

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

**“Heurísticos burocráticos y sesgo territorial en el proceso de
innovación social: El caso del programa de *mHealth* ‘Mama’ en
la región La Libertad (2016-2018)”**

Trabajo de investigación para optar el grado de Magíster en
Gobierno y Políticas Públicas

AUTOR

Narda Edelmira Carranza Pinedo

ASESOR

Leonidas Lucas Ramos Morales

JURADO

Flavio Ernesto Ausejo

Castillo

Daniel McBride González

LIMA – PERÚ

2019

Resumen

No se conocen investigaciones académicas que hayan vinculado los marcos conceptuales de las desigualdades sociales y los de innovación social. En este contexto, esta tesis se preguntó por el papel de las desigualdades sociales en las trayectorias de la gestión de una innovación social. Para este fin se tomó como caso el programa Mama, implementado en tres distritos de la región La Libertad (Perú) entre 2016 y 2019. El programa Mama es una innovación en salud móvil o *mHealth* que consiste en el envío de mensajes a través de celulares a madres gestantes y madres de niños(as) menores de un año con el objetivo de promover hábitos saludables, alentar respuestas preventivas y mejorar la asistencia a los controles médicos. La aproximación metodológica usada es la Teoría Fundamentada (o *Grounded Theory*), metodología inductiva que propone una serie de pasos a fin de generar nuevas categorías y marcos teóricos. El principal hallazgo de la investigación se refiere a los sesgos territoriales presentes en los heurísticos (o estrategias de toma de decisiones) empleados por los burócratas que conducen la implementación de una innovación social que cuenta con un componente tecnológico importante. Estos sesgos conforman mecanismos de reproducción de desigualdades en la expansión de la innovación social, favoreciendo la expansión o el estancamiento de acuerdo al territorio, especialmente, en escenarios de incertidumbre.

Palabras clave: innovación, heurísticos, salud móvil, desigualdades sociales

Abstract

Academic research that has linked the conceptual frameworks of social inequalities and those of social innovation is unknown. In this context, this dissertation looks at the role of social inequalities in the paths of social innovation management. For this purpose, the case selected was the Mama program, implemented in three districts of La Libertad region (Peru) between 2016 and 2019. The Mama program is an innovation in mobile health or *mHealth* that consists of sending messages through cell phones to pregnant mothers and mothers of children under one year of age with the aim of promoting healthy habits, encouraging preventive responses and improving attendance at medical check-ups. The methodological approach used is *Grounded Theory*, an inductive methodology that proposes a series of steps in order to generate new categories and theoretical frameworks. The main finding of the investigation refers to the territorial biases present in the heuristics (or decision-making strategies) used by the bureaucrats that lead the implementation of a social innovation with an important technological component. These biases form mechanisms for the reproduction of inequalities in the expansion of a social innovation, favoring expansion or stagnation according to the territory, especially in scenarios of uncertainty.

Keywords: innovation, heuristics, *mHealth*, social inequalities

Tabla de Contenidos

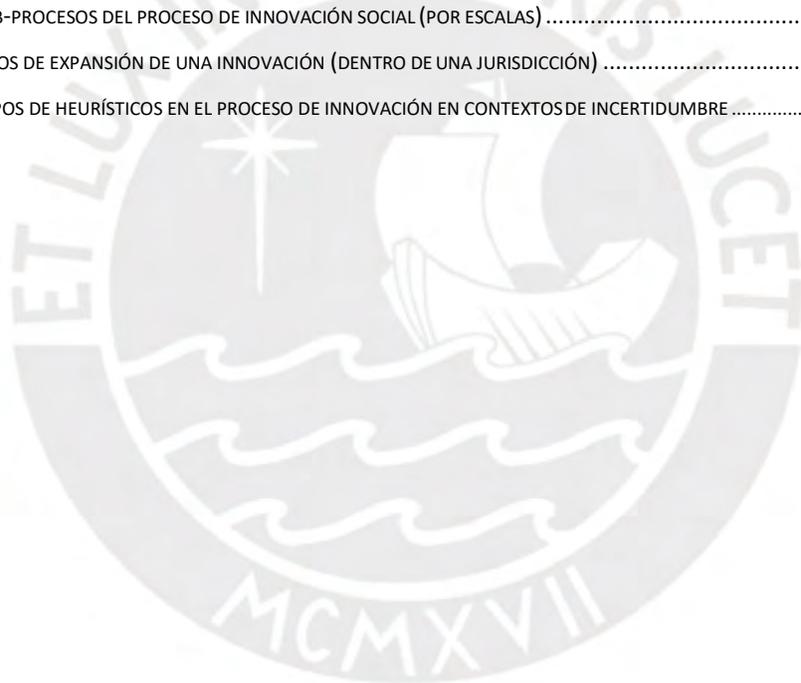
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL	9
1.1. INNOVACIONES SOCIALES.....	9
1.2. DESIGUALDADES SOCIALES.....	15
1.3. PUENTES POSIBLES.....	18
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA	20
2.1. SOBRE LA TEORÍA FUNDAMENTADA	20
2.2. PROCESS TRACING COMO COMPLEMENTO DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA.....	21
2.3. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	22
2.3.1. Fase inicial	22
2.3.2. Fase intermedia	24
2.3.3. Fase final.....	26
2.3.4. Técnicas transversales	28
CAPÍTULO 3. EL PROGRAMA MAMA EN LA REGIÓN LA LIBERTAD	31
3.1. UN PROTOTIPO: EL PROGRAMA MAMA.....	31
3.2. EL PROGRAMA SE IMPLEMENTA EN PERÚ	35
3.3. LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MAMA EN LA REGIÓN LA LIBERTAD.....	43
3.4. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	54
3.5. EL ESTANCAMIENTO DE LOS PILOTOS RURALES	57
CAPÍTULO 4. LOS HEURÍSTICOS DETRÁS DEL ESTANCAMIENTO	60
4.1. LA AUSENCIA DE EVIDENCIA	60
4.2. HEURÍSTICO DE LA EVIDENCIA MÁS CERCANA.....	64
4.2.1. Aprendizaje de la experiencia lambayecana	65
4.2.2. Resultado: “La evidencia disponible se aplica a zonas urbanas”	66
4.3. HEURÍSTICO DE LOS INDICADORES DISPONIBLES.....	66
4.3.1. El número de usuarias.....	66
4.3.2. El personal capacitado	67
4.3.3. Resultado: “Los indicadores disponibles son insuficientes en distritos rurales”	70
4.4. HEURÍSTICO DE LIMITACIONES ESTRUCTURALES	71

4.4.1. <i>Los determinantes de la salud</i>	71
4.4.2. <i>Lo que se conoce de las usuarias</i>	74
4.4.3. <i>Resultado: “Los proyectos de mHealth no son viables en los distritos rurales”</i>	80
4.5. HEURÍSTICOS, SESGO Y ESTANCAMIENTO DE LOS PILOTOS RURALES.....	80
CAPÍTULO 5. INNOVACIÓN SOCIAL Y DESIGUALDAD TERRITORIAL	83
5.1. EL PROCESO DE INNOVACIÓN SOCIAL	83
5.2. TIPOS DE EXPANSIÓN DE LA INNOVACIÓN	86
5.3. ATRIBUCIONES, HEURÍSTICOS Y SESGOS	88
5.4. DESIGUALDADES TERRITORIALES EN EL PROCESO DE INNOVACIÓN.....	91
BIBLIOGRAFÍA	94



Índice de Tablas

TABLA 1: CORRIENTES EN LOS ESTUDIOS SOBRE INNOVACIÓN SOCIAL.....	12
TABLA 2: CORRIENTE RADICAL EN LOS ESTUDIOS SOBRE INNOVACIÓN.....	14
TABLA 3: FAMILIAS DE CÓDIGOS UTILIZADAS DE MANERA REFERENCIAL EN LA INVESTIGACIÓN	26
TABLA 4: TÉCNICAS, PRODUCTOS TEÓRICOS Y ESTRUCTURA DE LA TESIS.....	28
TABLA 5: CADENA DE VALOR DEL PROGRAMA MAMA	32
TABLA 6: EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA MAMA EN EL MUNDO	33
TABLA 7: DIVISIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA MAMA.....	39
TABLA 8: EQUIPO TÉCNICO CONDUCTOR DEL PROGRAMA MAMA DE 2016	43
TABLA 9: POSESIÓN DE CELULAR SEGÚN PERTENENCIA AL PROGRAMA (JULCÁN).....	76
TABLA 10: TIPO DE CELULAR SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE ASISTE (JULCÁN).....	76
TABLA 11: SUB-PROCESOS DEL PROCESO DE INNOVACIÓN SOCIAL (POR ESCALAS)	85
TABLA 12: TIPOS DE EXPANSIÓN DE UNA INNOVACIÓN (DENTRO DE UNA JURISDICCIÓN)	87
TABLA 13: TIPOS DE HEURÍSTICOS EN EL PROCESO DE INNOVACIÓN EN CONTEXTOS DE INCERTIDUMBRE	90



Índice de Gráficos

GRÁFICO 1: RED DE CÓDIGOS (EN ATLAS TI) SOBRE EVENTOS PRINCIPALES DEL DISEÑO Y LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MAMA.	25
GRÁFICO 2: REGIONES DONDE LA AMEB REALIZÓ PROYECTOS CON ACDI (2003-2018)	36
GRÁFICO 3: LÍNEA DE TIEMPO	40
GRÁFICO 4: MAPA DE LOS DISTRITOS DONDE SE EXPANDIÓ EL PROGRAMA MAMA EN LAMBAYEQUE EN 2016	41
GRÁFICO 5: MAPA DE LA REGIÓN LA LIBERTAD. RUTA TRUJILLO – JULCÁN – CURGOS	42
GRÁFICO 6: ACTIVIDADES DEL GR (AMEB Y EL SECTOR SALUD).....	44
GRÁFICO 7: MAPA DE LA MICRO-RED DE SALUD JULCÁN (DISTRITO DE JULCÁN).....	47
GRÁFICO 8: CUATRO DE LAS DIEZ CAPTURAS DE PANTALLA ANEXADAS AL OFICIO N° 023-2017-GR-LL/GGR/GRS-RED JULCAN-DE.....	49
GRÁFICO 9: FICHA DE REGISTRO EN LA PLATAFORMA EN LÍNEA (2018)	50
GRÁFICO 10: REGISTRO DE USUARIAS, NO USUARIAS Y “NO SUBIDAS” POR FECHA	52
GRÁFICO 11: REGISTRO SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD (AGOSTO, 2018).....	52
GRÁFICO 12: TIEMPO (EN MESES) ENTRE EL REGISTRO DE LAS USUARIAS Y SU FECHA PROBABLE DE PARTO.....	54
GRÁFICO 13: PERIODOS EN EL CARGO DE FUNCIONARIOS DEL GRLA LIBERTAD	55
GRÁFICO 14: ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA EN EL DISTRITO DE JULCÁN.....	57
GRÁFICO 15: HEURÍSTICOS EMPLEADOS PARA TOMAR DECISIONES SOBRE EL PROGRAMA MAMA.....	64
GRÁFICO 16: COBERTURA 2G DE CLARO	77
GRÁFICO 17: COBERTURA 3G DE CLARO	77
GRÁFICO 18: NIVEL EDUCATIVO DE GESTANTES EN 2018/08 (MICRO-RED JULCÁN).....	79
GRÁFICO 19: EDADES DE LAS GESTANTES IDENTIFICADAS EN EL DISTRITO DE JULCÁN, 2018/08	79
GRÁFICO 20: SESGOS TERRITORIALES COMO MECANISMO DE REPRODUCCIÓN DE DESIGUALDADES TERRITORIALES EN EL PROCESO DE INNOVACIÓN	93

Introducción

La motivación inicial para esta investigación yace en la experiencia de haber tomado cursos en temas de desarrollo sostenible y desigualdades sociales ofrecidos por el programa trAndeS¹ en paralelo a los cursos en gestión pública de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas de la PUCP. Esta yuxtaposición de perspectivas y disciplinas, personalidades y perfiles profesionales, trajo consigo la sorpresa por sus puntos en común —el gran interés por el Estado, las políticas públicas y el vínculo Estado-sociedad— y por sus aproximaciones divergentes —la comprensión profunda de problemas públicos con vena crítica, por un lado, y la pulsión pragmática y estratégica, de otro—. La aparente desconexión se hizo más evidente durante la selección del caso a estudiar: ¿debía elegir un caso para señalar las limitaciones estructurales y probable fracaso de una política pública, o, en línea con la propuesta pragmática de la Maestría de Gobierno y Políticas Públicas, partir de un enfoque de innovación para proponer intervenciones que de acuerdo a la evidencia tendrían resultados positivos?

En la academia peruana es raro el diálogo y articulación balanceada entre estos enfoques, especialmente entre el emergente y optimista campo abierto por la innovación social, considerado un nuevo paradigma en el sector público y privado, y los estudios más precavidos sobre desigualdades sociales vinculados al accionar estatal, prioritarios en el contexto latinoamericano. En el ámbito de las innovaciones sociales, el foco está en las intervenciones acotadas que son diseñadas para generar cambios en las relaciones sociales a nivel micro. Dentro de los estudios sobre desigualdades sociales, se visibilizan los mecanismos de reproducción de las desigualdades a nivel de políticas públicas y proyectos de desarrollo, limitando su alcance.

Al realizar la revisión de la literatura (capítulo 1), no se encontraron vínculos empíricos y teóricos entre el estudio de las desigualdades sociales y los de innovación social, a pesar de sus aparentes intersecciones. Por ese motivo, se seleccionó como aproximación metodológica la Teoría Fundamentada, una metodología inductiva que propone una serie de pasos a fin de generar nuevas categorías y marcos teóricos. De esta manera, se plantea como objetivo general de la

¹ Programa de Posgrado en Desarrollo Sostenible y Desigualdades Sociales en la Región Andina (<https://www.programa-trandes.net>).

presente investigación el proponer un modelo teórico que vincule el concepto de innovación social con el de desigualdades sociales. Específicamente, se puso el foco en observar mecanismos de reproducción de desigualdades sociales en los procesos de innovación social.

Para cumplir con el objetivo general, se seleccionó un caso de innovación social implementado en tres distritos (uno urbano y dos rurales) de la región La Libertad entre 2016 y 2019: El programa Mama. Este programa es una innovación en salud móvil que consiste en el envío de mensajes a través de celulares a madres gestantes y madres de niños(as) menores de un año, orientado a promover hábitos saludables, alentar respuestas preventivas y mejorar la asistencia a los controles médicos. Este caso ofrece la oportunidad de aproximarnos a un tipo de innovación social donde el sector público (específicamente a nivel subnacional) tiene una participación importante y donde la comparación de trayectorias facilita la aproximación al concepto de desigualdad social.

La elaboración de la propuesta conceptual y teórica se realizó progresivamente a partir de las técnicas propuestas por la Teoría Fundamentada. En una primera fase, cumplir con el objetivo general implicó analizar el proceso de implementación de la innovación social del programa Mama a fin de identificar elementos vinculados con las desigualdades sociales. Posteriormente, se analizaron estos elementos (i.e. la toma de decisiones sobre la expansión de la innovación). Finalmente, se redactó formalmente una propuesta conceptual sobre el proceso de innovación social y su vínculo teórico con las desigualdades sociales.

El principal hallazgo de la investigación, a nivel empírico, se refiere al rol particular de los heurísticos empleados por los burócratas del sector salud para tomar decisiones sobre la expansión del proceso de innovación en diferentes territorios. En distritos rurales, la innovación se estanca fácilmente pues los obstáculos que enfrenta reciben una lectura enmarcada en la persistencia de los problemas estructurales y el consiguiente fracaso. Por otro lado, en la capital de la región, los obstáculos se consideran superables y llevan a la expansión del piloto pues es considerado viable.

A nivel teórico, concluimos que la distinción entre territorios “fértil” o “infértil” para el éxito de una innovación particular es construida desde sus implementadores (en este caso, la burocracia), a partir de heurísticos referidos al territorio, presentes en contexto de incertidumbre, que conforman un mecanismo de reproducción de desigualdades sociales y que se visibilizan durante las dinámicas de expansión de la innovación social. También se presentan aportes para

conceptualizar aspectos de la innovación social, i.e. la distinción entre extensión y expansión de la innovación, tipologías de estos procesos de acuerdo a las características particulares de los nodos involucrados, y una tipología de los heurísticos que pueden ser utilizados al tomar decisiones sobre estos procesos.

Con estos hallazgos se espera, de manera general, aportar a los estudios interdisciplinarios sobre innovaciones sociales donde el sector público tiene un rol activo. Así también, poder introducir los aportes de los estudios sobre mecanismos de reproducción de desigualdades sociales al campo de estudio de las innovaciones sociales. Desde un enfoque aplicado, se espera que tomar conocimiento de los heurísticos y los errores que pueden justificar en la toma de decisiones burocráticas, sea un paso hacia su mejor identificación y la generación de estrategias que mejoren la toma de decisiones en general y en relación a las innovaciones donde un componente tecnológico predominante desestime su implementación en territorios rurales.

Esta investigación cuenta con cinco capítulos. En el primero, se presenta el marco conceptual sobre innovación social y las desigualdades sociales, así como sus posibles puntos de encuentro. En el segundo, se detallan la aproximación metodológica utilizada: la Teoría Fundamentada apoyada en el *process tracing*. En el tercer capítulo, se describe la implementación del programa Mama en la región La Libertad. En el cuarto, se presenta el análisis realizado y los hallazgos a partir del caso. Finalmente, en el capítulo quinto se proponen construcciones teóricas sobre el proceso de innovación social y su vínculo con las desigualdades sociales.

Capítulo 1. Marco conceptual

La literatura sobre innovaciones sociales y sobre desigualdades sociales vienen en constante expansión en los últimos años, pero frecuentemente estos temas no se encuentran interrelacionados a nivel teórico o empírico. Por una parte, encontramos un alto debate sobre la innovación, y la innovación social en particular, con esfuerzos por darle rigurosidad a su estudio frente a una corriente normativa preponderante. Por otro lado, los estudios sobre desigualdades sociales, de más larga data, se han caracterizado por el consenso alrededor de ciertos marcos conceptuales y la multidisciplinariedad. Sin embargo, si bien están aparentemente desvinculados, ambos campos de estudio tienen una preocupación común por los límites de las políticas públicas, con horizontes teleológicos cercanos a los principios de justicia y equidad. Así, se abre la pregunta por los aportes de ambas corrientes para comprender intervenciones consideradas “innovadoras” y la naturaleza de los límites de este proceso. Para responder esta interrogante, este capítulo realiza una revisión conceptual de innovación social y las desigualdades sociales, enfocando algunos elementos analíticos puntuales que guíen el análisis empírico de los capítulos 3 y 4.

En este capítulo se desarrollan tres aspectos claves: (i) una revisión general de la literatura sobre innovaciones sociales, (ii) una revisión de los estudios más recientes sobre desigualdades sociales, con particular énfasis en las desigualdades en salud, de género y territoriales, y, por último, (iii) los puentes posibles entre ambas literaturas, señalados ya por los autores e inferidos a partir de los apartados previos. A partir de los temas desarrollados en este capítulo, se presentan algunas conclusiones referidas a los objetivos de este estudio y las aproximaciones metodológicas mejor capacitadas para cumplirlos, detalladas en el siguiente capítulo.

1.1. Innovaciones sociales

En este apartado se presentan tres corrientes dentro de los estudios sobre innovaciones sociales, con especial énfasis en la corriente normativa-radical por su uso extendido en los últimos años. Adicionalmente, se presenta la incipiente corriente crítica en los estudios de innovación, por sus aportes al estudio de este fenómeno.

Dentro de los varios estudios sobre innovaciones sociales, el que ha tenido más preponderancia en los últimos quince años es el denominado normativo-radical. La corriente

normativo-radical nace en un contexto de crisis de la política social, principalmente en los Estados de Bienestar europeos. En éstos, la innovación social (en adelante, IS) es vista como un proceso que comprende el diseño y la implementación de una idea novedosa que reestructura las relaciones sociales, y da lugar a un cambio social de tinte positivo orientado a valores como la justicia y la inclusión de grupos marginalizados (Ayob, Teasdale y Fagan 2016). En los siguientes párrafos señalaremos tres aspectos principales de esta corriente: la centralidad de discurso normativo, la tensión entre el paradigma neoliberal y el democrático, y la propuesta de vincular diferentes sectores (gobierno, empresa y sociedad).

La corriente normativo-radical está caracterizada por la centralidad de un discurso normativo que establece condiciones para la gestión de una innovación social, como el empoderamiento de los actores involucrados, la co-producción y la centralidad del emprendedurismo y los emprendedores de diverso tipo (Andion y otros 2017; Ayob, Teasdale y Fagan 2016). Su carácter radical se encuentra en el peso dado a los cambios en las relaciones socio-políticas que las innovaciones sociales pueden generar. En el ámbito rural, la innovación incremental (es decir, que involucra cambios marginales) puede ser una innovación que genere inclusión social (Sampedro y Díaz-Pérez 2016).

Dentro de la corriente normativo-radical, identificamos una ruptura que corresponde a la tensión entre dos paradigmas: el neoliberal y el democrático (Montgomery 2016). El paradigma neoliberal es acusado de utilizar la IS para legitimar la reducción del gasto público y de servirse de una mayor participación ciudadana de carácter instrumental a fin de evitar resistencias al cambio de políticas (Godin y Vinck 2017), visible en los documentos de desarrollo sectorial de las políticas públicas de la Unión Europea (Jelinčić, Farkaš y Tišma 2016). El paradigma democrático, por otro lado, reivindica la IS como un instrumento para politizar espacios y generar cambios más profundos en las relaciones sociales y políticas. Dentro del paradigma democrático, sin embargo, también encontramos disenso al definir el tipo y grado de cambio social esperado y por el papel de la participación de los involucrados en el proceso, que pueden variar en calidad, representatividad y tolerancia al disenso².

² Muestra de esto, es la distinción realizada por Andion y otros (2017) entre IS Neoschumpeteriana y la IS Institucionalista. La IS Institucionalista propone el cambio de estándares culturales e institucionales, buscando la transformación de los modos de producción y consumo, así como, de los modelos de desarrollo. Esta corriente neo-marxista pone énfasis en la

El proceso por el que una innovación deja de ser una intervención acotada y parcial y se acerca más a un cambio de sistema, para varios autores, involucra un salto de escala o “escalamiento”. El *social entrepreneur* va encontrando barreras -prácticas institucionales que generan problemas- a sus rutas de acción y eso puede llevarlo a replantear el problema, pensar en el largo plazo y en el rol de su organización, a buscar cambios institucionales a través de sus recursos (redes, conocimiento, experiencia, reputación) (Westley y otros 2014). No obstante, el escalamiento es difícil, involucra cambios organizacionales y capacidades distintas (Westley y otros 2014). La cooperación ha tenido un rol para facilitar la difusión y el escalamiento a través de la sistematización y legitimación de iniciativas de innovación social (Rodríguez y Alvarado 2008). El sentido del escalamiento y la difusión es el de aumentar el número de personas beneficiarias, para ser más incluyente pero no es un requisito de la innovación social si entendemos a ésta como una “aplicación localizada de una invención” (Rodríguez y Alvarado 2008). En este sentido, la unidad de análisis predominante no es necesariamente una innovación o innovaciones concretas, sino los sistemas y las redes de innovación, hasta cierto punto consideradas condiciones para la IS. Es decir, si no existe un sistema de innovación “maduro” o una red de innovación con ciertas propiedades, no tendremos un buen terreno para la emergencia de IS. El Estado es uno de los actores clave para generar sistemas de innovación que, a su vez, generan las condiciones necesarias para la emergencia de las redes sociales de innovación.

Existen por lo menos dos enfoques secundarios de la IS: el utilitarista, y el que vincula innovaciones tecnológicas con relaciones sociales (Ayob, Teasdale y Fagan 2016). El concepto utilitario de la innovación social, también llamado económico-gerencial, viene del *Business Management* y está centrado en el valor social agregado conseguido a partir de una innovación, especialmente de tipo organizacional. Se entiende que la innovación está situada en ciclos y dinámicas económicas donde el emprendedor y la ética empresarial dan lugar a un cambio social que compensa los límites del Estado. El segundo enfoque estudia las relaciones sociales que permean el origen y los efectos de las innovaciones tecnológicas, centrándose en el uso y las consecuencias de una tecnología nueva. Dentro de este enfoque encontramos buena parte de estudios empíricos en cuanto a las innovaciones en el sector salud. La adopción de tecnologías

participación y consenso entre varios actores. Así, aunque ambas corrientes, Neo-schumpeteriana e Institucionalista, ponen énfasis en el cambio social logrado a partir de la IS, la segunda define el cambio a nivel de estructuras económicas (patrones de consumo y producción) y de enfoques de intervención (modelos de desarrollo).

tiene un papel central en las innovaciones en salud, como se observa en la atención que viene recibiendo la telemedicina, la tele-salud y la adopción de nuevas tecnologías de la mano de la industria médica (como se observa en el caso estadounidense) (Sondaal y otros 2016).

Recientemente, una tendencia transversal a la IS es el énfasis en los vínculos entre todos los sectores (Ayob, Teasdale y Fagan 2016): la tríada gubernamental-empresarial-social y la noción de gobernanza asociada a ésta, facilitando una entrada sistémica desde las Ciencias Sociales a fin de corregir los “desalineamientos en diferentes esferas” (Hernández-Ascanio, Tirado-Valencia y Ariza-Montes 2016). Estos estudios, especialmente dentro de la Ciencia Política y la Administración, ubican al Estado y las políticas públicas como el ámbito donde se llevan a cabo innovaciones que involucran mejoras en la gestión pública a fin de conseguir un mayor bien común, con la necesaria colaboración de otros sectores (Hernández-Ascanio, Tirado-Valencia y Ariza-Montes 2016). En menor medida, se señalan a las empresas sociales y las ONG como los actores centrales de los procesos de innovación social.

Tabla 1: Corrientes en los estudios sobre Innovación Social

	<i>Corriente normativa-radical</i>	<i>Corriente utilitarista</i>	<i>Corriente tecnológica</i>
<i>Definición de innovación social</i>	“Innovaciones que son sociales tanto en sus fines como en sus medios (...) nuevas ideas (productos, servicios y modelos) que satisfacen simultáneamente las necesidades sociales y crean nuevas relaciones o colaboraciones sociales. En otras palabras, son innovaciones que son buenas para la sociedad y mejoran la capacidad de la sociedad para actuar” (Murray, Grice y Mulgan 2010: 3)	“...una innovación se denomina innovación social si la nueva idea implícita tiene el potencial de mejorar la calidad o la cantidad de vida” (Pol y Ville 2009: 881)	Innovación social es el impacto social de una innovación tecnológica, entendido como reestructuración de relaciones de poder. También se define como nuevas formas de relaciones sociales que impulsan las innovaciones tecnológicas y son necesarias para su éxito (predominante entre 1999–2003)
	- Enfoque predominante desde el año 2009	- Enfoque propuesto entre 2004-2008	- Presente en la década de los 90s

<p><i>Características principales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Surge de la fusión de dos definiciones de innovación social (i) Una definición implica la reestructuración de las relaciones sociales tanto en la etapa ideacional como durante la entrega de la innovación. (ii) La otra implica que la innovación tenga impacto social - Se convierte en un discurso normativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una perspectiva de <i>Business Management</i> - La innovación implica cambios de tipo organizacional que generan valor social agregado que compensa los límites del Estado - Se le critica su razonamiento neoliberal (innovación y ciclos económicos, papel del emprendedor) - Tiene connotaciones normativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso ambiguo del término “innovación social” - Con la primera definición se estudió el impacto en las relaciones de género de ciertas tecnologías - La segunda definición implicaba que, para que las soluciones tecnológicas tengan éxito, las relaciones sociales también debían transformarse.
<p><i>Autores</i></p>	<p>MacCallum y otros, 2009 Moulaert, 2009 Moulaert y otros, 2010 Murray y otros, 2010</p>	<p>Phills y otros, 2008 Mulgan y otros, 2007 Mulgan, 2006 Pol y Ville, 2009</p>	<p>Maruyama y otros, 2007 Gardner y otros, 2007 Taatila y otros, 2006</p>

Nota: Elaboración propia en base a Ayob, Teasdale y Fagan (2016).

Como se ha visto, existe una inclinación predominantemente normativa acompañada de posturas radicales de diverso calibre alrededor de los estudios sobre innovación social. Esto ha traído consigo problemas para estudiar de forma sistemática los procesos de innovación social al ofrecer, en su mayoría, marcos teóricos adecuados a una definición sesgada hacia el éxito que excluyen un gran número de fenómenos vinculados a este fenómeno (Godin y Vinck 2017). No obstante, han emergido recientemente propuestas teóricas que permiten estudiar los procesos de innovación social de manera rigurosa y objetiva, prescindiendo del sesgo normativo e ideológico (Andion y otros 2017; Echeverría 2017). Andion y otros (2017), desde la sociología pragmática francesa y Echeverría (2017), desde la filosofía, coinciden en sus críticas y lineamientos para un

nuevo enfoque teórico de la IS: proponen entender la innovación como un proceso, ni linear ni evolutivo, pero situado en un contexto social, histórico y territorial específico, donde las tensiones e imprevistos son comunes. En *El Arte de Innovar* (Echeverría 2017) se critica que el enfoque sistémico predominante estudie sobretudo *inputs* y algunos *outputs* del proceso, pero no el proceso mismo. Ambos textos, a su vez, enfatizan el papel de los “valores” o los “campo de experiencias” específicos donde se desarrollan estos procesos, que orientan la percepción y difusión de situaciones construidas como problemas sin dejar de lado la posibilidad de debates y controversias. Andion y otros (2017), asimismo, señalan la necesidad de reconectar los procesos de IS como práctica y un marco más amplio de cambio social (e.g. construcción de problemas y de introducción tensa de nuevos argumentos y prácticas).

