

# Propuesta de Mejora: Control de crecimiento y desarrollo completo para la edad – Región Junín



**Doris B. Zubilete Guerreros**

## Presentación

El desarrollo y bienestar un país, es a lo aspiran los políticos como los ciudadanos/as, ante ello; es importante reconocer como gestores públicos, que el centro de nuestro accionar son las personas, esto implica analizar cuál es las acciones estratégicas y el momento en que se debe intervenir para lograr el ansiado desarrollo.

El enfoque de desarrollo humano de Amartya Sen indica que es importante el proteger el potencial humano para ampliar sus opciones es decir disminuir las brechas sociales y que impactan en el desarrollo, pero el momento oportuno o la “ventana única de oportunidad” es la infancia. Por ello; la política de desarrollo infantil temprano, constituye no solo una voluntad política sino un objetivo comunidad de la sociedad peruana.

El desarrollo infantil temprano es una política basad en evidencia, que ha logrado construir una visión compartida, una ruta, herramientas, instrumentos y estrategias que involucran los diferentes niveles de gobierno e interinstitucional con un enfoque de derechos, de gestión por resultados, entre otros, las misma que se aterrizar en los distritos más pobres del país.

A partir del desarrollo de competencias que viene desarrollando el MIDIS con la ENAP, es oportuno en base a lo aprendido analizar en esta ocasión, la Provincia de Satipo, ubicada en la Región porque es la más provincia pobre, tiene distritos en el VRAEM, por su complejidad geográfica, su ruralidad, multicultural constituye una suerte de una de estudio por los diferentes factores y oportunidad de implementar, analizar, retroalimentar y concretizar la política del desarrollo infantil, temprano.

Este análisis ha permitido recorrer por ver el contexto, revisar la situación del desarrollo infantil temprano, identificar el servicio crítico y clave para a contribuir a los resultados del DIT, asimismo; reflexionar sobre la línea de producción del servicio de CRED, sus particularidades en términos de cobertura y calidad no solo técnico, sino humano, ético y su entorno estableciendo una propuesta de mejora que involucra no solo al sector con su rol rector sino a aliados estratégicos y a la misma población organizada, presento este estudio académico a fin de contribuir en la implementación concreta de la política del desarrollo infantil temprano en la provincia de Satipo.

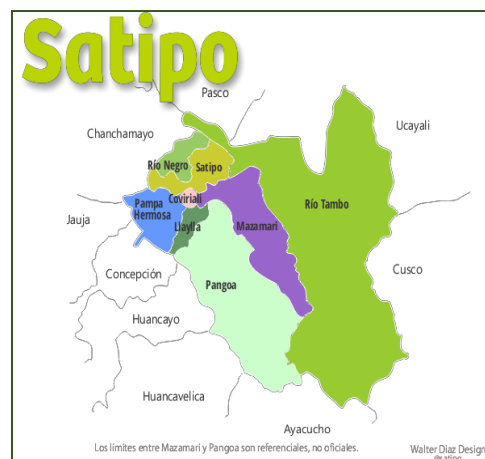
**Autora**

## 1. Características sociodemográficas principales de la Provincia de Satipo de la Región Junín y los indicadores de infancia

La Provincia de Satipo se encuentra en la Región Junín, es parte de la selva central de la amazonia peruana, ubicada en la parte oriental de Junín, distribuido en 9 distritos: Coviriali, Pampa Hermosa, Llaylla, Mazamari, San Martín de Pangoa, Río Negro, Río Tambo, Satipo y Viscatan del Ene, este último creado el 5 de octubre del 2015. Tiene una extensión de 19,432 kms<sup>2</sup>, siendo la provincia más extensa.

Satipo limita con los departamentos, por el:

- Norte con Pasco y Ucayali.
- Este con Ucayali y de Cusco.
- Sur con Cusco y Ayacucho.
- Oeste Ayacucho y Huancavelica.



Según el INEI (2007), la provincia de Satipo en el año 2007 tuvo 193,872 habitantes de los cuales los varones representan el 53.6% y las mujeres el 46.4%, y para el año 2017 está proyectado una población de 250,368 habitantes, con una tasa de crecimiento de 2,6 % anual; el 39.49% son de 0 a 14 años de edad. Alberga habitantes migrantes o colonos, procedentes de regiones aledañas muchos de ellos quechua hablantes, distribuido en 508 centros poblados y anexos, también; habitan comunidades indígenas entre Asháninkas, Nomatsiguengas y Cakintes, distribuido en 166 comunidades nativas, los mismos que se habrían dedicado en sus orígenes a las actividades de caza, pesca, recolección, artesanía y una agricultura de autoconsumo y comercialización insipiente.

Es eminentemente rural 73%, siendo el distrito más urbano Satipo con 40%<sup>1</sup>, solo el 15,8% hablan el idioma nativo de la amazonia, 84.3% hablan español u otra lengua (entre ellas el quechua), cabe resaltar que los distritos que alberga mayormente son Pangoa y Río Tambo. Parte de sus distritos pertenece al VRAEM, es decir; coexiste conflictos sociales por el narcoterrorismo, además de conflictos territoriales y de

<sup>1</sup> Plan de acondicionamiento territorial de la Provincia de Satipo. Ministerio de Vivienda, construcción y Saneamiento, Municipalidad Provincial de Satipo- 2011.

defensa del medio ambiente frente al ingreso de empresas extractivas, lo que hace más complejo de gestión y gobernabilidad en el territorio.

Es la provincia con mayor pobreza, de acuerdo al Mapa del MEF-2001, Índice de Pobreza: 0,6182606763; y según FONCODES -2006 con un Índice de Carencias de 0.7600, Quintil 1, está calificado como de extrema pobreza; % de población sin agua: 61%, sin desagüe/ letrina: 25%, sin electricidad: 68%; con una tasa de Analfabetismo en mujeres: 21%, Niños de 0-12 años: 36%, y 49 % de desnutrición (1999). Para esa fecha 2 eran de quintil 2 y 6 de quintil 1 de pobreza.

El INEI en el II Censo de Comunidades indígenas de la Amazonia Peruana 2007, refiere que el 51.8% viven en chozas o cabañas, el 86.2% no tiene acceso a alumbrado eléctrico, 73.3% consume agua de río o acequia y el 51.1% hace uso de pozo ciego o letrina para eliminar las excretas, tienen acceso a telefonía solo el 11%. Para la ENAHO 2010-2015 INEI a nivel regional se llega a un 65.1% de acceso conjunto a servicios básicos: agua, desagüe, electrificación y telefonía, esto nos confirma que las brechas son zonas rurales como Satipo.

Frente a la escasa disponibilidad y actualización de información de la provincia de Satipo en el 2007 la red de salud refiere que las causas más importantes de morbilidad infantil, son las enfermedades del sistema respiratorio en primer lugar seguido de las parasitarias, enfermedades de la piel en segundo lugar. Referencialmente a nivel regional se tiene desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años según la ENDES 2015 es de 19.8%. Anemia en niños de 6 a 36 meses 54%.

Existe una serie de dificultades para incorporar el enfoque de interculturalidad en los servicios de salud y educación por la escasa disponibilidad de recursos humanos con competencias para desarrollar este enfoque, así como de inversión en estos temas.

Podemos concluir que la Provincia de Satipo, es la más crítica en diferentes indicadores trazadores de salud, educación, saneamiento, entre otros, especialmente en las comunidades indígenas amazónicas, como hemos evidenciado la data existente.

## **2. Características de la primera infancia (2.5 pág.)**

2.1. **Población infantil:** La proyección de niños/as menores de 5 años, según el INEI en la Provincia de Satipo es de 36,820, en el padrón nominal están 21,181 niños/as registrados en las Municipalidades distritales, esto es la data consolidada con salud, programas sociales de los que residen en el distrito.

**Cuadro de niños/as menores de 5 años de la Provincia de Satipo,  
registrados en el padrón nominal vs proyección de INEI al 2016.**

Distrito	SEGÚN PADRON NOMINAL					CONSISTENCIA PADRON NOMINAL SEGÚN MINSA MINIMO 80%						
	0 AÑOS	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	0 AÑOS	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	%	CONDICION
Satipo	819	909	1102	1058	1004	992	996	997	993	987	77.65%	NO CUMPLE
Coviriali	47	66	74	62	67	133	139	143	145	145	69.46%	NO CUMPLE
Llaylla	36	77	87	95	96	181	173	166	161	158	38.85%	NO CUMPLE
Mazamari	419	426	437	434	420	1527	1534	1532	1523	1508	97.37%	SI CUMPLE
Pampa Hermosa	72	72	79	75	101	217	239	256	268	277	84.71%	SI CUMPLE
Pangoa	1032	1374	1423	1368	1526	1598	1605	1603	1594	1579	71.72%	NO CUMPLE
Río Negro	369	421	420	423	463	749	745	739	730	718	84.76%	SI CUMPLE
Río Tambo	660	919	954	861	834	2055	2005	1955	1904	1851	74.75%	NO CUMPLE
<b>TOTAL</b>	<b>3454</b>	<b>4264</b>	<b>4576</b>	<b>4376</b>	<b>4511</b>	<b>7452</b>	<b>7436</b>	<b>7391</b>	<b>7318</b>	<b>7223</b>		

Fuente: Unidad de estadística - DIRESA Junín- 1º trimestre 2016.

