



Universidad Internacional de La Rioja Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Título del Trabajo

Acompañamiento Familiar a las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano, incidencia en la corresponsabilidad de salud.

Trabajo Fin de Máster presentado por: Jenny Elizabeth Saritama Torres

Titulación: Master en Intervención Social en las Sociedades del conocimiento

Directora: Dra. Esther Acevedo Alcaraz

CATEGORÍA TESAURO:

Ciencias Sociales

Trabajo Social y Educación Social

Resumen

El Trabajo de Fin de Master tiene como finalidad el estudio del impacto del Acompañamiento Familiar en las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano (BDH) y su incidencia en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años, considerando que es una responsabilidad de las familias y un compromiso con el programa social que el Estado ofrece a las familias de pobreza y extrema pobreza para evitar la permanencia de la pobreza mediante la entrega de compensaciones monetarias directas a las familias(BDH). En el estudio se aplica una metodología cuantitativa, descriptivo; la población objeto de estudio son las usuarias del bono de desarrollo humano del sector San Agustín de la Parroquia El Tambo, de la ciudad de Loja Ecuador. La muestra son 25 madres que reciben el Bono de Desarrollo Humano (BDH). Para el levantamiento de la información se aplicó una encuesta estructurada. La información obtenida es analizada con el estadístico Chi Cuadrado de Pearson, a través del programa SPSS. Efectuada la investigación se determina que si se ha realizado acompañamiento familiar a las usuarias. Que el Acompañamiento Familiar ha incidido en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años. No existe incidencia entre el acompañamiento familiar y la corresponsabilidad de las usuarias en la salud de sus hijos.

Palabras claves: Familia, vulnerabilidad, exclusión, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Bono de Desarrollo Humano

Índice

1. <i>Introducción</i>	6
2 <i>Objetivos de la investigación</i>	10
3. <i>Marco teórico</i>	11
3.1. La Familia	11
3.1.2. Familia y sociedad	12
3.1.3. Familia y pobreza	13
3.1.2. Vulnerabilidad	14
3.1.3. Exclusión social	15
3.1.4. Salud Pública	16
3.1.5. Derecho a la salud en Ecuador	17
3.1.6 Salud infantil	18
3.1.7. Corresponsabilidad familiar	19
3.1.8. Corresponsabilidad familiar en la salud de los hijos	19
3. 2. El Ministerio de Inclusión Económica y Social	21
3.2.1. Acompañamiento familiar	22
3.2.2. Proceso del trabajo del Plan de Acompañamiento Familiar	23
3.2.3. Bono de Desarrollo Humano	24
3.2.4 Usuarios del Bono de Desarrollo Humano	25
4. <i>Metodología</i>	27
4.2. Instrumento de investigación	28
4.3. Análisis de datos	30
5. <i>Resultados de la investigación</i>	32
5.1. Análisis de correlación	37
5.2. Discusión de resultados	39
6. <i>Conclusiones</i>	49
7. <i>Limitaciones y Prospectiva</i>	50
8. <i>Bibliografía y enlaces</i>	51
9 <i>ANEXOS</i>	57

Índice de tablas

Tabla 1. Rango de edad	32
Tabla 2. Nivel educativo	33
Tabla 3. Número de integrantes en los hogares.....	33
Tabla 4. Tiempo que perciben el BDH	33
Tabla 5. Gasto del BDH.....	34
Tabla 6. Tipo de enfermedades.....	34
Tabla 7. Controles médicos	35
Tabla 8. Número de visitas	36
Tabla 9. Información recibida	36
Tabla 10. Incidencia del acompañamiento familiar	36
Tabla 11. Resultados correlación entre recibir el (BDH) y la salud de los hijos.....	37
Tabla 12. Resultados de correlación entre la incidencia de percibir el BDH y mejorar la calidad de vida	37
Tabla 13. Resultados de correlación entre la incidencia de percibir el BDH y mejorar la calidad de vida	38

Índice de Figuras

Figura N° 1.....	34
------------------	----

1. Introducción

La labor social y el trabajo social es una de las profesiones que mayor impacto se tienen en el desarrollo de las, familias, las comunidades y la sociedad, busca favorecer el adelanto de los vínculos humanos saludables y fomentar cambios sociales que deriven en un mayor bienestar para las personas.

Entre las múltiples labores del Trabajador Social, es la de actuar en los diferentes factores relacionados a las interacciones de los personas con su entorno, de manera que puedan desarrollarse de forma plena, logrando cambios en su calidad de vida.

El presente trabajo realiza un estudio para conocer el Impacto del Acompañamiento Familiar a las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano (BDH) y su incidencia en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años, para el efecto se levanta la información, mediante una encuesta estructurada a 25 familias que perciben el (BDH).

El (BDH) es un estipendio mensual que el estado ecuatoriano entrega a las familias de quintiles 1 y 2 de pobreza y extrema pobreza, a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El Estado ecuatoriano como parte de una corresponsabilidad social, y para garantizar los derechos de las personas, en especial de las más vulnerables, establece como política públicas la construcción del Sistema de Protección Social y encarga al (MIES), se realicen las acciones necesarias a través del acompañamiento familiar a las/os usuarios de los servicios y prestaciones del (MIES) para realizar seguimiento y concienciar en la corresponsabilidad de las familias.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (2016) describe al servicio de acompañamiento familiar cómo un proceso de conocer y atender las necesidades de las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, quienes reciben esta atención son las usuarias del Bono de Desarrollo Humano, tiene como propósito generar cambios internos y su vinculación corresponsable a los servicios que brinda el Estado, en especial salud y educación; de este modo se contribuye a superar las barreras de tipo económico, social y psicológico que impiden su movilidad social.

El objetivo del Acompañamiento Familiar es atender a las familias en situación de extrema pobreza en todo su ciclo de vida; parte de la premisa de que las familias en situación

de extrema pobreza no pueden ejercer efectivamente su rol social de cuidar, proteger y desarrollar a sus miembros, especialmente a los más vulnerables, por cuanto se encuentran sometidas a una serie de factores de riesgo que les afectan de manera simultánea en diversas áreas de su vida.

Vallaes y Carrizo (2006) indican que la responsabilidad social está es el conjunto de ayudas, actividades o programas de carácter complementario que cualquier Estado da como ayuda social y que pretende la consecución de un sistema de bienestar social. Sin embargo la mayoría de las familias ecuatorianas beneficiarias del (BDHV), conciben la ayuda del estado como un regalo, lo que estanca la responsabilidad familiar y comunitaria, por lo tanto la ayuda del estado no cumplen su fin principal de mejorar la calidad de vida, la ayuda son acciones paternalista hacia la familia.

En Ecuador las familias asumen la corresponsabilidad de mejorar el desarrollo integral de la primera infancia de sus hijos, de velar por la salud sobre todo en los hijos menores de cinco años. Es un derecho contemplado en la Constitución. Pero se observa que no son corresponsables de la salud de las niñas/os, y los problemas en las familias en situaciones pobreza y extrema pobreza son muy diversas, enfermedades prevalente en las niñas/os, educación incompleta, falta fuentes de trabajo, poco o casi nulo afecto en las relaciones familiares.

Los criterios antes mencionados inducen que el Trabajo de Fin de Master tenga relevancia porque permitirá establecer el Impacto del Acompañamiento Familiar a las Usuaris del Bono de Desarrollo Humano y su incidencia en la corresponsabilidad en la salud de los hijos menores de cinco años, en el sector San Agustín de la Parroquia El Tambo.

El Tambo es una de las parroquias que se encuentra localizada al Sur-Este del Cantón Catamayo, en la región interandina del Ecuador. Está a 50 Km de la ciudad de Loja, en el centro de la Provincia de Loja, es un valle que se encuentra entre los 1.300 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m), mientras que los más altos se encuentran 2.800 (m.s.n.m.), su temperatura varía entre 18 y 20° C, tiene un clima cálido seco a cálido húmedo.

En la parroquia el Tambo existen 41 centros poblados rurales (barrios), entre ellos el sector San Agustín. En este sector se realiza la investigación, en el sector existe una serie de relaciones sociales, culturales y económicas, existía anteriormente un un sistema de

organización Feudalista, a pesar de ser un lugar de producción agrícola importante su población presenta índices de pobreza alto, la población se dedican a la producción agrícola algunas familias alquilan las tierras para producirlas.

La metodología para el desarrollo de la investigación es cuantitativa, descriptiva, se aplicará una encuesta estructurada a las usuarias del Bono de Desarrollo Humano, la muestra es de 25 familias.

La pregunta que conduce la realización del Trabajo de Fin Master es: **¿conocer si existe una incidencia entre el acompañamiento Acompañamiento Familiar a las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano y su incidencia en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años?**

La aplicación de los instrumentos y los objetivos programados en la investigación, permitirán determinar si el Acompañamiento Familiar a Usuarias del Bono de Desarrollo Humano, por parte de las técnicas del (MIES) incide en la corresponsabilidad de la salud para sus hijos menores de cinco años.

Para cumplir lo programado en el Trabajo de Fin de Master, se estructura de una parte teórica dividida en tres partes: la primera en forma general conceptualizando los temas sociales de las variables de estudios con respecto a la familia; la segunda parte se refiere a la salud y la corresponsabilidad de las familias, en la tercera parte se realiza una descripción de la información legal de la institución del Estado de programas sociales del Ecuador; el Ministerio de Inclusión Económica y Social y el programa de Bono de Desarrollo Humano (BDH).

En la primera parte se señalan temas como la familia, ciclo de vida de la familia, familia y sociedad, familia y pobreza, vulnerabilidad y exclusión social, temas importantes que permiten conocer sobre la familia.

En la segunda parte del marco teórico se exponen conceptualizaciones sobre la salud familiar, se realiza un pequeño análisis de las principales enfermedades en edad infantil; se explica la corresponsabilidad de las familias en la salud de los hijos, vulnerabilidad y exclusión social, temas importantes que son parte de la corresponsabilidad de las usuarias.

Por último en la tercera parte del marco teórico, se realiza una información de la institución y el programa social bono de desarrollo Humano; para lo cual se realiza una breve descripción del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), qué es el Acompañamiento Familiar, se describe el Bono de Desarrollo Humano (BDH), informe sobre las Usuaris/os del Bono de Desarrollo Humano, la corresponsabilidad familiar.

Todo ello sirve como fundamentación para efectuar el tratamiento metodológico para lo cual se aplica una encuesta estructurada, y se determina una muestra no probabilística, los resultados obtenidos de la información obtenida de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín de la parroquia el Tambo, permiten comprobar los objetivos y extraer conclusiones.

2 Objetivos de la investigación

2.1 Objetivo General:

Determinar el Impacto del Acompañamiento Familiar a las Usuaris del Bono de Desarrollo Humano y su incidencia en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años.

2.2 Objetivos específicos:

- ✓ Comprobar si las usuarias del (BDH) cumplen con la responsabilidad de salud con sus hijos
- ✓ Conocer la realización del acompañamiento familiar a las usuarias del bono de desarrollo humano.
- ✓ Establecer la incidencia del Acompañamiento Familiar en las Usuaris del Bono de Desarrollo Humano en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años.

3. Marco teórico

3.1. La Familia

Arce (1995) citado por Herrera (2000) menciona que la familia constituye el espacio primario para la socialización de sus miembros, es el lugar donde se lleva a cabo la transmisión de los procedimientos de normas y valores que permite a los individuos y a la sociedad mantener vínculos.

Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) mencionan que la familia se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopciones, mediante un sistema de interrelación biológicas, psicosociales, que permiten una interconexión entre el individuo y la sociedad.

Alberdi (1982) señala que la familia es: el conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes” (p. 90)

La familia es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto con la sociedad, en la familia se establecen vínculos afectivos entre sus miembros, la familia proporciona a sus miembros cuidados y protección, desde esta perspectiva, la familia es corresponsable de los hijos en todos los ámbitos de la vida.

