge R, Jaime M. Llumpo Liza, por su apoyo incondicional y aliento frecuente para concluir con esta investigación y por ende obtener mi grado de maestro en ciencias sociales.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradesco de manera especial al M. Sc. Evert Fernández Vásquez por su importante y valioso asesoramiento, así mismo a mis hermanos Jorge Walter, Gladys y Jaime Orlando Llumpo Cumpa por su aliciente en la investigación.

También quiero agradecer de manera muy especial a los agentes comunitarios de salud de la provincia de Condorcanqui por su apoyo permanente con la información que ha servido de base para esta investigación.

## **INDICE GENERAL**

Acta de Sustentación	iii
Declaración Jurada	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice General	vii
Índice de Tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
 <b>INTRODUCCION</b>	 <b>11</b>
 <b>CAPITULO I: DISEÑO TEORICO</b>	 <b>19</b>
1.1. Teoría del capital social	16
1.2. Enfoque intercultural	25
1.3. Desnutrición infantil	29
 <b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA</b>	 <b>40</b>
1.3.1. Diseño De La Investigación	41
1.3.2. Población Y Muestra	41
1.3.3. Materiales Técnicas e Instrumentos De Recolección De Datos	42
 <b>CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	 <b>51</b>
3.1. Análisis e interpretación de los datos	53
3.2. Propuesta Teórica	61
 <b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES</b>	 <b>73</b>
 <b>CAPITULO V: RECOMENDACIONES</b>	 <b>74</b>
 <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	 <b>75</b>
 <b>ANEXOS</b>	 <b>80</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 01:</b> Frecuencia de entrega de víveres por parte de la municipalidad para los niños...	53
<b>Tabla 02:</b> Frecuencia de entrega de vaso de leche a las familias por parte de la municipalidad.....	54
<b>Tabla 03:</b> Frecuencia que el personal de salud llega a los domicilios para brindar charlas o consejería.....	55
<b>Tabla 04:</b> Frecuencia que el personal de salud, llega a los domicilios para brindar charlas o consejería en lengua nativa.....	56
<b>Tabla 05:</b> Nivel de entendimiento de las madres de familia en relación a las charlas o consejería que brinda el personal de salud en su domicilio.....	57
<b>Tabla 06:</b> Frecuencia con la que las madres de familia llevan a sus niños al puesto de salud.....	57
<b>Tabla 07:</b> Inmediatez con la que acuden las madres de familia al puesto de salud cuando sus niños padecen de diarrea.....	58
<b>Tabla 08:</b> Percepción de las madres de familia sobre el trato que reciben del personal de salud cuando visitan dichos establecimientos.....	58
<b>Tabla 09:</b> Motivo por el que las madres de familia no acuden al puesto de salud en forma frecuente.....	59
<b>Tabla 10:</b> Frecuencia con la que los promotores de salud o agentes comunitarios de salud visitan sus domicilios.....	59
<b>Tabla 11:</b> Nivel de satisfacción de los niños cuando consumen las chispitas.....	60
<b>Tabla 12:</b> Percepción de las madres de familia sobre el consumo de chispitas para combatir la desnutrición de sus niños.....	60



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación surge a partir de que en la provincia de Condorcanqui se observa un alto índice de desnutrición crónica infantil, lo que se manifiesta en una población infantil con altos índices de anemia, peso y talla por debajo de su edad, debido a la gestión inadecuada de las políticas públicas, lo que ocasiona un alto índice de morbimortalidad infantil. El objetivo de esta investigación está orientada a proponer un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas, sustentadas en las teorías del capital social y el enfoque intercultural para reducir el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017. Se desarrolló un diseño de investigación descriptiva propositiva, la metodología utilizada para el recojo de información que permitió realizar el diagnóstico sobre la situación de la desnutrición crónica infantil fue de dos tipos: encuesta aplicada a las madres de familia de los niños desnutridos; el segundo fue el análisis documental emitido por las organizaciones encargadas de la gestión de programas y proyectos orientados a combatir este problema. Los resultados confirman un alto índice de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui. Se espera con el presente estudio contribuir de manera eficaz con el desarrollo del conocimiento científico en el área de gestión de las políticas públicas que permita brindar un servicio de calidad y por ende disminuir los niveles de morbimortalidad en la Región.

**Palabras claves:** políticas públicas, desnutrición crónica infantil, estrategias de gestión

## **ABSTRACT**

The present research work arises from the fact that in the province of Condorcanqui a high rate of chronic infant malnutrition is observed, which manifests itself in a child population with high rates of anemia, weight and height below their age, due to inadequate management of public policies, which causes a high rate of infant morbidity and mortality. The objective of this research is aimed at designing and proposing public policy management strategies, based on the theories of social capital and the intercultural approach to achieve the reduction of the level of chronic child malnutrition in the province of Condorcanqui, Amazonas region, year 2017. A descriptive and descriptive research design was developed, the methodology used to collect the information that made it possible to diagnose the situation of chronic child malnutrition was of two types: mothers of undernourished children; the second was the documentary analysis issued by the organizations in charge of the management of programs and projects aimed at combating this problema. The results confirm a high rate of chronic infant malnutrition in the province of Condorcanqui. It is expected with the present study to contribute effectively with the development of scientific knowledge in the area of public policy management that allows to provide a quality service and thus reduce the levels of morbidity and mortality in the Region.

**Keywords:** public policies, child chronic malnutrition, management strategies

## INTRODUCCIÓN

La mala salud de los pobres se establece por las grandes desigualdades sanitarias entre los países, provocadas por las condiciones de clases, distribución desigual del poder, el escaso acceso y la mala calidad de los servicios de salud de las poblaciones vulnerables. Todo ello contribuye a que un gran sector de la población se vea privado de un derecho social como lo es el acceso a una vida saludable.

Así como lo sostiene la Organización Mundial de la Salud que: “Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud” (OMS, 2008).

Cabe señalar que en el Perú “620 mil niños de 0 a 3 años (43,5%) padecen de anemia. Asimismo 410 mil menores de 5 años (14.4%) sufren de desnutrición crónica infantil. 321,650 niños menores de 3 años en el Perú son afectados por la desnutrición crónica. 4 de cada 10 niños en las zonas más pobres sufren de desnutrición crónica” (MINSA, 2017).

Como parte del proceso de investigación hemos revisado las políticas sociales en el sector salud que el estado peruano está implementando para combatir la desnutrición crónica infantil. Estas políticas públicas se concretan a través de programas como el Programa Articulado Nutricional - PAN.

“Se puede considerar el abordaje de la política pública en la desnutrición infantil crónica desde dos ángulos: desde la política social y desde la primera infancia. En cuanto a la primera, se puede afirmar que no existe una política expresa como sí la hay en el caso de

seguridad alimentaria o desarrollo rural, por ejemplo: Lo más cercano es la Estrategia Nacional CRECER, que establece la intervención y propugna una mayor intervención multisectorial” (Ricse, 2012, p. 13) “años anteriores se habían gastado más de 3.000 millones de dólares en estos programas, y la desnutrición infantil crónica promedio permanecía en 25%. La conclusión fue que la estrategia del Estado para atender este problema había fallado: se había destinado mucho dinero con poco o nulo impacto. Por esta y otras razones similares, en 2007 el MEF implementó el PPR en el campo de la nutrición infantil, destinando los recursos públicos en la proporción requerida a atacar las causas que producen la desnutrición infantil crónica. En otras palabras, PPR cambia la estrategia para reducir la desnutrición infantil crónica, desplazando la importancia de los programas alimentarios por las intervenciones que explican la aparición de la desnutrición infantil crónica” (Ricse, 2012, p. 15)

Pero la “desnutrición infantil es el resultado del consumo insuficiente de alimentos balanceados que contengan los micronutrientes necesarios para el desarrollo pleno del organismo, el mismo que da lugar a tres tipos de desnutrición (crónica, aguda y global). Este problema está estrechamente relacionado con los niveles de pobreza como determinante básico y con las condiciones de acceso al servicio de agua potable, vivienda segura, salud y educación” (Salcedo, 2014, p. 3).

“Los expertos opinan que la problemática de la desnutrición crónica infantil forma parte de un problema integral, siendo la pobreza y la pobreza extrema sus condiciones causales primarias” (Salcedo, 2014, p. 9).

Según el MINSA (2004) mediante Resolución Ministerial 258 manifiesta que: “En general, la malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes sociales de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones severas” (Aguedo, 2017, p. 18)

“En este marco, apostar por el desarrollo de la infancia, en la mejora de la salud materna y neonatal, la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y de la anemia, son expresiones de compromiso que deben ser asumidos por el Estado Peruano, con la finalidad de asegurar el desarrollo infantil e invertir en la futura población activa del país y en su capacidad de progresar económica y socialmente, beneficios indiscutibles que apoyan a una mayor equidad social” (Aguedo, 2017, p. 19)

“En Amazonas, uno de cada dos niños menores de 3 años sufre de anemia. Esta enfermedad afecta al 80% de las gestantes en Condorcanqui. La desnutrición crónica infantil llega a 22% en la Región Amazonas, pero en la zona de Condorcanqui supera el 35%” (UNICEF, 2017)

“En esta región es frecuente el trabajo infantil. Además es bajo el rendimiento escolar entre los alumnos de segundo grado de primaria, el 89% no logró el aprendizaje básico para el grado en el área de matemáticas, y el 85% no llegó a ese nivel en comprensión de textos. Por otro lado, apenas la cuarta parte de adolescentes de 17 y 18 años ha terminado la educación secundaria. Esta tasa regional que es mas baja del Perú, se explica porque en lugares como Condorcanqui el porcentaje llega al 6%” (UNICEF, 2017)

Los establecimientos de salud suman 62 en toda la provincia de Condorcanqui, sin embargo, dicha provincia cuenta con 268 comunidades nativas.

Distribución de establecimientos de salud por distrito de la provincia de Condorcanqui:

DISTRITO    NIVEL DEL EE. SS

I-1    NIVEL DEL EE. SS

1-2    NIVEL DEL EE. SS

I-3    NIVEL DEL EE. SS

1-4    NIVEL DEL EE. SS

II-1    Total, General

EL CENEP	15	-	-	1	-	16
NIEVA	18	1	4		1	24
RIO SANTIAGO	19	1	2	-	.	22
TOTAL	52	2	6	1	1	62

En este cuadro podemos observar que los distritos de El Cenepa, Río Santiago, y Nieva tienen 52 establecimientos de salud del primer nivel que quiere decir que cuenta solamente con un técnico en Enfermería o Sanitario, en algunos casos con una Enfermera y Obstetra.

La escasez de recursos humanos, equipamiento e infraestructura es otro de los factores que implica la desnutrición crónica infantil en la provincia.

“La desnutrición infantil crónica puede producirse en las distintas etapas de la vida del niño o niña: etapa fetal, en los seis primeros meses, en el periodo de seis a dieciocho meses o después” (Ricse, 2012, p. 9)

“Está suficientemente demostrado que la desnutrición infantil crónica se puede instalar desde la etapa intrauterina. Las personas que tuvieron retardo de crecimiento intrauterino (así como durante la infancia) se mantienen biológicamente diferentes a través del resto de sus vidas. Por otro lado, el bajo peso al nacer se asocia con mayor riesgo de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, diabetes; en general, por cada 1000 gramos menos de peso al nacer, las mujeres tienen 1,25 veces mayor riesgo de mortalidad en la adultez por cualquier causa” (Ricse, 2012, pp. 9-10)

“La desnutrición infantil crónica puede producirse también en los seis primeros meses de vida —aunque no es muy común— debido a la alta frecuencia de la lactancia materna, exclusiva o no. La lactancia materna exclusiva por lo menos seis meses y la lactancia prolongada hasta los dos años de edad reducen la prevalencia y subsecuente morbilidad por infección respiratoria en la infancia: quienes dejaron la lactancia antes de los seis meses de edad tienen dos veces más riesgo de infección respiratoria aguda” (Ricse, 2012, p. 10)

“Combatir la desnutrición debe concentrarse en esta etapa. Esta es la razón fundamental por la que invertir en entrega de alimentos durante la etapa preescolar o escolar no tendría ningún impacto” (Ricse, 2012, p. 11)

En la provincia de Condorcanqui se observa un alto índice de desnutrición crónica infantil, lo que se manifiesta en una población infantil con altos índices de anemia, peso y talla por debajo de su edad, debido a la gestión inadecuada de las políticas públicas orientadas a combatir la desnutrición, lo que ocasiona un alto índice de morbilidad infantil.