Esta base de datos de nivel local, es de suma importancia porque se identifican brechas de identidad, caracteriza la situación del hogar, caracteriza al jefe de familia, ubica al niño/a por centros poblado, etc.; esto debería facilitar la toma de decisiones en la gestión de los servicios públicos que se tiene para los niños/as menores de 5 años (acceso a DNI, SIS, salud, educación, programas sociales, entre otros); así como realizar el seguimiento de cada niño/a con problemas de desnutrición y anemia.

2.2. **Evolución de principales indicadores del DIT:** En el marco de la visión, enfoques, principios, marco conceptual e intervenciones priorizadas del DIT y las metas de Lamay, a través del seguimiento que realiza el MIDIS podemos comparar los avances al 2015, Junín aún está lejos de cumplir con estas metas como podemos observar en el siguiente cuadro:

## Cuadro comparativo de las Metas de Lamay: Nacional y Región Junín- 2015

		DCI %	Anemia %	Educación Inicial %	Agua y Saneamiento %
<b>Meta Lamay</b>	<b>2016</b>	10	20	85	85
<b>Nacional</b>	<b>2015</b>	14.4	43.5	84.2	72.48
<b>Regional</b>	<b>2015</b>	19.8	53.9	78	70.15

Fuente: ENAHO 2015

En Satipo; respecto al primer resultado “nacimient saludable” que implica asegurar la salud de la gestante para llegar a un embarazo a término y niños/as por lo menos con 2.5 kg, a nivel regional se tiene 8.2 %<sup>2</sup> de niños con bajo peso al nacer, además se tiene la mayor prevalencia de madres adolescentes que es 15%<sup>3</sup>, la anemia en gestantes, según el SIEN, Satipo es una de las provincias con mayor prevalencia. Un dato relevante, es analizar la entrega de paquete completo a la gestante<sup>4</sup> en el marco del CAD. Junín logro en el primer año 6% (2015), estas condiciones no permite garantizar este primer resultado. En el resultado “Adecuado Estado Nutricional”, un indicador significativo es la prevalencia de DCI y anemia como evidenciamos en el cuadro aún siguen siendo críticos, aun cuando han disminuido significativamente la anemia en 10.1 puntos porcentuales relación al 2014, en el caso de Satipo siendo una zona rural estas cifras son mayores (70.3% regional); de la información disponible a nivel de la provincia de Satipo, según el SIEN, la prevalencia de niños con desnutrición crónica es muy alta igual o mayor al 40% en el año 2014, entendido que esta información es de los niños/as que se acercan al establecimiento de salud, que nos indica la desigualdad social que existe, ciertamente es referencial. Referente al paquete completo para niños/as menores de 24 meses en los distritos más pobres de la Región es de 66% (CAD)<sup>5</sup> y el paquete completo en el menor de 12 meses con acompañamiento

<sup>2</sup> ENAHO 2015-INEI

<sup>3</sup> Diagnóstico de salud del plan estratégico de salud de la Región Junín 2011-2014

<sup>4</sup> Informe de verificación del cumplimiento del CAD en el marco del FED, metas multianuales de cobertura del primer año – Junín - 2016. **Paquete completo de gestante:** Proporción de mujeres de los distritos más pobres de los departamentos que durante la gestación tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.

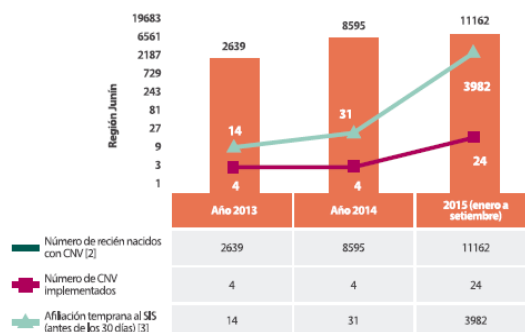
<sup>5</sup> Informe de verificación del cumplimiento del CAD en el marco del FED, metas multianuales de cobertura del primer año – Junín - 2016...**Paquete completo de niño:** Proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos más pobres de los departamentos que reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y CUI/DNI. Proporción de niños y niñas menores de 12 meses de edad de los distritos más pobres de los departamento inscritos en el Programa Nacional Cuna Más que reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y DNI.

familiar fue del 12%, además un punto crítico es la tendencia de disminución de la práctica de lactancia materna que bajo del 2011 – 2015 de 97.2 % a 79.8%<sup>6</sup>, ciertamente se viene avanzando, pero aún no es suficiente para facilitar la disminución drástica de la DCI y anemia.

Respecto a los resultados de apego seguro, camina solo, comunicación efectiva, regulación de emociones y comportamientos, función simbólica la información es muy escasa y no son de valor oficial.

Respecto a los servicios de salud en Satipo existen 2 Hospitales y 101 EESS principalmente de nivel I-1 que prestan servicios principalmente preventivo promocionales de los cuales aprox. 43.6% con seguro integral de salud, aún existe brecha en la afiliación porque aún existe población sin DNI porque hay limitada disponibilidad de conectividad para dar CNV en línea, los padres desconocen la importancia del DNI, en el caso del porcentaje de niños/as menores de 12 meses inscritos en la municipalidad o RENIEC a nivel regional es de 88.9% (ENDES 2015) y en los distritos con quintil 1 y 2 dos de pobreza solo al 25% de niños menores de 12 meses tienen DNI, en este último año a través del FED y del plan bienvenidos a la vida se ha implementado 20 puntos de CNV en línea de ellos 3 en Satipo, pero aún el proceso afiliación es tardía (ver cuadro)

**Número de recién nacidos con CNV en línea afiliados al SIS en relación con número de CNV implementados en el departamento de Junín (2013-Set 2015)**



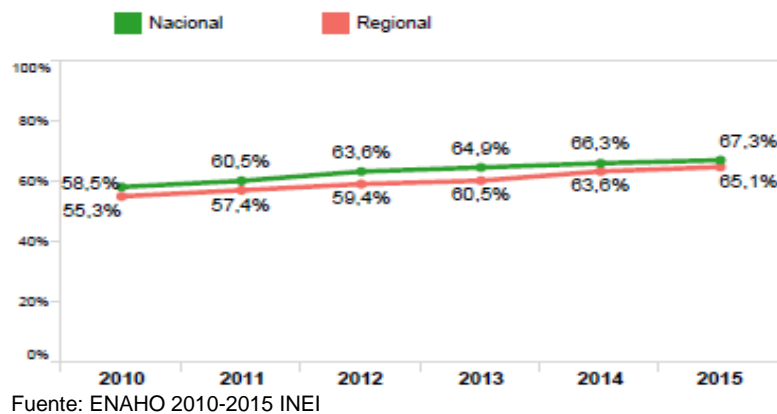
Fuente: Seguro Integral de Salud (SIS), estadísticas e informática del Certificado de Nacido Vivo (CNV) y la Dirección Regional de Salud (DIRESA) - Junín.  
Elaboración: Equipo técnico del Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED).

El entorno, según la ENAHO 2015, a nivel de la Región Junín; el 65.1% tienen acceso al conjunto de servicios básicos: agua, desagüe, electrificación (ver gráfico siguiente). En Satipo, sólo 38.1% de las viviendas tienen agua por red pública, sumado a ello que

<sup>6</sup> Reporte del tableau reader- Indicadores de la ENDIS

en las zonas rurales solo acceden a agua clorada 0.8% (ENAHO 2014) y en los distritos de quintil y 1 y 2 de pobreza el 94% de niños menores de 60 meses no accede agua clorada, esto evidencia que hay brechas considerables para que la familia y primordialmente el niño/a tenga un mínimo de condiciones para mejorar su calidad de vida, principalmente en el tema de agua, saneamiento básico y viviendas con cocina a gas o electricidad, esto evidencia que están expuestos a tener una enfermedad diarreica, respiratorias agudas que impactan directamente en salud física y su desarrollo, principalmente en la desnutrición infantil y la anemia.

### **Gráfico de acceso conjunto a servicios básicos: agua, desagüe, electrificación y telefonía**



### **2.3 Importancia del DIT**

El rol del Estado es garantizar los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas que emana de la Constitución Política, en el marco de ello el Estado se compromete con a implementar políticas a favor de la infancia y adolescencia ratificando la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989 -1992), la misma que reconoce que los niños y las niñas son sujetos de derechos, en el marco de ello; promulga el Código de los Niños y Adolescentes; y en el año 2000, según la Ley N° 27337, el nuevo Código de los Niños y Adolescentes, establece que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos, de libertades y de protección específica, especialmente el relacionado a su desarrollo, reconociendo y priorizando sus derechos, a través de la implementación de la política de desarrollo infantil temprano.

Cabe señalar, que desde la Convención Internacional de los Niños y adolescentes establece el rol de los Estado, define sus obligaciones sin transgredir la de la familia.