3.1.1. Ciclo de vida de la familia

La familia no es estática, como todo proceso atraviesa por una serie de etapas, Barquero y Trejos Solórzano (2004) mencionan que:

“el ciclo de vida de la familia, alude a las diversas fases o etapas por las que suelen pasar los núcleos, desde la constitución inicial (pareja con o sin hijos) pasando por distintos momentos de cambio, de acuerdo al crecimiento del grupo y a las edades de sus miembros, hasta la disolución de dicho núcleo o su dispersión en nuevos arreglos familiares” (p. 22)

Arriagada (1998) menciona que la familia se la puede estudiar como un sistema, para que ineludiblemente las políticas sociales lleguen a quienes las necesitan; y, para que estas sean eficaces, debe considerar las formas de relaciones en los hogares, así como los posibles efectos de las políticas en unos y otros.

La familia es un todo, es considera como un aporte coherente y sistemático, como sistema cumple ciclos, cambia en el tiempo conjuntamente con otros sistemas, en la actualidad está sufriendo grandes evoluciones demográficas, sociológicas y económicas, incluso en contextos culturales y religiosos (Rhodes, 1983).

Según Good (1966) en términos generales se indica las siguientes etapas del ciclo familiar primeramente es la formación de la pareja, posteriormente el nacimiento de los hijos; la familia con niños pequeños; la familia con hijos en edad escolar; posteriormente con hijos adolescentes y otra etapa cuando existe el desprendimiento de los hijos; por último cuando los principales actores se quedan solos llamados el “nido vacío”.

Los autores antes mencionados permiten realizar una síntesis de la familia reflexionada en el ámbito social es un sistema vivo, que interactúa constantemente y que experimenta cambios permanentes, es un proceso natural por la que las familias pasan por un crecimiento y desarrollo.

3.1.2. Familia y sociedad

Si se toma en cuenta el concepto clásico que la familia es el núcleo básico de la sociedad y reflejo de las condiciones de vida de la población, que es una unidad social dinámicas, y que los cambios de la sociedad afecta a la familia es necesario realizar un análisis general de la familia y sociedad.

Flaquer (1991, 1998, 1999) indica que en la actualidad en existe una transformación desordenada de las familias en las sociedades más adelantadas, por lo que es impredecible pronosticar su desarrollo futuro.

Walsh (1982) menciona que los sistemas humanos están representados por algunos procesos reguladores básicos que aseguran su supervivencia y vitalidad, que los mecanismos y normas que regulen los procesos pueden variar en las diferentes culturas existentes

en el mundo (p. 17). Shwartzman (1982), y Bronfenbremer (1979) manifiestan que en los sistemas sociales existe una organizan de los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades, que permiten formar poblaciones o comunidades excluidas.

La familia es el grupo humano más importante en la vida de las personas, mediadora entre el individuo y la sociedad y donde se toman decisiones importantes sobre la vida y otras acciones que inciden en el bienestar de las personas (Gómez y Guardiola, 2014, p. 16).

Los cambios de la sociedad actual, inciden en el núcleo familiar, al constituir la familia un sistema social, cumple tareas para responder a los requerimientos de las instituciones externas que representan a la sociedad, por lo tanto los cambios que se producen en la sociedad afectan al núcleo familiar, y responde a las demandas sociales y de desarrollo, los problemas sociales influyen en las mismas y se observa crisis como institución social.

3.1.3. Familia y pobreza

Arriagada (1988) menciona que la familia puede concebir como “una instancia de mediación entre el individuo y la sociedad, como nexos entre los cambios macro y microeconómicos” (p. 85), el mismo autor concibe a la familia en ámbito social, como un factor donde las personas toman decisiones importantes sobre su vida, trabajo y otras acciones que inciden en su bienestar económicamente.

Plazas (2010) y Bayón (2012), señalan que económicamente la pobreza es básicamente una carencia material, que restringe la capacidad operacional de las familias a la provisión de bienes para sus miembros. Dreze y Sen (1999), indican que la pobreza es una carencia o privación de las capacidades básicas que no permiten a un individuo funcionar dentro de las sociedades, se refieren a la imposibilidad que tienen las personas de poder obtener condiciones de vida haciendo uso de sus capacidades y el aprovechamiento de sus oportunidades.

Al respecto los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, han venido realizando debates y procurando proponer políticas y acciones para desterrar la pobreza en los países en desarrollo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995), indica que el fenómeno de la pobreza va mucho más allá de la falta de ingresos, plantea que algunas

manifestaciones de pobreza en la población son el hambre y malnutrición, el poco o nulo acceso a la educación, salud así como a otros servicios básicos, la discriminación y exclusión social, y la falta de participación en la toma de decisiones.

Haciendo hincapié a los tratados de la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (ONU), la erradicación de la pobreza es un imperativo ético, social, político y económico de la humanidad, se exhortó a los gobiernos a abordar las causas de la pobreza, satisfacer las necesidades básicas de la población y garantizar que los pobres tengan acceso a los recursos productivos como el crédito, la educación y la participación ciudadana, partiendo desde estas perspectivas el gobierno ecuatoriano, plantea en sus políticas restablecer los derechos de las poblaciones más vulnerables y ejecuta políticas sociales para las familias que se encuentran en pobreza y extrema pobreza.

3.1.2. Vulnerabilidad

El concepto de vulnerabilidad ha sido definida de formas muy distintas y a partir de elementos diferente, en el presente estudio y al estar presente las sociedades del conocimiento, se considera la vulnerabilidad a “la unidad de análisis (individuo, hogar, grupo social) ante una amenaza específica, o es vulnerable a estar en una situación de pérdida, que puede ser de la salud, del ingreso, de las capacidades básicas, etc” (Alwang, Siegel y Jorgensen 2001, p. 3)

Wisner, Blaikie, Cannon y Davis (2004) se refieren a la vulnerabilidad cómo una de las características de una persona o grupo y su situación, que afectan la capacidad de anticipar, bregar, resistir y recobrase del impacto de una amenaza.

Thomasz, Caruana, Massot, y Eriz (2014) mencionan que la vulnerabilidad se la puede definir como una probabilidad de las personas y hogares de sufrir eventualidades que disminuyan dramáticamente su bienestar a través de presentarse algunas circunstancias adversas que aumentan su inseguridad.

Para Pizarro (2001) son situaciones intermedias y al proceso por el cual se está en riesgo de engrosar el espacio de exclusión y mencionan que la vulnerabilidad no es textualmente lo mismo que pobreza pero si la incluye. La pobreza es una situación de carencia efectiva y actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta condición proyectando a

futuro la posibilidad de padecerla a partir de ciertas debilidades que se constatan en el presente.

La vulnerabilidad es un concepto multidimensional; busca identificar factores que refuerzan la reproducción de procesos que deterioran el nivel de vida de hogares e individuos, en los países en desarrollo incluido Ecuador, la vulnerabilidad es un problema social, con impactos en la calidad de vida de las familias y la sociedad.

La vulnerabilidad deja expuestos a altos niveles de inseguridad e indefensión, al riesgo de una persona o grupo a sufrir un daño ante una eventual contingencia y la capacidad de los gobiernos de evitar el resultado lesivo, reducirlo y/o hacerle frente, la vulnerabilidad está íntimamente vinculada con la inestabilidad laboral, la fragilidad de las relaciones sociales, la falta de acceso a educación, salud, en general a la falta de acceso a prestaciones sociales.

Considerando las concepciones previas expuestas es necesario mencionar que en Ecuador se han implementado políticas de desarrollo social, en apoyo a las poblaciones más vulnerables, la protección del capital humano y el combate a la pobreza, y asigna al Ministerio de Inclusión Económica y Social, ejecutar políticas en beneficio de este sector, uno de ellos planteados en la presente investigación es el Bono de Desarrollo Humano Variable y el Acompañamiento Familiar, con la corresponsabilidad familiar, a continuación se detallarán cada uno de estos términos con sus respectivas variables e indicadores y su ejecución en los sectores vulnerables del Ecuador.

3.1.3. Exclusión social

Referirse a la exclusión es referida a los sistemas sociopolíticos y económicos de las naciones, el término se generó en Francia a mediados de los setenta, el vocablo ganó popularidad al levantar una noción alternativa a la de pobreza- Por otro lado servía para analizar las desventajas sociales que se mostraban como efectos de la crisis del Estado del bienestar que comenzaba a desarrollarse (De Haan, 1999).

Room (2000) menciona que la exclusión social identifica directamente a aquellos individuos, hogares y comunidades que están sufriendo múltiples desventajas, así como el

nivel de degradación en que se encuentran sus recursos colectivos y sus vínculos con la sociedad en general.

Gomà Subirats y Brugué (2005), Izcara (2002), Sen (1997), Arriba (2002). Entre otros mencionan que la exclusión en perspectivas teóricas clasifica en tres enfoques, la primera que analiza la exclusión como el resultado de la falta de motivos e incentivos en los individuos denominada auto-exclusión; la segunda que analiza la exclusión como el resultado de la falta de oportunidades de los grupos denigrados desde el poder político denominada discriminación activa, y la tercera analizan la exclusión como el resultado de la falta de protección social del estado.

En términos generales la exclusión es un factor social que entrelaza diversos elementos que influyen a que personas y comunidades sean excluidas de la sociedad y la atención gubernamental, incide principalmente en las poblaciones pobres, su repercusión tiene consecuencias distintivas de orden social y psicológico para sus miembros. La exclusión tiene unos rasgos definidos como la lucha constante por la vida, periodos de desocupación y de subocupación, bajos salarios, trabajo infantil, una escasez crónica de dinero en efectivo, ausencia de comida, bajas tasas de escolarización y desprotección infantil en salud de los hijos.

La Constitución ecuatoriana para remediar los problemas de vulnerabilidad y exclusión, enfoca políticas y programas hacia la consecución de objetivos nacionales encaminados a conseguir a desterrar la pobreza y extrema pobreza, y mantiene un Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, que tiene como propósito priorizar la integración de las poblaciones desprotegidas de pobreza y extrema pobreza en educación, salud, seguridad social entre otras.

3.1.4. Salud Pública

Definir a la salud es complejo, existen muchas concepciones teóricas al respecto, el concepto ha sido modificado conforme la cultura y las condiciones sociales y ambientales de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) señala a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Laín (1986) crítica la definición de la (OMS) e insinúa que esa proclamación es una utopía, si bien es bueno aspirar a que los malestares físicos, sociales y mentales sean totalmente eliminados, es difícil que este ideal acabe siendo real y selectivo por lo tanto la definición de la (OMS) es una falsedad. No existe ser humano con un estado completo de bienestar físico, mental y social, ni con enfermedades.

Desde un enfoque sociológico Dubos (1975) menciona a la salud como “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” (p. 45), Milton Terris (1987) la define como: “el producto positivo de la interacción continua del hombre con su medio” (p. 43).

“Lisitsin (1981, citado por Ramos Domínguez 2000) define a la salud pública como:

“El sistema de medidas estatales, socio-económicas y médico-sanitarias encaminadas a la prevención y tratamiento de enfermedades, disminución de la mortalidad y morbilidad, así como garantizar a la población condiciones de vida y trabajo que permitan elevar la capacidad laboral y prolongar el promedio de vida útil de los hombres” (p. 14 – 39)

Como se puede observar la definición de salud ha evolucionado, la razón primordial consiste en que todas las sociedades consideran a la salud como elemento esencial e imprescindible para la vida y sobre todo en la corresponsabilidad de las familias en la salud de sus hijos, la salud es una actividad gubernamental y social dirigida a velar por la salud de la población para alcanzar en la comunidad y familia su desarrollo biológico social.

3.1.5. Derecho a la salud en Ecuador

En Ecuador como en todos los países del mundo la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y que los gobiernos tienen responsabilidad, en el país está consagrada en la Constitución en el Art. 32 de la Constitución del Ecuador (2018) menciona que: “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (p. 29).

En Ecuador la concepción de la salud es integral, incorpora todas sus dimensiones bio-psico-sociales, las mismas deben ser cumplida mediante la adopción de programas sociales y de salud adecuadas, pero también obliga la corresponsabilidad de la familia en la atención de salud, en especial a los grupos más vulnerables sobre todo en las niñas/os.