En *El Arte de Innovar* (2017), Echeverría propone que “las innovaciones son procesos interactivos que generan algo nuevo y valioso (o disvalioso) en entornos determinados” (p. 149). El autor distingue entre proceso y el resultado, al que denomina “novación”. Es decir, separa conceptualmente la noción de innovación y la de éxito, por lo tanto, las innovaciones son procesos que pueden llevar al fracaso o al éxito. Esta es una clara distinción frente al enfoque predominante de IS, en el cual la innovación principalmente es el producto o resultado. Para este autor, “la ontología de la innovación ha de estar basada en la ontología de procesos”, entendidos como secuencias estructuradas de eventos o interacciones (Echeverría 2017). La separación entre proceso y resultado permite visibilizar procesos contradictorios, estancados y extintos de innovación. El desafío, aquí, consiste en el estudio de los procesos de innovación: representarlos, cuantificarlos, medirlos, más allá del carácter de incertidumbre y contingencia inherente a aquéllos. El fracaso, tan típico, de los procesos de innovación, parte de la interacción entre diferentes actores y juicios de valor con respecto a la innovación. Diferentes valores pueden contraponerse entre sí, por ejemplo, los valores promovidos por los diferentes actores involucrados en los procesos de innovación (incluyendo diseñadores e implementadores).

Tabla 2: Corriente radical en los estudios sobre Innovación

<i>Definición de innovación</i>	<i>“las innovaciones son procesos interactivos que generan algo nuevo y valioso (o disvalioso) en entornos determinados” (Echeverría 2017: 149)</i>
<i>Características principales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque reciente, que emerge en el año 2017 - Surge de la crítica al sesgo positivo y normativo de la innovación

	<ul style="list-style-type: none"> - Propone una mayor apertura conceptual y empírica para el estudio de la innovación: resistencia a la innovación, los resultados inesperados, el fracaso, entre otros. - No son comunes los estudios empíricos bajo este enfoque, sino teóricos y análisis discursivos.
<i>Autores</i>	<p>Echeverría, 2017 Godin y Vinck, 2017 Andion y otros, 2017</p>

Nota: Elaboración propia

La innovación social se puede definir, a partir de la definición propuesta por Echeverría, como un proceso interactivo que genera algo nuevo y valioso (por lo menos para un actor) en un entorno social. En este tipo de innovación, los choques entre actores estarían dados por distintas visiones sobre el valor social generado, otros tipos de valores, los efectos en el entorno y los riesgos percibidos. Esta definición permitirá estudiar a la innovación como un proceso que no se confunde con sus resultados (éxito o fracaso) ni está determinado por ellos.

1.2. Desigualdades sociales

Este apartado presenta una definición comprehensiva de desigualdades sociales y las tipologías propuestas por diferentes autores a partir de las variaciones en los componentes de esta definición (i.e. tipos de actores, contexto, bienes o recursos). Asimismo, se presentan las categorías conceptuales que suelen acompañar su estudio (i.e. determinantes, mecanismos de reproducción). Finalmente, señalaremos un componente adicional a la definición presentada: el aspecto normativo del concepto de desigualdades sociales.

Las desigualdades sociales se definen como la distancia entre las posiciones que grupos o individuos asumen en contextos de acceso jerárquicamente organizado de bienes sociales relevantes y recursos de poder (derechos, participación, posiciones) (Schorr 2018). Las desigualdades sociales se han clasificado de acuerdo a (i) los tipos de actores involucrados, (ii) el contexto o escala del estudio, y (iii) los tipos de bienes sociales y recursos en juego.

En relación a los actores, se distinguen estudios de desigualdades entre individuos y entre grupos. En el primer caso, tenemos los estudios referidos a las diferencias de ingresos y capital, o “desigualdades verticales”. Las desigualdades por grupos, llamadas “desigualdades horizontales” o “categóricas”, van más allá de los aspectos económicos, con grupos que se conforman según diversas adscripciones sociales. Las categorías estudiadas suelen ser el género,

la etnicidad, sin embargo, cada vez más se amplía el espectro, reconociéndose la necesidad de contar con categorías intermedias. Por ejemplo, las desigualdades se han entendido como una reproducción mutua entre la pobreza, y la mala salud, pero existen distintos niveles de vulnerabilidad y resiliencia de acuerdo a los ingresos y recursos disponibles (e.g. acceso a trabajo, tierra, ahorros) (Leatherman y Jernigan 2014). Un enfoque clave aquí es el de interdependencia y de regímenes de desigualdades interdependientes (Boyer 2014) que, en consonancia con el enfoque más general de interseccionalidad (Jelín 2014), propone el estudio combinado de diferentes clivajes de acuerdo a cada caso (Roth 2013).

El contexto en el que se producen las desigualdades se refiere, en principio, al espacio-tiempo determinado donde estas ocurren, aspecto que se ha puesto en énfasis en cuanto a las escalas en las que se puede estudiar el fenómeno (e.g. globales, transregionales), a fin de superar el nacionalismo metodológico, así como, la trayectoria histórica particular en cada caso (Lillemets 2013; Kerner 2013).

En relación a los bienes sociales relevantes y recursos de poder, los estudios de caso sobre desigualdades sociales han seleccionado bienes y recursos específicos, como los económicos, los naturales, políticos, culturales (Reygadas 2015), espaciales, de conocimiento (Vessuri y otros 2014) y los de servicios públicos, entre otros. Una categorización más amplia es la de desigualdades vitales, existenciales y de recursos (Schorr 2018). La primera se refiere a las oportunidades de vida de organismos humanos construidas socialmente de manera desigual. La segunda se refiere a las capacidades y los grados de libertad de las personas. La tercera se refiere a la provisión desigual de recursos para la acción humana.

Dentro de este campo de estudio, encontramos dos categorías analíticas relevantes: (i) las causas generales y (ii) los mecanismos de perpetuación de las desigualdades sociales. En los estudios sobre desigualdades sociales ha predominado el estudio de las causas generales³ para explicarla (dominación, necesidad funcional-racional, imperativos biológicos). Esta postura determinista ha sido criticada por dejar de lado una entrada desde la complejidad social y el *path-dependency* (Balduš 2018). Según lo que propone Balduš (2018), las causas de la desigualdad social están atravesadas por eventos contingentes, casuales y relaciones de confianza

³Esta aproximación predominante identifica determinantes o condicionantes sociales, por ejemplo, en salud.

ambivalentes⁴, por ejemplo, las relaciones contingentes espacio-temporales entre naturaleza y sociedad (Dietz 2014). Así, la perduración y reforzamiento de las trayectorias de desigualdad pueden ser explicadas por otros factores, asociados a dinámicas sociales de tres tipos: las concernientes con el auto-refuerzo (ventajas materiales que permiten conservar el poder), la diseminación de ideologías o de “procesos simbólicos” (Reygadas 2015) y los comportamientos de los explotados y subordinados (Balduz 2018). Las acciones humanas producen, finalmente, dinámicas sociales que refuerzan o modifican las trayectorias de desigualdades (Balduz 2018). De esta manera, el estudio de los mecanismos de perpetuación o reproducción de las desigualdades sociales viene extendiéndose, seguido por los mecanismos de producción y de *contestation* (Therborn 2011).

Los mecanismos que perpetúan las desigualdades -trampas de la desigualdad- adquieren diversas formas (Schorr 2018). Por ejemplo, como acumulación de oportunidades, la educación y el *habitus*, las instituciones políticas y la distribución de la capacidad de instituciones en los diferentes territorios (Rodríguez-Silveira 2013). De esta manera, se ha estudiado el vínculo entre desigualdades sociales y políticas públicas y se ha enfatizado el rol del Estado como agente de la desigualdad espacial de la provisión de servicios públicos (Rodríguez-Silveira 2013) o como promotor de disciplina, orden moral que involucra la reproducción de roles de género, por ejemplo, alrededor de la maternidad y el cuidado, la participación y el trabajo gratuito dentro de los programas sociales (Schild 2015), o en el diseño y la implementación de políticas sociales (Martínez y Sánchez-Ancochea 2014) y los servicios de salud (Weiss y Eikemo 2017; Leatherman y Jernigan 2014). Asimismo, se ha observado la reproducción de las desigualdades a partir de los vínculos complejos entre diferentes tipos de desigualdades, como las espaciales y las sociales (Segura 2014) o las naturales y las sociales (Dietz 2014).

Un aspecto de la definición de desigualdades sociales que se suele dejar de lado es el de su dimensión normativa. Las desigualdades sociales también involucran una idea de justicia o injusticia acerca de diferencias observadas, que varía hasta cierto punto por autores (Lepenies 2012) y grupos sociales (Araujo 2013). Algunos, tienen una agenda expresamente antihegemónica (Roth 2013). Como horizonte normativo, los posibles vínculos causales entre desigualdades sociales y el desarrollo sustentable (Schorr 2018) abarcan las manifestaciones

⁴ el reconocimiento de que causas y efectos no son necesariamente proporcionales, es decir, un evento a nivel micro puede generar consecuencias a nivel macro.

multidimensionales e interdependientes de las desigualdades en el ámbito social, político, económico y ecológico, cuya búsqueda de equilibrio la noción de desarrollo sustentable propone. Esto ha implicado una participación del concepto en discursos políticos y de gestión pública en sus implicancias normativas (Sánchez 2012; D'Amico 2013). Desde esta perspectiva, tiene sentido la búsqueda de una mayor igualdad identificando dinámicas sociales que fortalecen o debilitan las trayectorias de desigualdades sociales.

1.3. Puentes posibles

Tanto la corriente crítica de la innovación como las desigualdades sociales se enfocan en procesos que involucran a actores en tensión, reconociendo las limitaciones de la acción estatal, la cooperación y las organizaciones para el desarrollo. En ambos, existe una preocupación por no dejar de lado grupos especialmente vulnerables a formas agravadas de discriminación y la distribución jerárquica de recursos, como el capital social en el caso de la innovación social. Ambos campos de estudio son susceptibles a horizontes normativos explícitos o implícitos cercanos a ideas sobre el bienestar social y enfoques de desarrollo. La IS, como un modelo de desarrollo rural particular, parece ofrecer respuestas al problema de la conectividad espacial-relacional de las áreas marginalizadas (Bock 2016), la discriminación y pobreza (Arcos, Suárez y Zambrano 2015).

Sin embargo, existe un vacío en la literatura en cuanto a estudios empíricos sobre innovaciones sociales desde la corriente crítica que visibilicen no solo el fracaso o límites de una innovación, sino las dinámicas de reproducción de desigualdades sociales en el mismo proceso, promovido por organismos internacionales y de la cooperación que buscan fomentar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a través del mejoramiento de indicadores asociados a tipos de desigualdad. Esta investigación, entonces, propone la elaboración de un puente teórico entre las desigualdades sociales y la innovación social, en el que se vinculen las tensiones y límites de la innovación con los mecanismos de reproducción de las desigualdades sociales, a fin de determinar categorías analíticas permitan una mejor comprensión del fenómeno.

Se ha hecho hasta el momento una revisión de la literatura encontrada sobre innovaciones sociales y desigualdades, las corrientes de estudio principales en cada caso, las metodologías empleadas y los distintos objetos de estudio analizados cuyo vínculo hasta ahora no era evidente. De esta manera, se ha buscado esclarecer los puntos de intersección entre tan amplios campos de estudio.

En el siguiente capítulo, se describen las aproximaciones metodológicas utilizadas para responder a la pregunta por los puentes teóricos entre ambos ámbitos.



Capítulo 2. Metodología

Para cumplir con el objetivo de esta investigación —tender puentes teóricos entre el ámbito de estudio de la innovación social y las desigualdades sociales— se seleccionó como caso de estudio el proceso de implementación del programa Mama en tres distritos de región La Libertad. La aproximación metodológica más apropiada para tal fin es la Teoría Fundamentada. Esta aproximación cuenta con una serie de técnicas particulares que facilitan la creación o mejoramiento de modelos teóricos utilizando, principalmente, técnicas inductivas. En otras palabras, a partir de la data recogida, se abstraen nuevos conceptos que pueden llevar a la emergencia de una nueva teoría. Esta aproximación ha sido poco utilizada para estudiar innovaciones sociales en espacios rurales y/o para el desarrollo rural, sin embargo, se ha considerado necesaria (Pranskuniene 2017), además de aproximaciones metodológicas cualitativas, como la etnografía y el análisis de actores, también considerados adecuados para el estudio de las innovaciones sociales (Neumeier 2011) y los mecanismos de reproducción de desigualdades (Leatherman y Jernigan 2014).

Este capítulo cuenta con tres sub-capítulos. En el primero, se presenta brevemente la Teoría Fundamentada en su versión Glaseriana o clásica. Dado que la Teoría Fundamentada está más orientada al análisis inductivo-deductivo que al procesamiento de la información recogida, se consideró necesario incluir algunas técnicas del *process tracing* vinculadas con la evaluación de las observaciones y la evidencia. En el segundo, se presenta el *process tracing* y la importancia de las técnicas que ofrece, y, finalmente, en el tercer apartado, se describe el proceso de investigación: las técnicas utilizadas a lo largo del proceso, cómo se usaron y a qué productos dieron lugar.

2.1. Sobre la Teoría Fundamentada

La Teoría Fundamentada (en adelante, TF) es una metodología de análisis cualitativo cuyo objetivo central es generar, de manera inductiva, explicaciones teóricas de carácter formal (i.e. hipótesis conceptuales) a partir de los datos de campo, ofreciendo un marco para futuras investigaciones. En otros términos, el objetivo de la TF es generar o descubrir una teoría, un

esquema analítico abstracto de un proceso sin partir necesariamente de marcos epistemológicos y teóricos pre-establecidos, a diferencia de otras metodologías inductivas (Creswell 2007). Lo anterior implica el recojo de información sobre las acciones, interacciones y procesos por los que atraviesan un buen número de personas (Creswell 2007).

La TF tuvo como trabajo seminal el libro de Glaser y Strauss “The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research” (1967), en el que sentaron sus bases formales. Sin embargo, ambos autores posteriormente divergieron sobre el método, generando una escisión evidenciada por las publicaciones de Strauss y Corbin, “Basics for qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques”, en 1990, y de Glaser, “Basics of Grounded Theory Analysis”, en 1992 (Carrero, Soriano y Requena 2012: 21). La propuesta de Strauss y Corbin enfatiza la descripción interpretativa más que la construcción de teoría formal, a diferencia de Glaser, que mantiene el énfasis en la generalización conceptual centrada en datos, evitando forzar hipótesis ajenas a éstos (Carrero, Soriano y Requena 2012: 19). Actualmente, existen propuestas adicionales en relación a cómo llevar a cabo esta metodología, como la constructorista (Charmaz 2014).

El enfoque propuesto por Glaser se usará en esta investigación siempre que es el más cercano al carácter inductivo de esta metodología y, consecuentemente, al objetivo de esta investigación. Se siguieron los lineamientos propuestos por Carrero, Soriano y Requena (2012) quienes justamente sistematizan el enfoque glaseriano de esta metodología (Ver apartado 2.3.)

2.2. *Process Tracing* como complemento de la Teoría Fundamentada

Si bien la Teoría Fundamentada (TF) ofrece técnicas para realizar el trabajo inductivo dentro de una lógica inductiva-deductiva en la cual la información recogida es constantemente contrastada con los productos teóricos, esta metodología no presta igual atención a las técnicas de análisis y evaluación de datos empíricos con los que se trabaja. Por este motivo, se tomaron en cuenta las técnicas del *Process Tracing* (en adelante, PT) para convertir información en evidencia. En este trabajo, el PT permitió explorar adecuadamente los mecanismos por los cuales se tomaron decisiones clave durante el proceso.

Process tracing consiste en técnicas utilizadas para examinar evidencia dentro de un caso a fin de hacer inferencias acerca de explicaciones causales, ya sea a nivel de decisiones individuales o explicaciones a niveles macro o estructurales (Bennett y Checkel 2015: 5). Más

específicamente, se refiere a la examinación de los pasos intermedios en un proceso, a fin de hacer inferencias sobre hipótesis acerca de cómo el proceso sucedió y cómo dio lugar a los resultados que resultan de interés para la investigación (Bennett y Checkel 2015: 6). En tal sentido, *process tracing* trabaja con análisis de mecanismos causales⁵ presentes en un solo caso. Su propósito puede ser el de generar hipótesis o probarlas acerca de los mecanismos causales que pueden explicar el caso (p. 7). Dentro del PT, existen diferentes tipos que se han clasificado de acuerdo a la orientación deductiva o inductiva de la investigación. Entonces, se tiene *theory-building* y *theory-testing* PT.

Ambas se diferencian principalmente en el punto de partida, pues luego se espera que se contrasten las observaciones con teoría y se propongan hipótesis de trabajo (Beach y Pedersen 2013). Algunos autores han propuesto que esta tipología no tiene mayor relevancia y el PT comparte en general las mismas técnicas (Bril-Mascarenhas, Maillet y Mayaux 2018). Esto es cierto, aunque también es cierto que el *theory-building* PT no ha recibido más atención práctica para volverse operativo. Las técnicas que ofrece el PT y que son utilizadas en esta investigación son las que corresponden a la evaluación de las fuentes consultadas y la evidencia obtenida.

2.3. El proceso de investigación

En el proceso de investigación, se llevaron a cabo las técnicas de la TF y el PT dependiendo de las necesidades de la investigación, sin embargo, algunas técnicas tuvieron preeminencia en momentos concretos. A continuación, se señalan las técnicas de la TF glaseriana ordenadas según su uso (transversal, inicial, intermedio, final), así como los productos conceptuales y teóricos a los que dieron lugar durante la investigación. Se utilizaron los conceptos y guías aportados por Carrero, Soriano y Requena (2012).

2.3.1. Fase inicial

⁵ Identificamos dos aproximaciones a la causalidad, una asociada a la investigación cualitativa, el “*causes of effects*”, y otra a la cuantitativa, el “*effects-of-causes*” (Mahoney y Goertz 2012). La primera implica la explicación de un fenómeno a partir de una combinación de condiciones que explican casos individualmente y de manera agrupada, a través de modelos causales basados en la lógica y una teoría establecida. La segunda aproximación parte de una variable independiente de interés y sus posibles impactos (el efecto promedio) en una población, controlando otras variables independientes o de control por medio de un modelo lineal causal aditivo (Mahoney y Goertz 2012).

Si bien las técnicas de la TF no se inscriben en fases predeterminadas, en la práctica, varios de sus instrumentos tienen una lógica secuencial. En la fase inicial, se utilizó el muestreo teórico a fin de generar guías conceptuales con las cuales orientar el proceso de investigación. En el siguiente apartado se describe la técnica, y en el subsiguiente, se describe su uso en esta investigación.

Técnica para la selección de casos: Muestreo teórico

En TF, la selección de los casos a ser estudiados se realiza paralelamente al recojo de información o trabajo de campo, a través de una técnica denominada “muestreo teórico”. En una etapa inicial, el muestreo teórico es muy flexible y está abierto a la intuición del investigador. Conforme se van analizando los datos, se seleccionan informantes o lugares nuevos de acuerdo a las necesidades de la investigación (Carrero, Soriano y Requena 2012: 24). Es decir, el número de observaciones, lugar y tipos de actores se establecen en el proceso de recojo de información, no antes (p. 24).

La lógica de esta técnica es la de facilitar el descubrimiento de “incidentes”, es decir, piezas de información “en bruto” que pueden analizarse de manera independiente, pues hacen referencia a aspectos, símbolos, palabras clave o temas que se consideran oportunos para la investigación (p. 25). Luego de identificar los “incidentes” a ser estudiados, es necesario saturarlos, lo que implica recoger información en el campo hasta que no aparezca información nueva. Este proceso se denomina “saturación teórica”.

Guías conceptuales: Selección y revisión del caso y del objetivo general de la investigación

En esta investigación, se partió de la selección aleatoria de un distrito rural, Julcán, donde se realizaron las primeras entrevistas, sobre todo en la Municipalidad provincial, luego se contactó a profesionales vinculados a ProGobernabilidad con muchos años de experiencia trabajando en este distrito y se identificaron dos intervenciones (una educativa concluida y la otra analizada aquí). Luego de compararlas, se seleccionó una intervención, el programa Mama, lo cual llevó a realizar entrevistas entre las personas involucradas en su implementación, tanto en Trujillo, Lima, como Julcán. Luego, se identificaron dos intervenciones similares en otros lugares del país, que se exploraron y se tomaron en cuenta en el transcurso de la investigación.

A lo largo de la investigación, se realizaron comparaciones entre diferentes intervenciones: las dos intervenciones realizadas por ProGobernabilidad en Julcán, las tres inversiones en

mHealth identificadas en el país (incluyendo el programa Mama), y entre los pilotos del programa Mama implementados en Julcán y Trujillo. A partir de estas comparaciones, se seleccionó el programa Mama en la región La Libertad pues reunía elementos de interés alrededor de los conceptos más amplios de innovación social y desigualdades sociales vistos (desafíos en ámbitos rurales, difusión, iteración), sin embargo, una investigación más grande pudo haber profundizado más en el proyecto Mamás del Río, que viene ejecutando su segundo piloto en Loreto. También se realizaron comparaciones entre las experiencias de implementadores en diferentes espacios: el gobierno regional, el hospital provincial y los establecimientos de salud ubicados dentro del distrito de Julcán.

2.3.2. Fase intermedia

Una vez se han seleccionado los casos y se ha recogido información, se comienzan a categorizar los incidentes observados, a través de la codificación, dando lugar a cuatro productos: código-categorías, código-teóricos, categorías centrales y familias de código. La técnica más importante para la codificación es la elaboración, comparación y clasificación de memos. A continuación, se describe la técnica y se señalan los principales productos del proceso de codificación.

Técnica para la codificación: Manejo de memos

La codificación consiste en las técnicas empleadas para el adecuado tratamiento de las categorías, entendidas como patrones observados en un número de incidentes. Estas técnicas implican diferentes tipos de codificación y pautas para la construcción de memos. El objetivo es la construcción de códigos teóricos a partir de los tipos de familias de códigos que existen y que pueden estar presentes en las categorías analizadas. De particular importancia es la llamada “categoría central” pues permite el salto hacia una teoría formal, al permitir la conceptualización de la información recogida en las categorías, dado que explica la relación entre conceptos teóricos que son “la base del tema principal objeto de investigación” (p. 35). En ese sentido, la categoría central debe contar, para ser considerada como tal, con ciertas propiedades como la integración, la densidad, la saturación y la focalización (p. 35).

Los memos son muy importantes para la fase intermedia y también la final en TF. Se inician con la codificación y consisten en la escritura de ideas teóricas sobre los códigos y sus relaciones (posteriormente, se clasifican y apoyan la escritura teórica). Su uso debe ser continuo a lo largo

de estas etapas, de manera de que permita desarrollar ideas con libertad en cuanto la forma y el fondo. Se recomienda su almacenamiento de manera que facilite su clasificación posterior.

Productos de la codificación

- Código-categoría: Clasificación asociada a la descripción y/o explicación de incidentes. También llamados “códigos in vivo”, dado que emergen del lenguaje sustantivo. Por su naturaleza, son numerosas, entre ellas tenemos, por ejemplo, “limitaciones de la gestión en salud”, “adecuada gestión en salud”, “la sierra” y “ciudad”.

- Código-teórico: Constructo con valor explicativo o interpretativo propio, de mayor abstracción que los códigos-categorías. Por ejemplo, un proceso, una condición, una dimensión, una consecuencia. Son constructos sociológicos. Esto implicó, en la investigación, la agrupación de las categorías emergentes en categorías descriptivas más amplias (se partió de “agendación”, “diseño” e “implementación”) y, finalmente, reagrupadas de acuerdo a su contenido específico. Se utilizó atlas.ti para esta labor.

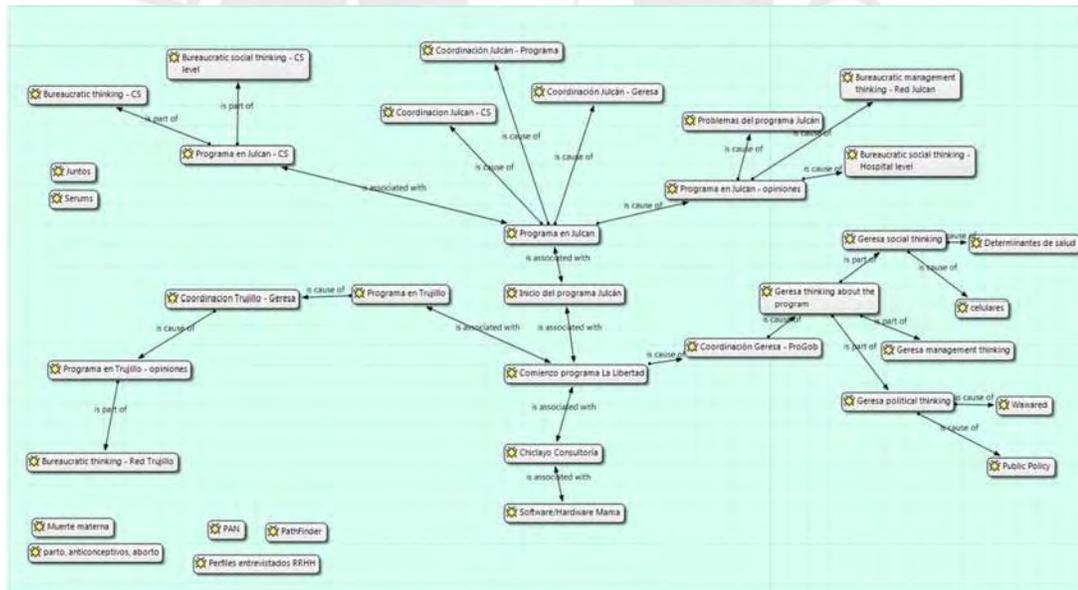


Gráfico 1: Red de códigos (en Atlas ti) sobre eventos principales del diseño y la implementación del Programa MAMA.

- Categoría central: Es un código que explica y da sentido a todos los datos y sus relaciones. Explica un patrón del comportamiento social que se está estudiando. Existen criterios para determinar una categoría central, como la centralidad, repetición, lentitud para saturación, dependencia al resto de categorías, características de variable (tipo, dimensiones, grado).

En esta investigación, la codificación se empleó principalmente durante el análisis de las entrevistas realizadas, donde fueron centrales las categorías de “encarpetamiento del programa”, “ideas sobre el fracaso y éxito”, para comprender las demás.

- Familias de códigos: Una estrategia de análisis opcional es usar o crear “familias de códigos” pues proporcionan un marco teórico para analizar relaciones entre códigos. Glaser propuso 24 familias de códigos. En esta investigación, se utilizaron cuatro familias de códigos inspiradas en las propuestas por Glaser para estructurar los capítulos 3 y 4. En la Tabla 3 siguiente se describen.

Tabla 3: Familias de códigos utilizadas de manera referencial en la investigación

<i>NOMBRE</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>ADAPTACIÓN</i>
Proceso	- Se refiere a la secuencia temporal y espacial de eventos.	“Viaje del programa Mama”
6 “c’s”	- En relación a un fenómeno, describe: Contexto, condición, causa, consecuencia, covarianza y contingencia.	“Encarpetando el piloto en Julcán y Curgos”
Consenso	- Contrato, acuerdo, definición de la situación, conformidad, homogeneidad	“Definiendo la solucionabilidad de los problemas de implementación”
Teoría	- Conceptos, vínculo con la realidad, adaptabilidad, utilidad. - Para la TF es importante revisar teorías, pues, de cierta manera, su objetivo es proponer una meta-teoría.	“Explicando la inviabilidad del programa en distritos rurales”

Elaboración propia en base a Carrero, Soriano y Requena (2012).

2.3.3. Fase final

Una vez culminado el proceso de codificación, se inicia la última fase de la investigación, que da lugar a los productos finales: la teoría sustantiva y la teoría formal. Las técnicas utilizadas son la clasificación, integración y escritura teórica, sin embargo, se siguen usando los memos.

Técnicas para la elaboración teórica: clasificación, integración y escritura teórica

- Clasificación teórica: Luego de concluido o casi concluido el proceso de codificación, se inicia el de clasificación teórica. En este, los memos elaborados se ordenan de acuerdo a preliminares esquemas teóricos elaborados según reglas analíticas. Luego se vinculan los esquemas teóricos preliminares y categorías, así como literatura vinculada al tema en un proceso denominado “Integración teórica”.

- Escritura Teórica: Consiste en plasmar por escrito las ideas de la clasificación teórica. Se recomienda escribir alrededor de la categoría central, siguiendo un formato tradicional que incluya la idea central, método, los esquemas propuestos para cada capítulo alrededor de la teoría sustantiva, así como conclusiones generales. Por ser TF, se demanda un estilo más conceptual que descriptivo, un distanciamiento de los detalles, y mayor énfasis en los conceptos. Finalmente, se espera la integración de la teoría propuesta con la literatura existente sobre el tema.