Asimismo; los diferentes niveles de gobierno también tienen competencia en la protección del niño que emana del artículo 31 del Código de los Niños y Adolescentes. Esto implica que además del Gobierno nacional, también están comprometidos los gobiernos subnacionales, es por ello; la declaración de metas de Lamay ha facilitado aterrizar en acciones concretas teniendo como herramienta de gestión articulada a través de la ENDIS, la misma que está promoviendo acciones concretas articuladas a nivel intergubernamental e intersectorial.

Esta alineación que se ha establecido, procediendo a implementarla a través de la ENDIS, institucionalizando el DIT se trabajó en la Comisión Multisectorial reconocida con Resolución Suprema N° 413-2013-PCM a partir de la revisión sistemática de la situación, sustenta y la evidencia nos lleva a cambios necesarios para responder con mayor eficacia y eficiencia a los problemas de la infancia.

Teniendo como premisa que la infancia es la base de la construcción de un ser humano, Los tres primeros años de vida son los más importantes para su desarrollo de sus capacidades y potencialidades que lo acompañara el resto de su vida, es decir; aprenden hablar, pensar, aprender, y solucionar problemas. Asimismo; se sienta las bases de su comportamiento y valores siempre que el entorno sea saludable y potencie sus conexiones neuronales. Por ello; no solo es el reconocimiento de sus derechos, sino entender que las desigualdades sociales y de género que se generan en esta etapa de edad, ello implica reconocer las diferencias e implementar políticas equitativas y justas, más aún cuando nuestro país tiene una diversidad geográfica que y cultural, como es el caso de Satipo que a pesar de ser selva tiene contraste de selva alta y baja, su extensión y accesibilidad, así como su diversidad cultural y de lenguaje, explicada en la primera parte del documento nos reta en el logro de la implementación del DIT porque se visibiliza reconoce políticamente los derechos<sup>7</sup> y diversidad de la población indígena y los niños/as que habitan en esta parte de la región Junín y Perú. No solo se sustenta en el marco legal, político para implementar en la gestión pública sino también se tiene la evidencia científica y de estudios sociales como la mayor plasticidad neuronal que se produce (700 conexiones neuronales por segundo - Shonkoff, 2009)<sup>8</sup> así como los artículos tomados por UNICEF en el Simposio de Neurociencias - 2014, en el que 16 prestigiosos científicos internacionales de diferentes campos de las neurociencias presentaron sus últimos hallazgos sobre la influencia de las experiencias y el entorno en el desarrollo cerebral del niño.

---

<sup>7</sup> Desarrollo Social Inclusivo. Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe –CEPAL 2015.

<sup>8</sup> Construyendo Cerebros Capaces: Nuevas Fronteras en el Desarrollo de la Primera Infancia. UNICEF - 21014

La rentabilidad social de la inversión en la infancia demostrada es del orden de 4 a 9 dólares por cada dólar invertido, son los sustentos válidos para priorizar a la infancia como política de Estado, a fin de reducir las desigualdades que tienen como referencia en otros artículos y estudios:

Diario “El Tiempo” Chile “... *James Heckman, el Nobel de Economía del 2000, ... Con una visión multidisciplinaria que conjuga la economía y la psicología, entre otras ciencias, sus investigaciones han comprobado el impacto de la educación inicial en el desarrollo humano. Al demostrar, con evidencia empírica, que la primera infancia es un periodo crítico que ofrece oportunidades para cambiar la supuesta "mala suerte" de la población más vulnerable, Heckman revolucionó el diseño de políticas públicas y nos enseñó que invertir en primera infancia es el negocio más rentable*”<sup>9</sup>

UNICEF: “*Los niños, niñas y adolescentes son la clave para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Este círculo vicioso se puede transformar en un círculo virtuoso en la medida en que todos los niños ejerzan sus derechos fundamentales. Invertir en los niños, niñas y adolescentes no es una cuestión de caridad o de incluir una dosis de simpatía (o empatía) en una estrategia de desarrollo económico. Se trata de invertir en desarrollo humano, de crear una sociedad cohesionada y una economía fuerte incluyendo efectivamente a este grupo etario del cual depende nuestro futuro, aunque paradójicamente lo olvidamos en el presente.*”  
“*Una evaluación del proyecto High/Scope Perry Preschool, uno de los más conocidos en Estados Unidos, estimó LA INVERSIÓN EN LA INFANCIA Frente por la niñez y la adolescencia / UNICEF 9 16 dólares de beneficios por cada dólar invertido en la primera infancia, en desarrollo infantil temprano, siendo los beneficios públicos estimados en US\$ 12,90 por dólar invertido (Schweinhart et al., 2005).*”<sup>10</sup>

A partir de estas consideraciones se ha construido una visión compartida, concertada “**Niñas y niños en el Perú con buen estado de salud y nutrición, con pensamiento crítico, comunicacionalmente efectivos y con iniciativa, emocionalmente seguros de sí, socialmente competentes y autónomos, en pleno ejercicio de sus derechos; que vivan una infancia feliz, libre de violencia, con igualdad de oportunidades, y respetando sus particularidades**” esto es lo que se quiere lograr en la niñez del Perú, esto implica identificar las desigualdades o brechas que principalmente se encuentran en los distritos de quintil 1 y 2 de pobreza como es el caso de Satipo. Para lograr esta visión es necesario entender que es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno, comprendiendo el desarrollo humano y sus complejidades no solo como seres individuales, sino también su entorno.

<sup>9</sup> <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-8891443>

<sup>10</sup> La Inversión En La Infancia Una Condición Indispensable Para El Desarrollo Económico Social Equitativo Y Sostenible. UNICEF- 2013

Los 7 resultados que se establecen para lograrlo, indican que es necesario; primero un nacimiento saludable y a término, luego el apego seguro, caminar solo, adecuado estado nutricional, comunicación efectiva, regulación de emociones y comportamiento, representación vivencial, esto implica intervenir antes del nacimiento desde el cuidado de la adolescente, la gestante, luego en el niño de manera sistemática, oportuna y periódica con paquetes mínimos de servicios simultáneos para garantizar el desarrollo integral del niño/a menor de 5 años (servicios de identidad, salud, educación, entornos saludables) que deben ser asumidos por los diferentes niveles de gobierno y sectores en el marco de sus competencias.

El establecimiento de metas en Lamay 2013 facilita concretizar y medir la implementación de política siendo un gran desafío para los diferentes niveles de gobierno de realizar una gestión pública basada en resultados. Para un país emergente es una ventana de oportunidad para cerrar brechas de desigualdad priorizando a la infancia.

En la Región Junín, como en el Gobierno Provincial de Satipo se percibe voluntad política por lo menos en el discurso siempre mencionan la importancia de disminuir la DCI, la anemia. Por parte del GR explicitada al firmar el acuerdo de gobernabilidad con la sociedad civil en el proceso electoral 2014 donde están metas de DCI y Anemia. También se evidencia en la declaración de Nov-2015 de la Mancomunidad Macroregional “Los Andes” (Ayacucho, Ica, Huancavelica y Junín) se han propuesto disminuir la DCI y la Anemia, atendiendo con prioridad las zonas rurales, asignando adecuadamente presupuesto, priorizando intervenciones en el marco del CAD, estando pendiente la fijación de metas<sup>11</sup>. Últimamente han aprobado las Ordenanzas Regionales donde: Uno reconoce los acuerdos de gobernabilidad y su vínculo con la gestión del GR, están dilatando la difusión. La Ordenanza Regional N° 223 GRJ/CR la actualización y homologación del padrón nominal en los 123 distritos independiente de que estén en el plan de incentivos, reconociendo como instrumento de gestión para la gestión de servicios de salud, educación, PPSS y la reducción de la DIC y anemia infantil.

En el nivel operativo hay una limitada respuesta que se evidencia en el cumplimiento de los indicadores de gestión y metas de cobertura del CAD, han cumplido 18 de 20 compromisos de gestión en salud, educación y saneamiento, respecto a metas de cobertura han cumplido solo el 50% 3 de 6 <sup>12</sup>, siendo el más crítico salud en temas de

<sup>11</sup> Compromisos de los Gobernadores de la Mancomunidad de los Andes para erradicar la DC y la anemia infantil.

<sup>12</sup>

Informe de verificación del cumplimiento del CAD en el marco del FED, metas multianuales de cobertura del primer año – Junín - 2016. **Paquete completo de niño:** Proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos más pobres de los departamentos que reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y CUI/DNI.