El Estado ecuatoriano garantiza este derecho, plantea y ejecuta políticas para el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, reconoce como un elemento indispensable para el desarrollo económico social de un pueblo.

3.1.6 Salud infantil

La salud del niño no solo es la ausencia presencia de enfermedades, comprende su bienestar en todos los aspectos tanto físico, mental, emocional, social, es el grupo más vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables, Earls, y Carlson (2001) indican que: “ en su mayoría, la niñez representa hoy un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud” (p. 78)

Pérez y Muñoz (2014) mencionan que:

“la salud en la niñez representa el grado en que los niños, de manera individual o colectiva, son capaces o se les habilita para desarrollarse y realizar su potencial, satisfacer sus necesidades y ampliar sus capacidades para interactuar exitosamente con el ambiente biológico, físico y social” (p.5)

Blair y Hall (2006) respecto a la salud pública enfocada en la niñez menciona que: “para promover y proteger la salud y el bienestar es necesario las competencias y los esfuerzos organizados del personal de salud, de las instituciones públicas, de las agrupaciones civiles y de la sociedad en su conjunto”. Las niñas/os tienen derecho a la salud y a disfrutar su niñez de la mejor forma posible (UNICEF 1989), si bien el Estado promueve y garantiza la atención y la salud de este sector, la familia es quien debe construir realizar las acciones necesarias que apoyen el cumplimiento de los derechos de salud para mitigar los factores de riesgo y de cumplir con las estrategias para mitigar su efecto y para mejorar el estado de salud y el bienestar de las niñas/os.

3.1.7. Corresponsabilidad familiar

Hablar de corresponsabilidad familiar conlleva a tener distintas concepciones que no han sido consensuadas en una definición única, Maganto, Etxeberría y Porcel, (2010) consideran a la corresponsabilidad como un trabajo no remunerado, de habilidades que resultan determinantes en una familia para llevar a cabo las tareas del hogar y el cuidado de los hijos. Este término de corresponsabilidad hace mención a los patrones de comportamiento e interacción que influyen en la distribución y consenso de los roles y tareas repartidas entre los miembros de la familia.

Para efectos del estudio interesa conocer y determinar la corresponsabilidad de las familias en el ámbito social, partiendo del precepto que el (MIES) mediante varias estrategias promueve la corresponsabilidad de las personas que reciben el Bono de Desarrollo Humano (BDH), debiendo por lo tanto las familias cumplir algunos requisitos como velar por la salud de sus hijos/as; denomina corresponsabilidad

La corresponsabilidad de las usuarias del (BDH) deben entre otros aspectos realizar lo siguiente: las mujeres en estado de gestación registrar cinco controles médicos prenatales durante el período del embarazo; vigilar que los/as niños/as menores a un año, un control cada dos meses, los que se encuentren entre uno y cinco años de edad deberán ser llevados a mínimo dos controles anuales, deben asistir a las capacitaciones y al Acompañamiento Familiar que el (MIES) ejecuta como parte de la corresponsabilidad (MIES 2016).

Si bien la corresponsabilidad debería ser esencial de las familias, es una obligación inexcusable de las madres y padres velar por el bienestar de sus hijos en salud y educación, sin embargo el Estado tuvo que imponer estas corresponsabilidades para que las beneficiarias de (BDH), fomenten en las familias el interés para promocionar, verificar y registrar las condicionalidades en salud de sus hijos, motivándoles a realizarse controles preventivos, prenatales, control del niño sano; todo en cumplimiento del ejercicio de corresponsabilidad familiar.

3.1.8. Corresponsabilidad familiar en la salud de los hijos

Si bien el Estado, las organizaciones sociales realizan estrategias que promueven la salud para desarrollar en las niñas/os habilidades para la ciudadanía, así como otorgarles

conocimientos que los empoderen en el ejercicio de los derechos en la infancia y el establecimiento de compromisos para tener una vida plena y con salud, es necesario indicar que esta responsabilidad no solo debe ser del Estado, se requiere de la participación activa de la familia de esta forma se procure un desarrollo integral saludable dentro de los ámbitos personal, familiar y comunitario.

Otro aspecto importante en Ecuador es destacar que en la Constitución del Ecuador (2008) en su Art. 44 menciona que:

“El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos, las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción, a la salud integral y nutrición, adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños la atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos” (p. 34)

La corresponsabilidad de las familias que reciben el (BDH), es preferentemente en la atención de la salud de sus hijas/os, para ello deben acudir al acompañamiento familiar mediante visitas domiciliarias y reuniones, asistir y registrar las condiciones en salud de las familias mediante los controles preventivos prenatales, con el fin de fomentar y fortalecer la corresponsabilidad familiar.

3. 2. El Ministerio de Inclusión Económica y Social

Es una cartera del Estado ecuatoriano, encargada de incluir en los ámbitos económicos, culturales y sociales a la población empobrecida; ejecuta las políticas de inclusión económica y social, contribuyendo a la superación de las brechas de desigualdad; a través de la construcción conjunta del Buen Vivir para la población ecuatoriana; define y ejecuta políticas, estrategias, planes, programas, proyectos y servicios de calidad y con calidez, para la inclusión económica y social, con énfasis en los grupos de atención prioritaria y la población que se encuentra en situación de pobreza y vulnerabilidad, promoviendo el desarrollo y cuidado durante el ciclo de vida, la movilidad social ascendente y fortaleciendo a la economía popular y solidaria (MIES, 2016).

Los principios de las Políticas que desarrolla en los programas sociales son: la inclusión de las personas, familias y grupos en vulnerabilidad a la sociedad en todos sus estamentos y actividades; propone la igualdad en la consecución de la equiparación de oportunidades y resultados entre familias y personas en situación de necesidad específica, pobreza o vulneración de derechos, las políticas son universales dirigidas a toda la población, con provisión directa a las personas que están en situación de pobreza, desventaja situacional, exclusión, discriminación o violencia.

La integralidad es concebida a la protección y promoción integral como integrada desde: a) La Protección y promoción en todo el ciclo de vida. b); Articulación de la prestación de servicios; c) Protección y promoción desde la familia y la comunidad; d) Enfoque territorial de la protección y promoción coordinada entre las distintas entidades y niveles del Estado con la participación de organizaciones y comunidades no estatales; e) información coordinada, consolidada y actualizada de la acción de la política a nivel territorial; y la corresponsabilidad, como la responsabilidad compartida entre los individuos, las familias y el Estado en el cuidado familiar, los procesos de movilidad social y salida de pobreza.

Como se indicó anteriormente el (MIES), ejecuta diversas políticas a través de programas dirigidos a los sectores más vulnerables a fin de restituir sus derechos vulnerados, para el estudio son el acompañamiento familiar y el bono de desarrollo humano.

3.2.1. Acompañamiento familiar

Jara y Sório (2013) se refiere a que el “Acompañamiento Familiar en lo que tiene que ver con América Latina cada vez se va innovando es decir a dado pasos agigantados y de gran significado” (p.56). El acompañamiento familiar se lo ha venido haciendo en base a el trabajo constante de políticas sociales. Viene ejecutando nuevas estrategias para la implementación de trabajo con las familias ara que sean ellas quienes a través del acompañamiento familiar puedan cumplir con la corresponsabilidad dentro de sus hogares, familia, y comunidad donde habitan.

Para los mismos autores el Acompañamiento Familiar se trata de un tipo de consejería, altamente estructurada, que involucra procesos de largo plazo y se orienta a metas vinculadas a modificar prácticas para mejorar la seguridad y el bienestar de las personas (Jara y Sório, 2013).

Las familias a quienes se les realiza Acompañamiento Familiar son usuarias del Bono de Desarrollo Humano, tiene como finalidad el de generar cambios internos y su vinculación corresponsable a los servicios que brinda el Estado; de este modo se contribuye a superar las barreras de tipo económico, social y psicológico que impiden su movilidad social, el servicio considera los enfoques de: derechos humanos, género, intercultural e intergeneracional y participación, incluye de manera transversal el principio de corresponsabilidad. La corresponsabilidad se establece como política institucional, que aporta a la construcción del Sistema de Protección Social para las/os usuarios de los servicios y prestaciones del (MIES 2016).

El Acompañamiento Familiar se lo realiza en las localidades de las familias, se ejecuta a través de los siguientes componentes: Componente psicosocial –Visitas Domiciliarias y grupales- (fortalecimiento de capacidades y referencia de servicios), componente Comunitario en el que se realiza encuentros comunitarios; el componente de inclusión económica.

Las familias que son parte del servicio recibirán una asesoría y consejería psicosocial personalizada mediante las visitas domiciliarias y atención grupal organizadas en torno al logro de objetivos denominados Condiciones Básicas de Desarrollo Familiar-Plan Familiar-, muchos de los cuales se alcanzan a través de la referencia a los servicios del Estado y otros se alcanzan por los cambios que la propia familia logra como parte del proceso de acompa-

ñamiento y el cumplimiento de la corresponsabilidad., desde esta perspectiva, es necesario conocer si existe incidencia o no en la calidad de vida.

3.2.2. Proceso del trabajo del Plan de Acompañamiento Familiar.

El proceso del Acompañamiento Familiar, se basa en la presencia de un profesional o educador especialmente entrenado para brindar apoyo psicosocial familiar o personal, se apoya en un riguroso sistema de registro que permite dar seguimiento a procesos y evaluar logros. Los objetivos del Acompañamiento Familiar son diversos, pero siempre están vinculados para promover la autonomía familiar, desarrollar capacidades para la auto-gestión, mejorar la participación de las familias en la estructura de oportunidades, mejorar la calidad de vida.

Plantea trabajar con las familias Usuaris del Bono de Desarrollo Humano, el objetivo del acompañamiento es promover la superación de la extrema pobreza que viven, promover cambios de conductas culturales en las familias, para el efecto se debe relacionar entre integrantes de la familia en la comunidad, cómo actuar ante la adversidades, busca el fortalecimiento de las prácticas y saberes las mismas que contribuyen al desarrollo integral de la familia, se trabaja con herramientas adecuadas que sirven de guía para la restitución de sus derechos y consecución del buen vivir (MIES, 2016).

En la Norma Técnica de acompañamiento familiar del (MIES 2019), se explica el proceso del acompañamiento familiar mismo que a continuación se realiza una descripción del mismo:

Las visitas domiciliarias por parte de las/os Técnicas, permite un acercamiento con cada familia donde será el quien le brinde información de su familia, comunidad y de la importancia del cumplimiento de su corresponsabilidad por ser Usuaris del Bono de Desarrollo Humano (MIES, 2016).

Las reuniones de acompañamiento familiar se basa en tres aspectos o sesiones muy importantes para el técnico y la familia como son; Sesión Efectiva, Sesión Contingente y Visita, se ejecuta con la familia en base a la planificación que se realiza con anterioridad y se da cumplimiento al objetivo planteado (MIES, 2016).

Se trabaja por el período de dos años, en este tiempo se debe cumplir dieciséis sesiones, en la primera sesión el técnico explica en que consiste o que significa el Acompañamiento Familiar, se formaliza la aceptación con una herramienta que proporciona mediante la firma de acta o carta de aceptación, a continuación se trabaja con la siguiente ficha como es la de contacto inicial donde se anota los aspectos prioritarios de la familia como es nombres completos, cédula, dirección exacta, referencia para llegar al hogar, celular, cuantos integrantes conforma el núcleo familiar.

La sesión efectiva es el proceso de acompañamiento psicosocial personalizado en vista que se realiza un abordaje personalizado y domiciliario periódicamente, durante las dieciséis sesiones el Técnico tiene que trabajar con fichas herramienta indispensable que le permitirá a la familia mejorar y fortalecer su convivencia familiar.

La visita contingente que consiste en que la familia a visitar si se encuentra, pero por actividades emergente no se puede realizar la sesión y cumplir con lo planificado, aquí hay varias razones para que la visita sea contingente, una de ellas es que muchas de las veces el o la Técnica llega a l hogar y se encuentra con la sorpresa de que un familiar de la usuaria a fallecido esta familia está en situación de crisis, por lo tanto deberá dar apoyo emocional a la familia en el momento adecuado y cuando la familia esté dispuesta, pero eso si también sin poner en riesgo su integridad tanto física como emocional (MIES, 2016)..