Teoría Sustantiva y Teoría Formal

- Teoría sustantiva: A partir del procesamiento de códigos, se proponen nuevas hipótesis que dan lugar a teorías y procesos sociales básicos emergentes que buscan explicar el caso. La teoría emergente se produce a través de la reducción de categorías y de la teoría inicial. Esta fase conlleva a un menor número de categorías con mayor nivel conceptual. Esta fase se realizó con la redacción del capítulo final de la tesis, en el cual, a partir de los capítulos previos de corte empírico, se eleva el nivel de abstracción de las categorías propuestas y se ensayan propuestas de vinculación entre ellas.

- Teoría Formal: Es la teoría que se desarrolla comparando la teoría emergente con los datos a fin de explicar un área conceptual. Tiene mayor nivel de abstracción. La teoría no solo emerge a partir de la revisión sistemática de la data recogida, si no también de las anotaciones realizadas por el o la investigadora, que tienen que codificarse y tomarse en cuenta como fuente de información válida e insumos para la elaboración de explicaciones teóricas de mayor formalidad. Glaser acepta que las anotaciones pueden basarse en una lectura de la literatura existente sobre el tema estudiado. Esta fase también se realizó con la redacción del capítulo final de la tesis, específicamente con la revisión y comparación entre los hallazgos y la literatura con la que estos podían dialogar mejor. Sin embargo, la integración de la teoría sustantiva con teorías existentes es un trabajo todavía incipiente en esta tesis.

Tabla 4: Técnicas, Productos teóricos y estructura de la tesis

<i>Técnicas utilizadas</i>	<i>Productos</i>	<i>Capítulos de la tesis</i>
- Muestreo y saturación teórica	Guías conceptuales: el caso y el objetivo general de la investigación	Marco conceptual (Capítulo 1)
- Elaboración de Memos	Familia de códigos: “proceso”	Descripción del caso (Capítulo 3)
- Comparación de memos	Familias de códigos: “consenso” y “teoría”	Categorías identificadas en el caso (Capítulo 4)
- Clasificación de memos		
- Clasificación teórica	Teoría sustantiva Teoría Formal	Propuesta teórica (Capítulo 5)
- Escritura Teórica		

Elaboración propia en base a Carrero, Soriano y Requena (2012).

2.3.4. Técnicas transversales

A lo largo de la investigación, se usaron dos técnicas de manera transversal. Por un lado, desde la TF, se hizo uso del Método comparativo constante, mientras el PT aportó con las técnicas para evaluar la evidencia en la cual se basó el trabajo inductivo, con el objetivo de evitar sesgos producidos por las limitaciones en el recojo de información empírica y por apegos teóricos previos. A continuación, se describen ambas técnicas.

Método comparativo constante (MCC)

La comparación constante es una técnica de la TF que, a través de la búsqueda de semejanzas y diferencias constantes entre los incidentes analizados, busca generar categorías conceptuales. Sin embargo, esta técnica es transversal y guía también la comparación de categorías conceptuales y posteriormente los esquemas teóricos y las teorías sustantivas emergentes. El MCC puede dividirse en diferentes fases, que corresponden a los niveles de abstracción a los que progresivamente se va llegando.

Este ejercicio no busca verificar o probar una hipótesis, más bien está interesado en mapear causas, condiciones, consecuencias o dimensiones de un concepto. La comparación de incidentes permite establecer propiedades en cada uno de ellos, con lo cual se llegan a proponer categorías

que permitan describir y clasificar los incidentes. Las categorías se comparan, a su vez, a fin de delimitar sus rasgos principales, incluyendo causas, consecuencias, propiedades y sus relaciones con otras categorías.

Técnicas de evaluación de evidencia del Process Tracing

Las técnicas de la TF siempre están acompañadas del análisis de los datos, como sugiere el Método Comparativo Constante, por ese motivo, en base a Beach y Pedersen (2013), se seleccionaron técnicas referidas a la evaluación del material empírico en bruto para ser considerado como evidencia de inferencias causales. Los tipos de evidencia son (i) patrones estadísticos, (ii) secuencia de eventos, (iii) pruebas de la existencia de una parte del mecanismo causal, y (iv) testimonio o declaración explícita. La evaluación de la evidencia se realiza en cuatro pasos:

1. **Recolección estratégica de data**
Consiste en la búsqueda deliberada de observaciones que permiten inferir una parte hipotética de un mecanismo causal. En esta investigación, eso implicó el recojo de información adaptada a las hipótesis de trabajo que surgieron a lo largo del proceso.
2. **Evaluación de contenido**
Se evalúa la fuente, el contexto en la que se produjo, la intención. Las observaciones son relativas a las circunstancias. Incluye la omisión de información en las fuentes consultadas o su ausencia.
3. **Evaluación de la exactitud**
No existe evidencia exacta al 100%, por lo que se debe evaluar críticamente el error de medición. Existen dos tipos de errores: el aleatorio y el sistemático (por sesgo). En el primer caso, se recomienda realizar varias observaciones independientes, justificando que efectivamente lo sean. En el segundo, se recomienda mayor aleatoriedad y la desconfianza frente a observaciones que parezcan demasiado convenientes.
4. **Probabilidad de evidencia**
Cuando las observaciones son poco probables, son más confiables como evidencia.

Dentro de la investigación se tomaron en cuenta diferentes tipos de fuentes para evitar sesgos de confirmación y se evitó, gracias al MCC, la inclusión de códigos sin sustento empírico. Se revisó documentación del programa a nivel internacional y de la AMEB, se entrevistaron a dos

personas involucradas en el programa de la AMEB, un consultor vinculado a la evaluación del programa, cinco burócratas de la Geresa con vínculos activos e inactivos con el programa, tres burócratas de la Red de Salud de Julcán y tres de la Red de Salud de Trujillo con responsabilidades en el programa, siete empleados de los establecimientos de salud de la Micro red Julcán y dieciséis madres gestantes o con niños menores a un año de la Micro red Julcán.

En los siguientes dos capítulos, se describen las familias de códigos identificadas durante el proceso de investigación: “Viaje del programa Mama” (proceso), en el capítulo 3, y, “Explicando la inviabilidad del programa en distritos rurales” (teoría), en el capítulo 4.



Capítulo 3. El Programa MAMA en la región La Libertad

El programa Mama en Perú, un modelo de intervención en salud móvil creado en Estado Unidos, es implementado en Perú desde el año 2014 hasta la actualidad. Primero se realiza un piloto en la región Lambayeque, y luego en la región La Libertad, en las localidades rurales de Curgos y Julcán, y, posteriormente, en la capital, Trujillo. En este capítulo se describe este proceso en tres secciones. Primero, se describen los antecedentes y funcionamiento del programa MAMA y el prototipo que propone. En segundo lugar, se describe su introducción e implementación en Perú en el marco del vínculo de la cooperación canadiense y una ONG local. En tercer lugar, se describen aspectos de la implementación del programa en la región La Libertad. De esta manera, se busca describir el proceso de implementación de este programa en diferentes escalas: internacional, nacional, regional y local. A partir de los temas desarrollados en este capítulo, se presentan algunas conclusiones referidas a las decisiones sobre las dinámicas internas y la expansión del programa dentro de La Libertad, que serán profundizadas en el siguiente capítulo.

3.1. Un prototipo: El Programa Mama

El programa MAMA (por las siglas de *Mobile Alliance for Maternal Action*) se crea en 2011 en Estados Unidos a partir de una asociación público-privada entre USAID, Johnson & Johnson, la UN Foundation, y BabyCenter (BabyCenter 2018) en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU al 2015 4 y 5 (“Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años” y “Mejorar la salud materna”, respectivamente). El programa es una estrategia de *mhealth* o salud móvil, es decir, de integración de tecnologías de telecomunicación móvil en el área del cuidado de la salud (Gurman y otros 2012) caracterizadas por ser costo-eficientes.

Este programa consiste en la ejecución y promoción de un modelo de intervención que gravita en la entrega de información, principalmente vía teléfonos celulares, a madres gestantes o con bebés menores de un año y a personas cercanas a ellas, sobre temas críticos de cuidado y salud. Los mensajes se personalizan según el tiempo de gestación y del bebé y abarcan una variedad de temas vinculados a la detección temprana de signos o factores de riesgo, al crecimiento y desarrollo del bebé, al empoderamiento y a un ambiente saludable para el bebé y la madre. Esto con el objetivo de generar comportamientos saludables en las madres.

El programa utiliza plataformas técnicas para el envío de mensajes de texto, cuya selección depende de las necesidades o preferencias de cada réplica. Se tiene información sobre por lo menos siete plataformas de este tipo consideradas por el programa en el 2013. Estos programas se distinguen por el tipo de mensajes que pueden enviar siendo el más común el SMS (también se tiene IVR, USSD, Voz, Twitter, Email), por su disponibilidad geográfica, el costo (gratis o con montos variados dependiendo del servicio) y los requerimientos tecnológicos (e.g. celular Android, internet, SIM card, modem, computadora, etc.).

El programa se basa en la relación entre una comunicación efectiva en salud, mejores prácticas en salud y mejores indicadores de salud (i.e. la reducción de la mortalidad materna), vinculándose con teorías de cambio de comportamiento y comunicación para el sector salud (Head y otros 2013). La estrategia del programa puede plantearse mediante una cadena de valor, como se observa en la Tabla 5, en la que los productos directos que se esperan de la intervención son la recepción de los mensajes de salud de parte de los usuarios del programa y, con ello, un mayor conocimiento de las necesidades de salud. Se espera que un mayor conocimiento de como resultado prácticas que mejoren la salud de la madre y el bebé.

Tabla 5: Cadena de valor del programa MAMA

Inputs	<ul style="list-style-type: none"> - Financiamiento - Recursos humanos - <i>Know how</i>, comunidad <i>online</i> de aprendizaje
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de <i>partnerships</i> apropiados - Selección de un modelo de negocio - Creación de una plataforma de <i>mHealth</i> - Desarrollo del contenido adaptado a la localidad - Promoción, captación de participantes y envío de mensajes - Actividades de apoyo y evaluación
Productos	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor participación y comprensión de las mujeres o miembros del hogar en la recepción de mensajes de salud. - Mayor conocimiento de las necesidades de salud a través de canales directos e indirectos
Resultado	Mejora de la salud preventiva del hogar y el cuidado
Impacto	Reducción de la mortalidad materna y neonatal/infantil en entornos de escasos recursos

Fuente: Elaboración propia en base a MAMA (2012)

El programa MAMA reconoce como su desafío más importante la generación de evidencia sobre sus resultados e impacto. Esto se debe a que la generación de evidencia se vincula

positivamente con la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades en salud (WHO Global E-health Consensus Statement 2011). Aunque la literatura sobre *mhealth* ha ido en aumento desde 2009 a nivel conceptual y de evaluaciones de pilotos (mayormente cualitativas), existen todavía vacíos en cuanto investigaciones sistemáticas a escalas mayores que estudien el proceso de escalamiento del programa y la interacción con los sistemas de salud y los objetivos nacionales de salud nacionales (MAMA 2012: vi). Al 2014, el programa contaba con trece estudios de evaluación en diferentes niveles de robustez, con resultados positivos (MAMA 2014b).

El programa MAMA promueve directamente la creación de este tipo de intervenciones en las regiones del mundo con mayores índices de mortalidad materna y neonatal: el sur de Asia (Bangladesh, India) y África (Nigeria, Sudáfrica, Uganda); y, además, acompaña hasta la actualidad iniciativas en alrededor de setenta países (MAMA 2014a), ofreciendo un modelo de intervención predeterminado (MAMA 2012). En general, ofrece una plataforma de aprendizaje *online* a partir de las experiencias de los diferentes países, así como documentos de gestión (e.g. marcos de referencia para acciones de monitoreo y evaluación del programa) que permiten la gestión del programa en nuevos lugares.

Tabla 6: Experiencias del programa MAMA en el mundo

Nombre y país	Inicio	Usuarías	Organización impulsora	Expansión	Tecnología	Producto
Bangladesh	Setiembre 2011 - Mayo 2012 (piloto)	1403 usuarios en las regiones más grandes. Mujeres embarazadas, madres con niños menores de 1 año	Dnet (empresa social bangladesí) y Ministerio de Salud y Bienestar Familiar	En proceso.	-	2 SMS por semana
Timor-Leste	Febrero 2013 subdistrito de Same (rural)	Mujeres embarazadas, parteras	Health Alliance International (HAI) Catalpa International Ministry of Health	Pendiente (3 subdistritos más)	-	2 SMS por semana
Sudáfrica	Mayo 2013, Johannesburgo	Usuarios de seis clínicas (embarazo y atención durante el primer año, VIH) segmentados.	Programa MAMA	Pendiente (500,000 usuarias en mayo 2015)	Varias	2 SMS por semana, 2 portales en línea, un servicio de prueba interactivo tipo USSD
Cambodia	Setiembre-Diciembre	455 usuarios, dirigido al	People in Need (PIN) Cambodia	Pendiente (nacional)	IVR (platform)	7 mensajes de voz en un

	2013, Kampong Chhnang province	cuidado neonatal	(ONG extranjera), y diferentes socios			Verboice desarrollada por InSTEDD)	periodo de 4 semanas “personified messages”
Tanzania	2011, a nivel nacional	Mujeres embarazadas y con bebés hasta de 16 semanas de edad.	Ministry of Health and Social Welfare mHealth Tanzania Partnership	-		-	3 a 4 SMS gratuitos en swahili por semana
Malawi	Julio 2011 – Mayo 2013 (piloto), Balaka District, Malawi	Mujeres en edad fértil, embarazadas y tutores de niños menores.	VillageReach	En proceso.		-	SMS y mensajes de voz semanales, un <i>hotline</i>
Ghana	2013	100 madres embarazadas en 4 distritos (Tamale, Yendi, Savelugu and Kumbungu)	Savana Signatures	Pendiente		Voto Mobile, un proveedor de envío de SMS masivos	mensajes de voz (SMS opcional) otras actividades (reuniones de intercambio, información)
Colombia (Mami)	Junio y Julio, 2013, Manizales, Villamaría, Medellín, y Bogotá	50 madres y 50 acompañantes	Secretaría de salud Manizales	de de (regional)	Pendiente	-	3 SMS a la semana, 1 SMS a acompañantes
Nicaragua (Chatsalud)	Tres semanas 2014, comunidad rural	25 usuarios jóvenes dirigidas a salud sexual y reproductiva	Colaboración de organizaciones locales que comenzaron como un proyecto del Cuerpo de Paz.		Pendiente (ciudad)	-	Mensajes de texto

Fuente: MAMA 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2013e, 2013f, 2013g, 2013h, 2014a, 2014b, s/f.

La primera réplica del programa MAMA en América Latina que conocemos se llevó a cabo en la ciudad de Manizales (Colombia) en 2013, con el programa Mami (o “Mamás más involucradas”), dirigido a mujeres de ingresos medios y bajos, con problemas de acceso a los servicios de salud por distancia y falta de recursos, en contexto de desigualdad nacional y regional en torno a la muerte materna y de niños menores de un año (MAMA 2013h). El programa Mami trabajó con los mensajes de texto propuestos por el programa MAMA, los cuales fueron traducidos del inglés al castellano y enviados tres veces por semana. El primer piloto contó con la participación de cincuenta mujeres, el segundo piloto contó con ochenta mujeres más en Manizales y más de mil en otras ciudades de Colombia. Se incluyeron encuestas de satisfacción de los usuarios (madres y personas de confianza) y talleres de salud mental, emocional y física

para las madres. Progresivamente, se trabajó en la revisión del contenido de los mensajes con la participación de las usuarias, pues los originales, además de proceder de una traducción directa del inglés, estaban dirigidos sobre todo a zonas rurales pobres (MAMA 2013h). El programa Mami fue el referente del programa Mama en Perú.

3.2. El programa se implementa en Perú

En Perú, en 2014, un año después del primer piloto del programa Mami en Colombia, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional⁶ (ACDI) y la Asociación para el Mejoramiento de la Educación Básica⁷ (AMEB) inician las actividades de preparación de un piloto del programa MAMA en la región Lambayeque. La cooperación canadiense venía trabajando con la Asociación para el Mejoramiento de la Educación Básica (AMEB) desde el 2003, en el “Proyecto Mejoramiento de la Educación Básica”⁸ (PROMEB) llevado a cabo entre 2003 y 2011 en zonas rurales de Piura, La Libertad y Tumbes (AMEB 2018). Entre junio de 2011 y marzo de 2018, llevaron a cabo el proyecto “Fortalecimiento de los Gobiernos Regionales del norte del País, para su desarrollo Económico y Social - ProGobernabilidad” (en adelante, ProGobernabilidad), un proyecto orientado a fortalecer las capacidades de los gobiernos regionales de La Libertad, Lambayeque, Piura y Tumbes para “contribuir al desarrollo económico y social y reducir las desigualdades sociales” (Marquez s/f).

El programa Mama (nombre que adoptó en Perú) se implementó desde 2014 hasta el término del vínculo entre AMEB y la cooperación canadiense en marzo de 2018, junto al cierre del proyecto ProGobernabilidad, al que parece haber estado adscrito⁹. A pesar de esto, la AMEB continúa llevando a cabo el programa Mama hasta la actualidad (denominado ahora “Proyecto MAMA 2.0”) gracias al financiamiento de la Fundación Google por ser un “proyecto de innovación social en América Latina” (AMEB 2018).

⁶ Denominado ahora Global Affairs Canadá (AMEB 2018).

⁷ La AMEB es “una Organización No Gubernamental, con la finalidad de contribuir al desarrollo humano mejorando las capacidades institucionales de los gobiernos descentralizados en el Perú y promoviendo el acceso equitativo de la población vulnerable a los servicios públicos (principalmente educación y salud)” (AMEB 2018).

⁸ La AMEB fue constituida formalmente en el año 2004 en Piura (AMEB 2018).

⁹ La APCI y los GRs de Lambayeque, La Libertad, Piura y Tumbes celebraron un Acuerdo interinstitucional para implementar el proyecto ProGobernabilidad, donde se consideraría incluido el programa Mama.



Gráfico 2: Regiones donde la AMEB realizó proyectos con ACDI (2003-2018).

El programa Mama no era la primera experiencia en *mHealth* en Perú, específicamente en zonas urbanas. En 2009, el proyecto Wawared nació en el distrito de Ventanilla (región Callao) como iniciativa de un grupo de doctores(as) de la Universidad Cayetano Heredia que buscaban mejorar el servicio de salud para pacientes embarazadas con sífilis a través de una historia clínica electrónica “amigable” y mensajes de texto personalizados de acuerdo al periodo gestacional y las condiciones de cada paciente (Unicef s/f). El proyecto se trasladó al Ministerio de Salud (MINSA) que lo viene difundiendo sobre todo en su primer componente -la Historia Clínica Electrónica (HCE) para la atención prenatal- en Lima Metropolitana (+300 establecimientos) y a otras regiones (Callao, Junín, Ica, Cajamarca, Arequipa y Huánuco) desde enero de 2017 (San Bartolomé s/f), dejando el componente de *mHealth* de lado. Asimismo, en 2012, el Ministerio de Salud crea dos aplicaciones para *smartphones*: Muévete Perú Móvil (2012) para la promoción de actividad física y “Cuida tu Salud Móvil” para la prevención del cáncer (Minsa s/f).

En relación a la creación de la plataforma de *mhealth*, durante los primeros años (entre 2014 a 2017 aproximadamente) el software se manejaba desde Lima. El servicio se manejaba a través

de una plataforma virtual, “TextIt”, un servicio creado por un desarrollador en India. Es “una suerte de intranet” donde se albergaba los mensajes, se designaban horas y fechas para el envío de mensajes a los destinatarios y permitía saber si los destinatarios habían recibido o no los mensajes de texto. Los requerimientos tecnológicos de TextIt son tener un celular Android, acceso a internet y una SIM card, y sus precios están en un rango de 0-249\$ por mes dependiendo del número de mensajes enviados (MAMA 2013g). TextIt le permite a una organización usar un solo teléfono Android como un 'relayer' de SMS para sus mensajes, cargando la aplicación TextIt para Android y conectándola a una cuenta de TextIt en línea (MAMA 2013g).

Posteriormente (en 2017 aproximadamente), el programa Mama cambió de Textit a otra plataforma que funciona con un módem GSM. Este es un tipo especializado de módem que acepta una o varias tarjetas SIM y funciona igual que un teléfono móvil cuando está conectado a una computadora para comunicarse a través de la red móvil (Newsms 2019). Los módems son una alternativa más económica, pues tienen un solo costo, y solo necesitan acceso a internet y una computadora. Funcionan con un software que permite crear un servicio de mensajes de texto SMS que se puede adaptar a las necesidades (Newsms 2019). En el marco del programa, se adquirió un módem para la región Lambayeque y luego otro para la región La Libertad.

En setiembre de 2014, el programa Mama llevó a cabo su primer piloto en el distrito de José Leonardo Ortiz, provincia de Chiclayo, región Lambayeque. En consonancia con el modelo general propuesto por MAMA (2012), se estableció una coalición con el gobierno regional de Lambayeque, a fin de determinar el diseño de la implementación del piloto (e.g. definir responsables, zonas de intervención, actividades de seguimiento). Asimismo, creó una plataforma de *mHealth* para el envío de mensajes de texto y promovió la captación de participantes (en el centro de salud, en su primera visita) y su pronto registro en la plataforma (los mensajes debían ser enviados a partir del siguiente día de ser registradas). También realizó actividades de apoyo y evaluación: un estudio externo en 2015 y dos internos en 2017 y 2018. No se tienen indicios claros sobre cómo se realizó la validación de los mensajes.

En relación a la evaluación externa del programa, presentada en 2015, esta fue llevada a cabo por Peter Busse, un especialista en temas de comunicación y salud que había estudiado el caso de Wawared para el MINSA, quien es contactado a través de un funcionario de este Ministerio por

“una persona de Canadá” en Lima para realizar una evaluación de impacto¹⁰ del piloto implementado por ProGobernabilidad en seis establecimientos de salud del distrito de José Leonardo Ortiz, en Chiclayo, Lambayeque. La consultoría duró 3 meses aproximadamente a partir de octubre o noviembre de 2014. El levantamiento de información se realizó en Chiclayo con el apoyo del del Dr. Castañeda de ProGobernabilidad (sede Lambayeque), quien actuó principalmente, de nexo entre el consultor y el personal de salud, con quienes él coordinaba directamente.

De acuerdo a la evaluación de Busse (2015), los resultados del piloto son positivos para las gestantes. Las gestantes que participaron en el programa asistieron a un número mayor de controles prenatales (4.16 vs. 3.34 controles), tuvieron mayores chances de tener un parto institucional, y reportaron un número mayor de meses de lactancia materna. Sin embargo, las madres participantes reportaron un número menor de vacunas que recibieron sus bebés. Adicionalmente, se realizaron entrevistas con poco menos del 60% de las participantes (por problemas para contactarlas por medio del número de celular brindado) y con menos del 5% de los acompañantes. En estas entrevistas resaltan las opiniones positivas alrededor de la utilidad y valoración de la información recibida. Luego de esta evaluación de la experiencia lambayecana, la AMEB recibió en el año 2015, el premio ConectaRSE para Crecer, de la Fundación Telefónica y Mama fue reconocida como “buena práctica gubernamental” por la organización Ciudadanos al Día en 2016 (AMEB 2018).

Es importante mencionar dos de las recomendaciones del estudio de Busse. La primera, subsanar el status de las participantes que no reciban los mensajes a pesar de estar inscritas en el programa, ya sea por consulta directa (preguntándoles a las usuarias) y a través de la plataforma web (verificando si recibieron los mensajes). La segunda es el monitoreo semanal o quincenal de los centros de salud que participen del programa, para dar el soporte necesario al personal de salud encargado. Esto se conseguiría con una mejor división de las responsabilidades entre los actores involucrados, para los que propone funciones definidas (Tabla 7).

¹⁰ La comparación se hizo al terminar la semana 16 de haber recibido su primer mensaje de texto, que aquellas madres que no participaron de MAMA y cuyos datos se obtuvieron 16 semanas después de haber asistido a su primer control.

Tabla 7: División de responsabilidades del programa Mama

Actores	Responsabilidades
El Gobierno Regional	- Brindar soporte político para la ejecución del programa. Es el encargado de designar a los funcionarios responsables de las coordinaciones con ProGobernabilidad.
La Gerencia Regional de Salud (GERESA).	- Brindar soporte político para la ejecución del programa. - Validar el material de Promoción del programa. - Evaluar los resultados conjuntamente con ProGobernabilidad.
Redes y Micro-redes de salud.	- Convocar y facilitar el proceso de capacitación del personal. - Monitorear el funcionamiento del programa.
Los establecimientos de salud (Personal de obstetricia y enfermería)	- Informar a la madre sobre los beneficios del programa MAMA. - Llenar el formulario de autorización de ingreso al programa. - Entregar el formulario de autorización a la oficina del SIS. - Ingresar la información a la aplicación de la página web del Proyecto.
Las madres usuarias	- Inscribirse en el Programa MAMA. - Acudir a su control prenatal. - Llevar a su control a su hijo o hija menor de 1 año.
ProGobernabilidad	- Financia el desarrollo del software. - Impulsa la página web de inscripción por internet y plataforma para envío de SMS. - Fortalece capacidades del personal de salud encargado del programa MAMA. - Envía los mensajes de texto. - Brinda asesoría técnica de campo. - Consolida la información de los establecimientos de salud.

Fuente: Zamora (2018)

Los resultados de esta consultoría fueron presentados, por lo menos, a dos públicos. Primero, los resultados fueron presentados al programa MAMA virtualmente, es decir, a los creadores de la intervención, quienes estaban interesados en conocer y vincularse con las experiencias del programa en otros países. Segundo, Peter Busse parece haber sido parte de la reunión realizada con algunos gobiernos regionales del norte del país (La Libertad, Lambayeque, Tumbes), realizada en Chiclayo, donde se presentó la experiencia del piloto de Chiclayo y que tenía como propósito la difusión del piloto a otras regiones, objetivo que se lograría en los años siguientes. De hecho, La Libertad inicia coordinaciones en este sentido en 2015 y el programa Mama se presenta formalmente en noviembre de ese año. En 2016, en esta región el programa se implementaría en dos de las localidades rurales más pobres a nivel nacional: el distrito de Curgos y la provincia de Julcán.

Aproximadamente en mayo de 2016, en paralelo con el inicio del piloto en La Libertad, el programa inicia su expansión dentro de la región Lambayeque, hacia dos distritos urbanos también dentro de la provincia de Chiclayo (Chiclayo, ciudad capital, y La Victoria) e incluyendo uno predominantemente rural, Pítipo (provincia de Ferreñafe), localizado a una hora y media de la provincia de Chiclayo. Esta expansión, como en otras experiencias internacionales, es precedida por una evaluación, como la realizada por Busse, un año antes.

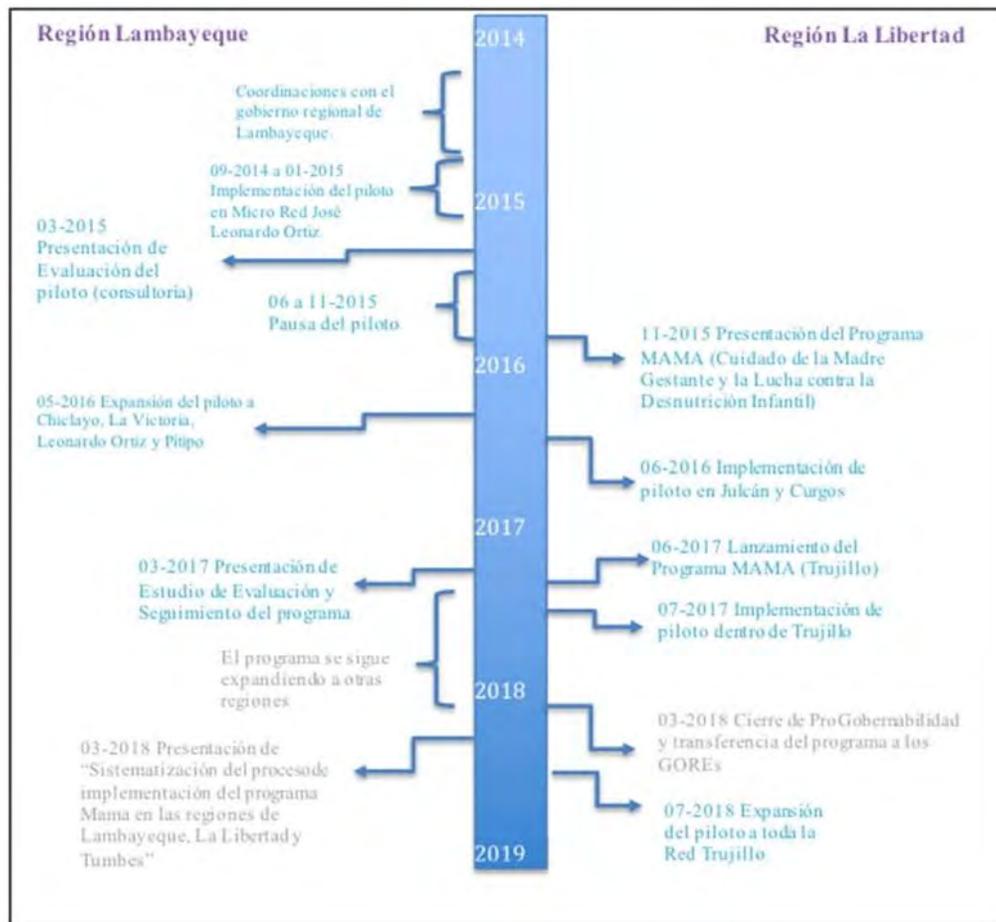


Gráfico 3: Línea de tiempo.