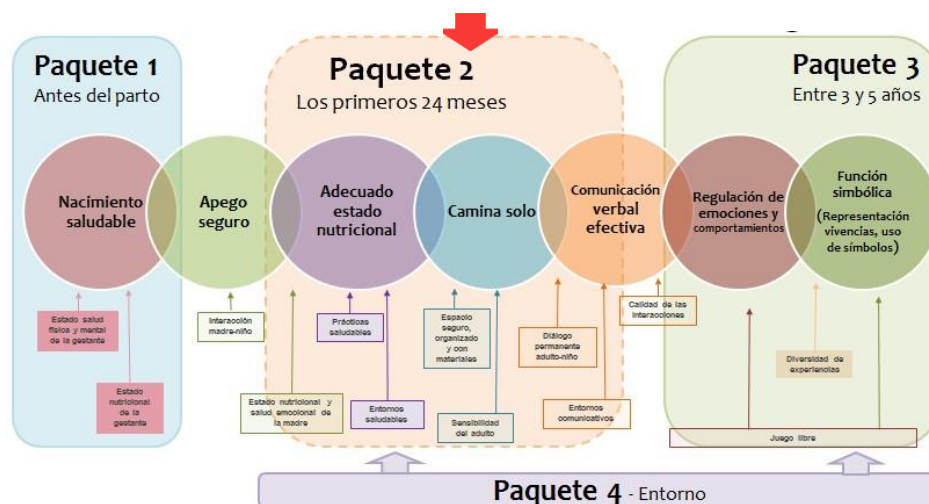
gestión y en cobertura la entrega del paquete completo a la gestante, y en educación la cobertura de acceso a educación inicial de los niños/as menores de 3 años, y en saneamiento garantizar el acceso a agua clorada. Generado por la desorganización de los sectores, cambios constantes de personal, la pérdida del rol rector de la GDS, de los sectores durante el proceso de descentralización, la interferencia en los procesos administrativos del clientelaje y la corrupción, pérdida de mística de los profesionales, que no permiten dar continuidad y sostenibilidad a los procesos de la línea de producción de los servicios, quedando como reto:

- Gestionar con la ENDIS con prioridad en el DIT a fin de garantizar que los servicios cumplan con la entrega oportuna de servicios integrados o paquete completo del niño/a, principalmente la asistencia técnica.
- Actualizar y gestionar los sistemas de información de manera periódica y oportuna en la toma de decisiones como herramienta de gestión.
- Mejorar los procesos de gestión de los servicios que atienden a la primera infancia (infraestructura, recursos humano, equipamiento, insumos)
- Garantizar una adecuada asignación y ejecución presupuestal.
- Mejorar las condiciones del entorno de la población infantil a través de la mejora de los servicios básicos como: saneamiento básico y agua clorada, incidiendo en la cobertura en la población vulnerable.
- Formar un comité de monitoreo, evaluación que facilite el análisis de la situación de los servicios que se entrega al infante, este equipo de profesionales deben tener opinión y recomendaciones para mejorar los servicios a entregar al niño/a menor de 5 años.
- Garantizar la operatividad de los servicios de la infancia en su territorio coordinando con los sectores involucrados y la población con la finalidad de lograr sinergia y satisfacción de los usuarios/as, para el caso del CRED la Familia.
- Fortalecer los espacios y procesos de concertación local que faciliten conocer oportunamente las demandas y generar compromisos de las partes para fortalecer las intervenciones en la población infantil.

### **3. Diagnóstico del servicio público vinculado al DIT:**

En el marco de los 7 resultados del DIT, considerando que existen 4 paquetes de servicios integrados para el paquete 2: control de CRED, vacunas de neumococo y rotavirus, suplementación con MMN, acceso a DNI y acompañamiento familiar, en niños/as menores de 24 meses en la región Junín/Satipo que implica una entrega oportuna, periódica y sistemática, la misma que contribuirá a los resultados del DIT (Apego seguro, adecuado estado nutricional, camina solo y comunicación verbal efectiva). Una intervención clave es el control de CRED porque de acuerdo al protocolo involucra además de la evaluación física, de desarrollo la vacunación, la suplementación de MMN, consejería sobre el cuidado infantil, por ello, es importante mejorar esta intervención.

### Diagrama de paquetes de intervenciones integrales para los niños/as menores de 5 años



Entendiendo que el servicio es la entrega de un producto al usuario/a como el control de CRED, la misma que se estandariza a través de la norma técnica aprobada por el MINSA - RM N° 990-2010, el mismo que indica que la finalidad es contribuir a la salud integral del niño/a, mejorar su salud y nutrición, teniendo como objetivo *“la evaluación oportuna y periódica del niño/a menor de 5 años que para efecto del análisis, la prioridad es el menor de 24 meses por ser la etapa de mayor riesgo, es importante identificar e intervenir con oportunidad y efectividad, para lograr el desarrollo normal, con participación de la familia y los cuidadores”*.

Es importante señalar que esta norma se debe aplicar en todo el sistema de salud y que tiene como característica que se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial, por ello; es importante que el servicio se entregue según la

periodicidad establecida por el ente rector y por las evidencias científicas encontradas al respecto (Esquema de periodicidad del CRED- Ver Anexo).

### 3.1. Características y puntos críticos de la entrega del servicio de CRED en la Región Junín/Satipo:

Según la línea de base referida por el MIDIS, en el reporte del DIT de la Región Junín para el 2015, solo han recibido el paquete completo en la región 66% de los niños/as menores de 24 meses de los distritos de quintil 1 y 2 de pobreza.

En la ENDES - 2015, la región Junín la cobertura en el CRED completo en menores de 36 meses es de 68.5%. En el 2014 en niños menores de un año, muestra un aumento de alrededor de 23.1 puntos en la zona rural de Junín y de 8.2 puntos en toda la Región, en los últimos años se evidencia que hay mejoras en el nivel rural, probablemente este contribuyendo también las condicionalidades de JUNTOS, la implementación de Cuna Más, a través de sus servicios de cuidado diurno y acompañamiento familiar, este último se viene extendiendo progresivamente en las zonas más rurales CIAIs, también podemos citar la implementación desde los Gobiernos Locales los Centros de Promoción y Vigilancia, y en algunos casos existe los PICET (centros de estimulación temprana) como en Río Negro y Pangoa ciertamente son servicios que contribuyen básicamente a la atención integral del niño/a pero aún no se han articulado para hacer sinergia en las intervenciones, sumado a ello que no existe una base de datos que permita establecer la cantidad de servicios a favor de la primera infancia.

#### Indicadores del DIT de los distritos de quintil 1 y 2 de Pobreza de la Región Junín vs Provincia de Satipo 2015- 2016

	INDICADORES	2015												2016	
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
PROVINCIA SATIPO	Niños c/ Supl micronutrientes de acuerdo con su edad	2096	2126	2160	2181	2213	2276	2299	2185	2095	2005	1850	1650	1410	1105
	Niños c/ atenciones de CRED de acuerdo con su edad	939	908	910	886	868	825	713	665	606	548	467	427	354	238
	Niños c/ vacunac Rotavirus & Neumococo	1086	1156	1155	1160	1150	1158	1124	982	898	842	711	585	534	420
	Niños c/ Dni (Reniec)	2095	2077	2064	2156	2268	2357	2362	2392	2445	2446	2468	2359	2108	1852
	Niños con criterios FED (5 criterios)	276	288	321	315	325	312	255	273	236	221	208	155	130	83
REGION JUNIN	Niños c/ Supl micronutrientes de acuerdo con su edad	10242	10648	11147	11304	11472	12046	12570	12526	12616	12234	11673	10836	9921	8370
	Niños c/ atenciones de CRED de acuerdo con su edad	4562	4638	4828	4913	4917	4937	4777	4692	4713	4509	4294	4007	3768	2991
	Niños c/ vacunac Rotavirus & Neumococo	4226	4895	5304	5684	5780	5923	6105	6130	6193	5946	5597	5222	5063	4366
	Niños c/ Dni (Reniec)	10384	10847	11248	11625	11864	12575	12748	13402	13867	14177	14488	13937	12847	11721
	Niños con criterios FED (5 criterios)	772	1032	1379	1476	1598	1826	1861	2003	2142	2149	2217	1956	1729	1419

Observar la operatividad de un servicio implica analizar las condiciones en la que se da en la línea de producción de los servicios dirigido al infante, en el cuadro anterior se evidencia que la cobertura en términos absolutos disminuyen el último trimestre 2015 e inicio del 2016 (CRED, Vacunas, Suplementación de MMN) afectando la entrega del paquete completo, para lo cual se debe analizar la línea de producción del servicio en lo que se refiere a los materiales a utilizarse, infraestructura, equipos claves y recursos humanos a fin de encontrar los puntos críticos.

Los materiales mínimos que se requiere para el control de CRED son: el carnet de CRED, registros, historias clínicas, etc. las mismas que facilitan: registrar adecuadamente la atención brindada, permite realizar el seguimiento oportuno del Desarrollo del Niño, hacer incidencia para el tratamiento de los casos que lo requieran y permite construir sistemas de información del CRED para monitorear, evaluar y tomar decisiones.

En los compromisos del CAD-Junín, la actualización de data de los sistemas de información como: el padrón Nominal, RENAES, SIS, HIS, SISMET, SIGA los cuales serán útiles en la medida que estén completos conciliados y oportunos para la tomar decisiones en la mejora de los servicios en bienestar del DIT. Es importante resaltar este proceso dado en Satipo es **inoportuno, desactualizado por la complejidad geográfica** para hacer llegar la información de manera oportuna, además que la **inconsistencias están por encima de los aceptable caso padrón nominal solo 3 de 8 distritos están en el margen de cumplimiento para el MINSA.**

Siguiendo la línea de producción del servicio, siendo los puntos de entrega del CRED en los establecimientos de salud, se observa que en el caso de Satipo son 103 EESS con código de RENAES, 2 Hospitales y 101 EESS básicamente del nivel I-1 distribuido en dos redes de salud, donde la **infraestructura es deficiente incluso no acorde con los estándares de su categoría**, no tienen un plan de contingencia, no hay información sobre las condiciones mínimas de operatividad, no se ha considerado condiciones básicas para la inclusión de personas con discapacidad, saneamiento básico, mucho menos se ha incorporado elementos de interculturalidad.