3.2.3. Bono de Desarrollo Humano

En Ecuador el bono de desarrollo humano fue creado el 18 de septiembre de 1998 como bono solidario (BS) por el presidente Jamil Mahuad mediante Decreto Ejecutivo N° 129, en la actualidad se lo conoce con el nombre de bono de desarrollo humano (BDH), surgió como un subsidio para las familias más pobres del país, con el fin de indemnizar los efectos sufridos por la crisis financiera experimentada de la época, se entregaba 100.000,00 sucres a madres de escasos recurso económicos y 50.000,00 a adultos mayores , a pasar los años y con la dolarización del país en el año 2003 fijo un valor de US\$ 15 para las familias de quintil 1 y US\$ 11,50 para las familias de quintil 2 (MIES, 2017).

En el año 2007 se incrementó la transferencia monetaria a las personas que se encuentre en la pobreza en un valor de US\$ 15 a US\$ 35 dólares, en este año el BDH un direccionamiento diferente, siendo uno de los servicios de protección social que impulsa el

Gobierno Nacional a través del MIES, permitiendo una cobertura con pensiones para adultos mayores, personas con discapacidad, en el año 2012 se plantea aumentar el Bono de Desarrollo Humano, pasando de US\$ 35 a US\$ 50 dólares (MIES, 2017).

En la actualidad el Bono de Desarrollo Humano (BDH) se incrementa con el objetivo de mejorar los niveles de vida e ingresos de la gente que lo recibe, mediante Decreto Ejecutivo número 253, el 22 de diciembre del 2017, se modifica la manera de recibir el bono y se señala que, por el primer hijo de hasta cinco años, se entregará USD 30. Por el segundo y tercero de la misma edad, USD 27 y 24,30, respectivamente, se entrega para quienes están en condición de extrema pobreza, conforme el índice del Registro Social y que no estén afiliadas al sistema de de seguridad pública (MIES, 2017).

El objetivo de entregar el BDH es ampliar el capital humano y evitar la persistencia de la pobreza mediante la entrega de compensaciones monetarias directas a las familias que se encuentran bajo la línea de pobreza establecida por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de acuerdo a los resultados obtenidos del Registro Social, Garantizar a los núcleos familiares un nivel mínimo de consumo. Incorporar corresponsabilidades específicas orientadas a la inversión en educación y salud lo que permitirá: Contribuir con la disminución de los niveles de desnutrición crónica y de enfermedades prevenibles para niñas y niños menores de 5 años de edad; y, Promover la reinserción escolar, y asegurar la asistencia continua a clases a niñas, niños y adolescentes de entre 5 y 18 años de edad (MIES, 2017).

3.2.4 Usuarios del Bono de Desarrollo Humano

El Estado Ecuatoriano a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), ejecuta el Bono de Desarrollo Humano (BDH) como parte de sus políticas de inclusión económica y protección social, el bono se entrega de manera progresiva, para la población que se encuentra en condiciones de extrema pobreza, el valor máximo entre los componentes fijo y variable es de 150 dólares y está condicionado al cumplimiento de responsabilidades de las y los usuarios (MIES, 2017).

El (BDH) es un mecanismos de aseguramiento no contributivo, “la política de aseguramiento no contributivo tiene por objeto cubrir a los grupos que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad frente a la necesidad de ingresos, con el fin de evitar el deterioro del consumo básico, dentro de un sistema solidario y corresponsable entre el Estado y la

población a fin de promover condiciones mínimas de bienestar, tomando en cuenta, características geográficas, étnicas, etarias, culturales o de género.

Está dirigido a las familias bajo la línea de pobreza con hijos menores a 18 años de edad, está condicionado y reciben un acompañamiento del ministerio para fortalecer las capacidades de las familias usuarias, bajo el principio de corresponsabilidad entre familia, Estado y comunidad como un ejercicio de responsabilidad compartida que refleje el cumplimiento de acuerdos participativos (MIES, 2017).

Para la entrega del (BDH) como se indicó se entrega a las personas de extrema pobreza Índices de pobreza, el Estado ecuatoriano realiza el levantamiento de la información a través del Registro Social, las encuestas de pobreza , como referencia la pobreza extrema a nivel nacional experimentó un incremento de 0,6 puntos porcentuales, de 8,4% en junio 2017 a 9,0% en junio 2018. En el área urbana la incidencia de pobreza extrema se incrementó en 0,8 puntos, de 3,9% a 4,7% en el mismo periodo. En el área rural, la pobreza extrema se incrementó en 0,3 puntos, de 17,8% en junio 2017 a 18,1% en junio 2018 (INEC, 2018).

Vite (s.f.) indica que los subsidios en el Ecuador han constituido un pilar fundamental de la política fiscal de los gobiernos en los últimos treinta años, en Latinoamérica, los subsidios monetarios estipulados que se otorga a las familias en extrema pobreza, han permitido que los pobres acudan a la escuela y utilicen los servicios de salud, con estos servicios sociales se pretende mejorar la calidad de vida, donde los ciudadanos puedan tener los mismos derechos.

4. Metodología

Considerando lo mencionado por Polit y Beck (2004) indican que: “la metodología y el enfoque elegidos en la investigación dependen de las preguntas que se aborden o de las hipótesis que se quieran comprobar” (p. 35)

Por otra parte Robson, (1993) menciona que: “el modo en el que el estudio está diseñado influye en la elección de los métodos utilizados” (p. 54), por lo tanto la metodología utilizada en la presente investigación es cuantitativa; descriptiva.

Es cuantitativa porque recoge y analizan datos cuantitativos sobre variables (Caleiro, 2000), Abdellah y Levine (1994) mencionan que la investigación cuantitativa los fenómenos son estudiados mediante técnicas como las entrevistas no estructuradas, para ver la asociación o relación entre variables cuantificadas de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio permite determinar si existe o no relación entre el acompañamiento familiar y la corresponsabilidad en salud de los hijos por parte de las usuarias del (BDH).

Atehortúa y Zwerg (2012) según estos autores es descriptiva porque: “la investigación descriptiva consiste en la organización de información en forma útil y comprensible vía indicadores que faciliten la interpretación del fenómeno; permiten describir las estructuras más complejas” (p. 107), en la investigación permite la descripción del acompañamiento familiar y la corresponsabilidad de salud por parte de las usuarias del (BDH) en el sector San Agustín de la Parroquia El Tambo, de la provincia de Loja, Ecuador.

La investigación tiene un diseño no experimental Kerlinger (1979), menciona que: “La investigación no experimental o *ex-post-facto* es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones” (p. 116).

En la investigación se aplica una encuesta a una muestra de 25 usuarias del (BDH) en la población de San Agustín de la parroquia el Tambo, las variables son: rango de edad; nivel educativo integrantes del hogar, tiempo que reciben el (BDH), otros ingresos a más del (BDH); en qué invierte el (BDH); número de hijos menores de cinco años; tiempo de los controles; enfermedades más frecuentes en sus hijas/os; beneficios del (BDH); visitas por parte

de los técnicas acompañamiento familiar; generación de cambios en el núcleo familiar con respecto a la prevención y cuidados de la salud de sus hijas/os; aspecto que ha mejorado con el acompañamiento familiar.

Estas preguntas permitieron determinar si existe una incidencia entre las visitas familiares y la corresponsabilidad de las usuarias en la salud de sus hijos, las variables analizadas ocurrieron sin la intervención de la investigadora. El análisis se realiza en el programa estadístico SPSS.

4.1. Población universo y muestra

Olmos (2001) menciona que la población constituye “la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades poseen una característica común, que se estudia y da origen a los datos de la investigación” (p. 45). En la presente investigación la población universo de estudio es muy amplia, en Ecuador las familias que reciben el (BDHV) son 74 mil núcleos familiares mediante transferencia económica que realiza el Gobierno del Ecuador a las familias en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad, que tienen hijos menores de 18 años. En el Distrito Loja se cuenta con un universo de usuarias de 3543 familias, en el cantón Catamayo, las familias son 181, en la parroquia el Tambo 102 familias (Base de datos MIES, 2019).

Por las limitaciones de tiempo y estudio se considera tomar como una muestra representativa a 25 familias del sector San Agustín de la Parroquia El Tambo, de la provincia de Loja, Ecuador. El muestreo aplicado ha sido de tipo teórico, exploratorio y no probabilístico, se han seguido siempre unos criterios de selección, pero no se ha procedido a ninguna técnica de muestro probabilístico y por lo tanto, desde el punto de vista estadístico, estas muestras no son representativas (López, 1998 p. 33). En consecuencia, no se ha podido aplicar ninguna operación de estadística inferencial para extrapolar los resultados a toda la población.

4.2. Instrumento de investigación

Al ser el Trabajo de Fin de Master en el área social con énfasis en las sociedades del conocimiento, y al haberse determinado el método de investigación cuantitativa, se consideró aplicar una encuesta estructurada, es una técnica de recogida de datos concreta, particu-

lar y práctica de un procedimiento de investigación, y se enmarca en los diseños no experimentales de investigación empírica propios de la estrategia cuantitativa, ya que permite estructurar y cuantificar los datos

La encuesta es de elaboración propia tomando las recomendaciones de Alvira, García, Ferrando y Ibáñez (2005) mencionan que la encuesta como técnica puede ser utilizada en un conjunto de procedimientos normalizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra representativa de una población o universo más amplio. Sierra, B. (1994) menciona que la observación por encuesta permite la obtención de datos de interés sociológico, para ello se plantea una interrogación a los miembros de la sociedad.

Ferrando y Ibáñez (2005) Sierra (1994), D'anconay (1999), plantean lagunas consideraciones y mencionan que la encuesta permite obtener información mediante la observación indirecta de los hechos, esto conlleva a que exista la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad. Accede a realizar estudios grandes mediante la técnica del muestreo. Al aplicar la encuesta el interés del investigador no es el sujeto concreto que contesta el cuestionario sino la población a la que pertenece. De igual manera permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas. La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario que contiene las mismas instrucciones para todos los sujetos, mediante la formulación de preguntas iguales.

La encuesta está previamente elaborada y tiene unos parámetros fijos que se detallan en los siguientes párrafos, no cambian con el tiempo, las preguntas mantienen un orden específico. Para su ejecución se procedió a visitar los hogares de la familia en el sector San Agustín de la Parroquia El Tambo, se solicitó la autorización a las usuarias del (BDH) seleccionadas permitan realizarles las encuestas y se procedió a realizar las preguntas, en especial a las madres de familia quienes son las beneficiarias del bono y que acuden al acompañamiento familiar, se excluye a los padres jefes de hogar por no recibir el bono.

Los datos que contiene la encuesta permite determinar los objetivos de la investigación, entre los parámetros de la misma tenemos.

Desde la pregunta uno a la tres:

- ✓ Los datos generales como nombre y apellidos

- ✓ El rango de edad
- ✓ Nivel educativo de las usuarias
- ✓ Número de integrantes del hogar

La información relacionada con el Trabajo de Fin de Master y para determinar si el acompañamiento familiar incide en la corresponsabilidad de salud desde la pregunta cuatro a la dieciocho es:

- ✓ Tiempo que recibe el BDH
- ✓ En que invierte el BDH percibido
- ✓ Número de hijos menores de 5 años
- ✓ Periodo de los controles médicos a sus hijos
- ✓ Objetivo de los controles médicos
- ✓ Enfermedades comunes de los hijos
- ✓ Beneficio del bono de desarrollo humano
- ✓ Visitas a las familias por parte de los técnicos de acompañamiento familiar
- ✓ Información recibida en el acompañamiento familiar
- ✓ Cambios producidos en la familia por el acompañamiento familiar

4.3. Análisis de datos

Por ser una prueba no paramétrica que no imponen condiciones tan estrictas en cuanto a la distribución de la población que se estudia la muestra son válidas a nivel de medida tanto ordinal como nominal en muestras pequeñas (Amón 2000 p. 10), por lo tanto para el análisis de los datos, se utilizó el Programa "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), programa estadístico informático , recomendado en las investigaciones de las ciencias sociales, los datos obtenidos fueron tabulados y analizados, para ello se empleó el estadístico Chi Cuadrado de Pearson. Para ello se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS.

