



PERÚ

Ministerio
de Economía y Finanzas



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF | GRUPO BANCO MUNDIAL

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE MONITOREO SOCIAL, IMPLEMENTADO EN LAS REGIONES: AMAZONAS, CAJAMARCA Y HUÁNUCO



Financial support for this work was provided by the Government of Japan through the Japan Trust Fund for Scaling Up Nutrition.



PERÚ

Ministerio
de Economía y Finanzas



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF | GRUPO BANCO MUNDIAL

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE MONITOREO SOCIAL, IMPLEMENTADO EN LAS REGIONES: AMAZONAS, CAJAMARCA Y HUÁNUCO



SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE MONITOREO SOCIAL, IMPLEMENTADO EN LAS REGIONES: AMAZONAS, CAJAMARCA Y HUÁNUCO

Ministerio de Economía y Finanzas - MEF

Jr. Junín 319, Cercado de Lima

Lima - Perú

(511) 311 5930

www.mef.gob.pe

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-BIRF/Banco Mundial

Av. Álvarez Calderón 185, San Isidro

Lima - Perú

(511) 622 2300

www.bancomundial.org

Responsables de la contribución

Director General de Presupuesto Público (DGPP-MEF)

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	05
SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	16
I. INTRODUCCIÓN	19
II. OBJETIVOS	22
III. METODOLOGÍA	23
IV. IDENTIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA SISTEMATIZADA:	30
4.1. LA ESTRATEGIA DE MONITOREO SOCIAL Y SUS PARTICULARIDADES EN DISTRITOS DE QUINTIL I	30
4.2. LOS NUEVE DISTRITOS SELECCIONADOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN: CONTEXTO Y PROCESOS	35
V. ANÁLISIS CRÍTICO E INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA	72
5.1. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO	72
5.2. FACTORES DE DESPEGUE, ÉXITO, AMPLIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	75
VI. CONCLUSIONES	82
6.1. RELACIONADAS AL EJE DE SISTEMATIZACIÓN	82
6.2. RELACIONADAS A LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO	82
6.3. RELACIONADAS AL PROCESO DE INTERVENCIÓN	83
VII. LECCIONES APRENDIDAS	84
VIII. RECOMENDACIONES	86
ANEXOS	88

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE
MONITOREO SOCIAL, IMPLEMENTADO EN LAS
REGIONES: AMAZONAS, CAJAMARCA Y HUÁNUCO**

RESUMEN EJECUTIVO

El monitoreo social fue la estrategia principal del tercer componente “Fortalecer la capacidad de gobierno para influir en resultados nutricionales, mediante la mejora en la capacidad de programación presupuestaria y el seguimiento a resultados de actividades seleccionadas en el Programa Articulado Nutricional (PAN)” del proyecto “Cierre de brechas en productos priorizados del PAN”. Dicho proyecto coordinado técnica y administrativamente por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) es una operación de endeudamiento con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), cuyo objetivo es apoyar los esfuerzos del PAN para reducir la desnutrición crónica infantil (DCI) en tres regiones del Perú: Amazonas, Cajamarca y Huánuco.

Esta estrategia es liderada e implementada por el alcalde, las instituciones integrantes del Comité de Coordinación del Monitoreo Social (CCMS), la Instancia de Articulación Local (IAL), y los representantes de las organizaciones sociales e indígenas; su propósito es hacer seguimiento sistemático a la evolución de los indicadores relacionados con los productos y resultados del PAN y del padrón nominal de niñas y niños (PN), los que además están establecidos en el Plan Territorial Articulado de Desarrollo Local, en el marco del Desarrollo Infantil Temprano (DIT). Este seguimiento participativo a indicadores claves es útil para retroalimentar y mejorar los procesos de gestión, enfocados en la producción de servicios que mejoren la condición nutricional de las niñas y niños del distrito, y son los siguientes:

Proporción distrital de niñas y niños menores de 12 meses con Cédula Única de Identidad (CUI) y Documento Nacional de Identidad (DNI).
Proporción distrital de niñas y niños menores de 12 meses afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS)
Proporción distrital de niñas y niños menores de 12 meses afiliados al Programa JUNTOS
Proporción distrital de niñas y niños menores de 12 meses con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo de acuerdo a la edad (11 controles).
Proporción de las niñas y niños menores de 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra rotavirus de acuerdo a su edad.
Proporción distrital de niñas y niños menores de 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra neumococo de acuerdo a su edad.
Proporción distrital de niñas y niños, entre 12 a 14 meses, que han recibido suplemento de hierro al menos 6 meses.

Para la implementación de la estrategia, el proyecto contó con un equipo de profesionales que brindó asistencia técnica a los distritos del ámbito de intervención, en un periodo de doce a quince meses; culminada ésta se procedió a una etapa de seguimiento.

Esta asistencia técnica fue el centro de la ruta de implementación del monitoreo social y estuvo presente en cada una de sus etapas: I. Análisis del entorno e indicadores para la sensibilización de los actores sociales claves; II. Constitución de la IAL y el CCMS; III. Fortalecimiento de capacidades en actores involucrados; IV. Análisis de la cobertura de los productos priorizados del PAN; V. Elaboración y ejecución del plan de trabajo y plan de acción del CCMS; y VII. Foro de rendición de cuentas.

Entre las herramientas utilizadas destaca el PN –listado de niños y niñas menores de 6 años¹ del distrito- cuya característica de actualización permanente en una plataforma electrónica, con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), implican en el medio rural, un reto cotidiano para los sectores y actores involucrados en la ejecución del monitoreo social. Otras herramientas orientadas a brindar soporte al seguimiento de indicadores de cobertura mencionados son: sectorización, mapa de cobertura; reporte semáforo de indicadores; banner de seguimiento nominal comunal, etc.

La estrategia de monitoreo social inició en enero 2014 y finalizó en marzo de 2017, en un total de 197 distritos², 187 de los cuales cumplieron con el criterio monitoreo social instalado³. En este último grupo, 160 correspondían al quintil I y nueve de ellos fueron seleccionados para la sistematización de la experiencia: Pisuquia, Nieva, e Imaza⁴ en Amazonas; Bambamarca, Cachachi y Tabaconas en Cajamarca; y Santa María del Valle, Churubamba y Panao en Huánuco. Los criterios en base a los cuales se realizó la selección de éstos distritos fueron: tener diez o más centros poblados; contar con 600 o más niños menores de 36 meses; y encontrarse en distintos niveles de evolución de los indicadores del monitoreo social⁵.

¹ Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del padre y de la madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.

² El primer año se intervinieron 80 distritos; el segundo año 80 más; y el tercer año fueron 37.

³ Implicaba cumplir cinco de seis criterios: CCMS instalado; IAL instalada; por lo menos 2 actividades de capacitación en el año; padrón nominado actualizado en centro poblado; padrón nominado actualizado en lengua materna; foro de rendición de cuentas al menos 1 vez al año.

⁴ Estos dos distritos fueron los representativos de la zona amazónica.

⁵ Los cuales se manejan con un semáforo, para los indicadores del PAN (CRED, vacuna contra Neumococo, vacuna contra Rotavirus y suplementación con hierro) colorea en rojo cuando el indicador de cobertura es inferior al 25%; ámbar cuando se encuentra entre 25 y 60%, y verde cuando el indicador supera el 60%. Para los indicadores del PN (CUI, DNI y afiliación al SIS) es verde cuando es igual o mayor a 80%; ámbar cuando se encuentra entre 70 y 80%; y rojo cuando es menor de 70%.

El objetivo planteado para la sistematización fue el siguiente: identificación de las actividades, estrategias y/o hechos más relevantes de la implementación del monitoreo social, así como su contribución en la reducción de brechas de cobertura en los productos priorizados del PAN. El eje que orientó el análisis de la experiencia fue: *Factores críticos o de despegue⁶, facilitadores y limitantes en el proceso de implementación del monitoreo social.*

Las tres hipótesis de trabajo formuladas fueron:

- H1:** Un mayor nivel de funcionamiento del monitoreo social en los distritos, se correlaciona con el incremento de cobertura de los indicadores seleccionados del PN y PAN.
- H2:** El soporte fundamental para lograr mayores niveles de funcionamiento en el monitoreo social, se asienta en el actor gobierno local.
- H3:** Un período más prolongado de seguimiento pos asistencia técnica se relaciona con mayores niveles de funcionamiento del monitoreo social.

Para lograr los objetivos propuestos y contrastar las hipótesis de trabajo, se dieron los siguientes seis pasos en el proceso de recojo de información y análisis de datos:

- 1º** Realización de grupos focales y entrevistas en profundidad.
- 2º** Identificación de factores críticos por actor: gobierno local, micro red de salud, JUNTOS y ciudadanía, a partir de la versión de las personas entrevistadas.
- 3º** Cuantificación de los factores críticos identificados en el 2º paso, pudiendo llegar a un máximo de 18 puntos por distrito.
- 4º** Establecimiento de relaciones porcentuales entre actores y distritos a partir de los puntajes alcanzados por cada uno.
- 5º** Ubicación de los distritos según puntaje alcanzado en uno de los siguientes niveles de funcionamiento del monitoreo social:
 - **Incipiente:** si desarrolló 4,5 o menos puntos en factores críticos (25%);
 - **En desarrollo:** entre 4,6 a 9 puntos (26 a 50%);
 - **En consolidación:** entre 9,1 a 13,5 puntos (51 a 75%);
 - **Con componentes de sostenibilidad:** si logró entre 13,6 a 18 puntos (76 al 100%).

⁶ Son aquellos elementos inherentes a la experiencia, que se desarrollan como paso previo a logros mayores (lenguaje aeronáutico: "el despegue es sencillo pero crítico porque se está a baja altura y con poca velocidad. Pero es el paso previo para lograr mayor altitud y aceleración").

- 6º Se estableció un nexo entre los porcentajes de factores críticos con los indicadores de cobertura del PAN y PN, utilizando la correlación lineal⁷ de dos formas: a. Los porcentajes de los actores vs cada indicador PAN y PN priorizado⁸; y b. Los porcentajes de los actores vs un indicador denominado **integrado** porque vincula la entrega simultánea y oportuna del CRED, suplemento de hierro y las vacunas contra Rotavirus y Neumococo.

FACTORES CRÍTICOS MÁS RELEVANTES SEGÚN ACTORES:

- **Gobierno local:** la mayoría desarrolló bases institucionales para la sostenibilidad del monitoreo social, habiendo comprendido los procesos técnicos subyacentes al mismo. Este hecho les proporcionó dos ganancias políticas: un mejor posicionamiento en el imaginario ciudadano y un proceso de articulación más sólido con las entidades públicas.
- **Micro red de salud:** mostró dos tipos de respuesta a la implementación de la estrategia: una primera de rápido alineamiento, basada en la existencia de alianzas previas con el gobierno local. La segunda respuesta fue lenta y de mínimo involucramiento en el monitoreo social, debido a que se encontraba inmersa en una diversidad de conflictos.
- **Gestores locales de JUNTOS:** pocos participaron en el CCMS; sobre todo se contó con aquellos profesionales con estilos de trabajo participativo inherentes a su personalidad; en contraste a la mayoría que esperó una decisión positiva respecto al involucramiento de las Unidades Territoriales en el monitoreo social, la cual llegó finalmente el segundo semestre de 2016.
- **Ciudadanía:** los representantes de las organizaciones sociales que participaron en las instancias de gestión del monitoreo social, iniciaron un importante proceso de valoración de los servicios contributivos al DIT⁹ brindados por el gobierno local, deshaciendo la valoración tradicional preferencial por la ejecución de obras de infraestructura.

CONCLUSIONES

A. RELACIONADAS AL EJE DE SISTEMATIZACIÓN

- Los factores críticos facilitadores del funcionamiento de la estrategia monitoreo social están concentrados en el actor gobierno local.
- El volumen de financiamiento es importante pero no determinante para los gobiernos locales, en el impulso de la estrategia de monitoreo social.

⁷ Se usó la correlación de Spearman para distribuciones no normales (Díaz et al. Guía de asociación de variables Pearson y Spearman en SPSS)

⁸ A excepción del indicador "Proporción distrital de niños y niñas menores de 12 meses afiliados al Programa JUNTOS"

⁹ Como el acceso al acta de nacimiento, entre otros

- La influencia del contexto también es importante pero no determinante en el impulso de la estrategia.

B. RELACIONADAS A LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Los cuatro actores (gobierno local-micro red de salud-JUNTOS-ciudadanía) son compensatorios entre sí, e impactan más y mejor cuanto más articulados se encuentran (gráfico 10).

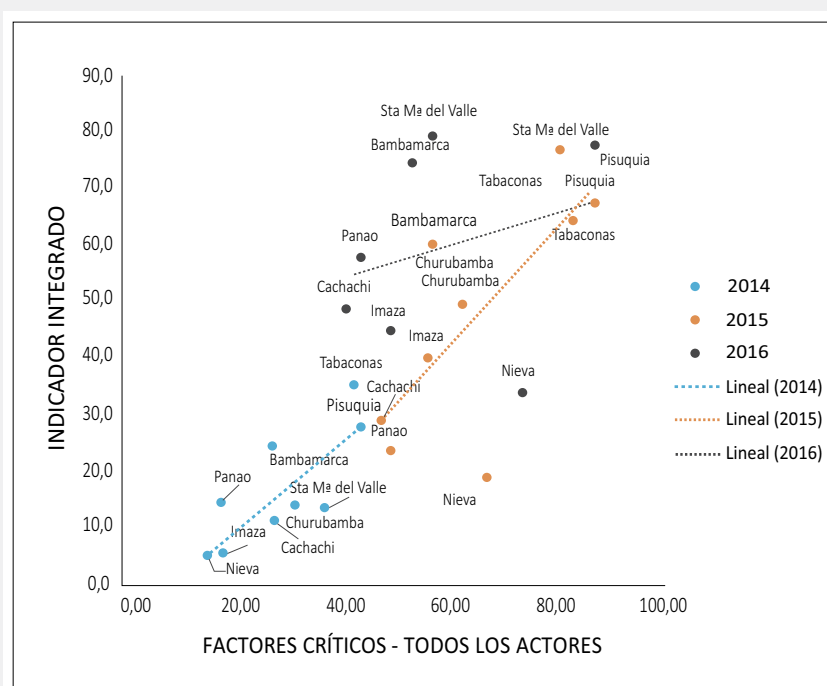


Gráfico 10: Correlaciones lineales establecidas antes, durante y después de la intervención, entre los factores críticos de los cuatro actores del monitoreo social y el indicador integrado

Esta aseveración esta respaldada de manera contundente porque el gráfico 10 muestra la línea más pendiente y más alta respecto a las demás (gráficos 11 y 12)¹⁰

¹⁰ Los gráficos 10, 11 y 12 conservan el número correlativo que ostentan en el texto del documento.

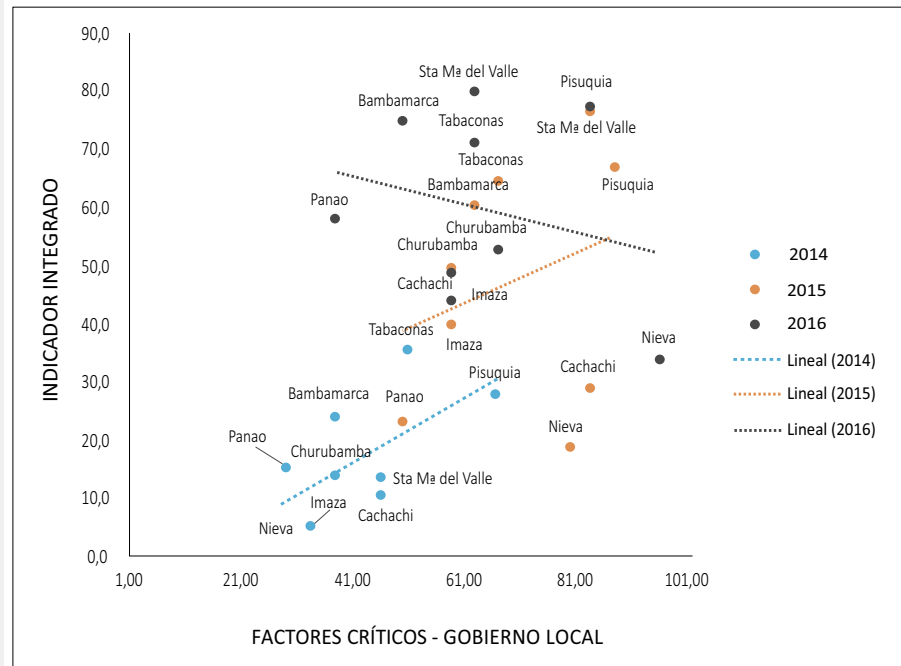


Gráfico 11: Correlaciones lineales establecidas antes, durante y después de la intervención, entre los factores críticos del actor gobierno local y el indicador integrado

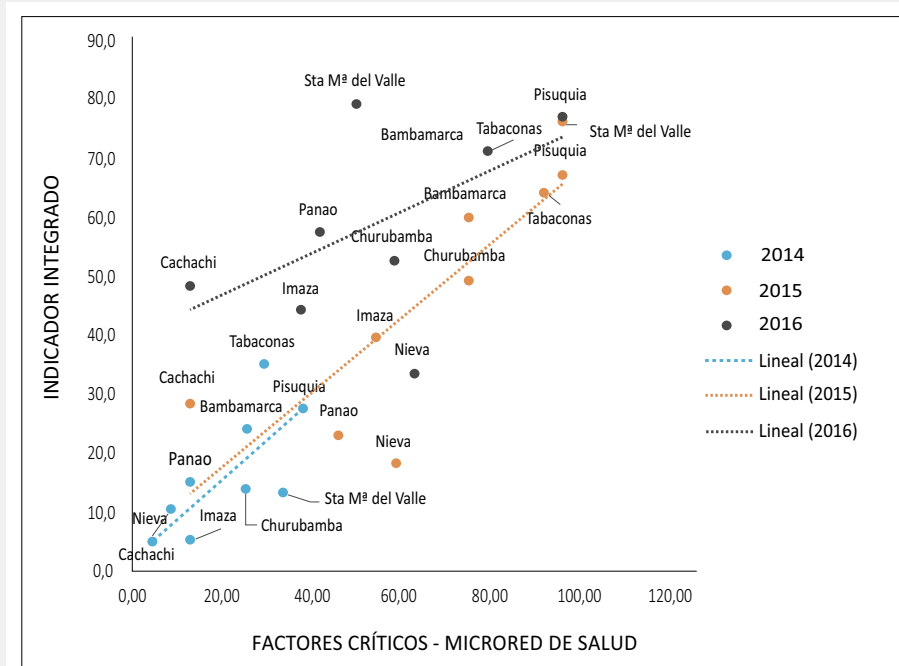


Gráfico 12: Correlaciones lineales establecidas antes, durante y después de la intervención, entre los factores críticos del actor micro red de salud y el indicador integrado

- Existe correlato entre los niveles de funcionamiento alcanzados por los distritos (ver tabla 16) y la mayor movilización de indicadores de cobertura.

Tabla 16¹¹ : Ranking de los distritos objeto de sistematización por nivel de funcionamiento

Niveles de funcionamiento	Rango porcentual de aplicación de atributos	Rango numérico de atributos	Distritos
Incipiente	Distritos que apliquen el 25% o menos de los factores críticos identificados	0 a 4,5	
En desarrollo	Distritos que apliquen del 26% a 50% de los factores identificados	4,6 a 9	Cachachi=7,25 Panao=7,75 Imaza=8,75
En consolidación	Distritos que apliquen del 51 al 75% de los factores identificados	9,1 a 13,5	Bambamarca=9,5 Sta. María del Valle=10,25 Churubamba=11 Nieva=13,25
Con elementos de sostenibilidad	Distritos que apliquen del 76 a 100% de los factores identificados	13,6 a 18	Tabaconas= 13,75 Pisuquia=15,75

Fuente: Adaptado de los términos de referencia de la consultoría

C. RELACIONADAS AL PROCESO DE INTERVENCIÓN

- El monitoreo social es una escuela que permite al gobierno local aprender y reaprender respecto a su rol de conducción en el territorio. Es un aprender haciendo.
- El monitoreo social es una estrategia que permite a los gobiernos locales encontrar o madurar caminos para la articulación de los programas sociales que operan en el distrito, enfocados en el logro de productos y resultados.
- Los gobiernos locales aún requieren asistencia técnica para consolidar los procesos en curso; esta puede seguir brindándose a través de otros Convenios de Apoyo Presupuestal.
- Esta experiencia se ha concentrado más en la mejora de procesos de la oferta (gobierno local, micro red de salud) y está pendiente profundizar en el trabajo diferenciado para lograr una “ciudadanía vigilante” en zonas mestizas y nativas.
- Dadas las brechas educativas existentes entre los actores de la intervención, aún está pendiente el recojo de evidencias respecto al efecto e impacto de las herramientas de asistencia técnica utilizadas por actor.
- El actor con mejor respuesta a la asistencia técnica fue micro red de salud, probablemente por el mejor nivel educativo de sus equipos y un ejercicio más habitual de análisis de indicadores vs logro de metas/resultados.

¹¹ La tabla 6 conserva el número correlativo que ostenta en el texto del documento.

LECCIONES APRENDIDAS

A. AQUELLO QUE FUNCIONÓ DE ACUERDO A LO ESPERADO:

- Brindar asistencia técnica personalizada-periódica luego de un proceso de capacitación, porque tiene un elevado efecto positivo en la práctica de los actores locales.
- Empoderar a la gerencia de desarrollo social del gobierno local a partir del desarrollo de capacidades, con un paquete integrado de asistencia técnica que contempló: revisión de políticas, normativa, sistemas de información, y énfasis en información y manejo presupuestario.
- El esfuerzo de articular y alinear actores en un mismo territorio, procedentes de diversos escenarios, posición y complejidad; en función al logro de objetivos y actividades respaldadas con presupuesto.
- Retroalimentación permanentemente respecto a las ventajas de la articulación (presupuestarias, técnicas, mejora del rendimiento, etc.), de manera que se instale en el imaginario de los actores involucrados.
- Elevar el perfil multidisciplinario del equipo encargado de la asistencia técnica en base a reuniones de retroalimentación periódicas (trimestrales), orientadas al aprendizaje individual y colectivo y fortalecidas por mecanismos de supervisión y monitoreo permanentes.
- Incrementar el acceso al paquete de servicios de salud del menor de cinco años en territorio amazónico.

B. AQUELLO QUE NO FUNCIONÓ DE ACUERDO A LO ESPERADO

- El dominio de habilidades de los consultores del monitoreo social se inclinó hacia la producción y oferta de servicios, con menor énfasis en el trabajo con ciudadanía.
- Asignar las mismas metas a todos los distritos, colocando a los mestizos y amazónicos en similares posibilidades de avance, sin considerar las marcadas brechas contextuales y de gestión, existentes entre ambos.
- Denominar **foros de rendición de cuentas** del monitoreo social, a los espacios de análisis de avances de la estrategia. En algunos casos, la sola denominación le dio un carácter fiscalizador.

RECOMENDACIONES

PARA FUTUROS IMPLEMENTADORES DE LA ESTRATEGIA:

- **Mayor inclusión de los gobiernos regionales:** el conocimiento y acompañamiento de estas experiencias desde el nivel regional, permitiría procesos más ágiles de intercambio a manera de rutas de aprendizaje o visitas guiadas.
- **Uso de la estrategia para incrementar el involucramiento de la gerencia de desarrollo social del gobierno local en la planificación y ejecución de recursos financieros:** este es un empeño en el que se debe persistir, porque a la fecha la programación financiera

en los gobiernos locales, no es necesariamente concordada con las áreas técnicas, que finalmente son las que ejecutan las intervenciones.

- **Promover incentivos no monetarios para el logro de metas en los espacios generados:** los avances deben reconocerse con mecanismos de retroalimentación positiva como documentos de reconocimiento publicables, o emisiones radiales con las mismas características. Se recomienda que el incentivo sea pequeño (no debe insumir gastos) pero sistemático y/o frecuente para lograr el efecto deseado.
- **No escatimar en capacitación y asistencia técnica en gestión local, con énfasis en conducción y articulación:** porque la gestión articulada es la “llave” del monitoreo social.
- **Reemplazar los foros de rendición de cuentas por diálogos multisectoriales del monitoreo social,** para diferenciarse de mecanismos establecidos para el gobierno local¹² y enfatizar en la revisión y análisis del avance del plan del CCMS.
- **Buscar profesionales para la asistencia técnica** con perfiles de competencias que equilibren conocimientos, habilidades y actitudes necesarios, para fortalecer la oferta de servicios públicos, así como la ciudadanía vigilante.

PARA ÁMBITOS AMAZÓNICOS

- **Realizar análisis exhaustivos previos a la intervención** que permitan proyectar horizontes intermedios y finales de medición de avances de procesos, productos y resultados. No pueden tener las mismas metas que las zonas mestizas.
- **Apoyar a los gobiernos locales** en la consolidación de las áreas geográficas intermedias de entrega de servicios públicos, que permitan amortiguar la alta dispersión, a partir del análisis de la experiencia itinerante en Condorcanqui e Imaza.

PARA EL MEF

- **Realizar una investigación operativa respecto al efecto e impacto de los instrumentos del monitoreo social,** en los actores involucrados de diverso nivel educativo, que permita reforzar –entre otros aspectos- el ejercicio de análisis de indicadores.
- **Escalar la experiencia de manera progresiva,** a partir de la identificación de las redes horizontales y verticales de actores más idóneos para replicarla.

¹² Artículo 3 de la Ley N° 26300 de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos.

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
AN	Acta de Nacimiento
APS	Atención Primaria de la Salud
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BM	Banco Mundial
CAH	Consejo Aguaruna y Huambisa
CCMS	Comité de Coordinación del Monitoreo Social
CEM	Centro Emergencia Mujer
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud
CRED	Crecimiento y Desarrollo
CUI	Código Único de Identidad
CUNA MAS	Programa Nacional Cuna Más
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DGPP	Dirección General de Planificación y Presupuesto
DNI	Documento Nacional de Identidad
DS	Decreto Supremo
EF	Economía y Finanzas
FAD	Federación Aguaruna Domingusa
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FECONARÍN	Federación de Comunidades Nativas Aguarunas del Río Nieva
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales
FONDAM	Fondo de las Américas

GDS	Gerencia de Desarrollo Social
GL	Gobierno Local
GRIAS	Gerencia de Restitución de la Identidad y Apoyo Social
GR.CAJ	Gobierno Regional de Cajamarca
H	Hipótesis
IAL	Instancia de Articulación Local
IDH	Índice de Desarrollo Humano
JSDF	Fondo Japonés de Desarrollo Social
JUNTOS	Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres
JVC	Junta Vecinal Comunal
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud
MCS	Municipios y Comunidades Saludables
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINSA	Ministerio de Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORA	Oficinas Registrales Auxiliares
PAN	Programa Articulado Nutricional
PN	Padrón Nominal
PEFA	Public Financial Management and Accountability Assessment
PI	Plan de Incentivos para la Gestión Municipal
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PNT	Programa Nacional Tambos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPR	Presupuesto por Resultados

PREVAL	Programa para el Fortalecimiento de la Capacidad de Seguimiento y Evaluación de los Proyectos FIDA en América Latina y el Caribe
PVL	Programa Vaso de Leche
RD	Resolución Directoral
RENAMU	Registro Nacional de Municipalidades
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
TDR	Términos de Referencia
SWAP	Proyecto Enfoque Sectorial Amplio de Apoyo Financiero
UCCTF	Unidad de Coordinación de Cooperación Técnica y Financiera
UCPS	Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
ULE	Unidad Local de Empadronamiento
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
v.gr.	Verbigracia

I.

INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a la sistematización de la experiencia de monitoreo social, desarrollada en nueve distritos seleccionados de las regiones Amazonas, Cajamarca y Huánuco, en el marco del proyecto “*Enfoque Sectorial Amplio de Apoyo Financiero (SWAP) - Cierre de brechas en productos priorizados del PAN*”, financiado por una operación de endeudamiento entre el BIRF y el Estado peruano, en el período 2014-2017.

Durante la ejecución del proyecto, el monitoreo social se implementó en 160 distritos del quintil I – ámbito JUNTOS¹³: 17 en Amazonas, 87 en Cajamarca y 56 en Huánuco¹⁴. De ellos se extrajo una muestra intencionada de nueve distritos para la sistematización: Imaza, Nieva y Pisuquia (Amazonas); Churubamba, Santa María del Valle y Panao (Huánuco); Cachachi, Bambamarca y Tabaconas (Cajamarca). Los criterios de selección de los distritos fueron: tener diez o más centros poblados; contar con 600 o más niñas y niños menores de 36 meses; y encontrarse en distintos niveles de evolución de los indicadores de cobertura del PAN y PN de la estrategia monitoreo social (rojo, verde o amarillo) de acuerdo al “semáforo” utilizado en el seguimiento de dichos indicadores¹⁵.

El interés del equipo gestor del proyecto respecto a la sistematización fue identificar los hechos más relevantes -con especial énfasis en el ámbito amazónico- en la implementación del monitoreo social, y la contribución de éstos en la reducción de brechas de cobertura en los siguientes productos priorizados del PAN y PN:

- % de niñas y niños < 12 meses con CUI y DNI;
- % de niñas y niños < 12 meses afiliados al SIS;
- % de niñas y niños < 12 meses con CRED completo de acuerdo a la edad;
- % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Rotavirus de acuerdo a su edad;
- % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Neumococo de acuerdo a su edad;
- % de niñas y niños entre 12 a 14 meses, que han recibido suplemento de hierro al menos 6 meses;

¹³ Fueron 197 en total

¹⁴ Año 1=71; año 2 = 55; año 3 = 34.