Frente a esta problemática nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera la propuesta de un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas sustentado en las teorías de capital social y el enfoque intercultural logrará reducir la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017?

El trabajo de investigación tiene como propósito proponer un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas, sustentadas en las teorías del capital social y el enfoque intercultural para reducir el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017.

Los objetivos específicos de la presente investigación se centran en:

- Realizar un diagnóstico para determinar el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui.



- Describir los fundamentos teóricos que sustentan la propuesta de un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas para reducir el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas.
- Diseñar un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas, para reducir el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas.

El Objeto de estudio es Proceso de Gestión de las políticas públicas y el campo de acción es el Proceso de diseño de estrategias de gestión para reducir la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017.

La hipótesis a defender es la siguiente: si se propone un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas, sustentadas en las teorías del capital social y el enfoque intercultural, entonces se lograría reducir el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas, año 2017.

Esta investigación está estructurada en cinco capítulos de la siguiente manera:

En el capítulo I se desarrolla las teorías del capital social y el enfoque intercultural constituyen la base de la propuesta teórica de la investigación

En el capítulo II se explica la metodología y los procedimientos de la investigación

En el capítulo III se presenta el análisis de los resultados de la investigación, y la presentación de la propuesta teórica como un aporte fundamental para que las políticas públicas sean más eficientes y eficaces en el combate a la desnutrición crónica infantil en la región Amazonas.

En el capítulo IV y V se presentan las conclusiones y recomendaciones respectivamente como parte de esta investigación

## **CAPITULO I : DISEÑO TEORICO**

En este capítulo se analizan y describen las teorías que sirven de sustento a la propuesta teórica del programa de estrategias de gestión en la implementación de las políticas públicas en salud para combatir la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui. Por ser una población indígena nuestra unidad de análisis creemos pertinente tomar como referencia las teorías del capital social y el enfoque intercultural como sustento teórico de nuestra propuesta que desarrollamos a continuación.

### **1.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN**

Según Berrocal y Medina (2015) en sus tesis de maestría titulada “Modelo de gestión público privado para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la ciudad de Cusco: proyecto NUTRITASA”, llegaron a las siguientes conclusiones:

“La DCI es un problema de salud pública cuya etiología responde a múltiples factores y genera limitaciones en el desarrollo infantil que comprometen el rendimiento escolar y la productividad e ingresos futuros de los niños afectados. Los distritos de Cusco y San Jerónimo presentan tasas de DCI de 15,3% y 15,7 %, respectivamente. Ambos distritos son mayoritariamente urbanos y la tasa de pobreza monetaria en estos es aproximadamente 29,4%” (p. 71)

También confluyen que: “La revisión de evaluaciones de impacto de programas internacionales de lucha contra la DCI permiten inferir que la reducción de la DCI es mayor cuando se incide en: mejora de ingresos a través de transferencias monetarias, alimentación, monitoreo y promoción del crecimiento, suplemento de micronutrientes, educación nutricional, servicios prenatales y tratamiento de enfermedades, así como trabajo multisectorial para mejorar el nivel educativo de la madre” (71)

Por otro lado, Abanto y Angulo (2017) en sus tesis titulada “Gestión Colaborativa: Articulación Institucional para la disminución de la desnutrición en el distrito de Hualgayoc en Cajamarca, Periodo 2012 – 2014” llegaron a las siguientes conclusiones: “La capacidad de articulación entre las instituciones involucradas fue débil, principalmente por no contar con conocimientos, voluntad política, y manejo de herramientas de gestión, que hagan posible una articulación real para la mejora de las condiciones de vida de los niños y niñas por el lado de la nutrición. En ese sentido, no hubo liderazgo municipal ni visión en función a las necesidades sociales, sino que su criterio de inversión se basó en los principios del populismo y la infraestructura; por otro lado, el sector salud también mostró deficiencias en el lenguaje, los conceptos, la comprensión sobre cómo abordarse la promoción de la salud, pues son divergentes las posiciones entre el propio personal de sector” (p. 84).

También concluyeron en relación a la “Sectorización y reducción del problema. Tanto la comunidad como las instituciones locales y autoridades municipales analizaron el tema de la desnutrición crónica infantil como un problema que corresponde únicamente al sector salud. Esto trajo consigo que cada sector (salud, empresa privada, municipalidad distrital) trabaje por separado con acciones aisladas unas de otras, sin generación de confianza y sin intención de articular esfuerzos para abordar el tema con un enfoque multicausal” (p. 84).

Fernández (2017) en su tesis titulada “análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos – Ayacucho (enero 2015 – abril 2016)” concluye que:

“La gestión articulada es parte de un proceso de coordinación, que se desarrolla en un espacio de concertación e involucra la participación de actores que previamente identificaron el cumplimiento de un objetivo común. Los elementos que la constituyen, y que a su vez forman parte del proceso de coordinación, son los procesos subyacentes de la coherencia, colaboración y cooperación, con una relación de sinergia entre sí” (p. 58)

Por otra parte refiere que: “Los lineamientos de gestión articulada del MIDIS no constituyen en sí herramientas para el fortalecimiento de la gestión articulada local. Los dos lineamientos aprobados por el MIDIS, están orientados a reducir la desnutrición crónica infantil - DCI (2012) y a promover el desarrollo infantil temprano - DIT (2016), donde se detallan objetivos relacionados con la identificación de ámbitos geográficos, intervenciones efectivas, definición de resultados e indicadores, no habiéndose identificado objetivos relacionados a la gestión articulada per se. Asimismo, se omite una descripción básica del procedimiento de la gestión articulada y para la entrega de los productos (Ej. suplementación con micronutrientes) se obvia el carácter multisectorial e intergubernamental, restringiendo la responsabilidad solo al nivel sectorial” (p. 58)

Por su parte Ramos (2017) en sus tesis titulada “Aplicación de Cooperación Técnica Internacional en las Políticas Públicas que deben ayudar a erradicar la Desnutrición Infantil en Loreto (2011-2016)” concluye que:

“Queda demostrado entonces que la aplicación de C.T.I. es sustentable y corresponde alcanzar logros concretos con miras al Bicentenario en 2021. Es evidente el apoyo que tenemos de por parte de la cooperación bilateral, multilateral y triangular. Es necesario

que todos los actores de la C.T.I. unan esfuerzos para brindar ayuda a las políticas públicas que tenemos y lograr que estas sean viables, sostenibles, eficaces y eficientes. Al mismo tiempo, es indispensable que las Organizaciones Internacionales impulsen políticas públicas que sean factibles y perdurables en el tiempo por lo tanto, se considera que el Estado debe legislar a favor de la creación de una Ley que incentive a las organizaciones a impulsarlas” (p. 83).

Este problema de salud, de acuerdo con el informe «Desnutrición crónica infantil cero en el 2016: Una meta alcanzable», se presenta en el infante con una delgadez extrema, haciéndose notar una pérdida de peso por efecto de la hambruna o enfermedades que se desarrollan en su entorno limitado en el que éstos se desenvuelven, y se mide como una deficiencia de peso por altura (P/A). (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2015)

## **1.2. REFERENTES TEÓRICOS DEL MODELO TEÓRICO.**

### **1.2.1. ENFOQUE TEORICO DEL CAPITAL SOCIAL**

Así como existen diferentes tipos de capital, conocidos por la academia económica, también en el sector social existe un capital que dinamiza la economía de una región o país, a través de procesos de asociatividad, de participación ciudadana y de generación de confianza; factores muy importantes que muchas veces no son tomados en cuenta para lograr el desarrollo. Este tipo de Capital es conocido como capital social.

“El capital social es un concepto de reciente y creciente aplicación en los estudios sobre el desarrollo. Se refiere a una realidad menos tangible que el

capital humano (conocimientos) o el capital físico (bienes materiales), pero resulta también decisivo para la actividad productiva, la satisfacción de las necesidades personales y el desarrollo comunitario” (Chasquibol, 2016, p. 25)

Diversos teóricos de la sociología moderna y contemporánea lo abordan desde diferentes perspectivas.

Uno de los teóricos más sobresalientes de la sociología contemporánea es el francés Pierre Bourdieu, quien “admite que existen diferentes tipos de capitales, válidos para diferentes campos. Asimismo admite la capacidad de conversión de los capitales, es decir, la posibilidad de invertir un tipo de capital para obtener otro a cambio” (Chasquibol, 2016, p. 25)

Bourdieu define el capital social como el “Conjunto de los recursos actuales o potenciales vinculados a la posesión de una *red duradera de relaciones* más o menos institucionalizadas de conocimiento y de reconocimiento mutuo (...) destinadas a la institucionalización o la reproducción de relaciones sociales utilizables directamente, a corto o a largo plazo (...)” (Bourdieu, 1980. Pp. 83-85)

Desde esta perspectiva el capital social es una categoría sociológica que describe las formas de relacionarse a través de mecanismos duraderos y con arreglo a fines comunes.

Ramírez (2005) por su parte plantea que “Bourdieu vio en la pertenencia a un grupo o una red de relaciones por parte de los individuos un requisito

indispensable para la existencia del capital social. A diferencia del capital económico y cultural en posesión de las personas, que podían ser perfectamente inteligibles desde el individuo, el capital social demandaba la existencia de un grupo o una red duradera de relaciones sociales”.

En esta definición de capital social se reconocen cuatro elementos esenciales según Ramírez (2005):

a) “La pertenencia a un grupo, que según Bourdieu, podrían ser un club selecto, una familia o la aristocracia, los cuales se caracterizan por su institucionalización y por la posesión de límites precisos que los definen y les otorgan distinción” (Chasquibol, 2016, p. 26)

.

b) “La existencia de relaciones de intercambio material y simbólico en su interior, mediante los consumos apropiados que sus miembros realizan para simbolizar una vida burguesa. Estos intercambios presuponen conocimiento y reconocimiento mutuo” (Chasquibol, 2016, p. 27)

c) “Los recursos de dicho grupo, que Bourdieu ejemplifica como palabras, regalos, mujeres, etc. Los recursos o beneficios materiales pueden ser los favores que surgen de relaciones provechosas, mientras que los recursos o beneficios simbólicos surgen, por ejemplo, de la pertenencia a un grupo selecto” (Chasquibol, 2016, p. 27)



d) “Su grado de institucionalización, que se asume por la adopción de un nombre común o por un acto de institucionalización. Para Bourdieu la institucionalización es una característica central del capital social, de forma que las relaciones sociales difusas o la simple sociabilidad entre conocidos no puede considerarse como generadora de capital social” (Chasquibol, 2016, p. 27)

Robert Putnam (1995) es también uno de los teóricos quien define al capital social como: “las características de la organización social, tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la coordinación y la cooperación para un beneficio mutuo” (Urteaga, 2013, p 45).