En los resultados, se procede a indicar primeramente los estadísticos descriptivos de las variables utilizadas en la encuesta, posteriormente para comprobar si existe incidencia en el acompañamiento familiar a las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano y la corresponsabilidad de la salud de los hijos menores de cinco años, se utiliza el programa estadísti-

co Chi Cuadrado de Pearson mediante el programa SPSS, que permite determinar si existe diferencias significativas entre las variables mencionadas.

5. Resultados de la investigación

Para establecer el impacto del Acompañamiento Familiar a las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano y su incidencia en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años, se realiza el análisis descriptivo y de correlación respectivo.

Antes de realizar las conclusiones de los objetivos es necesario realizar una síntesis general de las usuarias del (BDH).

- ✓ Con respecto a la edad en un porcentaje considerable se encuentran en un rango de edad entre 31 a 40 años, lo que indica una población joven.
- ✓ Los índices de pobreza es causa principal para que las usuarias tengan un nivel de educación bajo, y hayan logrado concluir la primaria, sin tener oportunidades de acceder al bachillerato, y limitadamente ingresar a la universidad
- ✓ Otro factor es el hacinamiento de las usuarias, cuentan con viviendas rústicas, y en dos cuartos comparten dormitorios y cocina, es alto el hacinamiento a continuación se presenta los resultados que afianza lo mencionado.

En la Tabla N° 1, se aprecia el rango de edad de las usuarias del (BDH), se determina que la mayoría de las usuarias se encuentran en un rango de edad entre 31 a 40 años.

Tabla 1. *Rango de edad*

Edad		
Rango	N	%
18 a 30	6	24
31 a 40	10	40
41 a 50	6	24
51 a 60	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La Tabla N° 2, se aprecia que en su mayoría el nivel educativo de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, terminaron la primaria. En el sistema Educativo Ecuatoriano el nivel primario corresponde a los seis primeros años de estudio.

Tabla 2. *Nivel educativo*

Educación		
Nivel	N	%
Primaria	18	72
Secundaria	7	28
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

En la Tabla N° 3, se exterioriza que un gran porcentaje el número de integrantes en los hogares de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, son entre cuatro a seis miembros.

Tabla 3. *Número de integrantes en los hogares*

Integrantes del Hogar		
	N	%
1 a 3	6	24
4 a 6	17	68
Más de 7	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

Con respecto a los años que vienen percibiendo el (BDH) la Tabla N° 4, permite indicar que las madres de familia en su mayor porcentaje reciben el mismo entre 4 a 6 años.

Tabla 4. *Tiempo que perciben el BDH*

Tiempo que perciben el BDH		
Años	N	%
1 a 3	5	20
4 a 6	20	80
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La Tabla N° 5, exterioriza que en un gran porcentaje la cantidad recibida por parte de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, a través del estipendio entregado por el Estado, les permite invertir en salud y alimentación para el hogar.

Tabla 5. Gasto del BDH

Sector	Gasto del BDH	
	N	%
Alimentación	8	32
Transporte	1	4
Educación	6	24
Salud	10	40
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

En la tabla N° 6., se aprecia en un porcentaje muy significativo la principal enfermedad que presentan los hijos/as de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín son de tipo respiratorias.

Tabla 6. Tipo de enfermedades

Tipo	Enfermedades	
	N	%
Respiratoria	23	92
Diarreicas	1	4
Infecciones Estomacales	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La Tabla N° 7, indica que no existe mayor diferencia entre las usuarias del (BDH) del sector San Agustín que llevan a sus hijos a los controles médicos mensual y trimestralmente.

Tabla 7. *Controles médicos*

Controles		
Tiempo	N	%
Mensual	11	44
Trimestral	10	40
Semestral	3	12
Anual	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La figura N° 1, muestra que a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, el (BDH) les ha servido mucho.

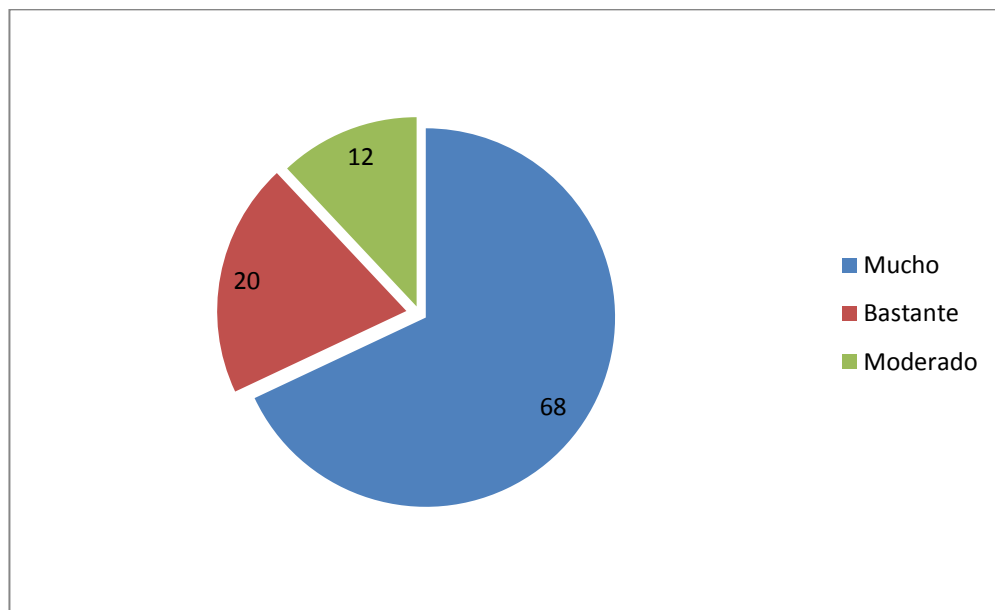


Figura 1. Incidencia del BDH en el hogar

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La Tabla N° 8, exterioriza el número de visitas familiares por parte de las técnicas de acompañamiento familiar, a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, y se aprecia que la mayoría han recibido entre 5 a 9 acompañamientos.

Tabla 8. *Número de visitas*

Número de visitas		
Visitas	N	%
1 a 4	3	12
5 a 9	21	84
Más de 10	1	4
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La tabla N 9, muestra que las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, en su gran mayoría, la información recibida por parte de las técnicas de acompañamiento familiar es sobre el (BDH).

Tabla 9. *Información recibida*

Información recibida		
	N	%
BDH*	22	88
MCV**	3	12
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

*Nota: *BDH= Bono de Desarrollo Humano
**MCV= Mejorar la calidad de vida*

La Tabla N° 10, permite apreciar que para las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, el acompañamiento familiar ha incidido mucho en educación y salud.

Tabla 10. *Incidencia del acompañamiento familiar*

	Incidencia del Acompañamiento familiar					
	Educación		Salud		Derechos	
Incidencia	N	%	N	%	N	%
Mucho	8	32	7	28	2	8
Bastante	3	12	1	4	1	4
Moderado	0	0	2	8	1	4
Total	11	44	10	40	4	16

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

5.1. Análisis de correlación

En la Tabla N° 11, se expresa que no existe asociación entre el BDH y la salud de los hijos, de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, por lo tanto las variables son independientes.

Tabla 11. Resultados correlación entre recibir el (BDH) y la salud de los hijos

	BDH y Salud de los hijos						Chi cuadrado
	Vacunación		Salud preventiva		Enfermedades		
	N	%	N	%	N	%	
Mucho	11	44	5	20	1	4	0.944
Bastante	4	16	1	4	0	0	
Moderado	2	8	1	4	0	0	
Total	17	68	7	28	1	4	

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

Tabla N° 12, permite exterioriza que no existe una asociación entre el beneficio de recibir el BDH y su incidencia para mejorar la calidad de vida en las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, es decir las variables son independientes, no existe relación.

Tabla 12. Resultados de correlación entre la incidencia de percibir el BDH y mejorar la calidad de vida

	Calidad de vida						Chi Cuadrado
	Educación		Salud		Derechos		
	N	%	N	%	N	%	
Mucho	8	32	7	28	2	8	0,479
Bastante	3	12	1	4	1	4	
Moderado	0	0	2	8	1	4	
Total	11	44	10	40	4	16	

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

La Tabla N° 13, permite apreciar que no existe asociación entre el Acompañamiento Familiar y la corresponsabilidad en la salud de los hijos menores de cinco años en las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, es decir las variables son independientes, por lo tanto no existe una correlación estadísticamente significativa.

Tabla 13. Resultados de correlación entre la incidencia de percibir el BDH y mejorar la calidad de vida

Acompañamiento familiar y corresponsabilidad			
Periodicidad	N	%	Chi Cuadrado
Mensual	11	44	0,852
Trimestral	10	40	
Semestral	3	12	
Anual	1	4	

Fuente: Encuesta aplicada a las usuarias del (BDH) del sector San Agustín

5.2. Discusión de resultados

Se mencionó anteriormente que el BDH es entregado a familias que se encuentran en niveles de pobreza y extrema pobreza, en la Tabla N° 2, el 40% de las usuarias del (BDH) del sector San Agustín de la parroquia el Tambo, provincia de Loja Ecuador, (de aquí en adelante “usuarias”), apenas concluyen la primaria, éste nivel educativo en Ecuador se refiere a cursar los seis años de educación básica (de 5 a 11 o 12 años de edad), para el Programa de las Naciones unidas para el Desarrollo (PNUD) (2014) son consecuencias de la pobreza se refiere a las privaciones de las personas u hogares para poder cumplir sus necesidades básicas, en particular la educación y salud.

Varios autores relacionan la pobreza y educaciones algunas la explican en la teoría del capital humano Bazdresch (2004) considera a la pobreza como un fenómeno que sucede cuando las personas no han alcanzado han desarrollar las habilidades cognitivas básicas para ser exitosas en el mundo. El autor plantea como solución que es necesario que la población vulnerada tenga acceso a la escuela o proporcionarles compensaciones educativas de ésta forma disminuirá al mínimo las probabilidades de “recaer” en la pobreza”.

Rodríguez (2012) indica que las variables de cobertura en educación y la incidencia en la pobreza menciona es un proceso en doble vía entre los niveles de pobreza y de educación. Las personas pobres alcanzan bajos grados de educación por su naturaleza de pobres.

El 68% de las familias se encuentra conformado entre 4 a 6 integrantes en los hogares de las usuarias del (BDH) (Ver Tabla N ° 3). Los datos obtenidos son comparables con las estadísticas del país, las usuarias del BDH se ha mencionado se encuentran pobreza y extrema pobreza, en estos sectores los niveles de educación y el hacinamiento familiar son altos; la investigación no tiene como objetivo las vivienda ni el hacinamiento de las familias, sin embargo es necesario mencionar que en la mayoría las casa tienen dos cuartos donde habita toda la familia.

Entre los múltiples problemas de hogares con pobreza y extrema es la existencia de los factores socioeconómicos, que incide en la condición de hacinamiento de los hogares, a su vez influye en el rendimiento escolar y la salud de los niños.

El 80% de las usuarias del (BDH) lo vienen percibiendo entre 4 a 6 años, tiempo adecuado para que teóricamente exista un cambio en su condición de pobreza. En el marco teórico se realiza una exposición del tiempo y evolución que ha sufrido la entrega del bono de desarrollo humano en Ecuador, iniciándose en el año de 1998, en la actualidad las usuarias perciben la transferencia monetaria, con el objetivo de mejorar los niveles de vida e ingresos de las personas que lo reciben, de igual forma se indica que el objetivo de entregar el BDH es ampliar el capital humano y evitar la persistencia de la pobreza mediante la entrega de compensaciones monetarias directas a las familias, existiendo una corresponsabilidades específicas orientadas a la inversión en educación y salud de sus hijos (MIES, 2019).