En 2017, un año después de la expansión del programa en Lambayeque, el Dr. Luis Castañeda Ponce, Oficial de Enlace Regional de Lambayeque, publica el Estudio de Evaluación y Seguimiento del Programa (2017). Entre las recomendaciones que brinda destaca el recojo de información y el monitoreo a las participantes, realizado por el personal de salud, que a su vez

debía ser monitoreado por los escalones superiores y debidamente asistido. Un punto crítico señalado en el documento es la necesidad de establecer claramente los responsables del Programa en la Gerencia Regional, en las Redes de Salud, y en cada uno de los Establecimientos de Salud, para llevar a cabo el seguimiento y monitoreo del programa.

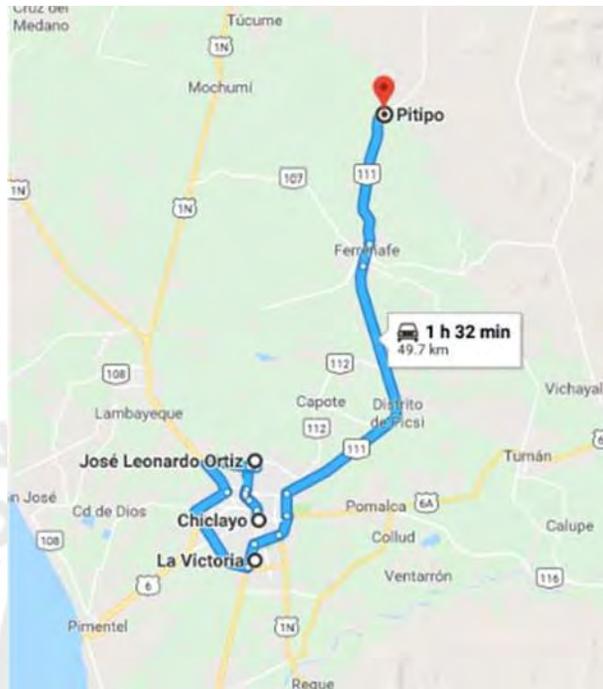


Gráfico 4: Mapa de los distritos donde se expandió el programa Mama en Lambayeque en 2016.

En La Libertad, en 2017, un año después del lanzamiento del programa Mama en Julcán y Curgos -localidades andinas ubicadas a 3.5 horas y 5.5 horas de la ciudad de Trujillo, respectivamente- se coordinó la realización de un piloto en algunos centros de salud de la ciudad capital, Trujillo. Aunque se hubiera esperado que los pilotos de Julcán y Curgos crecieran en número de usuarias como sucedió en Lambayeque (por ejemplo, en Julcán, yendo del distrito capital a los demás distritos de la provincia), es decir, se expandieran, eso solo sucedería con Trujillo, que en 2018 empezó a implementar el programa en toda la provincia, es decir, a nivel de la Red de Salud. Esta decisión partió de las negociaciones entre los actores involucrados, que apoyaron o cedieron ante la presión de la Geresa.



Gráfico 5: Mapa de la región La Libertad. Ruta Trujillo – Julcán – Curgos.

En marzo de 2018 se tenía previsto el cierre de ProGobernabilidad, y con ello, el cierre del vínculo entre AMEB y la cooperación canadiense. Dentro de las actividades de cierre, se llevó a cabo la transferencia del programa Mama a los gobiernos regionales con los que se había trabajado aquél, Lambayeque, La Libertad y Tumbes. En La Libertad y Lambayeque, y tal vez Tumbes, esta transferencia consistió en la entrega asistida del módem para el envío de mensajes de texto a los gobiernos regionales, de preferencia a las áreas encargadas de las tecnologías de la información y comunicaciones. Asimismo, se publicó el documento titulado “Sistematización del proceso de implementación del programa Mama en las regiones de Lambayeque, La Libertad y Tumbes” (2018). El documento, elaborado por Alejandrina Zamora, contiene un sucinto marco teórico y un resumen de las experiencias en cada región, a donde había llegado el programa hasta 2018: Varias de las Redes de Salud de Lambayeque, la Red de salud de Tumbes, y, en La Libertad, una Red (provincia de Julcán) y una Micro-red (distrito de Curgos). Dado que es un documento interno, llama la atención que no se haga mención del piloto en Trujillo ni que en Julcán solo se haya trabajado en la Micro-red (distrito). En realidad, el documento no contiene información detallada sobre las experiencias, ni siquiera a nivel de zonas de intervención y se sostiene en los documentos previos, como la evaluación de Busse (2015).

En 2018, entonces, comienza una nueva etapa para la AMEB y para el programa Mama, que fue el único que continúa gestionándose, ahora con financiamiento de la Fundación Google (el programa Mama obtuvo un premio en el concurso Desafío Google.org en octubre de 2017). En 2018, el programa se comienza a implementar en otras regiones, como Ica y Amazonas, y se empiezan a considerar el envío de mensajes de voz, no solo de texto, y el trabajo con comunidades

indígenas. También continuó gestionándose en los gobiernos regionales anteriores, como La Libertad, donde se realizaron visitas de capacitación y monitoreo en Trujillo a los operadores de salud encargados del programa. Sin embargo, no se realizaron visitas de monitoreo o capacitación a Curgos y Julcán, y durante el 2018 no se realizaron pedidos de información formales a estos distritos sobre el desarrollo del programa.

3.3. La implementación del programa Mama en la región La Libertad

En noviembre de 2015, “ProGobernabilidad” -como se denominó en La Libertad al equipo de la AMEB que trabajaba en los proyectos de la cooperación canadiense¹¹-realizó una presentación del Programa Mama, denominado también en ese entonces “Cuidado de la Madre Gestante y la Lucha contra la Desnutrición Infantil”, con la participación de diferentes gerentes del Gobierno Regional (GR), responsables de las Redes de Salud Julcán y Sánchez Carrión, Alcalde Provincial y Distritales de Julcán, Alcalde Provincial de Sánchez Carrión y Alcalde Distrital de Curgos (GR La Libertad s/f). La AMEB y la cooperación canadiense venían teniendo contacto frecuente debido a los proyectos que se venían realizando y las negociaciones para la gestión del nuevo proyecto, el programa Mama (Ver Gráfico 6). En abril de 2016, el Gobernador Regional aprueba la Resolución Ejecutiva Regional que conformaba el Equipo Técnico Conductor del Programa Mama (RER N° 739-2016-GR-LL/PRE) y le encarga la implementación, el monitoreo, supervisión y evaluación del programa. En la Tabla 8, se listan sus integrantes y los órganos que representaban.

Tabla 8: Equipo técnico conductor del Programa Mama de 2016

Presidente: Dr. Luis Alberto Arteaga Temoche (Gerente Salud)

Integrantes:

- Dafnis del Socorro Flores Castro (Gerencia General)
- María Elena Neira Rodríguez (G. Desarrollo e Inclusión Social)
- Angel Polo Campos (Centro Reg Planificación)
- Carlos Chunga Montero (SubGer TIC)
- Juana Luz Tejada de León (Geresa-Promoción de la Gestión territorial)
- Edith Margoth Alcalde Giove (Geresa-Cuidado Integral de salud)
- Carlos Javier Gallardo Burgos (ProGobernabilidad)

Fuente: Elaboración propia a partir de GR (s/f).

¹¹ Como se indicó, ProGobernabilidad era un proyecto de la AMEB que había durado siete años, desde el 2011. Este proyecto involucró la presencia física de una oficina de dicha organización en las instalaciones del GR La Libertad.

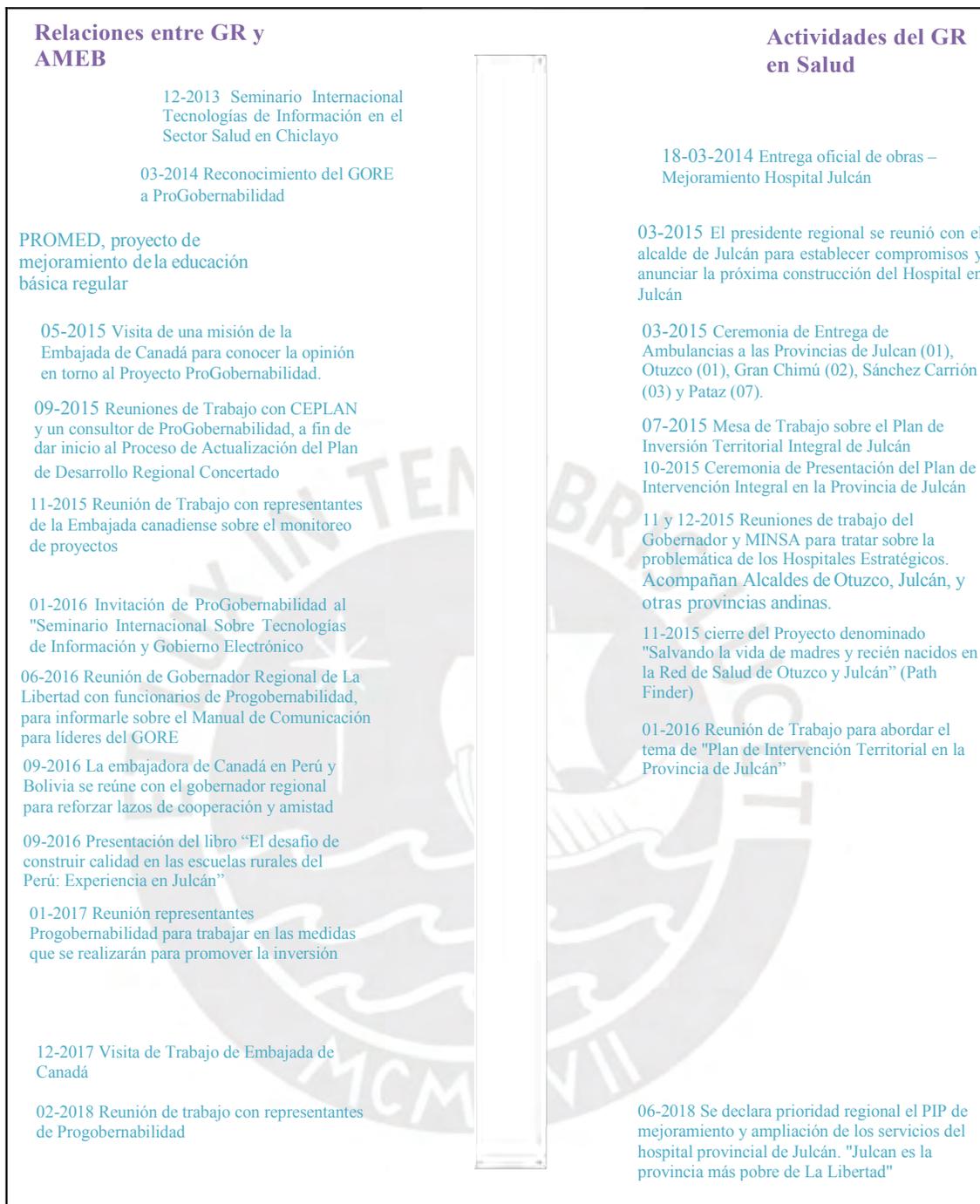


Gráfico 6: Actividades del GR (AMEB y el sector salud).

En esta Resolución se señala que el piloto del Programa MAMA se llevaría a cabo en los distritos andinos de Julcán y Curgos, seleccionados de acuerdo a criterios de pobreza y desnutrición. La región La Libertad, según el Mapa de Pobreza del INEI (2013), tiene siete de los veinte distritos más pobres del país, al igual que Cajamarca, una región predominantemente rural del norte del país. Curgos (provincia de Sánchez Carrión), de hecho, en este documento, es el distrito más pobre a nivel nacional, ocupando el primer lugar. Huaso (provincia de Julcán) también se encuentra en la lista, en quinto lugar. Otro distrito de La Libertad, Condomarca (provincia de Bolívar), ocupa el segundo lugar en la lista. Queda claro el criterio para la selección del distrito de Curgos. En el caso del distrito Julcán, se justificó la selección aunque no estaba ubicado en el ranking de los veinte distritos más pobres, porque entre “los 20 distritos con mayor incidencia de pobreza total se encuentran distritos comprendido en la provincia de Julcán” (GR La Libertad s/f: 2). La provincia de Julcán ocupa en el Mapa el primer lugar en pobreza a nivel nacional, debido a la posición de Huaso y a su relativamente escaso número de distritos (cuatro), en comparación con otras provincias, como Sánchez Carrión (ocho), donde la posición de los distritos se promedió invisibilizando el ranking distrital. Así, se seleccionó la provincia más pobre pero no el distrito más pobre dentro de la provincia, que sería Huaso.

Este criterio de selección fue apoyado por el gerente general del Gobierno Regional de ese tiempo, Ing. Manuel Felipe Llempén (partido político Alianza para el Progreso), un empresario y médico dueño de un hospital y actual gobernador regional de La Libertad. La lógica de Llempén también tendría que ver con la frecuencia con la que se intervenían zonas urbanas, y la idea de priorizar las localidades rurales en lugar de las urbanas por una vez, a diferencia del caso lambayecano. La AMEB y la Gerencia General, representada por Llempén, firmaron un Acta de Entendimiento conteniendo compromisos respecto de la implementación del programa Mama.

Entre otros lineamientos, la Resolución (GR La Libertad s/f) señala el rol principal de la Dirección General de Promoción de la Gestión Territorial (DG Promoción) de la Gerencia Regional de Salud (Geresa). La DG Promoción es el órgano técnico-normativo que busca lograr que las personas adquieran capacidades y desarrollen actitudes para su desarrollo físico, mental y social. Considera que el comportamiento individual afecta el estado de salud, y busca promover el cambio de comportamientos de riesgo hacia comportamientos saludables, aunque el cambio sea responsabilidad del individuo. Una herramienta de gestión central de la DG Promoción es el Plan Estratégico Regional de Promoción de Estilos de Vida Saludables 2013-2015. Se espera que los

cambios promovidos se conformen en una cultura del autocuidado de la salud e incidan en los determinantes sociales de la salud de la población (GR La Libertad s/f: 2). Los “determinantes sociales de la salud” conciben la salud como un

producto social intrínsecamente relacionado con los individuos, sus familias, comunidades, los factores biológicos o endógenos, factores ligados al entorno, factores ligados a los estilos de vida y los otros ligados al Sistema Sanitario que contribuyen en diferente grado a su construcción (GR La Libertad s/f: 1).

El 5 de mayo de 2016 se realizó el lanzamiento oficial del programa en el distrito de Julcán con un evento en el Hospital del distrito y la colocación de algunos afiches. A nivel de este distrito y el de Curgos, las coordinaciones se realizaron entre las funcionarias a cargo del programa en la Geresa (especialmente la responsable de la DG Promoción), y las personas responsables de Promoción de la Gestión Territorial en las Redes de Salud de la provincia de Julcán y Sánchez Carrión (las redes centralizan la información sobre todos los distritos de cada provincia). La información brindada a las responsables en cada Red sobre cómo manejar el programa fue operativa (“nos dieron unos códigos para ingresar mamás”), entonces, no se transmitió información sobre el diseño y evaluación de los pilotos (que a nivel de Geresa tampoco se tenía). Las personas responsables de Promoción de la Gestión Territorial en cada Red asignaron responsables entre los obstetras para el recojo de información y su registro en la plataforma virtual.

Esta situación dio lugar a una iniciativa dentro del Hospital de Julcán en julio de 2016 (a dos meses de haberse lanzado el programa en ese distrito). Esta idea consistió en inscribir a una de sus profesionales -justamente embarazada por esa época- como usuaria, y de esta manera conocer qué mensajes recibirían las madres (pues no estaban al tanto de su contenido) y si, en efecto, los llegarían a recibir. Esto permitió que el personal del hospital comprobara que, en efecto, los mensajes llegaban y se conoció mejor el contenido y la frecuencia con lo que lo hacían. Así, se pudo hacer seguimiento a los mensajes por más de 15 meses, aproximadamente.

El programa Mama en Julcán no abarcó solo un establecimiento de salud, como en Curgos, si no todos los establecimientos de la Micro-red, es decir, del distrito. El distrito de Julcán cuenta con ocho establecimientos de salud, incluyendo el Hospital, localizado en el centro urbano del distrito, el cual cuenta con dos puestos satélites, donde se aplican inyecciones y se brinda una

orientación general. Además, está el Centro de Salud (CS) de Ayangay y los Puestos de Salud de Paruque Bajo, Chugurpampa, San Agustín, San Antonio, Santa Teresa y Villa María¹². El Hospital y el CS de Ayangay cuentan con mayores facilidades para la atención de la mujer embarazada, es decir, de obstetricia (Susalud s/f). La distancia entre el Hospital y los otros establecimientos oscila entre la hora y media y las tres horas en motocicleta. La distancia entre el Hospital de Julcán y los Hospitales a las que se suelen referir a las pacientes con complicaciones en sus embarazados más graves es de una hora y quince minutos (Hospital de Otuzco) y tres horas (Hospital en Trujillo).

Si bien la división de responsabilidades operativas del programa Mama en la Micro-red ha sufrido algunos cambios (por ejemplo, en 2018, todos los obstetras del Hospital tenían acceso a la plataforma virtual y podían registrar a las usuarias directamente, mientras la responsabilidad se centraba en una o dos personas antes), todavía se mantiene el recojo de información a través de las fichas físicas en los establecimientos de salud, y su entrega durante la entrega de informes mensual.

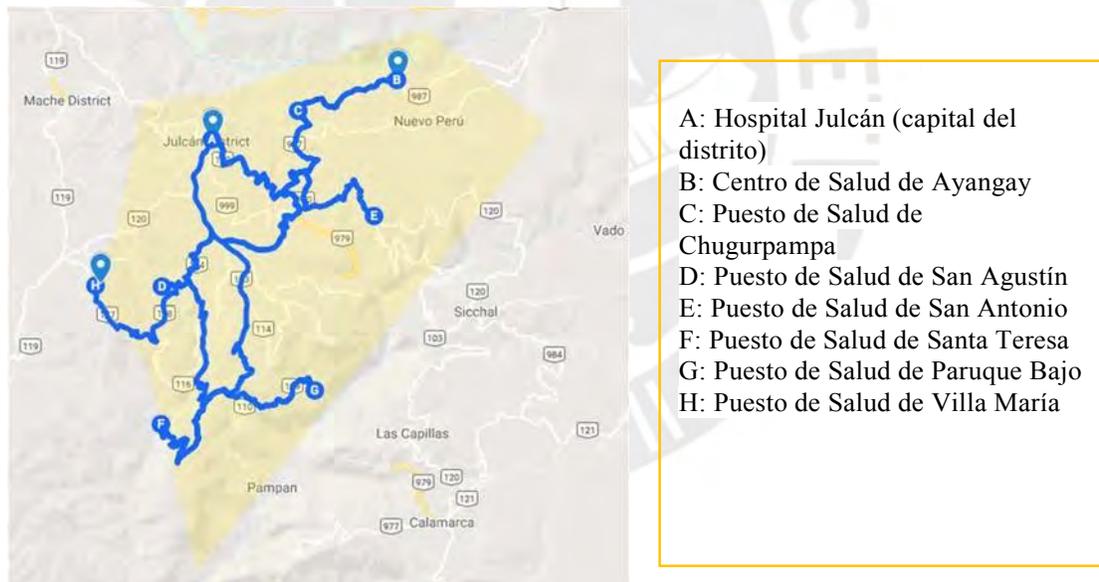


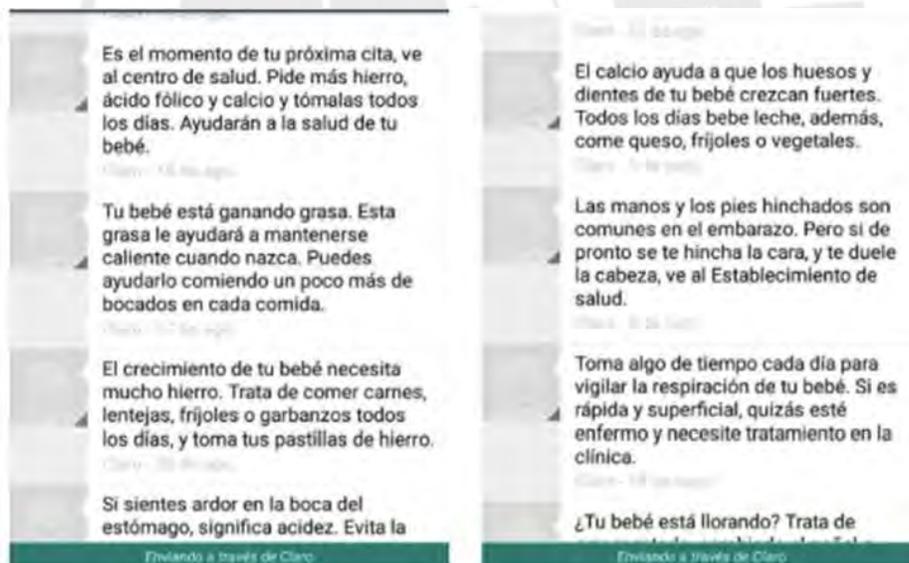
Gráfico 7: Mapa de la Micro-red de Salud Julcán (distrito de Julcán).

¹² El Puesto de Salud de Villa María se encuentra en el distrito de Carabamba (provincia de Julcán), sin embargo, por ciertos periodos, el sector salud lo considera dentro de la Micro-red Julcán.

Solo se conoce un único informe sobre el desarrollo del programa, enviado por la Red Julcán el día 24 de Febrero del 2017 al gerente regional de salud. Este “Informe del Estado situacional del Programa MAMA” (Oficio N° 023-2017-GR-LL/GGR/GRS-RED JULCAN-DE) se presentaba como respuesta a un Memorando de la Geresa (Memorandum Multiple N° 43-2017-GRLL-GOBB/GGR) y detallaba la siguiente información:

- Número de usuarias: 45 gestantes y 35 madres con niños menores de 1 año.
- Dificultades: “Gestantes no cuentan con celular, No existe cobertura de celular en toda la Provincia de Julcán, Gestantes rechazaron inscribirse por no saber leer”
- Observaciones: “El Sistema no está enlazado a RENIEC, lo cual permitiría identificar plenamente a las gestantes”
- Opinión de las usuarias: “Consideran importante los mensajes, Manifiestan que algunas palabras no entienden, Refieren que actualmente son Madres lactantes y le llegan mensajes educativos de signos de alarma del embarazo.”

De manera adicional, se anexaron las capturas de pantalla de los mensajes recibidos por la profesional de salud del Hospital embarazada. El seguimiento sobre si los mensajes habían cambiado o no ya no se pudo realizar pues se terminó el periodo de la profesional como usuaria.



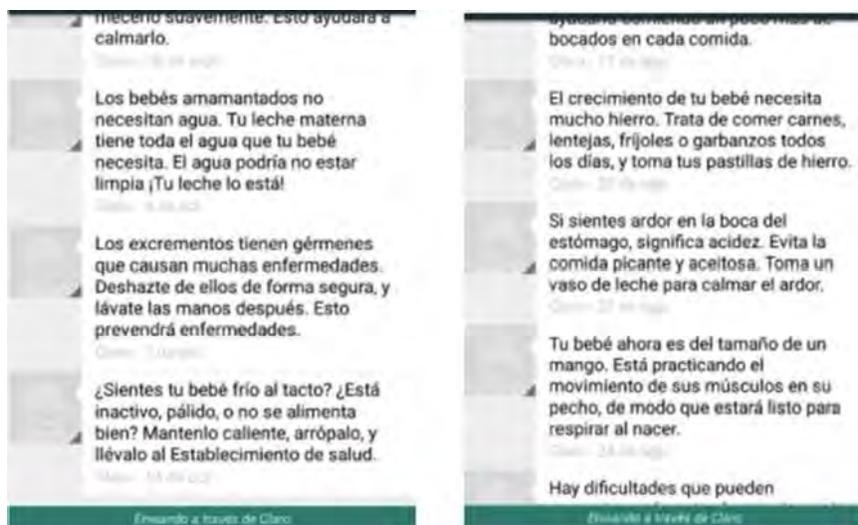


Gráfico 8: Cuatro de las diez capturas de pantalla anexadas al Oficio N° 023-2017-GR-LL/GGR/GRS-RED JULCAN-DE.

El contacto directo entre la Red de Julcán y el equipo de AMEB no ha sido común. Si bien se tiene constancia de una visita a Julcán por parte de un “supervisor que no era jefe” en la cual se comunicaron mejoras en el sistema, como la vinculación con RENIEC para eliminar el riesgo de datos personales mal consignados, no queda claro en la Red si los mensajes de texto se llegaron a ajustar (responsabilidad de la AMEB) o si los problemas con los mensajes fuera de tiempo fueron solucionados (responsabilidad no definida). La AMEB organizó una capacitación en 2017 en Trujillo, a la que asistieron los responsables de cada Red (obstetras encargados del registro de usuarios en el sistema y responsables de Promoción de la Gestión Territorial). Pero este evento es considerado raro y “ya no han hecho otra reunión”.

Desde la Geresa también está presente la queja más general por la débil comunicación entre la AMEB y esta gerencia. La Geresa no tiene acceso a la información a la que accede AMEB a través de la plataforma, ni tampoco puede modificar los mensajes de texto. También en el caso de La Libertad parece haberse dejado de lado una actividad importante para legitimar el piloto en el caso lambayecano: la evaluación del piloto.

Las coordinaciones entre la Geresa y las Redes, por otra parte, es contingente. Por ejemplo, las Redes reciben indicaciones de llevar a cabo el programa (“están llamando para que se llene el

programa”) o reciben consultas sobre su avance (“me pregunta hasta cuándo he llenado, hasta qué mes”). No obstante, no se suelen solicitar informes o reportes de avance de ningún tipo más allá del citado. La información en las fichas se sube la plataforma y las personas encargadas del programa de la AMEB acceden a la información consignada en tiempo real (“ellos verifican creo en la web”).

La coordinación dentro de la red de establecimientos de salud del distrito de Julcán presenta, a su vez, sus propios desafíos. Si bien dentro del Hospital la organización se ha vuelto más equitativa con el tiempo (los/as obstetras suben la información que recogen al sistema, existe una contraseña que se comparte y está a la vista de cualquiera), la relación con los demás establecimientos de salud presenta limitaciones en parte por la alta rotación del personal en estos establecimientos y la carga laboral en general.

The image shows a web-based registration form. At the top, there is a field for 'DNI*' with a blue 'Buscar' button to its right. Below this, a red error message states: 'DEBE INGRESAR DNI Y LUEGO BUSCAR PARA PODER REGISTRAR!'. The main form consists of several input fields: 'Apellidos *', 'Nombres *', 'Fecha de Nacimiento' (with a calendar icon), 'Grado Instrucción' (a dropdown menu showing '(NO APLICA)'), 'Fecha Probable de Parto *' (with a calendar icon), 'H. Cl. Familiar', 'H. Cl. Gestante', 'Celular de la Madre *', 'Celular acompañante', and 'Fecha atención' (with a calendar icon). At the bottom of the form, there are two buttons: a green 'Registrar' button and a blue 'Cancel' button.

Gráfico 9: Ficha de registro en la plataforma en línea (2018).

Por otro lado, las limitaciones que señala el Informe (“Gestantes no cuentan con celular, no existe cobertura de celular en toda la Provincia de Julcán, gestantes rechazaron inscribirse por

no saber leer”) son tajantes y cuestionan de entrada la viabilidad del programa, por lo menos para un amplio sector de las potenciales usuarias. Se pueden sintetizar en: (i) no hay celulares, (ii) si los hubiera, no hay cobertura, (3) si hubiera celular y cobertura, no podrían igual leer los mensajes. Estas ideas plasmadas en este documento de inicios de 2017, siguen presentes en las responsables del programa dentro de la Geresa en 2018. También acompañan un proceso iniciado en paralelo la primera mitad del 2017: la realización de un nuevo piloto del programa Mama en la ciudad capital de la región, Trujillo.

El registro de usuarias, la actividad encargada a la Red por el programa, ofrece una visión más clara sobre el desempeño del programa en Julcán; sin embargo, la información que ofrece la plataforma virtual del programa en Julcán no es del todo clara, dado que contiene una tabla y gráficos que no concuerdan (es posible que la tabla contenga usuarias registradas en otras Redes de salud en La Libertad). La plataforma contiene una tabla con los datos solicitados en la ficha del programa (los nombres, fecha probable de parto, número de celular, etc.) y fechas de registro de las usuarias en el sistema. Durante agosto de 2018, además, recogimos información de las historias clínicas del archivo de gestantes del Hospital de Julcán, el CS Ayangay y los PS de Chugurpampa y Villa María con el fin de verificar si había subregistro (usuarias a las que no se les pidió llenar la ficha, “no usuarias”, y usuarias que llenaron la ficha pero no fueron registradas en la plataforma, “no subidas”) y conocer mejor el perfil de las usuarias.