Millan y Gordon, (2004) sostienen que “la confianza requiere de reciprocidad, la cual es la norma más importante del capital social, y puede ser de dos tipos: específica (o equilibrada) y difusa (o generalizada). La reciprocidad específica se da cuando se intercambian objetos o bienes que poseen un valor equivalente en un momento específico, mientras que la reciprocidad difusa implica una relación de intercambios sostenida en el tiempo, los cuales, si bien pueden no ser equivalentes, se espera que así lo sean a largo plazo. Se considera a éste último tipo el apropiado para la generación de capital social ya que permite que las personas cooperen para beneficios mutuos” (Cacciutto, 2010).

Los seres humanos construimos permanentemente mecanismos de relacionamiento que se van configurando en redes sociales dotados de valores

que implican compromisos compartidos por todos los que forman parte de la red, de este modo se van instituyendo normas de reciprocidad.

Por su parte Putnam (1993) “caracteriza a la comunidad cívica como aquella que posee compromiso cívico, solidaridad, confianza y tolerancia elevados, y además impulsa el asociacionismo en la vida pública” Ramírez (2005)

También Putnam creía que se puede medir el asociacionismo para lo cual “formuló un índice de civismo, el cual permite medir su desarrollo institucional y económico, de modo que las comunidades cívicas serían aquellas que poseen mayor capital social, ya que cuentan con redes asociativas y sus habitantes se encuentran comprometidos en los asuntos públicos” (Ramírez, 2005, citado por Chasquibol, 2016, p. 28).

Otro de los teóricos del capital social es James Coleman (2000) quien define este capital como: “Una variedad de diferentes entidades, con dos elementos en común: todas ellas consisten de algún aspecto de las estructuras sociales y facilitan la realización de ciertas acciones para los actores (sean personas o actores corporativos) dentro de la estructura” (Cacciutto, 2010. P 58).

La definición de Coleman se caracteriza por afirmar que: “La acción social está conformada por interacciones. Las relaciones generan interdependencia de actores. Las interacciones generan una estructura para aquellos que participan en ella” (Cacciutto, 2010, P 58).

Coleman sostiene que se estructuran diversas formas de capital social entre ellas tenemos:

**“Obligaciones y expectativas**, lo cual se relaciona con la confianza que tiene una persona de que, luego de haber contribuido positivamente con otra, ésta le devuelva dicho favor. A su vez, esto genera en la persona favorecida, la obligación de retribución, dependiendo dicho cumplimiento del nivel de confianza y de la extensión de las obligaciones adquiridas. De esta manera, el carácter obligatorio implica un crédito o recurso, es decir, un capital a favor de los actores que participan de una estructura de reciprocidad” (Millan y Gordon, 2004, pp. 714-720)

Otra forma de capital social es el **“Potencial de información**, ya que las relaciones sociales contribuyen a disminuir el costo de la obtención de información para personas o grupos, permitiendo la realización de acciones derivadas de dicha información en forma más eficiente” (Millan y Gordon, 2004, pp. 714-720)

También las **“Normas y sanciones efectivas**, que generan un ambiente de confiabilidad al favorecer o restringir determinados comportamientos, priorizándose las normas colectivas por sobre las individuales” (Millan y Gordon, 2004, pp. 714-720)

Por otro lado las **“Relaciones de autoridad**, que implican la transferencia de un actor hacia otro, de sus derechos de control sobre determinadas acciones, los

cuales pasan a formar parte del capital social del actor que los recibe” (Millan y Gordon, 2004, pp. 714-720)

Otra forma seria la **“Clausura de las relaciones**, que se entiende como la existencia de vínculos suficientes entre cierta cantidad de personas, es importante para el capital social en tanto permite la observancia de normas y la creación de reputación entre las personas para participar de intercambios” (Millan y Gordon, 2004, pp. 714-720)

Y por último el **“Carácter apropiable de la organización**, es decir, la capacidad que poseen determinadas organizaciones para lograr propósitos distintos a aquel por el cual fueron constituidas. Para que la apropiación pueda generarse, se requiere de la eficiencia de la organización y que la misma tenga identificados los siguientes elementos: diseño de las obligaciones y expectativas, responsabilidad de los miembros y de la autoridad y normas y sanciones para regirlos” (Millan y Gordon, 2004, pp. 714-720)

De este modo, Coleman “afirma que el capital social es de carácter público, es decir, se encuentra en las redes sociales, sin ser propiedad de ninguno de sus miembros en particular y además todos ellos pueden beneficiarse de él, a pesar de que el esfuerzo para crear el capital social haya sido de otros” (Cacciutto, 2010).

En líneas generales:

El capital social es definido por su función, no es una entidad simple o aislada, sino una trama de diferentes entidades con dos características en común: son parte de algún aspecto de la estructura social y facilitan ciertas acciones de los individuos integrados a dicha estructura. Se crea mediante las relaciones interpersonales, las cuales cambian para facilitar la acción. Es menos tangible que el capital físico y humano y no es una entidad física. Es fruto de la acumulación por la repetición del intercambio y se basa en la confianza. El capital social y las instituciones no son lo mismo, pero están interrelacionadas, y a mayor confianza en las instituciones mayor será el capital social. Ambas se parecen en el problema de la confianza, aunque para el capital social el problema de la confianza es crítico. (Saiz y Jiménez, 2008. P. 256)

### **1.2.2. DIMENSIONES DEL CAPITAL SOCIAL**

Considerando la complejidad y multidimensionalidad del concepto, no existe en la actualidad una definición consensuada del mismo. Pero la mayoría de autores reconoce que la confianza, las normas de reciprocidad, y las redes son componentes principales de este.

Según Saiz y Jiménez (2008) afirman que: “En la extensa literatura que existe sobre el tema, estos componentes son conocidos con diversos nombres, tales como variables del capital social, dimensiones, formas de capital social, elementos, factores, etc.” (p 258).

A continuación voy a revisar las principales dimensiones en el contexto de diversos autores.

Mariangel Cacciutto (2010) propone las siguientes dimensiones:

**Confianza:**

“Es una actitud que se basa en el comportamiento que se espera de la otra persona que participa en la relación que se establece entre ambas, teniendo un soporte cultural en el principio de reciprocidad. Tal actitud se expresa en conductas reiteradas y reforzadas con expresiones que comunican esa confianza en discursos y en acciones de entrega del control sobre determinados bienes”

**Reciprocidad:**

“Es una lógica de intercambio de objetos, de ayuda y de favores diferente de la mercantil, aunque opera también en el ámbito del mercado y es signo de estar dispuesto a iniciar o mantener una relación social, al mismo tiempo que supone de parte del receptor la obligación, culturalmente sancionada, de retribuir de alguna forma el obsequio”

**Cooperación:**

“Se trata de una acción complementaria orientada al logro de los objetivos compartidos de un emprendimiento común. No debe confundirse con la colaboración, que es el intercambio de aportes entre aliados que tienen emprendimientos y objetivos diferentes aunque compatibles. La cooperación,

junto con la confianza y los vínculos de reciprocidad, resulta de la interacción frecuente entre diversas estrategias individuales”

Por su parte Atria citado por Saiz y Jiménez (2013) propone las siguientes dimensiones:

**Participación en redes:**

“Generalmente, en el análisis del capital social, la inclusión del concepto de redes de relaciones entre individuos y grupos, es fundamental. El capital social no puede ser generado por individuos que actúan por sí mismos, este depende de la tendencia a la sociabilidad, de la capacidad para formar nuevas asociaciones y redes”

**Normas sociales:**

“Estas son importantes en la medida que proveen control social informal que obvia la necesidad de usar acciones legales e institucionalizadas. Como ejemplo, algunos autores afirman que donde existen altos niveles de capital social, los niveles de criminalidad son bajos, y existe escasa necesidad de utilizar el control policial formal; en el caso contrario, las personas se verán comprometidas a ejercer control por medio de reglas y regulaciones formales”

**Proactividad:**

“Sentido de eficacia personal y colectiva. El desarrollo del capital social requiere que las personas sean agentes activos y creadores, no receptores pasivos de servicios o derechos”

### **1.2.2. ENFOQUE INTERCULTURAL**

Uno de los principales problemas que afrontan América latina y el caribe y por ende el Perú está relacionado con las desigualdades sociales por ser una región culturalmente diversa y con un pasado histórico de dominación y exclusión aun no superadas en el mundo moderno. Es por ello que la ONU en el marco del reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas considera que: “por el hecho de que los Pueblos Indígenas han sufrido injusticias históricas como resultado, entre otras cosas, de la colonización y de haber sido desposeídos de sus tierras, territorios y recursos, lo que les ha impedido ejercer, en particular su derecho al desarrollo, de conformidad con sus propias necesidades e intereses” (ONU, 2007, p.2).

Como podemos observar en la cita anterior La organización de la Naciones Unidas reconoce que los pueblos indígenas han sufrido durante el proceso de colonización una serie de violaciones a los derechos humanos que se ven reflejados en una serie de procesos de exclusión y discriminación.

Por ello la ONU plantea “la urgente necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de los pueblos indígenas, que derivan de sus estructuras políticas, económicas y sociales y de sus culturas, de sus tradiciones espirituales, de su historia y de su filosofía, especialmente los derechos a sus tierras, territorios y recursos” (ONU, 2007, p.2).

Desde esta óptica entendemos que toda iniciativa del Estado u otra organización pública o privada que promueva el desarrollo de políticas públicas sin tener en cuenta la diversidad cultural y el respeto por las tradiciones y costumbres de los pueblos indígenas son violatorios a sus derechos como pueblos originarios.

El reconocimiento por parte de la ONU de sus derechos como pueblos indígenas surge a partir de la síntesis de una serie de enfoques teóricos como es el enfoque de género, de



derechos humanos, intercultural, interseccionalidad, de capacidades y el paradigma del reconocimiento que han contribuido como un elemento importante para entender sus prácticas culturales comunitarias.

Por tanto, en este trabajo de investigación donde proponemos estrategias para implementar las políticas públicas en salud en la población aguaruna y huambisa que permita reducir los índices de desnutrición crónica infantil de manera eficiente y eficaz asumimos el enfoque intercultural como sustento teórico de nuestra propuesta orientada a generar valor público como parte de la gerencia social.

### **1.2.3. CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE INTERCULTURAL**

Una de las principales características del enfoque intercultural está orientado al “reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades actuales, las cuales deben convivir con una base de respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos” (UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF Y PNUD, 2012, p. 24).

Desde esta perspectiva las políticas públicas no deben ser impuestas en base a modelos extranjerizantes sino al contrario respetando la cultura de las poblaciones indígenas, esto supone la incorporación en estas políticas del conocimiento ancestral, de la participación activa de los líderes comunitarios, valorando en todo momento sus costumbres y tradiciones para generar confianza y la población participe activamente cada vez que se lo requiera o ellos así lo dispongan. Desde la perspectiva de la gerencia social, se busca generar valor público, de los programas o políticas sociales que se implemente en estas comunidades.

Otra característica del enfoque intercultural está asociado a la visión de desarrollo en un contexto global, en donde la diversidad y las cuestiones relativas a la identidad, han

superado a variables meramente socioeconómicas y se han incorporado variables relacionados con la cultura, que se han ido cristalizado en el reconocimiento de derechos universales por organismos internacionales como las naciones unidas.

Desde esta perspectiva, los pueblos indígenas de la región de América Latina y el Caribe se les van reconociendo sus derechos ciudadanos que les permita tener una vida digna en este mundo moderno y globalizado. De este modo se va constituyendo su propia identidad. “Esta identidad se basa en múltiples y diversas identidades específicas que, lejos de constituir una dificultad o problema –como usualmente se ha considerado–, entrega vastas posibilidades de crecimiento y desarrollo en consonancia con procesos de integración y cohesión social interculturales” (Bello y Rangel, 2002 citado por UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF Y PNUD, 2012, p. 25).