En la mayoría de los países latinoamericanos los gobiernos mantienen un sistema de beneficencia favorable para la población, Gutiérrez y Trivelli (2007) indican que en Argentina y su programa de ingreso para el Desarrollo Humano Familias por la Inclusión Social;; Brasil con su programa Bolsa Escola; Colombia con el programa Familias en Acción; Perú con JUNTOS; Chile con el programa Chile Solidario; México con el programa Oportunidades y en Ecuador con su programa Bono de Desarrollo Humano todos dirigidos a familias de pobreza y extrema pobreza, para procurar reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida de las familias y su inversión en educación y salud.

Sin embargo de ello y en las visitas familiares realizadas como técnica del (MIES), y de observar que existen familias que reciben el BDH por más de 4 años, no se evidencia una mejor calidad de vida en ellas; Romero Roldán y Benítez (2015) mencionan que al observar a las beneficiarios del BDH creado para aportar en cierta magnitud el desarrollo socioeconómico de cada familia beneficiaria, es decir, destinado para alimentación, salud y educación, cómo se aprecia después de más de una década de su creación, no se han visto los resultados deseados, por otro lado existen estudios realizados por las diferentes universidades del país que plantean que este fenómeno se debe a la falta de compromiso existente entre los beneficiarios en cuanto a la inversión del dinero.

El 40% de las familias mencionan invertir el (BDH) en salud (Ver Tabla N° 5), mientras que el 92% de las usuarias exteriorizan que la principal enfermedad de sus hijas/os son las respiratorias (Ver Tabla N° 6). Uno de los problemas sobre todo en la niñez son los problemas de salud que padece las familias y que están asociadas a la pobreza, en Ecuador el 13% de la población total tiene entre cero y cinco años (INEC, 2010).

En términos de salud pública los niños de 0 a 5 años es una etapa vulnerable a las enfermedades, los datos obtenidos en la investigación están acordes con las estadísticas del país en la que se demuestra que las enfermedades respiratorias son la principal causa de morbilidad infantil, debido a que el sistema inmunológico de los no está completamente desarrollado (INEC, 2010).

UNICEF (2010), indica que en Ecuador, los resfriados, acompañadas de fiebre, tos, mocos, vómitos son síntomas de enfermedades respiratorias, muchas de ellas no son graves pero si son molestosas, los parámetros que inciden para estas afecciones es las condiciones de pobreza, vivienda hacinamiento, falta de higiene de los hogares, la irresponsabilidad de las madres de su responsabilidad de salud en sus hijos, lo que hacen a los niños vulnerables a padecerlos.

En los resultados obtenidos no se evidencia las enfermedades gastrointestinales, sin embargo es una de las principales causas de mortalidad infantil, se produce por una alteración en la flora intestinal, causada por las condiciones de higiene, consumir alimentos infectado en las poblaciones pobres.

Las enfermedades indicadas causadas por síntomas de infecciones pulmonares recurrentes y problemas en la digestión, son retos que enfrentan los niños y niñas en su desarrollo físico, emocional e intelectual y que varían con la edad, para contrarrestar estas particularidades el estado ecuatoriano y previo a la entrega del (BDH), instauró la corresponsabilidad de las usuarias en la salud de sus hijos/as, una de estas es la promoción y protección de la salud infantil, para ello deben acudir a los controles médicos conforme lo señalado anteriormente en el marco teórico.

Cortés y Cols. (2011) indican que la corresponsabilidad en salud pública implica compromiso por parte de las autoridades gubernamentales y de la población ciudadana, de lo expresado se deduce que el Estado cumple con su compromiso social para visibilizar los problemas de salud e inequidad, promueve el desarrollo humano, mediante el acompañamiento familiar, se potencializa el desarrollo de las capacidades de la para mejorar su calidad de vida, sin embargo las familias no se empoderan de su corresponsabilidad.

El 44% de las usuarias llevan al control médico a sus hijos mensualmente (Ver Tabla N° 7). Según la CEPAL, la condicionalidad de salud de las usuarias del (BDH) está centrali-

zada a los controles preventivos de los niños y niñas menores de 1 año, quienes deben realizar el control preventivo de salud cada dos meses, con niños y niñas de entre 1 y 5 años deben asistir al menos a un control preventivo de salud cada seis meses. Mediante estos controles se pueden comprobar que los infantes están dentro de las condiciones de nutrición adecuadas, para ello se pueden utilizar diversos métodos, como: estatura para edad, peso para altura, peso para edad.

Para el seguimiento y control en el componente salud por parte de las usuarias el (MIES), a través de un trabajo intersectorial con el Ministerio de Salud entrega una tarjeta de salud, que busca promocionar, verificar y registrar las condiciones en salud de las familias usuarias del (BDH). Además, permite reforzar en las y los usuarios la importancia de realizar controles preventivos prenatales, control del niño sano; y, salud sexual y salud reproductiva, con el fin de fomentar y fortalecer la corresponsabilidad familiar.

El 68% de las usuarias del (BDH) mencionan que es de mucha ayuda la entrega de la ayuda económica que da el Gobierno, sintetizando cómo se ha indicado los programas de ayuda social son los que más impulso a dado el gobierno ecuatoriano, uno de estos beneficios es la entrega del (BDH), estipendio que varía conforme al número de hijos menores de cinco años, y que tiene la finalidad de reducir las inequidades del poder adquisitivo de la sociedad en pobreza y extra pobreza.

Méndez (2016) cita a CEPAL (2014) y menciona que en los 18 países de América Latina han implementado este tipo de programas beneficiando a más de 25 millones de familias a nivel regional, Ecuador es el país que mayor porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) invierte en el bono de desarrollo humano, comparado con los demás países de la región.

Cómo se indicó anteriormente las usuarias del (BDH) indican que les ha servido mucho el percibir mensualmente el dinero que el estado les entrega, el (MIES) menciona que la entrega de este subsidio tiene al menos tres elementos claros que son: asegura a las familias receptoras un nivel de ingreso mensual, protege a las familias beneficiarias ante situaciones de riesgos y fomentar el fortalecimiento de las capacidades de los niños y niñas cuyas madres son receptoras del BDH, ésta transferencia monetaria, como se mencionó tiene como objetivo fundamental el aseguramiento de un piso mínimo de consumo deberá enfocarse en productos de primera necesidad, sin incurrir en gastos innecesarios. Además, in-

corporar corresponsabilidades específicas que guíen a los beneficiarios a ocupar el dinero de la transferencia monetaria en rubros tales como educación y salud.

El 84% de las usuarias del (BDH) mencionan que han recibido entre 5 a 9 visitas de acompañamiento familiar (Ver Tabla N° 8). Para garantizar que los niños y niñas tengan un desarrollo integral y como parte de la corresponsabilidad el estado, se ejecuta el acompañamiento familiar a las usuarias del (BDH), para ello existen trabajadores sociales que son parte de las técnicas/os de Acompañamiento Familiar (TAF) del Ministerio de Inclusión Económica y Social, su rol fundamental es de trabajar junto a las familias en extrema pobreza y que son usuarias del Bono de Desarrollo Humano con la finalidad de conocer y atender las necesidades las familias, a través de visitas domiciliarias y la articulación con la comunidad y los servicios sociales que brinda el Gobierno Nacional en todo el país.

La estrategia del acompañamiento familiar permite que las familias se involucren en los procesos integrales para que mejoren su calidad de vida y erradicar la pobreza extrema, en las visitas se entrega información sobre las rutas de acceso a los servicios sociales que brinda el Estado; el compromiso es que a través de este servicio tengan una buena salud, educación y mejoren la economía de sus familias.

El Servicio de Acompañamiento Familiar, procura garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas, considera los enfoques de: derechos humanos, género, intercultural e intergeneracional y participación, como eje transversal el principio de corresponsabilidad, que es política institucional, que aporta a la construcción del Sistema de Protección Social para las/os usuarios de los servicios y prestaciones del MIES.

Con el acompañamiento familiar se pretende mejorar la dinámica familiar y su relacionamiento a través de procesos de acompañamiento psicosocial profesional y personalizado que permita comprender las particularidades de las familias y brindar apoyo directo; y, procesos de organización gestionados en encuentros como espacios de promoción de corresponsabilidad familiar, comunitaria e institucional (MIES, 2017).

El principal vínculo con las usuarias es la estrategia de corresponsabilidad, que busca sensibilizar a las familias sobre el derecho a la salud en todo el ciclo de vida, que se involucren por ser corresponsables con los servicios que brinda el Estado y que a través de esto puedan salir de la pobreza, si bien se observa que existe un acompañamiento familiar sin

embargo no se evidencia que exista información para mejorar su calidad de vida, considerando que el acompañamiento familiar tiene como objetivo, velar por la integralidad de las familias, en salud, educación, derechos, desarrollo personal.

El 32% de las usuarias indican que el (BDH) les ha servido mucho para la educación, un 28% mencionaron en salud (Ver Tabla N° 10). En Ecuador existen algunos estudios realizados para medir el nivel de incidencia del acompañamiento familiar y el (BDH), en este aspecto se ha realizado evaluaciones sobre todo en el ámbito socio económicos, Burgos (2014) destaca los impactos positivos la disminución de la pobreza, aumento de la matrícula escolar, mejoras marginales en el estado nutricional de los niños menores de 5 años, aumento de consumo dentro del hogar, disminución de fertilidad, mientras que entre los negativos menciona el aumento de la duración de desempleo.

Schady y Araujo (2006) destaca los beneficios del (BDH) e indican que ha tenido un impacto estadísticamente significativo, pero bastante modesto en el estado de la salud de los niños. Otro impacto favorable es el poder adquisitivo de las personas, los resultados de estudios muestran un incremento del gasto destinado a la canasta familiar vital (Dávila 2014, mencionado por Méndez 2016). Se puede deducir que el acompañamiento familiar no incide significativamente en las familias.

Los resultados de correlación entre recibir el (BDH) y la salud de los hijos tiene un p valor 0,944 mayor a $p=0,05$, es alto, lo que indica que no existe una asociación directa entre las variables, estas son independientes (Ver Tabla N° 11), Diversos estudios analizan la relación del (BDH) y las diferentes variables de corresponsabilidad de las usuarias, se menciona que no existe un diseño e implementación de un sistema de monitoreo y cumplimiento de la condicionalidad del mismo, Schady y Paxson (2007) mencionan que el (BDH) es una transferencia monetaria no condicionalidad, y que legítimamente no se ha desarrollado un sistema para monitorear la condicionalidad.

Las mismas autoras realizaron una evaluación de impacto de las transferencias monetarias en la salud y el desarrollo de los niños en el área rural del Ecuador, los resultados obtenidos demuestran que un número relativamente modesto de transferencias monetarias no condicionadas elevaron los niveles de hemoglobina de los niños más pobres, consideradas dentro del componente de corresponsabilidad de salud.

Badillo (2011) ratifica la importancia de la condicionalidad del Bono de Desarrollo Humano e indica que no son estadísticamente significativos los indicadores, es decir que el (BDH) no tiene impacto casi en la totalidad de los resultados de salud y desarrollo infantil estudiados.

Los estudios realizados confirman los resultados obtenidos en la investigación realiza, se demuestra que no existe asociación entre el (BDH) y la salud de los hijos de las usuarias, en la práctica no cumple con esa característica, es por ello que las evaluaciones de impacto no demuestras progresos significativos en salud y desarrollo infantil (Paxton, Schady, 2007 Badillo 20011 y Ponce 2013).

La Tabla N° 12 muestra que no existe una correlación entre la incidencia de percibir el BDH y mejorar la calidad de vida de las usuarias el p valor es 0,479 mayor que $p=0,05$, las variables no están asociadas. La calidad de vida es un estado de las personas o el grado de satisfacción, que les permite la capacidad de actuar en un momento dado de la vida, para que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, mediante aspectos objetivos como el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente y con la comunidad, y el bienestar físico (Aroila, 2003^a p. 37)

Palomba (2002) hace alusión al el concepto de calidad de vida y enfoca a un término multidimensional de las políticas sociales, en la que se expresa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en complemento a la satisfacción individual de necesidades.