Según la tabla descargada de la plataforma en línea, el registro se realizó modestamente en 2016 (36 usuarias), fue casi inexistente en 2017 (6 usuarias) y aumentó en febrero y junio de 2018 (69 usuarias en total). Identificamos en esta tabla tres periodos claramente observables, el primero (febrero de 2016 – marzo de 2017) es un periodo de registro modesto con interrupciones de uno a dos meses. El segundo es un periodo de pausa, donde no se registra a ninguna usuaria nueva (abril – diciembre 2017). El último, es un periodo de solo dos momentos de registro intenso en febrero y junio de 2018 (enero – noviembre 2018). A inicios de 2018, se había cambiado al obstetra encargado del programa en Julcán desde el inicio (de un “nombrado” a una “CAS”) y se realiza una capacitación en febrero en Trujillo donde asiste la nueva responsable.

En la Gráfico 10, se observa que hubo subregistro debido al no registro físico (70% aprox.) y al no registro en línea (17% aprox.) durante el 2018. Estos datos de subregistro no abarcan todos los casos posibles en 2018 dado que las historias clínicas de las gestantes solo permanecen fuera

del archivo familiar hasta que se produce el parto. En tal sentido, se calcula que el subregistro es mayor de lo registrado en la Gráfico 10, y que es mucho más alto en años anteriores.

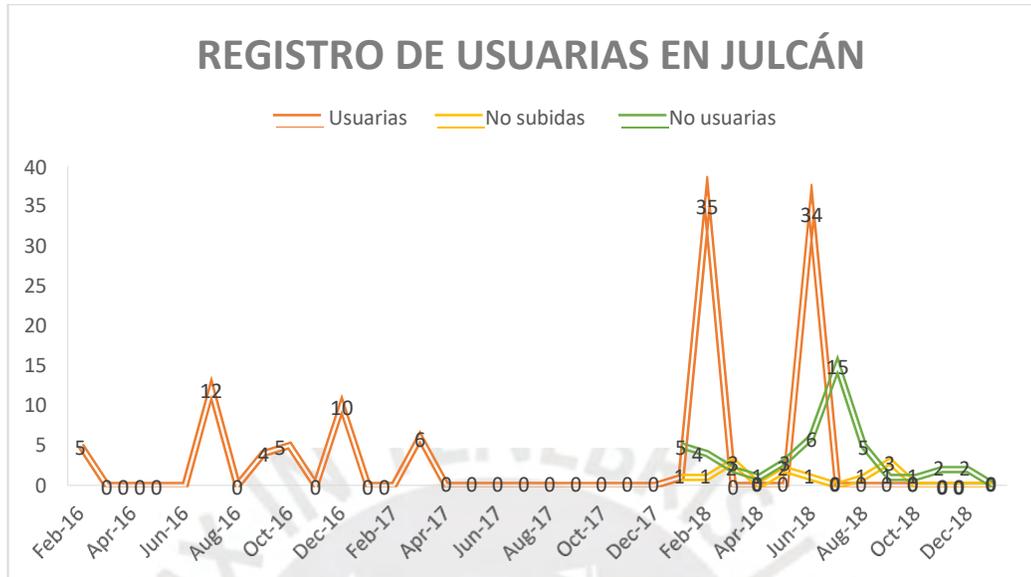


Gráfico 10: Registro de usuarias, no usuarias y "no subidas" por fecha.

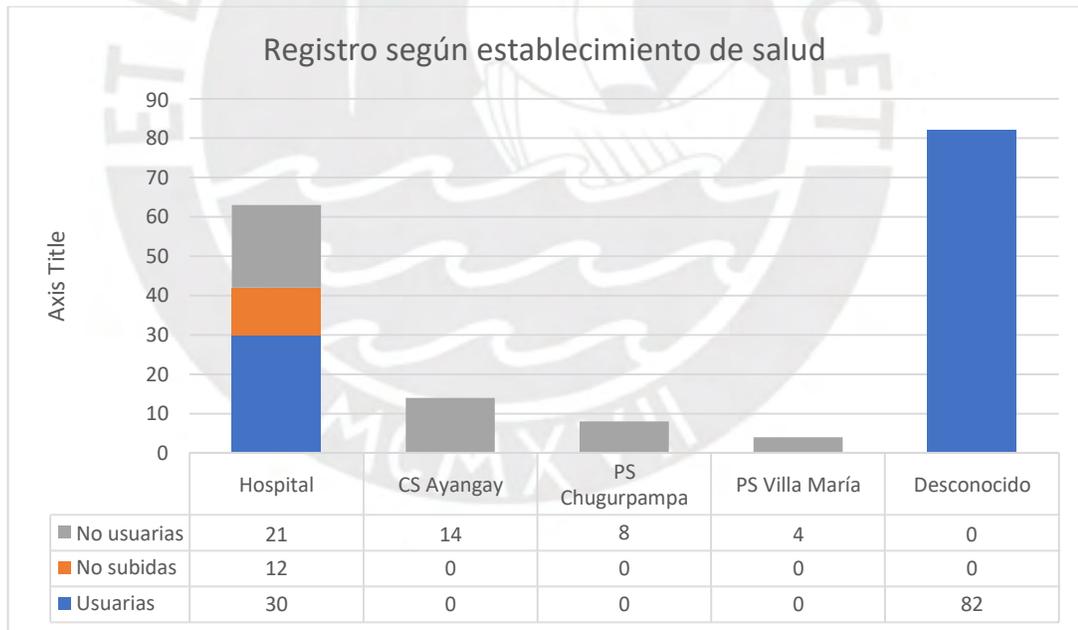


Gráfico 11: Registro según establecimiento de salud (Agosto, 2018).

En la Gráfico 11, se muestra el cruce de la información recogida directamente de las historias clínicas del archivo de gestantes de cada establecimiento de salud visitado con la lista de usuarias de la plataforma del programa. Del cruce se manifiesta que no se registraron gestantes en los establecimientos de salud a excepción del Hospital (en las entrevistas se comprueba el desconocimiento sobre el programa en los puestos de salud), por lo menos en el segundo trimestre del 2018. También, que solo a nivel de Hospital, el subregistro se acerca al 50%. Dentro de la categoría “Desconocidos” se calcula que se encuentran las usuarias de 2016 y el primer trimestre de 2018. Es importante considerar aquí que el formato del programa hasta el 2017 requería de dos números de celular para el registro, lo que explicaría la pausa larga en 2017 y el bajo registro en 2016. Así, “antes era necesario tener dos números de celulares, ahora basta con un número de celular para poder llenar la ficha y que pase la ficha.” (Carranza 2018i).

Otro dato importante sobre el registro es que la mayoría de usuarias son registradas entre el quinto y noveno mes de gestación (Gráfico 12). Como se observa en el siguiente gráfico, existe un número de registros de usuarias donde la fecha probable de parto se consignó de manera errónea, confundiendo esta fecha por la fecha de nacimiento de la madre. Esto puede deberse a su asistencia tardía a los centros de salud o a un registro interrumpido de usuarias de parte del personal de salud, sin embargo, no debería afectar el registro pues el programa comprende también a madres con bebés menores de un año. Esto afectó el registro, dado que se llegó a pensar que si la fecha de parto estaba próxima, no debían ser registradas ya en el programa.

... hasta qué edad gestacional me permite ingresar (...) entonces dijeron que no, solamente que si tengo un número que lo ingrese y que capte a la señora en la edad gestacional...(Carranza 2018i).



Gráfico 12: Tiempo (en meses) entre el registro de las usuarias y su fecha probable de parto.

3.4. Organización del programa

Para comprender el funcionamiento del programa Mama, describimos los cuatro órganos que conforman la estructura del programa en la región La Libertad, de acuerdo a la información recogida en el distrito de Julcán, la ciudad de Trujillo y Lima.

Equipo de la AMEB

El personal de la AMEB ha variado con el tiempo y se encuentra en diferentes sedes. Existe una oficina de la AMEB en Lima (donde se encuentra el especialista en TICs a cargo del programa) y en las regiones donde se implementó ProGobernabilidad, con personal permanente (por lo menos uno por región). Para la elaboración de documentos y evaluaciones se contrataron consultores y especialistas.

Equipo de la Geres

Aunque el equipo de trabajo estaba conformado por diferentes gerencias del Gobierno Regional (GR), la dirección y actividades fueron asumidas por responsables de la Geres, de las Sub-gerencias de Promoción de la Gestión Territorial (que asume el liderazgo) y Cuidado Integral de la Salud (subdivida en Salud Materna y Salud del Niño). Este personal estaba nombrado a través del Decreto Legislativo 276, por lo que cuenta con estabilidad laboral, y muchos años de experiencia en el sector salud, incluso dentro de la Geres misma.

Las opiniones sobre el GR nunca han sido abiertamente críticas, pero continuamente se señaló impersonalmente “lo político” como la principal limitación para la labor técnica del equipo de la Geresa. Formas reconocidas de interferencia son la designación de funcionarios en cargos de confianza que no cuentan con las credenciales profesionales ni académicas necesarias (“entren por amiguismo”, “una joyita sin ninguna capacidad”), especialmente en los últimos años, en los que ha habido mayor rotación de gerentes de salud (“cómo va a liderar a profesionales con maestría o doctorado”, “ausencia total de liderazgo político”). La autoridad interfiere con lo técnico, entorpeciendo su trabajo, que involucra planificación y las actividades de “control gerencial”. Las gestiones no se preocupan por estos aspectos, no cuentan con líneas de base ni salida, ni toman en cuenta el trabajo de gestiones previas (o su personal mismo).

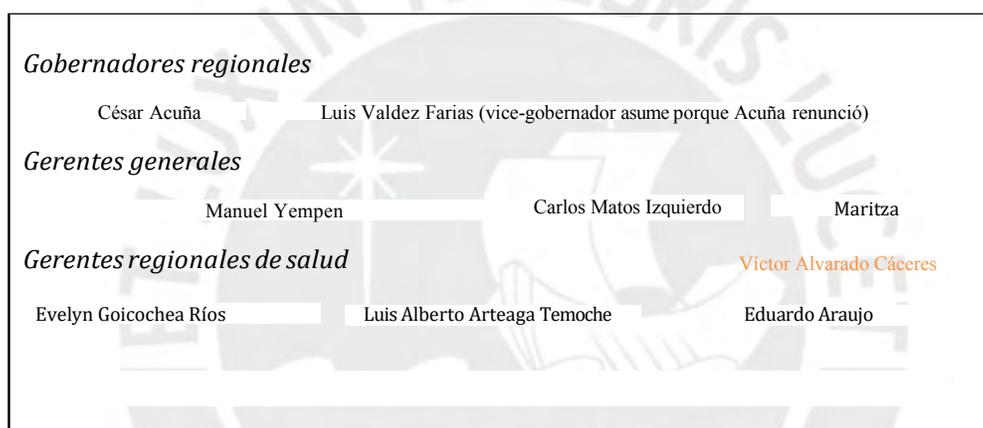


Gráfico 13: Periodos en el cargo de funcionarios del GR La Libertad.

Red de Salud de Julcán (provincia)

A nivel de la Red de salud, cuya sede se encuentra en el Hospital de Julcán, la responsable de Promoción de la Gestión Territorial en la Red fue el nexo principal con la responsable en la Geresa. Bajo su mando, la responsabilidad operativa del programa recae en una (2016-2017) o dos obstetras (2018). El personal más antiguo está nombrado a través del Decreto Legislativo 276 y los más jóvenes están contratados bajo el régimen del Decreto Legislativo 1057 (denominado “CAS”). El personal CAS no cuenta con estabilidad laboral, sin embargo, cuenta con beneficios adquiridos como vacaciones y aguinaldos (no cuenta con bonos, ni

liquidación, por ejemplo). El personal CAS incluye a las responsables operativas del programa en el 2018.

Un fenómeno que afecta la distribución de personal en distritos rurales es la presencia de “destacados”. Esto implica el traslado continuo de personal en planilla (modalidad 276) que ha sido asignado a zonas rurales de vuelta a puestos en Trujillo (la ciudad capital), específicamente en las oficinas de la sede central del GR. Cada gobierno regional, cada cierto tiempo, deja estos puestos vacíos en zonas rurales que pueden ocuparse hasta cierto punto por personal que trabaja bajo la modalidad CAS. El sindicato de trabajadores de salud del gobierno regional se ha pronunciado en contra de estas medidas, a veces con éxito temporal. Las funcionarias entrevistadas en la Geres, todas en planilla (contratos 276), han visto pasar muchas gestiones y personas, buenas y malas porque “siempre va a ser igual, entre quien entre”. La labor de la Geres se debilita por la ausencia de plan, aprendizaje y evaluación facilitada por “la filtración de lo político”.

Micro-red (MR) de Salud de Julcán (distrito)

Dentro del distrito, el personal de salud encargado del programa está contratado bajo el régimen Serum (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud). Este régimen implica que los profesionales de la Ciencias de la Salud presten servicios con una duración máxima de un año, inmediatamente después de la graduación, como requisito indispensable para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento (Ley N° 23330).

Cabe señalar que el seguimiento de las gestantes en los establecimientos de salud en Julcán para los programas y actividades de monitoreo que se realizan ordinariamente es laborioso y constante. El personal encargado de atender a las gestantes registra obligatoriamente en sus historias clínicas información que también se encuentra en las fichas de registro del programa Mama y hace seguimiento a cada caso usando como instrumento “radares de gestantes”, mapas donde se ubican a las gestantes por localización y fecha probable de parto. Todos los meses, el personal de los establecimientos de salud visita el Hospital en Julcán por uno, dos o tres días para rendir cuentas, es decir, tiene contacto obligado con los responsables del

programa Mama. Bajo esta luz, no es posible afirmar que los límites organizacionales dificulten por sí solos el manejo del Programa dentro de la Red.

De la información anterior se pueden inferir algunas pistas para comprender mejor el funcionamiento del programa en Julcán. Primero, las actividades de apoyo y seguimiento al programa no han sido continuas desde el inicio, la pausa durante el 2017 no estuvo programada pero coincide con la introducción del piloto en Trujillo, y, la activación puntual del registro en dos momentos de 2018 coincide con el cierre de las actividades de ProGobernabilidad y con las actividades de transferencia del programa Mama en La Libertad que involucraron visitas desde Lima de representantes de la AMEB (en febrero se realizó una capacitación con responsables del programa de Trujillo, Julcán y Curgos). Es decir, las acciones de coordinación de la Geresa y la AMEB son clave en la organización del programa, afectando directa e indirectamente su gestión en todo el distrito

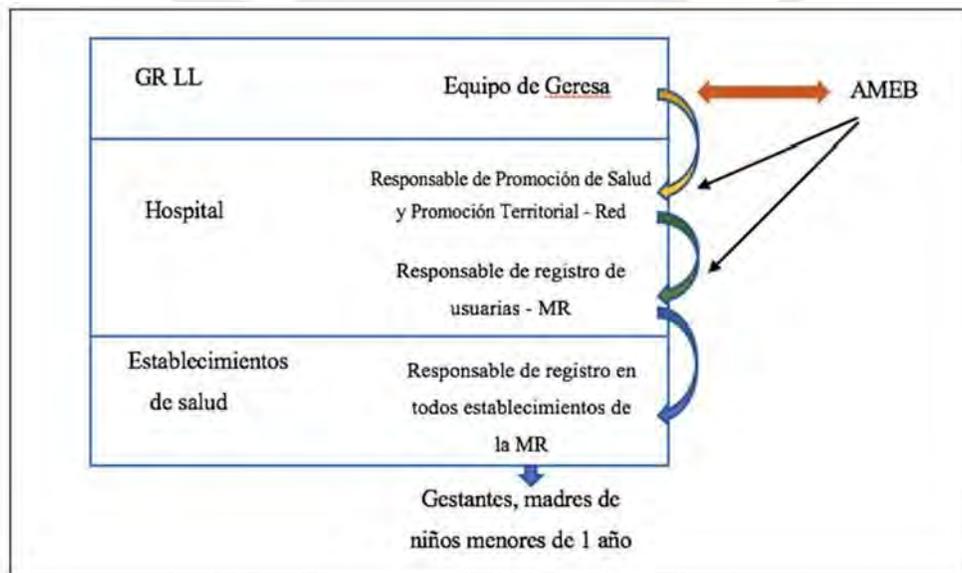


Gráfico 14: Organización del programa en el distrito de Julcán.

3.5. El estancamiento de los pilotos rurales

En 2018, en el contexto de cierre de ProGobernabilidad en marzo de 2018, y el inicio de la fase nueva del programa financiada por la Fundación Google, se toman decisiones importantes sobre el futuro del programa. El Gobierno Regional decide, por un lado, no expandir el programa

a toda la provincia de Julcán ni en Curgos por no considerarlo viable por diversos motivos vinculados a la gestión del programa, como los problemas organizacionales y de coordinación ocasionados por el alejamiento por periodos de la AMEB (“hemos tenido muchos reparos, primero que para nosotros sentimos que no funciona ni en Julcán ni en Curgos”). En otras palabras, era necesario esperar a tener claridad sobre los resultados en los distritos rurales antes de expandirlos. La AMEB señala que las actitudes de la Geresa contra el trabajo en los distritos rurales son un “boicot visto desde fuera” y han logrado imponer sus juicios sobre el devenir del programa, aunque la Geresa “no tenga poder de decisión” (Carranza 2018a).

“en esta última reunión queríamos que fuera a nivel de provincia, pero en la Geresa nos dijeron que no que era en general, como estaba, en realidad es un programa, un proyecto que se está implementando poco a poco, entonces ellos me dijeron no abarques todo todavía, espérate, porque yo quería abarcarlo” (Carranza 2018h)

También se decide expandir el piloto trujillano a toda la red de salud de la provincia de Trujillo. Esta decisión habría estado precedida por una evaluación en Trujillo para determinar el efecto del programa en la vacunación (Carranza 2018c). Según los testimonios recogidos, tanto la AMEB como la Geresa concuerdan en el debilitamiento (incluso rompimiento) de la confianza en términos de compromiso con el programa. Estas tensiones se manifestaron en el proceso de transferencia, por ejemplo, durante la entrega del hardware de envío de mensajes de texto masivos. La Geresa insistió en contar con su propio hardware (no compartirlo) y que éste sea alojado en sus instalaciones (no en otro órgano del GR como proponía la AMEB), la AMEB realizó la entrega tan tardíamente como se pudo (Carranza 2018c).

En los puestos de salud de Julcán, en agosto de 2018, el conocimiento sobre el programa es indirecto o precario. El nuevo personal recibe un número de responsabilidades, pero señala “tenemos el memorándum pero ninguna dice este programa” (Carranza 2018i). Es decir, el programa no se reconoce formalmente a este nivel y las reuniones mensuales donde todo el personal de los establecimientos de salud de la provincia se reúne en el Hospital no incluyen una comunicación sobre el manejo del programa, específicamente, el recojo de información escrita sobre las usuarias en las fichas.

...en las campañas que siempre hacemos saco las historias y veo por ahí una que otra, pero no me he percatado, no le he dado importancia porque eso de ahí del programa Mama creo

que nos dijeron que lo manejaban en Julcán o algo así entonces yo no sabía pues (Carranza 2018m).

El monitoreo que se realiza a las gestantes desde los establecimientos de salud en Julcán en general es, por su parte, minucioso y personalizado. Se cuentan con instrumentos que facilitan el trabajo en el contexto de alta rotación y la ausencia de personal en sus vacaciones o días libres, por ejemplo. Se tiene “el radar de gestantes” que incluye la ubicación, nombre, y fecha probable de parto de las gestantes, y las historias clínicas (Carranza 2018k, 2008l, 2018ll, 2018m).

Pero, si las relaciones entre la AMEB y la Geresa estaban debilitadas y se caracterizan por la desconfianza y la falta de comunicación, ¿qué significa la expansión del programa en la capital de la región? El interés de la Geresa y la AMEB en la expansión del piloto en Trujillo contrasta con el aparente estancamiento del mismo programa en los dos distritos rurales y la percepción negativa acerca de su desempeño a futuro. Para la AMEB, con el financiamiento de Google, se podrá ampliar el programa en regiones como Amazonas e Ica, pero en La Libertad “ya no”.

En el siguiente capítulo, se presenta la segunda familia de códigos denominada “Explicando la inviabilidad del programa en distritos rurales” (teoría). Esta familia de códigos es la más amplia y contiene los resultados de la toma de decisiones de los burócratas a cargo del programa sobre las trayectorias de los pilotos del programa en la ciudad de Trujillo y los distritos rurales, con especial énfasis en el distrito de Julcán. En tal sentido, abarca el uso de heurísticos y da luces sobre los sesgos producidos.

Capítulo 4. Los heurísticos detrás del estancamiento

En el capítulo anterior, señalamos las trayectorias de los procesos de innovación de los pilotos del programa Mama en la región La Libertad. La decisión del equipo conductor del programa, especialmente desde la Gerencia Regional de Salud, de expandir y no expandir el programa en Trujillo, y Julcán y Curgos, respectivamente, no se apoyó directamente en problemas organizacionales de la implementación (i.e. presupuesto, dirección, personal), que eran compartidos por los tres distritos. La decisión se realizó tomando en cuenta otros límites percibidos por los burócratas a cargo del programa que hacían distinción entre los distritos urbanos y rurales, tomando como referente principal el piloto en el distrito de Julcán¹³. Este análisis pone en relieve el papel de los sesgos de los burócratas para tomar decisiones sobre la trayectoria de los pilotos y su relación con diferentes territorios.

La estructura de este capítulo es la siguiente: En el primer apartado, se describe el contexto de la toma de decisión sobre la no-expansión o estancamiento del programa, caracterizado por la ausencia de evidencia y la utilización de heurísticos, es decir, estrategias rápidas y frugales para la toma de decisiones. En el segundo, tercero y cuarto, se analizan tres heurísticos: De la evidencia más cercana, de los indicadores disponibles y de las limitaciones estructurales. Finalmente, se vincula la utilización de heurísticos con un sesgo que afecta de manera diferenciada a Trujillo, por un lado, y a Julcán y Curgos, por otro, acercándonos al objetivo general de esta investigación.

4.1. La ausencia de evidencia

En la citada “Sistematización del proceso de implementación del programa Mama en las regiones de Lambayeque, La Libertad y Tumbes” (2018), dos recomendaciones de la Geresa tienen que ver con el monitoreo y evaluación: “Que se implemente un sistema de monitoreo y evaluación permanente.” y “Los indicadores deben ser comunes en las regiones de Lambayeque, La Libertad y Tumbes”. El monitoreo y evaluación esperado está vinculado directamente con la medición de indicadores, es decir, se espera un nivel de evidencia más riguroso que el anecdótico. La Geresa ostenta un rol de control gerencial que se ejerce a través de acciones de monitoreo y

¹³ Para la AMEB y la Geresa, no hay distinciones entre Julcán y Curgos en relación a las limitaciones del programa.

evaluación, por lo cual necesita de indicadores de diferente tipo que ayuden a probar las bondades de una intervención.

Las quejas de la Geresa enfatizan las limitaciones en cuanto recursos recibidos para realizar las acciones de monitoreo en los distritos rurales. El equipo de la Geresa había elaborado un Plan de monitoreo que no llegó a tener el apoyo efectivo del GR ni de ProGobernabilidad. Esta sería la queja más amarga, pues “nunca se llegaron a realizar esas visitas”. La Geresa, por su parte, demanda realizar visitas personales para llevar a cabo estas funciones. Por tal motivo es una queja constante que no cuenten con recursos para hacer visitas ni recibirlas. Esta queja se enmarca en una más amplia, referida a las faltas de ProGobernabilidad como parte del equipo técnico. Entonces, se hicieron llamadas a los responsables de Promoción de la Gestión Territorial en la Red Julcán y en la Red Sánchez Carrión (donde se encuentra Curgos) porque con ellos la relación es más cercana.

Llamadas y porque nosotros tenemos contacto (...) [con] nuestros responsables de promoción (...) [les preguntamos] “¿cómo está el programa? Ah, mira” (Carranza 2018d).

En el plano internacional, la evaluación de programas de este tipo demuestra el aumento de asistencia a las citas médicas, sin embargo, la calidad de la evaluación es baja, dificultando la generalización de los hallazgos (Gurol-Urganci y otros 2013). En una línea similar, la principal frustración de la Geresa es no contar con una evaluación que justifique el programa, que demuestre que está trayendo resultados positivos, por ejemplo, en la asistencia a las citas médicas mensuales, a través de entrevistas o encuestas.

sentimos que la única forma de medir es que el personal de salud le tenga que preguntar a la madre usted por qué está viniendo si le sirvió o no le sirvió estar recibiendo, o sea un poco evaluar eso ¿no? (Carranza 2018d).

La persona responsable de Promoción de la Gestión Territorial en Julcán concuerda con la necesidad de mejorar el monitoreo y la evaluación. Se observa que las comunicaciones de la Geresa, que son poco frecuentes (dos veces al año aproximadamente) y arbitrarias. Las comunicaciones telefónicas de la Geresa se realizan para preguntar cuántas usuarias se han registrado (“cuántos gestantes hay, cuántos niños hay”) y qué opina la gente. Frente a ellos, esta

responsable también opina que este tipo de monitoreo es subjetivo, poco riguroso, y no informa cómo es que “realmente está beneficiando o no está beneficiando”.

porque acá solamente es eso, y qué tal, sí llegan los mensajes, sí, si llegan, osea no tienen, la idea es hacer un estudio, mejoró o no mejoró, te ayudó o no te ayudó, porque en realidad no te está ayudando a mejorar no tiene pues sentido que se esté dando (Carranza 2018d).

Cabe añadir que en gran medida esta preocupación por la rigurosidad del monitoreo y la evaluación es honesta. No funciona como una excusa para el estancamiento, pero es deseable para darle sentido a la gestión del programa.

no es la forma de evaluar (...) nadie está monitorizando si realmente funciona o no, solamente se hacen esas preguntas “¿cuántos están incluyéndose mensual?, ¿y les llegan los mensajes?, sí, si les llega; ¿y ustedes qué opinan, ¿cómo está, pues?” (risas) esa es la pregunta que nos hacen, “ah, dile pues que está bien, por no decir que no funciona o está mal, dile que sí, incluso está mejorando”, así como decir “ya pues”, pero no hay algo así que fortalezca, que sustente... (Carranza 2018h).

La retroalimentación entre los centros de salud y las usuarias del distrito de Julcán es accidental e informal. Como no existen indicaciones claras sobre el seguimiento, el personal de salud a cargo del programa señala que les preguntan a las madres algunas veces si han recibido los mensajes. Las observaciones del personal también van más allá, han notado mejoras en base a la observación de que (i) las madres reciben los mensajes, (ii) los partos institucionales han aumentado, (iii) cambios en el comportamiento de las gestantes (“ahorita la gestante diagnostica sus signos de alarma”). La percepción sobre los resultados del programa en el Hospital es positiva pero dubitativa. Parece que los mensajes están llegando y las madres reciben algo de información, que refuerza la que brinda el personal de salud.

Ahorita la gestante diagnostica sus signos de alarma, ya saben cuándo está bien y cuándo está, qué cosa está bien y que no y por lo tanto vienen temprano a tratarla emergencia y ya no se complica tanto (Carranza 2018i).

Las críticas sobre la incapacidad del programa de demostrar sus efectos en la población no son solo de forma. Nadie trabajaría por un programa adicional que no estuviera validado, que podría deslegitimar el trabajo del sector salud. Probar resultados positivos en los distritos rurales

“sería maravilloso, ya no hubiera muertes maternas, muertes neonatales en Julcán o Huamachuco” (Carranza 2018g). En la práctica, sin embargo, no se cuenta con evidencia considerada suficiente, por lo menos en los distritos rurales¹⁴.

Si no se cuenta con información suficiente ni con recursos para producir investigaciones, ¿cómo se forman juicios y se toman decisiones sobre el programa? En la literatura sobre toma de decisiones estratégicas, los heurísticos son tipos de estrategias rápidas y frugales (Gigerenzer y otros 1999: 14 citado en Artinger y otros 2014) para tomar decisiones adaptadas que no pueden ser abordadas lógicamente o probabilísticamente (Groner, Groner, & Bischof, 1983; Polya, 1954, citados en Artinger y otros 2014). Existen corrientes con tintes optimistas y pesimistas sobre los heurísticos, señalando su utilidad o las consecuencias negativas (e.g. sesgos, errores) que pueden provocar. También se discute si son conscientes o no¹⁵, y si son deseables, específicamente en contextos de incertidumbre (Artinger y otros 2014). En este tipo de contextos, específicamente en el ámbito privado, parecen ser la segunda mejor opción, o incluso la mejor, siguiendo un enfoque de racionalidad ecológica (Artinger y otros 2014). Con el objetivo de brindar no solo una descripción de los heurísticos, sino analizar su desempeño, en estudios de gestión se ha cuestionado cómo y cuándo funcionan mejor (Artinger y otros 2014). Desde la psicología, se ha propuesto un conjunto básico de heurísticos, con los que pueden clasificarse las largas listas de heurísticos hallados en el mundo empresarial, por ejemplo, la satisfacción (lo suficiente), la similitud (lo conocido) y el reconocimiento (lo legítimo) (Artinger y otros 2014). Los heurísticos, en general, se pueden analizar a partir de los pasos que implican para tomar la decisión (búsqueda de información, cierre de la búsqueda y la forma de usar esa información para tomar la decisión) (Artinger y otros 2014; Maitland y Sammartino 2015). De acuerdo a la propuesta de Maitland y Sammartino (2015), los responsables de la toma de decisiones primero utilizan heurísticos de descubrimiento para determinar cómo buscar información (se plantean como preguntas) y heurísticos de evaluación que se usan para interpretar la información (se plantean como afirmaciones).

