

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



Título de la Tesis

**“EFECTIVIDAD DEL SIVICO (SISTEMA DE VIGILANCIA
COMUNITARIA) EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN
CRÓNICA INFANTIL EN CUATRO ANEXOS DEL DISTRITO PATAZ
DURANTE LOS AÑOS 2008-2009”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA
SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y
PROYECTOS DE DESARROLLO**

AUTOR

OMAR AGUSTIN BARBOZA LACHOS

ASESOR

CESAR HERNAN ZUÑIGA LOAYZA,

JURADO

VICTOR RAUL PASCO ARMES

MARIA MARCELA CHUECA MARQUEZ,

Noviembre, 2018

Resumen ejecutivo

En el Perú, la desnutrición crónica infantil fue enfrentada por las ONGD y el Estado a través de la estrategia SIVICO, con resultados positivos en ámbitos agrícolas, pero se desconoce su efectividad en zonas mineras. En el año 2008 Cáritas del Perú inicia su intervención en el distrito Pataz (ámbito de operaciones de Compañía Minera Poderosa S.A) con el proyecto “salud y nutrición en comunidades del distrito Pataz” que propone la implementación del SIVICO como estrategia principal para reducir la desnutrición crónica infantil. Durante la ejecución del proyecto (2008 – 2009), siempre fue una preocupación del equipo técnico por conocer la efectividad de la estrategia SIVICO, planteándose realizar el estudio de caso *“efectividad del SIVICO en la reducción de la desnutrición crónica infantil en cuatro anexos del distrito Pataz durante los años 2008-2009”*, que comprende los anexos Vista Florida, Los Alisos (agrícolas), Zarumilla, Socorro (mineros); que analizará aspectos como: mecanismos, integración, participación y liderazgo de los actores (ACS, personal de salud y autoridades) involucrados en la implementación del SIVICO y proporcionar a las instituciones públicas locales y ONGD, elementos de juicio que permitan mejorar la efectividad en la implementación del SIVICO como estrategia principal de lucha contra la desnutrición crónica infantil en zonas rurales mineras; convirtiéndose el presente estudio en un aporte importante para la Gerencia Social.

Entre las conclusiones más importantes del estudio resalta la utilización de cuatro mecanismos en la implementación del SIVICO: reuniones conjuntas, coordinación constante, socialización de información e institucionalización; el nulo nivel de integración entre los tres actores del SIVICO en dos anexos: Alisos (agrícola) y Socorro (minero); la alta participación del promotor de salud en los cuatro anexos y la existencia de factores desmotivantes en el personal de salud para la implementación del SIVICO, tales como: temor, rivalidad, inadecuada asignación de la carga de trabajo.

Índice

Descripción	Pg.
Introducción	6
Capítulo I: Presentación del problema	8
Capítulo II: Objetivos	10
Capítulo III: Justificación de la investigación	11
3.1. Elección del problema	11
3.2. Justificación para la Gerencia Social	11
3.3 Ubicación y caracterización socioeconómica del distrito Pataz y sus anexos Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro	11
Capítulo IV: Marco teórico	13
4.1. Lineamientos de política de promoción de la salud	13
4.2. Modelo de atención integral en salud (MAIS)	13
4.3. Experiencias de SIVICO desarrolladas por las ONGD	17
4.4. Participación comunitaria, liderazgo y motivaciones	22
4.5. Modelo SIVICO del Ministerio de Salud	24
4.6. Descripción de Cáritas Diocesana de Trujillo	25
4.6.1 Proyecto salud y nutrición en comunidades del distrito Pataz, región La Libertad	25
4.7. Conceptos principales	28
Capítulo V: Diseño de la investigación	30
5.1. Tipo de investigación y estrategia metodológica	30
5.2. Definición de variables e indicadores	30
5.3. Dimensión del estudio	33
5.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información	34
5.4.1 Técnicas de recolección de información	35
5.4.2 Instrumentos de recolección de información	35
Capítulo VI: Recolección y procesamiento de la información	37
6.1 Proceso de aplicación de los instrumentos de recolección de información	37
6.2 Procesamiento de la información	39
Capítulo VII: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados	42
Capítulo VIII: Conclusiones	54
Capítulo IX: Recomendaciones	56
Bibliografía	57
Anexos	59
Anexo 1: Mapa de la región La Libertad	60