A pesar que el movimiento indígena tanto en América Latina como en el mundo es antiguo, recién a partir del año 1971 o sea aproximadamente hace 50 años sus diversas demandas son escuchadas y recogidas en diversos foros y reuniones de las agencias internacionales como lo es la declaración de Barbados de 1971 en donde empiezan a ser reconocidos como pueblos indígenas a su autogobierno y representatividad propia. (Arregui Orue, 2009 citado por UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF Y PNUD, 2012, p. 26)

A partir de la declaración de Barbados los movimientos indígenas en representación de sus pueblos originarios emprendieron una fuerte presión a los estados para la inclusión en el diseño de las políticas públicas el reconocimiento y respeto de sus derechos como ciudadanos.

El enfoque intercultural como ya lo había planteado antes es relativamente nuevo, surge a fines de los años setenta del siglo pasado y se desarrolla en occidente como en

Latinoamérica. Con la diferencia que en el viejo continente está asociada con el proceso migratorio de otros continentes en cambio, “en Latinoamérica la interculturalidad ha estado asociada a la demanda por el reconocimiento cultural y político de los grupos indígenas y afrodescendientes de la región. De este modo, la interculturalidad busca dar cuenta de la interacción o encuentro entre dos o más grupos culturales. En definitiva, la interculturalidad tiene su énfasis en el diálogo, la interacción y la relación incluso de grupos que no comparten un mismo Estado” (Reyna, 2007 citado por UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF Y PNUD, 2012, p. 27)

Es a partir de la década de los ochenta y noventa que el movimiento indígena adquiere su verdadero protagonismo con la consecución de una serie de reivindicaciones, dentro de las más destacadas se encuentra la aprobación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) “sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes” de 1989, que ha sido clave en el establecimiento del derecho a vivir de acuerdo con su cultura y tradiciones, a no ser discriminados, y a la consulta y la participación. Pero sin duda alguna la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en el año 2007 es el reconocimiento de mayor envergadura con respecto al reconocimiento de los derechos indígenas en el ámbito internacional (UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF Y PNUD, 2012, p. 27)

#### **1.2.4. DESNUTRICION INFANTIL**

La primera infancia es una etapa trascendental dentro del proceso evolutivo del ser humano. En esta etapa se producen dos fenómenos: el crecimiento y desarrollo. Para encontrarse con estos fenómenos es imprescindible que el niño o la niña reciban una alimentación adecuada. Las ausencias de estos dos fenómenos causan graves daños provocando una seria desnutrición crónica infantil, ya que es la etapa de mayor

impacto en el cerebro del niño, se pueden producir alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles o incluso la muerte.

Dos décadas han pasado desde la suscripción en la Asamblea General de Naciones Unidas: “la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, además de reconocer su derecho a la vida y a la supervivencia. En los últimos 20 años se han mejorado las expectativas de vida y desarrollo de millones de niños en todo el mundo. Pero no podemos obviar uno de los mayores fracasos de los gobiernos en el mundo. Cerca de 200 millones de niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica. Son niños que, ya con total seguridad, van a ver afectado su desarrollo físico e intelectual a corto, medio y largo plazo, hipotecando no sólo su futuro sino el de sus familias, comunidades y del país en general” (UNICEF, 2011, citado por Scorolli, s.f., p. 240)

La lucha contra la desnutrición infantil es uno de los grandes frentes de trabajo de muchas organizaciones mundiales: OMS, UNICEF etc. y por este motivo he querido poner énfasis especial en esta grave problemática contra la desnutrición crónica infantil, particularmente en la provincia fronteriza de Condorcanqui - Región Amazonas.

“La situación es muy grave, porque está demostrado que hay muchas intervenciones factibles, rentables y tremendamente efectivas para mejorar la vida de estos y otros muchos millones de niños en el mundo” (UNICEF, 2011, citado por Scorolli, s.f., p. 240).

Tenemos el caso del continente africano en donde se profundiza las enormes dificultades: la sequía, la crisis alimentaria y el conflicto bélico.

La desnutrición infantil en el mundo en vías de desarrollo afecta a “cerca de 200 millones de niños menores de 5 años quienes sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. Seis están en Asia: Bangladesh, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. En 9 países, más del 50% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica. Así tenemos que Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos” (Alvarado, et al, 2013, p. 19)

“Para analizar la situación nutricional de la infancia es imprescindible considerar la desnutrición crónica (déficit de talla para la edad) como indicador adicional al de desnutrición global (déficit de peso para la edad) indicadores incluidos en los objetivos de desarrollo del Milenio” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

En América latina “la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños -desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años. Sus efectos son, en gran medida, irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza. La situación es particularmente grave en los países centroamericanos y andinos.

Guatemala presenta la cifra más alta de la región, que supera los promedios de Asia y África” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

“Estudios nutricionales de las últimas dos décadas permiten estimar que en la región se observa un importante avance hacia el cumplimiento de la meta de reducción de la desnutrición global (55%). Sin embargo, la situación es heterogénea entre los países. Mientras algunos alcanzaron la meta, otros han avanzado muy poco o, incluso, registran retrocesos (Argentina, Costa Rica, Ecuador y Paraguay). Por su parte, durante la década de 1990, el avance en la disminución de la desnutrición crónica ha sido más lento (19,1% a 15,8%)” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

“Es necesario subrayar que en los promedios nacionales no se reflejan las grandes disparidades existentes dentro de los países. Por ejemplo, la probabilidad de que un niño que vive en una zona rural sufra de desnutrición global es entre 1,5 y 3,7 veces más alta que en un niño que vive en zona urbana, y al menos 4 veces mayor entre niños indígenas. Los países andinos y centroamericanos son claros ejemplos de esta situación” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

los objetivos de desarrollo del milenio están vinculados con la reducción del hambre y la desnutrición, estos objetivos son:

#### 1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

“La desnutrición erosiona el capital humano a través de sus efectos intergeneracionales e irreversibles sobre el desarrollo físico y cognitivo. La pobreza

impide a las personas producir o adquirir los alimentos que necesitan” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 6)

## 2. LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

“El hambre merma la escolaridad y perjudica la capacidad de aprendizaje

La falta de educación reduce la capacidad de generar ingresos y aumenta el riesgo de pasar hambre” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

## 3. PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA POTENCIACIÓN DE LA MUJER

“El hambre reduce la asistencia escolar en las niñas más que en los niños

Las mujeres carecen del apoyo de los hombres en las labores de cuidado dentro del hogar, y suelen postergar su propia salud nutricional en beneficio de la del resto de la familia. Dado que las mujeres desnutridas dan a luz bebés con bajo peso al nacer, lo anterior exacerba esta vulnerabilidad que se transmite de generación en generación” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

## 4. REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

“Más de la mitad de las muertes infantiles son causadas directa o indirectamente por el hambre o la desnutrición” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

## 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA

“La desnutrición y la deficiencia de micronutrientes incrementan significativamente el riesgo de muerte materna” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

## 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

“La desnutrición es otro factor de riesgo que puede acrecentar la transmisión de VIH, reducir la efectividad de la terapia antirretroviral y acelerar la manifestación del SIDA. En los niños desnutridos se duplica con creces la probabilidad de morir de paludismo. La desnutrición aumenta el riesgo de contraer tuberculosis” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

## 7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

“El hambre aumenta la probabilidad de hacer uso de recursos que atenta contra la sostenibilidad del medio ambiente. La restauración y el mejoramiento de las funciones de los ecosistemas son fundamentales para reducir el hambre entre la población rural pobre. El acceso a agua potable y saneamiento básico sostenible es esencial para asegurar la inocuidad de los alimentos, pero es un factor importante en la nutrición de los niños” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)

## 8. ESTABLECER UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

“Una mayor cooperación internacional y una asignación más oportuna de sus recursos pueden producir impactos positivos en el acceso de niños y niñas a una alimentación más sana y equilibrada” (CEPAL y UNICEF, 2006, P. 5)



“Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INEI), a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 14,6% de niñas y niños menores de cinco años. En el 2009 teníamos una prevalencia del 23,8%” (MINSA, 2016, parr. 7)

“Asimismo, la ENDES indica que la desnutrición crónica en áreas rurales, en niños menores de cinco años, se ha reducido entre el 2013 al 2014, en 3.4%. Inicialmente, esta enfermedad alcanzaba al 25.3% mientras en el 2014, bajó a 21.9%. Otro dato revelador, manifiesta que esta enfermedad se presenta principalmente en zonas rurales (21.9%) y en menor proporción en lugares urbanos (5.8%). La anemia, a nivel nacional, afecta al 46.8% de niñas y niños menores de tres años de edad. Se presenta con mayor frecuencia en áreas rurales (57.5%), a comparación con la zona urbana (42.3%)” (MINSA, 2016, parr. 7)

#### A Nivel Regional:

La Desnutrición Crónica Infantil se comportó el año 2014 de la siguiente manera:

Disminuyó en 17 Regiones, siendo las más importantes: Huancavelica, Cajamarca, Huánuco, Ayacucho, Loreto, Arequipa y Puno.

Se mantiene en tres Regiones, que son: Lima, Lambayeque y Moquegua.

y aumentó en cuatro Regiones: Tacna, San Martín, Ucayali y Amazonas.

La anemia, en el 2014, tuvo el siguiente comportamiento: en 12 Regiones aumentó, siendo las significativas: Amazonas, San Martín, Ucayali, Loreto, Junín y Puno. En 8 Regiones disminuyó: Lima, Lambayeque, La Libertad, Cajamarca,

Huánuco y Ayacucho. En 4 regiones, las cifras se mantienen: Ica, Arequipa, Piura y Cuzco.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en la presentación de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, dio a conocer que, la desnutrición crónica, en niñas y niños menores de cinco años de edad, se redujo de 23,8% en el año 2009 a 14,6% en el año 2014, por efecto de las mejoras en el acceso a servicios de salud madre-niño,(Centro de promoción y Vigilancia comunal para madres gestantes y niños menores de 3 años) en la alimentación, en los servicios básicos; aspectos que incidieron en una mejor calidad de vida de la población de menores recursos” (INEI, 2015, parr. 1)

“Un niño con desnutrición crónica es aquel que presenta una estatura por debajo de la esperada para su edad, evidenciando deficiencias crónicas en nutrición y/o salud. Por sexo, en el año 2014, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,3 puntos porcentuales (15,7% en niños y 13,4% en niñas)” (INEI, 2015, parr. 2)

“No obstante, en otras regiones del país todavía se presentan brechas por superar. Así en el departamento de Tacna, 4 de cada 100 niños presentan retraso en su crecimiento frente a 35 de cada 100 niños en Huancavelica. Siendo también elevado este indicador en los departamentos de Cajamarca (32,2%), Amazonas (30,8%), Apurímac (27,3%), Ayacucho (26,3%) y Ucayali (26,1%)” (INEI, 2015, parr. 4)

“La desnutrición crónica también se diferencia por la lengua o idioma nativo que se habla en el hogar. Tienen desnutrición crónica el 12% de niñas y niños que

tienen como lengua habitual el castellano, los quechuas (36,4%), y es significativamente mayor en las niñas y niños con lengua originaria de la Amazonía (53,2%). En tanto en los aymara (11,1%)” (INEI, 2015, parr. 5)

#### **1.2.5. CONDICIONANTES DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL**

“Anemia afectó al 21,6% de las mujeres en edad reproductiva. La anemia se caracteriza por el bajo nivel de hemoglobina en la sangre. La prevalencia de anemia en las mujeres en edad fértil, en el año 2014, es de 21,6%. Se presenta en todos los estratos socioeconómicos. Es mayor en las mujeres embarazadas (28,9%) y en las que se encuentran dando de lactar (27,9%). La prevalencia de anemia en su mayor proporción es leve (18,2%)” (INEI, 2015, parr. 6)

“Lactancia materna exclusiva alcanzó al 68,4% en los menores de seis meses. El 68,4% de la población menor de seis meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva, esta práctica llegó a 85,2% en la Sierra y 75,6% en la Selva. Ayacucho, Cusco, Huancavelica, Apurímac y Cajamarca son los departamentos que destacan con más del 90% de los menores de seis meses que tuvieron lactancia materna exclusiva” (INEI, 2015, parr. 7)

“Aumenta control del crecimiento y desarrollo en menores de 36 meses. En el año 2014, el 52,4% de las niñas y niños menores de 36 meses recibieron control de crecimiento y desarrollo, porcentaje que comparado con el año 2009 se incrementó en 24,7 puntos porcentuales. Según quintiles de riqueza, se encontró el mayor incremento

en el quintil inferior que pasó de 27,0% a 57,9%. Huánuco es el departamento con mayor porcentaje de menores de 36 meses de edad que recibieron control de crecimiento y desarrollo del niño, en el año 2014 con el 72,6%” (INEI, 2015, parr. 8)

#### **1.2.6. ANTECEDENTES DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL**

“Para comprender de manera integral el problema de la desnutrición infantil en el Perú es necesario revisar dos conceptos claves que se encuentran estrechamente vinculados entre sí, como son la alimentación y la nutrición; el primer concepto hace referencia al proceso biológico de ingestión de alimentos con la finalidad de obtener energía y elementos indispensables para el desarrollo corporal, y el segundo es el conjunto de fenómenos involuntarios que se llevan a cabo en el organismo luego de la ingestión de alimentos como la digestión, absorción y asimilación de nutrientes” (Salcedo, 2014, p. 5).