Respecto a **equipos claves** (disponibilidad, cantidad, calidad), tomando como referencia el informe de cumplimiento de compromisos del FED - nivel 1 se evidencia que, en el compromiso de disponibilidad y programación presupuestal para la adquisición de al menos el 75% de los equipos críticos para la entrega de CRED, APN y suplementación de hierro, tuvo como línea basal a nivel regional para el 2014 el 28%, en el caso de Satipo (todos sus distritos mayoritariamente son de quintil 1 y 2 de pobreza) indica que el 100% cumplen mínimamente con el 75% de equipos claves del

PAN y Salud materno (tallmetro, balanza, mesa pediátrica, refrigeradora, etc.) evidenciando que los puntos de atención cuentan con equipos mínimos con capacidad de operar (balanza, tallmetros, mesa pediátrica, etc.) para realizar el control de CRED.

**Cuadro S05.1: Establecimientos de salud con disponibilidad de equipamiento**

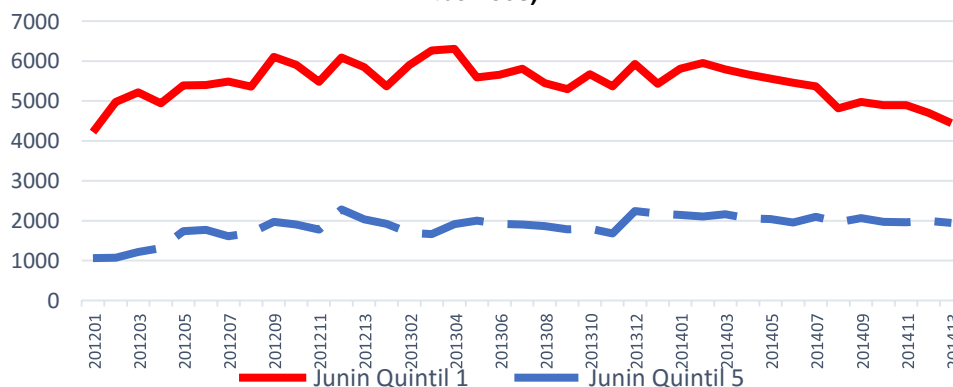
Unidad Ejecutora	EESS priorizados	N° de EESS cumplen sub criterio 05.1	Cumplimiento condición 1
0826 REGION JUNIN-SALUD JAUJA	40	40	100%
0827 REGION JUNIN-SALUD TARMA	34	33	97%
0828 REGION JUNIN-SALUD CHANCHAMAYO	21	21	100%
0829 REGION JUNIN-SALUD SATIPO	92	92	100%
0830 REGION JUNIN- SALUD JUNIN	21	21	100%
1224 REGION JUNIN - RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	88	87	99%
450 GOBIERNO REGIONAL JUNIN	296	294	99%

Fuente: SIGA MP

Elaboración: Equipo Técnico FED

Respecto a la disponibilidad de **Recursos Humanos** para el CRED en todos los establecimientos de salud se cuenta con un personal de salud responsable del mismo, lo cual asegura de alguna manera el acceso del usuario/ usuaria. En la región Junín en el Quintil 1 se ha manteniendo la disponibilidad del personal de salud para el CRED en los últimos años, igual que en nivel regional.

**Disponibilidad de recursos humanos (en días/personas) para atención de CRED (Enfermeras y técnicos)**



Fuente: HIS 2011-2014

Siempre tomando como referencia el informe regional del FED – nivel 1, la disponibilidad de personal de salud en los distritos de quintil 1 y 2 de pobreza para la atención de niños/as y gestantes según meta física, conciliado entre el SIGA con el padrón nominal, podemos ver que en el primer informe de cumplimiento Setiembre 2015, como en el segundo informe de subsanación Noviembre 2015, la región no logra el cumplimiento de esta meta, si vemos en relación a Satipo entre setiembre y noviembre de 61% pasa al 51% que cumplen con el criterio para el caso de atención



de niños/as al 100% con vacuna completa que serían los mismos que recibirían el control de CRED, dado sólo para los niños menores de 12 meses; dándole algunos márgenes de variación, quiere decir que la **información de la demanda (niños/as) para la programación no está actualizado, lo cual no facilita la distribución adecuada del personal para brindar el servicio**, probablemente en algunas zonas sobre o falta personal para brindar el CRED, vulnerando así el derecho de los niños/as a recibir la atención oportuna y periódica

**Cuadro S08.2: Establecimientos de salud con consistencia de meta física entre las fuentes SIGA vs Padrón Nominal**

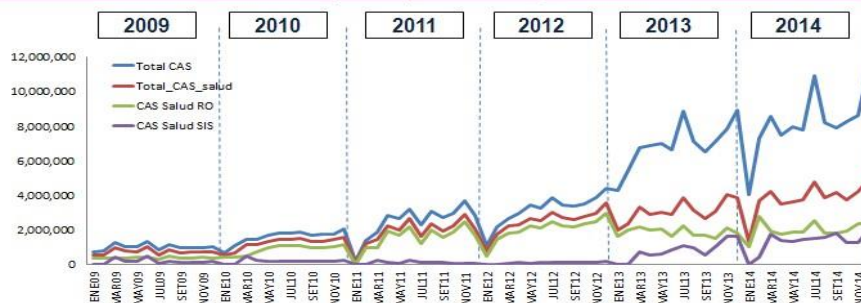
Unidad Ejecutora	N° de EESS	N° de EESS cumplen sub criterio 08.1	N° de EESS cumplen sub criterio 08.2	Sub Meta programada	Subsanación condición 2
1224 RED DE SALUD DEL VALLE DEL MANTARO	88	88	44	100%	50%
826 SALUD JAUJA	40	40	30		75%
827 SALUD TARMA	34	34	27		79%
828 SALUD CHANCHAMAYO	21	21	11		52%
829 SALUD SATIPO	92	92	51		55%
830 SALUD JUNIN	21	21	14		67%
<b>TOTAL</b>	<b>296</b>	<b>296</b>	<b>177</b>		<b>60%</b>

Fuente: SIGA PpR – Padrón Nominal con corte al 22 de octubre 2015.

Elaboración: Equipo Técnico FED

En el contexto actual un aspecto importante a considerar es la ejecución presupuestal que evidencia la sostenibilidad de la permanencia del personal en los puntos de atención para brindar el servicio de manera periódica y oportuna. En la región Junín como en Satipo, **se ha incrementado la contratación del personal pero no se mantiene la constancia por los procesos de programación y contratación que se agudiza en Satipo porque dada su realidad geográfica no es atractiva para los profesionales de la salud que constantemente renuncian o migran a otros lugares por mejores condiciones de trabajo, remuneraciones e incentivos laborales.**

**Ejecución presupuestal en contratos de personal de salud (CAS, en soles)**



Fuente: SIAP 2009-2014

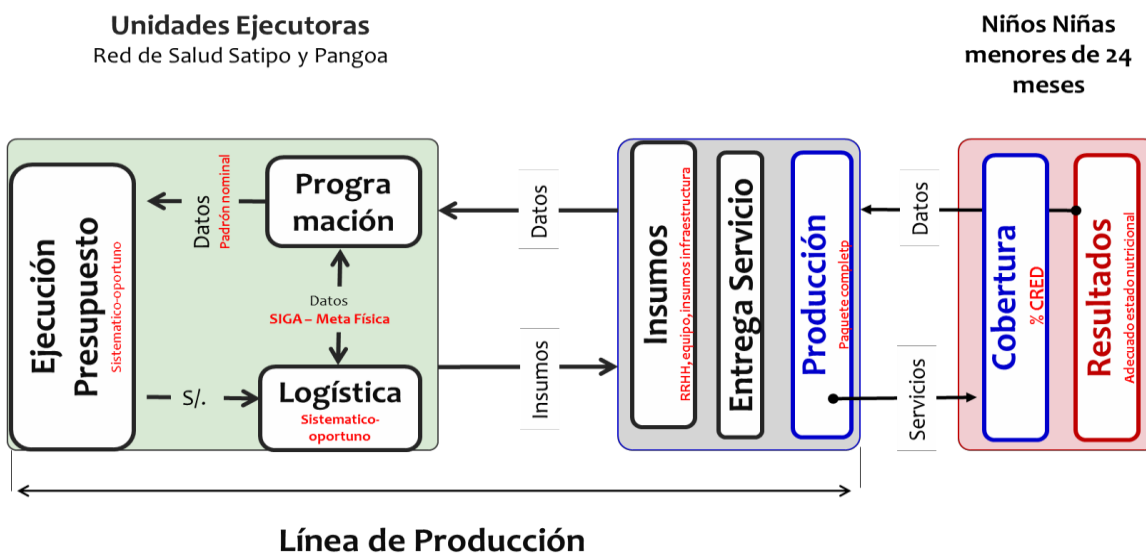
La ejecución presupuestal del personal CAS no es constante, por lo que las intervenciones pueden verse afectadas en su continuidad.

