

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

**Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los
Pilares de Gestión del Programa JUNTOS**

Tesis para obtener el grado de Magíster en Gerencia Social

AUTORA

Elizabeth Vargas Machuca Guerrero

ASESORA

Amalia Cuba Salerno

LIMA – PERÚ

2014

Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los Pilares de Gestión del Programa JUNTOS

Resumen Ejecutivo

Desde sus orígenes dos procesos fueron centrales en el Programa Juntos: La entrega de incentivos monetarios condicionados y la promoción del uso de servicios de salud y educación. Ciertamente desde el 2005 este programa social ha experimentado varios cambios con el propósito de aumentar su eficiencia, es importante señalar que como programa de transferencia monetaria condicionada es considerado una intervención de última generación en la lucha contra la pobreza.

Juntos desarrolla su intervención en el marco de un proceso de descentralización que determina que los servicios asociados al cumplimiento de la corresponsabilidad (salud y educación) responden a políticas nacionales cuyos recursos se encuentran gestionados por instituciones regionales y locales con autonomía administrativa. Esta condición requiere conocer el estado de la cuestión en el propio proceso de transferencia y ejercicio de las competencias transferidas desde el gobierno nacional.

Esta tesis presenta una revisión de los principales cambios institucionales del Programa Juntos y el análisis de las acciones de articulación en la Región Apurímac en el periodo 2009 - 2011, identificando los procesos y lecciones aprendidas desde la opinión de sus actores, con la finalidad de aportar a la gestión descentralizada de las políticas sociales.

Queda claro que la dimensión de la intervención estatal para la atención de problemas sociales complejos como la pobreza requiere del desarrollo de mecanismos de articulación interinstitucional que puedan establecer acciones de cooperación y responsabilidades específicas para cada

institución por nivel de competencia. Una revisión del cumplimiento de la corresponsabilidad en salud de los beneficiarios de Juntos mostrará al gobierno nacional como responsable de la orientación política, a los gobiernos regionales como responsables de la calidad del servicio y control de las prestaciones en tanto el programa efectiviza el pago de la transferencia monetaria como evidencia del cumplimiento asumido por las familias.



Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los Pilares de Gestión Del Programa JUNTOS

Índice General

Capítulo I. Presentación de la Tesis	08
1.1 Justificación	10
1.2 Ubicación del trabajo en el campo de la Gerencia Social	12
1.3 Objetivos de la tesis	13
Capítulo II. Marco Teórico Referencial	14
2.1 Diagnóstico Situacional	14
2.1.1 El Programa JUNTOS: La Primera experiencia de un Programa de Transferencia Condicionada en el Perú	14
i. Por qué un Programa de Transferencia Condicionada	14
ii. El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS	15
iii. Los Procesos Operativos del Programa	20
iv. Avances en el ámbito social, económico e institucional	25
2.1.2 Componentes del Proceso de Corresponsabilidades	27
i. Proceso de Corresponsabilidades	27
2.1.3 Aproximaciones al caso de estudio	30
2.2: Las Transferencias Condicionadas como Estrategia para la Superación de la Pobreza	32
2.2.1 Una aproximación a los enfoques que sustentan la intervención	32
i. Política Social y superación de la pobreza	32

a. Las bases de la Política social	
b. Buscando una estrategia para superar la pobreza y la desigualdad	
ii. Mirando el Enfoque de Desarrollo Humano y Capital Social	38
iii. La Importancia de considerar la Gestión Descentralizada	45
Capítulo III. Diseño de Investigación	49
3.1: Breve referencia al diseño	49
3.2: Descripción del método y técnicas utilizados	49
i. Estrategia Metodológica	49
a. Definición de la muestra	
b. Fundamentación de la Selección de la Muestra	
ii. Determinación de las Técnicas de Recolección de Información	55
iii. Dimensiones de Trabajo y Análisis a nivel de las Unidades de Análisis, Fuentes e Instrumentos de Recolección de Información	55
a. Fundamentación de Elección de Unidades de Análisis y Fuentes de Información.	
Capítulo IV. Presentación, Análisis e interpretación de los resultados	58
4.1 Del Proyecto al Programa Juntos: Los cambios en la formulación	58
4.2 Corresponsabilidades y descentralización ajustes necesarios	63
4.2.1 De la Condicionalidad a la Corresponsabilidad	63
4.2.2 La Relación con el Sector Salud	65
4.2.3 La importancia de los Programas Estratégicos del Presupuesto por Resultados	68
4.3 Capacidades Institucionales del Programa	71
4.3.1 El recurso humano	75

4.3.2	La Importancia de los Gestores Locales	76
4.4	Juntos y su relación con los Gobiernos Regionales	78
4.4.1	Los convenios con gobiernos regionales	80
4.5	¿Una propuesta de articulación descentralizada?	85
4.6	Una mirada regional: El Caso Apurímac	89
4.6.1	Sinergias para responder agendas urgentes	89
4.6.2	La puesta en marcha de los procesos operativos	95
4.7	Involucrando de los beneficiarios	99
4.7.1	El trabajo con las madres líderes	102
 Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones		107
5.1:	Hallazgos y conclusiones principales	
5.1.1	Aspectos generales de la Gestión del Programa	108
5.1.2	Los Cambios Normativos e Institucionales	110
5.1.3	Articulando agendas para mejorar la gestión	113
 Capítulo VI. Propuestas		117
6.1	Propuestas	117
5.1.1	Corresponsabilidad y articulación	117
5.1.2	Normativos e Institucionales	118
6.2	Sugerencias para investigaciones ulteriores	120
 Anexos		
 Bibliografía		

Agradecimientos

A todos los profesionales del Programa Juntos que en Lima y Apurímac compartieron sus reflexiones, balances y perspectivas sobre su trabajo.

A los amigos y amigas con quienes pude analizar hallazgos y validar conclusiones en base a sus experiencias y propias apuestas en torno a la política social.

A la profesora Amalia Cuba quien acompañó la construcción de esta tesis que complementa mi práctica profesional con la riqueza de los enfoques y la rigurosidad de la investigación social.

Finalmente un agradecimiento especial a Alvaro, mi hijo, por su entusiasmo y apoyo en estos años de trabajo y estudio.

Corresponsabilidad y Articulación: Una Mirada a los Pilares de Gestión Del Programa JUNTOS

Capítulo I. Presentación de la Tesis

La importancia de un programa social de transferencia condicionada se basa en una relación de cooperación y correspondencia entre el Estado y los hogares que se integran a éste; comprensiblemente desde el año 2005, fecha de inicio de las labores del Programa Juntos se han realizado un conjunto de reajustes institucionales que han implicado cambios sustanciales a la prestación del servicio.

Es importante señalar que en estos años se ha planteado diferentes iniciativas para la mejora continua que basa la intervención en un modelo de trabajo con enfoque de procesos y gestión por resultados desarrollado a través de varios documentos institucionales como los planes de intervención y el Manual de Operaciones de Juntos, instrumentos de gestión que orientan su funcionamiento.

Los principales cambios en la intervención tienen como supuesto enfatizar en la mejora de calidad de vida de las familias adscritas, la premisa de brindar un paquete de servicios públicos que procuren el cambio de actitudes y valores respecto a las nuevas generaciones en los hogares beneficiarios del programa. Este postulado, se basa en el óptimo funcionamiento del cumplimiento de la condicionalidad y permite la continuidad de la transferencia monetaria, por ello la corresponsabilidad es el proceso clave para alcanzar los objetivos que explican la existencia misma del programa.

Tomando en consideración, la magnitud y la importancia del Programa JUNTOS en la estrategia de lucha contra la pobreza, y a ocho años de funcionamiento del Programa JUNTOS, se requiere analizar los factores

que influyen en el grado de cumplimiento de la corresponsabilidad entre el Estado y los hogares, en la mejora del acceso a los servicios de salud a nivel local, tomando en cuenta el diseño, los procedimientos y mecanismos implementados, así como la real existencia de la oferta de servicios locales y los mecanismos de seguimiento.

A diferencia de otros programas de transferencia condicionada, el programa responde al nivel central del Estado y la oferta de servicio de salud es gestionada a nivel regional y local. En ese contexto, es necesario analizar la forma cómo se gestiona el proceso de corresponsabilidad, en especial los factores que limitan una efectiva atención en salud de los hogares beneficiarios. Siendo importante revisar la normatividad, los compromisos y la vinculación de los diferentes actores relacionados a los servicios de salud.

Dichos actores son los hogares, los prestadores de los servicios de salud a nivel local, los funcionarios de salud del nivel regional y los profesionales del programa: gestores locales de los equipos regionales y el equipo técnico central.

Un tema recurrente respecto al análisis de los niveles de cumplimiento de las familias beneficiarias del programa es la influencia del proceso de descentralización de los servicios a nivel local, que se expresa en la limitada articulación de actores y recursos en la prestación de los servicios de educación y salud en las zonas rurales donde interviene el Programa, los cuales son administrados por los gobiernos regionales y locales como se establece en el actual proceso de descentralización del país.

El proceso de descentralización con la transferencia de funciones y competencia de un nivel de gobierno a otro, genera cambios en los procedimientos y responsabilidades sobre la gestión en el ciclo de producción de servicios. Este proceso plantea el reto de establecer niveles de coordinación y nuevos procedimientos que permitan el

funcionamiento y mejora de los servicios públicos en base a la sinergia y articulación de los niveles involucrados.

De otro lado, el proceso de mejora de las políticas sociales y la necesidad de promover la superación de la pobreza desde un enfoque de derechos humanos de ciudadanos en situación de exclusión social, sitúa al Programa Juntos en la posibilidad de responder desde una lógica sectorial a las agendas territoriales de sus beneficiarios, en especial con las demandas asociadas a las mejoras de ofertas de servicios locales de salud y educación.

En este contexto, el objeto de la tesis es una oportunidad para sugerir acciones de mejora para el Programa y los actores involucrados, desde una perspectiva de gestión descentralizada. La investigación de esta tesis se concentra en el período 2009 -2011 del funcionamiento del Programa Juntos.

1.1 Justificación

El sustento central de un programa de transferencia monetaria condicionada es el compromiso entre el Estado y las familias respecto a un paquete de servicios públicos para favorecer el desarrollo del capital humano, en especial de las nuevas generaciones. Para la formulación de las preguntas se realizó un ejercicio de selección de posibles reflexiones en torno al tema.

En esta perspectiva los programas sociales de transferencia condicionada plantean dos aspectos centrales en su intervención: la temporalidad de la intervención estatal y el rol de los diversos actores asociados responsabilidad compartida con el Estado para el logro de los objetivos planteados.

Los Programas Sociales de Transferencia Condicionada, se centran en la evaluación de impactos y logros, asumiendo su eficacia en el aporte al capital humano: niños y niñas de 0 a 3 años y madres gestantes. Existen

diferentes estudios que presentan algunos temas esenciales para la implementación de este tipo de programa: Identificación de beneficiarios (focalización) y el incremento de la demanda de servicios públicos en educación y salud, especialmente.

El cumplimiento de las corresponsabilidades o condicionalidades en el Programa JUNTOS se basan en la intervención de instituciones de distinta jerarquía y naturaleza organizativa. Aspecto que ha implicado el desarrollo de diferentes estrategias para posibilitar el acceso a un paquete de servicios y el seguimiento de los hogares beneficiarios con la finalidad de garantizar el cumplimiento efectivo del compromiso asumido. Es importante anotar que a diferencia de otros programas de transferencia condicionada en la región que cuentan con paquetes de atención disponibles sólo para sus beneficiarios como es el caso de Oportunidades en México que ofrece 13 servicios de salud gratuitos para sus usuarios, los hogares beneficiarios del Programa Juntos acceden a servicios que son parte de la política nacional de salud cuyos recursos son gerenciados actualmente por los gobiernos regionales.

En el caso del Perú, el programa ha sufrido un crecimiento de más del 200% en el número de beneficiarios en menos de 10 años de funcionamiento, precisamente el incremento en la inclusión de hogares ha evidenciado las limitaciones en la oferta de los servicios públicos y las limitaciones en los procedimientos y mecanismos que permiten el cumplimiento efectivo de las corresponsabilidades. Un problema central, en esta perspectiva son las propias características de los servicios de salud a nivel local, administración que ha sido transferida desde el gobierno central hacia los gobiernos regionales.

El proceso de descentralización, se encuentra en plena implementación y en los últimos años se ha concentrado en la transferencia de funciones y competencias desde el gobierno central a los gobiernos regionales y locales, por lo que el modelo de gestión descentralizada de servicios

públicos se encuentra en fase de diseño e implementación inicial. En esta perspectiva, existen un conjunto de herramientas como las Comisiones Intergubernamentales que funcionan en algunos sectores como salud y que principalmente se emplean para fortalecer capacidades técnicas. Un tema de agenda permanente es la relación de los gobiernos subnacionales con intervenciones que son administradas por el gobierno central.

1.2 Ubicación del trabajo en el campo de la Gerencia Social

Precisamente, un tema de agenda en el análisis del Programa es la sistematización de las estrategias y mecanismos que se han seguido para fortalecer el cumplimiento de responsabilidades. En esta perspectiva se cuenta con un conjunto de estudios que miden los impactos producidos principalmente en la demanda de los servicios y en las estadísticas nacionales sobre la situación de los hogares en situación de pobreza como referencia de los resultados alcanzados.

Un aporte que puede realizarse desde la gerencia social es la sistematización de experiencias que fortalecen los procesos operativos y las condiciones institucionales que hacen posible la articulación entre los diferentes actores que trabajan a nivel local. En esta perspectiva es importante comprender el aporte que se realiza para la articulación estatal en torno a objetivos comunes como la Estrategia Crecer o el presupuesto por resultados.

Finalmente, un elemento central para entender la importancia de la participación y compromiso de los propios beneficiarios en la intervención del Programa está vinculado a los principios de concertación y vigilancia en torno a las políticas públicas, que hacen posible los cambios de comportamientos y actitudes desde una perspectiva que considera a los beneficiarios como sujeto de derechos propios del fortalecimiento de una

red de protección social que aporta al capital social: ciudadanía, educación, salud, emprendimiento, entre otros.

1.3 Objetivos de la tesis

i. Objetivo general

El objetivo general de la investigación plantea revisar los procedimientos y orientaciones de gestión para fortalecer la acción del Programa:

Analizar los mecanismos utilizados por el Programa Juntos para el cumplimiento de corresponsabilidades en salud de sus hogares beneficiarios, tomando en consideración la gestión descentralizada de los servicios públicos de salud y el acceso de la población rural en zonas de pobreza.

ii. Objetivos específicos

Se han previsto dos objetivos específicos para sistematizar las experiencias que se han desarrollado en función de la mejora de las corresponsabilidades en salud de los beneficiarios del Programa Juntos:

- Analizar las normas y directivas implementadas por el Programa, el sector y / o los gobiernos regionales que favorecen el trabajo articulado entre diferentes instancias de gobierno para la prestación de servicios públicos que se ofertan a los beneficiarios del Programa en materia de salud.
- Identificar los ajustes o acciones institucionales que realiza el programa y las otras instituciones involucrados en la prestación del servicio de salud, para la implementación, seguimiento y mejora del cumplimiento de las corresponsabilidades de los beneficiarios.

Capítulo II. Marco Teórico Referencial

2.1 Diagnóstico Situacional:

2.1.1 *El Programa JUNTOS: La Primera experiencia de un Programa de Transferencia Condicionada en el Perú*

i. Por qué un Programa de Transferencia Condicionada:

La premisa de acción planteada por este tipo de programa social es que las transferencias monetarias condicionadas proporcionan dinero en efectivo a familias pobres bajo la condición de que éstas inviertan en el desarrollo del capital humano de sus hijos, asegurándose que asistan a la escuela y a los centros de salud regularmente. (VAKIS y PEROVA 2010: 7)

Otra característica central para esta intervención es su temporalidad, que se establece con el objetivo de atender demandas sociales específicas. Los Programas Sociales de Transferencia Condicionada, entonces, establecen una acción de protección social basado en la responsabilidad compartida entre Estado y Población para generar condiciones favorables de desarrollo con énfasis en la generaciones más jóvenes. En palabras de Renos Vakis y E. Perova, especialistas del Banco Mundial podemos encontrar la siguiente definición: “son parte de una nueva generación de programas de desarrollo que buscan fomentar la acumulación de capital humano entre las poblaciones más vulnerables, especialmente los más jóvenes, a fin de romper el ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza”. (VAKIS y PEROVA 2010: 24)

Precisamente es la asociación entre el Estado y los ciudadanos, en base a responsabilidades compartidas denominadas corresponsabilidad el proceso operativo central de un programa social de transferencia

condicionada. Basándose en un acuerdo de tipo contractual se establece la concreción del compromiso entre el Estado y la población, es este rasgo distintivo el que constituye un cambio significativo en el propio concepto de beneficiario, pues establece una relación en doble dirección y como sostiene el PNUD en su informe sobre Desarrollo Humano en el Perú:

“Las acciones de oferta de servicios estatales a los ciudadanos tienen explícitamente y muy a menudo como contrapartida las equivalentes de servicios de los ciudadanos al Estado. El Estado demanda y la ciudadanía ofrece bienes o servicios necesarios para hacer viables los servicios estatales, como cuando un gobierno municipal o regional toma la decisión de qué proyectos favorecer o el aporte de la comunidad para la ejecución. Muchas veces ese aporte ciudadano al Estado es el que hace, presupuestal y socialmente, viable el servicio. Y viceversa, muchas iniciativas sociales requieren del aporte estatal para ser viables, como cuando se completan los recursos necesarios para que el servicio opere”. (PNUD 2009: 27)

ii. El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más pobres – JUNTOS

Creado por Decreto Supremo N° 032-2005-PCM de la Presidencia del Consejo de Ministros a fines del año 2005, funcionó como proyecto piloto hasta fines del 2008. Desde su creación el fundamento y los fines del programa lo definieron como un Programa de Transferencia Condicionada:

“Art. 1: Creación del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres. Créase en el marco del Plan Nacional para la Superación de la Pobreza, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres, adscrito a la Presidencia del Consejo

de Ministros, a través de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales - CIAS.

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres tiene por finalidad ejecutar transferencias directas en beneficio de las familias más pobres de la población, rurales y urbanas. El Programa otorgará a las familias beneficiadas, con su participación y compromiso voluntario, prestaciones de salud y educación orientadas a asegurar la salud preventiva materno-infantil y la escolaridad sin deserción.”

Este programa social se crea como una estrategia enmarcada en el eje de desarrollo de capacidades humanas para la superación de la pobreza, orienta su intervención en la atención de hogares en situación de extrema pobreza. JUNTOS facilita el acceso y uso de los servicios en salud-nutrición, educación e identidad.

En plena implementación de actividades el programa fue experimentando varios procesos de cambio con la finalidad de responder al crecimiento continuo de beneficiarios, de tal forma que entre los años 2009 y 2010 se realizaron varios estudios que evaluando sus iniciales logros, plantearon el rediseño del Programa. Uno de los cambios más importantes fue precisamente el cambio de la frecuencia del pago del incentivo monetario las cuales se otorgaban mensualmente a cada familia, recibiendo 100 (aprox. 33 dólares) soles, convirtiéndose en pagos bimestrales de s/. 200 nuevos soles, desde el año 2010.

“El cambio de pago mensual por el bimensual, en el año 2010, ha mejorado la eficiencia de gasto por reducciones de comisiones bancarias, manejo y traslado de fondos, así como los tiempos de permanencia del gestor local en los puntos de pago.”(Programa Juntos 2011: 277)

Igual que otros programas de desarrollo orientados a la superación de la pobreza, el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS es un programa de transferencias monetarias condicionadas, cuyo fin es romper con la transmisión intergeneracional de la pobreza y contribuir a generar capital humano en los hogares pobres del Perú. Su principal estrategia es la corresponsabilidad Estado – Hogar, mediante la entrega de incentivos monetarios para promover el acceso y uso oportuno de los servicios de Salud – Nutrición y Educación, en especial por parte de los niños y madres gestantes.

La característica fundamental de los programas de transferencia monetaria condicionada es que su diseño y estrategia operativa articulada permiten implementar una intervención de lucha contra la pobreza a nivel local. Así, el Programa Juntos en el marco de la reforma de Programas Sociales y el actual proceso de descentralización, emprendió un proceso de mejora de su diseño e implementación con el objetivo fundamental de optimizar los servicios que el Estado Peruano brinda a los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, con especial atención a las gestantes; así como a las niñas/niños.

El principio de corresponsabilidad, deviene de cuando los ciudadanos y las ciudadanas, individualmente o agrupados en colectivos, contribuyen al bien común o interés general de la sociedad. En tal sentido, para el caso del Programa debería entenderse la correlación existente entre los derechos y los deberes como ejercicio efectivo de la ciudadanía y como una estrategia de sostenibilidad para los objetivos de gestión propuestos

Actualmente, se viene implementando un proceso de mejora continua que basa la intervención en un modelo de trabajo con enfoque de procesos y gestión por resultados como se establece en sus planes de intervención y en el Manual de Operaciones, instrumentos de gestión que orientan su actual funcionamiento.

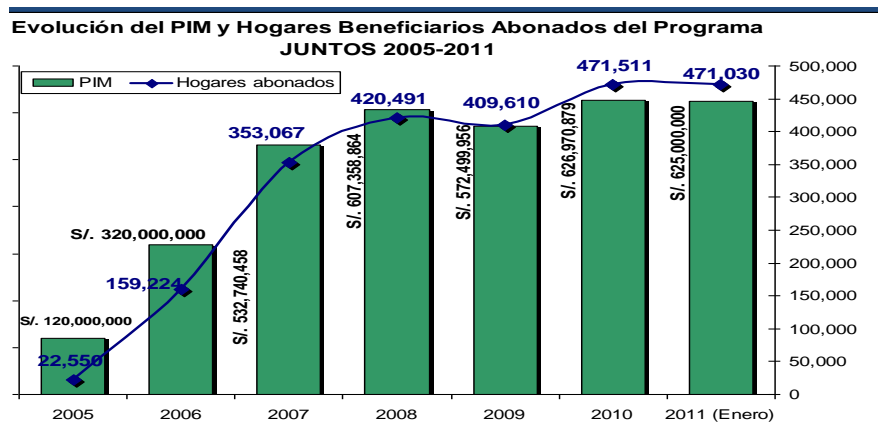
Los cambios en la intervención supone un mayor énfasis en la mejora de calidad de vida de las familias en función a la premisa de brindar un paquete de servicios públicos que procuren el cambio de actitudes y valores respecto a las nuevas generaciones en los hogares beneficiarios del programa, este proceso constituye el núcleo de las corresponsabilidades para el cumplimiento de la condicionalidad y permite la continuidad de la transferencia monetaria.

Sin embargo, un tema problemático es el efectivo cumplimiento de las corresponsabilidades por las limitaciones existentes en la oferta de servicios a nivel local, así como por las propias limitaciones del programa en acciones de promoción y seguimiento a los hogares beneficiarios. Ello debido a la limitada articulación de actores y recursos en la prestación de los servicios de educación y salud en las zonas rurales donde interviene el Programa, los cuales son administrados por los gobiernos regionales y locales como se establece en el actual proceso de descentralización del país.

Fortalecer el capital social requiere de la participación de múltiples actores: la población, las autoridades comunales y locales, la sociedad civil y los diferentes prestadores de servicios públicos. Al realizarse este estudio tomaremos como referencia los datos oficiales del Programa para el año 2011, que indicaban una cobertura de 28,000 centros poblados, atención a más de 470 mil hogares; beneficiarios que requieren los servicios de salud a través de 2,296 centros de salud y 19,848 instituciones educativas en 646 distritos de 14 regiones del país.

Para la transferencia monetaria y atención de sus hogares beneficiarios el Programa Juntos contaba con una presupuesto de 625 millones de soles, recursos que se había quintuplicado desde el año 2005, inicio de sus actividades como se puede apreciar en el gráfico a continuación:

Gráfico N° 1: Programa JUNTOS: Presupuesto Institucional Modificado y Hogares Abonados por año



Fuente: UGPPE Programa Juntos 2011

A nivel operativo, el Programa tiene vinculación directa con los gobiernos regionales y locales en dos fases de su intervención: Evaluación de la Oferta de Servicios y Cumplimiento de las Corresponsabilidades (condicionalidades), para institucionalizar el vínculo se han firmado Convenios de Gestión Operativa con los gobiernos regionales para comprometer acciones con las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones Regionales de Educación.

Hasta el año 2011, presupuestalmente, el Programa era una Unidad Ejecutora de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), ejecutando sus actividades, gastos e inversiones en el marco del Presupuesto por Resultados. Actualmente está adscrito a los Programas Estratégicos Articulado Nutricional¹ y Logros de Aprendizaje al finalizar el III ciclo de Educación Básica Regular (PELA)², que buscan optimizar la inversión social, especialmente en salud - nutrición y educación para fortalecer y

¹ En el que contribuye a erradicar la desnutrición crónica infantil, a través de la entrega de transferencias monetarias condicionadas (TMC), como estímulos a los hogares para la adopción de prácticas saludables en el cuidado infantil y la adecuada alimentación del menor de 36 meses.

² Mediante TMC que incentivan el compromiso de las familias con la educación, para asegurar la matrícula, asistencia y permanencia de los niños y niñas en edad pre-escolar (inicial) y escolar en sus instituciones educativas.

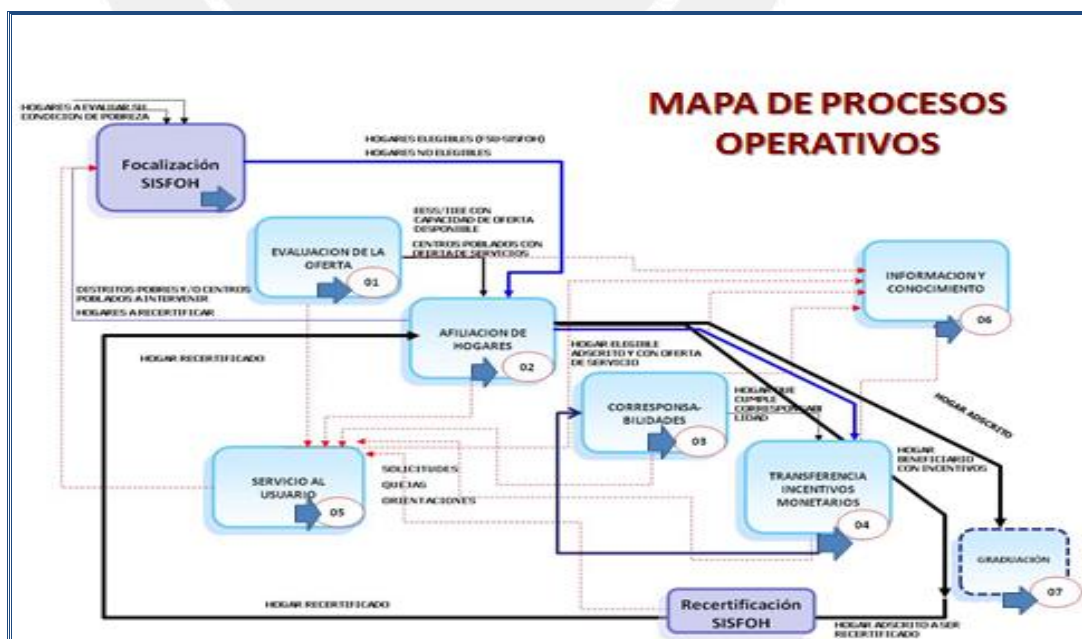
mejorar los servicios a la población en mayor pobreza. Siguiendo los lineamientos del Presupuesto Público para el año 2012, JUNTOS ha formulado una propuesta para implementar un Programa Presupuestal.