Beltrán y Seinfeld (2009) señalan que: “La desnutrición infantil ha sido catalogada por la UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa, genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente por un pobre estado nutricional.” (Salcedo, 2014, p. 5).

la Organización Humanitaria Internacional Acción Contra el Hambre (2012), define que “La desnutrición aguda es un problema de salud resultante del desequilibrio entre el aporte y el gasto de nutrientes en el organismo. Refleja una pérdida reciente

de peso manifestado por un peso reducido en relación a la talla” (Salcedo, 2014, p. 5).

La FAO (2012:2) “manifiesta que para tener una buena salud física se debe tener en primer lugar un buen estado nutricional, lo cual dependerá de la cantidad y calidad de los alimentos que se consume y su contenido nutricional, con la finalidad que puedan satisfacer las necesidades nutricionales individuales. Muchas enfermedades infecciosas y parasitarias (diarreas, enfermedades respiratorias, sarampión, malaria, tuberculosis, lombrices intestinales, entre otras) merman significativamente la salud y el estado nutricional de las personas, debido a que generan disminución de apetito entre otros síntomas” (Salcedo, 2014, p. 6).

La desnutrición crónica infantil como resultado de un proceso, estaría asociado a tres conjuntos de factores: 1) básicos, 2) subyacentes, y 3) inmediatos, los cuales tendrían diferentes niveles de asociaciones con la Desnutrición Crónica Infantil. Los factores básicos y subyacentes se asociarían indirectamente con la desnutrición crónica infantil.

**Causas inmediatas:** alimentación insuficiente, atención inadecuada y enfermedades.

**Causas subyacentes:** falta de acceso a alimentos, falta de atención sanitaria, y agua y saneamiento.

**Causas básicas:** pobreza, desigualdad, escasa educación de las madres

(Determinantes sociales de la salud) Fuente: UNICEF: La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento.

En este contexto teórico se enmarca los factores multicausales y la intervención necesaria multisectorial.

Debe referir las investigaciones más importantes desde el punto de vista de su actualidad y valor teórico que se han realizado sobre el tema y que se encuentran en revistas especializadas, tesis de postgrado y reportes de investigación.

### **1.3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **1.3.1. Gestión: Definición**

“En el marco de la implementación de los proyectos de desarrollo, es fundamental tener en consideración que la gestión de un proyecto se define como la planificación, organización y administración de las tareas y recursos necesarios para llevar a cabo un objetivo definido, normalmente con limitación de tiempo y recursos. Donde en función de una prioridad local, asumido como necesidad o solución de un problema, los actores locales deben procurar estratégicamente reconocer los elementos del territorio para definir la forma adecuada y estratégica de ejecución de un proyecto” (Abanto y Angulo, 2017, p. 39)

#### **1.3.2. Capital social**

El Banco Mundial (2000) sostiene que el capital social se refiere a las “instituciones, relaciones, actitudes y valores que rigen la interacción de las personas y facilitan el desarrollo económico y la democracia”. En el mismo año, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) lo define como “relaciones informales de confianza

y cooperación (familia, vecindario, colegas); asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo; y marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico”. Por otra parte, la CEPAL (2001), presenta la siguiente definición: “el conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promueven la confianza y la cooperación entre las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto” (Abanto y Angulo, 2017, p. 31)

### **1.3.3. Articulación y coordinación**

“la capacidad para articular y coordinar la labor de los organismos públicos involucrados en los objetivos comunes, para que permitan superar duplicaciones, rivalidades presupuestarias e intereses sectoriales, y promover la coherencia intertemporal e intersectorial”. (Abanto y Angulo, 2017, p. 36)

### **1.3.4. Desnutrición Infantil**

Beltrán y Seinfeld (2009) señalan que: “La desnutrición infantil ha sido catalogada por la UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa, genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente por un pobre estado nutricional.” (Salcedo, 2014, p. 5).

## **CAPITULO II: METODOS Y MATERIALES**

### **2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación es descriptiva [propositiva](#), en un primer momento se realizó el diagnóstico sobre el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, como segundo paso se analizó las teorías que sirven de sustento a la propuesta y finalmente se diseñó la propuesta teórica.

### **2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo constituida según las unidades de análisis definidas de tipo primaria y secundaria:



**Unidad de análisis 1:** análisis documental, se realizó un análisis de metadatos de la información proporcionada por la dirección regional de salud de Amazonas sobre la base de datos de desnutrición crónica infantil en la Provincia de Condorcanqui

**Unidad de análisis 2:** madres de familia de los niños de las tres distritos de la provincia de Condorcanqui: Rio Santiago, Nieva y Cenepa, siendo una muestra de 60 madres.

### **2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas de recolección de datos utilizados en el presente estudio fueron el cuestionario aplicadas las madres de familia de la muestra seleccionada.

Otra de las técnicas utilizadas fue la revisión documentaria que me permitió conocer con más detalle el funcionamiento actual de los programas, proyectos y actividades alimentario - nutricionales en el ámbito de estudio. A través del análisis de estos documentos se pudo determinar el nivel de articulación de las políticas públicas sectoriales en el ámbito local. También el índice de desnutrición crónica infantil a partir de los reportes de la dirección de salud de la Región Amazonas.

## CAPITULO III RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Análisis e interpretación de los datos

#### 3.1.1. Análisis de la desnutrición crónica infantil de las comunidades nativas por distritos según información proporcionada por la dirección regional de salud de Amazonas

Tabla 1

*Desnutrición crónica distrito de Rio Santiago*

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DCI	EXC	NORM	ATEND	%
SC GALILEA	55	3	151	209	26.3
PS AITAN	28		50	78	35.9
PS ALTO YUTUPIS	34		39	73	46.6
PS AMPAMA	28		46	74	37.8
PS AYAMBIS	61	1	37	99	61.6
PS BELEN	47		85	132	35.6
PS CANDUNGOS	88	5	66	159	55.3
PS CATERPIZA	54	2	34	90	60.0
PS CHAPIZA	80	1	117	198	40.4
PS CHINGANAZA	47	1	47	95	49.5
PS CHOSICA	45		85	130	34.6
PS CUCUAZA	6	3	35	44	13.6
PS GUAYABAL	54		67	121	44.6
PS HUABAL	15	1	55	71	21.1
PS NAUTA	61	1	63	125	48.8
PS PAPAYACU	41	2	91	134	30.6
PS PASHKUS	1		41	42	2.4
PS SAN RAFAEL	23		83	106	21.7
PS SOLEDAD	72	1	112	185	38.9
PS VILLA GONZALO	32	2	84	118	27.1
PS YUJACKIM	66	1	38	104	66.5
PS YUTUPIS	103		170	273	37.7

Fuente: Dirección regional de salud Amazonas 2014

Como se puede apreciar en la tabla 1 la desnutrición crónica en el distrito de Rio Santiago es muy elevada llegando incluso en algunos caseríos a más del 60% de los niños atendidos en los puestos de salud. Estos caseríos son Ayambis con un 61.6%, Caterpiza 60%, siendo el más alto Yujackmin con el 66.5%.

Tabla 2

*Desnutrición crónica distrito de Cenepa*

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DCI	EXC	NORM	ATEND	%
HUMPAMI	93	6	158	257	36.2
ACHU	61		37	98	62.2
ACHUIM	60	3	64	127	47.2
BUCHIGKIM	3		17	20	15.0
CANGA	24	2	65	91	26.4
KUSU KUBAIM	187	4	130	321	58.3
KUSU NUMPATKAIM	38	2	74	114	33.3.
KUSU PAGATA	107	5	93	205	52.2
MAMAYAQUE	64	1	76	141	45.4
PAMPA ENTZA	44	1	72	117	37.6
SHAIM	32		47	79	40.5
SHAMATAK GRANDE	17	5	38	60	28.3
TE EESH	30	1	46	77	39.0
TU ANG ENTSA	49	2	40	91	53.8
TU TINO	56		42	98	57.1
WAWAIN	63		64	127	49.6

Fuente: Dirección regional de salud Amazonas 2014

En el distrito de Cenepa la desnutrición crónica a comparación con el distrito de Rio Santiago es menor pero aún los niveles son altos un promedio de 5 comunidades estan por encima del 50% de desnutrición crónica. Por ejemplo en el caserío Achu llega a un 62.2% de desnutrición del total de los niños atendidos en el puesto de salud le sigue en menor proporción con un 58.3% el caserío Kusu Kubaim, y con 57.1 el caserío Tutino seguido del caserio Tu Ang Entsa con el 53.8% y con el 52.2% el caserio Kuso Pagata.

Tabla 3

*Desnutrición crónica distrito de Nieva*

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DCI	EXC	NORM	ATEND	%
NIEVA	42	9	190	241	17.4
ALTO KANAMPA	26	5	53	84	31.0
BAJO PUPUNTAS	24	7	42	73	32.9
CENTRO TUNDUZA	37	1	72	110	33.6
CIRO ALEGRIA	20	1	55	76	26.3
NAPURUKA	38	1	88	127	29.9
NUEVO SEASME	44	3	124	171	25.7
PAKINSA	35	2	159	196	17.9
PUMPUSHAK	24		43	67	35.8
SAASA	15	1	38	54	17.8
URAKUSA	127	7	195	329	38.6
YUMINGKUS	49	2	31	82	59.8
PUTUYAKAT	113	3	215	331	34.1
ALAN GARCIA	13		28	41	31.7
CHORROS	38	1	53	92	41.3
KUSUMATAK	56	1	68	125	44.8
PAANTAM	20		113	133	15.0
TAYUNTZA	98	1	177	276	35.5

Fuente: Dirección regional de salud Amazonas 2014

En el Distrito de Nieva la desnutrición crónica infantil es mucho menor en comparación con los distritos de Rio Santiago y Cenepa, tal vez por ser capital de la provincia de Condorcanqui, sin embargo las cifras siguen siendo altas la mayoría de las comunidades están en promedio del 30%, sal la comunidad de Yuminkus que oscila en 59.8%

### 3.1.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La provincia de Condorcanqui, frontera con el Ecuador, requiere de una atención prioritaria e inmediata, por su ubicación geográfica, dispersión demográfica, inaccesibilidad a los servicios de salud, en suma por sus condiciones de atención sanitaria occidentales.