Si bien en la investigación se observa que el (BDH) no incide en la calidad de vida de las familias, estudios realizados por tesistas en Ecuador como; Crespo (2009), Guamán (2011), Coloma (2013) en sus estudios señalan que el (BDH) ha tenido un impacto positivo, al mejorar los niveles de educación de los hogares beneficiados afectando su calidad de vida, para el otro autor (Coloma) el impacto es mínimo, ya que solo llega a cubrir una parte de sus necesidades básicas y el bienestar de un individuo.

En la investigación se puede inferir que el (BDH) está cumpliendo con los objetivos para los que fueron creados desde el punto de percepción de las usuarias del Sector San Agustín, quienes en su porcentaje más alto se consideran satisfechas. Se aprecia sin em-

bargo que su calidad de vida se ubica en términos de pobreza, no se puede colegir que una mala utilización del (BDH) sea la principal causa, pero si se evidencia la falta de interés, actitudes negativas, existe una cultura conformista que tienen en mejorar su nivel de vida, y quizá el desconocimiento del ahorro, al acostumbrese las familias a depender de una transferencia monetaria y no realizan ninguna actividad que les genere ingresos adicionales.

En la Tabla N° 13 se aprecia un p valor = a 0,852 alto en comparación con el $p=0,05$, he indica que no existe asociación entre el acompañamiento familiar y la corresponsabilidad en la salud de los hijos menores de cinco años en las usuarias del (BDH) del sector San Agustín, las variables son independientes, estos resultados y los datos expuestos en las diferentes Tablas y figuras, permiten determinar que no existe una incidencia entre las usuarias del (BDH), el acompañamiento familiar y la corresponsabilidad en la salud de los hijos.

El MIES (2013) menciona que el principio de corresponsabilidad se:

“entiende como el compromiso de varios actores orientado a la consecución de la emancipación de los derechos, es un principio mediante el cual se debe garantizar la igualdad y el respeto de los individuos en el ejercicio de sus derechos. Si bien no debería ser obligatorio, es por ley una norma constitucional en el Ecuador (p. 12).

La misma cartera de Estado del Ecuador (MIES), menciona respecto a este principio que es la combinación de “la acción del Estado con la promoción activa de la participación y contraparte de la población” (p. 19)

Lo mencionado y continuando con los principios de corresponsabilidad del (MIES) se debe mencionar que ésta fomenta la acción en la participación de los actores de la sociedad, y ha sido sujeto del diseño de normativa nacional para su cumplimiento, desde esta perspectiva el 12 de noviembre del 2012, el (MIES) establece mediante Acuerdo Ministerial 134, que la corresponsabilidad “es la responsabilidad compartida entre el Estado y los ciudadanos receptores del (BDH), que implica la acción conjunta entre los Ministerios de Salud, Educación, MIES y jefas/es de los núcleos familiares (MIES, 2013 p. 52)

La corresponsabilidad se da entre el Estado al brindar programas sociales entre ellos el (BDH), y las/os beneficiarios del programa, ambos deben compartir responsabilidades con el fin de generar mayor eficiencia del programa y de promover el bienestar social.

Por lo tanto las usuarias del (BDH) deben considerar que es una responsabilidad de la familia el velar por la salud de sus hijos, si bien no la realizan por convicción si no por los controles que se realiza por parte de las técnicas de acompañamiento familiar, para no perder el beneficio económico.

El (MIES) como ente encargado a nivel gubernamental de controlar y medir los niveles de corresponsabilidad de los usuarios/os, a través de la dirección de Corresponsabilidad, realiza cruces de bases de datos con diferentes entidades estatales como el Ministerio Coordinador del Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Ministerio de Finanzas, lo que permite el cumplimiento de corresponsabilidad adecuado a las usuarias del bono, impuestas por los programas. El incumplimiento de la corresponsabilidad por parte de las usuarias/os conlleva a la exclusión automáticamente de los beneficios del programa.

Por otra parte el acompañamiento familiar es una de las herramientas que el estado ecuatoriano pone a disposición de las familias usuarias del (BDH), para que en reuniones familiares y comunitarias adopten la corresponsabilidad para ello se realiza campañas de promoción de salud, la adquisición de habilidades para la vida con énfasis a proteger a los niños/as, insistiendo en sus derechos a recibir educación que le permita en condiciones de igualdad de oportunidades, a crecer y desarrollarse en buena salud, para ello el estado reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios sanitarios, siendo necesario mayor involucramiento de las familias.

Diversos estudios analizan la relación del (BDH) y las diferentes variables de corresponsabilidad de las usuarias, se menciona que no existe un diseño e implementación de un sistema de monitoreo y cumplimiento de la condicionalidad del mismo, Schady y Paxson (2007) mencionan que el (BDH) es una transferencia monetaria no condicionalidad, y que legítimamente no se ha desarrollado un sistema para monitorear la condicionalidad.

Las mismas autoras realizaron una evaluación de impacto de las transferencias monetarias en la salud y el desarrollo de los niños en el área rural del Ecuador, los resultados obtenidos demuestran ue un número relativamente modesto de transferencias monetarias no condicionadas elevaron los niveles de hemoglobina de los niños más pobres, consideradas dentro del componente de corresponsabilidad de salud.

Badillo (2011) ratifica la importancia de la condicionalidad del Bono de Desarrollo Humano e indica que no son estadísticamente significativos los indicadores, es decir que el BDH no tiene impacto casi en la totalidad de los resultados de salud y desarrollo infantil estudiados

Los estudios realizados confirman los resultados obtenidos en las que se demuestra que no existe asociación entre el (BDH) y la salud de los hijos de las usuarias, en la práctica no cumple con esa característica, es por ello que las evaluaciones de impacto no demuestras progresos significativos en salud y desarrollo infantil (Paxton, Schady, 2007; Badillo 20011 por Ponce 2013).

6. Conclusiones

Con relación al primer Objetivo de comprobar si las usuarias del (BDH) cumplen con la responsabilidad de salud con sus hijos se puede concluir que:

- ✓ Existe un alto porcentaje de usuarias que perciben el bono entre 4 a 6 años, y el dinero recibido es invertido en educación y salud, se evidencia además que mensual y trimestralmente llevan a sus hijas/os al control médico, lo que permite deducir que si se cumple la responsabilidad de salud con los hijos por parte de las usuarias del (BDH). El objetivo se corrobora, al indicar que el (BDH) es de mucha ayuda, lo que les ha permitido sustentar gastos en salud y alimentación.

Con relación al segundo Objetivo

- ✓ Se comprueba que si ha existido acompañamiento familiar por parte de las técnicas del (MIES), y que en su mayoría el número de visitas familiares han sido entre 5 a 9 acompañamientos, a la vez que recibieron información sobre los beneficios y corresponsabilidad para ser beneficiarias del (BDH) (Ver Tabla N° 4)

Con respecto al tercer Objetivo

- ✓ Se concluye que el Acompañamiento Familiar en las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano ha incidido mucho en la corresponsabilidad de la salud en los hijos menores de cinco años.

Cumpliendo con el objetivo general del Trabajo de Fin de Master

- ✓ Se determina que existe una incidencia del acompañamiento familiar en las Usuarias del Bono de Desarrollo Humano
- ✓ Se concluye sin embargo que no existe una relación directa entre el BDH y la corresponsabilidad en la salud de los hijos menores de 5 años de las usuarias
- ✓ Se pudo inferir que el BDH no incide en mejorar la calidad de vida de las usuarias del Bono de Desarrollo Humano del Sector San Agustín de la parroquia el Tambo del Cantón y provincia de Loja Ecuador.

7. Limitaciones y *Prospectiva*

Las limitaciones presentadas para la elaboración del Trabajo de Fin de Master se pueden indicar las siguientes:

Por las limitaciones de tiempo el tamaño de la muestra no refleja la realidad nacional de la corresponsabilidad de las usuarias en la salud de sus hijos.

La redacción del marco teórico y la comparación bibliográfica fue otra limitante, por ser un tema social que en Ecuador tiene 21 años, y los estudios realizados están enfocados en el ámbito económico y no social.

Es importante indicar que el Bono de Desarrollo Humano al ser un programa social estatal, deberían realizarse investigaciones para un mayor control y seguimiento en el cumplimiento de las condicionalidades en los hogares beneficiarios, en el estudio no se considera otras variables, por ser el tema muy amplio, delimitándose a la salud.

En calidad de prospectiva el Trabajo de Fin de Master, puede servir como base para futuras investigaciones en las que se estudie, otros componentes del (BDH) y que inciden en el campo social.

8. Bibliografía y enlaces

- Abdellah FG, Levine E.(1994). *Preparing Nursing Research for the 21 st Century. Evolution. Methodologies, Chalges*. Springer: New York.
- Alberdi, I. (1982). Un nuevo modelo de familia. *Papers: revista de sociología*, (18), 87-112.
- Alvira, F., García Ferrando, M., y Ibáñez, J. (2005). *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Alianza,
- Alwang, J., P. Siegel and S. Jorgensen (2001), *Vulnerability: a view from different disciplines*, Social Protection Discussion Paper Series, Banco Mundial Washington
- Amón, J. (2000). *Estadística para psicólogos II. Estadística inferencial*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arce, M. L. (1995). El proceso de socialización y los roles en la familia. *Teoría y metodología para la intervención en familias*. San José: Universidad Nacional de Costa Rica, 5, 32.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. 6ta. Fidas G. Arias Odón.
- Aroila, R. (2003a). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161–164.
- Arriagada, I. (1998). Familias Latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas. *Revista CEPAL*, 65: 85-102 Plazas C. La dimensión de la pobreza. *Revista de Estudios Jurídicos*. 2010; 10:1-16.
- Arriagada, I. (1998). *Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas*. Revista de la CEPAL
- Arriba González de Durana, A. (2002). El concepto de exclusión en política social. Documentos de Trabajo (CSIC.Unidad de Políticas Comparadas), (1).
- Atehortúa, F. H. R., y Zwerg-Villegas, A. M. (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*, (20), 91-111.
- Barquero Barquero, J., y Trejos Solórzano, J. D. (2004). *Tipos de hogar, ciclo de vida familiar y pobreza en Costa Rica 1987-2002*.
- Behrman, J. R., Gaviria, A., y Szekely, M. (2003). Social Exclusion in Latin America: Perception, Reality and Implications. *Whos in and Whos out: Social exclusion in Latin America*. Blair, M., y Hall, D. (2006). From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Archives of disease in childhood*, 91 (9), 730-735.
- Bronfenbrenner, U: «The ecology of human development». Cambridge, Mass: *Harvard University Press*. 1979.

- Burgos, S. (abril de 2014). Pobreza por ingresos y eliminación de transferencias monetarias condicionadas: el caso del bono de desarrollo humano en Ecuador. Recuperado el 19 enero del 2019 de http://foroeconomiaecuador.com/fee/download/ECONOMICA_CIC_Notatecnica7Nuevo.pdf
- Calero JL (2000). Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales. *Rev. Cubana Endocrinología*; 11 (3): 192-8.
- Carrasco Ronquillo, J. I., Mosquera, C., Valeria, M., y Mena Segovia, S. J. (2012). Crítica analítica de la entrega del bono de desarrollo humano en el período 2008-2010, en los sectores: Casco parroquial de Salinas cantón Guaranda provincia de Bolívar, parroquia de San Pablo de Ushpayacu del cantón Archidona en la provincia de Napo, comunidad Olón en la parroquia Manglar Alto de la provincia de Santa Elena y parroquia Guayllabamba cantón Quito provincia de Pichincha (Bachelor's thesis)
- Coloma, G. (2013). El Bono de Desarrollo Humano. *Universidad Ecotec*. Guayaquil, Ecuador
- Cortés Ascencio SY; Ruvalcaba Ledezma JC. (2011), La corresponsabilidad en salud pública. *Viva Salud-INSP.*; 1:40-44.
- Cottle, G. MC y Trivelli, C.(2007). Transferencias Monetarias Condicionales y su Rol con el sistema Financiero. Recuperado el 18 de enero del 2019 de file. C:/Users/Personal/Downloads/transferencias_monetarias_condicionadas_y_su_rol_con_el_sistema_financiero_tri_gtz. pdf
- D'ancona, C., y Ángeles, M. (1999). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis
- De Haan, A. (1999), Social Exclusion: Towards an Holistic Understanding of Deprivation". Ponencia presentada en el World Development Report 2001, Forum on Inclusion, *Justice, and Poverty Reduction*.
- Dreze, J., & Sen, A. (1999). India: Economic development and social opportunity. *OUP Catalogue*.
- Dubos, R. (1975) El espejismo de la Salud (Fondo de Cultura Eco-nómica. México)
- Earls, F., y Carlson, M. (2001). The social ecology of child health and well-being. *Annual review of public health*, 22(1), 143-166.
- Flaquer, L. (1991). ¿Hogares sin familia o familias sin hogar? Un análisis sociológico de las familias de hecho en España. *Papers. Revista de Sociología*, 36, 68-73.
- Flaquer, L. (1998). *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel.
- Flaquer, L. (1999). *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.