Actualmente, el Programa se encuentra adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social mediante el DS N° 001-2012-MIDIS desde el primero de enero de 2012, posteriormente a través del DS N° 002-2012-MIDIS, se declara en reorganización como parte del proceso que emprendió el ministerio con todos los programas a su cargo.

iii. Los Procesos Operativos del Programa

El Programa define para su funcionamiento siete procesos operativos, que son utilizados para la incorporación, atención, seguimiento y salida de los hogares beneficiarios. Además, de dos procesos de gestión que son utilizados para la mejora continua de la intervención y la medición de los cambios que se realizan en los hogares beneficiarios.

Gráfico N° 2: Programa JUNTOS: Mapa de Procesos Operativos



Fuente: Manual de Operaciones - Programa JUNTOS 2010

Población objetivo: Niños menores e iguales a 14 años y madres gestantes

Procesos Operativos:

- *Proceso de Evaluación de la Oferta en los Servicios de Salud- Nutrición y Educación*

Es un proceso operativo mediante el cual se determina si la Capacidad cuantitativa y cualitativa en la prestación de los Servicios de Salud y de Educación, de aquellos establecimientos del ámbito de jurisdicción territorial en que interviene el Programa JUNTOS, será suficiente para atender a nuestra población beneficiaria.

- *Proceso de Afiliación*

Es un proceso operativo de identificación de los Miembros objetivo de los hogares elegibles e inscribirlos en el Programa JUNTOS. El procedimiento de afiliación de hogares se inicia cuando el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) entrega los listados de hogares elegibles (Padrón General de Hogares JUNTOS).

Los miembros objetivos para el Programa son:

- Las Gestantes
- Los niños y niñas de 0 a 14 años.

Para la Afiliación de Hogares es un requerimiento: Validar la identificación de miembros objetivos en hogares potencialmente elegibles y la identificación de los servicios que brindan los Establecimientos de Salud e Instituciones Educativas, según corresponda a la demanda de la población objetivo para lograr su adscripción al Programa.

- *Proceso de Corresponsabilidades*

Es un proceso operativo de control de cumplimiento de corresponsabilidades, que se desarrolla, luego que la familia está afiliada y adscrita al Programa y, consiste en registrar y medir el cumplimiento de las corresponsabilidades cada dos meses en:

- ✓ Salud: niñas y niños menores de 6 años y madres gestantes que acuden al establecimiento de salud para sus controles Crecimiento y Desarrollo -CRED y sus controles pre-natales, respectivamente, y;
- ✓ Educación, niñas y niños mayores de 6 años que acuden a la institución educativa regularmente y son promovidos. (Si un niño o niña menor de 6 años está inscrito o inscrita en una institución educativa, se realizará la medición en educación inicial).

Dicha medición la realiza el Gestor Local en cada Sede Regional, en coordinación con los representantes de los establecimientos de salud y de las instituciones educativas, en una de las dos corresponsabilidades por miembro objetivo, esto es, salud o educación, no en ambas y el cumplimiento es verificado por los responsables de dichos establecimientos de salud y educación, mediante una firma y sello en los formatos de registros.

- *Proceso de Transferencias de Incentivos Monetarios*

El Proceso de Transferencia de Incentivo Monetario, se define como el conjunto de actividades que se desarrollan para liquidar las asignaciones de incentivo monetario correspondiente a cada hogar beneficiario del programa por el cumplimiento de sus corresponsabilidades en salud-nutrición y educación, así como su acceso oportuno para el retiro de estos incentivos. Se inicia al

completar el proceso de afiliación y continúa en períodos bimestrales. La entrega de estas transferencias está condicionada al cumplimiento de corresponsabilidades.

- *Proceso de Servicio al Usuario*

El Proceso de Servicio al Usuario, es un proceso operativo que se desarrolla a través de la Plataforma de Atención al Usuario, que es la instancia responsable de recibir y atender las peticiones de los beneficiarios y de los no beneficiarios, presentadas a través de los canales de comunicación virtual, telefónica, escrita y presencial, expresadas en consultas, solicitudes y quejas, referidos a todos los procesos operativos del Programa JUNTOS.

Se desarrolla a través de la Plataforma de Atención al Usuario, que es la instancia responsable de recibir y atender las peticiones de los beneficiarios y no beneficiarios presentadas a través de los canales de comunicación virtual, telefónica, escrita y presencial, expresados en consultas, solicitudes, y quejas, referidos a todos los procesos operativos del Programa JUNTOS.

- *Proceso de Información y Conocimiento*

Es un proceso operativo, que da a conocer a los hogares beneficiarios sus deberes y derechos en el marco del cumplimiento de corresponsabilidades, promoviendo el cambio progresivo del comportamiento en el cuidado de la salud-nutrición y educación, con la participación de las Madres Líderes.

El proceso de Información y Conocimiento, definido a partir de la aprobación del Manual de Operaciones del Programa JUNTOS en el año 2010, involucró la elaboración de una propuesta de Estrategia de Comunicación transversal del Programa, la cual define un abordaje estratégico para orientar las intervenciones comunicacionales,

enfocadas en el cambio de comportamiento de los hogares beneficiarios, que propiciará que los miembros objetivos de los hogares beneficiarios del Programa conozcan progresivamente sus deberes y derechos en el marco del cumplimiento de sus corresponsabilidades de salud – nutrición y educación.

- *Proceso de Graduación*

Este proceso se concentra en las estrategias que permitirán la superación de la condición de vulnerabilidad de los integrantes de las familias, en especial del futuro de las niñas y niños, potenciando sus capacidades. Por ello se plantea:

- ✓ Vincular a los hogares que tienen las mejores condiciones para el desarrollo de iniciativas productivas y de empleo, con otras entidades estatales y privadas que apoyan el emprendimiento en zonas rurales.
- ✓ Potenciar el desarrollo de capacidades de las niñas y niños de los hogares que permaneces en situación de pobreza.

Procesos de Apoyo a la Gestión:

- *Proceso de Monitoreo y Evaluación*

El Proceso de Monitoreo y Evaluación es un proceso de gestión orientado a determinar el progreso de las actividades y procesos operativos de acuerdo a sus indicadores y metas establecidas, así como de los resultados e impactos obtenidos por el Programa, en base al análisis de información, sea por recolección en campo, registros institucionales o fuentes secundarias, con la finalidad de contribuir a la adopción oportuna de toma de decisiones que permitan un eficiente y eficaz desarrollo del “Ciclo de Procesos” del Programa. Se desagrega en dos subprocesos: subproceso de monitoreo y subproceso de evaluación.

- *Proceso de Planeamiento y Presupuesto*

La gestión transversal del proceso de planeamiento y presupuesto, ha evolucionado de una programación global para todos los hogares con población objetivo, a otra que fue identificando a la población objetivo según prioridades:

- Hogares con madres gestantes y con niños y niñas menores de 36 meses, grupo prioritario en la formación de capital humano, actualmente se orienta el 28.38% del presupuesto en Transferencia de Incentivos Monetarios
- Hogares con niños entre 3 y 5 años de edad inclusive, reciben el 27.08% del presupuesto en Transferencia de Incentivos Monetarios
- Hogares con niños y adolescentes hasta los 14 años de edad el 44.54% del presupuesto en Transferencia de Incentivos Monetarios

La gestión del Programa que en la actualidad ha logrado llegar a 14 departamentos con mayor concentración de distritos (646) con hogares en situación de pobreza y extrema pobreza; ha implicado la necesaria orientación de la programación de actividades y recursos presupuestales por cada una de las actuales 16 sedes regionales.

iv. Avances en el ámbito social, económico e institucional.

La intervención del Programa Juntos, requiere de la alianza con diferentes actores del Estado:

JUNTOS dinamiza y vincula la demanda social de los más pobres con la oferta de los servicios de salud-nutrición y educación. Así, interactúa con 2,811 establecimientos de salud, 19,202 centros educativos y 646 municipalidades.

La entrega de las transferencias a los hogares formalizando convenios con el Banco de la Nación. El Programa hace uso en la actualidad de 482 puntos de pago: 176 en oficinas del Banco de la Nación; 301 en transportadoras; y, 5 en oficinas de la Caja Rural Nuestra Gente (entidad corresponsal del BN).

Su mayor preocupación y desafío se relaciona con asegurar la oferta de los servicios sociales de salud-nutrición, educación e identidad para lo cual gestionó convenios de Cooperación Intersectorial y efectivizó transferencias financieras con las entidades correspondientes.

A partir del año 2010, JUNTOS fortalece el proceso de verificación de corresponsabilidades con la suscripción de 26 convenios de Corresponsabilidad Operativa con 13 gobiernos regionales para los Servicios de Salud-Nutrición y Educación.

Los convenios son acuerdos de carácter operativo que se han tomado con los Gobiernos Regionales pero de forma independiente para el tema de salud y educación, en estos documentos se señalan compromisos, procedimientos y roles. Con algunos gobiernos regionales se han formados comités de trabajo para la implementación y seguimiento de los acuerdos como en el caso de Apurímac.

Según reporte del Programa JUNTOS en el período julio 2006 y junio 2011 se ha transferido un importe total de S/. 2, 217' 005,529.18 millones de nuevos soles. Dichos recursos han contribuido en el corto plazo, en la dinamización de las economías locales y comunales de 646 distritos y en particular de alrededor de medio millón de hogares en situación de pobreza y extrema pobreza. El Programa JUNTOS impulsa en el mediano plazo, el ejercicio de derechos y la formación del capital humano, fundamentalmente en las zonas rurales tradicionalmente excluidas.

2.1.2 Componentes del Proceso de Corresponsabilidades

i. Proceso de Corresponsabilidades

Es un proceso operativo de control de cumplimiento de corresponsabilidades, que se desarrolla, luego que la familia este afiliada y adscrita al Programa. Este proceso de verificación al cumplimiento de corresponsabilidades se realiza cada 2 meses, en los siguientes aspectos:

- ✓ Salud, niñas y niños menores de 6 años y madres gestantes que acuden al establecimiento de salud para sus controles Crecimiento y Desarrollo -CRED y sus controles pre-natales, respectivamente, y;
- ✓ Educación, niñas y niños mayores de 6 años que acuden a la institución educativa regularmente y son promovidos. (Si un niño o niña menor de 6 años está inscrito o inscrita en una institución educativa, se realizará la medición en educación inicial).

Tabla N° 1: Programa Juntos: Miembro Objetivo, Corresponsabilidad, Verificación y Monitoreo

MIEMBRO OBJETIVO	CORRESPONSABILIDAD	VERIFICACIÓN y MONITOREO
CORRESPONSABILIDADES DE SALUD-NUTRICIÓN		
Gestantes, Niños/Niñas de 0 a 24 meses	Acudir al establecimiento de salud para los controles prenatales y controles de crecimiento y desarrollo según corresponda, señalados	Se verifica la asistencia de al menos una vez cada dos meses de los miembros objetivos. Se monitorea el seguimiento de los

	en los protocolos de atención primaria en salud ³ .	indicadores claves: peso, talla y vacunas de manera bimestral del menor. Se monitorea la asistencia del hogar a las charlas educativas - comunicación para el cambio de comportamiento (CCC).
Niños/niñas de 24 meses hasta menores de 6 años (excepto aquellos que ya se encuentren cursando la EB – Nivel Inicial donde aplica la corresponsabilidad de Educación)	Acudir al establecimiento de salud para controles de crecimiento y desarrollo, señalados en los protocolos de atención en salud	Se registra la asistencia del menor en los establecimientos de salud con un cumplimiento bimestral. Se monitorea la asistencia del hogar a las charlas educativas CCC.

Fuente: Manual de Operaciones - Programa JUNTOS 2010

El cumplimiento de corresponsabilidades es el indicador central para el proceso de abono a las familias, se basa en un proceso de verificación y transferencia monetaria certificada por los órganos de línea del Programa.

³ Protocolos aprobados por Norma Técnica de Salud para la Implementación del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la Resolución de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal N° 063-MINSA, aprobado por Resolución Ministerial 193-2008/MINSA.

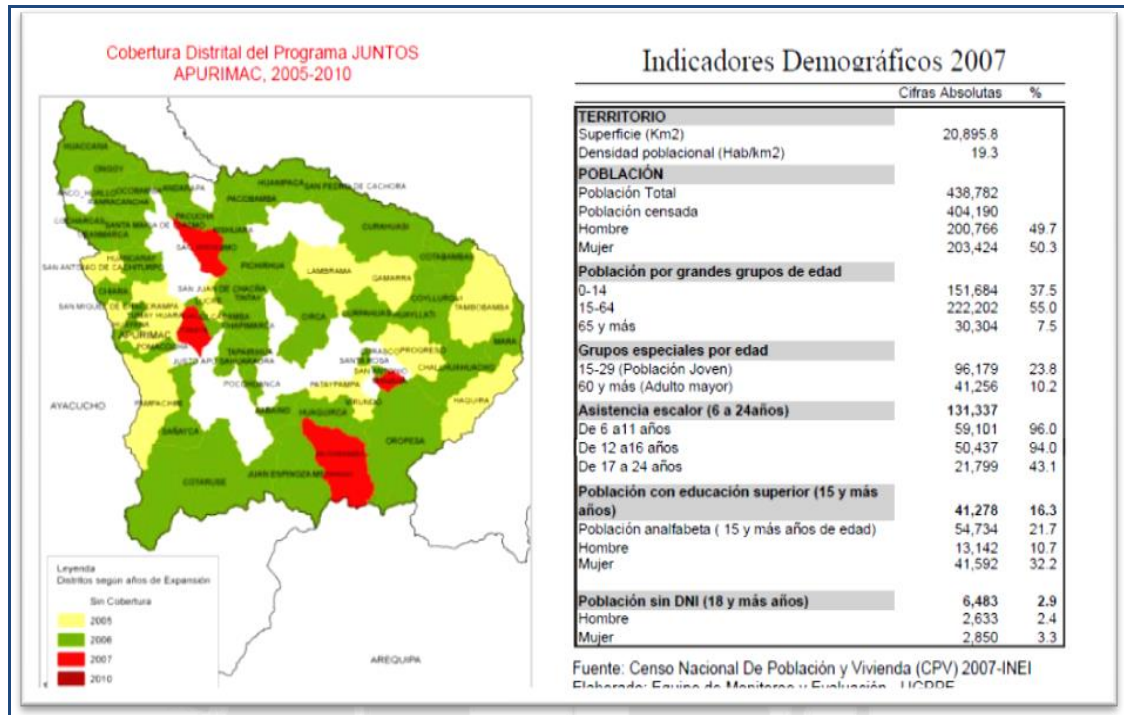
Tabla N° 2: Programa Juntos: Períodos y Frecuencias de Verificación del Cumplimiento de la Corresponsabilidad

	PERIODO 1		PERIODO 2		PERIODO 3		PERIODO 4		PERIODO 5		PERIODO 6	
	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Beneficiario	Beneficiario ingresa al programa		Beneficiario Cumple corresponsabilidad del 2do periodo		Beneficiario Cumple corresponsabilidad del 3er periodo		Beneficiario Cumple corresponsabilidad del 4to periodo		Beneficiario Cumple corresponsabilidad del 5to periodo		Beneficiario Cumple corresponsabilidad del 6to periodo	
Transferencia Monetaria		JUNTOS realiza 1er pago por ingreso de beneficiarios del 1er Periodo			JUNTOS realiza transferencia monetaria porque beneficiario cumple corresponsabilidades del 2do periodo		JUNTOS realiza transferencia monetaria porque beneficiario cumple corresponsabilidades del 3er periodo		JUNTOS realiza transferencia monetaria porque beneficiario cumple corresponsabilidades del 4to periodo		JUNTOS realiza transferencia monetaria porque beneficiario cumple corresponsabilidades del 5to periodo	
Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidad					JUNTOS verifica corresponsabilidad del 2do periodo		JUNTOS verifica corresponsabilidad del 3er periodo		JUNTOS verifica corresponsabilidad del 4to periodo		JUNTOS verifica corresponsabilidad del 5to periodo	

Fuente: Manual de Operaciones – Programa JUNTOS 2010

Dicha medición la realiza el Gestor Local en cada Sede Regional, en coordinación con los representantes de los establecimientos de salud y de las instituciones educativas, en una de las dos corresponsabilidades por miembro objetivo, esto es, salud o educación, no en ambas y el cumplimiento es verificado por los responsables de dichos establecimientos de salud y educación, mediante una firma y sello en los formatos de registros.

2.1.3 Aproximaciones al caso de estudio



Fuente: Equipo de Monitoreo y Evaluación de la UGPPE - Programa JUNTOS 2011

Apurímac es una de las regiones más pobres del país, según estimaciones del INEI para el año 2010⁴ Apurímac tiene el 63,1% de su población en situación de pobreza, con una tasa de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años de 28.5%. De acuerdo con datos proporcionados por el Programa Juntos 78 de los 80 distritos que tiene el departamento reciben atención del Programa, a diciembre del año 2010 se encontraban 33,986 hogares adscritos, beneficiando a 66,468 niños y niñas hasta los 14 años de edad⁵ y 299 gestantes que habitaban en 1,992 centros poblados.

Algunos logros señalados por el programa a través de los boletines elaborados por equipo de monitoreo y evaluación del Programa, señalan que “el 99.8% (66,362) de los niños y niñas beneficiarios por el Programa

⁴ INEI. Perú Perfil de la Pobreza por Departamentos 2001-2011

⁵ Edad límite que fue cambiada el año 2011.

JUNTOS están afiliados al SIS y el 72% (48,415) cuentan con Documento Nacional de Identidad” (JUNTOS 2011:1)

Algunas cifras comparativas entre el año 2007 y el 2011 mostradas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar para el caso de la Región Apurímac muestran avances en tres indicadores de salud de los niños: disminución de la desnutrición crónica, vacunas completas y controles de crecimiento. Diferente tendencia se puede observar en las gestantes que muestran disminución en la cantidad de controles pre natales y la cantidad de hierro recibido.

Tabla Nº 3: Región Apurímac: Indicadores de Salud en Gestantes y Niños

Indicadores	2007	2011
Niños menores de 5 años con Desnutrición Crónica	34.3	31.3
Niños menores de 36 meses con vacunas completas para su edad	72.1	85.4
Niños menores de 36 meses con CRED completas para su edad	19.5	43.1
Niños con suplemento de Hierro	32.1	27.4
Gestantes que reportan suplemento de hierro	88.1	92.9
Gestantes que reciben 6 a más controles pre natales	84.1	80

Fuente: INEI: ENDES 2007-2011. Elaboración propia

Durante los años 2009 y 2010, Juntos transfirió S/.35, 907,637 y S/.38, 291,053 nuevos soles a hogares pobres, respectivamente. La transferencia Acumulada desde Nov.2005 (fecha de inicio de las operaciones del programa) a Febrero 2011 fue de S/. 160, 869,415 nuevos soles.

2.2: Las Transferencias Condicionadas como Estrategia para la Superación de la Pobreza

2.2.1 Una aproximación a los enfoques que sustentan la intervención:

i. Política Social y superación de la pobreza

Una de las características de las políticas públicas es su vínculo con las agendas sociales, así como el Estado establece una intervención institucional para su atención: "...en el caso de la política social que atiende un problema estructural como la pobreza, la creación de instituciones que conllevan a la continuidad en el compromiso del Estado generalmente hace más viable el planteamiento y la consecución de objetivos de largo plazo, lo que a su vez incrementa la probabilidad de atacar el problema de raíz.(SZÉKELY, 2006)

En América Latina, cuando se habla de políticas sociales se hace referencia al crecimiento económico con equidad, basado principalmente en las consideraciones conceptuales que la CEPAL ha venido trabajando durante los últimos años con respecto a los temas de crecimiento económico y los efectos de las políticas sociales (Frankle, Aramburu, 2002: 71).

A principio de esta década la necesidad de ordenar las visiones, objetivos y estrategias desarrolladas por los diferentes programas sociales que existían en el país, dio lugar a la aparición de varias propuestas de política con la finalidad de articular recursos y esfuerzos en torno a la atención de población afectada por la pobreza. Del estudio realizado por el MIMDES (Dumler, 2010: 19), podemos conocer que el debate se centraba en la búsqueda de modelos de intervención integral, en dicho documento, se menciona cuatro principios básicos formulados por CEPAL

para entender la eficiencia y eficacia de los programas sociales: Universalidad, solidaridad, eficiencia e integralidad.

Sin embargo, en el debate sobre la necesidad de fortalecer mecanismos de monitoreo y evaluación de los programas y políticas sociales, la focalización y la articulación de las intervenciones se constituyen en los ejes fundamentales que ordenan las diferentes acciones de política social, como lo veremos más adelante cuando analicemos las propuestas del marco social multianual.

a. Las bases de la Política social

Sustentar la acción de la política pública con los objetivos de desarrollo social plantea revisar algunos aspectos esenciales a su formulación:

Vínculo con procesos distributivos. La búsqueda de oportunidades y activos sociales como estrategia para la generación de mayores ingresos familiares. En este sentido existe consenso en tres acciones que generan impacto intergeneracional: educación universal, atención médica y vivienda digna.

La discriminación positiva. Como estrategia válida para favorecer determinada intervención con la búsqueda de un impacto sostenido y revertir una condición de exclusión y vulnerabilidad social, de tal forma que el grupo favorecido con acciones de apoyo o atención desde el Estado a manera de acciones subsidiarias

En esta perspectiva es necesario entender las características y orígenes de un programa social como Juntos, debemos tener claridad en que como toda acción de política social tiene objetivos y metas a alcanzar en magnitud y tiempos determinados, desde el punto de vista de los activos que serán distribuidos a favor del grupo o grupos objetivos. Esta es la esencia que sustenta los objetivos programáticos del programa desde su

creación: subsidio directo y servicios públicos para generar mejores condiciones de desarrollo en las familias beneficiadas.

b. Buscando una estrategia para superar la pobreza y la desigualdad

Varios estudios de CEPAL plantean que para superar la pobreza y lograr la inclusión social se requiere “incrementar la tasa de participación en la actividad económica y la productividad de los miembros en edad activa de las familias pobres, combinando capacitación, información y servicios relacionados con los derechos reproductivos, junto con apoyar a las mujeres en la economía del cuidado a fin de posibilitar su participación laboral. Una mayor equidad social en materia de aprendizaje y escolaridad, mejores condiciones habitacionales y, muy especialmente, una disminución radical de las distintas formas de desnutrición infantil para mejorar la calidad de vida y el capital humano de los pobres” (CEPAL 2009, 23:24).

En este contexto, el concepto de desarrollo inclusivo, que nace en el marco de las Metas del Milenio formuladas por Naciones Unidas vincula reducción de la pobreza y vulnerabilidad, entendido como la “elaboración e implementación de acciones y políticas enfocadas al desarrollo socio-económico y humano que apunten a igualdad de oportunidades y de derechos para todas las personas, independientemente status social, género, condiciones físicas o mentales y raza” (Berman: 2006)

Este enfoque valoriza la contribución de cada ser humano al proceso de desarrollo en su concepción más amplia, superando los limitados modelos asistencialistas que acostumbran caracterizar la lucha contra la desigualdad y la pobreza.

Definir las características de la población en situación de pobreza es central para la intervención de los programas sociales y su proceso de identificación de beneficiarios. En el caso del Programa Juntos la

identificación de los beneficiarios se realiza en base al Sistema Nacional de Focalización de Hogares (SISFOH) que se sustenta en la definición realizada por el INEI sobre pobreza monetaria: “El Instituto Nacional de Estadística e Informática desde el año 1997 mide la incidencia de la pobreza. Para ello, utiliza el enfoque monetario absoluto y objetivo de la pobreza. Según esta noción de pobreza, se considera pobre a todas las personas residentes en hogares particulares, cuyo gasto per cápita valorizado monetariamente, no supera el umbral de la línea de pobreza o monto mínimo necesario para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias”. (INEI 2007)

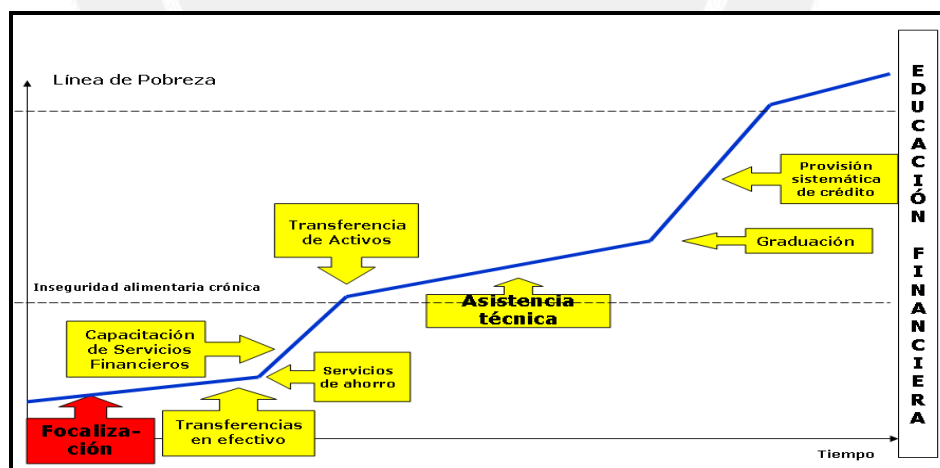
Las variables consideradas en el enfoque de activos y de estructura de oportunidades, señaladas por el INEI ha definido como variable dependiente, la condición de pobreza; y como variables independientes, el tamaño del hogar, la cantidad de perceptores de ingresos, los años de educación promedio del resto del hogar (mayores de 14 años), características de los jefes o jefas de hogar: sexo, edad, años de estudio, calidad del empleo, número de ocupaciones. Así como, tenencia de tierras (algún miembro del hogar es propietario de la tierra), posesión de activos empresariales, disponibilidad de servicios higiénicos, disponibilidad de energía eléctrica, tenencia de teléfono, propiedad de la vivienda y pertenencia a asociaciones.