Se requiere una Mayor y eficaz presencia del Estado en la zona fronteriza de El Cénepa, escenario del conflicto bélico con el Ecuador, en el mismo que compatriotas indígenas ofrendaron sus vidas por la defensa del territorio peruano.

Los Establecimientos de salud ubicados en la jurisdicción de la provincia de Condorcanqui, deben tener una recategorización en sus niveles de atención en los servicios de salud específica y peculiar por diversos factores: Políticos, económicos, medios de transportes fluviales, falta de carreteras, y con recursos humanos capacitados en interculturalidad.

Se debe promover la Creación de un Proyecto Especial de Atención a los servicios de Salud Intercultural, ubicado en El Cenepa, por la diversidad de enfermedades que afectan a toda la población awajum wampis: Dengue, malaria, VIH, rabia, desnutrición, anemia, enfermedades respiratorias, etc.

También la Creación de una Escuela Profesional de Educación y Escuela Profesional de Enfermería en el distrito de El Cenepa, a cargo de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, con el apoyo del Gobierno Regional Amazonas.

Los problema de acceso y comunicación con las comunidades nativas se puede resolver dándole al combustible un trato especial, diferenciado, rebajando su costo, para el uso de las chalupas, peque peques, ambulancias fluviales, etc.

Una mayor Presencia de los sectores productivos, sociales, y económicos en las capitales de los distritos para un mejor desempeño de sus funciones y responsabilidades.

### 3.1.3. Análisis e interpretación de la encuesta aplicada a las madres de familia de las comunidades nativas de los distritos de Rio Santiago, Cenepa y Nieva

Tabla 1

*Frecuencia de entrega de víveres por parte de la municipalidad para los niños*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
siempre	0	0
A veces	20	33.3
nunca	40	66.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

Según la tabla 1 el 66.0% de las madres de familia de las comunidades de los distritos de Rio Santiago, Cenepa y Nieva manifiestan que nunca han recibido una canasta de víveres por parte de la autoridad municipales, y el 33.3% manifiesta que a veces. Cabe precisar que solo las madres del distrito de Nieva afirman haber recibido alguna veces dicha canasta de víveres de parte del municipio.

Tabla 2

*Frecuencia de entrega de vaso de leche a las familias por parte de la municipalidad*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
siempre	13	21.7

A veces	42	70.0
nunca	5	8.4
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En relación a la entrega del vaso de leche por parte de las municipalidades distritales Rio Santiago, Cenepa y Nieva el 70% de las madres de familia encuestadas manifiestan que a veces reciben este programa social y solo el 21.7% afirman recibirlo siempre de acuerdo a la programación municipal.

Tabla 3

*Frecuencia que el personal de salud llega a los domicilios para brindar charlas o consejería*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
siempre	5	8.4
A veces	25	41.6
nunca	30	50.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En cuanto a la frecuencia con la que el personal de salud llega a los domicilios para brindar Charlas o consejería el 41.6% de las madres de familia manifiestan que a veces llegan en cambio el 50% afirma que nunca los han visitado.

Tabla 4

*Frecuencia que el personal de salud, llega a los domicilios para brindar charlas o consejería en lengua nativa*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
-------------------	----------	----------

siempre	0	0.0
A veces	4	6.6
nunca	56	93.4
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En cuanto a la frecuencia que el personal de salud, llega a los domicilios para brindar charlas o consejería en lengua nativa el 93.4 manifiesta que nunca lo hacen porque el personal de salud de esta jurisdicción son hispanohablantes

Tabla 5

*Nivel de entendimiento de las madres de familia en relación a las charlas o consejería que brinda el personal de salud en su domicilio*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
siempre	0	0.0
A veces	36	60.0
nunca	24	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 5 se puede apreciar que el 60% de las madres de familia de los distritos de Rio Santiago, Cenepa y Nieva manifiestan que a veces entienden las charlas y consejería que brinda el personal de salud de la Zona y el 40% afirma no entender en absoluto estas charlas impartidas por el personal de salud, esta situación se da probablemente porque el personal de salud brinda las charlas en español y no en lengua nativa, por otro lado el material didáctico que utilizan en sus sesiones de capacitación no son pertinentes.



Tabla 6

*Frecuencia con la que las madres de familia llevan a sus niños al puesto de salud*

PERCEPCIÓN	f	%
siempre	2	3.3
A veces	38	63.4
nunca	20	33.3
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 6 se puede apreciar que solo el 3.3% de las madres de familia manifiesta que siempre lleva a sus niños al puesto de salud a diferencia de un 63.4% que lo hace a veces y un 33.3% que nunca ha llevado a sus hijos a un puesto de salud.

Tabla 7

*Inmediatez con la que acuden las madres de familia al puesto de salud cuando sus niños padecen de diarrea*

PERCEPCIÓN	f	%
siempre	7	11.6
A veces	28	46.7
nunca	25	41.7
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 7 podemos observar que el 41.7% de las madres de familia manifiesta que no acude al centro de salud de manera inmediata cuando sus niños sufren de diarrea, el 46.7% lo hace a veces y solo el 11.6% afirma que lo hace siempre. Esta situación es muy grave debido a que los niños que no son atendidos a tiempo se deshidratan e inclusive pueden perder la vida.

Tabla 8

*Percepción de las madres de familia sobre el trato que reciben del personal de salud cuando visitan dichos establecimientos*

PERCEPCIÓN	f	%
Amable	2	3.3
Poco amable	24	40.0
Nada amable	34	56.7
TOTAL	60	100

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En relación a la calidad de atención que reciben las madres de familia cuando asisten al centro de salud el 56.7% manifiesta que el personal de salud no son amables, el 40% refiere que son poco amables y solo el 3.3% afirma que reciben un trato adecuado. En su gran mayoría las madres de familia perciben que el maltrato que reciben se debe a su condición étnica porque según refieren los trabajadores de salud de esa jurisdicción son foráneos.

Tabla 9

*Motivo por el que las madres de familia no acuden al puesto de salud en forma frecuente*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
casi no se encuentra al personal de salud	23	38.4
por la distancia al centro de salud	16	26.6
mala atención	21	35.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 9 podemos observar que los principales motivos por el que las madres de familia no acuden al puesto de salud en forma frecuente se debe en un 38.4% a que no se encuentra el personal de salud en su puesto de trabajo, el 35.0% refiere que no acude para la mala atención que reciben y el 26.6% debido a la distancia del puesto de salud en relación a su domicilios.

Tabla 10

*Frecuencia con la que los promotores de salud o agentes comunitarios de salud visitan sus domicilios*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
siempre	42	70.0
A veces	18	30.0
nunca	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 10 en cambio se aprecia todo lo contrario en relación a los cuadros anteriores en donde las madres de familia manifiestan en un 70% que los promotores de salud o agentes comunitarios los visitan siempre a sus domicilios para darles charlas o consejería, esto se debe fundamentalmente por que dichos promotores son de la zona y son parte de su cultura por lo que generan confianza.

Tabla 11

*Nivel de satisfacción de los niños cuando consumen las chispitas*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Alta	5	8.3
media	23	38.3
baja	32	53.3
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 11 podemos observar algo alarmante ya que el 53.3 % de los niños según refieren las madres de familia no consumen las Chispitas que le otorga el MINSA por que le causa vómitos y no son de su agrado, solo el 8.3% lo consume. Esta situación no contribuye para nada en el combate de la anemia por ser las chispitas una de las principales sustancias para aliviar la carencia de hierro en su organismo de los niños.

Tabla 12

*Percepción de las madres de familia sobre el consumo de chispitas para combatir la desnutrición de sus niños*

<b>PERCEPCIÓN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
buena	0	0.0
media	16	26.6
mala	44	73.4
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada a madres de familia

En la tabla 12 se puede apreciar que el 73.4 de las madres de familia tiene una mala percepción de las chispitas que el ministerio de salud ofrece a sus niños para combatir la desnutrición crónica, a diferencia del 26.6% que tiene una percepción media en cuanto a la

efectividad de las chispitas. En algunos casos manifiestan que prefieren darles a sus animales porque creen que no es nutritivo.

#### **3.1.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Los altos índices de desnutrición infantil en la zona se deben principalmente por la Falta de articulación entre Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno local. También por la elaboración de normas y otras disposiciones legales que no están acordes con la realidad indígena. No se pueden implementar por falta de presupuestos, recursos humanos, medios de comunicación. No existen y tampoco llegan señales de radios TV. Los Indígenas, prefieren desplazarse a Tiwinza, (Ecuador), porque en este lugar tienen mejor y cualitativa atención de los servicios de salud en forma gratuita.

Por otro lado la escasa articulación entre a las direcciones regionales sectoriales, impiden impulsar su presencia productiva y atención social en la provincia de Condorcanqui, principalmente en las capitales de los distritos, bajo la dirección del Gobierno Regional Amazonas.

En ese sentido la DIRESA Amazonas, deberá adecuar sus bases de concursos públicos para la convocatoria de personal, priorizando la contratación de personal awajum wampis.

Implementar Diplomados en Interculturalidad, género y derechos en salud en convenio con el Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI. Y Cursos básicos en Awajun en convenio con AIDASEP u otra organización nativa.

### 3.2. PROPUESTA TEÓRICA



### **3.2.1. ESTRATEGIAS DE GESTION DE LAS POLITICAS PÚBLICAS PARA LA REDUCCION DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN LA PROVINCIA DE CONDORCANQUI, REGION AMAZONAS, AÑO 2017**

### **3.2.2. DATOS INFORMATIVOS**

<b>Ubicación</b>	: Provincia de Condorcanqui
<b>Destinatarios</b>	: niños con desnutrición crónica infantil
<b>Responsable</b>	: Ruben LLumpo Cumpa
<b>Temporalización</b>	: 10 meses

### **3.2.3. PRESENTACION**

La implementación de estrategias de gestión de políticas públicas está dirigido a los niños que sufren desnutrición crónica infantil de la provincia de Condorcanqui, región Amazonas.

El presente trabajo comprende el diseño de 5 estrategias debidamente secuenciadas en relación a las necesidades que surgen a partir del diagnóstico realizado. De igual manera se diseñan una serie de acciones y actividades por cada estrategia planificada y se proponen las instituciones responsables de su ejecución.

.

### **3.2.4. FUNDAMENTACION TEORICA**

La propuesta para mejorar la gestión de las políticas públicas tendientes a disminuir el nivel de desnutrición crónica infantil se sustenta en el aporte de la teoría del capital social y el enfoque intercultural.

#### **3.2.4.1. TEORÍA DEL CAPITAL SOCIAL**

Robert Putnam (1995) define al capital social como: “las características de la organización social, tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la coordinación y la cooperación para un beneficio mutuo” (Urteaga, 2013, p 45).

Millan y Gordon, (2004) sostienen que “la confianza requiere de reciprocidad, la cual es la norma más importante del capital social, y puede ser de dos tipos: específica (o equilibrada) y difusa (o generalizada). La reciprocidad específica se da cuando se intercambian objetos o bienes que poseen un valor equivalente en un momento específico, mientras que la reciprocidad difusa implica una relación de intercambios sostenida en el tiempo, los cuales, si bien pueden no ser equivalentes, se espera que así lo sean a largo plazo. Se considera a éste último tipo el apropiado para la generación de capital social ya que permite que las personas cooperen para beneficios mutuos” (Cacciutto, 2010).

#### **3.2.4.2. ENFOQUE INTERCULTURAL**

Una de las principales características del enfoque intercultural está orientado al “reconocimiento de la coexistencia de diversidades culturales en las sociedades actuales, las cuales deben convivir con una base de respeto hacia sus diferentes cosmovisiones, derechos humanos y derechos como pueblos” (UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF Y PNUD, 2012, p. 24).