¹⁴ Un testimonio indica que se realizó una evaluación del piloto trujillano antes de su expansión, lo cual brinda una pista valiosa para comprender los mecanismos detrás de este contexto de incertidumbre.

¹⁵ Un individuo puede recibir mensajes mixtos sobre un grupo social y asignarle inconscientemente rasgos negativos o equivocados, creando problemas de empatía (Henriques 2011: 140).

Tomando en cuenta la información recogida y analizada sobre el caso, así como el marco conceptual sobre heurísticos descrito, en el siguiente apartado, se analizan tres heurísticos encontrados en el caso de estudio desde tres aspectos:

- la información o conocimientos utilizados
- los límites¹⁶ y la utilidad de este conocimiento
- la evaluación de la situación a la que llevaron (este último de manera cercana al concepto de “heurístico de evaluación”).

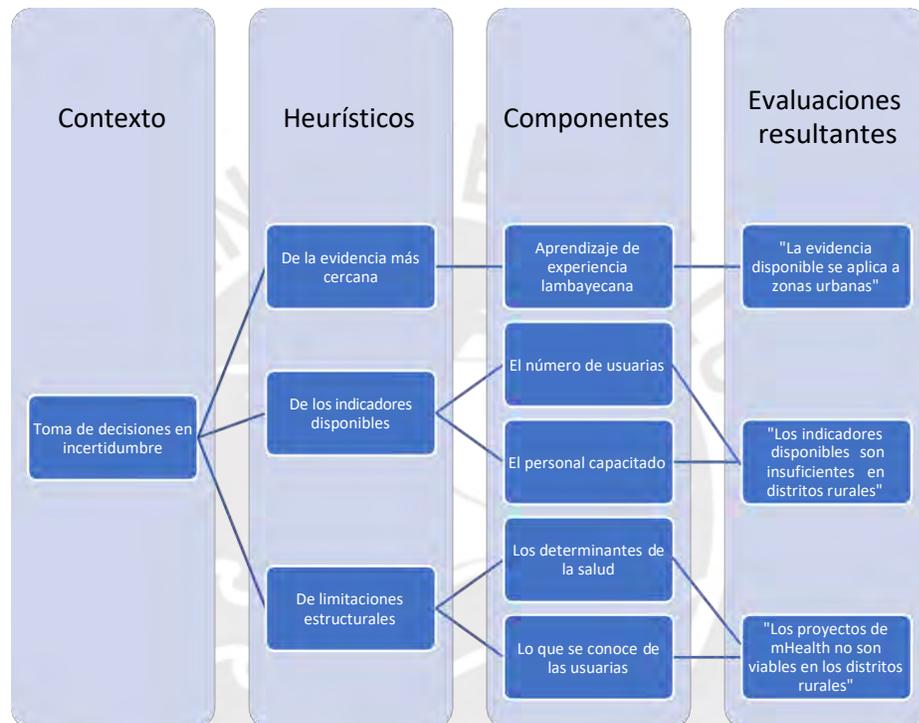


Gráfico 15: Heurísticos empleados para tomar decisiones sobre el programa Mama.

4.2. Heurístico de la evidencia más cercana

En este apartado se describe el heurístico de la evidencia más cercana que consiste en la recepción de evidencia de experiencias cercanas y/o parecidas a las que se llevan a cabo. Este heurístico tiene un componente en este caso: el aprendizaje de la evaluación de la experiencia

¹⁶ En este aspecto, se contrasta la información utilizada con información recogida en el distrito de Julcán, principalmente.

lambayecana. Se incluye la utilidad y limitaciones de este componente. Se concluye con la evaluación resultante.

4.2.1. Aprendizaje de la experiencia lambayecana

En Perú, el traslado de conocimiento sobre el programa MAMA y sus varias experiencias en el mundo debía de estar a cargo de la AMEB y la cooperación canadiense, impulsoras de su introducción en el país. La experiencia de MAMA seleccionada como referente, por su cercanía (en idioma, tipo de zona y población), fue el programa Mami (Colombia), teniendo en mente la implementación del programa Mama en el distrito urbano de José Leonardo Ortiz de la ciudad capital de la región Lambayeque. Luego de la evaluación del piloto lambayecano, sin embargo, parece que el traslado de conocimiento del programa a otras regiones se centró casi exclusivamente en la experiencia lambayecana.

Durante las reuniones y capacitaciones realizadas por la AMEB y la cooperación canadiense para extender el programa Mama a otras regiones, se presentó la experiencia lambayecana y los resultados positivos obtenidos, de acuerdo a la evaluación realizada por Busse en 2015.

aumentó también eso, y también los partos domiciliarios, o sea a nosotros nos miden con índices de mortalidad materna, entonces el hecho de que se esté realizando este programa disminuyó la cantidad de muertes maternas, entonces como que por ahí podemos decir que el programa sí funciona; incluso las mamás ya no están creyendo mucho en los tabúes (...) y se han visto menos casos también de IRAS o EDAS¹⁷ en los bebés... (Carranza 2018i).

Además de la evaluación, en La Libertad se cuentan varios testimonios sobre la validación de los mensajes texto en el caso lambayecano, aunque no se tiene información sobre si ésta se llevó a cabo o si los testimonios se refieren a la evaluación misma (entendida como validación del instrumento, no como adaptación).

Limitaciones y utilidad

Esta experiencia se conforma como el principal referente para las burócratas de La Libertad (y, probablemente, las de las regiones en las que se implementó posteriormente) del posible éxito

¹⁷ Infecciones respiratorias agudas o enfermedades diarreicas agudas.

del programa en distritos urbanos pobres y/o periféricos. El piloto evaluado legitima el programa hasta cierto punto, y acompaña la información provista en las capacitaciones sobre las actividades operativas que deben realizarse.

Entre sus limitaciones, tenemos que no se tomara en cuenta información posterior sobre los pilotos en distritos rurales en otras regiones, como Lambayeque, donde el programa se había expandido más.

4.2.2. Resultado: “La evidencia disponible se aplica a zonas urbanas”

El contraste entre los pilotos se manifiesta al contar con evidencia considerada aplicable solo a contextos similares. Por lo tanto, con más énfasis que en el caso urbano, se consideró que no existía evidencia en los distritos rurales sobre su potencial funcionamiento e impacto. Si no existe evidencia cercana que pueda ser apropiada, por la percepción de diferencias entre territorios, los distritos rurales se quedaron sin un soporte indirecto de viabilidad, aunque con un rango todavía mixto de posibles cursos de acción: la adaptación del programa, entre otros.

4.3. Heurístico de los indicadores disponibles

En este apartado se describe el heurístico de los indicadores disponibles que consiste en la apelación a aquellos indicadores que pueden ser medidos u observados durante la implementación. Este heurístico tiene dos componentes: (i) el número de usuarias (medida confiable de la apariencia de éxito del programa), y (ii) la capacitación de personal (observaciones sobre el desempeño de las acciones de capacitación y su continuidad). En cada caso se incluye la utilidad de cada componente y sus limitaciones. Se concluye con la evaluación resultante.

4.3.1. El número de usuarias

Sin una evaluación ni monitoreo establecidos de manera formal, los indicadores disponibles tomaron la posta, siendo el número de usuarias el más significativo. El número de usuarias se asocia no solo a la eficiencia, sino al éxito que tiene la intervención, que no puede medirse solo con el recojo de las limitaciones o cuellos de botella. La insistencia por el número de usuarias, también seguiría una lógica de competencia en el aparato público (Carranza 2018a). Dentro de esta lógica, en las zonas rurales no habría beneficiarias “ideales”: son pocas y geográficamente dispersas.

sus informes decían dime cuántos gestantes ingresaron (...) y nos decían cuántas dificultades (...) lo de teléfono, quién lo maneja ¿no? O sea la señal, cosas como esas, del entendimiento de los mensajes (Carranza 2018d).

La primera mitad de 2018 se activó el monitoreo. A través de la responsable en la Red, se empezó a llamar “para que se llene todo el programa” y el monitoreo se empezó a orientar con mayor al número de usuarias registradas y los meses en los que se había realizado el registro. Ya no se pide información, después de todo, está disponible en la plataforma para la AMEB, por eso “no me piden informes, me piden que se llene”.

Limitaciones y utilidad

Es preciso señalar que el equipo de la Geres reconoce los límites de este indicador. Este indicador no ofrece información sobre el funcionamiento in situ del programa, ese conocimiento cualitativo se encuentra con los operadores directos.

mira, nosotros como parte gerencial no más los números que teníamos que mostrar, pero ellos (...) sí han tenido contacto (...) porque ellos han sido quienes han ingresado al sistema (...) te pueden dar fe si de verdad funcionó o no funcionó el aplicativo o el proyecto en sí (Carranza 2018g).

El monitoreo y la evaluación no solo le da sentido a la gestión del programa, también es importante para reforzar su existencia en los niveles inferiores de la jerarquía operativo, con una carga laboral dada. El silencio afecta negativamente la percepción de continuidad del programa y la presión de seguir implementándolo.

si no hay continuidad se pierde la ilación. Acá también nos dice y cuándo nos van a evaluar, cuándo van a venir, yo digo no sé y como que ellos también se desaniman, nos llaman y se vuelven a animar (Carranza 2018h).

4.3.2. El personal capacitado

El sentido común es que la capacitación de personal del programa debe realizarse presencialmente en Trujillo y contar con la participación de buena parte del personal a cargo en los niveles más bajos. Las coordinaciones con la AMEB se realizaron con la guardia alta en 2017 debido a la experiencia del año 2016. De esta manera, luego de diferentes reuniones, se exigió a

la AMEB mejor capacitación del personal encargado en los centros de salud (se realizó una primera capacitación que fue duramente criticada y tuvieron que realizar otra).

Las capacitaciones organizadas a inicio de 2017 y 2018 se realizaron en Trujillo y contaron con la presencia de tres personas por cada distrito rural, Julcán y Curgos: la persona responsable de Promoción de la Gestión Territorial de la Red correspondiente, del área de salud materno y de salud infantil. Estos traslados y demás gastos fueron cubiertos por la AMEB. Este contacto es “mínimo, pequeño” en comparación con el resto de personal que trabaja en el distrito, en el caso de Julcán. El personal de los puestos y centros de salud del distrito de Julcán que, como hemos visto, tiene una labor operativa importante en el registro de nuevas usuarias, es personal “Serum”¹⁸ o en su defecto CAS. Este personal conforma buena parte de los establecimientos de salud a nivel de puestos y centros de salud en distritos como Julcán y Curgos, sin embargo, existe una alta rotación de los mismos (“no hay transferencia, no hay proceso de inducción”). Esto origina que la transmisión de información de arriba hacia abajo y entre personal saliente y entrante deba ser constante para que el programa siga funcionando a nivel de puestos y centros de salud.

Se le exige a la AMEB mayor presencia y constancia en su presencia (por ejemplo, visitas mensuales de las personas encargadas del programa, que residían en otras regiones). El modelo de capacitación descrito (presencial, en Trujillo) no se materializa con frecuencia, a pesar de las promesas de próximas reuniones que realizara personal de la AMEB. Este hecho ha afectado la percepción de la continuidad del programa. Este modelo es compartido entre las responsables de Promoción de la Gestión Territorial en la Geresa y la Red Julcán (esta última lamenta, por ejemplo, no poder llevar a cabo reuniones con todos sus agentes comunitarios de toda la Red).

porque es traer hospedaje para todos, comidas, desayunos, cenas y me sale un presupuesto bien alto, por eso que se estaba manejando solamente a nivel de Micro-red, porque ahí son menos (Carranza 2018h).

Limitaciones y utilidad

En cuanto a la Red Trujillo, en febrero de 2018 asistieron a las capacitaciones personal responsable de todos los establecimientos de salud de la Red. Existe una ventaja de implementar un programa como Mama en Trujillo: la capacitación se puede realizar sin mayores gastos de

¹⁸ Egresados de carreras de medicina haciendo sus prácticas profesionales obligatorias por periodos de un año.

traslado y hospedaje y puede incluir a personal de todos los establecimientos involucrados en el registro de las participantes.

Sin embargo, esta idea optimista chocó con la resistencia del personal en Trujillo. Las personas capacitadas de la Red Trujillo fueron visitadas junto a personal de la AMEB en julio de 2018 y se encontró que el personal que no asistió a la capacitación tiene una actitud negativa hacia asumir el registro de las usuarias. También se encontró que la capacitación no se había socializado. Para la persona responsable de Promoción de la Gestión Territorial en la Red Julcán, la principal desventaja del programa en Trujillo es que por ser “276”, es decir, estar en planilla, el personal no acepta ningún cambio ni mayor carga laboral, a diferencia del personal en los puestos de salud rurales, más abiertos en comparación a aquéllos al recojo de información, por ser Serum la mayoría. En ese sentido, “el problema de la costa es el personal de salud, no es tanto la persona” (Carranza 2018h).

manifestaron algunas de las enfermeras [de la Red Trujillo] que son las mayorcitas que no, que mire, que no tengo tiempo. Generalmente son las señoras que ponen las barreras para el cambio, son señoras que están acostumbradas a su tipo de trabajo y si tú le implementas algo, ya es lo peor para ellas (Carranza 2018h).

En la Micro-red Julcán, la tensión por la carga laboral adicional que representaba el programa se había resuelto con la centralización del registro en línea en el Hospital. Así, el personal de los demás establecimientos solo debía llenar las fichas y entregarlas en sus visitas mensuales (en las que, además, podría ser capacitado).

las capacité en el llenado, cómo tenían que hacerlo y cuándo me lo tenían que entregar porque son Serums la mayoría, entonces no tienen ningún problema, me traen sus fichas y yo las ingreso (Carranza 2018i).

La ausencia de capacitaciones constantes no es el problema central para la Red Julcán, dado que el manejo del programa no es complicado, ni para la AMEB. El programa es automático¹⁹: a

¹⁹ Como señala una obstetra del Hospital de Julcán: “... nosotros ingresamos la fecha probable de parto, y ellos sacan automáticamente el tiempo de embarazo y en función a eso mandan los mensajes ingresando en la web el celular que nos han dado” (Carranza 2018i).

partir de la fecha probable de parto, los mensajes son seleccionados para el envío al número de celular correspondiente. No obstante, es necesario absolver dudas y conocer los cambios en el sistema.

(...) ahí nos entregaron el cambio de formato y nos capacitaron. Conocía yo que existía el programa de manera general, pero no sabía el manejo, con esa capacitación profundicé más en esa parte (Carranza 2018i).

Durante el 2018 el registro y la coordinación no han sido continuos dentro de la Micro-red, sin embargo, esto no está relacionado a la inconstancia de la capacitación, sino a temas vinculados a la presencia y seguimientos del programa. Sin embargo, la inconstancia de las capacitaciones - espacio principal de contacto entre las Redes y la AMEB- es vista negativamente a nivel de las Redes por cuestiones de la formalidad o seriedad percibidos. Como señala la responsable de Promoción de la Gestión Territorial en Julcán:

Nosotros estábamos esperando que nos vuelva a reunir, pero creo que ya se olvidó de nosotros. (...) dijeron para reunirnos lo más pronto posible y han pasado como 6 meses. Fuimos para que nos instalen las claves, nos capacitaron todo eso, entonces nos dijeron de acá nos volvemos a encontrar lo más pronto posible (...) nunca más nos llamaron (Carranza 2018h).

Llama la atención que un modelo alternativo de capacitación no se haya considerado a nivel de la Geres y la AMEB.

4.3.3. Resultado: “Los indicadores disponibles son insuficientes en distritos rurales”

El contraste entre los distritos rurales y Trujillo se manifiesta en la definición de las soluciones a los problemas operativos en un contexto de incertidumbre. Si bien en todos los pilotos se presentaron problemas operativos similares, al estar manejados por el mismo equipo, los problemas y las soluciones parecen construirse con ideas que afectan de manera más contundente a los distritos rurales. Capacitar al personal y demostrar resultados en distritos rurales se piensa más difícil. En Trujillo, por otra parte, los problemas de este tipo se pueden superar, eventualmente.

4.4. *Heurístico de limitaciones estructurales*

En este apartado se describe el heurístico de las limitaciones estructurales que consiste en la apelación a condiciones consideradas persistentes y “objetivas” que afectan la aplicabilidad de la innovación en distritos pobres, marginales y/o rurales. Este heurístico tiene dos componentes: (i) los determinantes de la salud (que funciona como un encuadre científico), y (ii) Lo que se conoce de las usuarias (sobre su uso de celular, la cobertura, machismo y analfabetismo). En cada caso se incluye la utilidad y limitaciones de cada componente. Se concluye con la evaluación resultante.

4.4.1. *Los determinantes de la salud*

El enfoque de determinantes de salud estudia los factores sociales y económicos que afectan la salud en la población (entendida como el estado de salud, el acceso a los servicios y la autopercepción del estado de salud), a través de determinantes que son distribuidos de manera desigual en la sociedad, como los bienes materiales, el comportamiento en salud, los factores psicosociales y los biológicos, la zona donde se habita (urbana o rural), el nivel educativo y los ingresos (Stella 2011).

Este enfoque, para las funcionarias de la Geresa, permite explicar cuáles son los factores que determinan la mejor o peor salud de diferentes grupos sociales. En el caso de la desnutrición, por ejemplo, no solo la higiene o la lactancia materna son necesarios para mejorar la salud de los neonatos, sino también los ingresos familiares y los conocimientos que se tengan sobre la mejor dieta. Cada problema de salud, así, tiene sus propios determinantes. Algunos de estos determinantes pueden ser abarcados y contrarrestados por el sector salud, sin embargo, la mayoría requiere la intervención de diferentes sectores del gobierno, actores externos, y los propios ciudadanos(as).

Esta aproximación ha sido referida por las funcionarias de la Geresa vinculadas con el programa Mama para explicar los límites de su propio trabajo, de los resultados que pueden conseguir. Entonces, si bien la Geresa sabe que puede atacar problemas vinculados a la educación de la población, impulsando buenas prácticas (p. ej. lavado de manos), existen otros factores que afectan su propia efectividad, como los problemas de infraestructura (agua y saneamiento básico), en suma, “temas que son responsabilidad de otros sectores”, entre ellos, minería y agricultura.

Detrás de esta función comunicativa/educativa de áreas de la Geres, como la Subgerencia de Promoción de la Gestión Territorial, que supone una concepción más centrada en el agente y su margen de acción para cambiar hábitos individuales, se siguen teniendo en cuenta el peso los aspectos socioeconómicos y de servicios públicos, por ejemplo. Cambiar comportamientos se supone una tarea muy difícil que funcionó en ciertos momentos, como el de la campaña contra el dengue y el cólera que contaron con visitas casa por casa (en algún momento, en base a una estrategia de sectorización e información personalizada), participación de diferentes entidades públicas (e.g. municipalidades), actores de la sociedad civil (e.g. agentes comunitarios, juntas vecinales, ONGs contra la tuberculosis y VIH). Es decir, una intervención altamente directa y participativa.

En la región La Libertad, el sector salud invierte sobre todo en infraestructura, ambulancias y medicamentos, pero no en acciones educativas, mucho menos en medios de comunicación diversificados y masivos que se conoce tienen una alta influencia en el comportamiento de las personas (una funcionaria se refirió directamente a la literatura sobre estilos de vida y salud). Así, es muy complicado difundir la idea de que ciertas prácticas son dañinas, como “comer fuera porque los restaurantes usan mucha sal”.

En distritos rurales y alejados de la capital de la región la situación se percibe como peor en todos los aspectos: pobreza, nivel educativo, sistema sanitario y las creencias religiosas o supersticiosas. Estos factores afectan problemas graves de salud, como la desnutrición y la mortalidad materna y neonatal. La resistencia de la población -por distintos motivos- a las prácticas saludables se puede entender como una manifestación directa de estos factores determinantes, que bloquean los esfuerzos comunicacionales del Estado. Una funcionaria lo resumía así: “si el varón no está o no tiene el nivel educativo alto, no va a decidir con propiedad”. El otro lado de la moneda, sobre todo mencionado por el personal de los puestos de salud de la Micro-red Julcán, es el limitado servicio de salud ofrecido a las gestantes en términos de personal, transporte, servicios disponibles. Las gestantes, de requerir una cesárea o tener complicaciones, en la mayoría de casos deben ser referidas a Trujillo (a tres horas y media), o, si hay personal disponible, a una provincia cercana, Otuzco (a una hora y quince minutos del Hospital de Julcán).

Limitaciones y utilidad

Las limitaciones estructurales que afronta el servicio de salud permiten comprender las desigualdades en salud entre grupos sociales, sin embargo, la consecuencia lógica de este análisis no es necesariamente la inacción y el pesimismo. Las intervenciones en salud pueden apuntar a grupos en desventaja, adaptando sus estrategias a las condiciones y problemas particulares que afrontan (Busse 2012). Entonces, se puede buscar cerrar brechas, aunque las herramientas a disposición tengan pocas probabilidades de éxito porque, simplemente, las tienen. Como indica Busse: “la comunicación es una palanca muy chiquita” (Carranza, 2018n).

A pesar de no haber participado del diseño del programa, la Geresa tenía claro que el programa debía adaptarse a las zonas de intervención. En ese sentido, sus críticas al diseño mismo del programa se dirigían al medio seleccionado para enviar los mensajes (por una parte, el uso del celular, por otra, el uso de mensajes de texto y no de audios), el público objetivo (las madres que por razones culturales y educativas no se verían afectadas por los mensajes), y el contenido de los mensajes (que no se llegaron a adaptar a la realidad local, a pesar de las observaciones brindadas a ProGobernabilidad). Este tipo de decisión “de diseño”, donde la Geresa solo es la parte técnica parece haber afectado la dinámica misma del programa Mama.

Los determinantes sociales de salud, sin embargo, pueden entenderse como justificaciones razonables de la inacción. Esto es patente en el caso estudiado, donde se percibe que los factores determinantes “no han variado mucho” y se conoce su peso sobre indicadores de salud (e.g. desnutrición). Un panorama de este tipo es pesimista para las intervenciones comunicacionales en salud, en un contexto de gestión intersectorial débil y contrario al aprendizaje. Asimismo, un reto de este enfoque consiste en establecer el papel del sistema de salud con una organización inequitativa, un acceso inestable, fragmentado y discriminador como determinante de desigualdades (Stella 2011).

Este enfoque que le da peso a la estructura, en el caso estudiado, enmarcó los argumentos en contra del éxito del programa Mama en los distritos rurales (“en Julcán siempre ha habido y hay dificultades”). Así, si bien las limitantes de gestión y organización son muy importantes para la Geresa, ellas no impidieron la expansión del programa a Trujillo, pero sí la continuidad del programa en “la sierra”. Por tanto, los problemas operativos actuaron como condiciones necesarias del fracaso, pero no suficientes.

Otra idea que se desprende de este componente es que las políticas que impone el ministerio o el mismo GR son meramente decisiones políticas impulsadas por actores que probablemente sigan rotando, otros programas más que generan tensiones por la carga laboral (es el caso de la digitalización de expedientes de Wawared). De la misma forma, los cambios en la selección de problemas (como la mortalidad materna, y luego, la desnutrición) y los distritos priorizados (como Curgos) por el gobierno son decisiones que se miran a distancia por las funcionarias y sus ideas sobre la situación de la salud en la región, del peso dado a determinados indicadores de salud y de otro tipo (pobreza, sociales, educativos, etc.) para explicar indicadores de diferentes enfermedades y mortalidad.

4.4.2. Lo que se conoce de las usuarias

En la citada “Sistematización del proceso de implementación del programa Mama en las regiones de Lambayeque, La Libertad y Tumbes” (2018), encontramos diversas críticas de diseño al programa en Julcán y Curgos (Trujillo no está mencionado en el documento). “Antes de cualquier intervención comprender la diversidad cultural de las personas” y “Validar los mensajes adecuándolos culturalmente”. Estos distritos resultaron, luego de la implementación,

culturalmente era una población muy diferente a la población de la costa, los mensajes para las gestantes y madres de niños/as no estaban adaptados a la cultura de la población, la interconectividad era deficiente, muy pocas personas tenían teléfono celular, la mayoría hablaba el quechua. (Zamora 2018)

Hay dos afirmaciones equívocas en la cita: “muy pocas personas tienen teléfono celular” y “la mayoría hablaba quechua”. Estas afirmaciones se reiteran en el texto a pesar que no concuerdan con los fragmentos de las entrevistas hechas al personal de salud de ambos distritos citados por el mismo. El documento sí cita entrevistas que señalan la demanda por mensajes mejor adaptados a la localidad en cuanto términos y formato, y la baja cobertura.

Ideas sobre posesión de celular y cobertura

Todas las funcionarias entrevistadas a nivel de la Geresa coinciden en que los celulares no servirían en distritos rurales. Primero, la gente no los tenía o pocos lo hacían, y esta idea está conectada con la de la baja cobertura: si no hay cobertura, no tiene sentido que tengan celular. “No se veía muy exitosa la intervención”. Vinculado con la supuesta ausencia de celulares, puede

estar la señalización de que muy pocas gestantes se inscribieron en el programa, y es que, en efecto, el número de gestantes en las zonas de intervención no se podría comparar al de ciudades como Trujillo o Chiclayo. Esta idea tuvo eco en el Informe que presentó el Hospital (2016) y en la Sistematización de Zamora (2018).

Mientras estas ideas son compartidas a nivel de la Geresa, se tienen mayores matices a nivel de la Red Julcán (dirigida desde el Hospital de Julcán). Sin embargo, el punto de encuentro entre la Geresa y la Responsable de Promoción de la Gestión Territorial en la Red Julcán es que la provincia de Julcán tiene zonas con pobreza extrema.

por ejemplo, no hay acceso a lo que es la telefonía. Hay lugares que son extremadamente pobres porque sí hay, donde no te tienen celulares porque a las justas tienen para comer (Carranza 2018h).

La conversación sobre este tema entre la responsable de Promoción de la Gestión Territorial de la Red Julcán y el equipo de la Geresa habría ido en este sentido: el programa no es viable en toda la provincia y uno de los motivos es que la mayoría de usuarias no tiene celular. A este nivel está más claro que la no posesión de celulares es un supuesto aplicable a los lugares más pobres de la provincia, como el distrito de Huaso, y, en ese sentido, explican la no expansión de este programa a toda la provincia, por ser supuestamente inviable.

Limitaciones y utilidad

Al hablar del distrito de Julcán, no obstante, la responsable de Promoción de la Gestión Territorial (Hospital) están de acuerdo con el problema de la mala cobertura, pero que no quita que el uso del celular sea activo y factible. En primer lugar, porque la data recogida indica que el uso de celulares se ha expandido en el distrito de Julcán. Como indica la Tabla 9 y la Tabla 10, en todas las historias clínicas revisadas, solo tenemos dos casos de gestantes sin números de celular y más del 60% de los celulares en las historias clínicas de gestantes del Hospital son *smartphones*.

Tabla 9: Posesión de celular según pertenencia al programa (Julcán)

	No es usuaria	Es usuaria	Llenó la ficha pero no está en sistema
No tiene celular	2	0	0
Tiene celular	40	112	11

Fuente: Historias clínicas, intranet del programa.

Tabla 10: Tipo de celular según establecimiento de salud al que asiste (Julcán)

	No es <i>smartphone</i>	Es <i>Smartphone</i>
Hospital Julcán	36	22
Puestos de salud*	19	3

*Centro de Salud de Ayangay, Puesto de salud de Villa María y de Chugurpampa.

Fuente: Historias clínicas, intranet del programa.

Por otro lado, en las entrevistas se comprueba que el personal de salud (e.g. obstetras, enfermeras) se comunica con las gestantes a través de sus números de celular, ya sea para establecer citas, realizar seguimiento, facilitar las visitas. Usar los celulares se considera una buena estrategia. A este nivel, el uso de celular se problematiza en términos de la señal (que se interrumpe o no llega en ciertos lugares) y la preocupación es si los mensajes llegan cuando la señal no es buena. En algunos lugares concretos la señal no está disponible. Por ejemplo, dentro de una vivienda no hay señal, pero sí afuera o muy cerca a las ventanas.

la otra cosa es la señal del celular, se había pensado que iba a ver una señal que sea en todo de Julcán (...) pero ahí se quedó, se quedó en eso de que supuestamente se iba a hacer (...) tienes que ponerte en un costadito específico para que te entre la señal, entonces las señoras no se van a quedar en un lugar sino que van de un lado para otro (...) ese trabajo en la sierra es un poco difícil por el acceso a lo que es el celular (Carranza 2018g).

La cobertura que ofrecen las empresas de telecomunicaciones en la provincia de Julcán varía. Claro es la que ofrece mayor cobertura según su página web, con cobertura en todos los distritos. Bitel tiene cobertura en el distrito de Julcán y Calamarca. Entel tiene cobertura en el distrito de Julcán principalmente.