¹⁵ Id 6

Y en un indicador denominado **integrado** porque vincula la entrega simultánea y oportuna del CRED, suplemento de hierro y las vacunas contra Rotavirus y Neumococo (% de niñas y niños < 12 meses con indicador integrado).

Es así como se planteó el siguiente eje para la sistematización: *Factores críticos o de despegue, facilitadores y limitantes en el proceso implementación del monitoreo social* que requirió un planteamiento metodológico cualitativo-cuantitativo. Para identificar factores críticos movilizados en hechos relevantes, se recurrió a los actores involucrados (representantes del gobierno local, micro red de salud, JUNTOS y ciudadanía), quienes ofrecieron sus versiones que fueron recogidas a través de técnicas cualitativas como los grupos focales y las entrevistas en profundidad. Con el objeto de identificar una eventual contribución de los factores críticos en la evolución positiva de indicadores de cobertura del PAN y PN, se utilizó la correlación de Spearman¹⁶.

Un tema adicional de interés para los gestores del proyecto fue la exploración de la posible influencia del seguimiento pos asistencia técnica en las experiencias, llevando al análisis comparativo entre los distritos que contaron con periodos de seguimiento de tres a dieciocho meses, con aquellos que incluso carecieron del mismo.

Las hipótesis (H) de base formuladas para explicar las posibilidades de implementación del monitoreo social fueron las siguientes: H1 - Un mayor nivel de funcionamiento del monitoreo social en los distritos, se correlaciona con el incremento de cobertura de los indicadores seleccionados del PN y PAN; H2 - El soporte fundamental para lograr mayores niveles de funcionamiento en el monitoreo social, se asienta en el actor gobierno local; y H3 - Un período más prolongado de seguimiento pos asistencia técnica se relaciona con mayores niveles de funcionamiento del monitoreo social.

La presente sistematización involucró a 255 informantes clave y revela los factores críticos que intentan explicar el desenvolvimiento de la experiencia en los nueve distritos, en un escenario nacional político y normativo auspicioso para el combate a la DCI, y una línea del tiempo que inicia el año 2009 y termina en marzo de 2017, en la que la fase previa a la experiencia se ubica entre el 2009 y 2013; la experiencia propiamente dicha va de enero 2014 a junio 2016; y el periodo pos experiencia de julio 2016 a marzo de 2017.

En aras de una lectura fluida el texto se ha organizado en nueve secciones: introducción; objetivos; metodología; identificación de la experiencia sistematizada; análisis crítico e interpretación de la experiencia; conclusiones; lecciones aprendidas; y recomendaciones.

En la sección metodológica se describe el enfoque del PREVAL¹⁷ en línea del tiempo, en el que se sustenta la sistematización, así como las principales definiciones operacionales utilizadas en la misma; a continuación se encuentran los cinco pasos fundamentales de la planificación y la propuesta cualitativa-cuantitativa para recoger y procesar la información.

¹⁶ Debido a una prueba previa de normalidad negativa

¹⁷ Programa para el Fortalecimiento de la Capacidad de Seguimiento y Evaluación de los Proyectos FIDA en América Latina y el Caribe

La sección de identificación de la experiencia cuenta con dos tópicos de amplio desarrollo: la estrategia de monitoreo social en distritos del quintil I, que permite tener una idea clara de las bases técnicas de la misma; y la reconstrucción histórica de la experiencia en cada uno de los nueve distritos objeto de sistematización, diferenciados por los períodos de seguimiento pos asistencia técnica, que fueron de dieciocho, quince, o tres meses, dependiendo de la etapa en que se involucró al distrito en la intervención.

En el acápite de análisis e interpretación de la experiencia se contrastan las hipótesis de trabajo, se listan los factores de despegue, éxito, ampliación y sostenibilidad y se analiza su contribución a nivel de indicadores del PN y PAN. Finalmente el documento culmina con conclusiones, lecciones aprendidas, y las recomendaciones derivadas de ambas.

II. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Sistematizar la experiencia del monitoreo social identificando las actividades, estrategias y/o los hechos más relevantes de su implementación y de su contribución en la reducción de las brechas de cobertura de los productos priorizados del PAN a partir de la descripción, reflexión y análisis crítico de los hechos fundamentalmente de este mecanismo en el ámbito de intervención del SWAP (Amazonas, Cajamarca y Huánuco) y compartir información sobre las dificultades, medidas correctivas y las lecciones aprendidas en torno a la consolidación, sostenibilidad de la estrategia que sirvan de orientación para futuras acciones, con miras a que este pueda ser replicado a otras regiones del país, especialmente en ámbitos amazónicos.

2.2. ESPECIFICOS

- Contar con un planteamiento teórico y metodológico de la sistematización de la experiencia.
- Contar con un documento que a partir de la descripción y análisis crítico de la experiencia dé cuenta de su implementación y consolidación; así como de los logros y lecciones aprendidas generando conocimientos que sea utilizado en próximas intervenciones.
- Contar con una propuesta comunicacional para posicionar logros alcanzados y lecciones aprendidas en la implementación de la estrategia de monitoreo social.

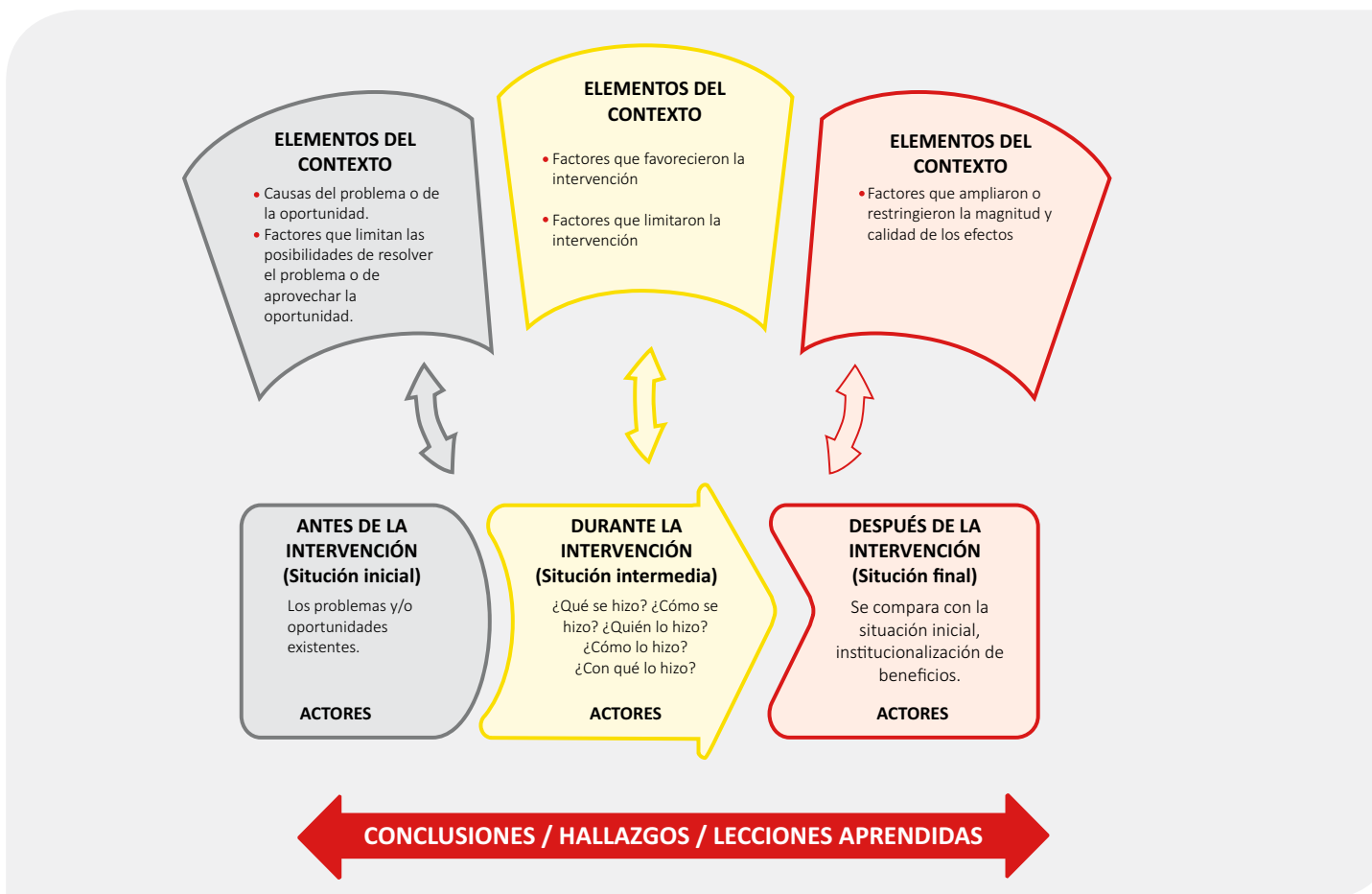
III.

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO¹⁸

Considerando su amplia aplicación y aceptación, el enfoque de sistematización aplicado fue el formulado por PREVAL¹⁹ en su versión retroalimentada por FIDAMERICA y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Este enfoque se visualiza en el siguiente esquema en línea del tiempo:



¹⁸ Lineamientos generales para la sistematización de experiencias. Proyecto “Transparencia en la Gestión Pública a Nivel Territorial en Colombia”. Área de Gobernabilidad Democrática, Documento Interno de Trabajo del PNUD Colombia.

¹⁹ PREVAL (2007): Guía Metodológica para la Sistematización de Experiencias Locales. Pp.22.

3.2. DEFINICIONES OPERACIONALES:

Las principales definiciones operacionales en las que se sustenta la presente sistematización, son las siguientes:

- **Factores de contexto:** elementos externos que no están bajo el control de los actores del proceso, pero que ejercen una influencia directa sobre sus decisiones y acciones. Ningún proceso de desarrollo se realiza en un vacío, ajeno a influencias externas que pueden ser de carácter político, económico, social, etc²⁰.
- **Actores clave:** movilizadores de procesos facilitadores para la implementación del monitoreo social.
- **Factores críticos o de despegue:** son aquellos elementos inherentes a la experiencia, que se desarrollan como paso previo a logros mayores (lenguaje aeronáutico: “el despegue es sencillo pero crítico porque se está a baja altura y con poca velocidad. Pero es el paso previo para lograr mayor altitud y aceleración”)²¹.
- **Factores de éxito:** desarrollo de elementos sostenibles que implican mejoras en las condiciones y calidad de vida de las niñas y niños menores de tres años, en los distritos de quintil 1 de las regiones intervenidas; va a la par del fortalecimiento de capacidades de control de los gobiernos locales sobre las condiciones y destino de los individuos y comunidad que habitan en el territorio.
- **Factores de ampliación:** desarrollo de elementos que cumplen por lo menos dos condiciones: ampliación de las oportunidades de acceso a bienes y servicios de los niños y niñas de los distritos intervenidos; e incremento del empoderamiento en representantes comunales²².
- **Población rural dispersa:** agrupaciones humanas con no más de 500 habitantes en caseríos carentes de saneamiento ambiental y con viviendas insalubres; los habitantes son socialmente pobres y analfabetos y se dedican a la agricultura y cría de animales en formas primitivas. Muchas de estas poblaciones conservan su idioma originario y están aisladas de los centros poblados importantes por falta de medios de comunicación. En algunos de estos conglomerados a veces puede existir una escuela primaria elemental como único servicio para la comunidad²³.

²⁰ Acosta L (2005): *Guía práctica para la sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para Latinoamérica y El Caribe.

²¹ Ruiz R (2005): *Cacao: impulsor del desarrollo integral en la amazonia peruana*. En <http://catalogo.ibcperu.org/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=12736>

²² Van de Velde H (2008): *Sistematización texto de referencia y de consulta*. Volens América y Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica (CICAP).

²³ Modificado de López-Vidal E: *Atención de la salud de la población rural dispersa*. En: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/12625/V63N6p516.pdf?sequence=1> (junio 2017)

- **Conflicto social:** es un proceso complejo en el cual sectores de la sociedad, el Estado y/o las empresas perciben que sus posiciones, intereses, objetivos, valores, creencias o necesidades son contradictorios, creándose una situación que podría derivar en violencia²⁴.

3.3. PASOS PREVIOS A LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN EN CAMPO

Fueron cinco pasos fundamentales:

PASO 1 - DEFINICIÓN DEL ÁMBITO DE TRABAJO: se eligieron nueve distritos, tres en cada región de intervención: Imaza, Nieva y Pisuquia en Amazonas; Cachachi, Tabaconas y Bambamarca en Cajamarca; y Pano, Churubamba y Santa María del Valle en Huánuco. Los criterios para la selección de estos distritos fueron los siguientes:

- Pertenecer al quintil I de ingresos²⁵
- Haber sido reportados al Banco Mundial (BM) con el indicador “monitoreo social instalado”²⁶
- Contar con diez o más centros poblados
- Tener 600 o más niñas y niños menores de 36 meses
- Encontrarse en distintos niveles de evolución en las coberturas de indicadores del PAN y PN (semáforo del monitoreo social), como lo muestra la tabla¹²⁷:

Tabla 1: Distritos ámbito de sistematización de acuerdo al semáforo del monitoreo social

Regiones	Semáforo de los distritos		
	Rojo	Ámarrillo	Verde
Amazonas	Nieva (23%)	Imaza (42%)	Pisuquia (71%)
Cajamarca	Cachicha (21%)	Bambamarca (53%)	Tabaconas (70%)
Huánuco	Pano (17%)	Churubamba (56%)	Santa María Valle (77%)

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaborado MEF

PASO 2 – DEFINICIÓN DEL EJE DE SISTEMATIZACIÓN: formulado de la siguiente manera: Factores críticos o de despegue²⁸ *facilitadores y limitantes en el proceso de implementación del monitoreo social.*

²⁴ www.defensoria.gob.pe/temas.php?des=3

²⁵ El primer quintil agrupa a los más pobres, es decir los que tienen menos ingresos.

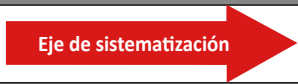
²⁶ Id 4

²⁷ Id 5

²⁸ Ver acápite 3.2 de definiciones operacionales

PASO 3 - DIMENSIONES DEL EJE: las cuatro dimensiones seleccionadas desde las cuales se analizaría el eje de sistematización -para la identificación de factores críticos- fueron los actores: gobierno local, micro red de salud, JUNTOS y ciudadanía; categorías que además se analizarían en tres momentos clave: antes, durante y después de la intervención, como lo grafica la tabla 2 que se presenta a continuación:

Tabla 2: Marco de dimensiones, actores y momentos clave de la experiencia

Momentos clave			
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
			
	Actor gobierno local		
	Actor microred de salud		
	Actor JUNTOS		
	Actor ciudadanía		
	Factores críticos contexto	Factores críticos Contexto	Factores críticos contexto

Modificado de: Menacho J y col (2015): *Sistematización de la experiencia en consulta previa y diálogos interculturales implementadas por el PARSALUD II*, SOLVIMA GRAF, Lima

PASO 4 - APROXIMACIÓN AL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOREO SOCIAL EN LOS DISTRITOS SISTEMATIZADOS: el análisis integrado de los factores críticos identificados para cada actor en sus respectivos contextos, debería posibilitar la ubicación de los distritos sistematizados en uno de los siguientes niveles de funcionamiento:

- **Incipiente:** si desarrolló 25% o menos de los factores críticos identificados.
- **En desarrollo:** si logró del 26 al 50% de factores críticos.
- **En consolidación:** si desarrolló del 51 al 75% de factores críticos.
- **Con elementos de sostenibilidad:** si alcanzó del 76 al 100% de factores críticos.

PASO 5 - FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO: las hipótesis (H) de base para explicar las posibilidades de implementación del monitoreo social fueron las siguientes:

- H1:** Un mayor nivel de funcionamiento del monitoreo social en los distritos, se correlaciona con el incremento de cobertura de los indicadores seleccionados del PN y PAN.
- H2:** El soporte fundamental para lograr mayores niveles de funcionamiento en el monitoreo social, se asienta en el actor gobierno local.
- H3:** Un período más prolongado de seguimiento pos asistencia técnica se relaciona con mayores niveles de funcionamiento del monitoreo social.

3.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

Las herramientas fundamentales para la recolección de información fueron las entrevistas y grupos focales, realizados a los actores claves de la experiencia, que estuvieron en libertad de entregar material impreso o magnético que sustentara su versión. También se revisó el archivo magnético y las bases de datos del monitoreo social. En ambos casos se buscó información que respondiera a un promedio de dieciséis preguntas²⁹ orientadas a su vez a identificar factores críticos o de despegue en la experiencia.

De acuerdo a la tabla 3 que se presenta a continuación, a lo largo del proceso de levantamiento de información, se involucró a 255 actores en los diferentes niveles de gestión: regional, sub regional y local.

Tabla 3: Relación de actores involucrados

Regiones	Lima	Amazonas	Cajamarca	Huánuco	Total	%
Actores involucrados						
Gobierno Regional / Gerencias Sub regionales		1	2		3	
Sector Salud		22	36	36	94	36.8
Sector Desarrollo e Inclusión Social		2	8	8	18	7.0
RENIEC		5	7	2	14	5.4
Gobiernos Locales		23	9	18	49	19.6
Representantes comunales		46	3	4	53	20.7
Otros*		6		1	7	4.3
SUB TOTAL		105	65	68	238	
Consultores MEF						
Actuales	3	4	5	2	14	
Antiguos		2			2	
TOTAL	3	111	70	71	255	

Fuente: elaboración propia

*Juez de Paz, Gobernador, Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL), Centro Emergencia Mujer (CEM), EsSalud, Comisario.

Entre las características más relevantes de los actores involucrados se encuentran:

- El grupo más numeroso correspondió a Amazonas (43.5%), seguido de Huánuco (27.8%), Cajamarca (27.4%), y finalmente Lima (1.1%).
- En los distritos amazónicos Nieva e Imaza, el 28% de actores entrevistados fue awajun en el primer caso y 24% en el segundo.
- Se entrevistaron más mujeres (60.55%) que hombres (39.5%).

²⁹ Ver anexo 1 con el detalle de los instrumentos de recojo de información

3.5. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN RECOLECTADA

La tarea central fue convertir los factores críticos identificados con las herramientas cualitativas³⁰, en porcentajes que pudieran correlacionarse con los indicadores del PAN y PN, priorizados por el monitoreo social.

3.5.1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CRÍTICOS O DE DESPEGUE EN LA DATA CUALITATIVA:

- Se transcribieron los audios de las entrevistas/grupos focales realizados a los actores.
- En ellos se identificaron **significados recurrentes** (que fueron la base de los textos descriptivos de cada distrito, en una visión histórica de la experiencia³¹).
- Los significados permitieron obtener un listado de factores críticos que se describen en la tabla 4:

Tabla 4: Actores y principales factores críticos o de despegue identificados en ellos para la implementación de la estrategia monitoreo social

ACTORES				
FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS	Gobierno Local	Micro red de salud	JUNTOS local	Ciudadanía
	Liderazgo del alcalde	Alineamiento al MS		Participación en los foros de rendición de cuentas
	Asignación de recursos para la implementación del monitoreo social	Incorporación de algunos instrumentos del MS en la gestión de los servicios ³²		
	Gestión del padrón nominal	Gestión del padrón nominal	Posición frente al padrón nominal	Seguimiento nominal comunal
	Conducción del CCMS	Articulación en el seno del CCMS	Articulación en el seno del CCMS	Participación en el CCMS
	Articulación con la micro red de salud	Articulación con el gobierno local		
	Articulación con los gestores locales de JUNTOS	Articulación con los gestores locales de JUNTOS	Articulación con la micro red de salud	

Fuente: elaboración propia

3.5.2. CUANTIFICACIÓN DE FACTORES CRÍTICOS

Se realizó a través de su desagregado en variables, con valores que iban de 0,25; 0,50; 0,75; a 1, dependiendo del “peso” otorgado en las versiones de los actores. Es así como gobierno local y micro red de salud podían alcanzar un máximo de 6 puntos, JUNTOS y ciudadanía un máximo de 3, y un distrito un máximo de 18 puntos totales³³.

³⁰ Ver detalles en el anexo 2

³¹ Ver acápite 4.2: Los distritos seleccionados: contexto y procesos

³² Este factor crítico engloba fundamentalmente el registro administrativo, el monitoreo de insumos o recursos claves para la producción de los servicios; y la actualización permanente del padrón nominal

³³ Ver detalles en los anexos magnéticos 3 y 4

Esto permitió obtener relaciones porcentuales entre actores y distritos para ubicar a los últimos en los los niveles de funcionamiento propuestos en el paso 4 de la planificación:

- **Incipiente:** si desarrolló 4,5 o menos (25%) puntos en factores críticos.
- **En desarrollo:** entre 4,6 a 9 (26 a 50%) puntos.
- **En consolidación:** entre 9,1 a 13,5 (51 a 75%) puntos.
- **Con componentes de sostenibilidad:** si logró entre 13,6 a 18 (76 al 100%) puntos.

3.5.3. ESTABLECIMIENTO DE CORRELACIONES –CONTRIBUCIÓN³⁴–ENTRE LOS PORCENTAJES ALCANZADOS POR LOS DISTRITOS Y ACTORES, CON INDICADORES DEL PAN Y PN PRIORIZADOS POR EL MONITOREO SOCIAL:

Del listado priorizado de indicadores del PN se tomaron los siguientes:

- % de niñas y niños < 12 meses con CUI y DNI
- % de niñas y niños < 12 meses afiliados al SIS

Y los del PAN fueron:

- % de niñas y niños < 12 meses con CRED completo de acuerdo a la edad
- % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Rotavirus de acuerdo a su edad
- % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Neumococo de acuerdo a su edad
- % de niñas y niños entre 12 a 14 meses, que han recibido suplemento de hierro al menos 6 meses

Así como el indicador denominado “integrado”: % de niñas y niños < 12 meses con CRED, suplemento de hierro, vacuna contra Rotavirus, y vacuna contra Neumococo.

A continuación se correlacionaron linealmente con los porcentajes alcanzados por los distritos y actores, para determinar si los cambios en unos influían en los otros³⁵, antes, durante y después de la intervención del monitoreo social, comparando resultados entre:

- Actores e indicadores priorizados del PAN y PN.
- Actores e indicador integrado (cuatro indicadores)

³⁴ Por tratarse de correlaciones cuantitativas-cualitativas (mixtas) se requirió hacer prueba de normalidad y los resultados fueron negativos, por ello se usó la correlación de Spearman para distribuciones no normales (Díaz et al. Guía de asociación de variables Pearson y Spearman en SPSS).

³⁵ http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/17corlin_SPSS.pdf.

IV.

IDENTIFICACIÓN DE LA EXPERIENCIA SISTEMATIZADA

4.1. LA ESTRATEGIA DE MONITOREO SOCIAL Y SUS PARTICULARIDADES EN DISTRITOS DE QUINTIL I

4.1.1. ANTECEDENTES DE LA ESTRATEGIA

El Perú acordó una operación de endeudamiento con el BIRF por 25 millones de dólares, para financiar el proyecto “*Cierre de brechas en productos priorizados del PAN*” bajo la modalidad SWAP, que permite la realización de desembolsos sobre la base de la obtención de resultados esperados. La Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del MEF asumió la coordinación técnica, y la Unidad de Coordinación de Cooperación Técnica y Financiera (UCCTF)³⁶ la administración de los componentes I y III, en un esfuerzo sumado a muchos otros, puestos en marcha durante la última década en el país, con el objeto de abatir la DCI³⁷.

4.1.2. EL OBJETIVO DEL PROYECTO “CIERRE DE BRECHAS”

El objetivo se centró en apoyar los esfuerzos del PAN en la reducción de la DCI en las regiones Amazonas, Cajamarca y Huánuco. Para lograrlo se propuso: I. Mejorar la cobertura y calidad de la oferta de servicios preventivos de salud y nutrición básicos, en las comunidades de operación del Programa JUNTOS; II. Promover la demanda de servicios de nutrición mediante el fortalecimiento de la eficacia operativa de JUNTOS; y III. Fortalecer la capacidad de gobierno para influir en resultados nutricionales, mediante la mejora en la capacidad de programación presupuestaria y el seguimiento a resultados de actividades seleccionadas en el PAN.

4.1.3. EL MONITOREO SOCIAL COMO ESTRATEGIA CENTRAL DEL COMPONENTE III DEL PROYECTO

La estrategia central del componente III fue el monitoreo social liderado por el alcalde, quien pone a disposición de las autoridades locales, comunales y ciudadanos, información situacional de los servicios orientados a reducir la DCI, y a partir de allí realiza el seguimiento a indicadores de cobertura en menores de un año, en su mayoría vinculados a resultados

³⁶ Conocida hasta el 14 de febrero del presente año como la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales (UCPS)

³⁷ Entre los que se cuentan EUROPAN, Convenio Belga, el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), etc.

del PN y PAN: % de niñas y niños < 12 meses con CUI y DNI; % de niñas y niños < 12 meses afiliados al SIS; % de niñas y niños < 12 meses afiliados al programa JUNTOS; % de niñas y niños < 12 meses con CRED completo de acuerdo a la edad; % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Rotavirus de acuerdo a su edad; % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Neumococo de acuerdo a su edad; % de niñas y niños entre 12 a 14 meses, que han recibido suplemento de hierro al menos 6 meses;

Entre las herramientas utilizadas por el monitoreo social destaca el PN, listado distrital de niños y niñas menores de 6 años³⁸; cuya característica de actualización permanente en una plataforma electrónica -con información proveniente de las diferentes fuentes interconectadas al RENIEC- implican en el medio rural, un reto cotidiano para los sectores y actores involucrados en el monitoreo social. Este padrón se acompaña de otras herramientas, fundamentalmente orientadas a brindar soporte al seguimiento de indicadores de cobertura mencionados en líneas previas y son: sectorización, mapa de cobertura; reporte semáforo de indicadores; banderola de seguimiento nominal comunal, etc.

Esta estrategia se implementó el 2014 (año I³⁹), 2015 (año II⁴⁰) y 2016 (año III⁴¹) en 197 distritos de las regiones Amazonas, Cajamarca y Huánuco; 188 de ellos cumplieron con el criterio **monitoreo social instalado**⁴² y 160 correspondieron al quintil I de ingresos (Ochenta y siete de Cajamarca -54,3%- cincuenta y seis de Huánuco -35,0%- y diecisiete de Amazonas -10,6%-). El diseño de la estrategia tomó en cuenta dos experiencias previas: la del proyecto “*Modelo de intervención participativa para mejorar la nutrición infantil*” ejecutado por el Fondo de las Américas⁴³ (FONDAM); y la del Programa EUROPAN⁴⁴.

4.1.4. LA RUTA DE IMPLEMENTACIÓN

Los distritos contaron con quince consultores del MEF que asistieron técnicamente a los equipos de los gobiernos locales, guiados por la siguiente propuesta, cuya implementación tomó un año calendario:

Etapa 1: Sensibilización a los actores claves respecto a las intervenciones más eficaces para reducir DCI, basada en exploración de condiciones previas (Diagnóstico; mapa de actores para la identificación de capacidades de gestión local; revisión de normas y análisis de indicadores para definir el punto de partida de los indicadores; padrón nominado)

³⁸ Contiene datos como nombres y apellidos, DNI, nombres y apellidos del padre y de la madre, dirección, pertenencia a programas sociales, tipo de seguro de salud, entre otros.

³⁹ 80 distritos

⁴⁰ 80 distritos

⁴¹ 37 distritos

⁴² Id 3

⁴³ Contrato Banco Mundial (BM) –FONDAM- Fondo Japonés de Desarrollo Social –JSDF. Proyecto P120888 -JSDF Grant No. TF 096419.

⁴⁴ El MEF y la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI) suscribieron en noviembre de 2009, con la Comisión Europea, un convenio de apoyo presupuestario denominado EURO-PAN, que comprendió una donación de 60,8 millones de euros.

- Etapa 2:** Constitución de la IAL y del CCMS: designación de un representante municipal ante dicho comité, así como los de otros actores locales; articulación de demandas para que sustentadas en información oficial exijan una mejor programación de recursos del sector salud.
- Etapa 3:** Fortalecimiento de capacidades a todos los actores involucrados (desarrollo de los temas claves para preparar el seguimiento a los indicadores).
- Etapa 4:** Análisis de indicadores (PN; seguimiento nominal en el establecimiento de salud; seguimiento nominal en la comunidad).
- Etapa 5:** Elaboración y ejecución de planes de acción que posibiliten la movilización de recursos municipales en el marco del PAN
- Etapa 6:** Foro de rendición de cuentas de la gestión municipal, sobre las actividades realizadas para mejorar la DCI en el distrito, que incluya a los otros actores públicos presentes en la localidad vinculados a promover la nutrición infantil, tales como las autoridades locales de salud, educación, SIS y JUNTOS.

La secuencia de fases se planteó de manera lógica, pero de ninguna manera fue una camisa de fuerza para los consultores que brindaron la asistencia técnica, y evidentemente tuvo sus propios matices y peculiaridades en cada distrito. Finalizada la implementación se pasó a una fase de seguimiento más esporádica en la que se apuntalaban los aspectos aún considerados débiles. Evidentemente los distritos que iniciaron la intervención durante el año I tuvieron mayor período de seguimiento y eventualmente mayores oportunidades de consolidar el monitoreo social.

El soporte técnico estuvo orientado a instalar, desarrollar y consolidar la práctica de análisis de indicadores y toma de decisiones basadas en información local. Fue un proceso constructivista que partió de un diseño inicial, siempre abierto a las mejoras requeridas e identificadas en la interacción con los actores locales, regionales, y a la diversidad del contexto social, económico y cultural.