Para el ámbito rural, los determinantes que influyen más en la disminución de la pobreza de los hogares son: la posesión de activos (productivos), que reduce a más de la mitad la probabilidad de ser pobre, propiciando la creación de fuentes de trabajo a partir de la posesión de estos activos; y en segundo lugar, el capital social, que propicia la formación de redes de colaboración y confianza entre los miembros de una comunidad como medio para salir de la pobreza; y en tercer lugar, las condiciones de conectividad y servicios públicos brindados por el Estado.

Por el contrario, los determinantes que contribuyen a incrementar la condición de pobreza son el tamaño del hogar, el sexo, la calidad del empleo y el número de ocupaciones. En esta área, los hogares jefaturados por mujeres tienen mayor probabilidad de estar en condición de pobreza respecto de aquellos donde los jefes de hogar son varones, pues junto a la precariedad laboral existente y a la carencia de otras fuentes de trabajo en el área que hacen difícil su inserción laboral; se suma el hecho de ser mujer (prácticas culturales dominantes) y de tener a su cargo la protección de su familia. (INEI 2009: 13-24)

Al respecto, existe un modelo de graduación de la pobreza, desarrollado por el Banco Mundial (Gráfico N° 3), basado en la perspectiva de los activos de los pobres y en el capital humano; se centran en ampliar las oportunidades de la población pobre para que puedan salir de ese estado y en los programas focalizados, según se observa en la siguiente ilustración:

Gráfico N° 3: Modelo de graduación de la pobreza

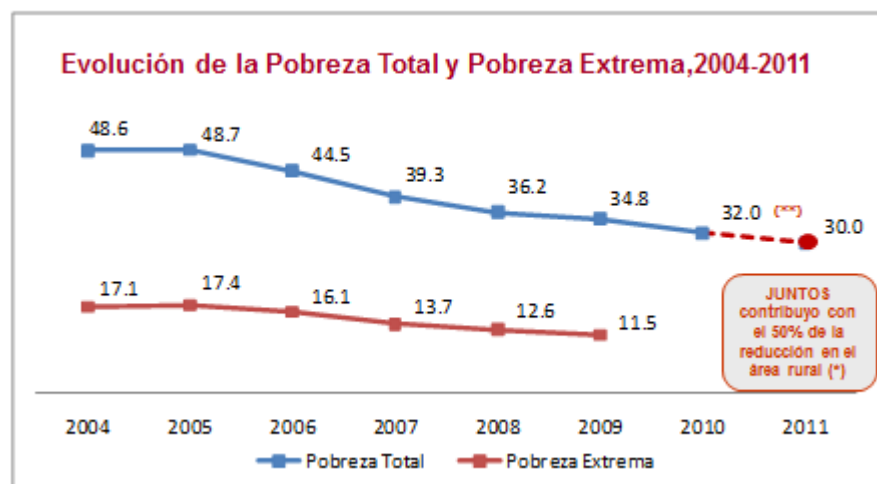


Fuente: Banco Mundial, División Asia, 2002

El caso del Perú es complejo para el análisis de las estrategias de lucha contra la pobreza, pues en los últimos años como podemos apreciar en la siguiente lámina se ha experimentado un sostenido crecimiento económico que ha impactado en la reducción de la pobreza y pobreza

extrema como lo muestran datos del INEI (Gráfico N° 4). Sin embargo, una revisión a profundidad sobre la disminución de la pobreza por ámbito geográfico muestran que se mantienen profundas diferencias en la disminución de los niveles pobreza evidenciándose que las mejores condiciones se encuentran en la costa del país y en las ciudades intermedias, en tanto que los niveles de reducción de pobreza son menores en el ámbito rural de la sierra y selva del país.

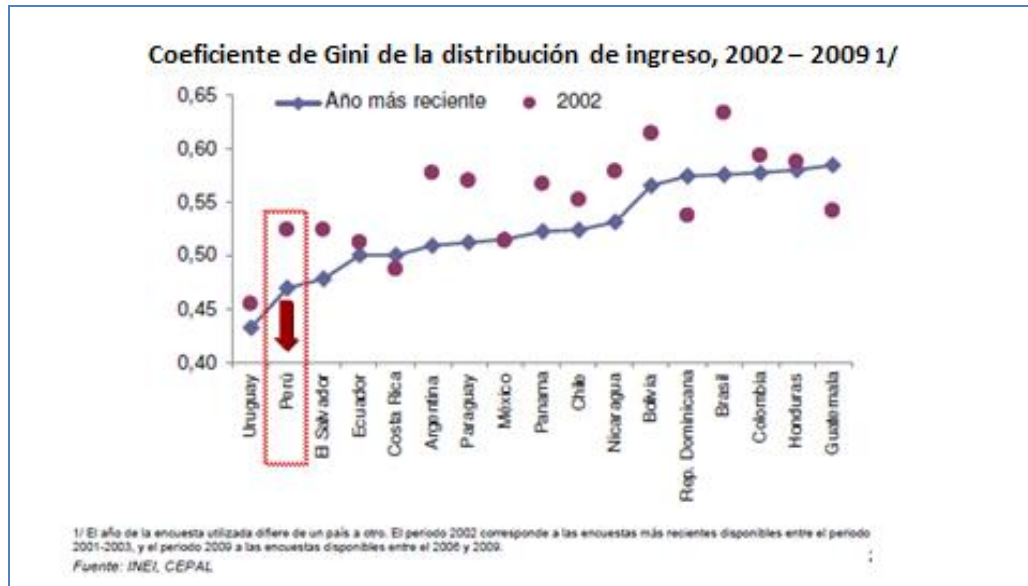
Gráfico N° 4: Perú: Evolución de la pobreza



Fuente: INEI: ENAHO 2009

Este panorama económico de crecimiento económico y reducción de la pobreza abre otros aspectos poco analizados en las propuestas gubernamentales de política social: La persistente desigualdad social, que cuestiona la ecuación a mayor crecimiento económico mayores logros sociales. Como señala un estudio de Gustavo Yamada en el periodo 2001-2010 el coeficiente de Gini (Gráfico N°5) se redujo en 13,4%⁶

⁶ Yamada Gustavo y otros: Desigualdad monetaria en un contexto de rápido crecimiento económico: El caso reciente del Perú. Documento de Discusión. Universidad del Pacífico. Lima, 2012.

Gráfico N° 5: Perú: Evolución de la Desigualdad


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

ii. Mirando el Enfoque de Desarrollo Humano y Capital Social

Las políticas se fundamentan en las propuestas de desarrollo como eje para la formulación de su intervención, en esa perspectiva, los programas de transferencia condicionada se sustenta en el enfoque de desarrollo humano con el propósito de fortalecer el capital humano, para este concepto se utiliza la formulación del PNUD en el Informe Nacional 2009 cuyo objetivo fue medir la atención de brechas sociales para el desarrollo social, podemos decir:

“Como en todo enfoque que incluye la dimensión ética, el desarrollo humano es normativo, porque propone un “deber ser” distinto al de la realidad actual, en reacción a las situaciones efectivamente existentes, especialmente las que experimentan los pobres y excluidos. Las normas en las que este enfoque normativo

se materializa van desde la formulación de políticas públicas hasta la infinidad de iniciativas familiares y sociales, individuales y colectivas existentes en la sociedad.” (PNUD 2009: 21)

Las políticas sociales como toda acción estatal se encuentran formuladas en concordancia con objetivos país y con los compromisos gubernamentales asumidos en la comunidad internacional. Para comprender las acciones de política social peruana tomaremos como referencia dos instrumentos: La Declaración del Milenio elaborado por Naciones Unidas y Las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional

En la Declaración del Milenio se recogen ocho objetivos, divididos en 18 metas, cuantificables mediante 48 indicadores concretos. De éstos, el Objetivo I se encuentra vinculado al tema de pobreza y desarrollo social. Para nuestro análisis tomaremos como referencia el vínculo del Programa con el Primer Objetivo (ODM) referido a la eliminación de la pobreza, así como con las metas 1A y 1C que focalizan la intervención en el incremento de los niveles de ingreso de las familias y los niveles alimentarios de los niños menores de cinco años

Objetivo 1. Erradicación de la pobreza extrema y del hambre

Meta 1A: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar:

- 1.1 Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día
- 1.2 Coeficiente de la brecha de la pobreza a 1 dólar por día
- 1.3 Proporción del ingreso o consumo que corresponde a la quinta parte más pobre de la población

Meta 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de

personas que padezcan hambre:

1.8 Prevalencia de niños menores de 5 años de peso inferior a lo normal

1.9 Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria (subnutrición).

Fuente: Declaración de Objetivos del Milenio, Naciones Unidas

En tanto, el concepto de capital social, alude a alianzas y asociaciones entre actores dando lugar a lo que suele denominarse capital social, concepto asociado a la confianza y la participación. En la Guía sobre Diseño y Gestión de la Política Pública, Edgar Ortegón señala como recursos del capital social el capital humano determinado por los grados de nutrición, salud y educación de la población; y el capital construido generado por el ser humano, que incluye infraestructura, bienes de capital financiero y comercial, etc. (Klisberg et al., 2000).

Señalando que para entender las implicancias del capital social en los procesos de desarrollo existen cuatro enfoques analíticos dentro del capital social, aplicados al desarrollo económico: la visión comunitaria, la visión de redes, la visión institucional y la visión sinérgica:

- La visión comunitaria del capital social destaca las asociaciones locales con sus organizaciones como sustento de las políticas, por cuanto permite reconocer y movilizar los activos sociales de los pobres y de esta manera lograr una mayor inclusión social a partir de la base.
- La visión de redes es una forma de establecer puentes entre actores sociales y robustecer los lazos que dan fortaleza a una política mediante la unión y la conjugación de elementos que de otra manera continuarán desintegrados y aislados.
- La visión institucional establece transparencia y responsabilidad en las instituciones al estimular un compromiso mayor con la

ciudadanía, dentro de un progresivo desarrollo de las libertades civiles y políticas.

- La visión de sinergia es quizás la de mayor importancia por cuanto a partir de una real y efectiva participación comunitaria, establece alianzas entre el Estado y la sociedad civil y, de esta manera, crea vínculos fundamentales para sacar adelante políticas de índole social o productiva, con presencia de los beneficiarios. (ORTEGON 2002: 138-140)

Por décadas la política social ha buscado dar respuesta a los problemas de pobreza y exclusión de la población con menores oportunidades de desarrollo, una estrategia de creciente aceptación son los programas de transferencia monetaria, los cuales como describe la Cepal en el texto Programas de Transferencia Condicionada. Balance de la Experiencia Resiente en América Latina y el Caribe son considerados programas de nueva generación basada en criterios de focalización y permanencia transitoria de sus beneficiarios, los cuales deben salir de su situación de pobreza como producto del fortalecimiento de sus propias capacidades:

“Se trata de programas no contributivos que tienen por objeto la reducción de la pobreza de ingresos y el fortalecimiento de las capacidades humanas de los destinatarios”. (CEPAL 2011: 187)

En el Perú la política social ha adquirido diferentes orientaciones y estrategias a lo largo de nuestra vida republicana, en especial desde la necesidad de responder a los retos del crecimiento poblacional, la migración hacia las ciudades y la pobreza de amplios grupos sociales. Para este estudio, sólo nos centraremos en el contexto que sustentó la creación del Programa JUNTOS, con el propósito de entender sus objetivos institucionales y la forma organizativa propuestos para su intervención.

A fines del gobierno del Presidente Toledo (2001-2006), aparecen dos documentos que expresan los enfoques de aquel tiempo: La Carta de

Política Social 2001-2006 elaborada por la Mesa de Lucha Contra La Pobreza, plantea un conjunto de principios y compromisos en materia de política social. Un aporte de este documento es la formulación de un conjunto de lineamientos que precisa el vínculo de la política social con una apuesta por el desarrollo humano y capital social, siendo 3 los lineamientos centrales:

1. Promoción de oportunidades y capacidades económicas para las personas y familias en situación de pobreza, preservando los derechos laborales en el marco de los convenios suscritos con la Oficina Internacional de Trabajo.
2. Desarrollo de capacidades humanas que sustente el desarrollo social sostenido.
3. Establecimiento de una red de seguridad social, que opere ante shocks macrosociales (crisis económica, conflictos bélicos), regionales (desastres naturales), familiares y personales (muerte, invalidez).

El otro documento es el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza (2005) que establece los objetivos país para enfrentar la pobreza, precisando objetivos, estrategias y acciones concretas. Por su carácter transversal la coordinación del Plan fue asignado a la Presidencia de Consejo de Ministros. Analizando el sustento de los objetivos propuestos por este instrumento, vemos que el énfasis se puso en generar oportunidades económicas a través de la mejora de las condiciones de trabajo y las características de empleabilidad de la población afectada por la pobreza, de tal forma que los servicios estatales fundamentales está orientada a garantizar que todo peruano tenga acceso a la salud, educación e identidad.

A partir de la formulación del Plan se establece un ordenamiento de los programas sociales en función de sus objetivos de intervención, esta propuesta con algunas variantes se siguió utilizando en los años

posteriores para todas las acciones de mejora de la intervención de la política social.

Tabla N° 4: Objetivos y prioridades estratégicas del Plan Nacional de Lucha Contra la Pobreza

EJES	OBJETIVOS	PRORIDADES ESTRATEGICAS
a) Desarrollo de capacidades humanas y respeto de derechos fundamentales	Asegurar el capital humano y social de grupos sociales en situación de riesgo y vulnerabilidad social	Protección integral de todos los niños y niñas en situación de riesgo menores de tres años de cualquier daño que afecte su desarrollo y potencial
b) Promoción de oportunidades y capacidades económicas	Incrementar sus activos familiares y comunitarios y mejorar sus ingresos y el empleo permanente	Mantenimiento preventivo y generación de infraestructura y desarrollo de iniciativas sociales productivas en base a mecanismos asociativos
c) Establecimiento de una red de protección social	Reducir los riesgos y proteger a las personas y sus familias	Protección a los grupos más vulnerables, especialmente los niños menores de tres años, mujeres embarazadas, puérperas, personas con discapacidad, personas adultas mayores y damnificados por efecto de emergencias naturales

Fuente: Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza

Como podemos apreciar el debate en torno a las políticas sociales se orientaba a dar respuesta a los agudos niveles de pobreza de aquellos años y a la agudización de la desigualdad social que se evidencia a pesar

del crecimiento económico. La agenda social del proceso electoral del año 2006 precisamente cuestionaba el llamado “chorreo” en la economía y visibilizó la necesidad de tener mejores herramientas para la intervención de los programas sociales.

Con el cambio de gobierno e inicio del segundo gobierno del Presidente García, la atención de la política social planteo la necesidad de una atención diferenciada por grupos específicos de la población con agenda concretas, por ejemplo la lucha contra la desnutrición crónica infantil que movilizó a diferentes actores sociales y marcó iniciativas estatales para articular servicios y generar cambios en las condiciones de inversión pública, en esta perspectiva se enfatizó en el incremento de recursos para obras de infraestructura educativa, de salud, seguridad y asistencia social, como podemos apreciar en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 6: EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL SEGÚN SECTORES, 1990-1991 A 2006-2007 (% PIB).

PRESUPUESTO EJECUTADO EN GASTO SOCIAL 2006 - 2011														
(En millones de nuevos soles)														
CONCEPTOS	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Incremento 2011 - 2006	
	Ejecucion	% PBI	Ejecucion	% PBI	Ejecucion	% PBI	Ejecucion	% PBI	Ejecucion	% PBI	Ejecucion	% PBI	Ejecucion	% PBI
I. Gastos de Educacion y Salud	11.800	3,9	12.852	3,8	14.955	4,0	18.220	4,6	18.979	4,8	20.694	5,3	75%	36%
II. Programas de Extrema Pobreza ^{1/}	3.857	1,3	4.844	1,4	5.876	1,6	6.862	1,7	7.301	1,9	7.384	1,9	91%	46%
III. Otros Gastos Sociales ^{2/}	1.878	0,6	2.408	0,7	2.400	0,6	3.372	0,9	3.872	1,0	3.745	1,0	99%	67%
IV. Gastos Previsionales	9.394	3,1	9.448	2,8	9.241	2,4	9.764	2,5	10.605	2,7	11.645	3,0	24%	-3%
GASTO SOCIAL TOTAL	26.929	8,9	29.552	8,7	32.472	8,6	38.218	9,7	40.757	10,4	43.468	11,2	61%	26%
Fuente: Cuenta General de la Republica 2011 - Ministerio de Economica y Finanzas														
^{1/} Incluye Programas sociales del Gobierno Nacional, incluyendo transferencias														
^{2/} Incluye gastos de los Gobiernos Locales														

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

Además el crecimiento económico de los años 2006-2010 implicó un incremento sostenido del presupuesto para la intervención de los programas sociales que ampliaron sus beneficiarios de manera

expotencial como fue el caso de Juntos, que propuesto como un proyecto piloto en el año 2005 pasó a ser uno de los principales programas para la atención de la población en situación de pobreza.

A lo largo del quinquenio, el debate sobre políticas sociales asumió como vigente la propuesta programática de las intervenciones desde un enfoque de desarrollo humano y derechos sociales. Los mayores cambios se efectuaron a nivel de implementación, por ejemplo se evidencia una alta valoración de intervenciones articuladas y de ordenamiento de las intervenciones. Dos ejemplos al respecto, la reducción del número de programas sociales; y la formulación de la Estrategia Crecer como estrategia de lucha contra la desnutrición infantil.

iii. La importancia de considerar la Gestión Descentralizada

Juntos desarrolla su intervención en el marco de un proceso de descentralización que determina que los servicios asociados al cumplimiento de la corresponsabilidad (salud y educación) se enmarcan en las políticas nacionales cuyos recursos se encuentran gestionados por instituciones regionales y locales con autonomía administrativa. Esta condición nos lleva a conocer el estado de la cuestión en el propio proceso de transferencia y ejercicio de las competencias transferidas desde el gobierno nacional.

El actual proceso de descentralización plantea la transferencia progresiva de competencias y recursos del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales con el fin de eliminar el centralismo. La construcción de un sistema de autonomías políticas, económicas y administrativas, se basa en la aplicación del principio de subsidiariedad y complementariedad entre los niveles de gobierno nacional, regional y local del Estado, con el fin de fortalecer éstos últimos y propiciar el crecimiento de sus economías.

Siendo un proceso de transformación político-administrativa PRODES organismo especializado en el tema sostiene:

“En marzo de 2002 el Congreso de la República aprobó la reforma constitucional en la que se establecía a la descentralización como una política permanente de Estado, que buscaba principalmente el desarrollo integral del país. Entre otras características, con esta ley se aprobaron también elementos que serían relevantes para el diseño del proceso:

La creación de gobiernos regionales sobre la base de departamentos: las primeras elecciones para presidentes regionales se celebraron hacia finales de 2002, y las autoridades regionales iniciaron sus actividades en enero de 2003” (PRODES 2007)

Producto de los cambios en los procesos de gestión de servicios públicos como consecuencia de las transferencia de competencias y funciones se hace evidente conocer los fundamentos del Sistema de Gestión Descentralizada como un conjunto de elementos funcionales, interrelacionados, encargadas de la sostener los procesos económicos, políticos, técnicos y culturales, desde la planificación hasta evaluación en los tres niveles de gobierno.

Dicho sistema se encuentra en pleno proceso de implementación y construcción continúa, por tanto la reflexión se encuentra en la fase de diseño y propuesta, como se aprecia en textos referidos al llamado modelo de gestión descentralizada:

“Una vez identificado el servicio, se analiza el ciclo de producción del mismo a fin de establecer los procesos o fases de gestión que implica hacerlo de manera descentralizada, en el que será importante indicar los roles de cada nivel de gobierno. Es decir, en vez de que exista un solo centro de decisión ahora habrá dos o más que actuarán con complementariedad y corresponsabilidad

generando interdependencias en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas relacionadas con dichos servicios” (Castañeda 2011: 60)

Un proceso complementario a la descentralización es el cambio de la propia gestión pública y que está vinculado a la propia capacidad del Estado de atender las demandas de la ciudadanía respecto a los servicios que brinda; así como a los mecanismos normativos que garantizan la sostenibilidad de las políticas públicas. En este sentido, existe consenso en torno a la valoración positiva de la transparencia, la eficiencia de los procesos y la determinación de resultados tangibles como lineamientos centrales en la modernización del Estado

La gestión basada en resultados se enmarca dentro del nuevo enfoque de la nueva gerencia y gestión pública, en el cual los recursos públicos se asignan, ejecutan y evalúan en función a cambios específicos que se deben alcanzar para mejorar el bienestar de la población. Lograr estos cambios supone producir resultados que mejoren notoriamente las condiciones de vida de las personas. Implica la provisión de herramientas de carácter presupuestal y operativos que sustenten una gestión por resultados en los que el/la ciudadano/a y los resultados que estos requieren y valoran se constituyen en el eje del accionar público. Para tal fin, se estructuran los presupuestos en función a los productos, es decir bienes y servicios que la población recibe de parte de las instituciones públicas, para lograr los resultados.

Finalmente en el marco de las funciones y transferencias transferidas a los gobiernos subnacionales en el país, se han promovido acciones de articulación intergubernamental e intersectorial para la acción de la política social, la más importante fue la Estrategia Crecer que se autodefinía como una “intervención articulada de las entidades que conforman el gobierno nacional, regional y local vinculados a la lucha contra la desnutrición crónica infantil de los menores de cinco años”

(2007), en este sentido la “articulación es asumida como un proceso que suma actividades que posibilita sinergias institucionales en base a objetivos específicos” (Acuña y Repetto 2009). Cabe destacar que la autoridad se concentraba en las instancias de poder político como la Presidencia de Consejo de Ministros, los presidentes regionales y alcaldes.



Capítulo III. Diseño de Investigación

3.1: Breve referencia al diseño

Para el trabajo de investigación se han identificado cuatro variables que están vinculadas al diseño, manejo y seguimiento de la corresponsabilidad en salud en el Programa Juntos

- Uso de normas y directivas permiten la articulación entre el sector y los diferentes niveles de gobierno para el cumplimiento de corresponsabilidades.
- Propuesta de corresponsabilidades en salud propuesto por el Programa (diseño, gestión, seguimiento)
- Capacidades institucionales en los diferentes niveles de Gobierno para el cumplimiento de corresponsabilidades.
- Uso de mecanismos para identificar e incorporar la opinión de los hogares beneficiarios respecto a los procesos de corresponsabilidad en salud.

Siendo una investigación cualitativa, se utilizarán instrumentos cualitativos para la recopilación documental y el levantamiento de información de los actores en campo; además, se emplearán técnicas cuantitativas para identificar y analizar reportes estadísticos producidos sobre y desde Juntos.

3.2: Descripción del método (s) y técnicas utilizados.

i. Estrategia Metodológica

a. Definición de la muestra

El enfoque de la presente investigación es cualitativo y se usarán técnicas cualitativas y cuantitativas. La técnica cualitativa permitirá revisar la documentación asociada a las diferentes fuentes y las entrevistas a

profundidad a los diferentes actores identificados. Por otro lado la técnica cuantitativa servirá para la medición de los indicadores en base a la data de los reportes estadísticos del Programa, para el análisis de variables importantes para la investigación (pobreza, pobreza extrema y desnutrición)

Técnicas cualitativas

La revisión documental está sustentada en la necesidad de recopilar información valiosa para los fines de la investigación a partir de los principales documentos generados por el Programa como: Plan Estratégico Institucional, Marco Lógico, Manual de Operaciones, Plan Operativo Institucional, Instructivos y Directivas de cumplimiento de corresponsabilidades en salud emitidos por el Programa y por la instancias del sector salud asociados al cumplimiento de este fin. Así como los reportes de seguimiento y monitoreo del cumplimiento de las mismas. Esto nos va permitir tener una visión general de este proceso y a su vez poder identificar las fortalezas y debilidades del mismo, con la finalidad de mejorar la intervención del Programa.

Para la aplicación de las entrevistas, se elaborarán fichas predeterminadas, que estén orientadas a validar la información y con opción abierta para poder incorporar mejor las percepciones de los entrevistados y por otro lado se profundice en los temas de interés, lo cual también resulta un elemento enriquecedor de la labor. Esto implica una modalidad **semiestructurada** de entrevista, lo cual también resultará provechoso si tenemos en cuenta que es de esperar que las respuestas obtenidas a algunas de las preguntas tengan un cierto contenido valorativo, siendo necesario contar con cierta pericia para aislar este factor, por ejemplo mediante preguntas adicionales adecuadamente dirigidas, y asumir la información que cuente con sustento objetivo y consenso.

Técnicas cuantitativas

Los reportes estadísticos del Programa JUNTOS permitirán el análisis de los indicadores relevantes de la investigación que están vinculadas al diseño, manejo y seguimiento de la corresponsabilidad en salud en el Programa Juntos. Así también, servirán para analizar las variables para la localización, la cual se encuentra en función de la focalización de hogares beneficiarios, así el número de beneficiarios afiliados, tiempo de permanencia, cumplimiento de corresponsabilidades en salud.

Asimismo, los reportes estadísticos del Instituto Nacional de estadística e Informática – INEI, servirán para analizar básicamente 3 variables: pobreza, pobreza extrema y desnutrición crónica.

Con esta data se podrá realizar un primer análisis global de la situación asociada al cumplimiento de la corresponsabilidad en salud y así poder delimitar la población de la investigación y seleccionar la muestra representativa a nivel nacional sobre la cual se recolectarán los datos para reflejar las implicancias del programa JUNTOS.

- **Población:** Hogares beneficiarios del Programas JUNTOS en los años 2009 y 2010.

- **Universo:**

Personas:

- El Equipo de Enlace y Cumplimiento de Corresponsabilidades de la Unidad Gerencial Operativa de Comunicación y Enlace Sectorial –UGOCES
- El Equipo Técnico de Monitoreo y evaluación de la Unidad Gerencial de Planeamiento y Presupuesto,
- Gestores Locales
- Personal del Sector Salud a nivel de sede central, Dirección Regional y local
- Representantes de los comités de vigilancia.

Instituciones: Programa Juntos, MINSA, gobierno regional y sociedad civil organizada.

- **Tipo de muestra Significativa**

Por las características cualitativas del estudio, se buscará que la muestra brinde información relevante o significativa al propósito del estudio, por lo tanto el muestreo no busca ser representativa de una población vinculada al estudio, sino plantea trabajar con actores o informantes calificados, así como con casos seleccionada según criterios de relevancia o conveniencia para la investigación

El tamaño de la muestra para este tipo de investigación con enfoque cualitativo, tomara como referencia el Gobierno Regional de Apurímac, donde el programa JUNTOS tiene beneficiarios en 7 provincias de 78 distritos (37, 507 hogares).