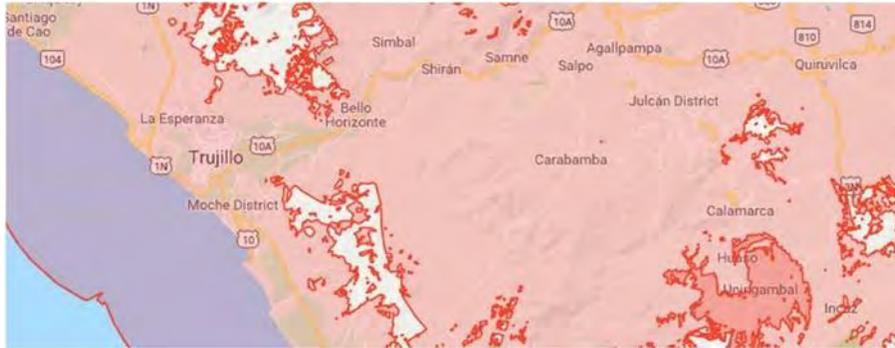


Gráfico 16: Cobertura 2G de Claro.



Gráfico 17: Cobertura 3G de Claro.

El personal nombrado en el Hospital de Julcán tiene una visión más longitudinal sobre el uso de celular. Hace más de diez años, el hospital cuenta con un número telefónico que está en vigilancia y que está anotado en el carné perinatal de todas las gestantes. Con ese número las gestantes podían comunicarse con el Hospital en caso de emergencia (Carranza 2018j). En ese entonces, el uso del celular era costoso pero se consideraba importante en emergencias. Hasta hoy las gestantes y el personal de salud llaman al Hospital si hay una emergencia para recibir atención en sus domicilios (dan a luz en sus casas) o recibir una ambulancia.

en el 2006 más o menos, nos fuimos a un caserío lejano y la paciente tenía un embarazo gemelar y vivía lejos y el médico que trabajaba ahí en esa zona le dio su celular, “señora, llámenos cuando tenga alguna complicación o una molestia”; a ese nivel, porque estaba lejos,

había señal en su casa, pero la paciente no tenía acceso a celular, era costoso aún” (Carranza 2018j).

La motivación es la preocupación y hasta miedo a la muerte materna, y la responsabilidad del personal. Esto se repite en todas las obstetras y personal de salud entrevistados.

esperemos que no pase hasta que me vaya (...) Sí, la verdad nosotras como obstetras tenemos bastante responsabilidad” (Carranza 2018k)

Ideas sobre machismo y analfabetismo

En el equipo de la Geresa la idea sobre el problema del nivel educativo, específicamente, la capacidad de las usuarias en distritos rurales de leer y comprender un texto se considera un hecho evidente. De ahí que los mensajes no sean el mejor medio para llegar a las usuarias, que no saben leer. Resulta anecdótico que en la Sistematización de Zamora (2018), se haya señalado que las usuarias hablaban quechua y sería necesario “un equipo de personas conocedoras de la gramática quechua utilizada en estos distritos”. En la región La Libertad la población habla generalmente castellano, excepto los migrantes y un territorio de poca extensión que limita con la región Áncash, en la provincia de Pataz (MINEDU s/f). Esta opinión se comparte con la responsable de Promoción de la Gestión Territorial de la Red Julcán (“Es bastante complicado...hay bastante analfabetismo, si hay analfabetismo lógicamente no hay como ellos puedan acceder al mensaje”).

Otro problema para la Geresa es el machismo y la dependencia de la mujer al esposo (“el celular no lo tiene la mujer, lo tiene el esposo”). El problema es que, aunque los celulares existan y los mensajes puedan ser comprendidos, las mujeres finalmente no acceden a ellos. El esposo es el dueño del celular y no compartiría los mensajes con la madre. En la Sistematización (Zamora 2018) se incluye un ejemplo de este tipo en Curgos. Este documento recomienda incluir programas de concientización a padres de familia. La responsable de Promoción de la Gestión Territorial de la Red Julcán concuerda con el problema (“los únicos que aportan celular son los esposos de repente”, “no hay mucha relación entre ellos se puede decir afectiva”). El problema del machismo de hecho se considera un factor clave para explicar la no expansión del programa.

En cambio, acá muchas veces es la persona, no porque mi esposo se va enojar si usted me manda mensajes porque como te digo aquí lamentablemente hay machismo y la poca educación sí resalta bastante, por eso es que no pudimos tomar más allá (Carranza 2018h).

Limitaciones y utilidad

De acuerdo a las historias clínicas revisadas en el Hospital de Julcán y los establecimientos de salud visitados, la mayoría de gestantes tienen primaria completa y las que tienen secundaria incompleta son más que las que tienen primaria incompleta. Asimismo, la percepción en los obstetras en el Hospital es menos categórica (“si comparamos el nivel educativo que tenía la gente hace 15 años con el de ahora, ha cambiado muchísimo”).

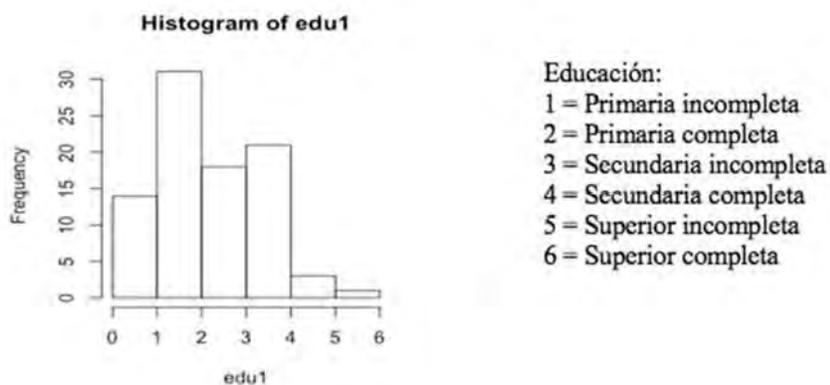


Gráfico 18: Nivel educativo de gestantes en 2018/08 (Micro-red Julcán).

Por otra parte, se habría realizado una validación de los mensajes de texto en Curgos (Carranza 2018a), cuyos resultados no son comentados por la Geresa ni conocidos por la Red de Julcán.

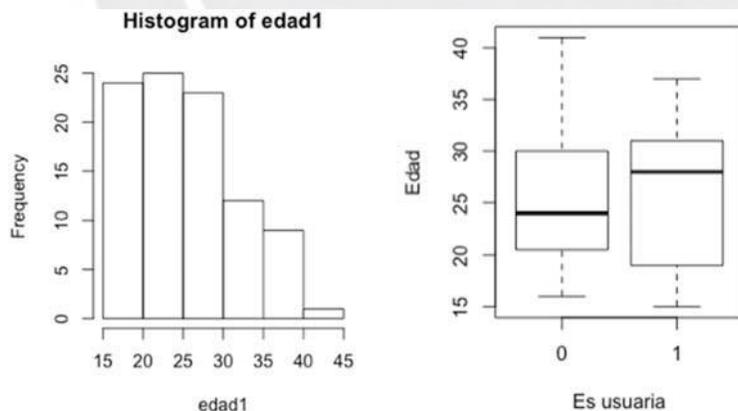


Gráfico 19: Edades de las gestantes identificadas en el distrito de Julcán, 2018/08.

A nivel de las obstetras en la Micro-red, el machismo se manifiesta en la dificultad en el uso de métodos anticonceptivos, que tienen que tomarse a escondidas de la pareja, en la inasistencia a controles prenatales por el ocultamiento del embarazo, en el extendido embarazo adolescente, uno de los más altos en toda la región (Carranza 2018j). En cuanto al uso de celular, el principal problema que identifican es el uso compartido de celular, dado que la usuaria no recibiría directamente los mensajes, si no la pareja.

De acuerdo a una serie de entrevistas realizadas en el Hospital de Julcán a 16 madres gestantes o con niños menores de un año, el uso de celular es generalizado, especialmente para llamadas, y suele ser exclusivo (el celular les pertenece). También, pruebas de lectura y vocabulario vinculados a la terminología de los mensajes del programa, indican que es posible la transmisión de información a través de mensajes texto, sin embargo, es probable que no sea la mejor opción en todo el distrito.

4.4.3. Resultado: “Los proyectos de mHealth no son viables en los distritos rurales”

El contraste de Julcán y Curgos con Chiclayo y Trujillo es transversal. Las dos últimas ciudades son urbanas, existe conectividad, la mayoría tiene celular, el grado de instrucción es alto. Todo lo anterior llamaba la atención sobre la presunta dificultad de la adaptación de una experiencia exitosa en la costa, en la zona andina. “No vas a comparar costa con sierra”. De hecho, el problema de la elección de los distritos fue el GR, al desconocer las “limitantes, barreras y aspectos que afectan el servicio de salud” en las zonas rurales. Por lo tanto, “sentimos que en Julcán y Curgos no funcionó”. Así, se determinó que proyectos de mHealth como Mama no serían viables en distritos rurales, pues las mujeres no tendrían las condiciones necesarias para participar en ellos.

4.5. Heurísticos, sesgo y estancamiento de los pilotos rurales

La posibilidad de solucionar los problemas de gestión identificados por el equipo a cargo del programa, como se ha visto, tiene una fuerte influencia por el lugar donde suceden. Esta distinción territorial puede comprenderse como marcos cognitivos más amplios que configuran “la primera impresión” sobre el éxito y viabilidad de las intervenciones en *mHealth*. En otras experiencias de introducción del programa se ha presentado esta distinción, sin embargo, estas ideas iniciales se

cambiaron gracias a la realización de “investigación formativa” (MAMA 2014a). La investigación formativa tiene como objetivo adquirir conocimientos sobre la propiedad de teléfonos móviles en mujeres, la participación de familiares en el servicio, la influencia del contenido en los comportamientos, entre otros (MAMA 2014a). En el caso de Mama en Bangladesh (2014a), la investigación formativa reveló que la propiedad de los teléfonos femeninos fue mucho mayor de lo esperado, que es un desafío la falta de acceso exclusivo a los teléfonos móviles, que las mujeres que han recibido poca o ninguna escolaridad tienden a ser usuarias básicas de teléfonos móviles, que se puede personalizar el servicio para acercarse a las usuarias (e.g. pueden elegir la franja horaria para recibir los mensajes). En Perú, el programa Mamás del Río, una iniciativa también en *mhealth* dirigida a gestantes de la ribera del río Amazonas, también realizó una investigación formativa luego del primer piloto, para poder volver a conseguir fondos. En ambos casos, se cuenta con el sostén de una institución académica detrás (Escuela de Salud Pública Johns Hopkins y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, respectivamente). En el caso de Mama, lo más cercano a la investigación formativa, solo se realizó sobre la experiencia inicial urbana de Chiclayo. Esa parece ser la distinción con las otras experiencias mencionadas, que en el caso de Mama se cambió el tipo de lugar.

Los heurísticos operan en este contexto como esfuerzos cognitivos para tomar decisiones justificadas sobre la trayectoria del programa basadas en la información disponible o escogida. Estas decisiones involucran un diagnóstico del éxito del programa desde la evidencia más cercana, los problemas operativos y de adaptación de aquél. Estos aspectos están vinculados con problemas de gestión (diseño, implementación y evaluación) del programa, que a su vez parten de ideas normativas sobre cómo debe llevarse a cabo y la posibilidad de solucionarse. La persistencia de los problemas, entendida como ausencia de soluciones factibles, en distritos rurales, alimenta la idea sobre su fracaso. La persistencia de los problemas, entonces, viene dada por la ausencia de evidencia cercana, de indicadores disponibles con resultados significativos, de correspondencia con las ideas sobre las usuarias. Asimismo, viene dada por la aparente inflexibilidad de la herramienta del programa, que dificulta pensar el rediseño. Donde se cree que el programa puede ser viable, entonces, opera una lógica más cercana a la iteración.

Si bien podemos pensar los heurísticos como estrategias de toma de decisiones justificadas en el sector público en contextos de incertidumbre, los que hemos revisado en este capítulo en conjugación parecen conformar un sesgo que juega en contra de los distritos rurales. Este sesgo

proveniría principalmente del sector público si tomamos en cuenta que la AMEB piensa introducir mensajes de voz en regiones con usuarias que no hablan castellano o son analfabetas, para facilitar la comprensión de la información enviada. No se conoce una propuesta de este tipo en La Libertad.

En este capítulo, hemos analizado tres heurísticos empleados por los burócratas a cargo del programa Mama en La Libertad, como estrategias de toma de decisiones en un contexto de incertidumbre. Hemos visto, también, que estos heurísticos afectan de manera diferenciada a los distritos rurales y al urbano, favoreciendo a este último. En el capítulo 5, el proceso de innovación descrito en el capítulo 3, así como, los temas tratados en este capítulo, serán plasmados de manera abstracta y cohesionada. La escritura teórica, último paso de la Teoría Fundamentada, apoyada por la revisión de literatura pertinente, permitirá proponer un puente teórico entre innovación social y desigualdades sociales.



Capítulo 5. Innovación social y desigualdad territorial

En este capítulo, se presenta la propuesta teórica para vincular el proceso de innovación social con los mecanismos de reproducción de las desigualdades sociales. En el primer apartado, se presenta una conceptualización del proceso de innovación social. En el segundo, se proponen tipos de expansión de la innovación social. En el tercer, se proponen marcos de justificación del estancamiento (no expansión) de este tipo de innovación. En el cuarto, se propone un tipo de desigualdad a nivel de las dinámicas de expansión o estancamiento del proceso de innovación social.

5.1. El proceso de innovación social

En este apartado, primero se propone una distinción conceptual entre prototipo, innovación y novación, dado que los tres términos permiten mayor claridad en el estudio de la innovación. Posteriormente, se presentan sub-procesos del proceso de innovación social, entendido como un proceso de movilidad y de toma de decisiones en múltiples escalas.

El prototipo es una estrategia -entendida como una serie de pasos para llegar a un objetivo (o novación)- que se considera valiosa por sus proponentes y cuenta con mecanismos de difusión formales o informales a escala glocal. La difusión del prototipo se refiere a un proceso de alcance global de comunicación y adopción del mismo. La literatura sobre difusión de políticas públicas ha profundizado en las dinámicas y tipos de difusión a escala global. Los prototipos pueden tipificarse de acuerdo a sus objetivos (según condición a ser mejorada en un grupo específico), proponentes (según tipo de actores) y mecanismos de difusión (según escala y gestión de la difusión). En el caso del programa Mama nos encontramos con un prototipo social (por su objetivo), público-privado estadounidense (por el tipo de actor) y globalizado de manera activa (por su difusión).

La innovación es el proceso de accionamiento directo²⁰ o indirecto (a través de experiencias piloto en otros países, por ejemplo) de un prototipo a cargo de un grupo de gestores en uno o más contextos específicos. La innovación es un proceso multi-escalar y no lineal que

²⁰ Los proponentes del prototipo pueden gestionar la innovación directamente u otros actores asumir la adopción y gestión del mismo.

abarca, en general, subprocesos de movilidad en el territorio y de toma de decisiones. Así, la innovación puede clasificarse por tipo de prototipo, por el contexto específico, por sus gestores y por financiamiento. En el caso del programa Mama en Perú, nos encontramos ante una innovación de tipo social (por el objetivo del prototipo), multi-jurisdiccional²¹ (por el contexto de su gestión), público-privada (por sus gestores) y mixto (por su financiamiento).

La novación se define como el conocimiento producido sobre los resultados del proceso de innovación. Pueden clasificarse por tipo de evaluación (de proceso, de resultado, de impacto), por metodología empleada (cualitativa, cuantitativa, experimental, mixta) y por tipo de población evaluada (e.g. perfil sociodemográfico, lugar). Los tipos de novaciones señaladas se refieren sobre todo a actores con capacidad de evaluación o especializados, sin embargo, también se realizan evaluaciones a niveles operativos, informalmente, a nivel de información compartida, experiencia personal y sentido común sobre los resultados del proceso durante y después del desarrollo del mismo.

El proceso de innovación tiene una dimensión espacial conformada por procesos de movilidad que van más allá de la transferencia internacional de políticas y soluciones a problemas identificables, y su recepción en un país concreto. La literatura sobre la transferencia en sus diferentes vertientes -difusión, *lesson drawing* y *policy transfer*- ha avanzado en el estudio del proceso por el cual el conocimiento vinculado a políticas se traslada de un sistema político a otros (Dolowitz 2017). Estos estudios han estado limitados por su foco en estos procesos como fenómenos voluntarios, racionales y simples, dejando de lado el papel de las creencias²² y cómo afectan la adaptación o transformación de la información transferida (Dolowitz 2017). La literatura sobre *translation* y *bounded learning* ha avanzado en este sentido, señalando el papel del contexto en la transformación de la política antes y después de ser adoptada (Dolowitz 2017). En este sentido, proponemos una profundización del proceso en la escala sub-nacional y una mayor atención al papel de la toma de decisiones en el proceso, frente a posturas que privilegian el aprendizaje y la adaptación.

²¹ Dentro del proceso de innovación pública o público-privada, el contexto de adaptación se determina por el nivel de gobierno involucrado. En el caso de Mama, un proyecto de la cooperación canadiense implementado por una ONG local se asoció con los gobiernos regionales para su gestión, por lo tanto, la innovación se clasifica como “multi-jurisdiccional”.

²² Las definiciones de creencia (e.g. un tipo de conocimiento implícito, un juicio personal basado en experiencias) suelen ser informales pues no explican el significado de las palabras usadas en la definición (Österholm 2010).

A escala nacional, identificamos dos sub-procesos de movilidad dentro de la innovación social: la extensión y expansión. La extensión envuelve el proceso por el cual se involucran nuevos organismos estatales como aliados de un grupo de promotores de la innovación, para implementar la propuesta de innovación en sus jurisdicciones nacionales o sub-nacionales. La extensión se realiza a nivel de jurisdicciones. La expansión, por otro lado, se refiere al crecimiento del territorio y la población afectada por la innovación dentro de una sola jurisdicción nacional o sub-nacional. La expansión se da a nivel de y entre diferentes unidades locales: establecimientos públicos, redes de atención, municipalidades, entre otros. La distinción entre ambos subprocesos es importante para comprender la naturaleza multi-escalar del fenómeno a nivel nacional.

La innovación social también tiene una dimensión política, referida a la toma de decisiones durante el proceso y vinculada a las negociaciones o intercambios entre los actores involucrados que asumen diferentes roles, específicamente, en cuanto al diseño, la movilidad, la implementación, el financiamiento y la evaluación. En general, podemos distinguir entre diseñadores de la implementación (planificación general de la implementación de la propuesta en contexto/s específico/s) y los implementadores (selección del espacio, los responsables, los recursos y actividades correspondientes). Dentro de los diseñadores, podemos diferenciar entre aquellos que son responsables de la extensión y de la expansión. Entre los implementadores, podemos diferenciar entre el personal técnico y el personal operativo. Por otro lado, no se deben dejar de lado los financistas y evaluadores.

Tabla 11: Sub-procesos del proceso de innovación social (por escalas)

<i>Escalas</i>	<i>Sub-procesos de movilidad</i>	<i>Sub-procesos de toma de decisiones</i>	<i>Características</i>
Internacional	Creación de prototipo Transferencia de prototipos/experiencias	Tipo de publicidad Canales de apoyo y seguimiento de transferencia	Literatura sobre difusión y <i>lesson drawing</i>
Nacional	Recepción	Adaptación (Aprendizaje) Alianzas entre gestores y financistas	Vínculos previos entre gestores y primeros financistas Papel de los diseñadores Literatura sobre policy transfer y <i>translations</i>
Sub-nacional (inter-jurisdicciones)	Extensión	Selección de jurisdicciones	Papel de aliados en las jurisdicciones

		Alianzas con tomadores de decisión en una jurisdicción Producción de evidencia	Papel de financistas en la producción de evidencia
Sub-nacional (intra-jurisdicción)	Expansión	Selección de nodos Producción de información sobre nodos	Uso de heurísticos influenciados por el territorio Pausas durante la implementación Papel de los implementadores

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Tipos de expansión de la innovación

Como se indicó en el apartado anterior, la expansión de la innovación es un subproceso referido al crecimiento del territorio y la población afectada por la innovación dentro de una sola jurisdicción. Este proceso involucra una intervención inicial de menor escala, es decir, un piloto. Este piloto puede expandirse a diferentes puntos o nodos dentro de un territorio. La expansión a otros nodos puede ocurrir de diferentes maneras: a distritos o jurisdicciones seleccionadas por similitudes con el nodo inicial (e.g. distritos urbanos o rurales), o, por lo contrario, puede expandirse desviándose, seleccionando territorios muy diferentes al primer nodo. Al primer tipo lo hemos denominado “expansión alineada” y al segundo, “expansión divergente”. En cuanto al tipo de nodo, encontramos a aquellos considerados aptos para la intervención y otros que, contrariamente, no se consideran viables por algunos actores involucrados. Los primeros configuran “nodos seguros” y los segundos, “nodos arriesgados”.

A partir de los anterior, encontramos dinámicas de procesos de expansión alineada segura, expansión alineada arriesgada (solo en nodos arriesgados), expansión divergente segura (se parte de un piloto arriesgado y se pasa a nodos considerados seguros) y expansión divergente arriesgada (se parte de un piloto seguro y se pasa a nodos considerados arriesgados). Si bien estas dinámicas pueden configurar en conjunto diferentes trayectorias de innovación dentro de un territorio subnacional o nacional, es posible analizarlas por separado para comprender la escala local del proceso. Nos centraremos en el proceso de expansión divergente segura, por ser el que se estudió a través del caso seleccionado.

Tabla 12: Tipos de expansión de una innovación (dentro de una jurisdicción)

		Tipo de nodo de origen	
		Seguro	Arriesgado
Tipo de nodo de destino	Seguro	Exp. Alineada Segura	Exp. Divergente Segura
	Arriesgado	Exp. Divergente Arriesgada	Exp. Alineada Arriesgada

Fuente: Elaboración propia.

El sub-proceso de expansión divergente segura se desarrolla en el marco de un proceso de innovación que abarca diferentes tipos de nodos (seguros y arriesgados) dentro de un territorio nacional o subnacional. El piloto o primer nodo elegido es “arriesgado”, es decir, no es similar a anteriores experiencias, especialmente, en términos del binomio rural-urbano. ¿Todos los nodos arriesgados son rurales entonces? Por lo menos en el caso de innovaciones sociales con un componente tecnológico predominante, como el programa Mama, ese parece haber sido el caso. La expansión se mueve hacia nodos seguros, entendidos como aquellos más similares a experiencias previas.

Es preciso señalar que la expansión divergente puede implicar un proceso de estancamiento a nivel del nodo arriesgado, ya sea de origen o destino. El estancamiento se refiere a la pausa en la búsqueda de soluciones a los problemas de implementación en un nodo específico. De esta manera, no se desactiva formalmente el proceso de innovación en un nodo, pero en la práctica, aunque sigue funcionando, lo hace sin el seguimiento ni la atención de los diseñadores y los implementadores técnicos, los cuales están puestos en los nuevos nodos seguros.

Aunque la definición de “nodo arriesgado” apela a un sentido común o percepción normalizada por algunos actores involucrados, no son suficientes para explicar el estancamiento de un nodo, sin embargo, pueden ser el punto de partida de las justificaciones para el estancamiento de los nodos. Estas justificaciones se crean durante la implementación para explicar por qué los problemas no se pueden solucionar ahí, por qué no vale la pena expandir.

5.3. Atribuciones, heurísticos y sesgos

Según la taxonomía del *reason-giving* de Tilly (2006), las atribuciones²³ son explicaciones de tipo técnico, causal, especializada e incluso científico de los acontecimientos (Henriques 2011: 142). Estas no son razones convencionales o cotidianas, ni historias detalladas, o aparatos normativos, pero pueden compartir elementos con ellos. Así, con “atribuciones” no nos referimos a meras convenciones sociales (i.e. excusas). Las atribuciones, al ser un tipo de *reason-giving* o justificación, buscan ser consistentes y estables para los individuos y las expectativas de los demás (p. 138), suelen aparecer en contextos en los que el individuo necesita mantener una buena imagen de sí mismo y de cómo los perciben para no perder capital social (p. 141) y son sensibles al contexto cultural (p. 136).

La información producida sobre un proceso de innovación tiene como hitos importantes aquellas investigaciones realizadas por los que adoptan y gestionan el proceso para legitimarla con los que la financian o pueden hacerlo. Esta dinámica entre gestores de la innovación y (posibles) fuentes de financiamiento es importante para comprender el grado de rigurosidad y de extensión (pilotos estudiados de acuerdo a las jurisdicciones abarcadas) de las investigaciones realizadas sobre la innovación. De manera previsible, el grupo de gestores y el tipo de financistas pueden categorizarse por su cercanía con el ámbito académico en general y por grupos concretos dentro de dicho ámbito. Asimismo, el estilo de evaluación del grupo de gestores afecta también la dinámica de la gestión del mismo proceso.

En la gestión de la innovación a nivel de nodos, dos categorías de atribuciones son importantes para explicar el estancamiento (entendida como no-expansión y no-iteración) o la resiliencia (entendida como expansión y resolución de problemas) de un proceso de innovación: las atribuciones de la innovación (por qué lo hacemos) y las atribuciones de los límites de la innovación (por qué no debemos hacerlo). Estas categorías se encuentran en tensión pues empujan en direcciones contrarias.

- Las atribuciones a favor de la innovación tienen como propósito generar razonamientos en los actores involucrados orientados a la planificación y coordinación (Henriques 2011: 146) que superen la inercia además del gasto de tiempo y energía involucrado en crear y

²³ “Las atribuciones son las explicaciones causales que las personas desarrollan para explicar por qué suceden las cosas (...) Las atribuciones son cruciales porque nos permiten representar y enmarcar las fuerzas que trabajan en el mundo, tanto físicas como sociales” (Henriques 2011: 135).

manejar nuevas herramientas (p. 147). El papel de estos actores en el estímulo para la generación de evidencia es clave.

- Las atribuciones de los límites de la innovación involucran los problemas operativos y/o técnicos que emergen, sus causas, centralidad, solucionabilidad y persistencia.

La atribución en el campo de la innovación no es un concepto uniforme. Al igual que el concepto cercano de evidencia, las construcciones y piezas de información se vuelven relevantes en relación con el proceso decisional y las diferentes lógicas de los actores sobre cómo lograr determinados resultados, específicamente en el sector salud (Walls y otros 2018). En tal sentido, en un contexto decisional con cuotas de incertidumbre, las atribuciones son atravesadas de manera tajante por heurísticos. Los heurísticos, como se señaló en el capítulo previo, son métodos de reducción de esfuerzo y simplificación para la toma de decisiones; pueden ser efectivos en algunos contextos, sin embargo, los autores han enfatizado su papel en la generación de errores sistemáticos y severos (i.e. sesgos), con consecuencias destructivas a diferentes niveles (Diržytė 2018). Algunos de estos heurísticos son: la ilusión de validez, el *anchoring*, la aversión a perder y la desestimación de la duración (Tunstall y Beymer 2017).

Para la toma de decisiones sobre la expansión de un nodo (o su estancamiento), u otras decisiones que involucren una evaluación previa del éxito o fracaso de los nodos²⁴, identificamos tres tipos de heurísticos: el de caso referente, el de indicadores satisfactorios y el de las limitaciones estructurales. Cada uno refleja alguno de los heurísticos de orden superior (heurísticos que agrupan de manera general a los otros) determinados por Artinger y otros (2014) para el mundo corporativo: los de similitud, de satisfactoriedad y de reconocimiento. En este sentido, se propone que cada tipo de heurístico puede contener otros heurísticos, especialmente cuando se trata de un proceso continuo de toma de decisiones (Shan y Yang 2017), no obstante, frecuentemente las personas prefieren representarlos como elementos aislados e independientes (García-Retamero y Hoffrage 2009). En la Tabla 13, se describe cada tipo de heurístico hallado en la toma de decisiones de expansión de una innovación social en *mHealth* en un contexto de incertidumbre. Para cada tipo de heurístico, se señala la información utilizada para tomar la decisión, el resultado de esta decisión y sus limitaciones.

²⁴El estancamiento del proceso de innovación a nivel de nodos es una forma de fracaso de la innovación que puede devenir en inactividad informal y luego formal.

Tabla 13: Tipos de heurísticos en el proceso de innovación en contextos de incertidumbre

		Componentes del heurístico					
		Información utilizada		Resultado		Limitaciones	
Tipos de heurísticos	Caso referente	Casos similares y conocidos de innovación	Nodos evaluados preferidos	previos son	Limitan expansión divergente		
	Indicadores satisfactorios	Indicadores de proceso de fácil recolección	Número de usuarios y actividades presenciales son preferidos			Limitan expansión en nodos rurales	
	Límites estructurales	Ideas y teorías sobre limitaciones a la innovación en ciertos sectores sociales	Nodos rurales son considerados inviables	poobres y/o	Limitan expansión en nodos rurales y/o pobres		

Fuente: Elaboración propia.

Aunque los términos “heurísticos” y “sesgos” se siguen discutiendo y refinando en la literatura (Shan y Yang 2017), los sesgos²⁵ pueden considerarse un posible efecto secundario del uso de heurísticos (Bílek, Nedoma y Jirásek 2018), y consistir en la activación de estereotipos y juicios inexactos sobre otros (Diržytė 2018). La presencia de sesgos ha sido señalada como un aspecto importante para los gestores de la innovación por su influencia en la evaluación de la innovación (Hazel y Onaga 2003 citado en D’Amico 2013). Asimismo, existe la posibilidad de ofrecer soluciones a la aparición de sesgos que afecten negativamente los heurísticos, con el objetivo de mejorar la utilidad de estos últimos (Bílek, Nedoma y Jirásek 2018). En la Tabla 13, las limitaciones de los heurísticos afectan negativamente en la toma de decisiones a nodos rurales, considerados arriesgados en casos de innovación en *mHealth*. El uso de heurísticos de manera diferenciada de acuerdo a la zona guarda sentido con su propio funcionamiento, dado que en entornos naturales su utilización solo se comprende junto a categorías de entorno, es decir, depende del contexto (Shan y Yang 2017). Este sesgo vinculado al territorio nos acerca al concepto de desigualdades territoriales, desarrollado en el siguiente apartado.