4.1.5. LOS CONSULTORES DEL MONITOREO SOCIAL

El equipo de profesionales responsable de implementar la estrategia con los actores locales y regionales, estuvo conformado por quince consultores que se desarrollaron permanentemente en los distritos del ámbito de intervención. Ellos contaron a su vez con el soporte técnico de dos profesionales que operaban en Lima y viajaban periódicamente a las regiones, con el objeto de realizar el seguimiento y supervisión de sus tareas, identificando además áreas de fortalecimiento de capacidades. También tuvieron el apoyo de los respectivos Coordinadores Regionales de Presupuesto por Resultados (PPR).

Los consultores locales⁴⁵ dejaron un sello particular en los distritos sistematizados, desplegando capacidades y habilidades para manejar diversos temas y espacios, algunos –v.gr.: Bambamarca- altamente conflictivos. Todos los equipos de gestión local los percibieron

⁴⁵ Ver detalle de características y habilidades en el anexo 5

como un valioso soporte que se resisten a perder, toda vez que es la primera vez que tienen a un profesional del MEF en la tarea de asistencia técnica directa y a quien incluso podían telefonar para consultas en cualquier horario y día.

Los consultores por su parte consideran que el trabajo de implementar la estrategia de monitoreo social fue intenso y duro, por la mixtura de escenarios y una complejidad de relaciones entrelazadas en lo local, provincial y regional, significando por lo mismo una invaluable experiencia profesional. La zona nativa amazónica fue particularmente compleja por la extensión de los distritos.

A continuación se listan los atributos del consultor del monitoreo social, identificados como relevantes por los actores entrevistados:

- *Conocimiento que abarca varias disciplinas*
- *Énfasis en la mejora de procesos*
- *Capacidad de interactuar y empoderar con la misma consistencia y energía a los actores de los diversos escenarios.*
- *Capitalizar las experiencias previas de concertación local y/o participación ciudadana.*
- *Brindar sensación de disponibilidad permanente a los actores, no necesariamente presencial.*
- *Representar al MEF*

4.1.6. AVANCES EN EL CIERRE DE BRECHAS DE COBERTURA EN LOS DISTRITOS Q I⁴⁶

Como ya se ha mencionado en líneas previas, el monitoreo social basa su acción colectiva en el seguimiento a un grupo seleccionado de indicadores del PN y PAN:

- % de niñas y niños < 12 meses con CUI y DNI;
- % de niñas y niños < 12 meses afiliados al SIS;
- % de niñas y niños < 12 meses afiliados al programa JUNTOS;
- % de niñas y niños < 12 meses con CRED completo de acuerdo a la edad;
- % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Rotavirus de acuerdo a su edad;
- % de niñas y niños < 12 meses que han recibido la dosis de vacuna contra Neumococo de acuerdo a su edad;
- % de niñas y niños entre 12 a 14 meses, que han recibido suplemento de hierro al menos 6 meses.

⁴⁶ Ver tablas de origen de datos en el anexo 5

Estos indicadores son analizados periódicamente a nivel del distrito y la comunidad. Para proveer un panorama evolutivo general de sus avances, en los distritos quintil I donde se implementó el monitoreo social, se tomaron tres puntos de corte en la base de datos del mismo: marzo 2014, diciembre 2015 y octubre 2016, y con ellos se evolucionó el comportamiento del indicador y también el de cada región involucrada.

La tabla 5 que se presenta a continuación muestra los colores correspondientes a los rangos (rojo, ámbar o verde)⁴⁷ en los que se encuentran la mayor proporción de distritos, respecto a los indicadores del PN y PAN priorizados por el monitoreo social. El haber tomado tres puntos de corte (antes, durante y después de la intervención) permite observar la evolución de dichos indicadores.

El indicador de identidad con CUI o DNI es el que muestra mayor estabilidad, porque inició con la mayor proporción de distritos en verde y se mantuvo en dicho color, mostrando tendencia al alza a lo largo de los tres puntos de corte. El indicador de afiliación le sigue en estabilidad, aunque presenta declinaciones en las últimas mediciones de los años 2 y 3, sin dejar el rango verde.

Tabla 5: Rango –rojo, ámbar o verde- en el que se ubica la mayor proporción de distritos respecto a los indicadores del monitoreo social, por año de intervención, en puntos de corte seleccionados

Período de intervención	Indicadores														
	CRED			Vacunación contra Rotavirus y Neumococo			Suplementación con hierro			DNI			SIS		
	Mar 14	Dic 15	Oct 16	Mar 14	Dic 15	Oct 16	Mar 14	Dic 15	Oct 16	Mar 14	Dic 15	Oct 16	Mar 14	Dic 15	Oct 16
	Proporción de distritos (%)														
Año 1		63,4	93,0		60,6	88,7			71,8	60,5	84,5	90,1	63,3	87,3	90,1
				60,6				47,9							
	47,9			47,9											
							56,3								
Año 2		63,6	100		50,9	87,3		43,6	69,1	61,8	80,0	89,0	74,5	87,2	85,4
	43,6			54,5											
							58,2								
Año 3			79,4		52,9	79,4		32,4	58,8	52,9	67,65	82,3	79,4	91,1	82,3
		47,1		64,7											
	52,9			52,9											
							79,4								

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

⁴⁷ Id 5

En relación al indicador de suplementación de hierro, a pesar que inició con una elevada proporción de distritos sin reportar⁴⁸, tuvo un comportamiento de franco ascenso en las sub siguientes mediciones.

Los indicadores que iniciaron con distritos en rojo fueron el de control de CRED y la vacunación contra Rotavirus y Neumococo, pero ambos mostraron también tendencia a subir al verde, siendo el CRED el que alcanzó proporciones más significativas.

Para todos los indicadores, la mejor evolución se encontró en los distritos del año 2.

Respecto al desenvolvimiento de las regiones, Amazonas logró la mayor proporción de distritos en verde, aunque es preciso reconocer que tuvo el menor número de ellos⁴⁹. A continuación le siguió Cajamarca y finalmente Huánuco.

Esta revisión panorámica deja entrever lo siguiente:

- Para todos los indicadores la tendencia fue el ascenso.
- El indicador más estable fue el de identificación con CUI o DNI
- El indicador más inestable fue el de suplementación con hierro

4.2. LOS NUEVE DISTRITOS SELECCIONADOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN: CONTEXTO Y PROCESOS

4.2.1. CONTEXTO

Como se ha mencionado en capítulos previos, fueron nueve los distritos objeto de sistematización: Pisuquia, Imaza y Nieva de la región Amazonas; Tabaconas, Bambamarca y Cachachi de la región Cajamarca; y Panao, Churubamba y Santa María del Valle de la región Huánuco. En ellos se identificaron cinco factores contextuales –facilitadores o limitantes– relevantes en el proceso de implementación del monitoreo social: población rural dispersa, barrera socio-cultural, intervención de proyectos públicos o privados, volumen de población de niños y niñas menores de 1 año⁵⁰ y tendencia del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Dada su complejidad se consideró conveniente cuantificarlos –ver tabla 6 en la página 34– en un rango de +2 a -2, con el único objeto de valorar la facilidad (+2,+1) o limitación (-2-1) que estos factores pudieran representar para los distritos, y por ende para el proceso de implementación del monitoreo social:

- **Población rural dispersa:** tres son los distritos marcadamente afectados por este factor, limitando la integración de los centros poblados y la entrega eficaz y oportuna de los servicios: Nieva, Imaza y Panao (en ese orden); todos ellos correspondientes a la etapa I de intervención, que tuvieron el período más largo de seguimiento pos asistencia técnica personalizada.

⁴⁸ Casilleros blancos

⁴⁹ Diecisiete, equivalentes al 10,6% del total

⁵⁰ Fuente: Estadística del Ministerio de Salud (MINSa)

- **Barrera socio cultural:** factor que restringe la interrelación de individuos por diferencias de etnia, lengua, usos y costumbres, limitando procesos de integración y generando conflicto social. Fue identificada en Imaza, Nieva, Santa María del Valle y Bambamarca; los tres primeros distritos pertenecientes a la I etapa y el último a la II. En Imaza el 65% de la población es awajun, y en Nieva lo es el 54,5%; en ambos distritos los awajun muestran mayor resistencia a utilizar los servicios de salud por no estar adaptados a sus costumbres.

En Santa María del Valle por su parte, se reproduce una barrera histórica levantada entre las poblaciones de las márgenes izquierda y derecha del río, que a la fecha aún es motivo de limitaciones para desarrollo local. Bambamarca por su parte levantó una barrera al distrito vecino de Hualgayoc, a quien acusa de sometimiento a la empresa minera Yanacocha; que termina impactando al interior del distrito por el elevado flujo de intercambio existente entre ambos territorios.

La barrera socio cultural suele derivar en conflicto social, sin embargo los conflictos más importantes –por su capacidad desestabilizadora- identificados en la presente experiencia, están vinculados a actividades extractivas consideradas lesivas para la población v.gr.: Imaza (Petroperú)⁵¹, Bambamarca (Yanacocha) y Cachachi (Shahuindo).

En Bambamarca la situación conflictiva es recalcitrante, al punto que las últimas elecciones municipales se definieron por la posición de los candidatos *a favor o en contra* de la minera Yanacocha. No existe reunión comunal, gremial o distrital en la zona, en la que el conflicto con la minera no esté como punto de agenda principal o secundaria; y el estado es considerado cómplice de la misma, de manera que las intervenciones estatales son vistas a priori con mucho recelo.

En Panao, específicamente en la zona colindante a la región Pasco, se encuentra asentado el centro poblado de Santa Virginia, cuya población consume servicios educativos y de salud en El Pozuzo por su mayor cercanía; sin embargo esto impide a las familias el cobro del estipendio de JUNTOS porque El Pozuzo está en quintil II de ingresos. Esta situación ha generado altos niveles de disconformidad en las familias porque además no existen indicios de que se esté buscando solución al problema presentado.

- **Intervención de proyectos públicos o privados previos o paralelos:** identificado como un factor positivo, generador de condiciones favorables en una o más fases de la implementación del monitoreo social.

Se ubicaron intervenciones públicas en: Imaza (seguridad alimentaria); Panao (pilotaje directo del padrón nominado desde el nivel central); y Tabaconas (monitoreo estrecho

⁵¹ En enero de 2016 ocurrió un derrame de petróleo en la quebrada Inayo, situada en el km 441 del oleoducto norperuano, generando una nueva crisis entre la etnia awajun y la empresa Petroperú, por el grave daño ecológico ocasionado.

del seguimiento nominal desde la Sub Región de Salud Jaén)⁵². Intervenciones público-privadas en Nieva, donde el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se aliaron con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Amazonas en proyectos de fortalecimiento de capacidades para personal de salud de niveles operativos y de conducción. En esa zona también estuvo FONDAM con la propuesta personalizada de consejería en el establecimiento de salud y la comunidad.

En Pisuquia se releva a la Diócesis de Chachapoyas, que llegó al distrito cuando la microred de salud aún no podía hacerlo, fortaleciendo las capacidades de los agentes comunitarios de salud y la vigilancia comunal. Santa María del Valle y Churubamba recibieron de manera paralela el soporte de la ONG Futuras Generaciones, con un proyecto que brindaba soporte al CLAS en fortalecimiento de la oferta intramuros y extramuros.

- **Volumen de población de menores de 1 año:** En la medida que el monitoreo social se centra en el seguimiento de indicadores en niñas y niños menores de 1 año, se consideró pertinente analizar el volumen de éstos. Es así como se identificó que Bambamarca, Nieva e Imaza –en ese orden- son los distritos con mayor número de niñas y niños menores de 1 año, y los recursos para atenderlos son significativamente superiores en el gobierno local de Bambamarca, que en Condorcanqui e Imaza. En el otro extremo se encontró a Pisuquia con el número más pequeño de niñas y niños menores de 1 año, que apenas superan la centena.
- **Tendencia del IDH:** los distritos que crecieron más en el período previo a la intervención, desde la perspectiva del IDH, fueron Bambamarca, Santa María del Valle y Pisuquia, y entre los tres el crecimiento más integral se dio en Bambamarca y Santa María del Valle a partir de los tres indicadores: *ingreso familiar per cápita, esperanza de vida al nacer y años de educación*. Los distritos restantes crecieron en base a solo uno o dos indicadores. Imaza y Churubamba lo hicieron *por ingreso familiar per cápita y esperanza de vida al nacer*; Pisuquia y Nieva *por ingreso familiar per cápita*; Tabaconas y Cachachi *por esperanza de vida al nacer*; y Panao incrementó en el indicador *ingreso familiar per cápita*, pero retrocedió en el de *esperanza de vida al nacer*.

La tabla 6 resume y cuantifica lo descrito previamente muestra que los distritos más afectados por los factores de contexto –en su mayoría limitantes- son Nieva, Imaza y Panao, en ese orden. En contrapartida, los distritos cuyos factores de contexto son mayoritariamente facilitadores son Pisuquia y Santa María del Valle, también en ese orden, todo ellos pertenecientes a la etapa I de intervención del monitoreo social y con la excepción de Santa María del Valle, todos tuvieron dieciocho meses de seguimiento pos asistencia técnica y se describen a continuación de manera individualizada:

⁵² Existe un responsable de padrón nominal en la Oficina de Estadística e Informática de la Sub Región de Salud, que acopia y retroalimenta mensualmente con la información del mismo, a sus pares de los establecimientos de salud de las provincias Jaén y San Ignacio. Este reporte mensual se acompaña de una hoja de cálculo con el seguimiento a indicadores de los convenios de apoyo presupuestal, a nivel distrital.

Tabla Nº 6: Factores de contexto

Periodo de seguimiento pos asistencia técnica	Distritos	Línea del tiempo	Población rural dispersa	Barrera socio cultural	Intervención de proyectos públicos o privados	Volumen de población menor de 1 año	Tendencia del IDH	Total
			(+2+1 0-1-2)	(+2+1 0-1-2)	(+2+1 0-1-2)	(+2+1 0-1-2)	(+2+1 0-1-2)	
18 meses	Pisquiza	Antes	0	2	2	2	1	7
		Durante	0	2	1	2	2	7
		Después	0	2	1	2	2	7
	Imaza	Antes	-1	-2	0	-1	0	-4
		Durante	-1	-2	1	-1	1	-2
		Después	-1	-1	1	-1	1	-1
	Nieva	Antes	-2	-2	2	-2	-1	-5
		Durante	-2	-2	2	-2	-1	-5
		Después	-2	-2	1	-2	-2	-7
	Panao	Antes	-1	0	0	0	-2	-3
		Durante	-1	-1	1	0	-2	-3
		Después	-1	-1	0	0	-2	-4
15 meses	Bambamarca	Antes	2	-2	2	-2	2	2
		Durante	2	-2	2	-2	2	2
		Después	2	-2	2	-2	2	2
	Cachachi	Antes	-1	0	2	0	-1	0
		Durante	0	-1	2	0	-1	0
		Después	0	-1	1	0	-2	-2
3 meses	Tabaconas	Antes	1	1	2	0	-1	3
		Durante	1	1	2	0	-1	3
		Después	1	1	2	0	-2	2
0 meses	Santa María del Valle	Antes	1	-1	2	1	2	5
		Durante	1	-1	2	1	2	5
		Después	1	-1	0	1	2	3
	Churubamba	Antes	0	1	2	0	0	3
		Durante	0	1	2	0	1	4
		Después	0	1	0	1	1	3

Fuente: elaboración propia

4.2.2. ANÁLISIS DE LOS PROCESOS OCURRIDOS EN CADA DISTRITO

Los nueve distritos se agruparon por periodo de seguimiento pos asistencia técnica (para facilitar el contraste de la H3⁵³). Un primer bloque lo tuvo por dieciocho meses; un segundo por quince; un tercero por tres; y un cuarto que no fue objeto de seguimiento.

A continuación el detalle de los mismos:

4.2.2.1. DISTRITOS QUE SE BENEFICIARON CON DIECIOCHO MESES DE SEGUIMIENTO POS ASISTENCIA TÉCNICA

Pertenecieron al primer grupo intervenido -en la etapa I del año 1- que recibió asistencia técnica de enero 2014 a marzo de 2015 y el período de seguimiento fue de abril 2015 a junio 2016. En él se encuentran los siguientes distritos: Pisuquia, Imaza y Nieva de la región Amazonas y Panao de Huánuco.

- **Pisuquia**

Pequeño distrito de la provincia de Luya en la región Amazonas, que alberga 6099 habitantes, en un área geográfica de 306.50 km², hecho que le provee una densidad poblacional de 20 personas/km². Cuenta con 31 centros poblados en donde se organiza la oferta de 10 establecimientos de salud. La municipalidad tiene 19 trabajadores reportados en el Registro Nacional de Municipalidades (RENAMU), de los cuales 1 (5.2%) es profesional.

Antes del monitoreo social (2009-2013)

Pisuquia adoleció durante muchos años de acceso carretero, lo cual instaló profundos sentimientos de postergación en la población⁵⁴. Ello limitó grandemente la existencia de servicios públicos, como agua potable, energía eléctrica, e infraestructura educativa. La señal de celular recién ingresó el 2011.

Los esposos veían con celo que sus mujeres adquirieran DNI (“¿Para qué lo necesitan? ...en la chacra no se necesita...”), les molestaba que ellas salieran a las reuniones convocadas por los programas sociales que empezaron a operar en aquella época, y más aún que recibieran un estipendio económico de JUNTOS. Hubo hogares con frecuentes conflictos por estos motivos, los cuales llegaban a la oficina del Juez de Paz (... “los hombres veían con preocupación y enojo que sus parejas adquirirían identidad y dinero, importantes factores de independencia...”)

Otro grupo de varones hacía oposición a que sus hijos se vacunaran. Los niveles de pobreza, indocumentación y DCI eran muy altos. Algunas familias tomaban consciencia, pero otras no hacían nada si no recibían algún tipo de apoyo. En los establecimientos de salud solo se contaba con un recurso humano, generalmente técnico de enfermería.

⁵³ H3: Un período más prolongado de seguimiento pos asistencia técnica se relaciona con mayores niveles de funcionamiento del monitoreo social

⁵⁴ Se requerían tres días de camino para ir Tingo, el centro poblado más próximo

Desde los noventa la Diócesis de Chachapoyas había realizado esfuerzos por organizar a la población en comités de salud y fortalecer capacidades en los promotores de salud, que trabajaban a su vez con Clubes de Madres y Comités de Vaso Leche, constituidos en potentes puntos de partida para la difusión de mensajes, en un escenario de familias dispersas. Entre ellos “vigilaban” que las madres llevaran a control a sus niños⁵⁵, y las gestantes acudieran al mismo⁵⁶.

La relación de los equipos de salud con el gobierno local era muy buena. El alcalde Edwin Salazar Arista (2011-2014) se preocupó de manera particular por implementar puestos de salud, así como un laboratorio de análisis clínicos básicos. En una experiencia igualmente coordinada –que además permitió la obtención de bonos en el marco del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal (PI) durante los años 2012 y 2013- se creó el Centro de Promoción y Vigilancia del Cuidado de la Madre y el Niño (CPVC) en el centro poblado de San Miguel. Esta relación con el gobierno local llenaba de alguna manera el vacío percibido por los profesionales de la salud respecto a la atención de la Micro red Tingo – su dependencia administrativa inmediata- la cual consideraban muy escasa.

El comité de transparencia de JUNTOS inició procesos de información y participación en las familias usuarias del programa

Durante la implementación y el seguimiento (enero 2014 – junio 2016)

Un hecho que cambió la vida del distrito fue la apertura de la carretera afirmada el 2014. Recuerdan con aprecio al alcalde Salazar Arista (*“escuchaba a la gente...era honesto...”*) que falleció súbitamente en enero de ese año. Con él se inició un proceso de articulación/concertación entre la población y el estado, en aras de superar los atrasos ocasionados por los años de aislamiento.

El entrante alcalde Jesús Huamanta Vargas (2015-2018) logró posicionarse en su distrito de manera similar a su predecesor, proyectando la imagen de incansable luchador por el mejoramiento de las condiciones de vida de sus conciudadanos⁵⁷. Su brazo derecho en el área social era María Pilar Trujillo Tafur, de 25 años, que administraba el Departamento de Programas Sociales del gobierno local⁵⁸. Para ellos la presencia del monitoreo social –asociado a la asistencia técnica de la consultora del MEF- significó claramente una oportunidad para organizarse mejor, dentro y fuera de la municipalidad, como imagen articuladora de los distintos programas sociales operando en el distrito (*“...el gobierno local ganó peso...”*).

⁵⁵ Fue el único distrito del año 1 en Amazonas cuya línea de base para el monitoreo de CRED se encontraba en ámbar, los demás estaban en rojo.

⁵⁶ Los promotores llegaron a un nivel de empoderamiento que los llevó incluso a constituir una asociación formal.

⁵⁷ Ha visitado el 80% de centros poblados en compañía de sus Regidores, para conocer de primera mano las necesidades de la población.

⁵⁸ Formó parte de la gestión municipal anterior

Un hecho ocurrido el 2014 en Alto Perú, cooperó con toda esta tarea: se implementó un Tambo⁵⁹, infraestructura que se convirtió en el centro de la articulación distrital, pues en adelante allí se realizarían todas las actividades que requerían la concentración de la población, para informarse, capacitarse y/o concertar, a manera de un lugar común, abierto para todos. En marzo de ese año se constituyó el CCMS del distrito.

Un grupo humano particularmente motivado con la estrategia de monitoreo social fue el personal de salud, quienes se sentían abandonados por su micro red. Este se convirtió en un esperado espacio de capacitación en áreas técnicas y sociales (“... *deberían ser más frecuentes...*”) llenado de formatos únicos de atención (FUA); análisis de indicadores; instrumentación y vinculación del seguimiento nominal a indicadores del establecimiento de salud y la comunidad; mayor conocimiento del PAN; acceso a la página amigable del MEF; articulación multisectorial; etc. (“... *anteriormente queríamos hacerlo todo como establecimiento de salud... No nos dábamos cuenta de los aliados: organizaciones de base, centros educativos, etc.*”).

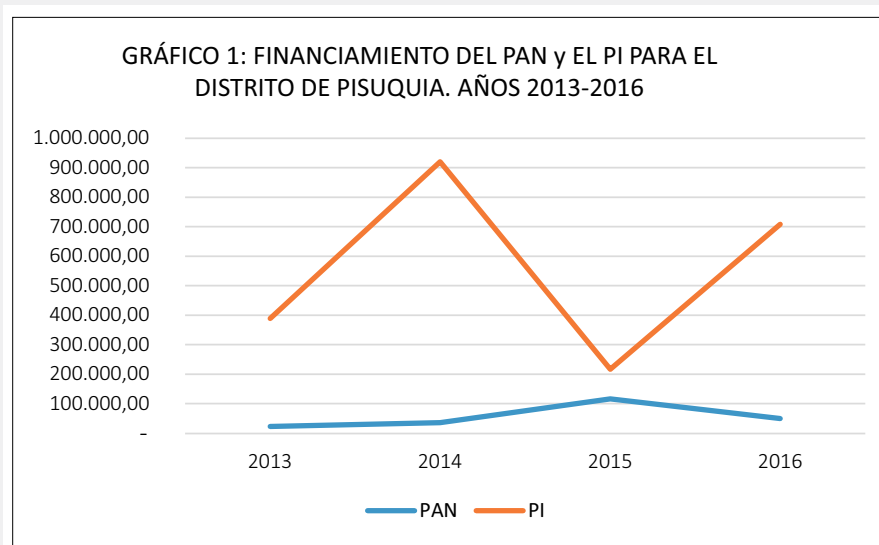
Las capacitaciones conjuntas les permitieron organizarse mejor e incrementar indicadores de resultados; los ACS comprendieron que la vigilancia comunal no era un “*encargo de la enfermera*” sino una necesidad distrital. Por su parte el gobierno local –al participar de las capacitaciones- tenía una idea exacta de lo que se necesitaba financiar.

La cadena de articulación –representada por la acción del CCMS- se convirtió en el punto de partida para movilizar indicadores. Por ejemplo: los ACS ayudaban a reconocer los bolsones de no identificados, allí se dirigía el RENIEC financiado por el gobierno local, el personal de salud se hacía responsable de la convocatoria. El resultado final eran niños identificados que podían afiliarse al SIS, JUNTOS y todos los programas sociales a los que tuvieran derecho. Tarea difícil fue la sensibilización respecto al consumo de las “chispitas”. Estas eran rechazadas por las madres porque “*lo estriñe*” *lo enferma*” “*le choca al organismo*” de sus niños.

Después del seguimiento (julio 2016 - marzo 2017)

En la actualidad el gobierno local de Pisuquia ostenta orgulloso el tener al 100% de niños identificados –el tamaño pequeño de dicha población coopera en ello- y haber recibido un nuevo bono del PI, aunque la curva de programación presupuestaria en el PAN, aún no es contundente en términos de ascenso, como lo muestra el gráfico 1:

⁵⁹ Pertenece al Programa Nacional Tambos (PNT) del MIDIS.



Fuente: Página Amigable del MEF





Las familias tienen más información respecto a cómo preparar alimentos para evitar la DCI, socializan más en los espacios generados por los programas sociales; al adquirir su identidad, las mujeres mejoraron en autoestima e independencia (*"...Aún necesita trabajarse mucho en el tema de la conciencia de bienestar... son raras las personas conscientes...las gestantes se preocupan poco por asistir a sus controles pero la familia ya las presiona para hacerlo...aunque todavía hay letrinas colocadas y sin uso"*). En este escenario es difícil dilucidar entre un cambio de actitudes y el condicionamiento de JUNTOS, del cual son usuarias la mayoría de familias.

Los integrantes del CCMS se sienten muy satisfechos de lo avanzado en indicadores del PN y PAN; la relación entre sus integrantes es fluida (*"...trabajamos la vigilancia comunal articuladamente con los ACS... sabemos que existe un presupuesto para estas actividades y así se lo decimos al gobierno local...no hemos entrado a ver el detalle⁶⁰ pero sabemos que existe..."*). Los ACS desarrollaron un discurso dirigido a las familias que visitan, respecto a la necesidad de aprovechar la existencia de diversos programas sociales.

En general, los actores locales consideran que la presencia del MEF le dio mayor peso a la estrategia de monitoreo social y garantizó la convocatoria a las actividades durante la implementación. A continuación la tabla 7 muestra la cuantificación de factores críticos identificados para el distrito de Pisuquia, en un proceso creciente que alcanzó el mayor puntaje (15,75) entre todos los distritos explorados, colocándose en el nivel *"con elementos de sostenibilidad"*:

⁶⁰ Alude al sistema de consulta en la página amigable del MEF.

Tabla 7: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Pisuquia

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local 	4	5,25	5
Microred de salud 	2,25	5,75	5,75
JUNTOS 	1,5	3	3
Ciudadanía 	0	1,75	2
Puntaje total actores	7,75	15,75	15,75
	7 Contexto	7 Contexto	7 Contexto
%	43,1	87,5	87,5

Fuente: Bases de datos de la sistematización

Pisuquia pudo lograr esta posición por lo siguiente:

- Los factores de contexto son predominantemente facilitadores
- Cuenta con dos actores determinantes, previamente articulados entre sí para realizar la tarea: gobierno local y establecimientos de salud.
- La población tenía disposición y/o entrenamiento previo para organizarse en distintos niveles y JUNTOS abonó en ello.
- Cuenta con puntos de partida previos para la difusión de mensajes a las familias.
- El gobierno local vio una oportunidad en la asistencia técnica proporcionada por el MEF en el marco del monitoreo social y en éste un camino para la articulación de los diversos programas sociales.
- El monitoreo social llenó los espacios descuidados de capacitación y seguimiento a profesionales de la salud.
- Maduró la experiencia de provisión de servicios comunales a través de las campañas conjuntas (RENIEC, SIS, JUNTOS), iniciadas en el marco del EUROPLAN.
- Vio al CCMS como una cadena de articulación público-privada y trabaja en fortalecerla.

- **Imaza**

El distrito amazónico de Imaza integra la provincia de Bagua en la región Amazonas, y tiene 24186 habitantes de los cuales aproximadamente el 65% pertenecen a la etnia awajun⁶¹. Su área es de 4534.70 km²⁶² y la densidad poblacional: 5 personas/km². Tiene 98 centros poblados y cuenta con 41 establecimientos de salud. La municipalidad tiene 57 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 15 (26.3%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (2011-2013)

El gobierno local ya contaba con una Sub Gerencia de Poblaciones Vulnerables y Asuntos Indígenas en la Gerencia de Desarrollo Social, para atender a las comunidades awajun que por entonces eran pequeñas en volumen de población. El alcalde del período 2011-2014 –no muy popular- fue el único mestizo en la historia de Imaza. Este es un hecho con implicancias para el monitoreo social, porque las políticas de los alcaldes awajun suelen tender al proteccionismo de sus comunidades. El año 2013 el gobierno local se hizo acreedor al bono del PI, por un monto de 524 324 soles.

Un tema crítico en el sector salud era la ausencia de visión distrital, con una Red Bagua superpuesta a las micro redes que operaban en el distrito, las cuales no alcanzaron un nivel de desarrollo que les permitiera autonomía técnica. Los otros sectores tenían un desempeño centralista parecido, lo cual devino en una cultura de debilitamiento local *“¿Para qué juntarnos? ...será una pérdida de tiempo...nada se decide aquí”*.

La Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP) era conducida por un veterano técnico de enfermería awajun, que lideraba además a un grueso grupo de sus colegas, gestores mayoritarios de los servicios de salud de las cinco micro redes que operaban en el extenso distrito de Imaza.