- **Método de muestreo no probabilísticos**

La investigación con enfoque cualitativo, por sus características, requiere de método de muestreo no probabilísticas, dado que, son de gran valor, pues logran (si se procede cuidadosamente y con una inmersión inicial en el campo) obtener casos que sean de interés y que lleguen a ofrecer una gran riqueza para la recolección y análisis de los datos.

Para la investigación, las personas elegidas para formar parte de la muestra no fueron elegidas al azar sino por su relevancia en los procesos y acciones desarrolladas en su función profesional y / o directivo dentro del Programa Juntos y el Gobierno Regional de Apurímac.

- **Método de Selección:** Muestra dirigida por teoría o muestra por criterios.

En concordancia con la estrategia metodológica a desarrollar, la muestra dirigida por teoría o muestra por criterios resulta la mejor opción. Esto se sustenta básicamente en que se trata de un Estudio de Caso en el que gran parte de la información requerida para conocer el funcionamiento y eficacia del proceso de corresponsabilidad en salud desde el nivel local.

Nivel de Observación por nivel de gobierno	Características
A nivel Central Programa Juntos, Oficinas del MINSA	Equipos responsables de las instancias que se involucran en el proceso de corresponsabilidad en salud
A nivel de Gobierno Regional Dirección Regional de Salud	Equipos responsables a nivel regional que orientan el cumplimiento de la corresponsabilidad en su ámbito y que tengan vigente el convenio con el Programa Juntos
A nivel local Los distritos del Gobierno Regional de Apurímac	Comités de vigilancia de distritos que incorporaron hogares beneficiarios en el periodo de tiempo (2009 y 2010) de la investigación.

b. Fundamentación de la Selección de la Muestra

La selección de la muestra dirigida por teoría o muestra por criterios, responde al objeto de estudio de la tesis que analizará las *condiciones de gestión descentralizada que emplean los tres niveles de gobierno y los cambios producidos en el cumplimiento de corresponsabilidades en salud para los beneficiarios del Programa JUNTOS*. Dado que, este método de selección, se utilizan en muchas investigaciones de este tipo y a partir de ellas, se hacen inferencias sobre la población. Su gran utilidad para esta investigación es que no requiere tanto de una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Resulta, por ello de interés para la investigación conocer el proceso desde el nivel regional de atención de los hogares, en este sentido a partir del levantamiento de información se plantea seleccionar la muestra representativa (distritos del programa JUNTOS) a fin de conocer cómo se concretiza en la práctica el conjunto de normas y arreglos institucionales que se han efectuado en el propio programa social, así como en las instancias regionales y nacionales del sector salud. Finalmente, la percepción de los actores claves institucionales y de la sociedad civil son centrales para el análisis a realizarse y la identificación de alternativas de mejora.

Se ha elegido la corresponsabilidad en salud-nutrición a diferencia de la corresponsabilidad en educación porque el diseño establece un conjunto de servicios y compromisos vinculados a dos miembros de la población objetivo del programa: gestantes y niños-niñas hasta los cinco años. Además desde la oferta de servicios existe la posibilidad de ver la acción de prevención, consejería y atención en los diferentes niveles del sistema de salud, así como los recursos asociados a éste.

Para la selección del análisis de caso regional la selección de la Región Apurímac se tomó en consideración la cobertura del programa que atiende a más del 90% de sus distritos, la antigüedad de la intervención desde el año 2005, año de las operaciones del programa. Así como los indicadores sociales y de salud que podrían aportar elementos de análisis al estudio.

ii. Determinación de las Técnicas de Recolección de Información.

De acuerdo con el diseño de nuestra investigación, la muestra seleccionada y el enfoque de análisis; se debe determinar las técnicas de recolección de información pertinente, la cual implica tres actividades estrechamente relacionadas: a) seleccionar un instrumento o método de recolección de datos, b) aplicar ese instrumento o método para recolectar datos y c) preparar observaciones, registros y mediciones obtenidas para que se analicen correctamente.

Es así, que se usarán técnicas cualitativas y cuantitativas. La técnica cualitativa servirá para revisar la documentación asociada a las diferentes fuentes y las entrevistas a profundidad a los diferentes actores identificados. Por otro lado la técnica cuantitativa servirá para la medición de los indicadores en base a la data de los reportes estadísticos del Programa y para el análisis de variables importantes para la investigación (pobreza, pobreza extrema y desnutrición

iii. Dimensiones de Trabajo y Análisis a nivel de las Unidades de Análisis, Fuentes e Instrumentos de Recojo de Información.

a. *Fundamentación de Elección de Unidades de Análisis y Fuentes de Información.*

Por las características de la tesis que se basará en un análisis de caso, se han identificado las fuentes y unidades apropiadas a la formulación de las preguntas centrales referidas conocer cuáles son los factores de gestión descentralizada que emplean los tres niveles de gobierno permite mejorar el cumplimiento de corresponsabilidades en salud de los beneficiarios del Programa JUNTOS

Para la presente investigación, se va tomar la información de primera fuente del Programa Nacional de Apoyo a los Más Pobres JUNTOS, a través de **entrevistas a profundidad** a los equipos técnicos de tres Unidades Gerenciales involucradas en el proceso de gestión y seguimiento de las corresponsabilidades en salud:

- El Equipo de Enlace y Cumplimiento de Corresponsabilidades de la Unidad Gerencial Operativa de Comunicación y Enlace Sectorial – UGOCES.
- El Equipo de Liquidación y Transferencia de la Unidad Gerencial Operativa de Afiliaciones y Liquidaciones
- El Equipo Técnico de Monitoreo y evaluación de la Unidad Gerencial de Planeamiento y Presupuesto,
- Gestores Locales

Asimismo, a nivel de la oferta de los servicios, se recogerá información del personal del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud, para ver las acciones realizadas que contribuyen con el cumplimiento de corresponsabilidades. Finalmente, se buscará recabar

información con las Gerencias de Desarrollo Social de algunos Gobiernos Regionales, con quienes se realiza las labores de coordinación; así como a representantes de los comités de supervisión y transparencia que realizan vigilancia para el cumplimiento de corresponsabilidades.

Otra fuente a utilizar es la revisión documental de informes y documentación que respalda la intervención del programa.

- ***Fuentes Primarias***

Entrevistas a personal del Programa Juntos y de las instituciones estatales de nivel regional y local asociados al proceso de corresponsabilidad en salud; así como a integrantes del equipo local de supervisión y transparencia

- ***Fuentes secundarias***

Revisión documentaria de normas e instructivos que establecen los procedimientos para la realización y seguimiento del proceso de corresponsabilidad en salud que se aplican a los hogares afiliados al Programa.

Ámbito en que se realizó el trabajo de Campo (territorial y/o institucional)

- Programa Juntos – Sede Central – Lima
- Programa Juntos – Zonal Apurímac
- Gobierno Regional de Apurímac – Gerencia de Desarrollo Social
- Dirección Regional de Salud - Apurímac

Capítulo IV. Presentación, Análisis e interpretación de los resultados

4.1 Del Proyecto al Programa Juntos: *Los cambios en la formulación*

Desde sus orígenes dos procesos marcaron la creación y desarrollo del Programa Juntos: La entrega de incentivos monetarios condicionados y la promoción del uso de servicios de salud y educación. Desde su creación como proyecto en el 2005 este programa social ha experimentado varios cambios con el propósito de aumentar su eficiencia, es importante señalar que como programa de transferencia monetaria condicionada es considerado como una intervención de última generación en la lucha contra la pobreza.

En este sentido al revisar la orientación programática de Juntos se puede apreciar que tanto en la visión y fines estratégicos (Gráfico N°7) se sustenta el incremento del capital social como eje para la ruptura de la transmisión de la pobreza asociando el incentivo de la demanda a la oferta de servicios sociales, de esta manera desde una lógica del ejercicio de derechos sociales los beneficiarios son considerados como actores centrales en una lógica de asocio con el Estado.

Gráfico N° 7: ORIENTACION PROGRAMATICA DEL PROGRAMA JUNTOS, 2010

NIVEL	DESCRIPCIÓN
VISIÓN	Evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema, contribuyendo de esta manera el desarrollo del país

MISIÓN	Contribuir al desarrollo humano y de capacidades especialmente de las nuevas generaciones, mediante la transferencia monetaria condicionada y el acceso pleno a servicios de calidad de las familias más pobres – en identidad, salud, nutrición y educación – bajo un enfoque de restitución de derechos básicos, participación organizada y vigilancia de los factores y determinantes sociales en la comunidad.
FIN	Contribuir a la reducción de la pobreza y a romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema
PROPÓSITO	Generar capital humano en hogares en pobreza en corresponsabilidad Estado - hogar, mediante la entrega de incentivos monetarios condicionados para el acceso y uso de servicios de Salud - Nutrición y Educación; y mejorar la capacidad de consumo

Fuente: Programa Juntos Manual de Operaciones del Programa, 2010

Precisamente, el vínculo entre demanda y servicios sociales nos abre la oportunidad de reflexionar sobre los ajustes institucionales que se han realizado dentro del programa y fuera de este, principalmente en el sector salud como socio estratégico para el cumplimiento de la condicionalidad de salud- nutrición.

Una revisión de la historia institucional del Programa nos muestra que la entrega de dinero a las familias beneficiarias y la focalización de beneficiarios son los dos procesos operativos que ha suscitado la mayor atención del programa. La entrega de los pagos por el cumplimiento de condicionalidades se fue modificando en base a la

propia expansión del programa, que creció casi un trescientos por ciento desde el inicio de sus operaciones en el año 2005. Es comprensible que el equipo técnico central buscara diversas estrategias para atender a sus beneficiarios, en este sentido una fuerte alianza con el Banco de la Nación y los propios avances de la bancarización en el país han permitido una serie de ajustes en el proceso de pago.

En las entrevistas realizadas existe consenso sobre la importancia que el programa ha otorgado al proceso de transferencia monetaria:

“Como se realiza el pago a las familias ha sido la principal preocupación del programa, por ello uno de los procesos operativos que cuenta con muchas especificaciones de procedimiento para su cumplimiento es la transferencia monetaria, es diferente con los otros procesos” (Profesional equipo UGOAL)

“La Transferencia Monetaria tuvo un proceso evolutivo importante porque se tenía que enfrentar problemas de accesibilidad por razones geográficas y de baja conectividad en el país. Hemos mejorado los procesos administrativos con la participación de otros actores estatales y privados como el Banco de la Nación y empresas transportadoras de valores” (Directivo del Programa)

Recordemos que los actores principales del programa son las mujeres y los niños de hogares rurales, ciertamente el énfasis de la estrategia central del programa en la superación de la pobreza tomando como base el desarrollo de competencias y capacidades de las futuras generaciones expresan una apuesta por relevar una apuesta por el capital humano en base al asocio con los propios actores.

El año 2008 marca un hito en el proceso de consolidación para el programa, entre las innovaciones de gestión destaca la reingeniería de sus procesos operativos, denominado Rediseño del Programa JUNTOS (ver Gráfico N° 8) lo que permitió, por ejemplo, migrar hacia un ciclo de procesos bimestral, lo que significó realizar una adecuación más eficiente y eficaz de sus procesos. Entre ellas:

- Cambio de la transferencia monetaria mensual a bimestral, disminuyendo los riesgos y reduciendo los costos de traslados de los titulares a los centros de pago.
- Reubicación de los puntos de pagos en favor de las zonas más alejadas y de complejo accesibilidad, a través de una red de transportadoras de valores.

Un aspecto central en el modelo de trabajo del programa fue pasar de un proceso de trabajo por funcionalidad y especialización a otro que se estructuraba en base a enfoque de procesos y gestión por resultados.

En el año 2010, se aprueba el Manual de Operaciones del Programa, donde se muestra los cambios estratégicos, diferenciando dos etapas: Juntos I cuyos principios fueron válidos hasta diciembre del 2009, en esta época señala el documento eran tres los procesos operativos centrales: Afiliación, Verificación de cumplimiento de condicionalidades y la liquidación y Transferencia Financiera.

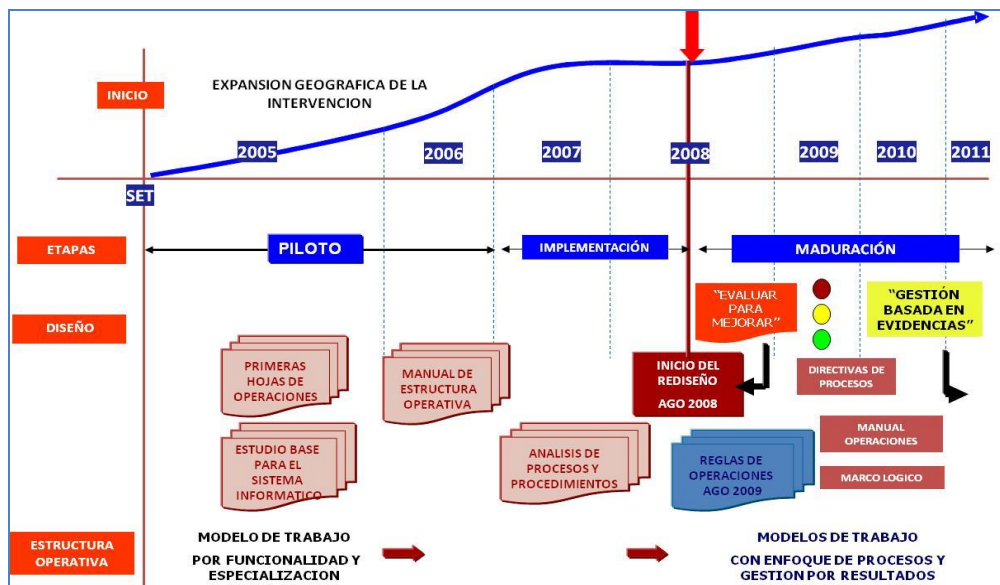
Hasta el año 2009, operativamente el programa tenía un control directo sobre la puesta en marcha de estos tres procesos operativos, orientando la identificación de beneficiarios, así como la supervisión del cumplimiento de las corresponsabilidades, en este sentido eran los propios promotores sociales quienes llenaban los formatos en establecimientos de salud y centros educativos.

En el denominado Juntos II, que se inicia en el 2010, se formulan siete procesos operativos: Evaluación de la oferta, Afiliación de Hogares,

Verificación de cumplimiento de Corresponsabilidades, Transferencia de Incentivo Monetario, Servicio de Atención al Usuario, Graduación e Información y Conocimiento.

Otro elemento importante a destacar en los procesos de ajuste institucional es la importancia del proceso de monitoreo y evaluación para la implementación de cambios en los procesos operativos. En esta perspectiva existen dos documentos “Evaluar para mejorar” (2008) y “Gestión Basada en Evidencias” (2010) que se constituyen en los planes de monitoreo del Programa y cuyos resultados orientaron la formulación del marco lógico, el manual operativo y los instructivos para el funcionamiento de cada proceso operativo.

Gráfico N°8: Programa JUNTOS: Línea de Tiempo



Fuente: Programa Juntos 2010

Es importante puntualizar que Juntos es un programa social joven, que además nace en un contexto de profundos cuestionamientos y cambios en dos políticas nacionales: Por un lado el proceso de descentralización que se inicia el año 2002 y por otro la propia política social que por esos mismos años introduce dos elementos nuevos: la *focalización* de beneficiarios a través de un sistema de identificación

individual en base a su condiciones de pobreza y la *eficiencia* en su intervención que establecía procedimientos específicos en base a objetivos de intervención, así como herramientas para el monitoreo de los resultados esperados.

4.2 Corresponsabilidades y descentralización ajustes necesarios

4.2.1 De la Condicionalidad a la Corresponsabilidad

En esta sección vamos a analizar los factores que han determinado el cambio en la concepción de la relación entre beneficiarios del programa Juntos y el Estado Peruano, cambio que ha orientado el diseño y las diferentes acciones que el propio programa ha impulsado desde el 2005.

Tomando como referencia la propia definición del Programa sobre su Misión en el año 2005 encontramos que Juntos define su accionar en la “entrega de incentivos monetarios a las familias que más necesitan, se orienta a promover junto al Sector Salud, prácticas saludables en la gestión e infancia y con el Sector Educación, la valoración del cuidado y la formación e infancia y con el Sector Educación, la valoración del cuidado a formación integral de sus hijos en la niñez y adolescencia” (Juntos, 2010)

Nótese que en los objetivos enunciados se menciona únicamente a los sectores como socios para la promoción de prácticas y valores para el cambio de actitudes de las familias beneficiarias para la mejora en su acceso a servicios de salud y educación, por este motivo se intentaron varias estrategias orientadas a generar estrategias en alianza con estos dos sectores. Una estrategia principal la podemos encontrar en la formación del Consejo Directivo del Programa que tuvo vigencia hasta la adscripción del Programa al Ministerio de

Desarrollo e Inclusión Social, donde los ministerios de Salud y Educación eran representados por los titulares de dichas carteras o sus representantes directos.

Con el cambio promovido por el denominado Rediseño del Programa (2008) el concepto de condicionalidad cambia a corresponsabilidad enfatizando que el propósito del programa se centra en el compromiso para asumir comportamientos claves por parte de los beneficiarios que se promueven con el incentivo económico otorgados a las familias. Por ello la dimensión operativa de este proceso incluye la alianza con otros actores locales; así como el desarrollo de dos líneas de acción: comunicación participativa y enlace y cumplimiento de corresponsabilidades.

En el siguiente cuadro podemos apreciar con mayor detalle cuatro dimensiones de los cambios producidos en el proceso operativo de las corresponsabilidades: En la frecuencia de las mediciones se pasó de trimestral a bimestral; respecto a las responsabilidades se dejó de asumir como una responsabilidad de Juntos para trasladarlo a los sectores prestadores de los servicios; para la medición se abandonó el hogar como unidad de medida para diferenciar acciones por grupo etario; y finalmente, se impulsaron algunas estrategias diferenciadas para el incentivo en la prestación de los servicios y su medición.

**Tabla N° 5: Corresponsabilidades, principales cambios
(2006 – 2010)**

	Juntos I	Juntos Transición	Juntos II
Periodicidad	Verificación trimestral de Condicionalidades	Verificación bimestral de Condicionalidades	Verificación trimestral de Condicionalidades

Responsable	Promotor llena información y recoge información en formatos físicos	Gestor local registra información y recoge los formatos físicos	Sectores remiten información (Estrategias de viabilidad por microredes y Ugeles)
Forma de Medición	Medición de Asistencia del hogar	Medición de Asistencia del hogar	Control por cada miembro del hogar y medición de peso – tallas y vacunas por ciclo de vida
Instrumento Institucional	Acuerdos Interministeriales MINSA – MINEDU	Acuerdos Interministeriales MINSA – MINEDU	Acuerdos Intergubernamentales
Estrategia		Control de Corresponsabilidades (pilotos en esquemas alternativos de pago diferenciado (tres distritos) Set-Oct 2010	Incentivo a Microredes. Enero 2011

Fuente: Manual de Operaciones. Programa Juntos 2010

4.2.2 La Relación con el Sector Salud

Una estrategia de tipo más operativa fue la transferencia de recursos desde el Programa Juntos a los sectores con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a las familias beneficiarias del Programa. En el año 2006 se firma el Convenio N° 027-2006 “Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Pobres –Juntos y en Ministerio de Salud” con el propósito de diferenciar el uso de los recursos transferidos y la responsabilidad

de cada una de las partes en la implementación de mejoras para la atención de las familias que se incorporaban al Programa.

Años después, en un acta del Consejo Directivo del 2010 se señala que al Sector Salud se han transferido más de cien millones de soles entre los años 2005 y 2007 como se muestra en detalle en la Tabla adjunta.

Tabla N° 6: Programa Juntos: Transferencia Financiera al Sector Salud (soles)

Sectores	Transferencia Financiera por Sectores			
	2005	2006	2007	Total
Salud	13,290,302	30,000,000	60,000,000	106, 610,302

Fuente: IX Sesión Ordinaria del Consejo Directivo del Programa Juntos, Setiembre 2010

Varios informes sobre el tema señalan que los recursos fueron orientados por el MINSA en cuatro líneas de intervención: mejoramiento de la oferta de servicios de salud (inversión en infraestructura), promoción de la salud, subsidio en la atención en establecimientos de salud a beneficiarios Juntos, apoyo a la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y Monitoreo y Evaluación de la Intervención en el Sector Salud.

En el año 2007 con fondos provenientes del programa se apoya financieramente SERUM⁷, según datos del sector salud con este fondo “se cubrió el 33,9% (208) de los 614 distritos del ámbito JUNTOS, para atender a una población de 7 487 508 habitantes de las zonas más vulnerables del país, en distritos de extrema pobreza y muy pobres ubicados en 12 regiones del país: Ancash, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Pasco, Piura y Puno”. (MINSA 2010; 117)

⁷ Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud

Desde el inicio del funcionamiento del programa se estableció una relación fluida con el Minsa que tenía un representante de su alta dirección en el Consejo Directivo donde se establecían las políticas institucionales para la intervención del programa. Además en el propio ministerio desde el año 2006 se implementan un conjunto de herramientas para dar cuenta de las familias que accedían a los servicios en salud asociados a la transferencia condicionada, asignando la responsabilidad a la Dirección General de Salud de las Personas.

En el año 2006, se dicta la Resolución Ministerial 443-2006-MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 083-2006- MINSA / DGSP elaborada por la Dirección General de Salud de las Personas para establecer el manejo de los formatos salud-juntos que el personal de los establecimientos de salud debe emplear en las zonas de intervención del programa. Esta norma se actualiza con Resolución Ministerial N° 711-2010/MINSA del 13 de setiembre del 2010, posteriormente la Resolución Ministerial N° 807-2010/MINSA del 15 de octubre del 2010, aprueba la Directiva Administrativa N° 083-MINSA/DGSP-V02, para el Manejo de Formatos de Salud-Juntos.

El sector salud estableció tres tipos de formatos para la identificación de los profesionales de la salud y los paquetes de servicios asociados a la corresponsabilidad en salud-nutrición:

- Formato N° 01: Identificación de los representantes de los establecimiento de salud, microrredes y redes de salud
- Formato N° 02: Registro de Cumplimiento de Corresponsabilidades en salud-nutrición en niños y niñas menores de 6 años
- Formato N° 03: Registro de Cumplimiento de Corresponsabilidades en salud-nutrición en las gestantes.

Por su parte la Dirección General de Salud de las Personas es responsable de normar los procesos relacionados con la conducción, regulación, armonización de la provisión, aseguramiento y desarrollo de funciones esenciales de salud pública; Así mismo, establece las normas, la supervisión y evaluación de la atención de la salud por etapas de vida, además de establecer la categorización, acreditación y funcionamiento de los servicios de salud y gestión sanitaria a nivel nacional.

4.2.3 La importancia de los Programas Estratégicos del Presupuesto por Resultados

Un proceso importante para los cambios y acciones desarrolladas por el Programa Juntos está marcada por la implementación del denominado presupuesto por resultados promovido desde el Ministerio de Economía y Finanzas el año 2007, que establece la formulación de programas estratégicos como una herramienta del proceso presupuestario para establecer intervenciones articuladas del Estado entre sectores y niveles de gobierno en torno a la solución de problemas que aquejan a la población.

Por definición, presupuestar por resultado orienta todo el ciclo de formulación, aprobación, ejecución y evaluación del presupuesto público hacia una visión de largo plazo que identifica resultados medibles en favor de la población⁸

Juntos en materia de salud, se inscribe en dos de los primeros cinco programas estratégicos formulados: el Programa Articulado Nutricional y el Programa de Salud Materno Infantil, los cuales se estructuraron en base a la identificación de metas, actividades e indicadores de desempeño formulados desde un enfoque de planificación estratégica que utilizó la formulación de un marco lógico

⁸ Art. 79 Ley 28441 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

y la identificación de productos y logros de resultados identificados en base a la responsabilidad de cada uno de los actores involucrados.

Tabla N° 7: Programa Presupuestales por Enfoque de Derechos

Población y zonas prioritarias		
Niñas y niños en situación de pobreza, de zonas rurales y urbano-marginales		
Derechos asociados al bienestar de la población	Actividades prioritarias	Programas Presupuestales Estratégicos
Derecho a la vida	Atención de la mujer gestante	“Salud Materno Neo natal”
	Atención del neo nato menor de 29 días	“Programa Articulado Nutricional”
Atención Derecho al desarrollo pleno de capacidades	Atención al menor de 5 años	
	Atención de EDAs e IRAs	
	Abastecimiento de agua segura y vigilancia y control de calidad de agua para consumo	

Fuente: Ministerio de Salud, Setiembre 2010

Cabe señalar que la responsabilidad de la formulación y conducción de los programas estratégico era de los sectores del gobierno nacional, en ambos casos por nivel de involucramiento el sector salud era un actor protagónico.

Una de las consecuencias de la incorporación del presupuesto por resultado en el programa es la diferenciación de los paquetes de servicios por tipo de beneficiario, así a partir del denominado rediseño

de Juntos y la aprobación del Manual de Operaciones del Programa, podemos identificar claramente resultados para mujeres (atención a la gestante); niños y niñas (atención al neonato, atención a los menores de 5 años). Con esta definición de servicios diferenciados se pone fin a la atención de la familia como sujeto de intervención, afinándose las herramientas de gestión, seguimiento y monitoreo por producto y beneficiario.

Recordemos, por ejemplo que en el programa articulado nutricional el marco lógico de la intervención identifica un conjunto de actividades estratégicas que generan resultados para influir en el cambio de las causas de la desnutrición crónica infantil. De esta manera se establece un paquete de servicios en materia de salud como el incremento de la cobertura del Control de crecimiento y desarrollo (CRED) en niños menores de 36 meses, tomando como base la afiliación de los hogares al programa, consecuentemente en Juntos se identificó en el marco lógico del programa el acceso al CRED como un resultado esperado del cumplimiento de la corresponsabilidad en salud.

Gráfico N° 9: Marco Lógico del Programa Articulado Nutricional



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas

4.3 Capacidades Institucionales del Programa

En la estructura orgánica establecida a partir del 2010, la instancia responsable de la promoción y verificación de las corresponsabilidades es la Unidad Gerencial Operativa de Comunicación y Enlace Sectorial (UGOCES) orienta la acción de los gestores locales en esta materia y coordina con el Sector Salud y Gobiernos Regionales y Locales.