²⁵ En la literatura revisada, los sesgos se mencionan junto a los errores sistemáticos y las desviaciones del valor objetivo, de manera agrupada pero no equivalente (Tversky y Kahneman, 1974, citado en Bílek, Nedoma y Jirásek 2018). Consideramos que estas distinciones no favorecen la claridad del concepto en esta investigación.

5.4. Desigualdades territoriales en el proceso de innovación

Las innovaciones en la atención primaria de salud se han considerado importantes para afrontar los problemas de equidad, sobre todo en las economías desarrolladas (Sibthorpe y otros 2005); así también, la difusión de innovaciones se ha considerado un proceso lógico en el cambio social (Hazel y Onaga 2003 citado en D'Amico 2013). A partir de este vínculo entre innovación y reducción de inequidad, se han puesto énfasis en el estudio de los factores que explican su éxito. Por ejemplo, en el caso específico de las innovaciones de salud móvil o *mHealth*, los factores de éxito pueden ser el nivel de colaboración de los interesados, la participación del gobierno, la efectividad tecnológica y la adaptabilidad a contextos locales (Mason y otros 2015). Esta aproximación, sin embargo, no permite comprender los mecanismos que afectan el éxito de la innovación a escala subnacional.

A nivel intra-jurisdiccional, hemos identificado que la toma de decisiones sobre la expansión de una innovación está afectada por sesgos que afectan de manera diferenciada ciertos territorios. Estos sesgos son producidos por el uso de heurísticos que operan dentro del discurso técnico. De esta manera, la expansión cambia de intensidad o dirección dependiendo del contexto territorial, es decir, manifiesta heterogeneidad espacial (Rodrigues-Silveira 2013). La heterogeneidad espacial se ha entendido como una manifestación de desigualdades territoriales, siendo el estudio más cercano a esta investigación, el de desigualdades territoriales en la provisión de políticas sociales a nivel subnacional de Rodrigues-Silveira (2013). Este autor trabaja implícitamente bajo la aproximación de causas de la desigualdad, sin embargo, proponemos aquí una aproximación desde los mecanismos de producción, reproducción y disputa de las desigualdades, más acorde con el caso y la literatura revisada.

Proponemos que los sesgos territoriales son parte de mecanismos de reproducción de desigualdades territoriales en el proceso de innovación a nivel subnacional dado que generan una distribución desigual de innovación durante la implementación. Entonces, estos mecanismos afectan el subproceso de producción de información y selección de nodos y jurisdicciones²⁶ (toma de decisiones). Este subproceso afecta en buena medida al de expansión y extensión (movilidad), generando desigualdades territoriales. En el Gráfico 20, se explica gráficamente la relación entre

²⁶ A nivel inter-jurisdiccional, se produce una relación similar entre desigualdades territoriales e innovación, aunque los *stakeholders* y la definición de territorio varíen.

el proceso de innovación a escala subnacional y su vínculo con los mecanismos de reproducción de desigualdades territoriales.

Dentro de este modelo, los mecanismos de reproducción de desigualdades identificados son simbólicos, dejados mayormente de lado por la literatura de desigualdades o tratados como variables dependientes o secundarias (Reygadas 2015). Entre estos mecanismos podemos destacar la clasificación, categorización y creación de límites, sin dejar de lado el aspecto conflictivo²⁷ de la toma de decisiones enfatizado por Echeverría (2018). Las aproximaciones del *social judgment* y el *system justification* ofrecen una oportunidad para proponer una teoría comprensiva que explique estos procesos intersubjetivos dentro del marco de desigualdades (Haack y Sieweke 2017). Es oportuno resaltar también su aporte a la comprensión de conceptos como “capacidad estatal subnacional”. En el caso estudiado, el mecanismo identificado es un sesgo territorial preponderante en el subproceso de toma de decisiones.

El vínculo entre el sesgo territorial (mecanismo) y la toma de decisiones se ha basado en un modelo de decisión a partir de heurísticos planteados en términos formales y algorítmicos. Este enfoque ha sido de utilidad dada la necesidad de una explicación mecanicista del procesamiento de información para producir un comportamiento, sin profundizar más en mecanismos psicológicos de decisión humana (Shan y Yang 2017). La toma de decisiones sobre la movilidad de la innovación en el territorio, por otra parte, es observable en la expansión y extensión de la innovación, y aquí ha sido considerada un tipo de desigualdad territorial.

²⁷ El autor plantea el fracaso de la innovación como un conflicto de valores, producido por las tensiones que surgen cuando se pretende realizar un cambio que vaya contra la posición de un actor.

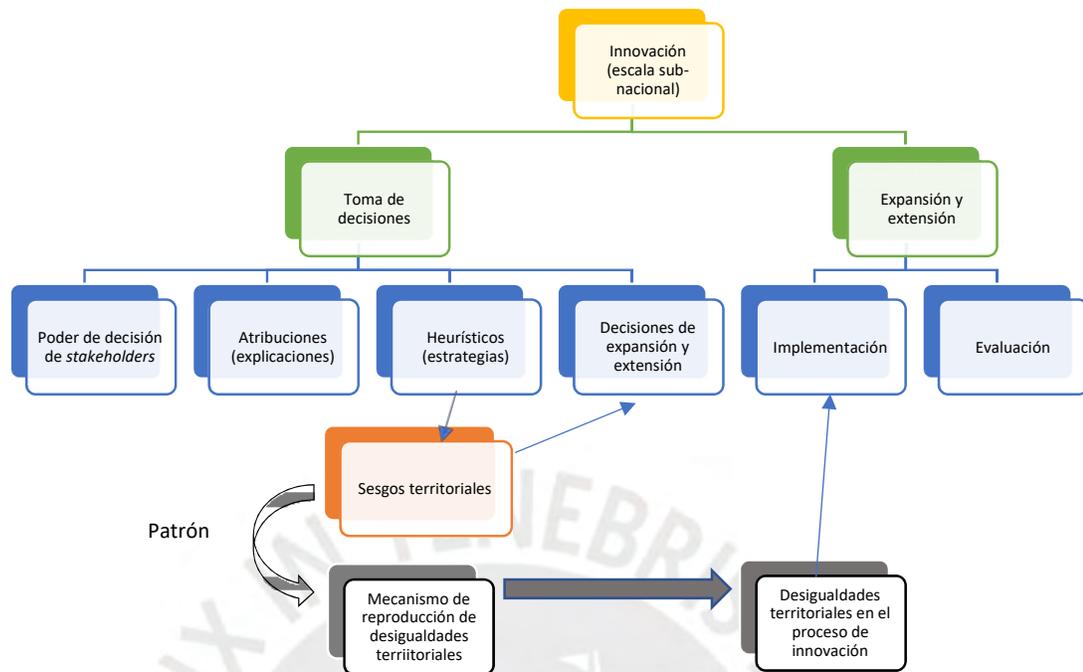


Gráfico 20: Sesgos territoriales como mecanismo de reproducción de desigualdades territoriales en el proceso de innovación.

Bibliografía

ANDION, C. y otros

2017 “Civil society and social innovation in the public sphere: a pragmatic persp...”.

EBSCOhost. Revista de Administração Pública, 51(3), 369–387.

<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2259/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1ba2a686-2ff2-409b-a64b-411ee6ce7897%40sessionmgr4008>

ARAUJO, K.

2013 “Interactive Inequalities and Equality in the Social Bond: A Sociological Study of Equality”. *desiguALdades.net Working Paper Series. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.*

ARCOS, C., M. SUÁREZ y S. ZAMBRANO

2015 “Procesos de innovación social (IS) como fuente de transformación social de comunidades rurales”. *Academia y Virtualidad*, 8(2), 85-99.

ARTINGER, F. y otros

2014 “Heuristics as adaptive decision strategies in management”. *Journal of Organizational Behavior*. 36 (S1). Consulta: 24 de febrero de 2019.

https://www.researchgate.net/publication/265912170_Heuristics_as_adaptive_decision_strategies_in_management

ASOCIACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA (AMEB)

s/f *Brochure*. Consulta: 9 de junio, 2018.

<https://ameb.org.pe/wp-content/uploads/2018/11/Brochure-Ameb.pdf>

AYOB, N., S. TEASDALE y K. FAGAN

2016 “How Social Innovation “Came to Be”: Tracing the Evolution of a Contested Concept”.
Journal of Social Policy, 45(4), 635–653.

BALDUS, B.

2018 “Small Causes, Large Structures. A New Look at the Roots of Social Inequality in Human Societies”. *Alternate Routes: A Journal of Critical Social Research*, 29.
Consulta: 24 de febrero de 2019.

<http://www.alternateroutes.ca/index.php/ar/article/viewFile/22444/18238>

BEACH, D. y R. PEDERSEN

2013 *Process-Tracing Methods. Foundations and guidelines*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

BENNETT, A. y J. T. CHECKEL

2014 *Process tracing: From metaphor to analytic tool*. Cambridge: Cambridge University Press.

BÍLEK, J., J., NEDOMA y M. JIRÁSEK

2018 “Representativeness heuristics: A literature review of its impacts on the quality of decision-making”. *Scientific Papers of the University of Pardubice*. Series D, Faculty of Economics & Administration.

BOCK, B.

2016 “Rural Marginalisation and the Role of Social Innovation; A Turn Towards Nexogenous Development and Rural Reconnection”. *Sociologia Ruralis*, 56(4), 552–573.

BOYER, R.

2014 “Is More Equality Possible in Latin America ? A Challenge in a World of Contrasted but Interdependent Inequality Regimes”. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

BRIL-MASCARENHAS, T., A. MAILLET y P.-L. MAYAUX

2017 “Process tracing. Inducción, deducción e inferencia causal”. *Revista de Ciencia Política* (Santiago), 37(3), 659-684. Consulta: 24 de febrero de 2019.

<http://www.revistacienciapolitica.cl/index.php/rcp/article/view/354>

BUSSE, Peter

2012 *La desigualdad en la hipertensi n: una investigaci n formativa en comunicaci n y salud* (Documento de trabajo, 175. *Estudios sobre el desarrollo*, 4). Lima: IEP. Consulta: 24 de febrero de 2019.

http://repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/940/5/busse_ladesigualdadalahipertension.pdf

CARRERO, Virginia, R. M. SORIANO y A. T. REQUENA

2012 *Teoría fundamentada “Grounded Theory”: El desarrollo de la teoría desde la generalización conceptual. Cuadernos metodológicos 37*. Segunda Edición. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

CHARMAZ, K.

2016 “The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry”. *Qualitative Inquiry* 23 (1), 34-45.

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077800416657105>

CRESWELL, J. W.

2007 *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. (2nd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

D’AMICO, V.

2013 “La desigualdad como definición de la cuestión social en las agendas transnacionales sobre políticas sociales para América Latina”. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

DIETZ, Kristina

2014 “Researching Inequalities from a Socio-ecological Perspective”. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

DIRŽYTĖ, A.

2018 “Thinking, Deciding, Acting: Gaps and Relations”. *Filosofija. Sociologija*, 29(3). 137–140.

DOLOWITZ, D. P.

2017 “Transfer and learning: One coin two elements”. *Novos Estudos CEBRAP*, 36(1), 35–56.

ECHEVERRÍA, Javier

2017 *El arte de innovar: naturalezas, lenguajes, sociedades*. Madrid: Plaza y Valdés Editores.

GARCÍA-RETAMERO, R., y U. HOFFRAGE

2009 “Influencia de las creencias causales en los procesos de toma de decisiones”. *Revista Mexicana De Psicología*, 26 (1), 103-111.

GARDNER, C., T. ACHARYA y D. YACH

2007 ‘Technological and Social Innovation: A Unifying New Paradigm For Global Health’, *Health Affairs*, 26 (4), 1052–1061.

GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD (GR La Libertad)

2016 Resolución Ejecutiva Regional N° 739-2016-GR-LL/PRE. Trujillo, 26 de abril de 2016.
Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.regionlalibertad.gob.pe/web/opciones/pdfs/Resolucion%20N%20739-2016-GRLL-GOB.pdf>

GODIN, B. y D. VINCK (Eds.)

2017 *Critical Studies of Innovation*. USA: Edward Elgar Publishing.

GOERTZ y MAHONEY

2012 *A Tale of Two Cultures: Qualitative and Quantitative Research in the Social Sciences*.
Princeton, NJ: Princeton University Press.

GUROL-URGANCI, I. y otros

2013 “Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments”.
Cochrane Database of Systematic Reviews. Dic 5 (12), 1-49. Consulta: 24 de febrero de
2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6485985/pdf/CD007458.pdf>

GURMAN, T. A., S. E. RUBIN y A. A. ROESS

2012 “Effectiveness of *mHealth* behavior change communication interventions in developing
countries: A systematic review of the literature”. *Journal of Health Communication*. 17
(1), 82-104.

HAACK, P. y J. SIEWEKE

2017 “The Legitimacy of Inequality: Integrating the Perspectives of System Justification and
Social Judgment”. Manuscrito presentado en el *Journal of Management Studies*.
Consulta: 24 de febrero de 2019.

[https://www.researchgate.net/publication/320259157_The_Legitimacy_of_Inequality_I
ntegrating_the_Perspectives_of_System_Justification_and_Social_Judgment](https://www.researchgate.net/publication/320259157_The_Legitimacy_of_Inequality_Integrating_the_Perspectives_of_System_Justification_and_Social_Judgment)

HAZEL, K. L., y E. ONAGA

2003 “Experimental social innovation and dissemination: The promise and its delivery”.
American Journal of Community Psychology. Vol. 32, Nos. 3/4. 285-294. Consulta: 24
de febrero de 2019.

[http://www.humanitarianinnovation.com/uploads/7/3/4/7/7347321/hazel_and_onaga_ex
perimental_social_innovation_and_dissemination.pdf](http://www.humanitarianinnovation.com/uploads/7/3/4/7/7347321/hazel_and_onaga_experimental_social_innovation_and_dissemination.pdf)

HEAD y otros

2013 “Efficacy of text messaging-based interventions for health promotion: A meta-analysis”.

Social Science & Medicine, 97, 41-48.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953613004474>

HENRIQUES, G.

2011 *A New Unified Theory of Psychology*. New York: Springer Science + Business Media.

HERNÁNDEZ-ASCANIO, J., P. TIRADO-VALENCIA y A. ARIZA-MONTES

2016 “El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos”. *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, (88), 164–199. Consulta: 24 de febrero de 2019.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17449696006>

JELINČIĆ, D. A., A. FARKAŠ y S. TIŠMA

2016 “Innovazioni sociali: Segno dei tempi?” *Annales-Anali Za Istrske in Mediteranske Studije - Series Historia et Sociologia*, 26(2), 271–284.

JELIN, E.

2014 Desigualdades de clase, género y etnicidad/raza Realidades históricas, aproximaciones analíticas. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

KERNER, I.

2013 Differences of Inequality Tracing the Socioeconomic, the Cultural and the Political in Latin American Postcolonial Theory. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

LEATHERMAN, T. y K. JERNIGAN

2014 “The Reproduction Of Poverty And Poor Health In The Production Of Health Disparities In Southern Peru”. *Annals of Anthropological Practice*, 38: 284-299.

LEPENIES, Philipp

2012 “Happiness and Inequality Insights into a Difficult Relationship – and Possible Political Implications”. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

LILLEMETS, Krista

2013 “Global Social Inequalities: Review Essay”. *desiguALdades.net Working Paper Series*. Freie Universität Berlin; Ibero-Amerikanisches Institut.

MACCALLUM, Diana y otros

2009 *Social Innovation and Territorial Development*. UK: Ashgate Publishing Limited.
Consulta: 24 de febrero de 2019.

<https://bit.ly/2vCY07e>

GOERTZ, G., y J. MAHONEY

2012 “Concepts and measurement: Ontology and epistemology”. *Social Science Information* 51(2), 205-216.

MAITLAND, Elizabeth y André SAMMARTINO

2015 “Decision-making and uncertainty: The role of heuristics and experience in assessing a politically hazardous environment”. *Strategic Management Journal*. 36. 1554-1578.

MOBILE ALLIANCE FOR MATERNAL ACTION (MAMA)

2012 Monitoring and Evaluation Framework. Consulta: 29 de octubre de 2018.

https://www.academia.edu/24573843/Global_Monitoring_and_Evaluation_Framework._MAMA_Mobile_Alliance_for_Maternal_Action

2014a MAMA's Lessons Learned on the Way to 500,000 Subscribers. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/BangladeshCaseStudy2014.pdf>

2014b Evidence Hierarchy of Mobile Messaging for Improved MNCH. Consulta: 29 de octubre de 2018.

http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/Evidence%20Hierarchy%20of%20Mobile%20for%20MNCH_Sep2014.pdf

2013a MAMA Spotlight Case Study: Timor-Leste, Liga Inan. Consulta: 29 de octubre de 2018.

http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/1749-single-case-study-template-v5-JH_0.pdf

2013b MAMA Spotlight Case Study: Cambodia, People in Need. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/PIN%20Spotlight.pdf>

2013c MAMA Spotlight Case Study: Malawi, Chipatala Cha Pa Foni. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/1772-MAMA-Spotlight-September-v3-JH.pdf>

2013d MAMA Spotlight Case Study: Ghana, Savana Signatures. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/1749-MAMA-Spotlight-August-v2-JH.PDF>

2013e MAMA Spotlight Case Study: Nicaragua, ChatSalud. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/Spotlight-Chatsalud.pdf>

2013f MAMA Spotlight Case Study: Tanzania, Wazazi Nipendeni / Healthy Pregnancy, Healthy Baby. Consulta: 29 de octubre de 2018.

http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/1749-MAMA-Spotlight-July-v4-TC%5B2%5D_1.pdf

2013g MAMA: Technical Platforms for Mobile Messaging. Consulta: 29 de octubre de 2018.

http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/Mobile%20Messaging%20Tech%20Platforms%20_0.pdf

2013h Spotlight: MAMI Colombia. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/1800-MAMA-Spotlight-October-V1-JH.pdf>

s/f Reimagining Mobile in South Africa: Lessons from Year One. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.mhealthknowledge.org/sites/default/files/Reimagining%20Mobile%20in%20South%20Africa.%20Lessons%20from%20Year%20One.pdf>

MARQUEZ, Jaime

s/f ProGobernabilidad y su aporte a la modernización de la Gestión Pública [Diapositiva]. Consulta: 9 de junio, 2018.

<https://tinyurl.com/y5ey6cnk>

MARUYAMA, Y., M. NISHIKIDO y T. IIDA

2007 “Wind power and society interaction in Japan: along the rise of community wind power”. *Energy Policy* 35 (5). 2761–2769.

MASON, C. y otros

2015 “Social innovation for the promotion of health equity”. *Health Promotion International*. 30 (2), ii116–ii125. Consulta: 24 de febrero de 2019.

https://academic.oup.com/heapro/article/30/suppl_2/ii116/646178

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE PERÚ (MINEDU)

s/f *Mapa lingüístico del Perú para la Educación Intercultural Bilingüe*. s/l: s/e. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/mapalinguisticodelperu.pdf>

MONTGOMERY, T.

2016 “Are Social Innovation Paradigms Incommensurable?” *Voluntas*, 27(4), 1979–2000.

MOULAERT, F.

2009 “Social Innovation: Institutionally Embedded, Territorially (Re)Produced”. *Social Innovation and Territorial Development*. Consulta: 24 de febrero de 2019.

https://www.researchgate.net/publication/44960912_Social_Innovation_and_Territorial_Development

MOULAERT, F. y otros

2010 “Social Innovation: Collective action, social learning and transdisciplinary research. Final Report: Towards a Handbook”, *KATARSIS* 029044, 1–220.

MULGAN, G.

2006 “The Process of Social Innovation”. *Innovations: Technology, Governance, Globalization*, 1: 2, 145–162.

MULGAN, G. y otros

2007 *Social Innovation: What it is, why it matters and how it can be accelerated*. The Young Foundation, Skoll Centre for Social Entrepreneurship, University of Oxford.

MURRAY, R., J. C. GRICE y G. MULGAN

2010 *The Open Book of Social Innovation*. UK: The Young Foundation & NESTA. Consulta: 24 de febrero de 2019.

<https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/The-Open-Book-of-Social-Innovationg.pdf>

NEUMEIER, S.

2012 “Why do Social Innovations in Rural Development Matter and Should They be Considered More Seriously in Rural Development Research? – Proposal for a Stronger Focus on Social Innovations in Rural Development Research”. *Sociologia Ruralis*, 52: 48-69.

ÖSTERHOLM, M.

2010 “Beliefs: A theoretically unnecessary construct?” Ponencia presentada en el Sixth Congress of the European Research in Mathematics Education - CERME 6. Lyon, 28 de enero – 1 de febrero. Consulta: 24 de febrero de 2019.

<http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/cerme6/wg1-13-osterholm.pdf>

PHILLS, J. A., K. DEIGLMEIER y D. T. MILLER

2008 “Rediscovering Social Innovation”. *Stanford Social Innovation Review*, 6(4), 34–43.

POL, E. y S. VILLE

2009 “Social innovation: Buzz word or enduring term?”. *The Journal of Socio-Economics*, 38(6), 878–885.

REYGADAS, Luis

2015 “The Symbolic Dimension of Inequalities”, *desiguALdades.net Working Paper Series* 78, Berlin: desiguALdades.net International Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America.

RODRIGUES-SILVEIRA, Rodrigo

2013 “The Subnational Method and Social Policy Provision: Socioeconomic Context, Political Institutions and Spatial Inequality”. *desiguALdades.net Working Paper Series* No. 36, Berlin: desiguALdades.net Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America.

RODRÍGUEZ, A. y H. Alvarado

2008 *Claves de la Innovación Social en América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL.

[http://ulegid.unileon.es/admin/UploadFolder/63_\(2004\).pdf%5Cn](http://ulegid.unileon.es/admin/UploadFolder/63_(2004).pdf%5Cn)

ROTH, Julia

2013 “Entangled Inequalities as Intersectionalities: Towards an Epistemic Sensibilization”. *desiguALdades.net Working Paper Series* No. 36, Berlin: desiguALdades.net Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America.

SAMPEDRO, José y Claudia DIAZ-PEREZ

2016 “Innovación para el desarrollo inclusivo: Una propuesta para su análisis”. *Economía Informa*. 396.

SCHILD, Verónica

2015 “Securing Citizens and Entrenching Inequalities: The Gendered, Neoliberalized Latin American State”, *desiguALdades.net Working Paper Series* 83, Berlin: desiguALdades.net International Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America.

SCHORR, B.

- 2018 “How Social Inequalities Affect Sustainable Development Five Causal Mechanisms Underlying the Nexus”. *trAndeS Working Paper Series 1*, Berlin: Lateinamerika-Institut, Freie Universität Berlin.
- SHAN, Y. y L. YANG
- 2017 “Fast and frugal heuristics and naturalistic decision making: a review of their commonalities and differences”. *Thinking and Reasoning*. 23 (1), 10-32.
- SIBTHORPE, B. M., N. J. GLASGOW y R. W. WELLS
- 2005 “Emergent themes in the sustainability of primary health care innovation”. *Medical Journal of Australia*, 183,77–80.
- SONDAAL, S. F. V. y otros
- 2016 “Assessing the Effect of mHealth Interventions in Improving Maternal and Neonatal Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review”. *PloS One*, 11(5).
- STELLA, L.
- 2011 “Los determinantes sociales de la salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 8 (17): 69-79, junio-diciembre de 2009. Bogotá (Colombia).
- THERBORN, Göran
- 2011 “Inequalities and Latin America: From the Enlightenment to the 21st Century”. *trAndeS Working Paper Series 1*, Berlin: Lateinamerika-Institut, Freie Universität Berlin.
- TAATILA, V. y otros
- 2006 “Framework to study the social innovation networks”, *European Journal of Innovation Management*, 9(3), 312-26.
- TILLY, Charles
- 2006 *Why? What Happens When People Give Reasons... And Why*. Princeton: Princeton UP.
- TUNSTALL, S. y P. BEYMER

2017 “Learning to Think Slower: Review of Thinking, Fast and Slow by Daniel Kahneman (2011)”. *Numeracy: Advancing Education in Quantitative Literacy*. 10(2), 1-6.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF)
s/f “Entrevista a Patricia García, decana de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia”. s/f. Consulta: 9 de junio, 2018.

https://www.unicef.org/peru/spanish/entrevista_patricia_garcia.pdf

VESSURI, H. y otros

2014 “Desigualdades de conocimiento y estrategias para reducir las asimetrías. El trabajo de campo compartido y la negociación transdisciplinaria”. *DesiguALdades.Net*, (62).

http://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/62-WP-Vessuri-et-al-Online.pdf?1389891315

WALLS, H. y otros

2018 “The many meanings of evidence: A comparative analysis of the forms and roles of evidence within three health policy processes in Cambodia”. *Evidence Use in Health Policy Making: An International Public Policy Perspective*. Cham: Springer International Publishing, 21-49.

WEISS, D. y T. A. EIKEMO

2017 “Technological innovations and the rise of social inequalities in health”. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(7), 714–719.

WESTLEY, F. y otros

2014 “Five Configurations for Scaling Up Social Innovation: Case Examples of Nonprofit Organizations From Canada”. *Journal of Applied Behavioral Science*, 50(3), 234–260.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

2011 *Consensus Statement of the WHO Global eHealth Evaluation Meeting.*
Bellagio: The Bellagio eHealth Evaluation Group.

http://www.ghdonline.org/uploads/The_Bellagio_eHealth_Evaluation_Call_to_Action-Release.docx

ZAMORA, Alejandrina

2018 Sistematización del proceso de implementación del programa MAMA [Archivo electrónico]. s/l.

Páginas Web

BABYCENTER

Program details. Consulta: 9 de junio, 2018.

<https://www.babycenter.com/mission-motherhood/partners/mama-mobile-alliance-for-maternal-action/>

BITEL

Listado de Centros Poblados con Cobertura BITEL. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<https://www.bitel.com.pe/cobertura>

CLARO

Consulta nuestra cobertura móvil. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://cobertura.claro.com.pe/cobertura-movil-2g.php>
<http://cobertura.claro.com.pe/cobertura-movil-2g.php>

GOBIERNO REGIONAL DE LA LIBERTAD (GR La Libertad)

Desayuno de trabajo. Consulta: 9 de junio, 2018.

<http://www.regionallibertad.gob.pe/transparencia/agenda-publica/gobernador-regional/eventodetalle/3625/-/desayuno-de-trabajo-para-la-presentacion-de-los-resultados-de-la-hackatong-aplicaciones-moviles>

HOSPITAL SAN BARTOLOME (SAN BARTOLOME)

Sobre Wawa Red. Consulta: 9 de junio, 2018.

<http://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/post-formats/contactenos/item/143-minsa>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

Mapa de Pobreza provincial y distrital 2013. Consulta: 29 de octubre de 2018.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1261/Libro.pdf

MINISTERIO DE SALUD (MINSa)

Salud Nueva Actitud. Consulta: 9 de junio, 2018.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1970-1.pdf>

MOVISTAR

Cobertura móvil. Consulta: 29 de octubre de 2018.

<http://www.movistar.com.pe/movil/cobertura-inalambrica>

NOWSMS

What is a GSM modem. Consulta: 9 de junio, 2018.

<https://www.nowsms.com/faq/what-is-a-gsm-modem>

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUSALUD)

Consulta por código único de IPRESS. Consulta: 9 de junio, 2018.

<http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00006773#no-back-button>

Entrevistas

CARRANZA, Narda

- 2018a “Entrevista a Integrante de la AMEB vinculado al programa 1”. 2 de agosto de 2018.
- 2018b “Entrevista a Integrante de la AMEB vinculado al programa 2”. 2 de agosto de 2018.
- 2018c “Entrevista a Responsable en Red de Salud Trujillo”. 2 de agosto de 2018.
- 2018d “Entrevista a Responsable de programa en Geresá”. 3 de agosto de 2018.
- 2018e “Entrevista a Personal vinculado al programa en Geresá 1”. 3 de agosto de 2018.
- 2018f “Entrevista a Personal vinculado al programa en Geresá 2”. 3 de agosto de 2018.
- 2018g “Entrevista a Personal vinculado al programa en Geresá 3”. 3 de agosto de 2018.
- 2018h “Entrevista a Responsable de Promoción de la Gestión Territorial en Julcán”. 9 de agosto de 2018.
- 2018i “Entrevista a Obstetra en Julcán 1”. 11 de agosto de 2018.
- 2018j “Entrevista a Obstetra en Julcán 2”. 11 de agosto de 2018.
- 2018k “Entrevista a Personal de puesto de salud en Julcán 1”. 30 de agosto de 2018.
- 2018l “Entrevista a Personal de puesto de salud en Julcán 2”. 30 de agosto de 2018.
- 2018ll “Entrevista a Personal de puesto de salud en Julcán 3”. 30 de agosto de 2018.
- 2018m “Entrevista a Personal de puesto de salud en Julcán 4”. 30 de agosto de 2018.
- 2018n “Entrevista a Peter Busse”. 16 de octubre de 2018.