Durante la implementación y el seguimiento (enero 2014 – junio 2016)

En dicho escenario fue difícil darle forma al monitoreo social, a pesar que el CCMS se instaló en marzo de 2014. El alcalde saliente no facilitó la tarea. El ingresante sí lo hizo, avalando políticamente a la Gerente de Desarrollo Social en las acciones que le permitieran implementar la estrategia, incluso autorizó la designación de un personal responsable del padrón nominal.

Pero el enfoque asistencialista predominaba sobre la eficacia de las acciones, al punto que el gobierno local estaba dispuesto a sostener v.gr.: a registradores comunales adultos mayores, aun cuando no tuvieran la agudeza visual necesaria para realizar un buen registro. Otro hecho que mostraba la predominancia de esta línea de acción es la no homologación del listado del Programa Vaso de Leche (PVL) con el padrón nominal, porque ello implicaría que algunos de sus usuarios ya no recibieran el beneficio, circunstancia que preferían postergar.

⁶¹ Censo de Comunidades Nativas 2007

⁶² Tiene cuatro veces más población y quince veces más territorio que Pisuquia

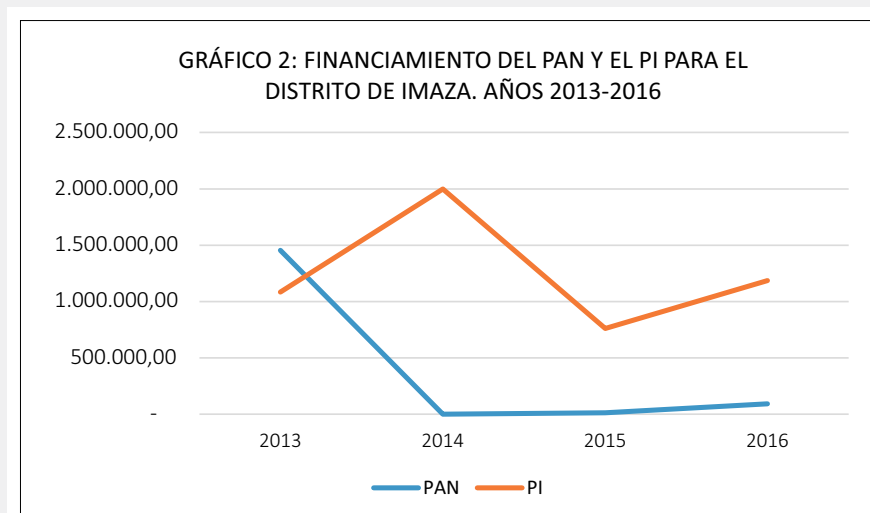
La homologación del padrón nominal se hacía con JUNTOS y la micro red de salud, a pesar que ésta última afrontaba diversas dificultades: no registraba las defunciones; no monitoreaba el cambio de nombres de los niños que realizaban las familias (*“daban un nombre para el Certificado de Nacido Vivo (CNV) y otro para el DNI”*); las púerperas se escapaban de los establecimientos apenas nacían sus niños, pues no deseaban que los identificaran porque el DNI *“es la marca de la bestia”*; encontraban panfletos que afirmaban que las vacunas generaban Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y debían colocárselas a los nativos para acabar con ellos y explotar las riquezas naturales que están bajo su cuidado; pastores evangélicos que predicaban en contra de la identificación y la vacunación.

Contradictoriamente, la Red Bagua se integraba a los equipos multisectoriales distritales que hacían visitas de verificación, pero no monitoreaba la buena marcha del proceso de actualización del padrón.

A pesar de todas estas limitaciones, se relevó la realización del foro de rendición de cuentas *“para mostrar el trabajo social del gobierno local”* donde se contó con la participación de los Apus, sociedad civil, presidentas de los PVL, representantes de otros centros poblados, etc. Un logro muy publicitado en aquel foro fue la reducción sustancial de indocumentados en el distrito. Es preciso mencionar que en esta etapa Imaza tuvo hasta tres consultores para la asistencia técnica de la implementación del monitoreo social y ninguno de ellos pudo lograr que se movilizaran los procesos claves que levantarán la estrategia.

Después del seguimiento (julio 2016 – marzo 2017)

Las dificultades descritas en el período previo aún se encuentran vigentes porque no se han tomado medidas contundentes para abatirlas. En la Gerencia de Desarrollo Social del gobierno local se encuentran capacitando activamente a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) en el marco del PAN, cuya curva de programación presupuestaria muestra una pequeña tendencia al ascenso, de acuerdo al gráfico 2:



La capacitación de ACS cuenta con el aval entusiasta del personal técnico de micro red, que de esa manera se siente apoyado en las múltiples tareas que alega tener. Por otro lado, se está proyectando que los 27 registradores comunales reciban un estipendio de 200 soles, y si logran inscribir a más de diez personas se harían acreedores a una canasta de víveres.

A continuación la tabla 8 muestra la cuantificación de factores críticos identificados para el distrito de Imaza

Tabla 8: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Imaza

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local	2	3,5	3,5
Microred de salud	0,75	3,25	2,75
JUNTOS	0,25	2	1,75
Ciudadanía	0	1,25	1,25
Puntaje total actores	3	10	8,75
	-4 Contexto	-2 Contexto	-1 Contexto
%	16,7	55,6	48,6

Fuente: bases de datos de la sistematización

Que le permitieron alcanzar un puntaje de 8,75, colocándola en el nivel “en desarrollo”. En dicha tabla es muy llamativo un contexto negativo en los tres momentos clave de la experiencia (antes, durante y después), que implican limitantes de diversa complejidad (conflictos, dispersión, elevada población infantil, etc.) y que sumados seguramente se potencian.

En ese entorno se identificó:

- Un gobierno local solitario en el impulso del monitoreo social con visión asistencialista de la problemática étnica.
- Ausencia de visión distrital, con la consecuente dependencia de Bagua y el debilitamiento de lo local.
- Desorganización de los servicios de salud frente a la tarea del seguimiento nominal
- Una población nativa con cultura defensiva respecto al sistema local de salud.

- **Nieva**

El distrito amazónico de Nieva es capital de la provincia de Condorcanqui en la región Amazonas, y alberga a 28812 habitantes, de los cuales aproximadamente el 54.5%⁶³ pertenecen a la etnia awajun. Su área es de 4484.63 km² y densidad poblacional: 6 personas/ km². Tiene 111 centros poblados y 34 establecimientos de salud. La municipalidad provincial⁶⁴ tiene 190 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 28 (14.7%) son profesionales, entre ellos el alcalde que es el primer burgomaestre con título universitario que ha tenido el gobierno local⁶⁵.

Antes del monitoreo social (2011-2013)

Por su posición geocéntrica en la provincia de Condorcanqui, el distrito de Nieva ha contado con especial intervención en capacitación de recursos humanos, y se reconocen los largos años de trabajo de UNICEF en ello. En esa misma línea el año 2013, la DIRESA y OPS formaron recursos en el modelo de atención “MAIS-BAC”⁶⁶. Ese mismo año cincuenta funcionarios de diversos sectores y de las municipalidades de Chachapoyas, Condorcanqui, Bagua y Luya culminaron el diplomado “Gestión Pública por Resultados con énfasis en la 1ª Infancia”⁶⁷. Sin embargo la mayoría de capacitados en estos espacios ya no se encuentran en la provincia y “*los nuevos no conocen y no hay forma de hacerles conocer*”.

En esta etapa también se recuerda al FONDAM por su especial énfasis en la consejería personalizada en el establecimiento de salud y en casa. Por entonces se desconocía el número de niños en los distritos y comunidades nativas, las cuales se sentían relegadas y no percibían la voluntad política del Gobierno Regional para atender sus necesidades. Esto cambió positivamente a partir del “Baguazo”, pero las poblaciones nativas aún se sentían presionadas por el interés desmesurado en la explotación de minerales en sus territorios, a pesar que el discurso oficial era la conservación del medio ambiente.

El gobierno local logró el bono por cumplimiento de metas del PI el año 2013, por un monto de 591 796 soles.

Durante la implementación y el seguimiento (enero 2014 – junio 2016)

Mestizos y nativos se articularon progresivamente en los espacios de poder, v.gr.: comuna municipal, aunque por efecto del “Baguazo” se notó un debilitamiento de las organizaciones nativas⁶⁸. Los gestores locales del período 2010-2014 se precian

⁶³ Censo 2007

⁶⁴ Que administra el distrito de Nieva

⁶⁵ A diferencia de Imaza, la influencia mestiza ha sido mayor en la municipalidad de Condorcanqui, que en los últimos años colocó dos alcaldes en el sillón provincial.

⁶⁶ radiolavozbaguagrande.blogspot.com/2013/.../diresa-y-ops-impulsan-capacitacion. ht

⁶⁷ <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-funcionarios-de-region-amazonas-participan-diplomado-gestion-publica-486527.aspx>

⁶⁸ http://diariomaranon.com/index.php?menu=ver_noticia.php&n=289

de haber promovido una mayor participación de líderes nativos en el proceso de presupuesto participativo – de 22 a 158 participantes awajun- así como al Consejo Aguaruna Huambisa (CAH), la Federación de Comunidades Nativas Aguarunas del Río Nieva (FECONARÍN) y la Federación Aguaruna Domingusa (FAD). El siguiente equipo de gestión también le dio continuidad a este esfuerzo.

Las prioridades del gobierno local dejaron de ser la construcción de aulas y la potabilización del agua. Con el monitoreo social se empezó a hablar de articulación multisectorial y de la conducción de la misma desde el gobierno local. En mayo de 2014 se instaló el CCMS y se trabajó un reglamento para el mismo, que contempló la necesidad de dedicación exclusiva del Responsable del padrón nominal, así como la indicación que los puestos de salud debían informar al gobierno local sobre los nacimientos.

Los registradores comunales salían a las comunidades a realizar su tarea, pero los nativos se resistían al DNI, porque consideraban que *“el Estado los quiere sellar/marcar con el 666 que es el número de la bestia”*. Estas nociones estaban bastante arraigadas y eran similares a las identificadas en Imaza: *“las vacunas adelgazan, matan o te dejan inválido”*; *“por la vacuna viene un veneno para que los awajun mueran...no procreen”*, *“un médico de Chachapoyas lo dijo”*; *“la chispita no es peruana y arde al fuego, o sea que tiene pólvora, mata a las hormigas y se queda oscuro en el fondo del depósito, por eso las botan”*, *“la cesárea te deja inválida”*.

Con el gobierno local entrante (2015-2018)⁶⁹, se conformó el equipo técnico del monitoreo social que –cual equipo itinerante- realizaba salidas con el objeto de sensibilizar/capacitar/atender a las comunidades rurales. Las primeras salidas fueron financiadas en su totalidad por el gobierno local⁷⁰. *“Articular a los sectores fue un trabajo que duró aproximadamente seis meses”*. El CCMS descubrió que la entrada a las comunidades nativas era a través de los Apu, si ellos no se sentían involucrados, no informaban a su comunidad de la visita que recibirían por parte del CCMS.

Después del seguimiento (julio 2016-marzo 2017)

El CAH está dividido reforzando la imagen de debilidad que muestra en los últimos años. La MCLCP perdió presencia como espacio multisectorial probablemente debido a la fuerza que se le imprimió al CCMS. La cultura de concertación actual está más vinculada a la compatibilidad de la orientación política, es decir *“me reúno contigo si eres de mi partido”*.

La municipalidad se ha organizado de manera que todos los programas sociales ocupen un espacio físico común, que les permita articularse con mayor facilidad. Allí se ha instalado la *“mesa de la homologación”* como símbolo del proceso de articulación al que se han alineado la mayoría de operadores locales estatales. A pesar de los procesos desplegados, los indicadores de resultado del PN y PAN aún son negativos, pero los integrantes del CCMS consideran *“que los programas presupuestarios ven solo números y no la dispersión”*.

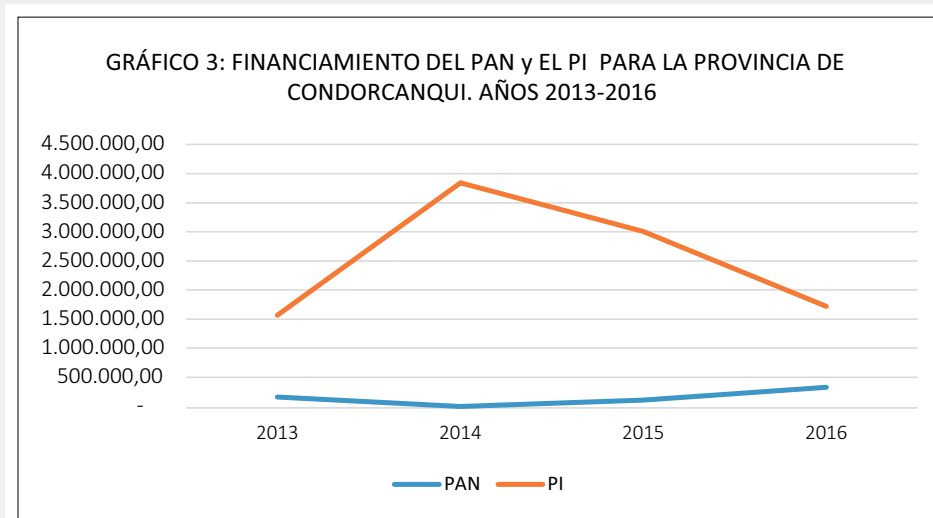
⁶⁹ Cuyo alcalde que es el primer burgomaestre con título universitario que ha tenido Nieva en su historia

⁷⁰ En esa zona los costos de traslado son muy considerables por el combustible para las rutas por agua

Se han incrementado los recursos humanos en los establecimientos de salud, pero no hablan el idioma awajun, hecho que les permitiría disminuir una de las brechas de interculturalidad.

En un territorio tan extenso los registradores comunales cumplen un papel muy relevante para alcanzar las metas de identificación, pero no están satisfechos porque los viáticos son muy elevados debido a la alta dispersión de las comunidades, pues llegar a algunas de ellas implica una semana solo para el desplazamiento. A pesar de todo, financiar a un registrador es mucho menos costoso que trasladar a familias nativas completas aún no identificadas.

El gobierno local de Condorcanqui es el que más financiamiento público recibió entre los tres distritos sistematizados en la región Amazonas. En los últimos seis años ha manejado un presupuesto institucional modificado (PIM) promedio de 26 212 252 millones y en el 2016 recibió un segundo bono de cumplimiento del PI por 713 534 soles. En ese entorno la curva de programación presupuestaria del PAN muestra tendencia al alza, más no así la del PI, de acuerdo al gráfico 3:



Fuente: Página Amigable del MEF

A continuación la tabla 9 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Nieva, que alcanzó un puntaje de 13,25 entre los distritos explorados, colocándolo en el nivel “en consolidación”:

Tabla 9: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Nieva

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local →	2	4,75	5,75
Microrred de salud →	0,25	3,5	3,75
JUNTOS →	0,25	2	2,5
Ciudadanía →	0	1,75	1,25
Puntaje total actores	2,5	12	13,25
	-5 Contexto	-5 Contexto	-7 Contexto
%	13,9	66,7	73,6

Fuente: Bases de datos de la sistematización

Nieva - Condorcanqui es quizás la prueba más contundente de como la gestión territorial articulada puede avanzar en un contexto ampliamente negativo que incluso se incrementó durante los momentos clave de la intervención.

Y existen factores críticos positivos que merecen señalarse, que la llevaron a la posición que actualmente ostenta:

- Espacios privilegiados de capacitación activa e intensiva para sus recursos humanos.
- Nativos en espacios locales de toma de decisiones, incluidos los de articulación.
- Visión del monitoreo social como instrumento de articulación desde el gobierno local, que le llevó a conducir los equipos multisectoriales itinerantes y a implementar la mesa de homologación como símbolo del trabajo articulado, posicionándolo políticamente como conductor territorial.

Los problemas son álgidos pero los gestores locales están madurando en sus procesos de articulación para atenderlos.

• Panoa

El distrito de Panoa es capital de la provincia de Pachitea en la región Huánuco y alberga a 24395 habitantes. Su área es de 2630 km² y densidad poblacional: 9 personas/km². Tiene 73 centros poblados y cuenta con 7 establecimientos de salud. La municipalidad tiene 154 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 24 (15.5%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (2009 – 2013)

El 2011 Panao fue el primer piloto de PN en el país, en el marco del programa EUROPAN, convirtiéndose en el anfitrión de representantes de RENIEC y MINSA, que acudieron a sentar las bases de lo que en ese momento se consideró un instrumento altamente innovador. El año 2012 el gobierno local recibió un bono en el marco del PI.

El equipo de gestión de entonces se propuso dar trabajo directo a las familias de menores recursos, con presupuesto de mantenimiento vial para caminos rurales; también intentó mejorar el nivel de profesionalización del recurso municipal⁷¹; reorganizó la Gerencia de Desarrollo Social intentando involucrar en ello al PVL, logrando implementar la Sub Gerencia de Educación. Un importante soporte a la intervención social procedía de los regidores de salud.

Por entonces, se encontraba muy posicionada en el distrito una mesa multisectorial (MAIDESOF) liderada por el gobierno local, en la que participaban todas las organizaciones, estimulándose dicha participación a través de la entrega de refrigerios y el reembolso de pasajes a los representantes que venían de la zona alta del distrito.

Los servicios de salud eran gestionados por un Comité Local de Administración de Salud (CLAS), pero la directiva era muy conflictiva y sus integrantes se denunciaban constantemente entre sí, por manejos de dinero considerados inadecuados. Entonces ya se notaba una declinación progresiva de la calidad del servicio de salud. La casa materna estaba abandonada y se hizo el esfuerzo de reactivarla, pero tardó nueve meses debido a la burocracia municipal.

Durante la implementación y el seguimiento (enero 2014 – junio 2016)

El monitoreo social inició en un escenario altamente complicado: un servicio de salud posicionado negativamente, por mala calidad de atención plasmada en las frecuentes quejas de los usuarios; un programa JUNTOS desarticulado de la tarea por limitaciones en las autorizaciones para entregar información (“... *Cuando se convocaba a las reuniones del CCMS JUNTOS no estaba en Panao: “Fue una pata coja JUNTOS, no concurrían... no hay articulación hacia abajo en JUNTOS... un eslabón roto...estábamos todos los programas sociales, menos JUNTOS...”*) y un gobierno local saliente que obtuvo un bono del PI, pero no avanzó sustancialmente en el impulso de procesos de articulación multisectorial.

Entre los actores que respondían a la convocatoria del CCMS se encontraban: autoridades locales, representantes de derechos humanos, el PVL, Cunamas y el CLAS Panao; aun así no logró el apoyo político del alcalde y sus asesores (“*No le dieron importancia al CCMS y no se avanzó...”*).

⁷¹ A pesar de las presiones políticas para colocar personas

Al ingresar el nuevo gobierno local, la MAIDESOF perdió posicionamiento por haber apoyado políticamente al contendor. Esto se consideró un importante retroceso porque los representantes de sociedad civil consideraban: *“que era un buen espacio para relacionarse con el gobierno local y saber lo qué estaba haciendo”*

El CLAS Panao continuó su declinación, alegando que la excesiva sobrecarga de pacientes le impedía cumplir las metas del convenio capitado con el SIS. (*“Tratábamos de enmascarar la necesidad”*). No se usaba el padrón nominal y los reportes de seguimiento de la red de salud Huánuco indicaban que literalmente no tenían ningún niño controlado menor de un año. En el intento de controlar la situación se designó un personal técnico para cotejar esa información pero a veces no se lograba levantar todas las observaciones. (*“La señorita Lissete⁷² nos ofrecía ayuda pero no la tomamos en su entera dimensión”*).

Un avance reconocido en esa época fue la instalación de una Oficina Registral Auxiliar (ORA) en el CLAS, la misma que permitió el registro oportuno de los recién nacidos. El personal de la ORA junto al de salud concientizaban a los padres y madres respecto a la importancia de tener anticipadamente los nombres de los niños por nacer (*“...Incluso se les ayudaba a buscarlos...”*) sin embargo también habían Obstetras que retrasaban la emisión del Certificado del Nacido Vivo (CNV), entorpeciendo el proceso.

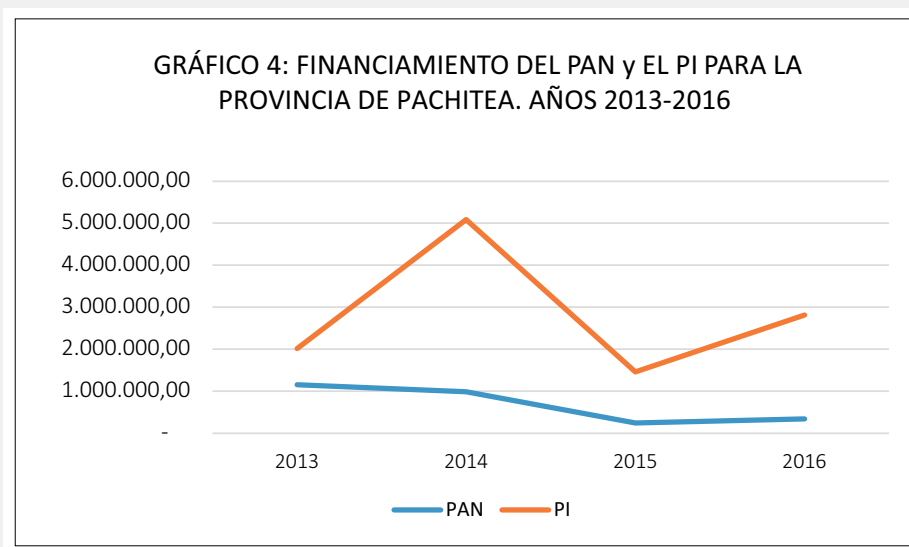
Después del seguimiento (julio 2016 – marzo 2017)

El gobierno local no ha convocado a reunión del CCMS desde junio de 2016 en que cesaron las visitas de la consultora de monitoreo social; sin embargo ha avanzado en los temas de homologación del PN al interno de los programas sociales manejados por el gobierno local.

Se disolvió la administración CLAS y se retornó al diseño de micro red -caracterizada por mayor dependencia técnica y financiera de la Red Huánuco- que continua divorciada del gobierno local y por ende, del monitoreo social (*“...Hemos tratado de implementar la sectorización, pero se estancó...hay personas a las que no les parece importante...”*). El nuevo grupo de gestores locales de JUNTOS se ha aproximado a la Gerencia de Desarrollo Social del gobierno local para sentar su queja respecto al desorden de los servicios de admisión de los niños, que impiden un adecuado seguimiento a la corresponsabilidad de las madres usuarias. Este nuevo grupo muestra disposición a articularse en los espacios multisectoriales.

Respecto a la curva de programación presupuestaria vía PAN, ésta muestra una ligera tendencia de crecimiento en el último año, al igual que el PI, de acuerdo al gráfico que se presenta en la siguiente página:

⁷² Consultora del MEF



Fuente: Página Amigable del MEF

A continuación la tabla 10 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Panao, con un puntaje de 7,75, el segundo más bajo de los distritos explorados, colocándolo en el nivel “en desarrollo”:

Tabla 10: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Panao

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local →	1,75	3	2,25
Microred de salud →	0,75	2,75	2,5
JUNTOS →	0,5	0,75	1,25
Ciudadanía →	0	2,25	1,75
Puntaje total actores	3	8,75	7,75
	-3 Contexto	-3 Contexto	-4 Contexto
%	16,7	48,6	43,1

Fuente: Bases de datos de la sistematización

Se muestra un distrito sin actores relevantes –ninguno alcanza siquiera la mitad del puntaje total- y el único que elevó ligeramente sus factores críticos fue JUNTOS. El contexto es limitante en los tres momentos clave de la experiencia, aunque en menor cuantía que el distrito Nieva.

Las principales circunstancias que llevaron a Panao a esta posición se postulan a continuación:

- Limitada visión distrital, entorpecida por clientelismo político
- Limitado liderazgo de conducción del gobierno local
- Sistema de salud en crisis organizacional con efectos deletéreos en la satisfacción de los usuarios
- Quiebre en la relación gobierno local-salud
- Resistencia a la asistencia técnica local brindada por el MEF

Hasta aquí se han analizado los cuatro distritos que tuvieron el período más prolongado de seguimiento posimplementación del monitoreo social; tres de ellos abiertos a la oportunidad representada por la asistencia técnica y uno resistente. Tras el análisis de factores críticos, Imaza y Panao se ubican en el nivel “en desarrollo”; Nieva “en consolidación” y Pisuquia “con elementos de sostenibilidad”, mostrando que los elementos previos a la experiencia y los caracteres de la gestión local, son más determinantes que el período de seguimiento en los resultados de la implementación.

4.2.2.2. DISTRITOS QUE TUVIERON QUINCE MESES DE SEGUIMIENTO POS ASISTENCIA TÉCNICA

Fue el segundo grupo intervenido -en la etapa II del año 1- que recibió asistencia técnica desde abril de 2014 a marzo de 2015, y cuyo periodo de seguimiento transcurrió entre abril de 2015 a junio 2016. En él se encuentran los distritos de Cachachi y Bambamarca en la región Cajamarca:

- **Cachachi**⁷³

El distrito de Cachachi pertenece a la provincia de Cajabamba en la región Cajamarca y cuenta con una población de 26865 habitantes. Su área es de 820.81 km² y densidad poblacional: 32 personas/km². Tiene 121 centros poblados y cuenta con 9 establecimientos de salud. La municipalidad tiene 56 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 9 (16%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (2009-2013)

La situación era bastante crítica en el ámbito de la salud: tasas de DCI altas; e indicadores de Control Pre Natal (CPN) y parto institucional bajos. Las cabeceras de micro red no eran funcionales, los sistemas informáticos eran deficientes, así como la transmisión radial y el acceso vial. En el ámbito educativo tres de cada diez niños terminaban la educación básica regular.

⁷³ Único alcalde re elegido entre los distritos objeto de sistematización

En el primer período del gobierno local se implementaron cinco Puestos de Salud Satélites. Se iniciaron campañas informativas para que los padres tuvieran dos nombres alternativos para sus niños, en la eventualidad de que fueran hombre o mujer; al principio hubo resistencia en las familias –a pesar que el plan de parto prevé dicha contingencia- y tuvieron que sumarse esfuerzos para disminuirla; trabajo en el que se contó con los siguientes actores: tenientes alcaldes, ACS, registradores, defensoría (DEMUNA), programa JUNTOS y Cuna más.

Se afrontaban serios problemas de identificación de niños y no podían acceder al SIS. El año 2012 el distrito tenía solo diez niños con acta de nacimiento y veinte con DNI. El 2013 se realizaron 142 intervenciones con los grupos itinerantes de la Gerencia de Restitución de la Identidad y Apoyo Social (GRIAS) del RENIEC en el 100% de comunidades, es decir: un barrido; lo que le permitió al gobierno local ser piloto nacional en identificación durante dos años consecutivos.

El mismo año se instaló el proyecto minero Shahuindo para explotar oro y plata en el distrito. Su presencia limitó la minería informal que se había extendido en la zona y era practicada por inmigrantes. *“Era un problema... los mineros informales acostumbran contratar a jóvenes indocumentados, pues si mueren nadie reclama por ellos”*

El 2013 el gobierno local alcanzó un sustancioso bono del PI por un monto de 1 120 746 millones de soles.

Durante la implementación y el seguimiento (abril 2014 - junio 2016)

Cuando se inició el monitoreo social, el gobierno local y el sector salud no coordinaban entre sí. En mayo 2014 se instaló el CCMS y a partir de allí se implementaron reuniones mensuales a las que acudían: el responsable del padrón nominal, los registradores civiles y representantes de la red de salud Cajabamba. Dada la álgida problemática en identidad, se colocó un registrador remunerado en cada centro poblado.

El PN fue considerado una fortaleza por el gobierno local pues le permitió sincerar su población de niños y niñas, e identificar a los que se encontraban sin cobertura de programas sociales o SIS. El responsable de la homologación refirió sentirse profundamente frustrado en la medida que la experiencia de actualización del padrón nominal no llegó a contar con la cooperación de los operadores sociales del distrito. Con el sector salud –principalmente- las dificultades fueron diversas:

- La alta rotación del personal (*“Cuando está familiarizándose con el procedimiento, viene uno nuevo”*)
- La información reposa en una sola persona en el establecimiento (*“si esa persona no está, nadie sabe nada”*)
- El personal de salud realiza la actualización del PN por cumplir y no porque cree que ella es valiosa para su trabajo
- La red de salud no ejerce ninguna exigencia para que el procedimiento se cumpla adecuadamente en los establecimientos

- No existe un responsable de capacitar en PN al personal nuevo. Solicitan pasajes y a veces alojamiento para desplazarse al gobierno local a realizar la actualización del padrón. Si no hay presupuesto para ello, la actividad no se realiza.

El gobierno local también financió trabajadores en establecimientos de salud, con el objetivo de fortalecer el seguimiento comunitario, sin embargo se les asignaban otras tareas como el llenado de Formatos Únicos de Atención (FUA), tergiversando el objetivo inicial para el que fueron contratados.

Después del seguimiento (julio 2016- marzo 2017)

El gobierno local “...En lo social se ha impulsado la educación, sobre todo la inicial⁷⁴, en la actualidad no existe un solo niño menor de cinco años que no se encuentre en el sistema educativo local y ya son cinco de cada diez niños los que terminan la EBR”. Se sostiene a un registrador en cada centro poblado y su remuneración es de 1200 soles mensuales.