#### 4. Propuesta de mejora del servicio de CRED:

Habiendo hecho el análisis de la situación del servicio y la línea de producción del servicio, así como; los elementos que condicionan el cumplimiento de la entrega oportuna, completa del servicio se ha encontrado:

- Sistema de información (padrón nominal, SIGA) inconsistente, inoportuno, desactualizado por la complejidad geográfica que finalmente determina la demanda del servicio y la distribución adecuada del personal para brindar el servicio
- Infraestructura deficiente no acorde con los estándares de su categoría
- Aun cuando se incrementado la contratación del personal pero no se mantiene la constancia por los procesos de programación, contratación y poco atractivo por la realidad geográfica.

#### Línea de Producción del servicio de CRED



**Descripción de la proceso de mejora:**

Resultado DIT al que contribuye el servicio seleccionado	Principalmente al “Adecuado estado nutricional” Adicionalmente contribuye al “Apego seguro, camina solo y comunicación verbal efectiva
Nombre del servicio:	CRED completo para la edad
Identificación del problema	Según el padrón nominal los niños/as menores de 24 meses según el padrón nominal es aprox. 7718 y la proyección del INEI es de 14,888. Solo 3 distritos están reportando en el margen aceptable establecido por el MINSa. Esto no permite realizar una adecuada programación de la demanda y la distribución de los insumos principalmente recursos humanos. Asumiendo que el 66% de los menores de 36 meses reciben el CRED completo para su edad, dentro de ellos se encuentran los menores de 24 meses, habiendo identificado que en el cubo que el último trimestre 2015 y primero del 2016 se observa una disminución en términos absolutos del servicio. Por otro lado tenemos que la normativa del CRED que involucra la vacunación, suplementación de MMN que debería estar contribuyendo a la entrega completa del paquete no es así, esto indica que el recurso humano no está aplicando el protocolo.
Nudo crítico identificado	Programación de recursos humanos inadecuados Inadecuada aplicación del protocolo del CRED por parte del personal responsable de la entrega de este servicio (enfermeras/os y Técnicos de enfermería).
Causa del Nudo Critico	La programación inadecuada porque la determinación de la demanda se basa en los datos proyectados del INEI que son referenciales más no refleja la realidad. Gestión de recursos humanos no están acorde con el contexto de la provincia de Satipo.
<b>Propuesta de mejora</b>	
Cambio o mejora esperada	El 85% de los niños/as menores de 24 meses de edad de la Provincia de Satipo el servicio integrado del CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y promoverá el DNI – Afiliación al SIS.
Objetivo	Incrementar la cobertura y calidad del servicio de control de CRED en los niños/as menores de 24 meses de la provincia de Satipo en el

	curso de un año.
Estrategia de cambio	<p>Diagnóstico: 5 distritos (Coviriali, Llaylla, Río tambo- Viscatan del Ene aún se gestiona Río Tambo, Pangoa y Satipo) no cumplen con el padrón nominal porque reportan inconsistencia según los lineamientos del MINSA. Los indicadores de Control de CRED, Vacunas y suplementación de MMN no reflejan que se entreguen el CRED según el protocolo de este servicio.</p> <p>Intervención (acción): Brindará capacitación, asistencia técnica y acompañamiento desde la Red de salud para actualizar, homologar y enviar oportunamente el reporte del padrón nominal. La DIRESA brindara asistencia técnica para la programación y distribución de los insumos, principalmente recurso humano, así como implementar un sistema de incentivo no monetario que permita mantener al personal en la zona. La unidad de capacitación de la DIRESA, establecerá un programa de entrenamiento práctico para la implementación de protocolo del CRED, previa identificación de sus cuellos de botella. Asimismo; sume a su record de producción y sujeto a sus créditos académicos según se visibilice en su cobertura y entrega de paquete completo. La DIRESA y la red de salud deben garantizar los insumos, equipamiento adecuado y ejecución presupuestal adecuado y oportuno. Fortalecer espacios de vigilancia o monitoreo social en conjunto con los Gobiernos locales para conocer la percepción de los usuarios/as respecto al servicio y que sirvan de alerta para mejorar los procesos.</p> <p>Evaluación: se evaluará de manera trimestral utilizando los sistemas de información establecidos en el sector, convenio CAPITA y FED.</p>
Actividades y responsables	<p>La DIRESA coordinara permanentemente con la Red de salud para implementar el proceso de mejora que en este caso sería la unidad de calidad de servicio en coordinación con el responsable del niño y PAN, la unidad del SIS, capacitación, planificación y presupuesto, a fin que analicen y garanticen su implementación. La DIRESA realizara la elaboración e implementación de un plan de incentivos no</p>

	<p>monetarios para los recursos humanos que laboran en la provincia de Satipo en coordinación con la Red de salud</p> <p>El equipo de la red de salud establecerá un plan operativo y comprometerá en esta acción a los gobiernos locales de la provincia. Desarrollará un plan de capacitación, asistencia técnica a los GLs y a los EESS para la implementación de la mejora.</p> <p>Los gobiernos locales asumirán el compromiso de mejorar el sistema de información del padrón nominal e implementar comités de monitoreo social con el apoyo de regidores/as para recopilar la percepción de los usuarios/as, así como de informar sobre los hallazgos periódicamente a los EESS y la red de salud.</p> <p>RENIEC en el marco de competencias continuara desarrollando estrategias a través del CODEVRAEM, GLs y en los distritos que no son VAREM el cierre de brechas en identidad, promoviendo además un fuerte componente educación a la población sobre la importancia del derecho a la identidad.</p> <p>Las organizaciones comunales, indígenas amazónicas y otros deben asumir el compromiso de hacer llegar sus opiniones, quejas y reclamos respecto al servicio con el apoyo de la defensoría del pueblo y los regidores de sus distritos. Apoyar asimismo en el proceso de incorporar el enfoque de interculturalidad en el servicio de CRED.</p>
<p>Viabilidad y sostenibilidad</p>	<p>A nivel presupuestal: Utilizar los recursos del FED no solo en el cierre de brechas, en el monitoreo y desarrollo de capacidades, además cuentan con recursos del CAPITADO y de los PPEs. Considerar el uso de recursos de responsabilidad social, cooperación técnica para aspectos de desarrollo de capacidades e incentivos al personal. Los Gobiernos locales inscritos en el sello municipal ganadores (5) de la primera edición están comprometidos a mejorar el padrón nominal, además esta vez los demás distritos pueden inscribirse a la segunda edición.</p> <p>A nivel normativo: Se tiene las Ordenanzas Regionales ya institucionalizados y en proceso (padrón nominal, seguimiento del acuerdo de gobernabilidad, DIT prioridad regional) dan el marco político y se incidirá en la adecuada</p>

asignación y ejecución presupuestal. El convenio CAPITA y CAD-FED son herramientas facilitadoras en este proceso. Existen lineamientos institucionalizados para la vigilancia ciudadana desde el MINSA.

## 5. Conclusiones y recomendaciones:

### 5.1. Conclusiones

- La inadecuada programación, distribución de recursos humanos y la inadecuada ejecución presupuestal no garantiza la entrega periódica, oportuna y con calidad del servicio de CRED y menos contribuye a la entrega del paquete completo al niño/a menor de 24 meses.
- La cobertura no es el único elemento a considerar cuando se trata de mejorar el servicio es importante considerar la calidad técnica, humana, ética y asimismo el entorno.

### 5.2. Recomendaciones

- Es necesario que se realice la programación y distribución de recursos humanos previa conciliación de la meta física entre el SIGA y el padrón nominal que determina la demanda del servicio de CRED.
- Adoptar medidas inmediatas para garantizar la ejecución presupuestal sea oportuna para la contratación de personal de manera que garantice la permanencia estable del servicio de CRED.
- Mejorar la infraestructura del CRED en los establecimientos de salud de la DIRESA Junín. De igual manera respecto a los equipos claves con que debe contar el servicio de CRED con miras a brindar servicio adecuado a los usuarios/ usuarias.
- Establecer estrategias para mejorar la disponibilidad de recursos humanos de manera permanente en los servicios de CRED en los establecimientos de salud de la DIRESA Junín.
- Mejorar las condiciones del entorno de la población infantil a través de la mejora de los servicios básicos como: saneamiento básico y agua clorada, incidiendo en la cobertura en la población vulnerable

- Articular acciones con los Gobiernos locales a fin de garantizar que los servicios cumplan con la entrega oportuna de servicios integrados o paquete completo del niño/a, principalmente la asistencia técnica.
- Garantizar la operatividad de los servicios de la infancia en su territorio coordinando con los sectores involucrados y la población con la finalidad de lograr sinergia y satisfacción de los usuarios/as, para el caso del CRED la Familia.