Desde esta perspectiva las políticas públicas no deben ser impuestas en base a modelos extranjerizantes sino al contrario respetando la cultura de las poblaciones indígenas, esto supone la incorporación en estas políticas del conocimiento ancestral, de la participación activa de los líderes comunitarios, valorando en todo momento sus costumbres y tradiciones para generar confianza y la población participe activamente cada vez que se lo requiera o ellos así lo dispongan. Desde la perspectiva de la gerencia social, se busca generar valor público, de los programas o políticas sociales que se implemente en estas comunidades.

### **3.2.5. OBJETIVOS**

#### **3.2.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Disminuir de manera significativa los niveles de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, Región Amazonas.

#### **3.2.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. sensibilizar a la población objetivo en la importancia que tiene la alimentación balanceada para disminuir los índices de desnutrición crónica en la zona
2. generar confianza en la población para que accedan a los programas que ofrece el sector salud para disminuir la desnutrición
3. promover la asociatividad entre los diversos agentes comunitarios, el sector salud y las principales instituciones del estado que operan en la zona para articular las políticas públicas en salud

4. incentivar la participación ciudadana para generar valor público en la implementación de las políticas sociales en salud
5. promover el desarrollo de diversa acciones con enfoque intercultural para lograr eficacia en la implementación de los programas destinados a disminuir la destrucción infantil en la zona.

### **3.2.6. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**

#### **3.2.6.1. MATRIZ DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**

<b>DENOMINACION DE LOS ESTRATEGIAS</b>	<b>META</b>
ESTRATEGIA I: sensibilización	04 acciones y actividades
ESTRATEGIA II: Generar confianza	04 acciones y actividades
ESTRATEGIA III: asociatividad	04 acciones y actividades
ESTRATEGIA IV: Participación ciudadana	04 acciones y actividades
ESTRATEGIA V: interculturalidad	04 acciones y actividades

### 3.2.6.2. MATRIZ DE ESTRATEGIAS, ACCIONES, ACTIVIDADES E INVOLUCRADOS

ESTRATEGIAS	PLAN DE ACCION	ACTIVIDADES	INVOLUCRADOS
ESTRATEGIA I : Sensibilización	Sensibilizar a los padres de familia sobre la importancia de alimentación nutritiva	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitar a las madres sobre factores que generan la desnutrición crónica infantil</li> <li>2. Capacitar a las madres sobre prácticas de alimentación nutritiva</li> <li>3. Brindarles incentivos (por falta de acceso a la adquisición de alimentos)</li> <li>4. Capacitar a la familia sobre la importancia del cuidado y la alimentación de sus hijos</li> <li>5. Entregar de cubiertos para alimentar a sus bebes</li> </ol>	<p>Padres de familia</p> <p>MINSA</p> <p>DIRESA</p> <p>Municipios</p> <p>Universidades</p>
ESTRATEGIA II: Generar confianza	Generar confianza de las familias hacia las instituciones y personal de salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permitir que la atención a los habitantes de las comunidades awajum wampis deben ser atendidos por un <b>Agente Comunitario de Salud (ACS) o chaman propio de la comunidad</b>, para darle confianza a la población o usuarios de las</li> </ol>	

		<p>comunidades indígenas, a fin de incorporar dichos saberes y tradiciones en salud que estas poblaciones han acumulado a lo largo de su existencia en nuestro sistema de salud.</p> <p>2. Disponibilidad de un facilitador/ra Intercultural, mediante contratación de recursos humanos, aprendizaje del idioma Awajun o Wampis y cultura de los pueblos indígenas por parte de los responsables de los establecimientos de salud.</p> <p>3. Fortalecer el sistema de atención de salud dotando a los establecimientos de salud con recursos humanos, medios de transportes, combustible, infraestructura, y presupuestos necesarios.</p>	<p>Padres de familia</p> <p>MINSA</p> <p>DIRESA</p> <p>Municipios</p> <p>* Gobierno regional</p> <p>Universidades</p>
ESTRATEGIA III: asociatividad	Promover la asociatividad y articulación entre familias e instituciones publico privadas	<p>1. <b>Articular</b> las acciones de salud con la gestión de los otros sectores: Educación, ambiente, agricultura, producción, vivienda.</p> <p>2. Crear un bloque provincial intersectorial asentado en la provincia para su atención prioritaria.</p> <p>3. Constitución o fortalecimiento de la Mesa de Salud</p>	<p>Padres de familia</p>

		<p>Intercultural y de diálogos interculturales.</p> <p>4. Incrementar de manera sostenida los ingresos de las familias a través de trabajos productivos: crianza de animales menores, pesca artesanal, producción agrícola de vegetales para el consumo humano.</p> <p>5. Fomentar el empleo productivo: Procesamiento artesanal de la harina de platano, artesanía, etc.</p> <p>6. Formación y capacitación de Comités de Promoción Comunitaria por la nutrición.</p> <p>7. Huertos de medicina tradicional. Convenio con Dirección Regional Agraria de Amazonas.</p> <p>8. Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobiernos locales deben priorizar La instalación y acceso de agua y desagüe a la población.</p> <p>9. Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Locales deben brindar acceso a servicios de salud de calidad.</p>	<p>MINSA</p> <p>DIRESA</p> <p>Municipios</p> <p>Gobierno regional</p> <p>Dirigentes comunales*</p> <p>Universidades</p>
--	--	---	---

		10. Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno locales deben brindar educación escolarizada y no escolarizada sobre todo a las madres.	*
ESTRATEGIA IV: Participación ciudadana	Promover la construcción de ciudadanía en la población	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotar a los equipos de salud de herramientas de participación que incorporen el conocimiento de la cultura de los pueblos indígenas</li> <li>2. Incorporación de representantes indígenas en instancias de participación propias del sector salud.</li> <li>3. Adecuación estructural e intercultural de los establecimientos de salud concordante con la forma de articulación de los sistemas de salud indígena, respetando la realidad socio-cultural indígena.</li> <li>4. Dotar de beneficios a los Agentes Comunitarios de Salud desarrollando metodologías e instrumentos que les permitan constituirse en el nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad. Asimismo promover su capacitación y reconocer su trabajo mediante un estipendio monetario que debe ser entregado en función de las metas sanitarias logradas.</li> </ol>	Padres de familia  MINSA  DIRESA  Municipios  Gobierno regional  Dirigentes comunales  Universidades

		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Dotar a los equipos de salud de herramientas de participación que incorporen el conocimiento de la cultura de los pueblos indígenas</li> <li>6. Sistema de acceso a horas de atención diferenciado de acuerdo a criterios de dispersión geográfica ruralidad, disponibilidad y horarios de la movilización, etc.</li> <li>7. Participación del personal de los establecimientos de salud como integrante del Comité de Gestión y evaluación teórica de la ración y focalización de beneficiarios del programa, capacitación y actividades de inspección.</li> </ol>	*
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración de diagnósticos de salud diferenciados por población indígena</li> <li>2. Sistema de acceso a horas de atención diferenciado de acuerdo a criterios de dispersión geográfica ruralidad, disponibilidad y horarios de la movilización, etc.</li> <li>3. Convenios con Universidades locales para la implementación de formación y capacitación continua en interculturalidad, dirigido especialmente a funcionarios que trabajan en la atención directa de la</li> </ol>	<p>Padres de familia</p> <p>MINSA</p>

ESTRATEGIA V: interculturalidad	Fomentar la interculturalidad para una convivencia democrática.	<p>población indígena.</p> <p>4. Desarrollar políticas de incentivos financieros para promover actividades con enfoque intercultural en la gestión, planificación, investigación y evaluación en la región Amazonas.</p> <p>5. Impulsar la creación de la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Intercultural de Condorcanqui con el propósito de planificar, implementar y monitorear la incorporación.</p> <p>6. Garantizar la pertinencia cultural de los servicios de salud para mejorar las coberturas de salud de las poblaciones nativas</p> <p>7. Elaboración de diagnósticos de salud diferenciados por población indígena</p>	<p>DIRESA</p> <p>Municipios</p> <p>Gobierno regional</p> <p>Dirigentes comunales</p> <p>* Universidades</p>
------------------------------------	--	--	---



## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES**

- Se logró determinar con el diagnóstico realizado un alto índice de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui.
- los principales factores que contribuyen en la desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, están asociados a la escasa pertinencia de las políticas públicas en salud, desarticulación entre sectores y escaso capital social.
- La propuesta de un programa de estrategias de gestión de las políticas públicas, sustentadas en las teorías del capital social y el enfoque intercultural contribuirán en la reducción el nivel de desnutrición crónica infantil en la provincia de Condorcanqui, región Amazonas.

## **CAPITULO V: RECOMENDACIONES**

- El Gobierno Nacional debe priorizar y dictar disposiciones legales que beneficien a las poblaciones indígenas de las regiones amazónicas, con exoneraciones tributarias a fin de rebajar los productos elaborados en la costa. Ya que en su traslado de la costa hasta Condorcanqui, los costos de comercialización se triplica el precios de los productos.
- Los establecimientos de salud del 1er nivel de atención deben ser recategorizados e implementados con profesionales de la salud, ya que actualmente cuentan escasos profesionales de la salud en dichos establecimientos de salud. Además requieren de implementación con una infraestructura intercultural con participación de los líderes indígenas, en su construcción, adecuados a la realidad de las comunidades indígenas de la región Amazonas.
- El establecimiento de salud debe contar con chalupas y conductores capacitados que conozcan la ruta de los ríos y dotarles de combustible en forma permanente para casos de emergencia, y hacer la supervisión y monitoreo de las acciones que se realizan en los Puestos de Salud que dependen de las Microredes de Salud.
- El Gobierno Regional Amazonas, debe adquirir la producción alimentaria de las provincias de Chachapoyas, Rodríguez de Mendoza y Luya para su distribución en las comunidades nativas de Condorcanqui
- Continuar promoviendo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en forma permanente, que incluya actividades trimestrales, promovidas por el establecimiento de salud, las municipalidades y el Comité Multisectorial de Salud (Juntos, Waliwarma, etc.).
- Promover y mejorar las prácticas alimentarias basadas en productos originarios y tradicionales con alto valor nutricional, tomando en cuenta la diversidad cultural y étnica

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abanto, S. y Angulo, A. (2017) “Gestión Colaborativa: Articulación Institucional para la disminución de la desnutrición en el distrito de Hualgayoc en Cajamarca, Periodo 2012 – 2014” (tesis de maestría) PUCP.  
[https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14647/ABANTO%20BECERRA\\_ANGULO%20ALVA.pdf?sequence=5](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14647/ABANTO%20BECERRA_ANGULO%20ALVA.pdf?sequence=5)
- Aguedo, (2017) Eficacia de la prevención de la anemia en niños y niñas de 6 – 35 meses del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Prevención de la Anemia en el Perú. Región Puno – 2016. (Tesis de pregrado) Universidad ESAN.  
[https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1205/2017\\_ADYDE\\_14-2\\_1\\_T.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1205/2017_ADYDE_14-2_1_T.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Alvarado, M. et al (2013) Contexto social, familiar y de salud en menores de 5 años con desnutrición (tesis de pregrado) Universidad de San Carlos de Guatemala.  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_9176.pdf?cv=1](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9176.pdf?cv=1)
- Bello, A. y Rangel, M. (2002) La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Revista de la CEPAL (76), 39-54.  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10800/1/076039054\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10800/1/076039054_es.pdf)
- Berrocal y Medina (2015) “Modelo de gestión público privado para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la ciudad de Cusco: proyecto NUTRITASA”, (tesis de maestría) Universidad del Pacífico  
[https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2090/Fabiola\\_Tesis\\_maestria\\_2015.pdf?sequence=1](https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2090/Fabiola_Tesis_maestria_2015.pdf?sequence=1)

- Bourdieu, P. (1980). “El capital social. Apuntes provisionales”, en Zona abierta, núm. 94-95. 2001. Madrid. pp. 83-87
- Bourdieu, P. (1987). “Los tres estados del capital cultural”, en Sociológica, año 2, núm. 5, UAM- Azcapotzalco.
- CEPAL y UNICEF (2006) Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. En Desafíos (2).  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35978/1/Desafios\\_Nro2\\_esp\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35978/1/Desafios_Nro2_esp_es.pdf)
- Chain, L (2006) El desarrollo local en la era de la globalización: hacia nuevas formas de gestión y participación. Universidad Nacional de la Plata Facultad de Humanidades y ciencias de la educación departamento de sociología
- Colorado, A (s.f.) el capital cultural y otros tipos de capital en la definición de las trayectorias escolares universitarias. X congreso nacional de investigación educativa | área 16: sujetos de la educación
- Comboni, S. y Juárez, J. (2013) Las interculturalidad-es, identidad-es y el diálogo de saberes. Reencuentro, (66), 10-23.  
<https://www.redalyc.org/pdf/340/34027019002.pdf>
- Fábregas, A. (2012) De La Teoría de la Aculturación a la Teoría de la Interculturalidad Educación y Asimilación: El Caso Mexicano. Intercultural Communication Studies XXI: (1). <https://web.uri.edu/iaics/files/03AndresFabregasPuig.pdf>
- Fernández (2017) “análisis de la gestión articulada orientada a reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil, distrito de Sancos – Ayacucho (enero 2015 – abril 2016)” (tesis de maestría) Universidad del Pacífico.