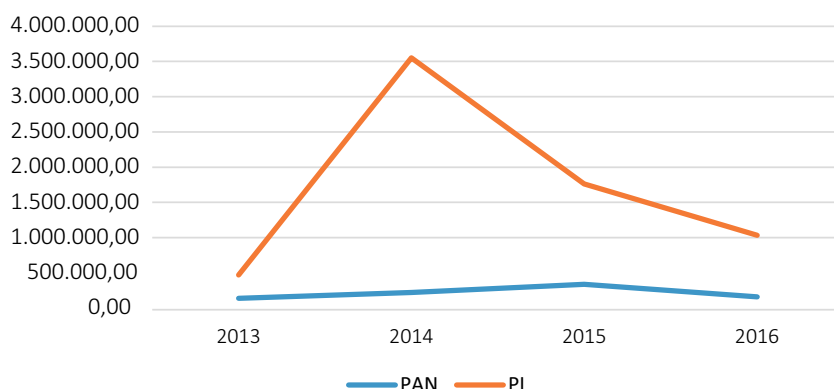
El aplicativo del PN plantea diversos problemas que en la actualidad ya no se resuelven como antes, es decir, no solo los gobiernos locales se han desacelerado respecto a este instrumento desde que ya no forma parte del PI, eso también se nota en el soporte técnico brindado por el MINSa y el RENIEC centrales. *(Antes toda dificultad se atendía con celeridad, ahora ya difícilmente responden al teléfono...Algunas dificultades podrían resolverse si hubiera un modo de comunicarnos con los responsables de padrón nominal de cualquier parte del país)*.

Las reuniones del CCMS se han suspendido por serias fricciones originadas entre la Red Cajabamba y el responsable de padrón nominal del gobierno local; a pesar que estos espacios ya están normados a través de una directiva regional emitida por la Diresa Cajamarca. También existe otra que precisa que JUNTOS haga lo mismo. La noción de JUNTOS en el gobierno local es muy buena: *“Es dinero contante y sonante, sin duda mueve la economía del distrito...solo con un buen manejo de los programas sociales, se pueden ganar elecciones...”*.

El 2016 el gobierno local logró un segundo bono en el marco del PI, por 842 725 soles. En general, la curva de programación presupuestaria de recursos a través del PAN muestra tendencia decreciente en el último año, al igual que la del PI, como lo muestra el gráfico 5:

⁷⁴ El gobierno local financia 119 profesores y 31 animadoras.

GRÁFICO 5: FINANCIAMIENTO DEL PAN y EL PI PARA EL DISTRITO DE CACHACHI. AÑOS 2013-2016



Fuente: Página Amigable del MEF

A continuación la tabla 11 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Cachachi, que alcanzó un puntaje de 7,25 (el más bajo de los nueve distritos) colocándose en el nivel “en desarrollo”. Se muestra un distrito cuyo actor más relevante es el gobierno local, pero cuyos factores de contexto son limitantes, aunque en mucha menor cuantía que los distritos previamente analizados. Respecto a la línea del tiempo, Cachachi mostraba cierto sustrato de procesos antes de la intervención, que crecieron con la asistencia técnica, pero decayeron en ausencia de la misma.

Tabla 11: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Cachachi

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local →	2,75	5	3,5
Microred de salud →	0,5	0,75	0,75
JUNTOS →	1,5	2	2,25
Ciudadanía →	0	0,75	0,75
Puntaje total actores	4,75	8,5	7,25
Contexto	0	0	-2
%	26,4	47,2	40,3

Fuente: Bases de datos de la sistematización

La experiencia de Cachachi es un claro ejemplo de cómo el quiebre gobierno local-salud, se convierte en el factor determinante limitante de las posibilidades de implementación del monitoreo social.

- **Bambamarca**

El distrito de Bambamarca es capital de la provincia de Hualgayoc y alberga a 81946 habitantes en un área es de 451.38 km², con una densidad poblacional de 181 personas/km². Tiene 161 centros poblados y 36 establecimientos de salud. La municipalidad cuenta con 563 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 110 (19.5%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (marzo 2009 – marzo 2014)

Antes que se iniciara el monitoreo social, Bambamarca ya se había erigido en zona de conflicto social, debido a la profunda insatisfacción de la población por lo que consideraban una falta de respeto al medio ambiente –y por ende al desarrollo- demostrada por las empresas que explotaban metal en su territorio y la escasa protección de los intereses de la población por parte de los organismos estatales.

Todo el quehacer distrital estaba impregnado por este conflicto: población-minera y población-estado. Los espacios de diálogo, cualquiera que fuere el motivo de la convocatoria, iniciaban siempre con dicho tema. El Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (PREDECI) ejecutado por la minera en el período 2008-2012, solo sirvió para incrementar la desazón.

Por otro lado, las micro redes de salud no mantenían buenas relaciones con los gobiernos locales del ámbito provincial; el personal de salud se resistía a llevar información para la homologación del padrón nominal *“Si ellos tienen el presupuesto para la actividad, que se tomen el trabajo de recoger la información”*; por otro lado, la pregunta: *¿Quién llevaría la información?: ¿Los responsables de Atención Integral del Niño o Promoción de la Salud?* No era contestada de manera enfática y existía una nebulosa en relación a estas responsabilidades. En los establecimientos de salud tenían libros de seguimiento nominal estandarizados desde el ámbito regional y muchos gestores de salud consideraban que debían seguir utilizándose, porque el personal de salud carecía de habilidades informáticas necesarias para el manejo del padrón nominal.

En el ámbito netamente financiero, el único bono por cumplimiento de metas del PI recibido por este gobierno local, se produjo en el 2012 por el significativo monto de 1 506 331 millones de soles.

Durante la implementación y el seguimiento (abril 2014 – junio 2016)

En este difícil escenario cargado de tensiones –pues los alcaldes se catalogaban en su desempeño, por su mayor o menor defensa de los intereses de la población respecto a la actividad minera- se logró articular a un grupo multisectorial en el marco del monitoreo social, tras limar las reactividades iniciales. No fue fácil, y la red de salud

Bambamarca tuvo un rol importante en la articulación, por su posicionamiento positivo en la estructura multisectorial, con el soporte del monitor social. (*“Cuando el MEF va las aguas políticas se calman”*).

A la red Bambamarca le resultó útil en su tarea, mostrar evidencia que las redes de salud vecinas se encontraban avanzando a pasos agigantados en la implementación del monitoreo social⁷⁵. Cooperaron en esta tarea la MCLCP y una ONG local, aunque no se llegó a involucrar a representantes de la ciudadanía en el CCMS – el más tardío en instalarse en agosto 2014- a pesar que el gobierno local invirtió tiempo y esfuerzo en promover Juntas Vecinales Comunes (JVC) (aunque sus detractores opinaban que solo lo hizo con fines de proselitismo político).

Inicialmente impresionó una apuesta del gobierno local por el monitoreo social, quien designó a una persona para asumir el padrón nominal de manera exclusiva, el mismo que alcanzó un alto nivel de desempeño muy apreciado por el CCMS, sin embargo, fue cambiado por otra persona cuyo desempeño dejaba mucho que desear y no fue repuesto a pesar del pedido insistente del CCMS, desestabilizando notablemente la estrategia.

Un tema muy valorado por la Red Bambamarca es que la estrategia de monitoreo social obligaba a una mejor organización de los registros y archivamiento de los FUA, así como al análisis frecuente de la información procesada, actitud lamentablemente no muy frecuente en los establecimientos de salud.

Circunstancia particular fue la que se produjo en la micro red El Tambo, donde el Gerente –Enfermero de profesión- valoró el instrumento PN y solicitó a su personal de informática le brindara soporte para monitorear el llenado del padrón en red *“desde su computadora”*, lográndolo con éxito.

Después del seguimiento (julio 2016 – marzo 2017)

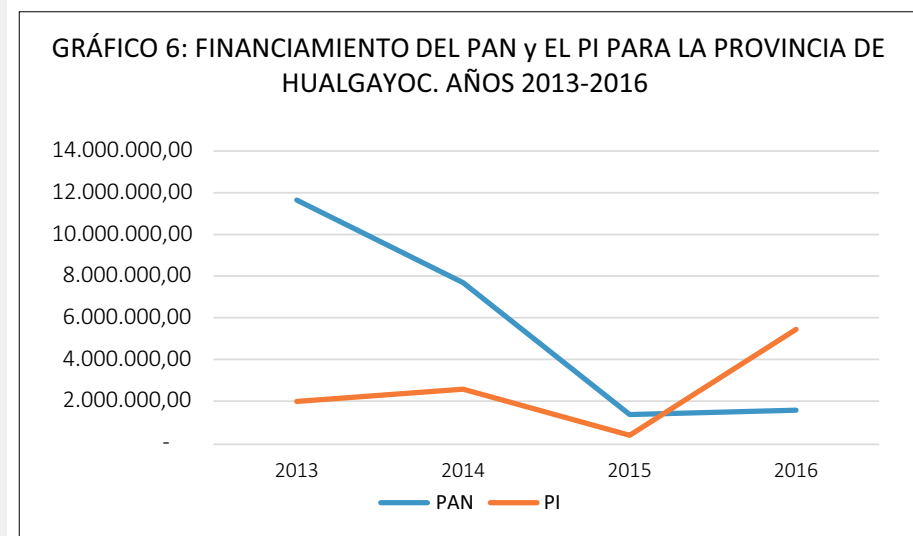
El gobierno local retomó la tarea del padrón nominal y tiene un nuevo responsable con mucha disposición para reactivar el proceso, que además cuenta con un digitador de apoyo debido al importante volumen de niños en el distrito.

En la micro red El Tambo se ha fortalecido el monitoreo en red del llenado del PN. La Red Santa Cruz también asumió *“su matriz”* y le ha dado carácter de obligatoriedad en su jurisdicción. La DISA Chota por su parte está informada de la elaboración de un software de seguimiento nominal, en manos de la DIRESA. Es decir, en todos los niveles existe la inquietud de institucionalizar la tarea.

Bambamarca tiene el mayor recurso humano, capacidad instalada y financiamiento público⁷⁶ entre los tres analizados en la región Cajamarca y entre los nueve distritos objetos de sistematización.

⁷⁵ Con el soporte de la DISA Chota, cuyo actual Director fue consultor del monitoreo social en Cajamarca

⁷⁶ El fondo mayor procede del canon



Fuente: Página Amigable del MEF

En lo concerniente al PAN, fue el único gobierno local que programó actividades en todos los productos de dicho programa presupuestario, denotando mayor conocimiento del mismo; sin embargo su curva mostró una baja significativa el año 2015, iniciando un ligero ascenso el 2016. Compensatoriamente el PI se elevó en el mismo período, de acuerdo al gráfico 6.

A continuación la tabla 12 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Bambamarca, que alcanzó un puntaje de 9,5 entre los distritos explorados, colocándose en el nivel “en consolidación”.

Tabla 12: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Bambamarca

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local →	2,25	3,75	3
Microrred de salud →	1,5	4,5	4,5
JUNTOS →	1	1,25	1,25
Ciudadanía →	0	0,75	0,75
Puntaje total actores	4,75	10,25	9,5
	2 Contexto	2 Contexto	2 Contexto
%	26,4	56,9	52,8

Fuente: Bases de datos de la sistematización

La tabla muestra un distrito cuyo actor más relevante es micro red de salud, que mantuvo sus factores críticos más o menos constantes durante y después de la intervención, al igual que los actores JUNTOS y ciudadanía. Sus factores de contexto son mayoritariamente facilitadores a pesar del conflicto social. En la línea del tiempo existían procesos desarrollados como punto de partida, que crecieron con la asistencia técnica y decayeron levemente después de la misma.

La experiencia en Bambamarca es un claro ejemplo de que la concertación para el monitoreo social puede superponerse al clima de conflicto social.

Este segmento de análisis corrobora lo identificado en el anterior: los elementos previos a la experiencia y los caracteres de la gestión local, son más determinantes que el período de seguimiento en los resultados de la implementación.

4.2.2.3. DISTRITO CON TRES MESES DE SEGUIMIENTO POS ASISTENCIA TÉCNICA

Se trata del distrito de Tabaconas en la región Cajamarca, que perteneció a la etapa III del año 2 y recibió asistencia técnica desde abril de 2015 a marzo de 2016, con un periodo de seguimiento transcurrido entre abril y junio de 2016

- **Tabaconas**

El distrito de Tabaconas pertenece a la provincia de San Ignacio en la región Cajamarca y alberga a 21743 habitantes en un área de 791.02 km², con una densidad poblacional de 27 personas por km². Tiene 82 centros poblados y 9 establecimientos de salud. La municipalidad cuenta con 46 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 10 (21.7%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (2009-2014)

Tabaconas se posicionó como zona productora de café y su economía creció durante el *boom* de este producto. Por entonces la carretera de penetración solo estaba afirmada, carecían de luz, el agua tenía altos índices de contaminación y la señal de radio llegaba con mucha dificultad al distrito. La señal de internet se capta recién desde el 2006 y la de celular desde el 2007, en ambos casos es un servicio intermitente.

Al contrario de la experiencia en Bambamarca, la micro red de salud Tamborapa Pueblo –cabecera del distrito de Tabaconas- recuerda positivamente el apoyo del PREDECI en el período 2009-2013 y la asistencia técnica de la Red San Ignacio que les visitaba 2 a 3 veces por año, pero lo hacía por estrategias y no por indicadores de resultados⁷⁷.

Tamborapa Pueblo posee tradición de trabajo coordinado entre la micro red de salud, las madres de JUNTOS y los promotores de Cuna Más, para lograr la asistencia oportuna de las madres y/o los niños a sus controles de salud –ello facilitó tremendamente la implementación de la vigilancia comunal en el marco del monitoreo social- incluso más que con los promotores locales de dichas entidades que todavía se encontraban en proceso de articulación al interior del propio MIDIS.

⁷⁷ Como se hace en la actualidad

Por el lado financiero, el gobierno local logró tres bonos consecutivos en el marco del PI durante los años 2012, 2013 y 2014, que brindarían soporte a estas actividades.

Por su parte y desde el año 2013 la DISA Jaén impulsaba un ordenado proceso con el objeto de informatizar el seguimiento de los niños, así como los de monitoreo y evaluación de los servicios de salud e su ámbito.

Durante la implementación y el seguimiento (enero 2015 – junio 2016)

Los gestores distritales tenían una buena relación entre sí, pero aún no se articulaban activamente. Fue difícil con el gobierno local y la micro red de salud Tamborapa Pueblo, que sostenían una relación susceptible de ruptura frecuente, pues concordaron aplicar la Tecnología de Decisiones Informadas (TDI) en el distrito, pero el pago tardío de honorarios al personal de salud por la realización del diagnóstico, generó tensiones difíciles de superar.

Al interno del gobierno local: el 2015 se creó la Gerencia de Desarrollo Social y el actual gerente aspira a que todos los programas sociales funcionen como una sola unidad operativa. A la par menciona que a pesar de la valoración por el padrón nominal y su proceso de homologación, ésta aún no es posible en el PVL por las implicancias políticas que conlleva.

Hechos de mucha relevancia para la vida de Tabaconas en este periodo fueron: el asfaltado de la carretera de penetración, la realización de ocho campañas de identidad y el registro en línea. Finalmente estas campañas no ofertaban solo servicios de RENIEC sino de salud, JUNTOS, e incluso el Vicariato, que promovía o se acoplaba a la estrategia, porque además: *“salir en bloque institucional hacia más eficaz y eficiente el desplazamiento”*

Las banderolas para la vigilancia comunal se transfirieron a las presidentas de los comités del PVL del distrito, porque eran las más numerosas y además solían ser adicionalmente lideresas de JUNTOS o Cuna Más.

El Alcalde se posicionó inadecuadamente en el distrito (*“Dispuesto a favorecer solo a sus partidarios políticos y de espaldas al tema social”... “El gobierno local no lidera un grupo hacia el desarrollo...”*). En ese mismo sentido, el foro de rendición de cuentas fue objeto de críticas porque dejó la sensación de falta de información (*“... Los foros se quedaron muy superficiales y no se logró la participación de la ciudadanía A la comunidad le falta capacitación para hacer vigilancia...”*).

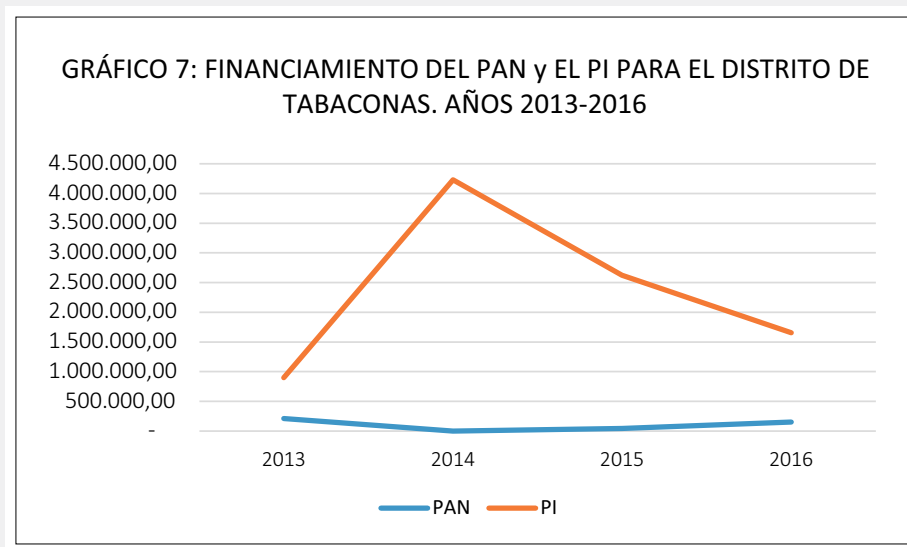
La presencia del consultor del monitoreo social fue el espaldarazo que necesitaba el personal de salud para completar los procesos que venían trabajando. Por una parte el seguimiento nominal de los niños y por la otra: el ejercicio de análisis obligado de la información de indicadores que debía hacerse cada fin de mes – porque eran medidos a través de ellos- a la par que se aprovechaba para hacer la homologación con los nueve establecimientos correspondientes a la micro red Tamborapa.

Después del seguimiento (julio 2016 – marzo 2017)

El personal de salud de Tamborapa Pueblo –cabecera de micro red- se siente satisfecho de contar con un instrumento tanto tiempo esperado, para el seguimiento nominal, que ahora está legalizado por la DISA Chota y tiene carácter de obligatoriedad. Se sienten orgullosos de haber mejorado en la captación de niños, aunque la relación con el gobierno local aún es un tanto conflictiva.

En lo que respecta al gobierno local, el trabajo en equipo en la Gerencia de Desarrollo Social está en proceso de consolidación. *“Encausar a los sectores en un rumbo no es fácil, educación es indiferente y salud: tenemos dificultad para concatenar, nunca nos han visto como parte de la consecución de los objetivos sino como dotadores de logística”*.

En aspectos más financieros, el 2016 el gobierno local obtuvo un cuarto bono de incentivo⁷⁸, sin embargo éste no logró elevar la curva de recursos del PI, y la de programación presupuestaria del PAN se elevó levemente, de acuerdo al gráfico 7:







Fuente: Página Amigable del MEF

A continuación la tabla 13 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Tabaconas, que logró el segundo lugar entre los distritos sistematizados, con un puntaje de 13,75 que lo coloca en el nivel “con elementos de sostenibilidad”:

⁷⁸ Es el que recibió más bonos del PI entre los distritos sistematizados

Tabla 13: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Tabaconas

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local 	3	4	3,75
Microred de salud 	1,75	5,5	4,75
JUNTOS 	1,75	2,75	2,75
Ciudadanía 	1	2,75	2,5
Puntaje total actores	7,5	15	13,75
	3 Contexto	3 Contexto	2 Contexto
%	41,7	83,3	76,4

Fuente: Bases de datos de la sistematización

La tabla muestra un distrito cuyos actores más relevantes son: micro red de salud y gobierno local, cuyos factores críticos declinaron levemente después de la intervención en un marco contextual mayoritariamente facilitador. Después de Pisuquia, Tabaconas es el distrito con mayores procesos desarrollados antes de la intervención y que sirvieron de sustrato a la misma, elevándolos y decayendo solo levemente con el retiro de la asistencia técnica.

4.2.2.4. DISTRITOS CON “CERO” MESES DE SEGUIMIENTO

En esta condición particular se encontraron los distritos de Churubamba y Santa María del Valle de la región Huánuco, que pertenecieron a la etapa I en el año 1 y cuya asesora responsable de la asistencia técnica fue promovida en diciembre de 2014 al equipo del MEF en Lima. Ésta vacante no pudo cubrirse a pesar de los sucesivos intentos, sin embargo el consultor de PPR, así como la coordinadora del PAN de la Red Huánuco acompañaron a ambos distritos en la medida de sus posibilidades.

- **Churubamba**

El distrito de Churubamba pertenece a la provincia de Huánuco en la región del mismo nombre y se encuentra a 45 minutos de la capital provincial. Alberga 28709 habitantes en un área de 552.37 km² con una densidad poblacional de 52 personas/km². Tiene 101 centros poblados y 7 establecimientos de salud. La municipalidad tiene 76 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 22 (28.9%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (2009 - 2013)

La zona urbana del distrito era⁷⁹ un porcentaje pequeño de la rural, que arriba a 100 centros poblados organizados en comunidades campesinas; motivo por el cual el gobierno local era consciente que los presidentes de estas comunidades se constituían en aliados importantes en la difusión o implementación de acciones.

El asocio del gobierno local con el sector salud local era bueno. Tuvo su punto de partida en la formación del CLAS Churubamba, que data del 2013 y contó con el apoyo externo de la ONG Futuras Generaciones, quién impulsó dos líneas de acción: fortalecimiento de los servicios (intramuros) y promoción de la salud (extramural). Efecto de este asocio se financió más recurso humano, se equipó el CLAS y se comprometió al gobierno local para la contratación de diez facilitadoras comunitarias.

Por aquel entonces la infraestructura del establecimiento de salud ya era precaria y las refacciones de la misma eran asumidas por el gobierno local, cuya respuesta era más ágil que la de la Red de Salud Huánuco.

Durante la implementación (2014)

Como ya se mencionó en el acápite previo, el equipo del gobierno local saliente se involucró en la tarea de mejorar las acciones relacionadas a la salud en el distrito. El entonces Gerente de Desarrollo Social consideró que el monitoreo social podía ser una estrategia de gran apoyo, pero era consciente de las limitaciones técnicas de su equipo en temas de salud, incluso él era administrador de profesión.

Entonces hizo un acuerdo con la gerencia del CLAS, por el cual el gobierno local financiaría a un personal que se encargaría del PN pero éste a su vez debía contar con el estrecho apoyo de un profesional de la salud en la tarea de homologación. Acuerdo que se conservó con la gestión entrante, la misma que implementó entusiastamente las fases del monitoreo social, a pesar del proceso de revocatoria que afrontó el alcalde, y que finalmente no prosperó. Otro acuerdo que se mantuvo desde la gestión anterior fue el de la contratación de las facilitadoras comunales.

La alianza CLAS-gobierno local intentó aproximar al CCMS a los presidentes de las comunidades campesinas, logrando el interés de dos de ellos en las reuniones. A quienes no se logró incorporar al Comité en aquella época fueron a los gestores locales de JUNTOS porque carecían de autorización desde su Unidad Territorial, pero tenían una relación de comunicación bastante fluida con el personal de salud, que permitía la homologación del PN con su concurso.

El servicio de salud local se organizó para la obtención oportuna de la información del seguimiento nominal, aunque afrontaba dificultades con la digitación conveniente de las FUA.

⁷⁹ Aún lo es en la actualidad

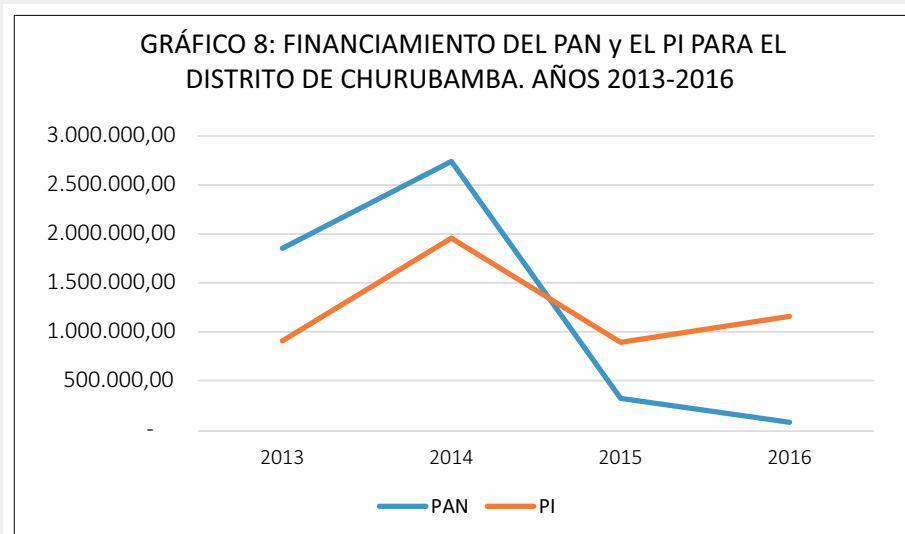
Después de la implementación (enero 2015 – junio 2016)

El equipo de gestión de la Gerencia de Desarrollo Social –con el soporte de la Gerencia Municipal- se empoderó con la visión articuladora de la estrategia de monitoreo social, convocando a Cunamás, JUNTOS y representantes comunales a las reuniones del CCMS, además de su socio “salud”. La interacción con la ahora micro red⁸⁰ se mantiene en los términos originales de cooperación mensual de cara al proceso de homologación del PN, aunque ésta afronta diversos problemas en la actualidad:

- Centralización de la digitación de las FUA en la red Huánuco, que limita el control sobre su procesamiento y análisis, limitación que trata de compensarse con la retroalimentación de información periódica que realiza la responsable del PAN en la red, vía internet.
- Infraestructura precaria del establecimiento de salud, que ha llegado a niveles tan elevados de tensión, que el personal de salud pensó incluso abandonarlo y atender en carpas acondicionadas en la vía pública, para garantizar la seguridad de ellos y la de los usuarios del servicio.
- En el último año el personal de JUNTOS se ha quejado reiteradamente de ausentismo del personal de salud en los establecimientos periféricos, hecho que limita la supervisión del cumplimiento de la corresponsabilidad de las madres y su efecto en la no entrega del bono. Un equipo nuevo de JUNTOS está organizándose para la tarea del 2017, pero aún no interrelaciona con micro red de salud.

El responsable del PN de la micro red Churubamba, admite que todas estas dificultades han hecho mella en el impulso dado al monitoreo social desde su posición.

En los aspectos de financiamiento, el gobierno local logró el 2016 un bono de cumplimiento del PI por un monto de 878 183 soles, elevando la curva del mismo. Por el contrario, el presupuesto vía PAN cayó el 2015 y aún no se ha recuperado, como lo muestra el gráfico 8:



Fuente: Página Amigable del MEF

⁸⁰ Dejó de ser CLAS

A continuación la tabla 14 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Churubamba, con un puntaje de 11,0 que lo coloca en el nivel “en consolidación”

Tabla 14: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Churubamba

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local →	2,25	3,5	4
Microred de salud →	1,5	4,5	3,5
JUNTOS →	1	1,25	1,5
Ciudadanía →	0,75	2	2
Puntaje total actores	5,5	11,25	11
	3 Contexto	4 Contexto	3 Contexto
%	30,6	62,5	61,1

Fuente: bases de datos de la sistematización

Esta tabla muestra un distrito cuyos actores más relevantes son el gobierno local y la micro red de salud, cuyos factores críticos declinaron muy ligeramente después de la intervención en un marco contextual facilitador. La experiencia de Churubamba muestra una vez más la trascendencia de la alianza sector salud-gobierno local, más allá de la ausencia incidental de seguimiento pos asistencia técnica.

- **Santa María del Valle**

El distrito de Santa María del Valle pertenece a la provincia de Huánuco de la región del mismo nombre y se encuentra a 30 minutos de la ciudad capital. Alberga a 20840 habitantes en un área es de 481.9 km², con una densidad poblacional de 43 personas/km². Tiene 85 centros poblados y cuenta con 11 establecimientos de salud. La municipalidad tiene 238 trabajadores reportados en el RENAMU, de los cuales 46 (19.3%) son profesionales.

Antes del monitoreo social (2009 – 2013)

El servicio de salud en Santa María del Valle también fue una asociación CLAS. El distrito afrontaba una grave problemática de agua insegura, porque no solo era falta de potabilización, sino el hecho que muchas familias rurales se aprovisionaban de agua

en pozos renovables cada veinte días. En la zona urbana solo tenían una hora diaria de agua, y las instituciones educativas y los establecimientos de salud no disponían de agua corriente. Por ello es que se le dio mucho énfasis a la intervención en agua y saneamiento básico, desde el gobierno local y la cooperación externa representada por las ONG Futuras Generaciones e Islas de Paz; la primera con enfoque de promoción de la salud y la segunda: agua y saneamiento.

Antes de que se iniciara el monitoreo social, el distrito contaba con una experiencia participativa importante impulsada desde la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP), es así como se convirtió en referente regional para otros distritos, en aspectos multisectoriales y comunitarios. Este esfuerzo de articulación abonó también en la vinculación más activa de las dos márgenes del río que divide al distrito y que se encontraban tradicionalmente confrontadas.

En el año 2013 el gobierno local logró un primer bono de cumplimiento del PI que ascendió a 796 859 soles.

Durante la implementación del monitoreo social (2014)

El equipo de gestión local del período 2011-2014 logró una importante articulación gobierno local - CLAS - cooperación externa -MCLCP, que se recuerda con entusiasmo hasta la fecha, como un modelo paradigmático de desarrollo, pues visitaban las comunidades de manera articulada, generando un gran impacto positivo en ellas.