## 6. Referencias bibliográficas

Construyendo Cerebros Capaces: Nuevas Fronteras en el Desarrollo de la Primera Infancia. UNICEF – 21014.

Diagnóstico de salud del plan estratégico de salud de la Región Junín 2011-2014.

Desarrollo Social Inclusivo. Una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe –CEPAL 2015.

Enlace Gobierno Regional de Junín 2016, “Ubicación de la Provincia de Satipo”  
[HTTP://www.gobiernoregionaljunin.gob.pe](http://www.gobiernoregionaljunin.gob.pe).

Enlace con [http://www.unicef.org/elsalvador/Construyendo\\_Cerebros\\_Capaces\\_ES\(1\).pdf](http://www.unicef.org/elsalvador/Construyendo_Cerebros_Capaces_ES(1).pdf) UNICEF:

Enlace con el Diario “El Tiempo” <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-8891443>.

INEI - Dirección Nacional de censos y encuestas “Resultados definitivos de comunidades indígenas – Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda”, Tomo I y Tomo II – Lima, Diciembre 2008.

Informe del ENAHO 2014 y 2015-INEI

Informe de verificación de cumplimiento del CAD en el marco del FED y logros de resultados sociales. Compromisos de gestión nivel 1- GR Junín. Set. 2015

Informe de verificación de cumplimiento del CAD en el marco del FED y logros de resultados sociales. Compromisos de gestión nivel 1- Subsanación GR Junín. Nov. 2015

Informe de verificación del cumplimiento del CAD en el marco del FED, metas multianuales de cobertura del primer año – Junín - 2016.

La Inversión en la Infancia. Una condición indispensable para el desarrollo económico social equitativo y sostenible. UNICEF- 2013



Plan de acondicionamiento territorial de la Provincia de Satipo. Ministerio de Vivienda, construcción y Saneamiento, Municipalidad Provincial de Satipo- 2011.

Reporte del tableu reader- Indicadores de la ENDIS.

Trabajando por la primera infancia: 22 Experiencias Regionales. MIDIS Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social- 2016.



## 7. Anexos:

7.1. Informe de verificación de cumplimiento del CAD en el marco del FED y logros de resultados sociales. Compromisos de gestión nivel 1- GR Junín. Set. 2015.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD				
	Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones
501	Establecimientos de Salud (EESS) ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 con disponibilidad y programación presupuestal para la adquisición de al menos 75% de equipos críticos vinculados con la entrega de los productos Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Vacunas, Atención Prenatal (APN) y suplemento de hierro.	No menos del 100% de los EESS (activos del quintil 1 y 2 según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) cuentan con registro patrimonial en el SIGA y no menos de 50% de ellos cuentan con stock y programación presupuestal (PAO actualizado), para disponer de al menos 75% de equipos críticos para la entrega de los productos CRED, vacunas, APN y suplemento de hierro.	99%	Cumple con el compromiso
502	Personal de salud de los EESS ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 que registra atenciones en el Sistema de Información en Salud (HIS), se encuentra registrado en el Módulo de Control de Pago de Planillas del Sistema Integrado de Administración Financiera (MCCP-SIAF).	No menos de 95% del personal de salud de los EESS activos ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, que registra atenciones en el HIS están conciliados con el registro de personal en el Módulo de Control de Pago de Planillas del SIAF (MCCP - SIAF).	91%	NO cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD				
Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones	
503	Programación con certificación presupuestal para la adquisición de insumos críticos vinculados con la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y suplemento de hierro a nivel regional.	A nivel del pliego regional, no menos de 75% de insumos priorizados para la entrega de los productos CRED, vacunas, APN y suplemento de hierro cuentan con programación presupuestal certificada. La programación de insumos se registra en el PAO Actualizado (incluye pedidos no programados), del Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).	100%	Cumple con el compromiso.
504	Disponibilidad de un padrón regional de EESS activos registrados en el RENAES conciliados entre las diferentes fuentes de información; Seguro Integral de Salud (SIS), Sistema de Información en Salud (HIS), Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médicos-Quirúrgicos (SiSMED) y Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA).	100% de EESS activos registrados en el RENAES están conciliados con diferentes fuentes de información (RENAES, SIS, HIS, SiSMED, SIGA).	100%	Cumple con el compromiso.
505	EESS ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 activos y registrados en RENAES, con disponibilidad aceptable de equipos, medicamentos e insumos críticos para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y Suplementación de hierro.	No menos de 33% EESS ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 activos y registrados en RENAES, con disponibilidad de al menos 75% de equipos y 75% de medicamentos e insumos críticos según estándares definidos por el sector para la entrega de los productos CRED, Vacunas, APN y suplemento de hierro.	95%	Cumple con el compromiso.
506	EESS que atienden partos, cuentan con registro en línea para el Certificado de Nacido Vivo (CNV).	10 EESS (I-3, I-4, II-E I-1, II-2) en el departamento que atienden parto y que cuentan con registro en línea de los Certificados de Nacidos Vivos en Línea.	16	Cumple con el compromiso.
507	Disponibilidad de una base de datos integrada que vincula datos de afiliación y prestación de servicios de niños/niñas menores de 12 meses con su madre.	El Gobierno Regional dispone de (3) una base de datos de niños y niñas menores de 12 meses que integra los datos del Padrón Nominado con la base de datos de prestaciones del niño, niña y de su madre registrada en el SIS.	1	Cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD				
Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones	
508	<p>EES ubicados en distritos de los quintiles de pobreza 1 y 2 con disponibilidad de personal para la atención de niños, niñas y gestantes según meta física.</p>	<p>100% de los EES activos según el RENAES, ubicados en distritos de quintiles 1 y 2 de pobreza, cuenta con registro de metas físicas para APN reenforcada y niños menores de un año con vacuna completa para la edad, en el SIGA PPR.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% del total de EES tiene meta física de niños/niñas menores de 01 año con vacuna completa, consistente con el número de niños /niñas de 01 año registrados en el padrón nominal correspondiente al EES. Se considera consistente si existe una variación de +/- 30% entre ambos valores.</li> <li>- No menos del 80 % de EES tiene metas físicas consistentes entre niños/niñas menores de 01 año con vacuna completa y gestantes con APN reenforcada (gestantes atendidas). Se considera consistente si entre ambas metas existe un intervalo entre 70% a 130%.</li> <li>- No menos de 48% de EES tienen disponibilidad adecuada de personal para la atención del niño (enfermera o técnico) y para la atención de la gestante (obstetra o técnico), según meta física.</li> </ul>	NO	NO cumple con el compromiso.
509	<p>EES ubicados en los distritos de quintiles 1 y 2 de pobreza, con disponibilidad adecuada de multimicronutrientes para satisfacer al menos 2 meses de consumo, según el promedio histórico observado en los últimos seis meses.</p>	<p>No menos del 95% de establecimientos de salud cumplen con tener disponibilidad adecuada (DA) de MMN.</p>	99%	Cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN				
	Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones
E01	Instituciones Educativas (IEE) escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la Educación Básica Regular (EBR) ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del padrón de IEE regional, cuentan con identificación de aulas, secciones, alumnos y alumnas matriculados y docentes en la base de datos del Sistema de Información de Apoyo a la Gestión de la Institución Educativa (SIAGIE).	No menos del 95% de IEE escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la EBR de los distritos de pobreza quintil 1 y 2, del padrón de IEE regional, cuentan con los siguientes datos registrados en el SIAGIE: aulas registradas, secciones registradas, alumnos y alumnas matriculados e información de docentes a la que pertenece.	100%	Cumple con el compromiso.
E02	Niños y niñas de 3 a 5 años y docentes del ciclo II de la Educación Básica Regular de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 registrados en la base de datos del SIAGIE, cuentan con datos de Documento Nacional de Identidad (DNI) autenticados y actualizados.	No menos de 95% de niños, niñas y docentes del ciclo II de la Educación Básica Regular registrados en la base de datos del SIAGIE, de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2, tienen su número de DNI autenticado y actualizado.	99%	Cumple con el compromiso.
E03	IEE no escolarizadas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, cuentan con registro de matrícula de niños y niñas en el SIAGIE.	No menos del 95% de IEE no escolarizadas de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2 cuentan con niños y niñas registrados como matriculados en la base de datos del SIAGIE.	100%	Cumple con el compromiso.
E04	Medición basal del acceso físico de niños y niñas de educación inicial en función al tiempo.	El Gobierno Regional contará con (1) una tabla Excel, validada a nivel local, con las distancias de cada centro poblado de los distritos de quintil 1 de pobreza del departamento, a la Institución Educativa (IEE) del Ciclo II de la EBR más cercana.	0	NÓ cumple con el compromiso.
E05	Docentes contratados de IEE escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, cuentan con acto resolutivo emitido como máximo al 01 de marzo y cuya vigencia es hasta el 31 de diciembre.	No menos de 90% de los docentes contratados de IEE escolarizadas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintil de pobreza 1 y 2 cuentan con el acto resolutivo emitido máximo 01 de marzo y con una vigencia hasta el 31 de diciembre.	90%	Cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE EDUCACION				
Criterios		Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones
E06	Promotoras de las IIEE no escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, figuran en la resolución directoral de designación de la unidad ejecutora emitida como máximo el 1 de marzo y cuya vigencia es hasta el 31 de diciembre.	No menos del 90% de promotoras de IEE no escolarizadas de distritos de quintil 1 y 2 figuran en la resolución directoral de designación de la unidad ejecutora, emitida como máximo al 01 de marzo y con una vigencia hasta el 31 de diciembre. Condición 1: 90% de las IIEE no escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintil 1 y 2 que registran matrícula en el SIAGIE tienen registrado de manera nominal a al menos una promotora. Condición 2: 90% de las promotoras registradas en el SIAGIE (las de la condición 1) se encuentran en las resoluciones directorales de contratación de promotoras emitido máximo al 01 de marzo y con una vigencia al 31 de diciembre.	93%	Cumple con el compromiso.
E07	IIEE públicas escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, a las que la UGEL respectiva reportó haber distribuido los cuadernos de trabajo.	No menos de 90% de las IIEE públicas escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la EBR en los distritos de quintil 1 y 2 tienen reporte en el SIGMA 2 materiales, como IIEE a las que la UGEL reporta haberles distribuido cuadernos de trabajo.	88%	NO cumple con el compromiso.
E08	Docentes acompañados de las IIEE escolarizadas públicas y promotoras acompañadas de las IIEE no escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, cuentan con datos completos en el Sistema de Información y Gestión para la Mejora de los Aprendizajes (SIGMA).	No menos del 95% de docentes acompañados de IIEE escolarizadas públicas y promotoras acompañadas de IIEE no escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles 1 y 2, cuentan con el registro de su información completa en la base de datos del SIGMA.	96%	Cumple con el compromiso.
E09	Docentes acompañados de las IIEE escolarizadas públicas y promotoras acompañadas de las IIEE no escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, reciben el protocolo de acompañamiento correspondiente para el plazo de medición.	No menos del 90% de docentes acompañados de IIEE escolarizadas públicas y promotoras acompañadas de IIEE no escolarizadas públicas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles 1 y 2, han recibido acompañamiento pedagógico según el protocolo: el número de visitas en aula docente, micro-talleres y talleres de actualización docente que correspondan al momento de la verificación.	100%	Cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE EDUCACION				
	Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones
E10	Perfiles de creación de nuevos servicios o ampliación de servicios de educación inicial en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 declarados viables que iniciaron la fase de inversión (contratan la elaboración de expediente técnico).	No menos de 03 de los expedientes de creación de nuevos servicios o servicios de ampliación del II ciclo de la EBR de los distritos de quintil 1 y 2 con perfil de pre inversión aprobado, en los distritos de quintil 1 y 2, inician la etapa de inversión, es decir contratan la elaboración de expediente técnico.	0	NO cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE AGUA				
	Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento	Observaciones
A01	Centros poblados ubicados en los distritos de los quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento, cuenta con información sobre: (i) abastecimiento de agua, (ii) estado de los sistemas de agua, y (iii) diagnóstico de la Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS) u organización comunal encargada de la administración, operación y mantenimiento del sistema de agua	No menos del 12% de los centros poblados ubicados en los distritos de los quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento, cuenta con información sobre: (i) abastecimiento de agua, (ii) estado de los sistemas de agua, (iii) diagnóstico de la Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS) u organización comunal encargada de la administración, operación y mantenimiento del sistema de agua.	18%	Cumple con el compromiso.