Con el cambio establecido para la promoción y verificación del cumplimiento de la corresponsabilidad el Programa va desarrollando un conjunto de herramientas para contar con procedimientos y herramientas que permita llegar a la población beneficiaria desde una dimensión más promocional, al respecto uno de los profesionales recuerda:

“Con este objetivo (sensibilizar a la población), el Programa trata de implementar una estrategia de comunicación para gestionar información hacia los hogares, que incide en la importancia de cumplir las corresponsabilidades en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes pero se quedó en diagnóstico, sólo se realizó una consultoría sobre este tema”. (Profesional equipo UGOCES)

En este sentido, la revisión de documentación muestra que en los años 2009 y 2010 se realizó un gran esfuerzo institucional por desarrollar instrumentos de gestión para orientar la operatividad de cada uno de los procesos, de tal forma que en agosto del año 2010 se aprueba de Directiva del Proceso de Corresponsabilidades en los servicios de salud-nutrición y educación⁹. Sin embargo y a pesar de ser un documento que establece de origen las dimensiones de sensibilización y verificación, el peso en el documento se orienta hacia

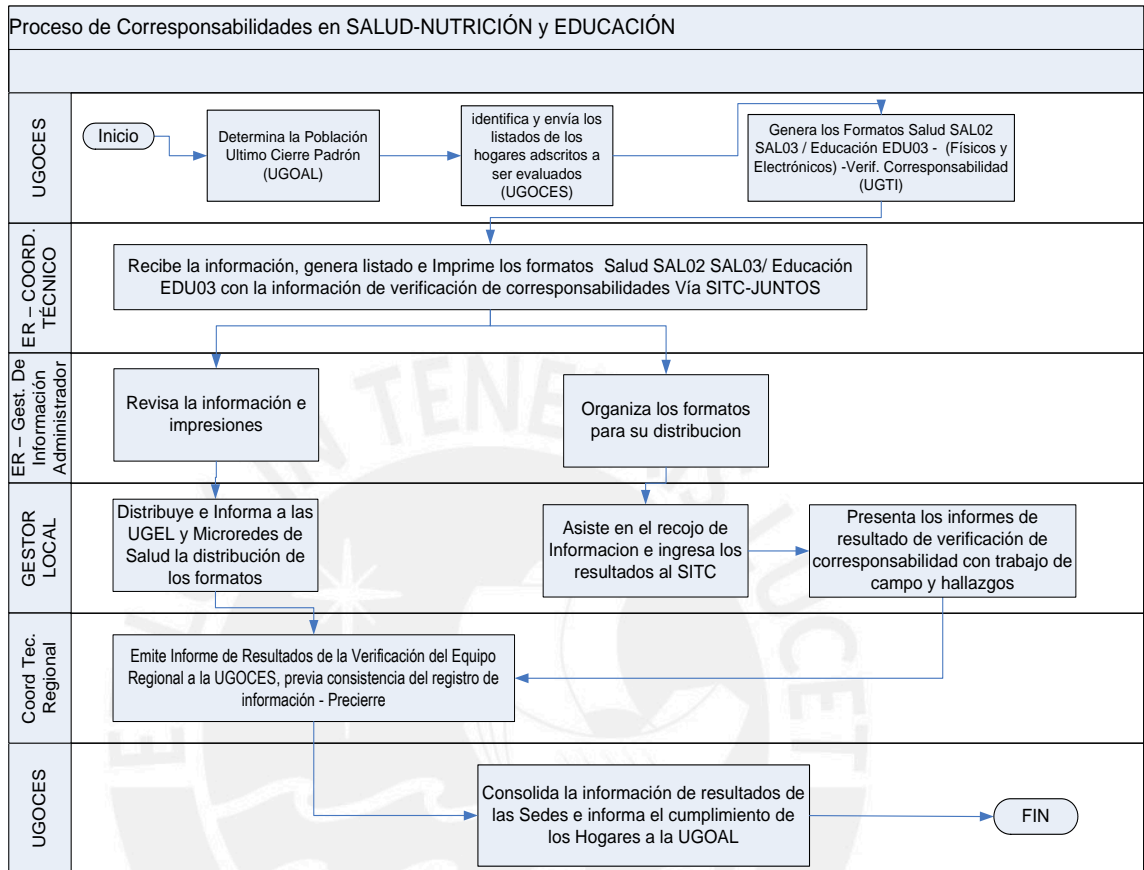
⁹ Aprobada con Resolución de la Dirección Ejecutiva N° 053-2010-PCM-PNADP-DE

el seguimiento y monitoreo de la información para evidenciar el acceso de los beneficiarios al servicio, estableciendo que la responsabilidad del servicio así como los registros son responsabilidad de las ugeles o diresas ahora administradas por las regiones.

La directiva da cuenta de cuatro dimensiones para la intervención de los gestores del programa a nivel local: registro de la información del cumplimiento de las corresponsabilidades, verificación, cumplimiento y monitoreo.

Una mirada a las funciones de esta gerencia muestra dos dimensiones del trabajo asumido: el proceso de verificación y las acciones de sensibilización o promoción con las familias para el cumplimiento de la corresponsabilidad. Tomando como referencia el Gráfico N° 10 que se muestra a continuación, podemos ver con detalle los momentos y acciones identificadas para la provisión de formatos, el rol de los equipos regionales en especial la función de los gestores locales para la distribución y recojo de la información sobre las familias en las propias localidades. El proceso concluye con la elaboración del informe que emite la gerencia para sustentar la transferencia monetaria.

Gráfico N° 10: Responsabilidades en el Proceso de Corresponsabilidad



Fuente: Directiva de Corresponsabilidades Programa Juntos 2010

La segunda función de la gerencia, está referida a cambios de actitudes y el desarrollo de prácticas favorables en las familias que se inscriben en el programa. Esta función identifica dos actores claves: el gestor local y las madres líderes que son mujeres de la propia localidad con capacidad de liderazgo que ocupan alguna responsabilidad en las organizaciones locales.

Específicamente la Directiva de Corresponsabilidades hace mención al desarrollo de capacidades de las madres líderes como aliadas para las acciones de comunicación y sensibilización que el programa desarrolle a través de sus equipos regionales.

Respecto al cumplimiento de esta función es donde se encuentra mayor dispersión en la intervención del programa, existe en un alto reconocimiento de la importancia del rol del programa respecto al cambio que las familias deben conseguir y donde el incentivo monetario es una estrategia para el estímulo como se puede leer de la siguiente entrevista:

“El Programa JUNTOS se orienta a estimular el cambio de actitudes y prácticas sociales para contribuir a la reducción de la pobreza y pobreza extrema. En esa perspectiva, cobra importancia sensibilizar y generar conciencia acerca de los problemas a atender, en los padres de familia o jefes de hogar, promoviendo en ellos una mejor comprensión del valor de tener hijos con buen estado de salud y nutrición y con el suficiente nivel de educación como para competir en igualdad de condiciones con otros niños. JUNTOS dinamiza y vincula la demanda social de los más pobres con la oferta de los servicios de salud-nutrición y educación. Así, interactúa con 2,811 establecimientos de salud, 19,202 centros educativos y 646 municipalidades” (Directivo Juntos)

Sin embargo, se percibe un nivel inicial en el desarrollo de instrumentos comunicativos para la información en la población, en general el programa ha centrado sus esfuerzos en acciones de difusión masiva a través de radios y medios locales como parlantes comunales con énfasis en la inscripción en el programa y fechas de pago. Queda claro que el instrumento central para las acciones de sensibilización en las familias era la acción del propio gestor local, con ese propósito se difundía la Directiva de Corresponsabilidad a cada profesional como parte de su inducción en las funciones asumidas y existía una Guía del Promotor del Programa Juntos, elaborada el año 2006, nótese que el documento en función es anterior a la aparición

de la Gerencia y del rediseño de las funciones iniciada en el año 2009.

4.3.1 El recurso humano

Para el año de referencia del presente estudio (2010), los colaboradores del Programa JUNTOS se encontraban bajo el régimen especial de contratación administrativa (CAS), establecido por el Decreto Legislativo N° 1057 y su reglamento aprobado por el DS N° 075-2008-PCM. El número total de colaboradores a nivel nacional es de 695 entre profesionales y técnicos, distribuidos en las 16 sedes regionales y la sede central en Lima. Por sus características profesionales, los grupos de mayor concentración corresponden a: educadores 23%, ingenieros 20,5% y 16% de profesionales de la salud¹⁰.

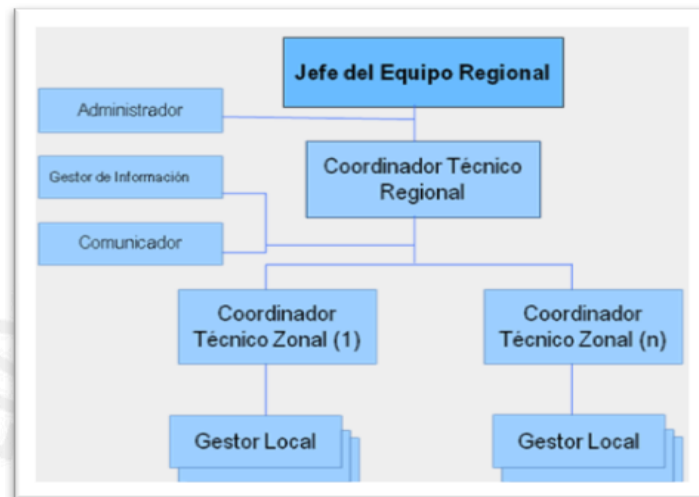
La intervención directa del Programa descansa en los equipos regionales quienes constituyen la cara visible con las familias beneficiarias y se relacionan directamente con los otros actores locales y regionales vinculados a la transferencia condicionada. De acuerdo con el Manual de Operación de Juntos, tienen una función base para la realización de todos los procesos operativos.

Cada equipo regional cuenta con un jefe de equipo, que asume la representación del programa y se vincula directamente con la Dirección Ejecutiva; la supervisión técnica operativas son asumidas por Coordinador Técnico Regional que asume el planeamiento y supervisión de la acción de los Coordinadores Zonales quienes a su vez coordinan la acción de los gestores locales. Existe además un equipo de apoyo a nivel regional quienes desarrollan acciones de

¹⁰ Datos tomados del Plan de Desarrollo de las Personas del Programa Juntos 2010.

comunicación, gestión de la información y la administración de los bienes y servicios.

Gráfico N° 11: Organigrama del Equipo Regional



Fuente: Manual de Operaciones. Programa Juntos 2010

4.3.2 La Importancia de los Gestores Locales

Son los Profesionales que desde las sedes regionales trabajan a nivel de las localidades para el Programa JUNTOS, brindan apoyo a los hogares beneficiarios, sus principales acciones con la población son:

- Capacitar a los miembros de hogar sobre prácticas claves (familias saludables y emprendimientos productivos)
- Sensibilizar a los miembros del Hogar referente a los cambios de comportamiento favorables en el desarrollo de los niños

Tienen como función orientar y guiar a los hogares en el marco de las actividades principales relacionadas con el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud-nutrición y educación y en aquellas estrategias de comunicación orientadas al cambio de comportamiento.

Respecto al cumplimiento de las corresponsabilidades del hogar y captar la información requerida por el Programa Juntos, su trabajo garantiza la distribución y recojo de los formatos con información sobre las familias y el tipo de atención efectuada. Sus principales actividades son:

- Distribución y llenado de los formatos:
- Registro de información
- Identificación de problemas en el llenado de formatos
- Redactar informes de Excepciones por no cumplimiento de las corresponsabilidades
- Responsable del archivo de las familias bajo su responsabilidad.

También debe cumplir con la orientación y atención al usuario de su ámbito asignado, recabando cualquier solicitud, consulta o queja que aquel presente; así como, ejecutar todas las acciones, actividades y procedimientos que les corresponde en cumplimiento a las directivas de los procesos operativos.

La asignación del territorio a cada Gestor Local está en función de la accesibilidad geográfica o dispersión poblacional de los distritos, y se cuantifica en número de hogares. Precisamente, el mayor nudo para la acción de acompañamiento y supervisión es la dimensión de las acciones asignadas a los gestores locales y las condiciones de trabajo para el desarrollo de su labor. Definitivamente, el crecimiento del número de beneficiarios del programa hizo imposible una acción permanente de acompañamiento por gestor si tomamos como referencia los propios datos del año 2011.

Tabla N° 8: Programa Juntos: Ratio de Beneficiarios por Gestor Local

N°	AÑO	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS	CANTIDAD DE GESTORES LOCALES	RATIO HOGARES BENEF/GESTOR LOCAL
1	2006	159,224	530	300
2	2007	353,067	900	392
3	2008	420,491	768	548
4	2009	409,610	706	580
5	2010	471,511	730	646
6	2011	468,753	732	640

Fuente: UGPPE Programa Juntos 2011

4.4 Juntos y su relación con los Gobiernos Regionales

El proceso de descentralización iniciado con la Reforma del Estado y la promulgación de La Ley de Bases de la Descentralización el año 2002, dio origen a los actuales gobiernos regionales sobre la base de los departamentos en el país. Con la elección de autoridades regionales por votación popular en el año 2003 se consolida el proceso de cambios institucionales que se inicia con la transferencia de funciones y competencias del gobierno nacional a los gobiernos regionales. Además con los cambios institucionales aparecen nuevas instancias regionales como las gerencias de desarrollo social quienes asumen la conducción operativa de salud y educación.

En la temática de salud, como podemos apreciar en el Gráfico N° 12, se transfieren 16 funciones establecidas en el Art. 49 de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, con este proceso de transferencia que se aceleraron en el año 2006 con el denominado “shock descentralizador” que establecía un proceso acelerado de transferencia a culminarse en diciembre del 2007. En este contexto se redefinen roles y estructuras en los diferentes niveles de gobierno,

transformando relaciones existentes para la prestación de servicios en salud. Proceso que se realiza en paralelo a la creación del Programa Juntos que por definición es un programa social de carácter nacional adscrito en aquel tiempo a la Presidencia del Consejo de Ministros.

Cabe destacar que los objetivos que sustentaron la descentralización en salud fue mejorar la equidad, eficiencia y calidad de las prestaciones tomando como base la participación activa de la ciudadanía.

Gráfico N° 12: Funciones Transferidas a los Gobiernos Regionales en Salud



Fuente: Ministerio de Salud 2010

En el caso específico de las funciones en la materia de salud relacionadas a la intervención del Programa Juntos se pueden identificar responsabilidades en la promoción y prevención de la salud (función c, e), la organización y prestación de los servicios (función f, g, h, l) así como en mecanismos de monitoreo e información respecto a la intervención de redes, micro redes y establecimientos de salud (función n, o). Un tema de crucial importancia es la atención a los problemas nutricionales (función p).

Recordemos que el proceso de descentralización fortalece la gestión territorial que permite integrar lineamientos sectoriales con la identificación y atención de demandas locales en base a las propias potencialidades del territorio, esta articulación es un proceso importante para analizar los esfuerzos que las Direcciones Regionales de Salud han desarrollado para vincularse con las demandas de la acción de otras instituciones como Juntos.

Las Gerencias de Desarrollo Social, asumen la conducción de las direcciones regionales de salud, que por origen se definen como órganos desconcentrados con funciones de programación, ejecución y control de las políticas y servicios de salud.

4.4.1 Los convenios con gobiernos regionales

Como hemos descrito líneas arriba el proceso de descentralización y la reforma de la política social son dos importantes procesos que van desarrollándose en paralelo. Los cuales han orientado los objetivos, estrategias y vinculaciones desarrollados por Juntos en los ámbitos donde interviene. En un primer momento la relación con los gobiernos regionales son puntuales en base a las acciones de la lucha contra la desnutrición, fundamentalmente a través de la Estrategia Nacional Crecer que fue una iniciativa desde el gobierno central para coordinar intervenciones institucionales asociadas a la lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil.

Es necesario señalar que en estos años los gobiernos regionales y locales tenían como reivindicación permanente la transferencia de la administración de los programas sociales que intervenían en sus territorios. Sin embargo hay que anotar que por su carácter de programa nacional perteneciente a la Presidencia de Consejo de

Ministros Juntos estuvo excluida de los planes de transferencia dirigida a los gobiernos locales.

Queda claro que la dimensión de la intervención estatal para la atención de problemas sociales de compleja solución como la pobreza requiere del desarrollo de mecanismos de articulación interinstitucional que puedan establecer las características de la cooperación y responsabilidades específicas de cada institución por nivel de competencia. Para el caso del cumplimiento de la corresponsabilidad en salud de los beneficiarios de Juntos el mapa de actores y responsabilidades encuentra al gobierno nacional como responsable de la orientación política, a los gobiernos regionales como responsables de la calidad del servicio y control de las prestaciones en tanto el programa efectiviza el pago de la transferencia monetaria como evidencia del cumplimiento en el acceso de los beneficiarios a los servicios establecidos según su etapa de vida.

Este modelo complejo de intervención en el territorio evidencia la necesidad de comprometer la activa acción de los gobiernos regionales a través de las gerencias de desarrollo social para garantizar un servicio de salud oportuno y de calidad, elemento que supera el mandato y capacidad de Juntos como programa social, el objetivo de la articulación precisamente es complementar procesos y disminuir vacíos en la cadena de funciones. En esta perspectiva aparece la figura de los convenios de cooperación interinstitucional para la implementación operativa en salud-nutrición entre el Programa Juntos y los Gobiernos Regionales.

Apelando a los principios de gestión descentralizada formulados por el gobierno central, Juntos propone como objetivo de los convenios establecer mecanismos y procedimientos necesarios para la formulación, ejecución y seguimiento de funciones en materia de corresponsabilidad de los servicios de salud-nutrición; así como,

mejorar las condiciones de disponibilidad, acceso y uso de los servicios de salud-nutrición y educación, para la población objetivo del ámbito del gobierno regional.

Entre los años 2009 y 2011 se encomendó a los equipos regionales impulsar la firma de convenios de colaboración con los gobiernos regionales de su jurisdicción. Las características de los "Convenios de Gestión Operativas de los Servicios de Salud –Nutrición entre los Gobiernos Regionales y el Programa Juntos" establecen un conjunto de aspectos de coordinación y articulación elaborados en base a las necesidades de los procesos operativos identificados por el programa en su Manual Operativo.

Los Convenios fueron diferenciados por tipo de corresponsabilidad existiendo dos modelos diferentes, uno para salud-nutrición y otro para educación. En ambos casos eran refrendados por el gobierno regional como acuerdo ejecutivo de presidencia, en el 2011 se reportaban 13 convenios firmados por diversos gobiernos regionales en lo referido a corresponsabilidad en los servicios de salud y 12 en los servicios de educación como se muestra en la siguiente relación.

Tabla N° 9: Relación de Convenios suscritos con Gobiernos Regionales

N°	Gobiernos Regionales
1	Amazonas
2	Apurímac
3	Ayacucho
4	Loreto
5	Pasco
6	Piura

7	Huancavelica
8	Junín
9	La Libertad
10	Huánuco
11	Cusco
12	Cajamarca
13	Puno

Fuente: Programa Juntos 2010

Un segundo nivel de implementación en el modelo de colaboración propuesta era la constitución de instancias permanentes de coordinación con el objetivo de planificar y gestión de manera conjunta los compromisos establecidos por los convenios de colaboración. Según informes del Programa a finales del 2010 se habían conformado 6 Comités de Coordinación en Apurímac, Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Loreto con la participación de las gerencias de desarrollo social, representantes de las direcciones regionales de salud y educación, además de los jefes de equipos regionales del Programa.

Una revisión del modelo de convenio propuesto evidencia el énfasis en acciones operativas asociadas a la puesta en marcha de la corresponsabilidad como la coordinación permanente de tareas, intercambio de información, acciones de sensibilización, entre otras. A continuación presentamos un mapeo de las principales responsabilidades señaladas en el convenio:

Principales Responsabilidades del Programa Juntos

- En coordinación con la Diresa **capacitar a los funcionarios y representantes de los Servicios de Salud - Nutrición**, referente a la normatividad, competencia

operativa e instrumentos, con énfasis en el proceso técnico-operativo de las Corresponsabilidades de Salud - Nutrición.

- **Remitir el listado nominal de la población objetivo** en los distritos de intervención del Programa Juntos.
- Consolidar la información del **cumplimiento de Corresponsabilidades en Salud – Nutrición e informar a la DIRESA**, Redes de Salud, Micro Redes y establecimientos de Salud.
- **Reportar las alertas de reclamos y quejas** sobre incumplimiento de Corresponsabilidad de los Servicios de Salud – Nutrición de la población, a fin de que sean canalizadas y/o resueltas.
- En coordinación con el personal de los EESS, **desarrollar acciones de difusión, comunicación participativa y capacitación a la población objetivo acerca de las Corresponsabilidades** en Salud-Nutrición y la importancia de su cumplimiento

Principales Compromisos de los Gobiernos Regionales

- **Garantizar la participación efectiva de los representantes de las Redes, Microrredes y establecimientos de salud** en la capacitación referente a la normatividad, competencia operativa e instrumentos del Programa.
- **Proporcionar al PROGRAMA la información actualizada de la demarcación territorial de su jurisdicción** que señale la ubicación geo-referencial de los Centros Poblados, Comunidades, establecimientos de salud, Redes.
- En coordinación con el PROGRAMA, **promover campañas a favor del Derecho a la Identidad** de la población objetivo del Programa
- **Elaborar conjuntamente el Plan de Trabajo Anual para la ejecución de las acciones del Programa**, con énfasis en

el cumplimiento y verificación de las Corresponsabilidades en Salud – Nutrición.

- **Seguimiento a la remisión de los formatos de verificación** de corresponsabilidades y de los resultados del cumplimiento de las Corresponsabilidad en Salud – Nutrición.
- **Accionar preventiva y correctivamente en caso de incumplimiento** de las Corresponsabilidades de los Servicios de Salud-Nutrición en los establecimientos de salud.

4.5 ¿Una propuesta de articulación descentralizada?

Queda claro que el proceso de rediseño del programa expresa la respuesta institucional a cambios en el entorno social e institucional efectuado en el país desde la Reforma de Modernización del Estado Peruano. Es evidente además, la complejidad de la coordinación con otros actores institucionales para garantizar el cumplimiento de las condicionalidades y la entrega del estímulo económicos a las familias beneficiarias.

Tomemos como referencia la corresponsabilidad en salud-nutrición: Juntos coordina con el Ministerio de Salud en el Gobierno Nacional; con la Gerencia de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud a nivel de Gobiernos Regionales; así como con las redes, microrredes y establecimientos de salud a nivel local. Proceso que ha significado un reto de vínculo intersectorial e intergubernamental constante para asegurar la prestación y calidad de los servicios a los que acceden sus beneficiarios, ciertamente existen procesos como el presupuesto por resultados y los programas estratégicos vinculados a la intervención del programa que aportan a la vinculación entre las diferentes instituciones.

La promoción de sinergias para el acceso y la prestación del servicio en salud-nutrición y de cuidado en la gestante de los hogares

beneficiarios ha sido una constante desde la consolidación del programa, en este sentido hemos identificado una propuesta elaborada por la Unidad Gerencial de Planeamiento y Presupuesto que el año 2011 identificó un conjunto de acciones y responsabilidades ordenadas de acuerdo a los productos o resultados formulados en el marco lógico del programa:

- Hogares beneficiarios acceden al incentivo monetario por cumplir compromisos en el cuidado de la salud- nutrición y educación de sus hijos menores de 14 años.
- Hogares beneficiarios con conocimiento de los derechos y beneficios que genera la inversión en Identidad, Salud, Nutrición y Educación, en especial para la mujer.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla se formulan un conjunto de acciones estratégicas concertadas entre los distintos actores por nivel de gobierno en base a competencias y funciones. Sin embargo, resulta imposible para el programa profundizar en responsabilidades de tipo funcional y / u operativa, por lo que las acciones identificadas se formularon como un ejercicio de planeamiento para la identificación de las acciones necesarias para la implementación y verificación de corresponsabilidades y la transferencia monetaria en las familias beneficiarias del programa.

Un análisis detallado de las acciones identificadas muestra la importancia de construir sinergias a nivel programático (protección social), así como el rol de los gobiernos regionales (monitoreo de servicios) y los gobiernos locales (oferta de servicios). Es evidente además, que en esta distribución de responsabilidades el programa social se concentra en el servicio de pagaduría y las acciones de información o las de promoción social son atribuidas a los gobiernos subnacionales.

**Tabla N° 10: Sinergias para la prestación de la
corresponsabilidad en salud. Responsabilidades por
Actor**

Nivel Causal	GN	GR	GL
Mejora de protección social para grupos más vulnerables.	*	*	*
Mayor acceso a servicios de identidad, salud, nutrición y educación de los hogares en pobreza y extrema pobreza.	*	*	*
Hogares beneficiarios acceden al incentivo monetario por cumplir compromisos en el cuidado de la salud- nutrición y educación de sus hijos menores de 14 años.		*	*
Socializar resultados de evaluaciones de existencia y capacidad de oferta de servicios de salud-nutrición y educación, con las autoridades provinciales, locales y comunales, motivando su participación en la solución de problemas.			*
Desarrollar el proceso de afiliación de hogares en situación de pobreza, al Programa JUNTOS, en concordancia con las metas del mediano plazo y los recursos presupuestales disponibles.		*	*
Mantener actualizado el Padrón de Hogares adscritos al Programa JUNTOS y desarrollar mecanismos automatizados de control de duplicidades, subcobertura y filtración.		*	
Sistematizar la información de corresponsabilidades desde las IIEE y los EESS vinculadas al sistema de información del Programa JUNTOS.		*	
Evaluar el cumplimiento de compromisos en convenios suscritos con el gobierno regional.		*	

Facilitar estímulos a las IIEE y los EESS que cumplan con sus corresponsabilidades institucionales en los distritos de la primera etapa del programa juntos y en el ámbito del VRAE.			*
Mejorar la calidad en la atención del servicio de pagaduría, principalmente en transportadoras de valores a las zonas de mayor pobreza.	*	*	
Realizar transferencias monetarias a los hogares pobres afiliados al Programa JUNTOS.	*	*	*
Fortalecer la red de vigilancia y supervisión de los procesos operativos del Programa, a nivel local.			*
Atender las consultas provenientes de los usuarios de las TIM y la población en situación de pobreza.	*	*	
Realizar el monitoreo de procesos operativos y establecer mejoras que fortalezcan su desarrollo integral.	*	*	
Evaluar los objetivos y metas del Plan Estratégico y el Plan Operativo y Presupuesto Institucional, difundiendo los avances, resultados e impactos.	*	*	
Hogares beneficiarios con conocimiento de los derechos y beneficios que genera la inversión en Identidad, Salud, Nutrición y Educación, en especial para la mujer.		*	*
Promover el cambio de comportamiento de los beneficiarios en el marco de las corresponsabilidades.	*	*	*
Promover la participación de hogares beneficiarios en espacios públicos abiertos.		*	*
Orientar y brindar información a los hogares beneficiarios referida a los procesos del Programa.		*	*
Fomentar la inclusión de los hogares beneficiarios en redes comunitarias que contribuyan a ejercer sus derechos en el marco de las corresponsabilidades.		*	*

Desarrollar capacidades en los servidores del Programa y asegurar el adecuado desarrollo de la ejecución integrada de procesos que concurren a la entrega de las TIM.	*	*	
---	---	---	--

Fuente: UGPPE. Programa Juntos 2010

4.6 Una mirada regional: El Caso Apurímac

4.6.1 Sinergias para responder agendas urgentes

Hemos revisado con detenimiento las propuestas planteadas por el equipo central del Programa Juntos para el cumplimiento de la corresponsabilidad en un contexto de cambios institucionales. En las siguientes líneas veremos las diferentes estrategias y resultados obtenidos por el equipo regional de Apurímac tomando en consideración la creciente importancia de los gobiernos regionales y la necesidad de articular acciones con los actores responsables de los servicios de salud asociados al cumplimiento de las corresponsabilidades de los hogares beneficiarios del programa.