En una actitud inusual en el país, el Alcalde del período 2015 - 2018 mantuvo muchos recursos humanos clave de la gestión anterior, incluido el responsable del PN que depende directamente de la Gerencia de Presupuesto y Programación⁸¹ porque su tarea tiene que ver directamente con el cumplimiento de metas en el marco del PI; dicho sea de paso el 2015 recibió un bono de 6, 388, 864 millones de soles, el más alto obtenido por los distritos objeto de sistematización⁸².

En esta etapa no fue preponderante el rol de los gestores locales de JUNTOS a los cuales no se veía en las reuniones del CCMS, el mismo que se instaló en marzo de 2014. La homologación del PN se realizaba fluidamente solamente con los establecimientos de salud y los programas sociales del gobierno local v.gr.: PVL.

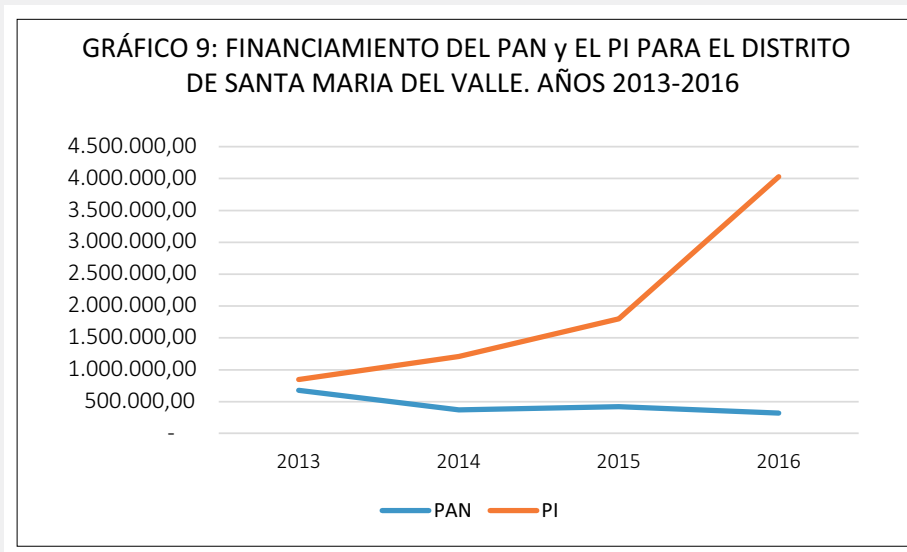
Como una estrategia de combate a DCI que también fue muy difundida como experiencia exitosa, el CLAS promovió el “padrinazgo de niños” en la zona urbana del distrito, que funcionó para elevar las coberturas de los programas responsables de la atención integral de los niños, pues los adultos se responsabilizaban de que determinado número de “ahijados” no perdiera sus controles de salud. En eso consistía su labor de “padrino”.

⁸¹ El único caso entre las nueve experiencias sistematizadas

⁸² Dicho recurso no llegó a ejecutarse de acuerdo al reporte encontrado en la página amigable del MEF

Después de la implementación (enero 2015 – marzo 2016)

El gobierno local obtuvo un tercer bono de cumplimiento del PI por 686 384 soles, mostrando una curva de ascenso no compatible con la del PAN que más bien descendió como lo muestra el gráfico 9:



Fuente: Página Amigable del MEF

Finalizada la implementación del monitoreo social se enfrentó a dos circunstancias particulares: el retiro de la cooperación por la finalización de los proyectos y el cambio de gestión en el CLAS. Este último cambio impactó notablemente en el progreso de la articulación local.

El CLAS no solo cambió de equipo de gestión sino también se mudó a un nuevo y moderno local. El actual equipo humano es joven, la mayoría desconoce la estrategia de monitoreo social y se encuentra validando algunas de las estrategias previamente utilizadas en el marco de la misma. La centralización de la digitación de los FUA ha impactado en los niveles locales porque ya no sienten la presión de analizar la calidad y consistencia de la información.

El gobierno local por su parte está deseoso de transferirle lo que considera una experiencia muy valiosa –el monitoreo social– que permita reactivar la articulación preexistente entre ellos. Los gestores locales de JUNTOS se presentaron a coordinar las acciones de homologación concordando sus fechas, pero aún no las concretan.

A continuación, la tabla 15 muestra la cuantificación de factores críticos para el distrito de Santa María del Valle, que logró un puntaje de 10,25 que lo coloca en el nivel “en consolidación”:

Tabla 15: Consolidado de factores críticos y contextuales, por actores y momentos clave en la experiencia de Santa María del Valle

	Momentos clave		
	Antes de la intervención	Durante la intervención	Después de la intervención
Gobierno local →	2,75	5	3,75
Microrred de salud →	2	5,75	3
JUNTOS →	1	1,25	1,25
Ciudadanía →	0,75	2,5	2,25
Puntaje total actores	6,5	14,5	10,25
	5 Contexto	5 Contexto	3 Contexto
%	36,1	80,6	56,9

Fuente: bases de datos de la sistematización

La data mostrada da cuenta de un distrito cuyos actores más relevantes son gobierno local y micro red de salud, cuyos factores críticos declinaron levemente después de la intervención en un marco contextual menos facilitador que su vecino Churubamba, a pesar de un mayor acúmulo de procesos desarrollados, antes y durante de la intervención.

El análisis sistemático de factores críticos o de despegue, presentes en cada momento de la experiencia (antes, durante y después) e influenciados positiva y/o negativamente por factores contextuales, permitió elaborar un ranking de los distritos por niveles de funcionamiento, que se presenta a continuación en la tabla 16.

La primera constatación en ella es que el nivel **incipiente** se quedó desierto, lo cual muestra el buen impulso de la estrategia de monitoreo social.

La experiencia de los distritos ubicados **en desarrollo** es la de equipos locales de gestión que en contextos negativos no han logrado cuajar acciones que les permitan impulsar una visión distrital unificada, así como la inexistencia de un vínculo adecuado entre el gobierno local y el sistema local de salud.

Los distritos **en consolidación** tienen visión distrital compartida (unos más maduros que otros) que les permite movilizar equipos itinerantes multisectoriales del centro a la periferia del territorio, ostentando una antigua o nueva alianza gobierno local - micro red de salud.

Los distritos **con elementos de sostenibilidad** avanzaron con mayor rapidez que los demás por su menor tamaño territorial y volumen de población, además de haber transitado por experiencias previas de organización y concertación, capitalizadas en el marco del monitoreo social⁸³; esto último es notorio por el hecho que tanto Tabaconas como Pisuquia tienen la proporción más elevada de factores críticos o de despegue -41,7% y 43,1% respectivamente- que los demás distritos objeto de sistematización.

Tabla 16: Ranking de los distritos objeto de sistematización por nivel de funcionamiento

Nivel de funcionamiento	Rango porcentual de aplicación de atributos	Rango numérico de atributos	Distritos
Incipiente	Distritos que apliquen el 25% o menos de los factores críticos identificados	0 a 4,5	
En desarrollo	Distritos que apliquen del 26% a 50% de los factores identificados	4,6 a 9	Cachachi=7,25 Panoa=7,75 Imaza=8,75
En consolidación	Distritos que apliquen del 51 al 75% de los factores identificados	9,1 a 13,5	Bambamarca=9,5 Sta. María del Valle=10,25 Churubamba=11 Nieva=13,25
Con elementos de sostenibilidad	Distritos que apliquen del 76 a 100% de los factores identificados	13,6 a 18	Tabaconas= 13,75 Pisuquia=15,75

Fuente: Adaptado de los términos de referencia de la consultoría

⁸³ Mejora en el seguimiento a servicios de salud, impulso de procesos de participación ciudadana, experiencias locales de concertación público-privada, etc.

V.

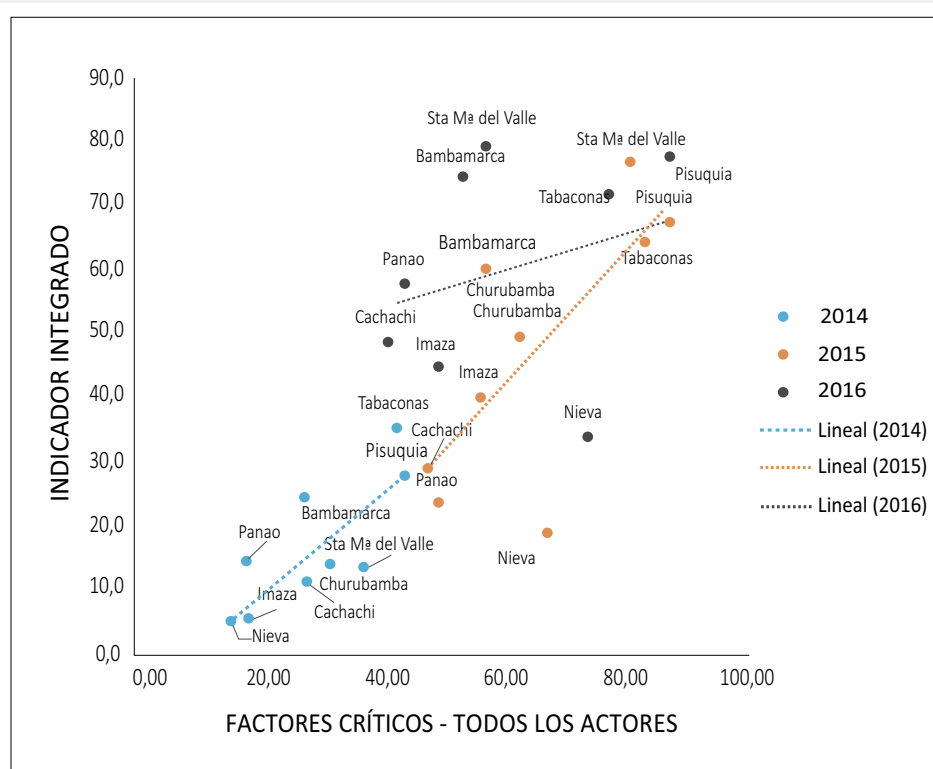
ANÁLISIS CRÍTICO E INTERPRETACIÓN DE LA EXPERIENCIA

5.1. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1: UN MAYOR NIVEL DE FUNCIONAMIENTO DEL MONITOREO SOCIAL EN LOS DISTRITOS, SE CORRELACIONA CON EL INCREMENTO DE COBERTURA DE LOS INDICADORES SELECCIONADOS DEL PN Y PAN

Para una mejor visualización de los resultados de la contrastación se elaboraron los siguientes gráficos:

GRÁFICO 10: CORRELACIONES LINEALES ESTABLECIDAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ENTRE LOS FACTORES CRÍTICOS DE LOS CUATRO ACTORES DEL MONITOREO SOCIAL Y EL INDICADOR INTEGRADO

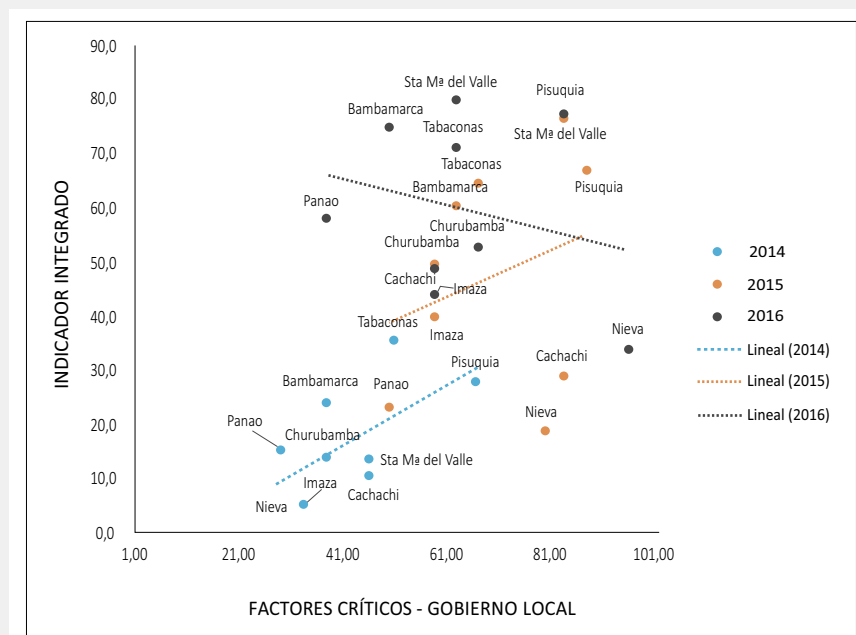


Fuente: base de datos de la sistematización

La lectura que provee el gráfico 10 correlaciona perfectamente a los distritos en sus respectivos niveles de funcionamiento, con los porcentajes más altos alcanzados para el indicador integrado (el más complejo) durante y después de la intervención, a pesar que la pendiente de la línea recta está más inclinada a la derecha en el segundo momento.

El gráfico 11 que se presenta a continuación, relaciona los factores críticos aportados por el gobierno local con el indicador integrado y la visualización no correlaciona claramente a los distritos en mejor nivel de funcionamiento –Pisquicia y Tabaconas por ejemplo- con las mayores coberturas del integrado; adicionalmente después de la intervención la línea se desvió hacia la izquierda, mostrando pérdida de direccionalidad en el actor gobierno local.

GRÁFICO 11: CORRELACIONES LINEALES ESTABLECIDAS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ENTRE EL GOBIERNO LOCAL Y EL INDICADOR INTEGRADO



Fuente: base de datos de la sistematización

El gráfico 12 relaciona los factores críticos del actor micro red de salud con el indicador integrado y la correlación entre los distritos de mayor nivel de funcionamiento y el incremento de porcentaje en el indicador es bastante bueno; durante y después de la intervención. Solo se identifica una pequeña discordancia entre Santa María del Valle que de acuerdo al gráfico supera a Tabaconas durante la intervención.

5.2 FACTORES DE DESPEGUE, ÉXITO, AMPLIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD⁸⁴

- **FACTORES CRÍTICOS O DE DESPEGUE:**

Se identificaron de manera inmediata en las versiones de los actores, sumaron 18 en total, 6 en gobierno local, 6 en micro red de salud, 3 en JUNTOS y 3 en ciudadanía⁸⁵. Fueron el sustrato sobre el que se construyó el edificio del monitoreo social y este es más sólido en el distrito que los tuvo en mayor número: Pisuquia. La habilidad de la asistencia técnica radicó en potenciarlos, a través de información, articulación, seguimiento, etc.

- **FACTORES DE ÉXITO PARA LA SOSTENIBILIDAD:**

Se identificó un factor de éxito: la influencia de la estrategia en el incremento de la cobertura de indicadores del PN y PAN. Esto demuestra el impacto de la intervención pero además le provee al conductor gobierno local la potencialidad de asumirse –y proyectarse- como una entidad que puede controlar positivamente la vida de la población y llevarla a mejores condiciones.

- **FACTORES DE AMPLIACIÓN:**

El factor de ampliación por excelencia ha sido la consolidación del uso del PN, que permitió incrementar el acceso de oportunidades a bienes y servicios para los niños y niñas del distrito (salud, JUNTOS, PVL, etc.), a partir del sinceramiento permanente de dicha población; esto como cascada permitió mejorar los sistemas de registro, la atención integral, el seguimiento comunal, etc.

- **CONTRIBUCIÓN A LA REDUCCIÓN DE BRECHAS DE COBERTURA DE PRODUCTOS PRIORIZADOS DEL PN Y PAN**

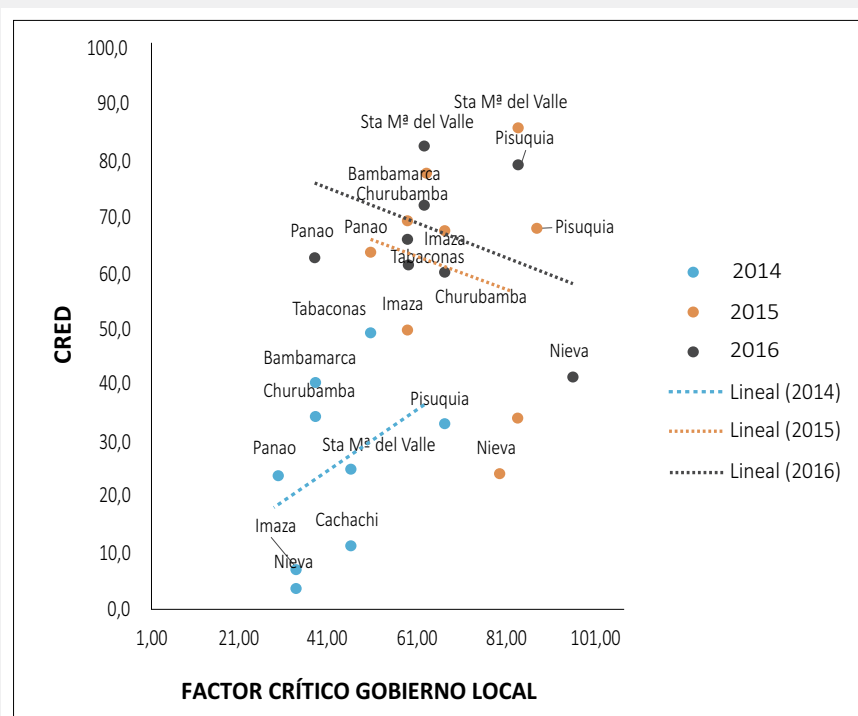
El gráfico múltiple 13 se construyó para realizar una lectura comparativa de la movilización de cada una de las metas del PN y PAN, desde el impulso del gobierno local y el conjunto de actores.

⁸⁴ Ver acápite de definiciones operacionales

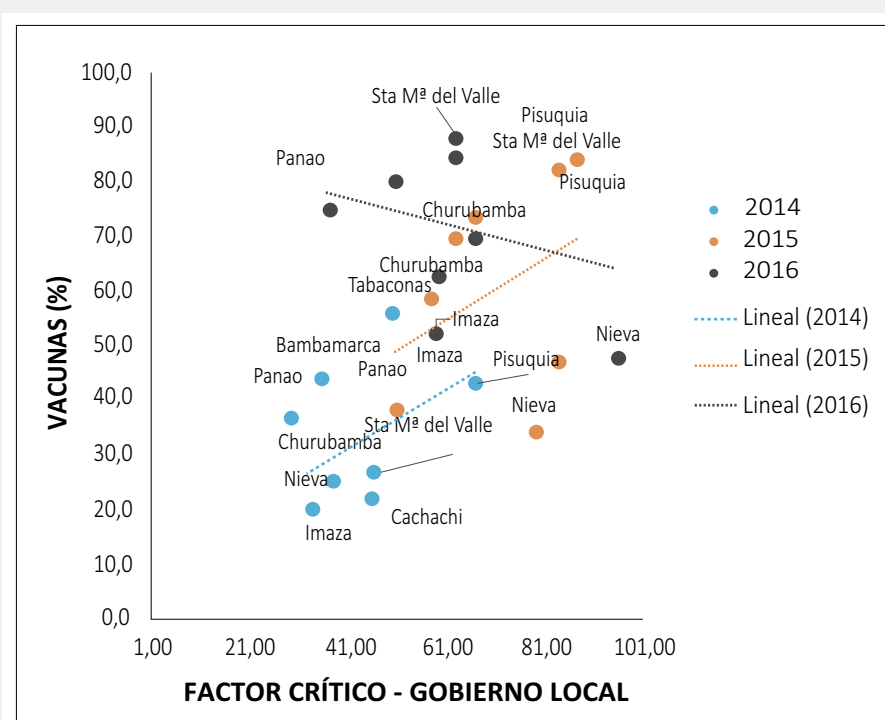
⁸⁵ Se encuentran detallados en la tabla 11 y desagregados en variables en el anexo 4

GRÁFICO MÚLTIPLE 13: CORRELACIONES LINEALES ESTABLECIDAS POR LOS INDICADORES PRIORIZADOS DEL PN Y PAN (CRED, VACUNAS, SUPLEMENTACIÓN, DNI Y SIS), ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ENTRE GOBIERNO LOCAL Y TODOS LOS ACTORES