- Frenk J. (1992). La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública. OPS. *Resumen en Escuela de Salud Pública*, La Habana.
- Gobierno de la República del Ecuador (2008), *Constitución de la República del Ecuador*. Recuperado el 10 de febrero del 2019 de https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599
- Gomà Carmona, R., Subirats i Humet, J., & Brugué, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Documentos de Trabajo. (*Fundación BBVA*), (4)
- Gómez, E. O., y Guardiola, V. J. V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 10(1), 11-20.
- Gonzalez, L., Espinoza, O., Buccioni, E., Gómez, M. V., & Guiñez, R. (1996). Estudio del logro educativo en el índice de desarrollo humano en América Latina y el Caribe. *Santiago de Chile: Oficina Regional de Educación de la UNESCO*.
- Good, W. (1966) "*La Familia*". Ciencias Sociales, U.T.E.H.A. México.
- Guamán, V., y Elizabeth, M. (2011). El bono del desarrollo humano, análisis del destino y uso de estos recursos y su incidencia en el bienestar de los beneficiarios, de la ciudad de Quito provincia de Pichincha periodo 2005-2009 (Bachelor's thesis).
- Herrera Santi, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 568-573.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), (2018). *Reporte de pobreza y desigualdad–Junio 2018*. Recuperado el 20 de enero de 2019 de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio-2018/Informe_pobreza_y_desigualdad-junio_2018.pdf
- Izcara Palacios, S. P. (2002). Infraclases rurales: Procesos emergentes de exclusión social en España. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (97), 127-154.
- Jara, P., & Sório, R. E. (2013). *Análisis de modalidades de acompañamiento familiar en programas de apoyo a poblaciones vulnerables o en situación de pobreza*. Inter-American Development Bank.
- Jesús, R. L., y Sandra, C. A. (2012). El sistema de salud mexicano The mexican health system. *COMITÉ EDITORIAL*, 13(1), 34.
- Jiménez-Domínguez, B. (2000). *Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza*. Investigación cualitativa en Salud. Recuperado el 17 de febrero del 2007 de: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3invesigacion.html>

- Kerlinger, fn. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana. Capítulo número 8 ('Investigación experimental y no experimental').
- León Barua, R., & Berenson Seminario, R. (1996). Medicina teórica.: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 105-107.
- León, Orfelio G. ygnacio Montero. (1993) *Diseño de investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill/ Interamericana de España.
- Lisitsin ME. *La higiene social y organización de salud pública*. La Habana, IDS. 1981:14-39.
- Maganto, J.M., Etxeberria, J. y Porcel, A. (2010). "La corresponsabilidad entre los miembros de la familia, como factor de conciliación". *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 69-84.
- Mathers, C., Smith, A., yConcha, M. (2000). Global burden of hearing loss in the year 2000. *Global burden of Disease*, 18(4), 1-30.
- Medina Cevallos, H. S. (2016). *El crédito de desarrollo humano: impactos en las iniciativas productivas de las mujeres y los ingresos: caso de las mujeres de la Isla Trinitaria. Período 2012-2014* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Económicas).
- Méndez Gruezo, L. C. (2016). *Incidencia del bono de desarrollo humano en el mercado laboral ecuatoriano* (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2016).CEPAL/OIT. (mayo de 2014). Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe. Recuperado el 21 de enero del 2019, de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36896/S2014311_es.pdf?sequence=1
- Méndez Gruezo, L. C. (2016). Incidencia del bono de desarrollo humano en el mercado laboral ecuatoriano (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2016).
- MIES. (2017). *Crédito de Desarrollo Humano*. Recuperado el 15 de enero del 2019 de <http://www.inclusion.gob.ec/credito-de-desarrollo-humano1/>
- MIES. (s.f.). *Objetivos Crédito de Desarrollo Humano*. Recuperado el 15 de enero del 2019 de <http://www.inclusion.gob.ec/credito-de-desarrollo-humano1/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) (2019) Norma técnica de Acompañamiento familiar. Recuperado el 27 de febrero del 20019 de https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/norma_tecnica_modalidad_acompa%C3%91amiento_familiar_para_los_beneficiarios_bdhv-1.pdf

- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES]. (2017). Recuperado el 15 de enero del 2019 de <http://www.inclusion.gob.ec/credito-de-desarrollo-humano1/>
- Navarro-Sangurima, D. D., Agila-Maldonado, M. V. y Toala-Rocuano, I. I. (2018). Análisis de los índices de GINI de Ecuador año 2017. *Polo del Conocimiento*, 3(5), 95-114.
- Olmos, T. (2001) *La investigación científica*. Perú: Elite.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (1995) *Informe de la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995)*. Versión en Español. 14.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. Recuperado el 24 de enero de 2019, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Pérez-Cuevas, R., y Muñoz-Hernández, O. (2014). Importancia de la salud pública dirigida a la niñez y la adolescencia en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 126-133.
- Pizarro Hofer, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL.
- Ramos Domínguez, B. N. (2000). La nueva salud pública. *Revista cubana de salud pública*, 26, 77-84.
- Rhodes, S. (1983). *Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar*.
- Rhodes, S. (1983). Un enfoque de desarrollo del ciclo de vida familiar.
- Romero Cerdán, L., Roldán Franco, L., y Benitez Astudillo, J. (2015). Nivel de corresponsabilidad de los beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano del cantón El Triunfo.
- Room, Graham (1995), *Beyond the Threshold: the Measurement and Analysis of Social Exclusion*, Bristol, Polity Press.
- Salgado, P. M., & Mejía, R. S. (2008). Estrés en ejecutivos de medianas y grandes empresas mexicanas: un enfoque de desarrollo humano organizacional. *Estudios Gerenciales*, 24(108), 15-36.
- Schady, N., & Araujo, M. (Diciembre de 2006). *Cash transfers, conditions, and school enrollment in Ecuador*. Recuperado el 7 de enero de 2019, de World Bank: <http://www.cid.harvard.edu/Economia/papers/Bogota%202007/Schady-Araujo-December06.pdf>
- Schady, N., & Paxson, C. (2007). *Does money matter? The effects of cash transfers on child health and development in rural Ecuador*. The World Bank.
- Schwartzman, J. (1985). *Families and other systems. The macrosystemic context of family therapy*. The Guilford Press. N. York-London.

- Sen, G. (1997). *El empoderamiento como un enfoque a la pobreza*. Recuperado el 3 de marzo de 2019 de http://www.portalcuencas.net/Virtual_Library/Files/362.pdf
- Sierra, B. (1994). R. *Técnicas de investigación Social*. 9ª. Edición. Madrid. Editorial Paraninfo SA, 705.
- Terry, M. (1988). Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social-Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. *Ciencias Médicas*, 1-5.
- Thomasz, E. O., Caruana, M. E. C., Massot, J. M., & Eriz, M. (2014). Riesgo social: medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados. *Cuadernos del CIMBAGE*, (16)
- Torres Velázquez, L. E., Ortega Silva, P., Garrido Garduño, A. y Reyes Luna, A. G. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56. Universidad Intercontinental. México.
- UNICEF. *Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations. (1989). Recuperado el 28 de enero del 2019 de http://www.unicef.org/crc/index_30160.html.
- Vallaes, F., & Carrizo, L. (2006). Marco teórico de responsabilidad social universitaria. *Documento presentado en el III Diálogo Global sobre la Responsabilidad Social Universitaria*, 16.
- Vargas, I. (2013). *Familia y Ciclo vital familiar*. Recuperado el 2 de marzo del 2019 de <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>.
- Vite, L. (s.f.). *Análisis de los Subsidios en el Ecuador*. Recuperado el 20 de enero del 2019 de https://www.academia.edu/13152701/AN%C3%81LISIS_DE_LOS_SUBSIDIOS_EN_EL_ECUADOR
- Walsh, F. (1985). *Social change, disequilibrium and adaptation in developing countries: A moroccan Example*. In *Families and other systems. The macrosystemic context of family therapy*. The Guilford Press. N. York-London
- Wisner, B., P. Blaikie, T. Cannon and I. Davis (2004), *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*, (2a ed.), Routledge, Londres.

9 ANEXOS

Anexo 1

Encuesta dirigida a las usuarias dl bono de desarrollo humano del sector San Agustín de la parroquia el Tambo cantón Catamayo provincia de Loja Ecuador

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LA RIOJA

MÁSTER EN INTERVENCIÓN SOCIAL EN LAS SOCIEDADES DEL CONOCIMIENTO

Encuesta a Las Beneficiarias del Desarrollo Humano Variable en el sector San Agustín de la Parroquia El Tambo

1. Datos generales

Nombres y apellidos de la usuaria/o.....

Fecha.....

1.Cuál es su rango de edad	
18 a 30	
31 a 40	
41 a 50	
51 a 60	
más de 60	

2. ¿Cuál es el nivel educativo que tiene?	
Primaria	
Secundaria	
Superior	
Ninguna	

3.- ¿Cuántas personas integran su hogar?	
de 1 a 3 miembros	
de 4 a 7 miembros	
más de 8 miembros	

4.- ¿Hace qué tiempo recibe el BDHV	
menos de un año	
1 a 3 años	
4 a 6 años	
más de 6 años	

5.- Ud. o alguien de su familia tienen otros ingresos a más del BDH	Si	No

6. Los ingresos son producto de:	
Jornal del esposo	
Jornal suyo	
Pensión alimenticia	
Ayuda de los hijos	
Remeses del extranjero	

7. ¿En qué invierte el BDHV?	
Alimentación	
Transporte	
Educación	
Salud	
Vestimenta	
Recreación	
Servicios Básicos	
Otros	

8. Tienes hijos menores de 5 años	Si	No
Cuantos		

9.- Los controles realizados son:	
Mensuales	
Trimestrales	
Semestrales	

Anuales	
---------	--

10. ¿Los controles s los realizó en:	
Hospital	
Subcentro de salud	
Dispensario de Salud	
Otros	

11.- Los controles efectuados fueron para:	
Vacunación	
Salud preventiva	
Enfermedades	
Otros	

12.- En las últimas semanas su hija/o sufrió de alguna enfermedad	Si	No

13.- Que tipo de enfermedad son las más frecuentes en sus hijas/os	
Enfermedades Respiratorias	
Enfermedades diarreicas	
Infección estomacal	
Otras	

14.- El BDH, ha sido beneficioso para la salud de sus hijas/os	Si	No
Mucho		
Bastante		
Moderado		
Poco		
Nada		

15.- ¿Ud. ha recibido visitas por parte de los técnicos del MIES

Si	No

16.- ¿Ud. en las visitas por parte de los técnicas recibió:	Si	No
Información y orientación sobre El BDH		
Recibió valoración o consejería para mejorar su calidad de vida		
Le indicaron sobre su corresponsabilidad social en salud de sus hijos		

17.- Ud. cree que el acompañamiento familiar ha generado cambios en su núcleo familiar con respecto a la prevención y cuidados de la salud de sus hijas/os

Si	No

18.- En que aspecto ha mejorado su calidad de vida	
Educación	
Prevención en salud	
Conocimiento de derechos	
Mejoramiento de las relaciones familiares	
Emprendimientos	

Gracias por su atención