Recordemos que Apurímac pertenece al grupo inicial de regiones junto a Ayacucho, Huánuco y Huancavelica donde interviene el programa desde el año 2005 atendiendo desde ese año a 18 distritos según datos de propio programa. A finales del año 2011 Juntos interviene en 78 distritos de los 80 que tiene la Región (97.5%)

El equipo regional del Programa en Apurímac en el año 2011 estaba conformado por 65 gestores locales bajo la responsabilidad de un equipo central que cumplía las funciones de conducción, planificación, enlace y seguimiento como lo señala el Manual de Operaciones del Programa. El perfil de los gestores sociales nos presenta a un grupo de profesionales y técnicos de mediana edad con conocimiento de la zona de intervención, la formación profesional predominante es la educación e ingeniería y manejo del idioma quechua.

Tabla N° 11: Equipo Regional de Apurímac- Programa Juntos

Región	Provincias	Distritos	Total Gestor	Sexo		Edad			
				M	F	20-30 Años	31-40 Años	41-50 Años	51-60 Años
Apurímac	7	78	65	31	34	9	44	10	2

Fuente: Programa Juntos 2011

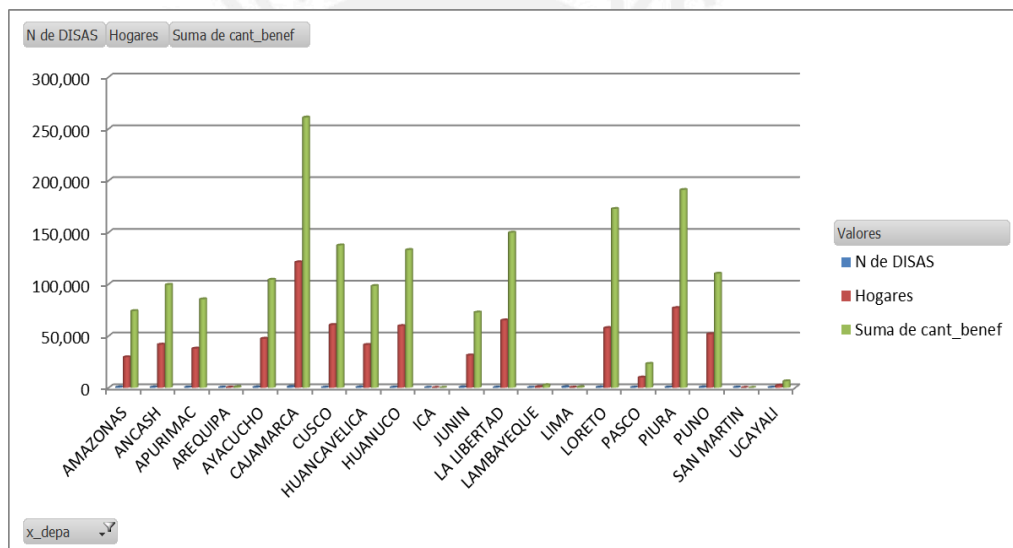
Cómo se había señalado anteriormente se estima que existe un promedio de 600 familias atendidas por cada gestor local, pero este número es mucho mayor en zonas más alejadas como refiere un coordinador zonal:

“En mi zonal todos los gestores estaban a cargo con más de 600 hogares mínimamente, en el distrito de Huaccana, provincias de Chincheros con más de 1200 hogares no existe un gestor responsable directo solo soporte”
(Coordinador Zonal Juntos Apurímac)

Por otro lado, producto del proceso de transferencia y competencias, la región Apurímac para la prestación de los servicios de salud cuenta con la Dirección Regional de Salud Abancay y la Dirección Sub-regional de Salud Andahuaylas, ambas dependientes de la Gerencia de Desarrollo Social. El gobierno regional ha adoptado un modelo de organización estructurado con base en gerencias multisectoriales, manteniendo a las direcciones regionales como órganos desconcentrados con dependencia técnica de sus respectivas gerencias regionales, pero sin cambio interno en su rol y funciones generales sectoriales. La Sub Gerente de Inclusión Social es responsable de los temas de salud y el Sub Gerente de Promoción Social es responsable del tema de educación.

Datos proporcionados por el Programa nos muestran que la población de Apurímac, adscrita a Juntos para el año 2011 es de 85,545 (niños, niñas, gestantes) en 37,906 hogares que viven en zonas rurales del departamento, población que se debe acudir a 401 establecimientos en busca de servicios de salud para la atención de control prenatal, parto seguro, control de crecimiento y desarrollo, vacunas, consejería nutricional.

Gráfico N° 13: Programa Juntos Establecimientos de Salud por Beneficiarios (Regiones)



Fuente: UGOAL Programa Juntos 2010.

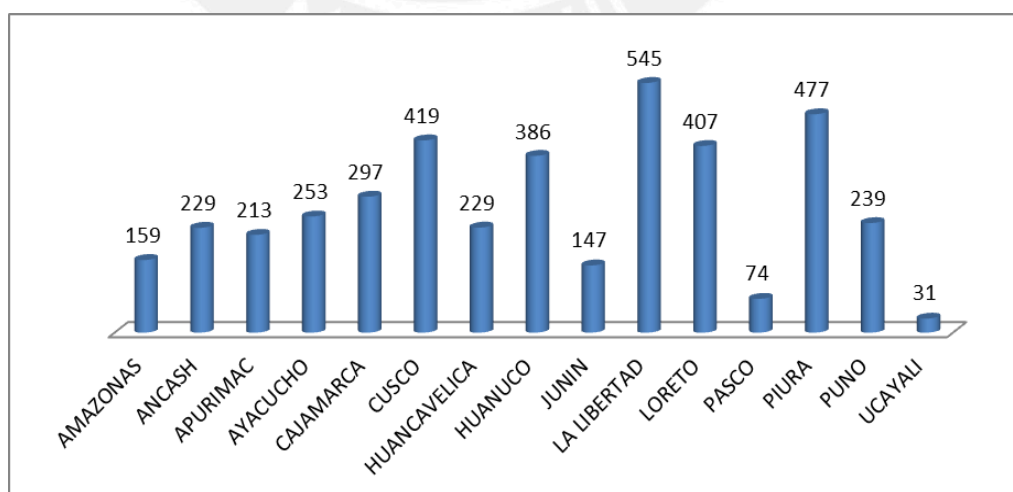
Las brechas de atención están asociadas a las dificultades que la población tiene para acceder a los establecimientos de salud, en algunos casos deben caminar más de tres horas hasta el centro más cercano; las limitaciones de los recursos profesionales y técnicos asignados a los centros de primer nivel, así como a la falta de materiales para las acciones preventivas o de consejería.

Efectivamente, si analizamos en número globales la cantidad de beneficiarios que deben asistir a los establecimientos de salud en

Apurímac, la cifra de 213 no da cuenta de las demandas de atención de la población, es necesario recordar que las madres gestantes requieren de atención pre y post natal, así acceder al parto institucional. Estudios realizados por el propio programa señalan que el problema de la oferta para la atención de los niños y niñas se centra en la prestación de vacunas, así como en la desnutrición crónica infantil. Recordemos que Apurímac es una de las regiones con mayores índices de desnutrición crónica infantil, según datos del 2008 los establecimientos de salud donde asisten beneficiarios del Programa JUNTOS que presentan mayor porcentaje son el P.S. Nueva Huillcayhua, el P.S. Curanco, el P.S. Iglesia Pata, el P.S. Sorcco y el P.S. Huancapuquio, todos con porcentajes superiores al 62%.

“Para la asistencia de las familias a los puestos de salud debemos tomar en cuenta la temporada de lluvias y el crecimiento de los ríos, accesibilidad geográfica, usualmente viven en cabañas alejadas e incluso la temporada de siembra y cosecha” (Coordinador Zonal Juntos Apurímac)

Gráfico N° 14: Programa Juntos Cantidad de Beneficiarios por DISA



Fuente: UGOAL Programa Juntos 2010.

Además, ante la creciente demanda de atención por parte de los ciudadanos en situación de pobreza con poco acceso a servicios públicos y limitadas oportunidades de desarrollo que demandan mayor atención de sus autoridades fue produciendo cambios significativos en la gestión pública en todos sus niveles. Un ejemplo de esta afirmación es la acción de los actores regionales para optimizar los recursos disponibles, creando sinergias entre las diferentes instituciones involucrados en situaciones concretas como la mejora en la atención de salud que garantizaba el pago de las transferencias a los hogares beneficiarios de un programa social.

En el año 2009, el Gobierno Regional de Apurímac establece la Estrategia Allin Wiñanapaq -CRECER Apurímac, en concordancia con la creación de la Estrategia Nacional Crecer, cuya finalidad es la lucha frontal contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil que buscaba la articulación del trabajo de los programas sociales en función de tres ejes: restitución de derechos fundamentales, promoción del desarrollo productivo y la red de protección social.

A nivel nacional, los equipos regionales del Programa recibieron la orientación de participar y colaborar activamente con los espacios de articulación que se iban creando en alianza con los gobiernos regionales, a propósito un coordinador regional en Apurímac recuerda:

“Desde Lima dijieron que debíamos trabajar con el gobierno regional para fortalecer la Estrategia Crecer, fue una gran experiencia. Al principio había desconfianza de los funcionarios pero nosotros dijimos....el Gobierno Regional es el que debe conducir” (Coordinador Regional Juntos Apurímac 2009)

Los espacios de coordinación suelen operar, en la práctica, como redes de articulación en función a agendas concretas que permite

disponer de los recursos institucionales y presupuestales en función de una misión compartida. Este fue el caso del proceso de identificación de los niños y niñas a los que era necesario otorgar el documento nacional de identidad.

Para el programa la identificación de los niños y niñas era el inicio de un proceso específico para atender al usuario, con el objetivo de entender y conocer la problemática específica de cada grupo poblacional beneficiado, en este caso a los menores de 0 a 36 meses que recibían la atención de salud-nutrición. En tanto el gobierno regional podía promover una campaña en favor del derecho al nombre de los niños y niñas en Apurímac.

Identificar prioridades compartidas e ir construyendo espacios de trabajo permanente como la Mesa de trabajo de la Estrategia Allin Wiñanapaq permitió que diferentes actores puedan presentar sus preocupaciones y generar acuerdos en torno a problemas comunes como lo señala la coordinadora regional de Juntos

“El trabajo de coordinación es permanente, trabajamos permanentemente para ver cómo se mejora la atención de los niños y gestantes. Nosotros identificamos las quejas de las madres cuando asisten a los establecimientos de salud, un tema de preocupación es quien debe llenar los padrones con la información sobre las familias” (Coordinadora Regional Juntos 2010)

Un instrumento central para entender la relación que el equipo regional desarrolla con el gobierno regional a través de la gerencia de desarrollo social es el Convenio de Gestión de Corresponsabilidad Operativa refrendado como Convenio Ejecutivo Regional 022-2010-GR.APURIMAC/PR de vigencia hasta la actualidad y ampliamente conocida por los actores involucrados:

“El Convenio de Gestión nos ha permitido establecer un Comité Técnico con participación de la Gerencia de Desarrollo Social, la Dirección de Salud y la Dirección de Educación. En este grupo de trabajo vemos los temas referidos a Juntos como el llenado de los formatos, la frecuencia de las atenciones, mejoras para la atención. Tenemos una buena relación con el Gerente de Desarrollo Social” (Coordinadora Regional Juntos 2010-2012)

“Nosotros conocemos nuestras responsabilidades, a nivel local el problema es el continuo cambio de personal en las DISA. Siempre les decimos, existe el Convenio 022 con el Gobierno Regional, les mostramos copia del Oficio 117-2011 y el Acta de la Reunión Técnica de Coordinación entre Juntos y la DIRESA. “(Coordinador Técnico Zonal Juntos Apurimac 2012)

4.6.2 La puesta en marcha de los procesos operativos

La firma y cumplimiento de los compromisos asumidos por las partes en el Convenio de Gestión evidencia la voluntad de las partes en la prestación del servicio de salud para los beneficiarios de Juntos, pero a la vez sirve para medir la eficacia en el propio cumplimiento de las responsabilidades asumidas por los actores involucrados, principalmente en cuanto al diseño de las políticas sociales, coordinación interinstitucional y monitoreo que son competencias regionales; a nivel local la responsabilidad se enmarcan en la atención y el registro de la población objetivo.

El funcionamiento permanente del comité técnico constituyó un importante espacio para fortalecer las acciones del programa y del gobierno regional para el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud. Precisamente, el proceso de mayor atención por el equipo

regional es la verificación de las corresponsabilidades a través del llenado oportuno de los tres formatos que certifican el cumplimiento de la atención de la población objetivo.

“Se ha conformado el Comité Técnico donde se ha realizado el análisis del Convenio Ejecutivo y de los formatos Salud 01, Salud 02 y Salud 03. Coordinamos bimestralmente con la Gerencia de Desarrollo Social para el inicio de la verificación de la corresponsabilidad salud-nutrición” (Coordinadora Regional Juntos)

“En febrero (2012) tuvimos una reunión con el Gerente de la Microred de Cocharcas y con los jefes de los establecimientos de salud para ver el tema del cumplimiento y llenado de los formatos. Gracias al convenio nuestro nivel de cumplimiento es alto” (Coordinador Técnico Zonal Juntos Apurimac 2012)

Los gestores locales entrevistados identifican cuatro temas de la gestión operativa para el cumplimiento de las corresponsabilidades:

- La provisión regular de los formatos físicos a los establecimientos de salud para el registro de las corresponsabilidades en Salud-Nutrición de la población objetivo
- Recepción de los formatos de cumplimiento de la corresponsabilidad en salud llenados por los responsables de los establecimientos.
- Acciones de difusión, capacitación y consejería de la población objetivo acerca de las corresponsabilidades en salud nutrición
- La prestación efectiva del servicio para el cumplimiento en coordinación con los profesionales que están involucrados en la atención de gestantes y niños respecto a salud – nutrición.

“Hemos promovido reuniones del comité técnico en enero y febrero (2012) para ver con el Dr. Vizcarra gerente de

Promoción Social y con el Director de la DIRESA- Apurímac para ver la aplicación de la corresponsabilidad de salud a nivel de toda la región”. “(Gestor Local Juntos Apurimac 2012)

La complejidad de las acciones de salud y su verificación fue desde su inicio un tema de discusión en torno a las responsabilidades institucionales respecto a la provisión del servicio y a la información para el monitoreo del cumplimiento. El Manual de Operaciones de Juntos señala que la “prestación de los servicios y la información sobre el cumplimiento de la corresponsabilidad es de los sectores” (Programa Juntos, 2011). Sin embargo a nivel local las normas requieren de las personas y sus compromisos para el cumplimiento de lo estipulado.

“Existe poca predisposición de los directores en el cumplimiento de lo normado, por otro lado el personal a cargo de la Vida Niño y Salud Sexual y Reproductiva alegan que es trabajo del personal operativo de Juntos llenar los formatos, que tienen demasiada carga laboral”

Los formatos son llenados en cada establecimiento de salud por el personal responsable, algunas veces se canaliza por la microred; también, pueden ser llenadas por los gestores locales en base a la información proporcionada por el establecimiento de salud, en cualquier caso son firmados por el jefe o encargado del establecimiento.

De acuerdo a algunos entrevistados los registros de los formatos Salud 02 y Salud 03 duplican la información de los formatos que deben de llenar para la información de CRED y madres gestantes a la red de salud. En particular, consideran que la información que se elabora para el Sistema de Estado Nutricional puede servir para los fines de seguimiento que necesita el programa para verificar el cumplimiento de la corresponsabilidad por parte de los beneficiarios.

Posteriormente, los formatos del cumplimiento de la corresponsabilidad salud-nutrición debidamente llenado y firmado son llevados a la sede regional del programa para ser consolidados por el Gestor de Información, quien elabora el padrón con los nombres y códigos de las familias. Finalmente, el coordinador regional envía el informe a la sede central iniciándose el ciclo de pagaduría a las familias.

Definitivamente, la alianza con la gerencia de desarrollo social brinda un importante aporte al cumplimiento de los objetivos del convenio de gestión firmado con el gobierno regional para la atención de salud de la población objetivo de Juntos, que es una población rural en situación de pobreza y extrema pobreza. Sin embargo, la propia gerencia de desarrollo social tienen fuertes limitaciones para ejercer su labor, han recibido las competencias en salud, educación, temas sociales y trabajo, actualmente coordina con tres direcciones regionales (salud, educación y trabajo) a través de dos subgerencia de promoción social, subgerencia de inclusión social.

Sin embargo, el convenio de gestión entre el gobierno regional y el programa tiene tres aspectos poco desarrollados:

- La capacitación periódica a los representantes de los establecimientos de salud respecto a la corresponsabilidad en salud, como hemos visto líneas el equipo regional del programa menciona la realización de reuniones periódicas de coordinación y socialización.
- Información sobre la población objetivo del programa que se atiende en los establecimientos de salud en la región, así como los niveles de cumplimiento de las corresponsabilidades. Información que debería ser conocida por los gobiernos regionales e incorporada en sus sistemas de monitoreo.
- Acciones de información y promoción dirigido a la población beneficiaria para fortalecer el cumplimiento de las

corresponsabilidades. En este aspecto el convenio habla de materiales producidos por el programa.

Queda claro que los convenios de gestión y la acción coordinada de los equipos del programa y del gobierno regional han priorizado la oferta de servicios en salud, así como los procedimientos para certificar la asistencia de las familias a los controles de salud establecidos en las corresponsabilidades. Sin embargo, es necesario reconocer que los espacios y mecanismos de coordinación tienen niveles iniciales de institucionalización, no se han encontrado mayor evidencia de directivas operativas escritas producidas por el gobierno regional respecto a Juntos.

4.7 Involucrando a los beneficiarios

Un aspecto central para el cumplimiento de la corresponsabilidad es el propio compromiso de las familias beneficiarias, recordemos que son hogares situados en zonas rurales que muchas veces tienen dificultades geográficas para el acceso a los establecimientos de salud. Ante esta situación y por la complejidad de las acciones acompañamiento para el cumplimiento de sus compromisos con el propio programa, una estrategia permanente es el vínculo permanente con los beneficiarios donde la comunicación interpersonal garantiza mayor efectividad.

En los años de existencia del programa se han estructurado acciones de sensibilización y asesoría a los hogares para el cumplimiento de sus compromisos utilizando formas gráficas y orales que informan sobre las condiciones a desarrollar para el cobro del estímulo económico (cumplimiento de las obligaciones), mostrando además las ventajas de prácticas saludables (lactancia materna, manejo de alimentos, vacunas, entre otros).

Además, el programa ha desarrollado desde el inicio de sus funciones mecanismos y acciones para garantizar la participación de los beneficiarios en los diferentes procesos operativos, siendo dos los mecanismos más reconocidos: las asambleas comunales para la validación de nuevos usuarios y los comités de supervisión y transparencia.

La creación del Comité Nacional de Supervisión y Transparencia (CNST) que es reconocido en el propio organigrama como órgano de apoyo al Consejo Directivo del Programa (organigrama vigente hasta la adscripción de Juntos al MIDIS) contaba con comités locales, regionales y un equipo central con acción nacional. El objetivo principal del Comité era “Contribuir focalice y beneficie, efectivamente, a las personas de los hogares más pobres del país, de acuerdo a los criterios técnicos establecidos” siendo la Segunda Función Específica del CNST:

“Vigilar, Cuidar, Verificar que las familias beneficiarias accedan efectivamente a servicios de Salud, Nutrición, Educación e Identidad de sus miembros con calidad, equidad y respeto a la diversidad cultural”. (CNST Juntos, 2005)

En la práctica los comités locales del CNST realizaban dos tipos de informes asociados al cumplimiento de la corresponsabilidad: Sobre la calidad de la oferta de los servicios y la atención de la reducción de las brechas entre la oferta y la demanda para la mejora de los servicios (infraestructura, equipamientos, recursos humanos).

Es importante señalar que las acciones se ejercían en una lógica de derechos, participación y prevención que involucraban a la sociedad civil en la intervención del programa. Periódicamente el CNST realizaba informes que señalaba la identificación de quejas e incidencias de los beneficiarios a nivel local, los cuales era presentado ante las oficinas regionales del programa para su atención y

trimestralmente ante el Consejo Directivo de manera consolidada y tomando como referencia los objetivos y procesos operativos de Juntos. En el Informe 2010¹¹, se puede encontrar un balance de los factores críticos en el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud:

Son aspectos críticos del III Informe sobre Apreciaciones y Recomendaciones del CNST del Programa Juntos:

- **Cronogramas y citas establecidas en EE.SS.** Persisten Brechas: Falta personal en EE.SS. y contribuyen a una mejor atención integral y al cumplimiento de corresponsabilidades. Hay desabastecimiento de medicinas.
- **En Riesgo la calidad de la Verificación.** FS-002 del 2010 no son llenados en EE.SS., porque llegaron tarde y porque consideran que es sobrecarga de trabajo y por falta capacitación.

Es importante entender el sistema de alertas de los comités de supervisión y transparencia, para la identificación de casos el sistema se basa en fichas de ocurrencias donde se indica lugar, fecha, ocurrencia y nombre del afectado o denunciante. Lamentablemente se evidencia un problema en la atención de los casos como lo señala el coordinador técnico de la comisión nacional:

“En el informe presentado hemos documentado 1859 casos siendo las principales quejas la falta de oferta de servicios para la atención de los beneficiarios y problemas con la focalización. De ellos sólo se han resuelto el 16,4%, es muy lento el proceso de atención de los casos, siempre lo hemos dicho en el Consejo Directivo” (Coordinador Técnico del CNST, 2012)

¹¹ Comité Nacional de Supervisión y Transparencia. Resumen de Apreciaciones y Recomendaciones 2010 Presentado al Consejo Directivo del Programa Juntos. Octubre 210

Una lectura en detalle de los casos identificados para el cumplimiento de las corresponsabilidades en salud señalan cuatro problemas principales: Falta de personal y sobre carga laboral, maltrato en el establecimiento de salud, falta de medicina y falta de infraestructura. Limitaciones que se encuentran en la cobertura y calidad del servicio de salud que se hace más evidente con el aumento de la demanda producto del interés por el cumplimiento de la corresponsabilidad. Al respecto en el mismo informe el CNST recomienda que “es necesario fortalecer la articulación con los sectores y los Gobiernos Locales y Regionales para mejorar la Oferta de los servicios, asimismo intensificar la Suscripción e implementación de los Convenios de Gestión en Corresponsabilidades Operativas” (CNST, 2010).

4.7.1 El trabajo con las madres líderes

La participación de los involucrados es central para el cambio de actitudes promovidos por agentes externos como los programas sociales en especial si se tratan de cambios culturales o de comportamiento. Tomando como fundamento el enfoque de desarrollo humano debe entenderse que el cumplimiento de las corresponsabilidades debe tener dos elementos centrales: el ejercicio de derechos fundamentales y el empoderamientos ciudadano que implica la participación activa de los beneficiarios.

Mediante el proceso de participación, el individuo se transforma en un sujeto protagónico, capaz de incidir en la transformación de su entorno y de buscar soluciones a los problemas que enfrenta cotidianamente. En este sentido el apoyo de la comunidad y de sus líderes sociales es imprescindible para el funcionamiento de Juntos desde las asambleas de validación de beneficiarios hasta la vigilancia del cumplimiento de los servicios.

Focalizaremos para nuestro análisis las estrategias y formas que son involucrados los ciudadanos, en especial las denominadas madres líderes que en cada comunidad cumplen un rol importante para el trabajo de promoción social. En cada comunidad de los distritos donde interviene Juntos, las madres líderes apoyan a los gestores locales orientando y sensibilizando a las madres usuarias para que cumplan con sus corresponsabilidades en salud y Educación.

En salud, la madre Líder apoya la identificación de gestantes y promueve que todos los miembros de hogar de Juntos estén afiliados al Seguro Integral de Salud SIS, asistan a sus controles y da a conocer al Programa, a través del gestor local, si los hogares usuarios reciben un buen trato en el establecimiento de Salud. Como lo señalan los propios gestores locales, el número de familias asignadas al gestor local, sumado a la geografía y recursos asignados sobrepasa las posibilidades de realizar un seguimiento cercano a los hogares, por ello el asocio con las madres líderes es vital para su trabajo:

“Organizamos el trabajo de supervisión con el personal de salud y con las madres lideresas, son ellas las que están en la comunidad, nos ayudan a identificar quienes faltan a sus controles o dar información sobre gestantes que no asisten a los puesto de salud” (Coordinador Zonal Apurímac, 2012)

La madre líder es elegida por las usuarias de cada comunidad en función al liderazgo y la proactividad que muestran. El programa espera que los beneficiarios del programa producto del estímulo económico y la acción de sensibilización alrededor de temas como nutrición, salud sexual y reproductiva, atención del crecimiento y desarrollo de los niños, cambien comportamientos y asuman aprendizajes que mejores sus niveles de salud, lo cual en última instancia fortalece el capital humano en las zonas de intervención.

Un estudio realizado en el año 2011 con auspicio de Unicef para evaluar las estrategias educativas y comunicativas desarrollada sobre los beneficiarios de Juntos se analizaron las diferentes estrategias y mecanismos implementados para la información y sensibilización promovidos por los gestores del programa y el personal de salud a nivel local en torno a los servicios, mostrando que los principales mensajes y comportamientos esperados eran:

Tabla N°12: Principales Mensajes para generar comportamientos saludables

	Mensajes	Comportamiento Esperado		
Mujeres	Control de crecimiento y desarrollo	Participación en las capacitaciones	Asistencia a los controles en las fechas señaladas	
	Controles preventivos de salud (vacunación y desparasitación)			Prácticas de lactancia y ablactancia
	Educación en salud sexual y reproductiva			
	Controles pre y post natales			Consumo de suplemento de fierro
	Parto Institucional			Prácticas de lactancia y ablactancia

Fuente: Unicef, Estudio sobre Diagnóstico Comunicacional del Programa Juntos 2010

Si bien se reconoce que las beneficiarias de Juntos cumplen con acudir a sus controles más que las que no son beneficiarias (VAKIS y PEROVA 2010) y se evidencian cambios positivos en el aumento de asistencia de las mujeres a los establecimientos de salud como lo evidencian diferentes informes como el propio Comité de Supervisión y Transparencia que señala como factor positivo que “De enero a setiembre del 2010 la cantidad de hogares suspendidos por

incumplimiento ha ido decreciendo” o por Unicef que señala “se empieza a valorar la limpieza personal y de la casa”.