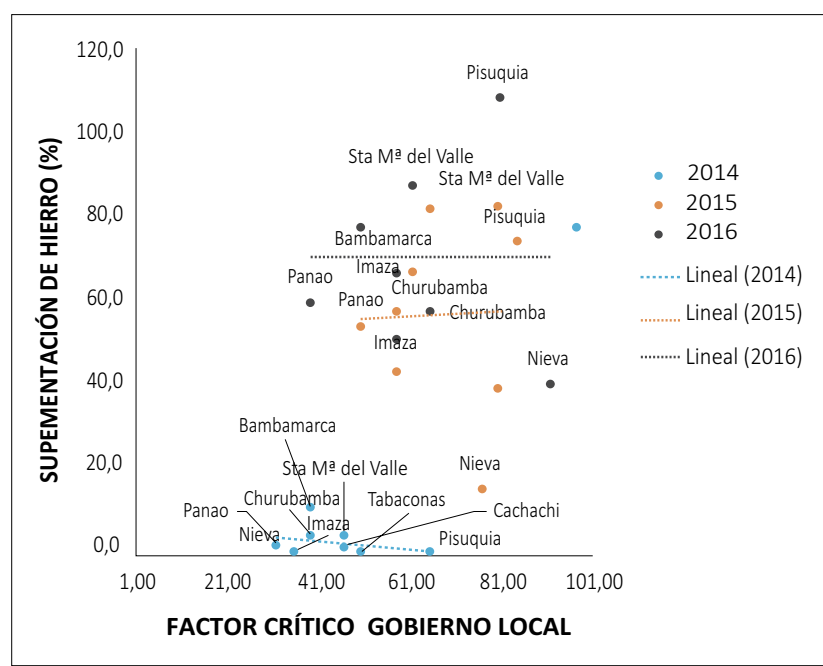
GOBIERNO LOCAL



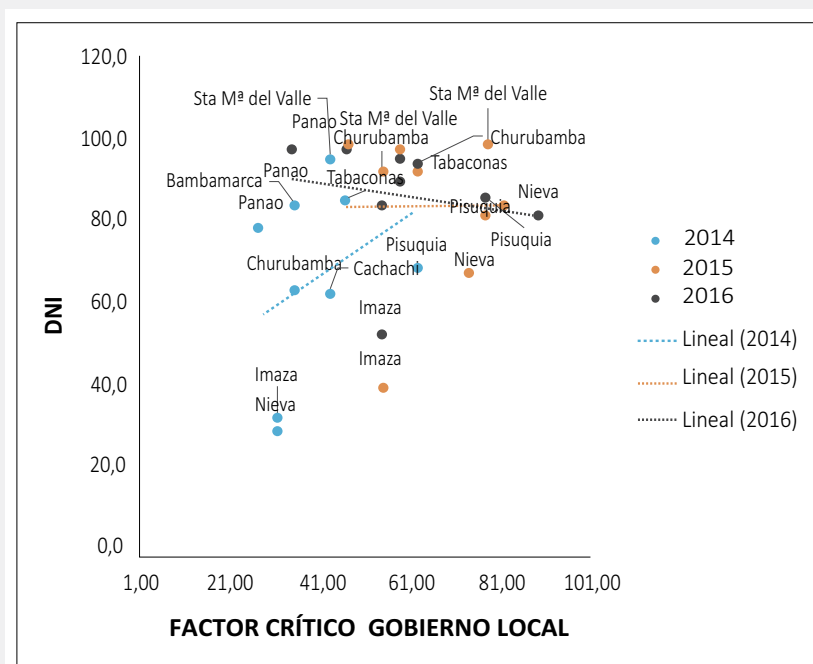
GOBIERNO LOCAL



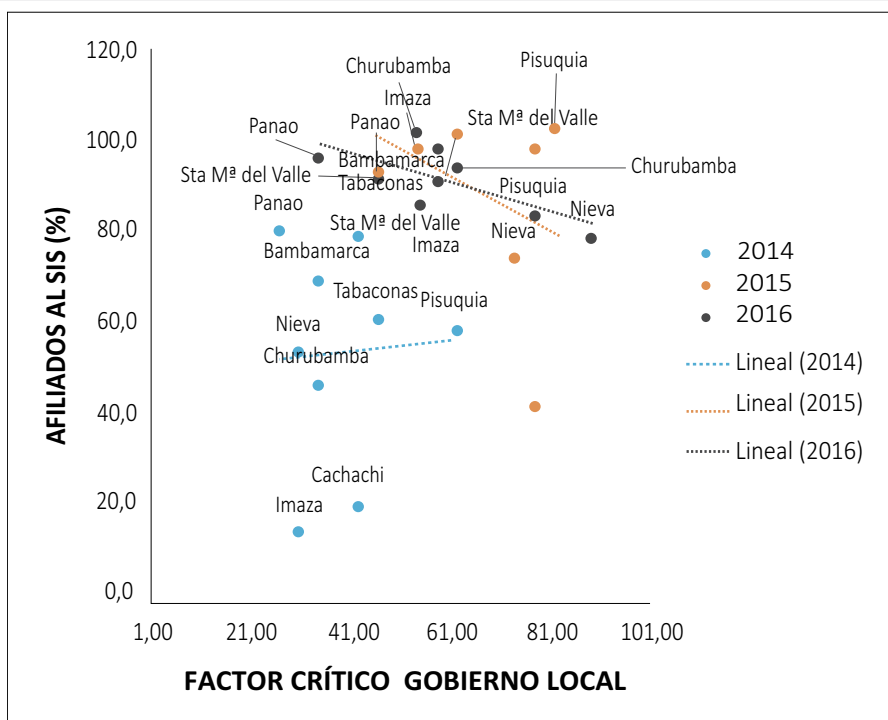
GOBIERNO LOCAL



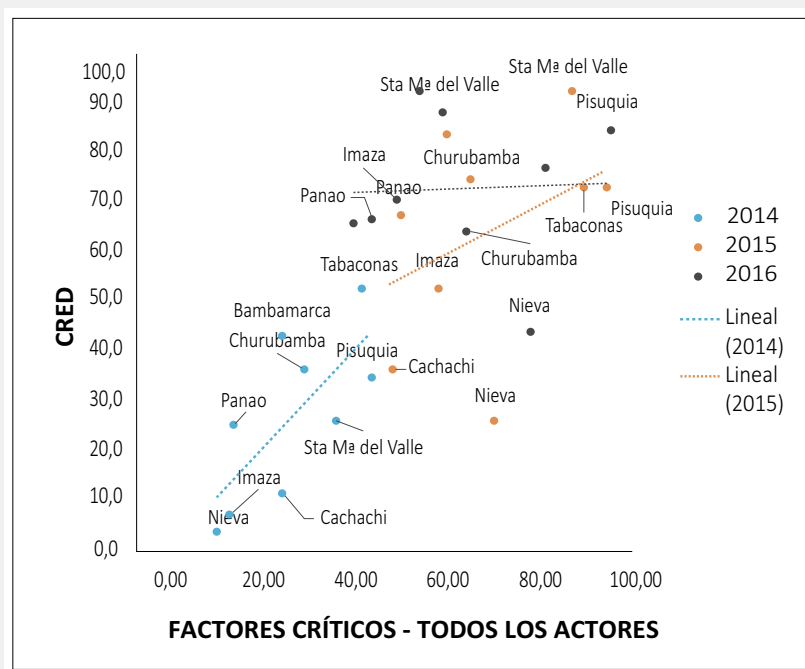
GOBIERNO LOCAL



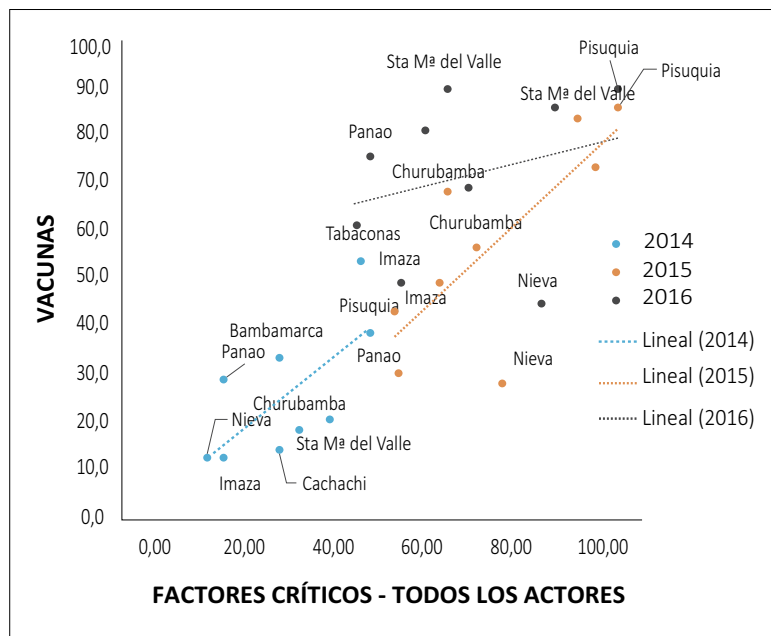
GOBIERNO LOCAL



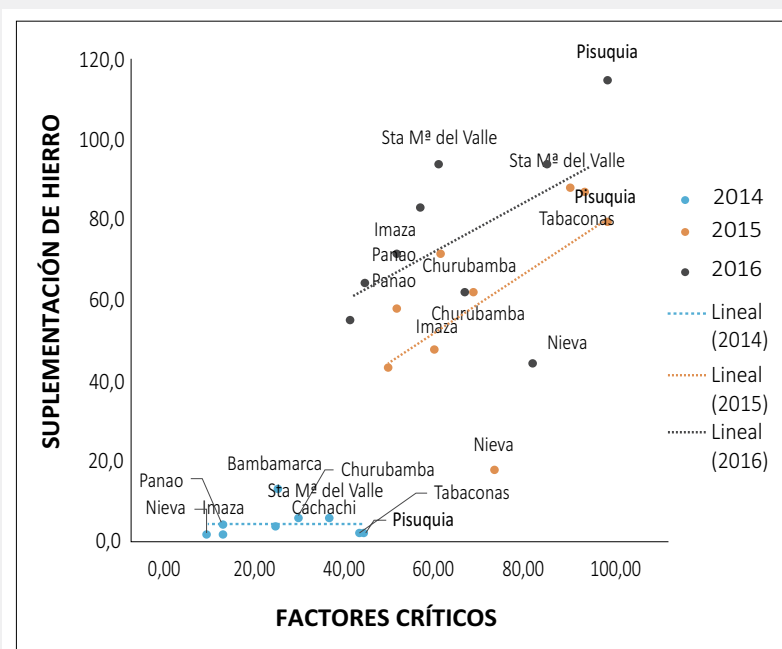
TODOS LOS ACTORES



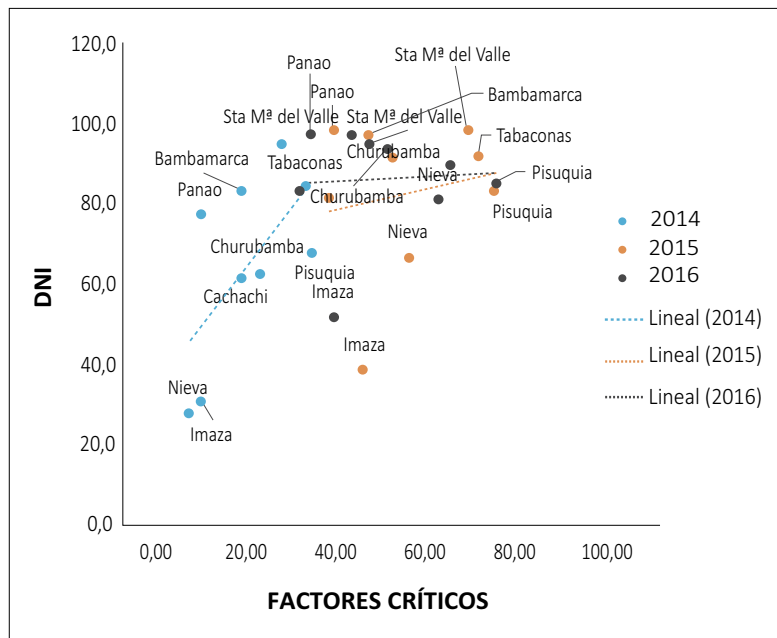
TODOS LOS ACTORES



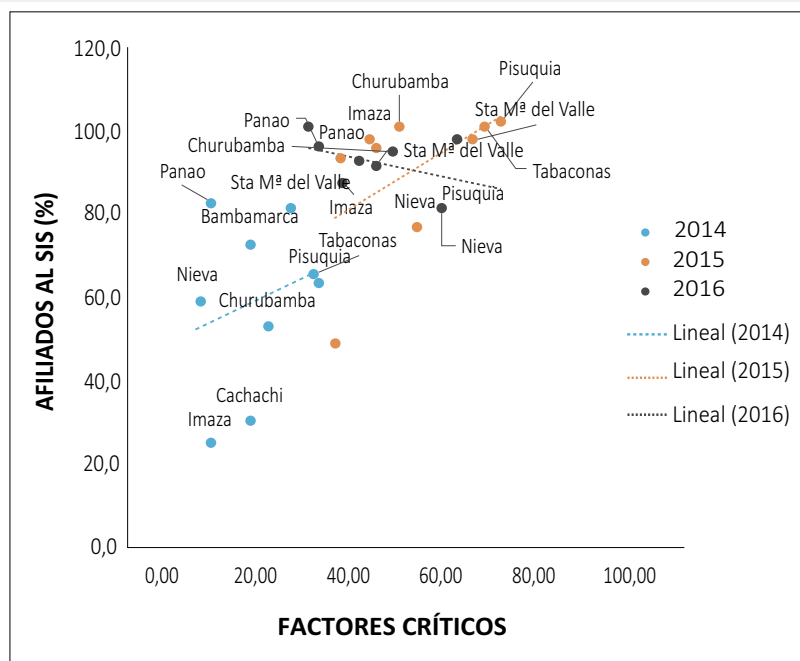
TODOS LOS ACTORES



TODOS LOS ACTORES



TODOS LOS ACTORES



Fuente: base de datos de la sistematización

Esta comparación se realiza porque la esencia de la estrategia monitoreo social es la contribución de todos los actores –bajo la conducción del gobierno local- a la reducción de brechas en el conjunto de indicadores del PN y PAN durante y después de la intervención, identificándose lo siguiente:

- El gobierno local visto de manera aislada, no logra la contribución porque las pendientes que se generan a partir de sus factores críticos ascienden a la izquierda en la mayoría de indicadores.
- El conjunto de actores logra una contribución clara en todos los indicadores, excepto en el de afiliación al SIS, que es el único cuya pendiente vira hacia la derecha en la situación final. (No olvidar sin embargo que el impulso a su tarea procede del seno del CCMS, gestionado por el gobierno local).

Estos gráficos permiten corroborar la necesidad del trabajo conjunto, cuyas líneas se equilibran al articularse.

VI. CONCLUSIONES

6.1. RELACIONADAS AL EJE DE SISTEMATIZACIÓN

- Los factores críticos facilitadores del funcionamiento de la estrategia monitoreo social están concentrados en el actor gobierno local, el mismo que además de voluntad política para el monitoreo social, muestra apertura a la asistencia técnica, reconociéndola como una oportunidad para sostener una alianza estratégica con los diversos sectores que intervienen en el ámbito local, fundamentalmente con el sector salud.
- El que los gobiernos locales cuenten con suficiente financiamiento para sus actividades es un factor importante pero no determinante. Experiencias como la de Bambamarca – que cuenta con el mayor acceso a financiamiento de todos los distritos- lo demuestran, pues el gobierno local aún no logró efectuar una inversión significativa en la conducción del monitoreo social como un paso previo a la sostenibilidad
- La influencia del contexto también es importante pero no determinante. La experiencia en Nieva (provincia de Condorcanqui) lo demuestra, pues está elevando significativamente sus indicadores de cobertura, por encima de las dificultades contextuales y ha sentado bases firmes para la articulación de los actores de las diferentes instancias de gobierno⁸⁶ en la planificación y ejecución de servicios que se acercan a la comunidad en el marco del monitoreo social.

6.2. RELACIONADAS A LAS HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Los cuatro actores (gobierno local-micro red de salud-JUNTOS-ciudadanía) son compensatorios entre sí, e impactan más y mejor cuanto más articulados se encuentran.
- Existe correlato entre los niveles de funcionamiento alcanzados por los distritos (ver tabla 16) y la mayor movilización de indicadores de cobertura, también son los mejores en la cobertura de servicios del indicador integrado, durante y después de la implementación.
- La efectividad de la asistencia técnica no está relacionada al tiempo que dure la misma sino al adecuado manejo que realice el asistente técnico de los elementos de contexto y el cúmulo de experiencias previas con las que cuenta el distrito en temas relacionados al monitoreo social.

⁸⁶ Equipos itinerantes multisectoriales

6.3 RELACIONADAS AL PROCESO DE INTERVENCIÓN

- El monitoreo social es una escuela que permite al gobierno local aprender y reaprender respecto a su rol de conducción en el territorio. Es un *aprender haciendo*.
- El monitoreo social es una estrategia que permite a los gobiernos locales encontrar o madurar caminos para la articulación de los programas sociales que operan en el distrito, enfocados en el logro de productos y resultados.
- El monitoreo social es una estrategia que permite llenar eventuales vacíos de capacitación y seguimiento, percibidos frecuentemente por los profesionales que operan en distritos de quintil I.
- El monitoreo social permite entender la articulación multisectorial como una tarea que retribuye con dos tipos de beneficios: disminución de tiempos (plazos) y de recursos financieros.
- El monitoreo social se convierte en un instrumento de promoción de la salud desde el momento en que impulsa y consolida procesos locales de cogestión en salud.
- Los gobiernos locales aún requieren asistencia técnica para consolidar los procesos en curso; esta puede seguir brindándose a través de otros Convenios de Apoyo Presupuestal.
- La mejora de procesos claves de registro para la producción de información, fueron determinantes en la movilización de indicadores de cobertura.
- Esta experiencia se ha concentrado más en la mejora de procesos de la oferta (gobierno local, micro red de salud) y está pendiente profundizar en el trabajo diferenciado para lograr una “ciudadanía vigilante” en zonas mestizas y nativas.
- La micro red de salud necesita la articulación virtuosa con los otros actores del monitoreo social, para incrementar la eficacia de su intervención, respecto al cierre de brechas de indicadores del PN y PAN.
- Dadas las brechas educativas existentes entre los actores de la intervención, aún está pendiente el recojo de evidencias respecto al efecto e impacto de las herramientas de asistencia técnica utilizadas por actor.
- El actor con mejor respuesta a la asistencia técnica fue micro red de salud, probablemente por el mejor nivel educativo de sus equipos y un ejercicio más habitual de análisis de indicadores vs logro de metas/resultados.
- El ejercicio periódico de los equipos itinerantes tuvo un importante impacto en la desconcentración progresiva de servicios en territorio amazónico.

VII. LECCIONES APRENDIDAS

La lección aprendida es producto de la reflexión y análisis crítico sobre aquello que “funcionó o no” en una experiencia. En la presente sistematización se hicieron las siguientes preguntas para determinarlas: *¿Qué haría de la misma forma? Y ¿Qué haría de forma diferente en la implementación del monitoreo social?*⁸⁷ Y se obtuvieron los siguientes resultados:

7.1. AQUELLO QUE FUNCIONÓ DE ACUERDO A LO ESPERADO:

- Brindar asistencia técnica personalizada-periódica luego de un proceso de capacitación, porque tiene un elevado efecto positivo en la práctica de los actores locales.
- Empoderar a la gerencia de desarrollo social del gobierno local a partir del desarrollo de capacidades, con un paquete integrado de asistencia técnica que contempló: revisión de políticas, normativa, sistemas de información, y énfasis en información y manejo presupuestario.
- El esfuerzo de articular y alinear actores en un mismo territorio, procedentes de diversos escenarios, posición y complejidad; en función al logro de objetivos y actividades respaldadas con presupuesto, que puede mostrarse in situ desde diferentes perspectivas:
- Retroalimentación permanentemente respecto a las ventajas de la articulación (presupuestarias, técnicas, mejora del rendimiento, etc.), de manera que se instale en el imaginario de los actores involucrados.
- Elevar el perfil multidisciplinario del equipo encargado de la asistencia técnica en base a reuniones de retroalimentación periódicas (trimestrales), orientadas al aprendizaje individual y colectivo y fortalecidas por mecanismos de supervisión y monitoreo permanentes.
- Incrementar el acceso al paquete de servicios de salud del menor de cinco años en territorio amazónico.

⁸⁷ BID (2011): Lecciones aprendidas. Sector de Conocimiento y Aprendizaje

7.2 AQUELLO QUE NO FUNCIONÓ DE ACUERDO A LO ESPERADO

- El dominio de habilidades de los consultores del monitoreo social se inclinó hacia la producción y oferta de servicios, con menor énfasis en el trabajo con ciudadanía.
- Asignar las mismas metas a todos los distritos, colocando a los mestizos y amazónicos en idénticas posibilidades de avance, sin considerar las marcadas brechas contextuales y de gestión, existentes entre ambos.
- Denominar **foros de rendición de cuentas** del monitoreo social, a los espacios de análisis de avances de la estrategia. En algunos casos, la sola denominación le dio un carácter fiscalizador.

VIII. RECOMENDACIONES

8.1 PARA FUTUROS IMPLEMENTADORES DE LA ESTRATEGIA:

- **Mayor inclusión de los gobiernos regionales:** la presente experiencia mostró lo heterogéneo de la gestión local entre un distrito y otro, que en algunos casos se apuntala con la intervención provincial, pero en otros podría beneficiarse con la regional. Por otra parte, el conocimiento y acompañamiento de estas experiencias desde el nivel regional, permitiría procesos más ágiles de intercambio a manera de rutas de aprendizaje o visitas guiadas sugeridas a los siguientes distritos:
 - Bambamarca: *Aprendiendo a programar en los productos del PAN*
 - Pisuquia: *El CCMS como cadena de articulación*
 - Nieva: *La mesa de la homologación del PN*
 - Tabaconas: *La vigilancia nominal comunal*
- **Uso de la estrategia para incrementar el involucramiento de la gerencia de desarrollo social del gobierno local en la planificación y ejecución de recursos financieros:** este es un empeño en el que se debe persistir, porque a la fecha la programación financiera en los gobiernos locales, no es necesariamente concordada con las áreas técnicas, que finalmente son las que ejecutan las intervenciones.
- **Promover incentivos no monetarios para el logro de metas en los espacios generados: intersectoriales y comunales:** el monitoreo social propicia avances, éstos avances deben reconocerse con mecanismos de retroalimentación positiva como: documentos de reconocimiento publicables, o emisiones radiales con las mismas características. Se recomienda que el incentivo sea pequeño (no debe insumir gastos) pero sistemático y/o frecuente para lograr el efecto deseado.
- **No escatimar en capacitación y asistencia técnica en gestión local, con énfasis en conducción y articulación:** porque la gestión articulada es la “llave” del monitoreo social.
- **Reemplazar los foros de rendición de cuentas por diálogos multisectoriales del monitoreo social,** para diferenciarse de mecanismos establecidos para el gobierno local⁸⁸ y enfatizar en la revisión y análisis del avance del plan del CCMS.

⁸⁸ Artículo 3 de la Ley N° 26300 de los Derechos de Participación y Control Ciudadanos.

- **Buscar profesionales para la asistencia técnica** con perfiles de competencias que equilibren conocimientos, habilidades y actitudes necesarios, para fortalecer la oferta de servicios públicos, así como la ciudadanía vigilante.

8.2. PARA ÁMBITOS AMAZÓNICOS

- Realizar análisis exhaustivos previos a la intervención que permitan proyectar horizontes intermedios y finales de medición de avances de procesos, productos y resultados. No pueden tener las mismas metas que las zonas mestizas.
- Apoyar a los gobiernos locales en la consolidación de las áreas geográficas intermedias de entrega de servicios públicos, que permitan amortiguar la alta dispersión, a partir del análisis de la experiencia itinerante en Condorcanqui e Imaza.

8.3. PARA EL MEF

- Realizar una investigación operativa respecto al efecto e impacto de los instrumentos del monitoreo social, en los actores involucrados de diverso nivel educativo, que permita reforzar –entre otros aspectos- el ejercicio de análisis de indicadores.
- Escalar la experiencia de manera progresiva, a partir de la identificación de las redes horizontales y verticales de actores más idóneos para replicarla.



ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN

GUÍA DE PREGUNTAS – ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD ALCALDE (DOS PERÍODOS: 2011-2018)

<p>Situación inicial (2013 y previos)</p>	<p>¿Puede compartirnos un poco respecto a su experiencia en la gestión pública? ¿Cómo se encontraba el distrito en los años 2012-2013? ¿Qué acciones priorizó por aquel entonces? SI LA ESTRATEGIA DE MONITOREO SOCIAL SE HUBIERA DESARROLLADO EN ESE MOMENTO: ¿Qué elementos le hubieran sido favorables? ¿Qué elementos le hubieran sido limitantes? ¿En su distrito existían experiencias similares a las de MS en esa época?. SI LA RPTA. ES SÌ: ¿Cuáles? ¿Qué responsabilidades tenía el gobierno local en el ámbito social y/o de la salud?</p>
<p>Proceso de implementación (enero 2014- junio 2016)</p>	<p>¿Cuáles fueron sus prioridades de gestión en este último período? ¿Cómo ve a su equipo de gestión? ¿Está alineado a las prioridades definidas para el distrito? ¿Considera que los sectores (distintos ministerios) que operan en el distrito, reconocen el rol de conducción del gobierno local? Si la respuesta es AFIRMATIVA indagar en los hechos que sustentan la afirmación. Si la respuesta es NEGATIVA preguntar al Alcalde su opinión respecto a ello ¿Cuáles son las actuales responsabilidades del gobierno local en el ámbito social y/o de la salud? ¿Qué procesos específicos han madurado dentro del gobierno local en este ámbito?(profundizar en los procesos relacionados a padrón nominal) ¿Cómo ve la programación presupuestaria por resultados (PPR)? Específicamente la que se realiza en el marco del PAN-MCS? ¿Alguna diferencia entre la experiencia de PPR PAN de los años 2014, 2015 y 2016? ¿Con qué mecanismos de transparencia cuenta su gestión? ¿Cómo cree que lo ve la sociedad civil? ¿Qué nos puede decir de la experiencia de rendición de cuentas propiciada en el marco del MS? ¿Qué rol ha jugado la capacitación y asistencia técnica recibida desde la estrategia MS en todos estos aspectos conversados: priorización, conducción en salud, PPR, PI, rendición de cuentas, etc.? ¿Le hubiera gustado que fuera de otra manera? ¿Qué significa para Ud. que el MS se impulse desde el MEF?</p>
<p>Situación actual (enero 2017)</p>	<p>¿En qué etapa se encuentra el proceso de implementación del MS en su distrito? ¿Lo considera replicable? ¿Por qué? ¿Qué cambios identifica, resultado del MS? Si pudiera hacerlo todo de nuevo: ¿Qué aspecto repetiría tal cual fue planificado? ¿Qué aspecto eliminaría de la intervención? ¿Qué aprendizajes puede rescatar? ¿Qué recomendaciones proporcionaría?</p>

GUÍA DE PREGUNTAS – ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD ALCALDE PERÍODOS: 2015-2018

<p>Situación inicial (2013 y previos)</p>	<p>¿En qué rol se encontraba durante el año 2013? ¿Cómo se encontraba el distrito? SI LA ESTRATEGIA DE MONITOREO SOCIAL SE HUBIERA DESARROLLADO EN ESE MOMENTO: ¿Qué elementos le hubieran sido favorables?¿Qué elementos le hubieran sido limitantes?¿En su distrito existían experiencias similares a las de MS en esa época? SI LA RPTA. ES SÌ: ¿Cuáles?</p>
<p>Proceso de implementación (enero2014- junio 2016)</p>	<p>COMO ALCALDE: ¿Cuáles fueron sus prioridades de gestión? ¿Cómo ve a su equipo de gestión? ¿Está alineado a las prioridades definidas para el distrito? ¿Considera que los sectores (distintos ministerios) que operan en el distrito, reconocen el rol de conducción del gobierno local? Si la respuesta es AFIRMATIVA indagar en los hechos que sustentan la afirmación. Si la respuesta es NEGATIVA preguntar al Alcalde su opinión respecto a ello ¿Cuáles son las actuales responsabilidades del gobierno local en el ámbito social y/o de la salud?¿Qué procesos específicos han madurado dentro del gobierno local en este ámbito?(profundizar en los procesos relacionados a padrón nominal) ¿Cómo ve la programación presupuestaria por resultados (PPR)? Específicamente la que se realiza en el marco del PAN-MCS? ¿Alguna diferencia entre la experiencia de PPR PAN de los años 2014, 2015 y 2016? ¿Con qué mecanismos de transparencia cuenta su gestión?¿Cómo cree que lo ve la sociedad civil?¿Qué nos puede decir de la experiencia de rendición de cuentas propiciada en el marco del MS?¿Qué rol ha jugado la capacitación y asistencia técnica recibida desde la estrategia MS en todos estos aspectos conversados: priorización, conducción en salud, PPR, PI, rendición de cuentas, etc.?¿Le hubiera gustado que fuera de otra manera? Qué significa para Ud. que el MS se impulse desde el MEF?</p>
<p>Situación actual (enero 2017)</p>	<p>¿En qué etapa se encuentra el proceso de implementación del MS en su distrito? ¿Lo considera replicable?¿Por qué?¿Qué cambios identifica, resultado del MS? Si pudiera hacerlo todo de nuevo: ¿Qué aspecto repetiría tal cual fue planificado?¿Qué aspecto eliminaría de la intervención? ¿Qué aprendizajes puede rescatar? ¿Qué recomendaciones proporcionaría?</p>

GUÍA DE PREGUNTAS – ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD EQUIPO DE GESTIÓN GOBIERNO LOCAL

<p>Situación inicial (2013 y previos)</p>	<p>¿Cómo estaba el distrito el año 2013? ¿Qué acciones priorizó la gestión municipal? ¿Cómo hizo esta priorización?</p> <p>¿Qué elementos considera eran favorables si es que en ese momento se hubiera ejecutado la estrategia de Monitoreo Social? ¿Qué elementos serían limitantes?</p> <p>¿Identifica experiencias similares a las de MS en esa época?</p> <p>¿Qué responsabilidades tenía el gobierno local en el ámbito social y/o de la salud?</p>
<p>Proceso de implementación (enero 2014- junio 2016)</p>	<p>¿Cuáles son las prioridades en la actual gestión?</p> <p>¿El equipo de gestión está alineado a las prioridades definidas para el distrito?</p> <p>¿Considera que los sectores (distintos ministerios) que operan en el distrito, reconocen el rol de conducción del gobierno local? Si la respuesta es AFIRMATIVA indagar en los hechos que sustentan la afirmación. Si la respuesta es NEGATIVA preguntar al funcionario su opinión respecto a ello</p> <p>¿Podría decirse que el Alcalde ejerce liderazgo en el distrito? (si la respuesta fuera positiva) ¿Cómo se manifiesta dicho liderazgo?</p> <p>¿Cuáles son las actuales responsabilidades del gobierno local en el ámbito social y/o de la salud? ¿Qué procesos específicos han madurado dentro del gobierno local en este ámbito? (profundizar en los procesos relacionados a padrón nominal)</p> <p>¿Cómo ve la programación presupuestaria por resultados (PPR)? Específicamente la que se realiza en el marco del PAN-MCS? ¿Alguna diferencia entre la experiencia de PPR PAN de los años 2014, 2015 y 2016?</p> <p>¿Con qué mecanismos de transparencia cuenta la actual gestión? ¿Qué nos puede decir de la experiencia de rendición de cuentas propiciada en el marco del MS? ¿Qué rol ha jugado la capacitación y asistencia técnica recibida desde la estrategia MS en todos estos aspectos conversados: priorización, conducción en salud, PPR, PI, rendición de cuentas, etc.? ¿Le hubiera gustado que fuera de otra manera? ¿Qué significa para Ud. que el MS se impulse desde el MEF?</p>
<p>Situación actual (enero 2017)</p>	<p>¿En qué etapa se encuentra el proceso de implementación del MS en su distrito? ¿Lo considera replicable? ¿Por qué? ¿Qué cambios identifica, resultado del MS? Si pudiera hacerlo todo de nuevo: ¿Qué aspecto repetiría tal cual fue planificado? ¿Qué aspecto eliminaría de la intervención?</p> <p>¿Qué aprendizajes puede rescatar? ¿Qué recomendaciones proporcionaría?</p>

GUÍA DE PREGUNTAS – GRUPO FOCAL GESTORES REGIONALES: RENIEC, JUNTOS, MINSA (SIS, NIÑO, PROMSA), CONECTAMEF, ETC.

<p>Situación inicial (2013 y previos)</p>	<p>¿Qué experiencias de participación social (sociedad civil) en la gestión pública tenía la región? ¿Qué experiencias de articulación multisectorial en torno a un servicio público? ¿Alguna vinculada a los distritos priorizados por la sistematización? ¿Cuál era la situación general de los distritos priorizados para la presente sistematización? ¿La participación ciudadana? ¿La articulación de los servicios? ¿Cuál era la posición de los gestores extra-locales frente a estos hechos?</p>
<p>Proceso de implementación (enero 2014- junio 2016)</p>	<p>RESPECTO A LOS TRES DISTRITOS PRIORIZADOS: ¿Cuáles fueron las prioridades del gobierno local? ¿Y la de los sectores respectivos? ¿Cómo y dónde se definieron estas prioridades? ¿Cree que el Alcalde ejerce liderazgo en el territorio distrital? (si la respuesta fuera positiva) ¿Cómo se manifiesta este liderazgo? ¿Cómo afrontó el gobierno local las responsabilidades en el ámbito social y/o de la salud? ¿Se puede decir del gobierno local que conduce una gestión transparente? ¿Por qué? ¿Se puede decir que los sectores locales (RENIEC, MINSA, JUNTOS) realizan una gestión articulada? Si la respuesta es afirmativa ¿En qué se basa su afirmación? ¿Cómo se manifiesta? ¿Cuál es el sector que lidera dicha articulación? ¿Ustedes tuvieron algún rol en este hecho? En el caso específico de JUNTOS: ¿Cómo se articuló a su sector? ¿Cómo ve al MS desde su posición? ¿Qué rol ha jugado la capacitación y asistencia técnica recibida desde el MS en todos estos aspectos conversados: priorización, conducción en salud, PPR, PI, específicamente en rendición de cuentas, conducción articulada, etc.? Desde su punto de vista: el MS pudiera haberse desarrollado de otra manera? ¿Cómo se desarrolló la sociedad civil a lo largo del proceso? ¿Qué significa para Ud. que el MS se impulse desde el MEF?</p>
<p>Situación actual (enero 2017)</p>	<p>¿En qué etapa se encuentra el proceso de implementación del MS? ¿Lo consideran replicable? ¿Por qué? ¿Qué cambios identifica, resultado del MS? Si pudiera hacerse todo de nuevo: ¿Qué aspecto deberían repetirse tal cual fueron planificados? ¿Qué aspecto eliminarían de la intervención? ¿Qué aprendizajes pueden rescatar? ¿Qué recomendaciones proporcionarían en la posibilidad de extender el proyecto MS o ejecutar uno similar?</p>

GUÍA DE PREGUNTAS – GRUPO FOCAL GESTORES LOCALES (REGISTRADORES, PROMOTORES JUNTOS, MICRO RED/EESS, ETC.)

<p>Situación inicial (2013 y previos)</p>	<p>¿Qué experiencias de participación social (sociedad civil) en la gestión pública tenía el distrito? ¿Qué experiencias de articulación multisectorial en torno a un servicio público, que involucrara al gobierno local? ¿Cuál era la situación general del distrito? ¿La participación ciudadana? ¿La articulación de los servicios? ¿Cuál era la posición de los gestores extra-locales (región/provincia) frente a estos hechos?</p>
<p>Proceso de implementación (enero 2014- junio 2016)</p>	<p>¿Cuáles fueron las prioridades del gobierno local? ¿Y la de los sectores respectivos? ¿Cómo y dónde se definieron estas prioridades? ¿Cree que el Alcalde ejerce liderazgo en el territorio distrital? (si la respuesta fuera positiva) ¿Cómo se manifiesta este liderazgo? ¿Cómo afrontó el gobierno local las responsabilidades en el ámbito social y/o de la salud? ¿Se puede decir del gobierno local que conduce una gestión transparente? ¿Por qué? ¿Se puede decir que los sectores locales (RENIEC, MINSA, JUNTOS) realizan una gestión articulada? Si la respuesta es afirmativa ¿En qué se basa su afirmación? ¿Cómo se manifiesta? ¿Cuál es el sector que lidera dicha articulación? ¿Ustedes tuvieron algún rol en este hecho? En el caso específico de JUNTOS: ¿Cómo se articuló a su sector? ¿Cómo ve al MS desde su posición? ¿Qué rol ha jugado la capacitación y asistencia técnica recibida desde el MS en todos estos aspectos conversados: priorización, conducción en salud, PPR, PI, específicamente en rendición de cuentas, conducción articulada, etc.? Desde su punto de vista: el MS pudiera haberse desarrollado de otra manera? ¿Cómo se desarrolló la sociedad civil a lo largo del proceso? ¿Qué significa para Ud. que el MS se impulse desde el MEF?</p>
<p>Situación actual (enero 2017)</p>	<p>¿En qué etapa se encuentra el proceso de implementación del MS? ¿Lo consideran replicable? ¿Por qué? ¿Qué cambios identifica, resultado del MS? Si pudiera hacerse todo de nuevo: ¿Qué aspecto deberían repetirse tal cual fueron planificados? ¿Qué aspecto eliminarían de la intervención? ¿Qué aprendizajes pueden rescatar? ¿Qué recomendaciones proporcionarían en la posibilidad de extender el proyecto MS o ejecutar uno similar?</p>

GUÍA DE PREGUNTAS – ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD LIDERES SOCIEDAD CIVIL (REPRESENTANTES DISTRITALES Y COMUNALES QUE PARTICIPAN EN CCMS, IAL Y VIGILANCIA COMUNITARIA)

Situación inicial	<p>¿Existían experiencias de participación o vigilancia de la sociedad civil/comunal, antes de la intervención de la estrategia de MS? ¿En qué período? ¿Quiénes la/s impulsaron?</p>
Proceso de implementación	<p>Desde su punto de vista ¿A qué se ha dedicado el gobierno local? ¿Podría decirse que el Alcalde es un líder distrital? Si la respuesta es afirmativa ¿Cómo se manifiesta esto? ¿El gobierno local está haciendo una gestión transparente? ¿Qué está haciendo respecto a lo social/la salud? ¿Cómo ve el desempeño del sector salud (MINSA) en el distrito? ¿Y el de JUNTOS (Madres)? ¿Y el de RENIEC (registradores)? ¿Estarán trabajando en conjunto? ¿Cómo se manifiesta esto? ¿Cómo están ahora sus servicios? Coméntenos cómo fue que se incorporó a la IAL (o MCCS o Comité de Vigilancia Comunal). ¿Cómo se siente en ese espacio? ¿Cómo se desenvuelven las familias en este proceso? ¿Qué nos pueden decir de la experiencia de rendición de cuentas/vigilancia comunal? ¿Cómo ve al Monitoreo Social? ¿Qué rol ha jugado en el distrito/la comunidad en los últimos 2 años?</p>
Situación actual	<p>¿En qué etapa se encuentra el proceso de implementación del MS en su distrito/comunidad? ¿Qué cambios identifica, resultado del MS? Si pudiera hacerse todo de nuevo: ¿Qué aspecto deberían repetirse tal cual fueron planificados? ¿Qué aspecto eliminarían de la intervención? ¿Qué aprendizajes pueden rescatar? ¿Qué recomendaciones proporcionaría?</p>

ANEXO 2: FACTORES CRITICOS POR ACTOR

PRINCIPALES FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL ACTOR GOBIERNO LOCAL

N°	FACTORES	Variables y rangos (0.25; 0.5; 0.75; 1)	
1	Liderazgo del Alcalde	1	Conduce el proceso de MS, está claro respecto al mismo y su relevancia en la gestión del gobierno local.
		0.75	Está decidido a incrementar la intervención social. Facilita a su equipo de gestión las operaciones de sostenimiento del MS.
		0.5	El equipo de desarrollo social necesita sensibilizar al Alcalde con cierta periodicidad para avanzar en acciones relacionadas al MS.
		0.25	El Alcalde le provee una relevancia limitada a la estrategia de MS en su gestión
2	Asignación de recursos para la implementación del monitoreo social	1	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de recursos humanos: Responsable del MS y/o Personal de Salud y/o Padrón Nominal y/o digitadores de FUA y/o Personal de la ORA y/o Registradores Comunes. • Capacitación y entrega de incentivos monetarios y no monetarios (v.gr. canasta de víveres) a ACS que realizan vigilancia comunal. • Capacitación del personal de salud • Equipos multidisciplinarios de monitoreo de EESS • Elaboración de banner (“semáforo”) de indicadores del MS.
		0.75	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de recursos humanos: Personal de Salud y/o Padrón Nominal y/o digitadores de FUA y/o Personal de la ORA y/o Registradores Comunes. • Capacitación y entrega de incentivos monetarios y no monetarios (v.gr. canasta de víveres) a ACS que realizan vigilancia comunal. • Elaboración de banner (“semáforo”) de indicadores del MS.
		0.5	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de recursos humanos: Padrón Nominal y/o Personal de la ORA y/o Registradores Comunes. • Capacitación y entrega de incentivos monetarios y no monetarios (v.gr. canasta de víveres) a ACS que realizan vigilancia comunal.
		0.25	<ul style="list-style-type: none"> • Contratación de recursos humanos: Personal de la ORA y/o Registradores Comunes. • Capacitación y entrega de incentivos monetarios y no monetarios (v.gr. canasta de víveres) a ACS que realizan vigilancia comunal.