[https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1936/Angel\\_Tesis\\_maestria\\_2017.pdf?sequence=1](https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1936/Angel_Tesis_maestria_2017.pdf?sequence=1)

Gallicchio, E (2004) el desarrollo local en américa latina. Estrategia política basada en la construcción de capital social. Programa de Desarrollo Local Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) Uruguay. <http://www.conectadel.org/wp-content/uploads/downloads/2013/03/14capital.pdf>.

Hernández, M (2007) Sobre los sentidos de "multiculturalismo" e "interculturalismo". Ra Ximhai, 3(2), 429-442. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46130212.pdf>.

INEI (2015) disminuyó desnutrición crónica en menores de cinco años de 23,8% A 14,6%. Nota de prensa N° 052. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-052-2015-inei.pdf>

Lechner, N. (1999) Las condiciones sociopolíticas de la ciudadanía, Conferencia de Clausura del IX Curso Interamericano de Elecciones y Democracia, Instituto Interamericano de Derechos Humanos-CAPEL e Instituto Federal Electoral, Ciudad de México.

Michellini, J (2008) tesis: dinámicas locales en el desarrollo territorial de áreas rurales periféricas. El caso del Alto Valle del río Colorado (la Pampa- Argentina) universidad complutense de Madrid.

MINSA, (2017) Programa de formación continua para la reducción de la anemia y la desnutrición crónica infantil. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13364-minsa-lanza-programa-de-formacion-continua-para-la-reduccion-de-la-anemia-y-la-desnutricion-cronica-infantil?cv=1>

- ONU (2007) Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf)
- Ramírez, J. (2005) “Tres visiones sobre Capital Social: Bourdieu, Coleman y Putnam” en Acta Republicana Política y Sociedad. Universidad de Guadalajara. Año 4, num. 4. Pp. 21-36.
- Ramos, A. (2017) “Aplicación de Cooperación Técnica Internacional en las Políticas Públicas que deben ayudar a erradicar la Desnutrición Infantil en Loreto (2011-2016)” (tesis de pregrado) Universidad Tecnológica del Perú. [https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/1799/Angie%20Ramos\\_Trabajo%20de%20Suficiencia%20Profesional\\_Titulo%20Profesional\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/1799/Angie%20Ramos_Trabajo%20de%20Suficiencia%20Profesional_Titulo%20Profesional_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Ricse, C. (2012) Informe desnutrición crónica infantil. Infobarómetro de la primera infancia. [file:///C:/Users/EVERT/Downloads/datospdf.com\\_documento-de-investigacion-informe-sobre-la-desnutricion-infantil-cronica-.pdf](file:///C:/Users/EVERT/Downloads/datospdf.com_documento-de-investigacion-informe-sobre-la-desnutricion-infantil-cronica-.pdf)
- Saiz, J. y Jiménez, S (2008) Capital social: una revisión del concepto. Universidad de Santo Tomás revista CIFE N° 13
- Salcedo, S. (2014) Desnutrición infantil en el Perú. Informe de investigación N.º 65 /2014-2015. Congreso de la República del Perú. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/\\$FILE/INFINVES65-2014.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/$FILE/INFINVES65-2014.pdf)
- Scorolli, D. (s.f.) Blasfemias. <http://librosmaravillosos.com/blasfemias/pdf/Blasfemias%20-%20Daniel%20E%20Scorolli.pdf?cv=1>

- Tafur, H. (2017) Participación familiar en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota. (Tesis de doctorado) Universidad Nacional de Cajamarca.  
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3783/Tafur%20Coronel%20c%20Hernandez.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Tanaka, M. 2003) “Los entornos políticos de la participación ciudadana y sus desafíos Actuales”. Ponencia presentada en el seminario sobre experiencias de participación Ciudadana, organizado por la Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF y PNUD(2012) Ampliando la mirada: la integración de los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos.  
<https://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2015/11/AmpliandolaMirada.pdf>
- Urteaga, E (2013) La teoría del capital social de Robert Putnam: Originalidad y carencias Reflexión Política, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia vol. 15, núm. 29, pp. 44-60

## ANEXOS



ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES DE FAMILIA DE LOS DISTRITOS DE RIO  
SANTIAGO, CENEPA Y NIEVA

Esta encuesta es anónima y tiene por objetivo recoger información empírica de las madres de familia sobre los principales factores que influyen en los altos índices de desnutrición crónica infantil en la zona objeto de estudio.

1. ¿La municipalidad distrital le ha entregado canasta de víveres para sus niños?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
2. ¿Con que frecuencia la municipalidad distrital le hace entrega de la canasta de víveres?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
3. ¿Con que frecuencia La municipalidad distrital les hace entrega del vaso de leche?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
4. ¿conque frecuencia llega el personal de salud a tu casa para darte charlas y consejería?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
5. ¿El personal de salud, llega a tu casa para darte charlas o consejería en tu lengua nativa?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
6. ¿las charlas o consejería que te brinda el personal de salud en tu domicilio son entendibles?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
7. ¿Conque frecuencia llevas a tus niños al puesto de salud?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
8. ¿Cuándo tus niños tienen diarrea, los llevas de inmediato al puesto de salud?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
9. ¿Cuál es el trato que te brinda el personal de salud cuando vas al establecimiento de salud?  
a. amable    b. poco amable    c. nada amable
10. ¿Por qué no acudes al puesto de salud en forma frecuente?  
a. casi no se encuentra al personal de salud    b. por la distancia al centro de salud    c. mala atención
11. ¿Los promotores de salud o agentes comunitarios de salud te visitan y también a tus niños?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
12. ¿Tus niños se sienten contentos cuando les das las chispitas?  
a. siempre    b. A veces    c. Nunca
13. ¿crees que las chispitas van a ayudar a combatir la desnutrición de tus niños?  
a. sí    b. A veces    c. No















## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

YO, **M.S.c FERNANDEZ VÁSQUEZ EVERT JOSÉ**, Docente Asesor de Tesis/ Revisor del trabajo de **Tesis** del estudiante **RUBÉN LLUMPO CUMPA**.

### Titulada:

**Estrategias de Gestión de las Políticas Públicas para la reducción de la desnutrición crónica infantil en la Provincia de Condorcanqui, Región Amazonas, Año 2017**, luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de 16% verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque 21 de Agosto del 2022

  
**FERNANDEZ VÁSQUEZ EVERT JOSÉ**  
**DNI N° 16690483**  
**ASESOR**



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Ruben Llumpo
Título del ejercicio:	revisar
Título de la entrega:	reporte turnitin
Nombre del archivo:	INFORME_parcial_LLUMPO.doc
Tamaño del archivo:	441K
Total páginas:	75
Total de palabras:	13,378
Total de caracteres:	71,318
Fecha de entrega:	21-ago-2022 05:01a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	1884918781

*Ernesto Fernández Viquez*

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
EDUCACIÓN  
UNIDAD DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TÉCNICAS DIGITALES



TESIS

Experiencias de gestión de los políticos públicos para la reducción de la  
desigualdad política, laboral y la pobreza en Cusco, región  
Andes, año 2022

Proyecto para obtener el grado de maestría en técnicas digitales (por los méritos y la  
exposición pública y personal)

Investigador: Ernesto Viquez Viquez  
Asesor: Dr. Dr. Ernesto Viquez Viquez

Lambayeque - Perú

2022



## reporte turnitin

### INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	2%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="http://1library.co">1library.co</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://www.unfpa.org.pe">www.unfpa.org.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://www.yumpu.com">www.yumpu.com</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe:8080">repositorio.unprg.edu.pe:8080</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="http://bibliotecas.unsa.edu.pe">bibliotecas.unsa.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	<a href="http://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1%
9	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%

10	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
11	busquedas.elperuano.pe Fuente de Internet	<1 %
12	manuel-tafur.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
13	diresatacna.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unesum.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
16	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1 %
17	fdocuments.ec Fuente de Internet	<1 %
18	www.isa-sociology.org Fuente de Internet	<1 %
19	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
20	lookformedical.com Fuente de Internet	<1 %
21	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru	<1 %

Trabajo del estudiante

22	Submitted to Universidad del Norte, Colombia Trabajo del estudiante	<1 %
23	documentop.com Fuente de Internet	<1 %
24	www.conservacionprivada.org Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
26	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	www.oj.gob.gt Fuente de Internet	<1 %
28	bibliotecadigital.usb.edu.co Fuente de Internet	<1 %
29	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
30	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
31	cict.umcc.cu Fuente de Internet	<1 %
32	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

33	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
34	<a href="https://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD,UNAD Trabajo del estudiante	<1 %
36	<a href="https://prezi.com">prezi.com</a> Fuente de Internet	<1 %
37	<a href="http://www.indigenas.bioetica.org">www.indigenas.bioetica.org</a> Fuente de Internet	<1 %
38	<a href="http://www.summit-americas.org">www.summit-americas.org</a> Fuente de Internet	<1 %
39	<a href="https://transportesynegocios.wordpress.com">transportesynegocios.wordpress.com</a> Fuente de Internet	<1 %
40	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
41	<a href="https://Repositorio.Uesiglo21.Edu.Ar">Repositorio.Uesiglo21.Edu.Ar</a> Fuente de Internet	<1 %
42	<a href="http://agendadelasmujeres.com.ar">agendadelasmujeres.com.ar</a> Fuente de Internet	<1 %
43	<a href="http://elterritorio.com.ar">elterritorio.com.ar</a> Fuente de Internet	<1 %

---

44	<a href="http://guillermoberto.files.wordpress.com">guillermoberto.files.wordpress.com</a> Fuente de Internet	<1 %
45	<a href="http://repositorio.uss.edu.pe">repositorio.uss.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
46	<a href="http://sip2013.sipsych.org">sip2013.sipsych.org</a> Fuente de Internet	<1 %
47	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Fuente de Internet	<1 %
48	<a href="http://www.msn.com">www.msn.com</a> Fuente de Internet	<1 %
49	<a href="http://www.slideshare.net">www.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %

---

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía

Activo

  
Evert Fernández Vázquez