7.2. Informe de verificación de cumplimiento del CAD en el marco del FED y logros de resultados sociales. Compromisos de gestión nivel 1 – Subsanción - GR Junín. Nov. 2015.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD					
Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento		Observaciones	
		Primera Verificación	Subsanación		
502	<p>Personal de salud de los EESS ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 que registra atenciones en el Sistema de Información en Salud (HIS), se encuentra registrado en el Módulo de Control de Pago de Planillas del Sistema Integrado de Administración Financiera (MCCP-SIAF).</p>	<p>No menos de 95% del personal de salud de los EESS activos ubicados en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, que registra atenciones en el HIS están conciliados con el registro de personal en el Módulo de Control de Pago de Planillas del SIAF (MCCP - SIAF).</p>	91%	83%	NO Cumple con el compromiso.



CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD

Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento		Observaciones
		Primera Verificación	Subsanación	
508	<p>EES ubicados en distritos de los quintiles de pobreza 1 y 2 con disponibilidad de personal para la atención de niños, niñas y gestantes según meta física.</p> <p>100% de los EES activos según el RENAES, ubicados en distritos de quintiles 1 y 2 de pobreza, cuenta con registro de metas físicas para APN reenforcada y niños menores de un año con vacuna completa para la edad, en el SIGA PPR.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% del total de EES tiene meta física de niños/niñas menores de 01 año con vacuna completa, consistente con el número de niños /niñas de 01 año registrados en el padrón nominal correspondiente al EES. Se considera consistente si existe una variación de +/- 30% entre ambos valores.</li> <li>- No menos del 80 % de EES tiene metas físicas consistentes entre niños/niñas menores de 01 año con vacuna completa y gestantes con APN reenforcada (gestantes atendidas). Se considera consistente si entre ambas metas existe un intervalo entre 70% a 130%.</li> <li>- No menos de 48% de EES tienen disponibilidad adecuada de personal para la atención del niño (enfermera o técnico) y para la atención de la gestante (obstetra o técnico), según meta física.</li> </ul>	ND	ND	NO Cumple con el compromiso.

CRITERIOS VINCULADOS A LOS SERVICIOS DE EDUCACION					
Criterios	Definición Operacional Nivel 1	Nivel de cumplimiento		Observaciones	
		Primera Verificación	Subsanación		
EO 4	Medición basal del acceso físico de niños y niñas de educación inicial en función al tiempo.	El Gobierno Regional contará con (1) una tabla Excel, validada a nivel local, con las distancias de cada centro poblado de los distritos de quintil 1 de pobreza del departamento, a la Institución Educativa (IIEE) del Ciclo II de la EBR más cercana.	0	1	Cumple con el compromiso.
EO 7	IIEE públicas escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la EBR de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2, a las que la UGEL respectiva reporta haber distribuido los cuadernos de trabajo.	No menos de 90% de las IIEE públicas escolarizadas y no escolarizadas del ciclo II de la EBR en los distritos de quintil 1 y 2 tienen reporte en el SIGMA 2 materiales, como IIEE a las que la UGEL reporta haberles distribuido cuadernos de trabajo.	88%	90%	Cumple con el compromiso.
E1 0	Perfiles de creación de nuevos servicios o ampliación de servicios de educación inicial en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 declarados viables que iniciaron la fase de inversión (contratan la elaboración de expediente técnico).	No menos de 03 de los expedientes de creación de nuevos servicios o servicios de ampliación del II ciclo de la EBR de los distritos de quintil 1 y 2 con perfil de pre inversión aprobado, en los distritos de quintil 1 y 2, inician la etapa de inversión, es decir contratan la elaboración de expediente técnico.	0	3	Cumple con el compromiso.

7.3. Informe de verificación de cumplimiento del CAD en el marco del FED y logros de resultados sociales. Metas Multianuales de cobertura primer año - GR Junín. Mayo. 2016.

INDICADORES DE COBERTURA DE PAQUETES DE SERVICIO					
Indicador	Nivel de cumplimiento			Observaciones	
	Basal	Meta 2015	Logro		
1.	Proporción de mujeres con parto institucional afiliadas al SIS de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento que durante su embarazo tuvieron 4 exámenes auxiliares (examen completo de orina, hemoglobina/ hematocrito, tamizaje VIH, tamizaje Sífilis) en el primer trimestre y al menos 4 atenciones prenatales con suplemento de hierro y ácido fólico.	2%	10%	6%	Le corresponde 50% del monto asignado al indicador 1
2.	Proporción de niños y niñas menores de 12 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento que cuentan con DNI emitido hasta los 30 días de edad. Nota: En los años 2015, 2016 y 2017, la mediana de edad en días de emisión del DNI no puede ser mayor a la de la línea de base de 2014: 80 días	10%	15%	25%	Le corresponde 100% del monto asignado al indicador 2
3.	Proporción de niños y niñas menores de 24 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento que NO reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y CUI/DNI.	69%	63%	66%	Le corresponde transferir el 50% del monto asignado al indicador 3
4.	Proporción de niños y niñas menores de 12 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento afiliados al SIS e inscritos en el programa nacional cuna más que reciben el paquete completo de productos claves: CRED completo para la edad, Vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y DNI.	0%	9%	12%	Le corresponde 100% del monto asignado al indicador 4
5.	Tasa de cobertura de educación en niños y niñas de 3 años de edad en distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento.	45%	53%	49%	Le corresponde transferir el 50% del monto asignado al indicador 5
6.	Proporción de niños y niñas menores de 60 meses de edad de los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento que NO acceden a agua clorada para consumo humano (cloro residual en muestra de agua de consumo $\geq 0.1$ mg/l).	89%	78%	94%	No le corresponde transferencia del monto asignado al indicador 6

7.4. Periodicidad del Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño de cinco años.

**Tabla N° 1**  
**Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años**

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.