3	Gestión del padrón nominal	1	Existe un recurso humano responsable exclusivo de la gestión del Padrón Nominal, su manejo del mismo ha permitido mejorarlo en el nivel central. Maneja un cronograma de actualización con los establecimientos de salud, con los cuales interactúa activamente en busca de la homologación. Propicia la capacitación de todos los recursos humanos responsables del Padrón. Articula el padrón al PVL y la ULE. Los ambientes se reorganizaron para que todos los programas sociales compartan una misma área física y coordinen con mayor eficacia ⁸⁹ .
		0.75	Existe un recurso humano que gestiona el Padrón Nominal, de manera exclusiva o como encargo adicional a su responsabilidad principal. Maneja un cronograma de actualización con los establecimientos de salud, con los cuales interactúa activamente en busca de la homologación. Propicia la capacitación de todos los recursos humanos responsables del Padrón.
		0.5	Existe un recurso humano que gestiona el Padrón Nominal, de manera exclusiva o como encargo adicional a su responsabilidad principal. Maneja un cronograma de actualización con los establecimientos de salud, aunque la interacción con ellos es menos intensa y eficaz. Propicia la capacitación de todos los recursos humanos responsables del Padrón.
		0.25	Existe un recurso humano que gestiona el Padrón Nominal, como encargo adicional a su responsabilidad principal y recibe/o no pasivamente la información de la actualización del mismo.
4	Conducción del Comité de Coordinación del Monitoreo Social (CCMS)	1	Convoca a reuniones del CCMS con una periodicidad que oscila entre uno a dos meses. El funcionario responsable está convencido de la articulación como instrumento de desarrollo y del CCMS como instrumento político para la articulación.
		0.75	Convoca a reuniones del CCMS con una periodicidad superior a dos meses. El funcionario responsable está convencido de la articulación como instrumento de desarrollo y del CCMS como instrumento político para la articulación.
		0.5	Convoca a reuniones del CCMS a sugerencia telefónica del Monitor Social.
		0.25	No se han producido reuniones del CCMS desde que el Monitor Social dejó de visitar el distrito
5	Articulación con la microred de salud	1	Son aliados. Se puede contar con ellos para emprender acciones en favor de las metas comunes o similares
		0.75	Responden a las convocatorias que realizamos y aportan en la actualización y/o homologación del padrón nominal
		0.5	Solo están interesados en que les financemos actividades y no en un verdadero trabajo conjunto
		0.25	No se puede trabajar con ellos. No cumplen los acuerdos conjuntos. Se financia personal y les dan tareas distintas a las inicialmente planificadas.
6	Articulación con los gestores locales JUNTOS	1	Son aliados. Se puede contar con ellos para emprender acciones en favor de las metas comunes o similares
		0.75	Responden a las convocatorias que realizamos y aportan en la actualización y/o homologación del padrón nominal
		0.5	No se puede contar con ellos. Su apoyo es limitado
		0.25	Ingresan al distrito sin coordinar con nosotros

⁸⁹ "módulo de programas sociales"

PRINCIPALES FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL ACTOR MICRORED DE SALUD

N°	FACTORES	Rangos (0.25; 0.5; 0.75; 1)	
1	Alineamiento al monitoreo social	1	Tiene claras las ventajas del MS y lo ha Incorporado a su gestión, facilitando a su equipo las operaciones de sostenimiento del mismo.
		0.75	Considera positivo el proceso de MS porque le permite coordinar con otros sectores del distrito y facilita a su equipo, las tareas relacionadas al mismo.
		0.5	No tiene una idea clara respecto al MS pero facilita a su equipo las tareas relacionadas al mismo.
		0.25	No tiene una idea clara respecto al MS y cómo el mismo podría ser una ventaja para la gestión global de la microred
2	Incorporación de algunos instrumentos del MS en la gestión de los servicios ⁹⁰	1	El responsable de padrón en la microred coordina estrechamente la coherencia de la información con el responsable del SIS (Calidad y oportunidad del llenado de FUA). Se han realizado capacitaciones para reforzar habilidades en el personal. Se ha capacitado a Promotores y/o ACS para hacer seguimiento nominal comunal El banner de MS se usa en acciones de sensibilización y/o capacitación
		0.75	El responsable de padrón en la microred coordina estrechamente la coherencia de la información con el responsable del SIS (Calidad y oportunidad del llenado de FUA). Se han realizado capacitaciones para reforzar habilidades en el personal. El banner de MS se usa en acciones de sensibilización y/o capacitación
		0.5	El responsable de padrón en la microred coordina la coherencia de la información con el responsable del SIS (Calidad y oportunidad del llenado de FUA).
		0.25	No se han desarrollado procesos colaterales significativos.
3	Gestión del padrón nominal	1	La microred está organizada para la actualización mensual del padrón nominal, el cual está vinculado al seguimiento de los niños en el establecimiento (FUA) y la comunidad (carné CRED). Existe un responsable de padrón en la microred que retroalimenta al personal de salud involucrado en la tarea La cifra de niños homologada con el gobierno local es usada por la red correspondiente para la programación de actividades y presupuesto
		0.75	La microred está organizada para la actualización mensual del padrón nominal, el cual está vinculado al seguimiento de los niños en el establecimiento (FUA). Existe un responsable de padrón en la microred que retroalimenta al personal de salud involucrado en la tarea.
		0.5	La microred está organizada para la actualización mensual del padrón nominal, pero éste no está entre sus prioridades. Existe un responsable de padrón en la microred.
		0.25	La microred no está organizada para la actualización mensual del padrón nominal, tarea que se considera no tiene mayor incidencia en la prestación del servicio, hecho reforzado porque el MINSA aún tiene tendencia a usar la población del INEI

⁹⁰ Este factor crítico engloba fundamentalmente el registro administrativo, el monitoreo de insumos o recursos claves para la producción de los servicios; y la actualización permanente del padrón nominal.

4	Articulación en el seno del CCMS	1	La participación en el CCMS forma parte de la estrategia de alineamiento de la Microred al MS
		0.75	La participación en el CCMS forma parte de la estrategia de coordinación multisectorial local
		0.5	La participación en el CCMS es una formalidad. No existe la convicción de su utilidad
		0.25	No se participa.
5	Articulación con el gobierno local	1	Son aliados estratégicos
		0.75	Coordinamos de manera frecuente en diversas acciones. Nos apoyan con combustible, refrigerios o auditorio
		0.5	El personal de salud que contratan para los establecimientos termina siendo un problema, porque generalmente es de nivel técnico y sin experiencia. Lo hacen con fines de proselitismo político
		0.25	Cuentan con presupuesto para acciones de salud y no lo emplean en ello, e incluso se niegan a apoyarnos
6	Articulación con los gestores locales JUNTOS	1	Existe la comprensión clara de que una alianza con JUNTOS sería estratégica debido a que prácticamente todas las familias de su ámbito están o son potenciales usuarias de dicho programa. Han capacitado en conjunto a los/as Promotores/as (líderes JUNTOS) para fortalecer la vigilancia comunal
		0.75	El establecimiento coopera para el reporte de corresponsabilidad de JUNTOS. El Contacto es aprovechado para intercambiar información útil para ambos
		0.5	No existe una relación adecuada con JUNTOS porque los gestores locales presionan constantemente por la información para su reporte de corresponsabilidades.
		0.25	Consideran que el trabajo de JUNTOS es muy asistencialista y que no se ha avanzado nada en la década de intervención y que esto incluso entorpeció el trabajo de-l sector salud porque limita el empoderamiento.

PRINCIPALES FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL ACTOR GESTORES LOCALES DE JUNTOS

N°	FACTORES	Rangos (0.25; 0.5; 0.75; 1)	
1	Postura frente al padrón nominal	1	Coopera mensualmente en la actualización/homologación del padrón nominal y lo considera valioso en su tarea
		0,75	Coopera mensualmente en la actualización/homologación del padrón nominal, como una formalidad que debe cumplir
		0,5	Empezó a cooperar en la actualización/homologación del padrón nominal en el último trimestre del año 2016 porque antes de ello no estaba autorizado
		0.25	No aporta en la actualización/homologación del padrón nominal, por diversos motivos, entre ellos: tiene filtración de usuarios y no la puede corregir por presión comunal
2	Articulación en el seno del CCMS	1	Está convencido de las ventajas de la articulación en el seno del comité. Su participación en el mismo le ha permitido alcanzar metas comunes al resto de instituciones
		0,75	Está convencido de las ventajas de la articulación en el seno del comité. Su participación en el mismo le ha permitido plantear/resolver problemas comunes al resto de actores
		0,5	Acude periódicamente a reuniones del Comité. Muestra disposición a articularse dentro del mismo
		0.25	No acude a las reuniones del comité
3	Articulación con la microred de salud	1	Cooperación mutua. Está previsto el sistema a través del cual se compartirá la información requerida por JUNTOS.
		0,75	Acude a los EESS a recabar la información requerida (cuaderno de registro/HC) como parte del trabajo rutinario
		0,5	Acude a los EESS a recabar la información requerida y no la encuentra, necesitando eventualmente cruzar información en todas las fuentes de registro (cuaderno, HC, tarjetas de seguimiento, FUA, etc.)
		0.25	Acude a los EESS a recabar la información requerida y no la encuentra, necesitando permanentemente cruzar información en todas las fuentes de registro (cuaderno, HC, tarjetas de seguimiento, FUA, etc.)

PRINCIPALES FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL ACTOR CIUDADANÍA

PRINCIPALES FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS EN EL ACTOR CIUDADANÍA			
N°	FACTORES	Rangos (0.25; 0.5; 0.75; 1)	
1	Seguimiento nominal comunal	1	Realiza seguimiento comunal activo en coordinación con los servicios de salud, Programa JUNTOS, PVL. Considera que el banner de seguimiento nominal es muy sensibilizador en el sentido positivo (aprobación social de la práctica adecuada) y negativo (sanción social de la práctica inadecuada)
		0,75	Realiza seguimiento nominal comunal activo en coordinación con los servicios de salud.
		0,5	Tiene una idea clara de lo que implica el seguimiento nominal comunal pero no lo ha realizado
		0.25	No conoce ni realiza seguimiento nominal comunal
2	Participación en el CCMS	1	El CCMS es un espacio útil para el diálogo estado-sociedad civil en épocas en las que este se ha perdido
		0,75	El CCMS es un espacio útil para informarse de las actividades, proyectos u oportunidades que podrían presentarse en el distrito y/o del desenvolvimiento –positivo o negativo- de los programas sociales que se ofertan
		0,5	El CCMS es un espacio útil para conocer personas a través de las cuales pudiera obtenerse algún apoyo.
		0.25	Desconoce y/o no ha sido invitado a participar en el CCMS
3	Participación en los foros de rendición de cuentas	1	Participó de uno o dos foros y tiene una idea clara de su implicancia, aunque afirma que la población en general adopta una posición muy pasiva en ellos
		0,75	Ha participado en por lo menos un foro de rendición de cuentas
		0,5	Recuerda haber participado pero no tiene una idea clara del objetivo
		0.25	Desconoce respecto a los foros de rendición de cuentas

ANEXO 5: CONSOLIDADO DE LAS CARACTERÍSTICAS INHERENTES A LOS CONSULTORES DEL MONITOREO SOCIAL EN LOS DISTRITOS SISTEMATIZADOS

Profesión	Distritos	Período de intervención	Principales habilidades
Obstetra	Pisuquia Imaza	Enero 2014- marzo 2017 septiembre 2015 – marzo 2016	Activa, sociable, relacionada en los distintos niveles de gestión, adaptable a las diversas situaciones; abierta a aprender y enseñar; amplia experiencia en promoción de la salud
Enfermero	Nieva Imaza	Enero 2014 – junio 2015 Enero –septiembre 2014	Activo, sociable, políticamente agudo, ordenado, habilidades docentes, se desenvolvía mejor en el nivel estratégico que en el operativo; amplia experiencia en gestión de servicios de salud.
Docente	Imaza	Octubre 2014 – agosto 2015	Activo, sociable, abierto a aprender y enseñar; su profesión le limitó la entrada con el personal de salud; se desenvolvía mejor en el nivel político que en el operativo.
Enfermera	Nieva	Noviembre 2014 – Marzo 2017	Activa, sociable; buena relación con los actores del gobierno local; ávida por encontrar respuestas a las barreras culturales de la zona; experiencia en gestión de servicios de salud.
Socióloga	Bambamarca	Abril 2014 – Marzo 2017	Activa, sociable, firme. Amplia experiencia con gobiernos locales. Le tocó terreno caldeado en Bambamarca y debió emplear diversas y trabajadas estrategias de sensibilización con los actores
Enfermero	Tabaconas	Enero 2015- Marzo 2017	Activo, sociable, empático. Experiencia en gestión de servicios de salud. Le tocó terreno fértil porque la DISA Jaén se encontraba en pleno proceso de mejora de procesos. Es visto como un asesor “complementario”
Socióloga	Cachachi	Abril 2014 – Marzo 2017	Amplia experiencia con gobiernos locales; aprendió rápidamente respecto a temas de salud, hecho muy relevado por gestores de redes que decían “nos gustaría conocer todos los temas que maneja la consultora”
Socióloga	Santa María del Valle Churubamba	Enero-Diciembre 2014	Activa, sociable, firme. Amplia experiencia en procesos de concertación participativa local y regional. Tras doce meses de productivo trabajo fue incorporada al equipo del MEF central.
Enfermera	Panao	Enero 2014 – Marzo 2017	Activa, sociable, buena relación con los actores locales. Le tocó terreno difícil por la relación debilitada entre la microred de salud (ex CLAS Panao) y el gobierno local.

ANEXO 6: TABLAS DE ORIGEN DE LA EVOLUCIÓN DE INDICADORES DEL MONITOREO SOCIAL

TABLA 6.1: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE CRED, POR AÑO DE INTERVENCIÓN Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período de intervención	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	6	8,5	45	63,4	66	93,0
	30	42,3	21	29,6	5	7,0
	34	47,9	5	7,0		
	1	1,4				
Sub total	71	100,0	71	100,0	71	100,0
Año 2	7	12,7	35	63,6	55	100
	24	43,6	17	30,9		
	20	36,4	3	5,5		
	4	7,3				
Sub total	55	100,0	55	100,0	55	100,0
Año 3	2	5,9	14	41,2	27	79,4
	7	20,6	16	47,1	7	20,6
	18	52,9	3	8,8		
	7	20,6	1	2,9		
Sub total	34	100,0	34	100,0	34	100,0
Total general	160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.1.1.: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE CRED, POR REGIÓN INTERVENIDA Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período	Regiones	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
		Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	Amazonas			3	42,9	5	71,4
		1	14,3	3	42,9	2	28,6
		6	85,7	1	14,3		
	Cajamarca	4	10,8	21	56,8	34	91,9
		13	35,1	12	32,4	3	8,1
		19	51,4	4	10,8		
		1 ⁸⁹	2,7				
	Huánuco	2	7,4	21	77,8	27	100
		16	59,3	6	22,2		
9		33,3					
Sub total	71		71		71		
Año 2	Amazonas			1	100	1	100
		1	100				
	Cajamarca	7	22,6	16	51,6	31	100
		15	48,4	12	38,7		
		7	22,6	3	9,7		
		2	6,5				
	Huánuco	9	39,1	18	78,3	23	100
				5	21,7		
		12	52,2				
2		8,7					
Sub total	55		55		55		

Año 3	Amazonas			5	55,6	8	88,9
		1	11,1	3	33,3	1	11,1
		4	44,4	1	11,1		
		4	44,4				
	Cajamarca	1	5,3	7	36,8	14	73,7
		5	26,3	9	47,4	5	26,3
		11	57,9	2	10,5		
		2	10,5	1	5,3		
	Huánuco	1	16,7	2	33,3	5	83,3
		1	16,7	4	66,7	1	16,7
		3	50,0				
		1	16,7				
Sub total		34		34		34	
Total General		160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.2: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS Y NEUMOCOCO, POR AÑO DE INTERVENCIÓN Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período de intervención	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	3	4,2	43	60,6	63	88,7
	43	60,6	28	39,4	8	11,3
	25	35,2				
Sub total	71	100,0	71	100,0	71	100,0
Año 2	2	3,6	28	50,9	48	87,3
	30	54,5	27	49,1	7	12,7
	23	41,8				
Sub total	55	100,0	55	100,0	55	100,0
Año 3	1	2,9	18	52,9	27	79,4
	22	64,7	13	38,2	7	20,6
	10	29,4	3	8,8		
	1	2,9				
Sub total	34	100,0	34	100,0	34	100,0
Total general	160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

**TABLA 6.2.1: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE VACUNACIÓN
CONTRA ROTAVIRUS Y NEUMOCOCO, POR REGIÓN
INTERVENIDA Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN**

Período	Regiones	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
		Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	Amazonas			4	57,1	5	71,4
		2	28,6	3	42,9	2	28,6
		5	71,4				
	Cajamarca	2	5,4	22	59,5	32	86,5
		21	56,8	15	40,5	5	13,5
		14	37,8				
	Huánuco	1	3,7	17	63,0	26	96,3
		20	74,1	10	37,0	1	3,7
		6	22,2				
Sub total			71		71		
Año 2	Amazonas			1	100	1	100
		1	100				
	Cajamarca	21	67,7	16	51,6	24	77,4
		2	6,45	15	48,4	7	22,6
		8	25,8				
	Huánuco	14	60,9	11	47,8	23	100
		9	39,1	12	52,2		
Sub total			55		55		

Año 3	Amazonas			6	66,7	9	100
		7	77,8	2	22,2		
		1	11,1	1	11,1		
		1	11,1				
	Cajamarca	1	5,2	10	52,6	14	73,7
		12	63,2	7	36,8	5	26,3
		6	31,6	2	10,5		
	Huánuco			2	33,3	4	66,7
		3	50,0	4	66,7	2	33,3
		3	50,0				
Sub total		34		34		34	
Total General		160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

**TABLA 6.3: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE
SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO, POR AÑO DE
INTERVENCIÓN Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN**

Período de intervención	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1			26	36,6	51	71,8
	2	2,8	34	47,9	19	26,8
	29	40,8	10	14,1		
	40	56,3	1	1,4	1	1,4
Sub total	71	100	71	100	71	100
Año 2			24	43,6	38	69,1
	3	5,4	21	38,2	15	27,3
	20	36,4	6	10,9	2	3,6
	32	58,2	4	7,3		
Sub total	55	100	55	100	55	100
Año 3	1	2,9	11	32,4	20	58,8
	1	2,9	10	29,4	7	20,6
	5	14,7	4	11,8		
	27	79,4	9	26,5	7	20,6
Sub total	34	100	34	100	34	100
Total general	160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.3.1: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO, POR REGIÓN INTERVENIDA Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período	Regiones	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016		
		Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	
Año 1	Amazonas			2	28,6	6	85,7	
				3	42,9	1	14,3	
				2	28,6			
		7	100					
	Cajamarca				12	32,4	29	78,4
		1	2,7	18	48,6	8	21,6	
		17	45,9	7	18,9			
		19	51,4					
	Huánuco				12	44,4	16	59,3
		1	3,7	13	48,1	10	37,0	
		12	44,4	1	3,7			
		14	51,9	1	3,7	1	3,7	
Sub total		71		71		71		
Año 2	Amazonas				100	1	100	
		1	100					
	Cajamarca				14	45,2	20	64,5
		3	9,6	12	38,7	10	32,3	
		14	45,2		9,6			
		14	45,2	2	6,45	1	3,23	
	Huánuco				9	39,1	17	73,9
					9	39,1	5	21,7
		6	26,1	3	13,0	1	4,3	
		17	73,9	2	8,7			
	Sub total		55		55		55	

Año 3	Amazonas			4	44,4	6	66,7	
				2	22,2			
		9	100	3	33,3	3	33,3	
	Cajamarca		1	5,3	7	36,8	11	57,9
					4	21,1	4	21,1
			4	21,1	2	10,5		
		14	73,7	6	31,6	4	21,1	
	Huánuco						3	50,0
			1	16,6	4	66,7	3	50,0
			1	16,6	2	33,3		
			4	66,7				
	Sub total		34		34	34		
Total General		160		160		160		

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.4: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR FED, POR AÑO DE INTERVENCIÓN Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período de intervención	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	1	1,4	24	33,8	47	66,2
	16	22,5	35	49,3	24	33,8
	52	73,2	12	16,9		
	2	2,8				
Sub total	71	100	71	100	71	100
Año 2			16	29,1	41	74,5
	15	27,3	35	63,6	14	25,5
	37	67,3	4	7,2		
	3	5,5				
Sub total	55	100	55	100	55	100
Año 3			8	23,5	21	61,8
	5	14,7	18	52,9	11	32,4
	25	73,5	8	23,5	2	5,8
	4	11,8				
Sub total	34	100	34	100	34	100
Total general	160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.4.1: GRUPO MAYORITARIO DE DISTRITOS PARA EL INDICADOR FED, POR REGIÓN INTERVENIDA Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período	Regiones	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016		
		Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	
Año 1	Amazonas			2	28,6	3	42,9	
		1	14,3	3	42,9	4	57,1	
		6	85,7	2	28,6			
	Cajamarca				11	29,7	23	62,2
		6	16,2	17	45,9	14	37,8	
		30	81,1	9	24,3			
		1	2,7					
	Huánuco	1	3,7	11	40,7	21	77,8	
		9	33,3	15	55,6	6	22,2	
		16	59,3	1	3,7			
		1	3,7					
	Sub total		71		71		71	
Año 2	Amazonas			1	100	1	100	
		1	100					
	Cajamarca	1	3,2	7	22,6	20	64,5	
		12	38,7	20	64,5	11	35,5	
		18	58,1	4	12,9			
	Huánuco			8	34,8	20	87,0	
		3	13,0	15	65,2	3	13,0	
		18	78,3					
		2	8,7					
	Sub total		55		55		55	

Año 3	Amazonas			4	44,4	7	77,8
		1	11,1	3	33,3	2	22,2
		6	66,7	2	22,2		
		2	22,2				
	Cajamarca			3	15,8	12	63,2
		4	21,1	12	63,2	6	31,6
		14	73,7	4	21,1	1	5,2
		1	5,3				
	Huánuco			1	16,7	2	33,3
				3	50,0	3	50,0
		5	83,3	2	33,3	1	16,7
		1	16,7				
	Sub total		34		34	34	
Total General		160		160	160		

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

**TABLA 6.5: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE IDENTIFICACIÓN CON DNI,
POR AÑO DE INTERVENCIÓN Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN**

Período de intervención	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	43	60,56	60	84,51	64	90,14
	13	18,31	4	5,63	5	7,04
	15	21,13	7	9,86	2	2,82
Sub total	71	100	71	100	71	100
Año 2	34	61,82	44	80,00	49	89,09
	8	14,55	8	14,55	6	10,91
	13	23,64	3	5,45		
Sub total	55	100	55	100	55	100
Año 3	18	52,94	23	67,65	28	82,35
	3	8,82	7	20,59	5	14,71
	12	35,29	4	11,76	1	2,94
	1	2,94				
Sub total	34	100	34	100	34	100
Total general	160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.5.1: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE IDENTIFICACIÓN CON DNI, POR REGIÓN INTERVENIDA Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período	Regiones	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
		Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	Amazonas	1	14,29	4	57,14	4	57,14
		3	42,86	1	14,29	1	14,29
		3	42,86	2	28,57	2	28,57
	Cajamarca	23	62,16	32	86,49	35	94,59
		6	16,22	2	5,41	2	5,41
		8	21,62	3	8,1		
	Huánuco	19	70,37	24	88,89	25	92,59
		4	14,81	1	3,70	2	7,41
		4	14,81	2	7,41		
Sub total		71		71		71	
Año 2	Amazonas	1	100,00	1	100,00	1	100,00
	Cajamarca	18	58,06	23	74,19	28	90,32
		7	22,58	6	19,35	3	9,68
		6	19,35	2	6,45		
	Huánuco	15	65,22	20	86,96	20	86,96
		1	4,35	2	8,70	3	13,04
7		30,43	1	4,35			
Sub total		55		55		55	

Año 3	Amazonas	6	66,67	7	77,78	7	77,78
		2	22,22	2	22,22	2	22,22
		1	11,11				
	Cajamarca	10	52,63	12	63,16	17	89,47
		1	5,26	4	21,05	1	5,26
		8	42,11	3	15,79	1	5,26
	Huánuco	2	33,33	4	66,67	4	66,67
				1	16,67	2	33,33
4		66,67	1	16,67			
Sub total		34		34		34	
Total General		160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia

TABLA 6.6: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE AFILIACIÓN AL SIS, POR AÑO DE INTERVENCIÓN Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN

Período de intervención	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	45	63,38	62	87,32	64	90,14
	7	9,86	5	7,04	7	9,86
	19	26,76	4	5,63		
Sub total	71	100	71	100	71	100
Año 2	41	74,55	48	87,27	47	85,45
	2	3,64	4	7,27	6	10,91
	12	21,82	3	5,45	2	3,64
Sub total	55	100	55	100	55	100
Año 3	27	79,41	31	91,18	28	82,35
					4	11,76
	7	20,59	3	8,82	2	5,88
Sub total	34	100	34	100	34	100
Total general	160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia


**TABLA 6.6.1: EVOLUCIÓN DEL INDICADOR DE AFILIACIÓN AL SIS, POR
REGIÓN INTERVENIDA Y PUNTO DE CORTE DE MEDICIÓN**


Período	Regiones	Mar-2014		Dic-2015		Oct-2016	
		Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos	Nº de distritos	% de distritos
Año 1	Amazonas	9	100,0	8	88,89	6	66,67
						3	33,33
				1	11,11		
	Cajamarca	13	68,42	17	89,47	19	100,0
				2	10,53		
		6	31,58				
	Huánuco	5	83,33	6	100,0	3	50,0
						1	16,67
		1	16,67			2	33,33
Sub total		71		71		71	
Año 2	Amazonas	1	100,0	1	100,0	1	100,0
	Cajamarca	25	80,65	29	93,55	29	93,55
		2	6,45	1	3,23	2	6,46
		4	12,90	1	3,23		
	Huánuco	15	65,22	18	78,26	17	73,91
				3	13,04	4	17,39
		8	34,78	2	8,70	2	8,70
Sub total		55		55		55	
Año 3	Amazonas	6	66,67	7	77,78	7	77,78
		3	33,33	2	22,22	2	22,22
	Cajamarca	10	52,63	12	63,16	19	100,0
		1	5,26	4	21,05		
		8	42,11	3	15,79		
	Huánuco	5	83,33	6	100,0	4	66,67
						1	16,67
		1	16,67			2	33,33
Sub total		34		34		34	
Total General		160		160		160	

Fuente: Base de datos Cubo Infant SIS-MINSA -10-2016- Elaboración propia n




 www.mef.gob.pe

 Jr. Junín 319, Lima 1 - Perú

 (511) 311 5930

Síguenos en:

 @MEF_Peru

 Ministerio de Economía y Finanzas - Oficial