Debemos señalar que los resultados mostrados por el propio programa señalan que los cambios culturales requieren mucha labor de promoción, sensibilización y educación dirigido a los propios hogares. Como señalan informes del propio programa del periodo junio 2008 – mayo 2009, si bien los niveles de cumplimiento de controles de crecimiento y desarrollo (CREDS) en los niños JUNTOS menores de 12 meses se evidencia un ligero cambio de un periodo a otro (2.4 a 3.0 CREDS por niño) para el caso del grupo de 12 a 23 meses y de 24 a 35 meses, se incrementó de 2.44 a 3.22 CREDS y de 0.93 a 2.05 por cada niño, estos niveles distan de estándares esperados.

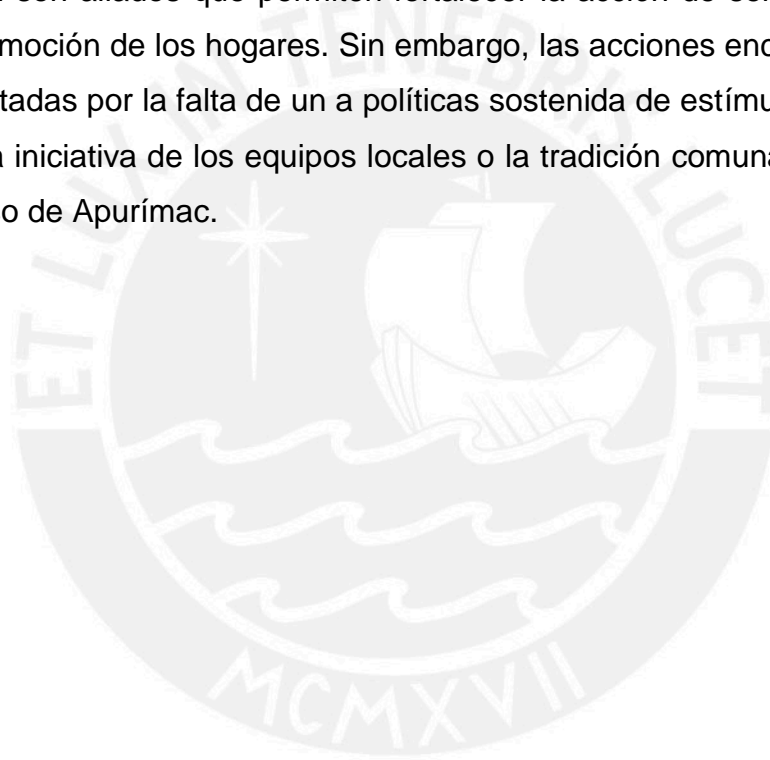
Niveles que están muy por debajo de lo esperado si tomamos como referencia la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años (2009) en menores de 12 meses debe ser 12 al año; en niños de 12 a 23 meses de 6 al año; y, de 24 a 35 meses de 4 por año.

En la estrategia de comunicación y sensibilización dirigida a la población beneficiaria la radio el medio masivo de mayor preferencia, se utilizan también materiales impresos que transmiten mensajes para el desarrollo de prácticas saludables y el cronograma de citas a las usuarias y usuarios de JUNTOS los días 4 y 14 de cada mes.

En este sentido tanto el estudio de Unicef como el Comité de Supervisión de Transparencia recomiendan el uso de materiales que apoyen la motivación y sensibilización de otras madres para que tomen conciencia de sus derechos: salud-nutrición, educación e identidad

“No hay un Plan de Fortalecimiento de capacidades y comunicación participativa que contribuya al mejor Nutrición y Educación contribuyen al trabajo articulado en favor del cumplimiento y verificación de corresponsabilidades”. (CNST Juntos, 2010)

Finalmente, podemos afirmar que a nivel local, si bien el gestor es el referente del Programa JUNTOS más importante para las usuarias, el rol que tienen las madres líderes y las organizaciones de la sociedad civil son aliados que permiten fortalecer la acción de sensibilización y promoción de los hogares. Sin embargo, las acciones encontradas son limitadas por la falta de un a políticas sostenida de estímulo, quedando a la iniciativa de los equipos locales o la tradición comunal como en el caso de Apurímac.



Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones

El Programa Juntos es un programa social de transferencia monetaria condicionada dirigida a las familias en situación de pobreza y extrema pobreza, las cuales establecen un acuerdo con el Estado para recibir un incentivo monetario a cambio de cumplir determinados compromisos relacionados a la salud y educación. La corresponsabilidad en salud se basa en el compromiso de las familias de acudir a los establecimientos para las atenciones señaladas en el acuerdo suscrito. La corresponsabilidad salud-nutrición tiene como población objetivo a las madres gestantes y niños hasta los seis años de edad.

Los arreglos institucionales emprendidos por el programa tienen como fundamento los cambios formulados en la política social peruana que plantean mayores esfuerzos en la focalización de beneficiarios, la identificación de objetivos y resultados medibles, así como un sistema de monitoreo permanente de sus procedimientos y eficacia. En el año 2008, se inicia el llamado Rediseño del Programa Juntos, proceso que establece los siete procesos operativos que sustentan su intervención.

En el mismo periodo, se producen profundos cambios en el Estado Peruano, el inicio y consolidación del proceso de descentralización generan cambios políticos, presupuestales y administrativos que varían las formas de gestión de servicios públicos como salud. Con los cambios aparecen nuevos actores y se cambian los acuerdos institucionales necesarios para la provisión de la acción estatal. Los gobiernos regionales reciben competencias y funciones que demanda de las nuevas instancias gubernamentales el desarrollo de herramientas de gestión para la atención de las demandas ciudadanas con un enfoque que conjugue un enfoque territorial con lineamientos de tipo sectorial.

En el presente estudio hemos identificado un conjunto de ajustes que se han ido generando prospectiva o reactivamente por los diferentes actores involucrados en la intervención del Programa Juntos, para las

conclusiones pondremos énfasis en algunas dimensiones que hacen posible la implementación descentralizada de una política nacional: los cambios normativos que permitirán conocer los fundamentos de los procesos, las diversas formas organizativas desarrolladas, así como los acuerdos producidos en función de las iniciativas implementadas.

5.1: Hallazgos y conclusiones principales

5.1.1 Corresponsabilidad y articulación en la política social

- Los resultados e impacto del programa han sido estudiados en los últimos años desde diferentes perspectivas por organismos internacionales e instituciones nacionales especializadas. En general los estudios muestran un balance positivo en los cambios generados en las familias rurales, así como en el ejercicio de derechos sociales y el aumento de la demanda de servicios a nivel local.
- El aumento de cobertura del Juntos en más de trescientos por ciento desde el inicio de actividades en el año 2005 lo ha convertido uno de los más importantes programas sociales del país, con una significativa presencia en zonas alejadas y de difícil acceso geográfico. Es valorado positivamente por su capacidad de convocatoria de diversos actores sociales en diferentes momentos como la validación comunal de beneficiarios, supervisión de las prestaciones, entre otras.
- Las características actuales de la gestión de las políticas sociales y el proceso de descentralización marcan profundos cambios en la prestación de la intervención del Estado para la atención de la población en situación de pobreza. Siendo un reto de los últimos años contar con una mecanismos de coordinación intergubernamental para la atención de las demandas ciudadanas desde una lógica de eficiencia en la intervención y ejercicio de

derechos que fortalezcan las oportunidades de desarrollo de sectores excluidos.

- Precisamente, la última década ha sido escenario de importantes cambios en las instituciones estatales producto del proceso de modernización y descentralización del Estado Peruano. Si bien es cierto, los cambios están situados en los esfuerzos para el fortalecimiento de las funciones y competencias transferidas desde el Gobierno Central a los gobiernos regionales y locales, la prestación de bienes y servicios han requerido el desarrollo de diferentes espacios de articulación políticos y de gestión.
- Un primer elemento a tomar en consideración para los esfuerzos articuladores es la identificación de objetivos comunes en torno a los objetivos y estrategias de carácter nacional como la superación de la pobreza e inclusión social de hogares en situación de pobreza. El enfoque de desarrollo humano y acumulación de capital social ha generado consenso, también, en torno a la importancia de dos importantes compromisos nacionales: la superación de la desnutrición crónica infantil y la disminución de la mortalidad materna.
- El proceso de descentralización va construyendo una forma de gestión que involucra los tres niveles de gobierno, siendo un proceso de aprendizaje paulatino el énfasis actual es el diseño e implementación multinivel de políticas nacionales. Las normas tienen el propósito de garantizar principalmente el monitoreo de los servicios, en este sentido se han desarrollado un conjunto de directivas que responden a estrategias de tipo sectorial sin enfatizar el carácter territorial de su implementación.
- La necesidad de implementar intervenciones territoriales de carácter local desde una perspectiva sectorial como en el caso del Programa Juntos ha generado que se identifiquen en sus procesos operativos alianzas, estrategias y objetivos específicos de

vinculación con los actores regionales y/ o locales, responsables de la oferta de servicios y bienes.

- Los gobiernos regionales y locales consideran a los programas sociales como ajenos a su dinámica institucional, valoración que también tienen los propios programas sociales cuando intervienen a nivel local. En esa medida, las iniciativas de articulación realizadas para el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud ha significado un reto para la construcción de sinergias para superar limitaciones de los equipos de Juntos y de la propia Gerencia de Desarrollo Social de Apurímac para mejorar la puesta en marcha de un servicio del Estado.
- Es significativo que la evidencia del presente estudio nos de pistas de la importancia de una articulación a nivel local pasando de la puntual coordinación con los gobiernos locales como son las asambleas para la validación de beneficiarios a acciones que favorezcan la mejora del servicio a nivel de redes y microrredes donde se realizan el cumplimiento de las corresponsabilidades a nivel comunal.
- Finalmente, es importante valorar el aporte de los comités de supervisión y transparencia del programa como espacios de participación y vigilancia ciudadana a nivel local para la transparencia en la gestión y su aporte constante a la mejora de los servicios tomando como base la propia opinión y cultura ciudadana.

5.1.2 Los Cambios Normativos e institucionales

- La preocupación por la eficiencia en la intervención fue una constante en el funcionamiento de Juntos, en esta medida el objetivo de garantizar el cumplimiento de las corresponsabilidades en base al aumento de la demanda de los servicios públicos de educación y salud, tuvo en las limitaciones de la oferta existente su mayor problema.

- El programa cuenta con un conjunto de instrumentos institucionales que norman su funcionamiento, la intervención se basa en una organización con presencia en 14 departamentos, su dinámica organizacional diferencia roles entre el equipo directivo central, los profesionales de la sede central en Lima y los equipos regionales. Por su parte cada equipo regional cuenta con un equipo central de conducción y gestores locales con conocimiento y capacidad de trabajo intercultural, factor que se constituye en una fortaleza para la acción desplegada.
- Desde el año 2006, para la atención y seguimiento de los beneficiarios del Programa Juntos el MINSA aprobó vía resoluciones ministeriales directivas de la Dirección General de Salud de las Personas para la identificación de responsables y el registro de las prestaciones realizadas. Para los procedimientos de atención estos se ajustan a directivas formuladas en función a políticas sanitarias.
- Para la articulación intersectorial el programa Juntos tuvo dos instrumentos: El Consejo Directivo del Programa con participación de los sectores involucrados en los servicios asociados a las corresponsabilidades; el segundo instrumentos fueron los convenios interinstitucional que se firmaron los sectores para la mejora de los servicios a los que debían acudir las familias beneficiarias del programa.
- El Consejo Directivo vigente en el periodo 2005-2012, tuvo como propósito la aprobación de las orientaciones programáticas y la supervisión de los procesos del Programa. Su principal estrategia de articulación era de carácter sectorial (horizontal) y con la sociedad civil a través de la Comisión Nacional de Supervisión y Transparencia, los gobiernos regionales y locales carecían de representación.

- El Convenio de Cooperación Interinstitucional con el Ministerio de Salud (Convenio N° 027-2006) establecía el uso de los recursos transferidos por el Programa al sector y la responsabilidad de cada una de las partes en la implementación de mejoras para la atención de las familias que se incorporaban a Juntos.
- Posteriormente, en el año 2010 se impulsa la forma de convenios de Gestión Operativa con los Gobiernos Regionales, a través de este instrumento se establecen responsabilidades específicas para la prestación de los servicios y la verificación del cumplimiento de la corresponsabilidad. Estos convenios eran uno por cada tipo de corresponsabilidad y eran refrendados por Resolución de la Presidencia Regional, como en el caso de la Región Apurímac.
- Con la transferencia de funciones y competencias en materia de salud y en la perspectiva de iniciativas de articulación como el presupuesto por resultado y la Estrategia Crecer, se promueven relaciones de coordinación, cooperación y apoyo mutuo con los gobiernos regionales. La nueva relación entre el MINSA - gobiernos regionales – Programa Juntos cambia de dimensiones abriendo varias instancias de coordinación para favorecer acciones sinérgicas.
- La experiencia analizada en Apurímac señala que la articulación es sostenible en el tiempo cuando se cumplen dos condiciones: En primer lugar, contar con objetivos comunes de desarrollo como el caso de la lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil. Un segundo elemento, es el fortalecimiento de los liderazgos regionales como se expresa en el compromiso con la Estrategia Allin Wiñanapaq -CRECER Apurímac.
- Uno de los objetivos del espacio de articulación con los gobiernos regionales, se centra en la verificación y evaluación de la oferta de servicios locales, para la identificación de las brechas de atención y buscar orientar la inversión pública local a favor de la población en

situación de pobreza, como se señalaba en los convenios de gestión suscritos.

- La experiencia de Apurímac nos muestra que un espacio privilegiado para la atención de agendas de trabajo y la toma de acuerdos para la mejora de acciones conjuntas son los comités técnicos que canalizan las acciones operativas hacia el nivel local desde la Gerencia Regional de Desarrollo Social hacia las Diresas y el sistema de atención local.
- Los principales logros de las acciones de este espacio de articulación se centran en la distribución y recojo de los formatos para la verificación del cumplimiento de la corresponsabilidad en salud. En menor medida se coordinaron acciones de información y promoción dirigida a la población para el cambio de comportamientos y el desarrollo de actitudes saludables.
- Los convenios de gestión operativa y los espacios de coordinación a nivel regional son valoradas positivamente en base a una relación de confianza que mejora sus intervenciones institucionales, sin embargo tienen un nivel inicial de formalización pues queda pendiente desarrollar normas o directivas de carácter regional para la implementación de los acuerdos asumidos con los convenios a nivel local.

5.1.3 Articulando Agendas para Mejorar la Gestión

- Existe un amplio reconocimiento del aporte de Juntos al aumento de la demanda de servicios de salud y los cambios de comportamientos en prácticas saludables que favorecen principalmente a mujeres y niñas de las zonas rurales del país. Sin embargo, también es necesario enfatizar que por la complejidad de su intervención y la cantidad de hogares beneficiarios las capacidades del programa es limitada.
- Una mayor efectividad de la intervención de Juntos necesita fortalecer las acciones de información, sensibilización y promoción

para fortalecer los cambios culturales producidos con el cumplimiento de corresponsabilidades. Hasta el momento el Programa ha enfatizado el proceso de pagaduría, sin embargo son limitadas las acciones de comunicativas y de acompañamiento dirigidas a la población.

- Por otro lado, las gerencias de desarrollo social han recibido un conjunto de competencias y funciones relativas a educación, salud, trabajo y promoción del empleo vienen desarrollado sus responsabilidades con limitaciones presupuestales y de recursos humanos, factores que complejizan su acción de gobierno a nivel local.
- Precisamente, la necesidad de fortalecer los recursos disponibles presenta la oportunidad de complementar acciones del Programa con los Gobiernos Regionales. Apurímac nos ha mostrado las posibilidades de una trabajo sinérgico del equipo regional del Programa Juntos y la Gerencia de Desarrollo Social para complementar capacidades; por un lado los gestores locales que asumen su labor de promoción para incentivar a las familias en el cumplimiento de sus compromisos y por el otro un Dirección Regional de Salud que asume la atención de las familias en los establecimientos locales.
- El compromiso en torno a una agenda inmediata para favorecer procesos operativos en torno a la distribución y llenado de formatos ha reducido la resistencia que produce en los profesionales de la salud la repetición de una información que aumenta su carga administrativa, puede dar la pista de la efectividad de atender problemas inmediatos que podrían ser parte de acciones estratégicas para las mejoras de los servicios de salud.
- De igual forma, las acciones de promoción social y acompañamiento para fortalecer estrategias de inclusión muchas veces dependen de las iniciativas y compromisos personales de los

gestores locales. Plantear objetivos compartidos en torno a un efectivo desarrollo de capacidades puede aprovechar la experiencia institucional acumulada por los programas sociales y complementar acciones para mejorar la intervención del propio gobierno regional a nivel comunal.

- Un reto de los espacios e iniciativas de articulación es su institucionalización para atender agendas de largo aliento, queda demostrado que la construcción de un ambiente de respeto y confianza permiten a equipos con diferentes responsabilidades complementar sus acciones en torno a intereses compartidos. Sin embargo acciones de carácter estratégico como compartir información actualizada y oportuna sobre los beneficiarios de los programas sociales necesita de arreglos institucionales para compartir sistemas de planeamiento, información y seguimiento.
- Queda pendiente como las mejoras promovidas a nivel regional pueden ser capitalizadas por los sectores, por ejemplo las acciones de articulación en Apurímac podrían ser sistematizadas para favorecer una gestión descentralizada de las acciones de lucha contra la pobreza donde las acciones son alineadas a la visión y objetivos regionales de desarrollo.
- Del mismo modo, una mejora señalada reiterativamente está vinculada a los sistemas de información, por ejemplo de uso de una gran cantidad de formatos para dar cuenta de las atenciones en salud en base a las estrategias sanitarias que se complica aún más los días que los beneficiarios del Programa Juntos acuden a los establecimientos de salud, podría ser materia del trabajo concertado en torno a la reforma de la salud que se viene trabajando por parte del sector. La idea en este sentido es aprovechar los aprendizajes que da la práctica a nivel regional y local para mejorar los instrumentos que harán posible la mejora continua de los servicios.

- Finalmente, es necesario relevar la importancia de la continuidad de iniciativas integradoras como las de articulación intergubernamental para procesos sociales que promueven cambios sociales y culturales complejos como la superación de la pobreza, en esa perspectiva resulta necesario enfatizar que complementar esfuerzos aporta a reducir los costos de transacción e incrementar los recursos disponibles. Por ello, resulta imprescindible reconocer el valor de iniciativas que van desarrollando capacidades de autoridades y técnicos comprometidos con protocolos de entendimiento que generan visiones compartidas de largo alcance.



Capítulo VI. Propuestas

6.1 Propuestas

Si partimos del concepto que la misión de la intervención de las políticas sociales es “crear valor público¹²” tomando en consideración para una gestión estratégica del programa la oportunidad de la articulación con otros actores para fortalecer la legitimidad de su intervención en base al vínculo con su entorno y los arreglos institucionales necesarios para el logro de sus objetivos operativos. Plantear el efectivo cumplimiento de las corresponsabilidades en salud requiere afirmar herramientas que permitan evidenciar los cambios de actitudes y comportamientos de beneficiarios, de tal forma que siendo valioso el desarrollo de las estrategias que permiten un mejor acceso a los servicios públicos, es impostergable afinar las estrategias y herramientas que permitan el seguimiento de los hogares, objetivo que supera las capacidades del Programa.

6.1.1 Corresponsabilidad y articulación

- a. Un primer objetivo de la articulación podría ser el rediseño del sistema de seguimiento a las corresponsabilidades, donde el Programa se convierta en un usuario de los registros de los sistemas de información y monitoreo que son responsabilidad de los gobiernos regionales respecto a las prestaciones de los servicios de salud, como se establece en la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- b. Este objetivo implica trabajar un sistema de información y verificación de corresponsabilidades que se construya desde el nivel local, permitiendo que cada establecimiento de salud pueda contar con información de los hogares por miembro beneficiario en base a un formato único consensuado con el programa Juntos. El propósito de este trabajo de coordinación debería superar la duplicidad de

¹² Mark Moore. Kennedy School of Government de la Universidad de Harvard. 1995.

procesos para el registro de las corresponsabilidades que son parte, también de estrategias nacionales de salud, en este sentido es estratégico fortalecer el “Sistema de Información del estado nutricional del niño menor de cinco años y gestantes que acceden al Establecimiento de Salud” (SIEN).

- c. El eje de la articulación debe ser un sistema de acompañamiento a los hogares Juntos para identificar progresos y dificultades en el cumplimiento de sus corresponsabilidades, por ello es importante fortalecer estrategias compartidas con los profesionales de salud, las autoridades y los líderes locales. Es importante identificar y fortalecer buenas prácticas en torno a la salud de los beneficiarios, además de verificar de manera concreta los cambios en su condición de beneficiario Juntos.
- d. Una dimensión operativa importante del sistema de seguimiento e información articulada entre el Programa y los actores locales, permitiría contar con alertas tempranas y generar una efectiva intervención para la mejora de los servicios o la atención de los beneficiarios.
- e. Es necesario fortalecer instrumentos normativos y acciones interinstitucionales que involucren a los actores locales con la labor de los gestores locales del programa, de tal forma que se supere la percepción que algunos responsables locales tienen sobre la intervención del programa que les significa duplicidad y sobrecarga laboral.

6.1.2 Normativos e institucionales

- a. Los Convenios de Gestión Operativas de los Servicios de Salud – Nutrición entre los Gobiernos Regionales y el Programa Juntos han cumplido un rol importante para el inicio de la articulación, sin embargo con el fortalecimiento de las capacidades regionales en

- torno a la funciones y competencias transferidas en el tema, es necesario replantear los contenidos de dicho acuerdo planteando de manera puntual resultados y procedimientos que puedan orientar el cumplimiento de las corresponsabilidades a nivel local.
- b. En este sentido es necesario introducir metas a nivel provincial y distrital fortaleciendo el carácter territorial en la mejora de la oferta y prestación de servicios de salud dirigidos a los hogares beneficiarios del programa en base a su demanda. En este sentido se puede aprovechar las actuales iniciativas de articulación descentralizada que viene impulsado el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para promover pilotos que identifiquen las dimensiones necesarias del nivel local.
 - c. Legitimar la articulación para fortalecer la operatividad de los convenios a nivel local requiere desarrollar un conjunto de directivas que precisen las responsabilidades de cada actor e instancia involucradas, por ejemplo las responsabilidades del personal de los establecimientos de salud, así como los procedimientos a seguir; pero además, es necesario contar con espacios que favorezcan la coordinación efectiva en torno al acompañamiento de los hogares, posibilitando que puedan contar con la información necesaria que favorezcan los cambios de actitudes y prácticas.
 - d. En el propio Programa, es necesario generar una estrategia que favorezca la intervención de los gestores locales, fortaleciendo su capacidad de orientación y acompañamiento de los hogares que forman parte de Juntos. En este sentido es importante que se diferencien roles pero también que se promueva un perfil laboral orientado al fortalecimiento de políticas sociales con un enfoque de derechos más que al cumplimiento de metas operativas. Este cambio tendría que favorecer acciones de promoción, información y asesoría a las familias para que el cumplimiento de corresponsabilidades pueda ser entendida como una estrategia para

la superación de la pobreza y el fortalecimiento de capacidades como se establece en la misión del Programa.

- e. En este sentido es necesario fortalecer una estrategia educativa y comunicativa para la sensibilización constante en torno al impacto positivo del Programa en las familias, así como en la comunidad. Tarea que requiere cambiar la atención de las familias en las acciones punitivas por el incumplimiento de sus compromisos con Juntos y relevar las ventajas del aporte de las transferencias condicionadas en la mejora de sus hijos y de su comunidad.

6.2 Sugerencias para investigaciones ulteriores

Es una tarea pendiente comprender a cabalidad el aporte de la intervención del Programa Juntos en las políticas nacionales de superación de la pobreza, sin embargo como hemos visto a los largo de este estudio se han producido en simultáneo un cambio de enfoques y orientaciones de acción pública que es necesario analizar. Por ello, puedo mencionar tres temas que podrían ser materia de investigación en el campo de la gerencia social.

- a. Impacto del Programa Articulado Nutricional – PAN, en el marco del presupuesto por resultados, identificando los aportes de JUNTOS en los resultados alcanzados con especial atención en la cuantificación de costos y recursos invertidos.
- b. Aporte de las organizaciones sociales en las acciones de promoción y vigilancia para la mejora del Programa a nivel comunal, en especial el aporte de los comités de supervisión y vigilancia en el tejido social, vínculo con otras organizaciones locales, tipo de liderazgos.
- c. Aporte de la intervención del Programa Juntos en las estrategias de articulación para la lucha y superación de la pobreza promovido por los gobiernos locales, en especial el vínculo con acciones de fortalecimiento de capacidades económico - sociales

Anexo N°01

Definición de Conceptos principales

❖ **Política Social**

Una de las características de las políticas públicas es su vínculo con las agendas sociales, así como el Estado establece una intervención institucional para su atención: “...en el caso de la política social que atiende un problema estructural como la pobreza, la creación de instituciones que conllevan a la continuidad en el compromiso del Estado generalmente hace más viable el planteamiento y la consecución de objetivos de largo plazo, lo que a su vez incrementa la probabilidad de atacar el problema de raíz.” (SZÉKELY, 2006)

❖ **Enfoque de Desarrollo Humano**

Las políticas se fundamentan en las propuestas de desarrollo como eje para la formulación de su intervención, en esa perspectiva, los Programas de Transferencia Condicionada se sustentan en el Enfoque de Desarrollo Humano con el propósito de fortalecer el capital humano, para este concepto se utiliza la formulación del PNUD en el Informe Nacional 2009 cuyo objetivo fue medir la atención de brechas sociales para el desarrollo social.

“Como en todo enfoque que incluye la dimensión ética, el desarrollo humano es normativo, porque propone un “deber ser” distinto al de la realidad actual, en reacción a las situaciones efectivamente existentes, especialmente las que experimentan los pobres y excluidos. Las normas en las que este enfoque normativo se materializa van desde la formulación de políticas públicas hasta la infinidad de iniciativas familiares y sociales, individuales y colectivas existentes en la sociedad.” (PNUD 2009: 21)

❖ Capital social

Este concepto alude a alianzas y asociaciones entre actores dan lugar a lo que suele denominarse capital social, concepto asociado a la **confianza y la participación**. En la Guía sobre Diseño y Gestión de la Política Pública, Edgar Ortegón señala como recursos del capital social **el capital humano determinado por los grados de nutrición, salud y educación de la población**; y el capital construido generado por el ser humano, que incluye infraestructura, bienes de capital financiero y comercial, etc. (Klisberg et al., 2002).

❖ Pobreza

Definir las características de la población en situación de pobreza es central para la intervención de los programas sociales y su proceso de identificación de beneficiarios. En el caso del programa Juntos la identificación de los beneficiarios se realiza en base al Sistema Nacional de Focalización de Hogares (SISFOH) que se sustenta en la definición realizada por el INEI: “El Instituto Nacional de Estadística e Informática desde el año 1997 mide la incidencia de la pobreza. Para ello, utiliza **el enfoque monetario absoluto y objetivo de la pobreza**. Según esta noción de pobreza, se considera pobre a todas las personas residentes en hogares particulares, cuyo gasto per cápita valorizado monetariamente, no supera el umbral de la línea de pobreza o monto mínimo necesario para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias”. (INEI 2007)

Las variables consideradas en el enfoque de activos y de estructura de oportunidades, señaladas por el INEI ha definido como variable dependiente, **la condición de pobreza**; y como variables independientes, las condiciones de vivienda, características de los jefes de hogar, propiedad de activos, entre otros..

Para el ámbito rural, los determinantes que influyen más en la disminución de la pobreza de los hogares son: la posesión de activos microempresariales, que reduce a más de la mitad la probabilidad de ser pobre, propiciando la creación de fuentes de trabajo a partir de la posesión de estos activos; segundo, el capital social, que propicia la formación de redes de colaboración y confianza entre los miembros de una comunidad como medio para salir de la pobreza, impulsados a crear redes y asociaciones a fin de compensar carencias de capital humano y físico (tanto público como privado) a través de relaciones sociales, tercero, la disponibilidad de servicios de telefonía básica o celular.

Por el contrario, los determinantes que contribuyen a incrementar la condición de pobreza son el tamaño del hogar, el sexo, la calidad del empleo y el número de ocupaciones. En esta área, los hogares jefaturados por mujeres tienen mayor probabilidad de estar en condición de pobreza respecto de aquellos donde los jefes de hogar son varones, pues junto a la precariedad laboral existente y a la carencia de otras fuentes de trabajo en el área que hacen difícil su inserción laboral; se suma el hecho de ser mujer (prácticas culturales dominantes) y de tener a su cargo la protección de su familia. (INEI 2009 13-24)

❖ **Transferencias monetarias condicionadas.**

Las transferencias monetarias condicionadas proporcionan dinero en efectivo a familias pobres bajo la condición de que éstas inviertan en el desarrollo del capital humano de sus hijos, asegurándose que asistan a la escuela y a los centros de salud regularmente. (VAKIS y PEROVA 2010: 7)

❖ **Programas de Transferencia Monetaria Condicionada (TMC)**

Constituyen en intervenciones temporales que se establecen con el objetivo de atender demandas sociales específicas, basado en la responsabilidad compartida entre Estado y Población para generar

condiciones favorables de desarrollo con énfasis en las generaciones más jóvenes. En palabras de Renos Vakis y E. Perova, especialistas del Banco Mundial podemos encontrar la siguiente definición: “son parte de una nueva generación de programas de desarrollo que buscan fomentar la acumulación de capital humano entre las poblaciones más vulnerables, especialmente los más jóvenes, a fin de romper el ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza”. (VAKIS y PEROVA 2010: 24)

❖ **Corresponsabilidad**

Es el proceso operativo central de un programa social de transferencia condicionada, pues establece la concreción del compromiso entre el Estado y la población, constituye un cambio significativo en el propio concepto de beneficiario de programas sociales pues establece una relación en doble dirección y como sostiene el PNUD en su informe sobre Desarrollo Humano en el Perú:

“Las acciones de oferta de servicios estatales a los ciudadanos tienen explícitamente y muy a menudo como contrapartida las equivalentes de servicios de los ciudadanos al Estado. El Estado demanda y la ciudadanía ofrece bienes o servicios necesarios para hacer viables los servicios estatales, como cuando un gobierno municipal o regional toma la decisión de qué proyectos favorecer o el aporte de la comunidad para la ejecución. Muchas veces ese aporte ciudadano al Estado es el que hace, presupuestal y socialmente, viable el servicio. Y viceversa, muchas iniciativas sociales requieren del aporte estatal para ser viables, como cuando se completan los recursos necesarios para que el servicio opere”. (PNUD 2009: 27)

❖ **Descentralización**

El actual proceso de descentralización plantea la transferencia progresiva competencias y recursos del gobierno nacional a los gobiernos regionales y locales con el fin de eliminar el centralismo. La construcción de un

sistema de autonomías políticas, económicas y administrativas, se basa en la aplicación del principio de subsidiariedad y complementariedad entre los niveles de gobierno nacional, regional y local del Estado, con el fin de fortalecer éstos últimos y propiciar el crecimiento de sus economías. Siendo un proceso de profunda transformación político-administrativa (PRODES 2007)

❖ **Gestión Descentralizada**

El Sistema de Gestión Descentralizada es el conjunto de elementos funcionales, interrelacionados, encargadas de la gestión de los procesos económicos, políticos, técnicos y culturales, desde la planificación hasta evaluación en los tres niveles de gobierno. Es un proceso en construcción en el país, por tanto la reflexión se encuentra en la fase de diseño como se aprecia en textos referidos al llamado modelo de gestión descentralizada:

“Una vez identificado el servicio, se analiza el ciclo de producción del mismo a fin de establecer los procesos o fases de gestión que implica hacerlo de manera descentralizada, en el que será importante indicar los roles de cada nivel de gobierno. Es decir, en vez de que exista un solo centro de decisión ahora habrá dos o más que actuarán con complementariedad y corresponsabilidad generando interdependencias en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas relacionadas con dichos servicios” (Castañeda 2011: 60)

Anexo N°02

Instrumentos de Recolección de Información.

I. GUIAS REVISIÓN DOCUMENTAL:

FICHA REVISIÓN DOCUMENTACIÓN SECTORIAL			
Nombre Documento:			
Instancia de Origen:			
Fecha de Publicación:			
PREGUNTA	VARIABLE	INDICADORES	FUENTE
Existen normas emitidas por el MINSA para asegurar la prestación de servicios de salud establecidos como requisito del cumplimiento de corresponsabilidad del Programa	NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	1.1.Eficacia de Directivas de carácter nacional asociadas al cumplimiento de la corresponsabilidad de salud	Norma Sectorial
Características y alcances de la norma			
Existen protocolos emitidos por el Poder Ejecutivo aplicable a GR para la implementación de la prestación de servicios de salud establecidos como requisito del cumplimiento de corresponsabilidad del Programa	NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	1.6.Número de normas de carácter nacional emitidas para favorecer la articulación en los diferentes niveles de gobierno para la corresponsabilidad en salud	Norma Sectorial

Características y alcances de los protocolos			
¿Cuál es el promedio anual de la asistencia de las madres gestantes? Promedio anual ()	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	2.1. Promedio anual de visitas de Madres Gestantes a los puestos de salud para control prenatal	Documento sectorial
Tipo de Seguimiento Efectuado: Proyección Estadística () Estudio Especializado ()			
Tipo de Factores que explican el promedio alcanzado: Programa () Sector salud () Beneficiarios ()			
¿Cuál es el promedio anual de la asistencia de los niños al CRED? Promedio anual ()	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	2.2. Promedio anual de atenciones CRED a Niños / as menores de 6 años	Documento sectorial
Tipo de Seguimiento Efectuado: Proyección Estadística () Estudio Especializado ()			

<p>Tipo de Factores que explican el promedio alcanzado</p> <p>Programa ()</p> <p>Sector salud ()</p> <p>Beneficiarios ()</p>			
<p>¿Existen programas de capacitación que expliquen al personal sobre su responsabilidad respecto a los beneficiarios de Juntos?</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DESARROLLO DE CAPACIDADES</p>	<p>3.1 Número de servidores del sector salud capacitados en las normas y procedimientos para el cumplimiento de corresponsabilidades en salud</p>	<p>Documento sectorial</p>
<p>¿Existen un proceso de inducción dirigido a los servidores?</p>			
<p>¿Existen materiales de información?</p>			

FICHA REVISIÓN DOCUMENTACIÓN PROGRAMA			
Nombre Documento:			
Instancia de Origen:			
Fecha de Publicación:			
PREGUNTA	VARIABLE	INDICADORES	FUENTE
Existen protocolos emitidos por el Programa para la implementación de la prestación de servicios de salud establecidos como requisito del cumplimiento de corresponsabilidad del Programa	NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	1.4. Viabilidad de las Directivas elaboradas por el Programa JUNTOS	Directiva del Programa
Características y alcances de los protocolos			
Existen directivas y protocolos emitidas por el Programa para la implementación de la corresponsabilidad en salud	NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	1.5. Número de directivas y protocolos implementados por el Programa JUNTOS	Directiva del Programa
Características y alcances de los protocolos			
¿Cuál es el promedio de hogares atendidos por los promotores a nivel local?	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	2.3.Promedio de beneficiarios atendidos por el promotor del programa	Documento del Programa
¿Existen protocolos para la atención?			

¿Existen estudios para la medición y / o seguimiento de los procesos?			
¿Existen programas de capacitación?	DESARROLLO DE CAPACIDADES	3.2 Número de Servidores del Programa capacitados en las normas y procedimientos para el cumplimiento de responsabilidades en salud	Documento del Programa
¿Existen un proceso de inducción dirigido a los servidores?			



FICHA REVISIÓN DOCUMENTACIÓN COMITÉ DE TRANSPARENCIA DEL PROGRAMA JUNTOS			
<p>Nombre Documento:</p> <p>Instancia de Origen:</p> <p>Fecha de Publicación:</p>			
PREGUNTA	VARIABLE	INDICADORES	FUENTE
Tipo de reporte que realizan los beneficiarios Hallazgo () Queja () Denuncia ()	OPINIÓN DE LOS BENEFICIARIOS	4.1. Tipo de reportes de los comités de vigilancia locales sobre el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud del Programa Juntos	Documento Institucional
Existe un procedimientos para la solución de los reportes formulados			
Tipo de propuesta que realizan los beneficiarios Servicio Personal Horario de Atención	OPINIÓN DE LOS BENEFICIARIOS	4.2. Propuesta de mejora o correctivos planteadas por los comités de vigilancia	Documento Institucional
Existe un procedimientos para la solución de los reportes formulados			

II. GUIAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD:

FUNCIONARIO DEL PROGRAMA JUNTOS - SEDE CENTRAL	
Orientaciones	Preguntas guías
Datos del entrevistado/a (s)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre y apellidos 2. Cargo en el PROGRAMA 3. Tiempo que ocupa el cargo 4. ¿Dentro de sus funciones como se vincula al proceso de corresponsabilidad en salud? 5. ¿Cuáles? Por favor precise
Conocimiento y percepciones sobre NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Conoce algunas normas emitidas por el PROGRAMA para la implementación de la prestación de servicios de salud establecidos como requisito del cumplimiento de corresponsabilidad del Programa? 7. ¿Qué se quiso con la norma? 8. ¿Es viable la norma formulada? 9. ¿Cuáles son las dificultades encontradas para su implementación? 10. ¿Existen mecanismos de monitoreo o reporte sobre el cumplimiento en salud de los beneficiarios?
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 11. ¿Cuáles son los factores que influyen en los niveles de cumplimiento de los hogares beneficiarios? 12. Específicamente: ¿Cuáles son los factores relacionados a la gestante? 13. ¿Cuáles con el cumplimiento al CRED de los niños / as? 14. En su opinión. ¿Cuáles son las limitaciones que tiene el programa para atender la demanda que surge desde los beneficiarios? 15. ¿Cuál es la mejor estrategia que ha utilizado el Programa para que los beneficiarios cumplan con la corresponsabilidad en salud? 16. ¿Existen protocolos diferenciados para el acompañamiento de los hogares? 17. ¿Cuáles son los mecanismos / estrategias utilizadas para el seguimiento?

DESARROLLO DE CAPACIDADES	18. ¿Con que tipo de recursos conocer sobre la corresponsabilidad en salud? 19. ¿Existe algún tipo de entrenamiento? 20. ¿Cómo se resuelven las consultas de información – conocimiento de los beneficiarios sobre la corresponsabilidad en salud?
Expectativas de cómo se percibe que debería ser el cumplimiento de la corresponsabilidad	21. ¿Qué cree Ud. que necesita Juntos para mejorar la corresponsabilidad en salud? 22. ¿Qué tipo de estrategias recomendaría?



FUNCIONARIO DEL PROGRAMA JUNTOS - SEDE REGIONAL	
Orientaciones	Preguntas guías
Datos del entrevistado/a (s)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre y apellidos 2. Cargo en el PROGRAMA 3. Tiempo que ocupa el cargo 4. ¿Dentro de sus funciones participa de las acciones que el programa realiza para el cumplimiento de la corresponsabilidad de salud en Juntos? 5. ¿Cuáles? Por favor precise
Conocimiento y percepciones sobre NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	<ol style="list-style-type: none"> 6. ¿Conocer las normas emitidas por el Programa para la implementación de la prestación de servicios de salud establecidos como requisito del cumplimiento de corresponsabilidad del Programa? 7. ¿Es viable el cumplimiento de la norma formulada? ¿Por qué? 8. ¿Conoce de normas emitidas por el Sector y / o el GR sobre la corresponsabilidad en salud? 9. ¿Es viable el cumplimiento de la norma formulada? 10. ¿Cuáles son las dificultades encontradas para su implementación? 11. ¿Existen mecanismos de monitoreo o reporte sobre el cumplimiento en salud de los beneficiarios? ¿Cómo se realizan?
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 12. ¿Cuáles son los factores que influyen en los niveles de cumplimiento de los hogares beneficiarios? 13. ¿Existen diferencias entre el cumplimiento de las gestantes y el cumplimiento del CRED? ¿Por qué? 14. En su opinión. ¿Cuáles son las limitaciones que tiene el programa para atender la demanda de las familias? 15. ¿Cómo se organizan para realizar la orientación y seguimiento a los hogares? 16. ¿Cuál es el promedio de hogares atendidos por promotor?

DESARROLLO DE CAPACIDADES	<p>17. ¿Con que tipo de recursos cuentan para conocer sobre la corresponsabilidad en salud?</p> <p>18. ¿Existe algún tipo de entrenamiento?</p> <p>19. ¿Cómo se resuelven las consultas de información – conocimiento de los beneficiarios sobre la corresponsabilidad en salud?</p>
Expectativas de cómo se percibe que debería ser el cumplimiento de la corresponsabilidad	<p>20. ¿Qué cree Ud. que necesita Juntos para mejorar el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud?</p> <p>21. ¿Qué rol deben cumplir los otros actores involucrados?</p> <p>22. ¿Qué tipo de estrategias recomendaría?</p>



FUNCIONARIO - GOBIERNO REGIONAL	
Orientaciones	Preguntas guías
Datos del entrevistado/a (s)	1. Nombre y apellidos 2. Cargo en el GR 3. Tiempo que ocupa el cargo 4. ¿Dentro de sus funciones se vincula a la intervención de los programas sociales?
Conocimiento y percepciones sobre NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	5. ¿Existen normas emitidas por el GR para la implementación de la prestación de servicios de salud establecidos como requisito del cumplimiento de corresponsabilidad del Programa? ¿Cuáles? 6. ¿Es viable la norma formulada? 7. ¿Cuáles son las dificultades encontradas para su implementación?
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	8. ¿Cuáles son los factores que influyen en los niveles de cumplimiento de los hogares beneficiarios? 9. En su opinión. ¿Cuáles son las limitaciones que tiene el GR para atender la demanda que surge desde Juntos?
Expectativas de cómo se percibe que debería ser el cumplimiento de la corresponsabilidad	10. ¿Qué cree Ud. que necesita Juntos para mejorar la corresponsabilidad en salud solicitadas a sus beneficiarios? 11. ¿Qué tipo de estrategias recomendaría? 12. ¿Qué consejo le daría a los miembros de JUNTOS?

RESPONSABLE DEL COMITÉ DE SUPERVISIÓN Y TRANSPARENCIA	
PROGRAMA JUNTOS - SEDE CENTRAL	
Orientaciones	Preguntas guías
Datos del entrevistado/a (s)	1. Nombre y apellidos 2. Cargo en el Comité 3. Tiempo que ocupa el cargo 4. ¿Dentro de sus funciones está a su cargo el seguimiento a la corresponsabilidad en salud? 5. ¿Dentro de sus funciones participa de las acciones que el programa realiza para el cumplimiento de la corresponsabilidad de salud en Juntos? 6. ¿Cuáles? Por favor precise
Conocimiento y percepciones sobre Opinión de los beneficiarios	7. ¿Cuáles son las principales quejas que identifican los comités de vigilancia? 8. ¿Cuáles son los Canales que utilizan para la solución a los reportes? 9. Se han incorporado algunas propuestas de mejora formulada por los hogares beneficiarios
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	10. En su opinión. ¿Cuáles son las limitaciones que tiene el programa para atender la demanda que surge desde los beneficiarios? 11. Cuál es la mejor estrategia que ha utilizado el Programa para
DESARROLLO DE CAPACIDADES	12. ¿Con que tipo de recursos cuentan para su conocimiento sobre la corresponsabilidad en salud? 13. ¿Existe algún tipo de entrenamiento?
Expectativas de cómo se percibe que debería ser el cumplimiento de la corresponsabilidad	14. ¿Qué cree Ud. que necesita Juntos para mejorar la corresponsabilidad en salud? 15. ¿Qué tipo de estrategias recomendaría?

Anexo N°03

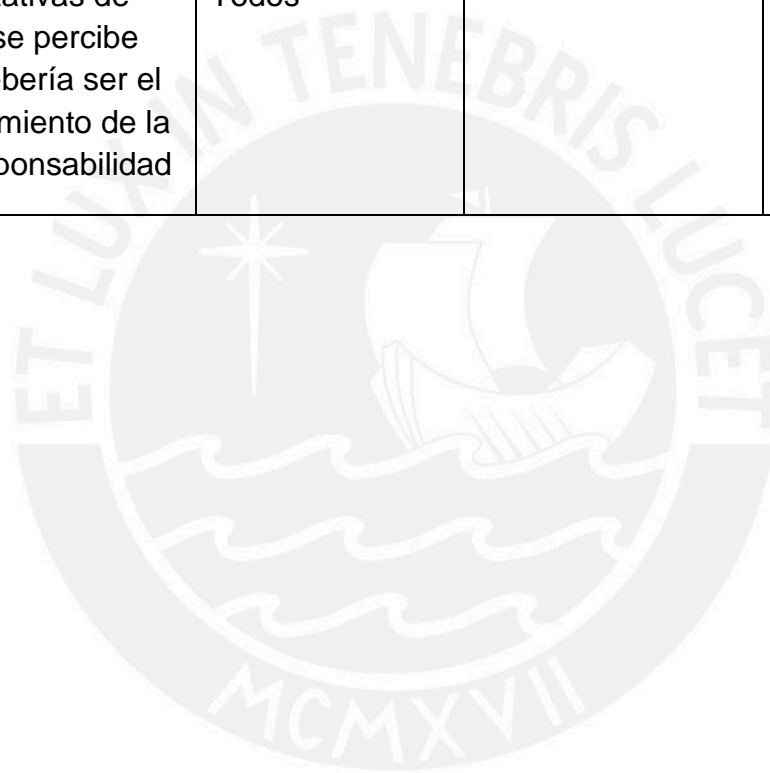
Relación de Personas Entrevistadas

Unidad de Análisis	Nombre	Cargo	Instrumento Aplicado
NORMATIVIDAD para la articulación intersectorial e intergubernamental	Milagros Espinoza	Gerente de la Unidad Gerencial de Asesoría Legal / Encargada de la Secretaría de Consejo Directivo / Encargada de la Dirección Ejecutiva Adjunta	Entrevista a profundidad
	Fiorella Viacava	Profesional Unidad Gerencial de Asesoría Legal	
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	Milagros Espinoza	Gerente de la Unidad Gerencial de Asesoría Legal / Encargada de la Secretaría de Consejo Directivo / Encargada de la Dirección Ejecutiva Adjunta	Entrevista a profundidad
	Darcy Calderón	Profesional de la Unidad Gerencial Operativa de Comunicación y Enlace Sectorial (UGOCES)	
	Hugo Nicanor Almeida Boada	Encargado de la Gerencia de la Unidad Gerencial	

		Operativa de Afiliaciones y Liquidaciones
	José Lizárraga Trujillo	Gerente de Desarrollo Social Gobierno Regional de Apurímac
	Alejandro Pozo Zárate	Jefe del Equipo Regional de Apurímac
	Luisa Sotelo Luna	Jefa del Equipo Regional de Apurímac
	Maximiliano Cruz Jara	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac
	Magdalena Bardales Flores	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac
	Katia Valer Drago	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac
	Juan Ostos Barrientos	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac
	Johnna Peña Trujillo	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac
	Víctor Sivipaucar	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional

	Huamaní	de Apurímac	
DESARROLLO DE CAPACIDADES	Darcy Calderón	Profesional de la Unidad Gerencial Operativa de Comunicación y Enlace Sectorial (UGOCES)	Entrevista a profundidad
	Victoria Pinedo	Profesional de la Unidad Gerencial Operativa de Comunicación y Enlace Sectorial (UGOCES)	
	Fabián Ascue	Secretario Técnico del Comité Nacional de Supervisión y Transparencia	
	Luisa Sotelo Luna	Jefa del Equipo Regional de Apurímac	
	Maximiliano Cruz Jara	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac	
	Magdalena Bardales Flores	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac	
	Katia Valer Drago	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac	
	Juan Ostos Barrientos	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional	

		de Apurímac	
	Johnna Peña Trujillo	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac	
	Víctor Sivipaucar Huamaní	Coordinador Técnico Zonal Equipo Regional de Apurímac	
Expectativas de cómo se percibe que debería ser el cumplimiento de la corresponsabilidad	Todos		Entrevista a profundidad



Bibliografía

1. ALCÁZAR, Lorena
2010 *Diseño de una estrategia de graduación diferenciada de los hogares beneficiarios del Programa JUNTOS*. Informe preliminar de consultoría. Lima: GRADE.
2. ARAMBURÚ, Carlos Eduardo
2009 *El Programa JUNTOS, resultados y retos*. Informe de consultoría. Lima: Programa JUNTOS.
3. ARCIA, G.
2009. *JUNTOS: Análisis de la oferta y demanda educativa a nivel distrital*. Informe de consultoría. Lima: BID
4. ARRÓSPIDE, M.
2009 *Documentación y análisis de los procesos del Programa JUNTOS*. Informe de consultoría. Lima: Banco Mundial.
5. ATRIA, Raúl
2006 *Políticas Sociales: Concepto y Diseño. Un Marco De Referencia*. Serie Documentos de Trabajo N° 6 Departamento de Gobierno y Gestión Pública del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Marzo 2006.
6. CASTAÑEDA, Vlado.
2010 *Elementos y Consideraciones para una Gestión Descentralizada*. Lima: MIMDES.
7. CECCHINI, Simone y Madariaga, Aldo
2011 *PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe*. Cepal. Santiago de Chile: Naciones Unidad
8. CORDERA, Rolando; RAMIREZ, Patricia y ZICCARDI, Alicia
2008 *Pobreza, Desigualdad y exclusión Social en la Ciudad del Siglo XXI*. México Siglo XXI: UNAM.

9. CRUZ, A.
2009 *Diseño operacional de la verificación de corresponsabilidades de las familias en el Programa JUNTOS*. Informe de consultoría. Lima: BID.
10. CHÁVEZ, N.
2009 *Soporte Técnico a la Implementación de del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias Garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal*. Informe de consultoría. Lima: Banco Mundial.
11. DUMLER, Francisco
2010 *Modelo De Intervención Integral De La Política Social En Desarrollo Social Promovida Por El Ministerio De La Mujer y Desarrollo Social – Mimdes*. Lima: MIMDES.
12. FISZBEIN Y SCHADY,
2008 *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*. World Bank.
13. FONSECA, Ana; SZEKELY, Miguel y GONZÁLEZ, Gustavo.
2006 *Apreciación sustantiva del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres “Juntos”*. Perú. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD
14. HUBER, L.; ZÁRATE, P.; DURAND A; MADALENGOITIA, O. y MOREL J.
2009 *Programa JUNTOS: Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas*. Lima: UNICEF/UNFPA/IEP.
15. HUBER, L.
2009 *Estudio de percepción sobre cambios de comportamiento de los beneficiarios y accesibilidad al Programa JUNTOS en el Distrito de San Jerónimo (Andahuaylas, Apurímac)*. Informe de consultoría. Lima: IEP.

16. KLIKSBURG, Bernardo

2000 *Capital Social y Cultura: Claves Estratégicas para el Desarrollo*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

17. LINARES, I.

2009 *Descripción y diagnóstico de los instrumentos y procesos vigentes de focalización y registro de beneficiarios del Programa JUNTOS*. Informe de consultoría. Lima: BID.

18. ORTEGÓN, Edgard

2008 *Guía sobre diseño y gestión de la política pública*. Organización del Convenio Andrés Bello, Colciencias. Bogotá: Instituto de Estudios Latinoamericanos.

19. PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

2009 *Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos*. Informe sobre desarrollo humano 2009. Nueva York: PNUD

20. SÁNCHEZ, E.

2009 *Identificación y organización de los procesos operacionales en los servicios de salud*. Informe de consultoría. Lima: Banco Mundial.

21. SZÉKELY, Miguel

2006 *Midiendo el Nivel de Institucionalidad de la Política Social en América Latina*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD

22. UNICEF

2011 *Diagnóstico comunicacional y recomendaciones para desarrollar la estrategia comunicacional para desarrollar*

cambios de comportamientos en la población beneficiaria Programa JUNTOS. Lima: UNICEF

23.VAKIS, R. y PEROVA, E.

2009 *El Impacto y Potencial del Programa JUNTOS en Perú: Evidencia de una evaluación no-experimental. Lima: Banco Mundial*

24.VARGAS. Silvana.

2011 *Programa JUNTOS – Antecedentes, Avances y Resultados de Evaluación. Síntesis. Documento de trabajo. Lima: Banco Mundial.*

25.YAMADA, Gustavo y otros:

2012 *Desigualdad monetaria en un contexto de rápido crecimiento económico: El caso reciente del Perú. Documento de Discusión. Lima: Universidad del Pacífico.*