Anexo 2: Matriz columna vertebral completa	61
Anexo 3: Siglas y acrónimos	62
Anexo 4: Guías de entrevista	63
Anexo 5: Lista de control	75
Anexo 6: Guía de grupo focal	76
Anexo 7: Matriz de sistematización	78



Mis agradecimientos especiales a:

Mi familia por brindarme su apoyo incondicional en el transcurso de mis estudios de Post-Grado.

A la profesora Laura Cavero por sus valiosos aportes y sugerencias en todo el desarrollo del proyecto de tesis.

A la PUCP por brindarme la oportunidad de formar parte de ésta gran familia de profesionales egresados de esta casa superior de estudios.

Al responsable de PROMSA del Puesto de Salud Pataz, a los promotores de salud, autoridades y madres de familia de los anexos Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro, por su valiosa participación en ésta investigación.

Introducción

La presente investigación “*efectividad del SIVICO (sistema de vigilancia comunitaria) en la reducción de la desnutrición crónica infantil en cuatro anexos del distrito Pataz durante los años 2008-2009*” analizará aspectos como: los mecanismos utilizados en su implementación, el nivel de integración y participación de los actores involucrados (ACS, personal de salud y autoridades), el liderazgo del personal de salud en la implementación del SIVICO, con la finalidad de proporcionar información cualitativa sobre los factores claves que estarían limitando la implementación eficaz del SIVICO en los anexos del distrito Pataz y facilitar a las instituciones públicas locales y ONGD elementos de juicio que permitan mejorar la efectividad en la implementación del SIVICO como estrategia principal de lucha contra la desnutrición crónica infantil en zona rural minera.

La investigación se organiza en nueve capítulos, tal como se describe a continuación: Capítulo I: Presentación del problema; se describe el problema de la desnutrición crónica infantil, las políticas para enfrentarlo desde el Estado y las ONGD en zonas agrícolas y luego en zonas mineras como es el caso de Cáritas del Perú en el año 2008 con un proyecto de salud y nutrición que propone la implementación de sistemas de vigilancia comunitaria con la participación del MINSA, promotores de salud y autoridades; y para conocer la efectividad de la estrategia se plantea realizar un estudio comparativo entre anexos agrícolas (Vista Florida y Los Alisos) y anexos mineros (Zarumilla y Socorro).

Capítulo II: Objetivos; se enuncia un objetivo general y tres objetivos específicos.

Capítulo III: Justificación de la investigación; se justifica la elección del problema de investigación, se describe la justificación para la gerencia Social y culmina con la descripción de la ubicación y caracterización socioeconómica del distrito Pataz y sus anexos Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro.

Capítulo IV: Marco teórico; se inicia con la descripción de los lineamientos de política de promoción de la salud, continua con la descripción del Modelo de Atención Integral de Salud; también se hace una recopilación de las experiencias de SIVICO desarrolladas por las ONGD, se desarrolla un marco conceptual sobre participación comunitaria, liderazgo y motivaciones, se describe la organización de Cáritas Diocesana de Trujillo y los valores institucionales que posee, se describe el proyecto “salud y nutrición en comunidades del distrito Pataz, región La Libertad” y culmina con la definición de los principales conceptos relacionados con la investigación.

Capítulo V: Diseño de la investigación; se describe el tipo de investigación y la estrategia metodológica empleada en la investigación

Capítulo VI: Recolección y procesamiento de la información; se describe el proceso de aplicación de los instrumentos de recolección de información, el manejo de la muestra en el terreno, las dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo de campo, el procesamiento de la información y la definición operacional de las sub categorías de análisis.

Capítulo VII: Presentación, Análisis e Interpretación de resultados; se realiza el análisis e interpretación de los hallazgos para cada una de las preguntas de investigación planteadas.

Capítulo VIII: Conclusiones; se describe las conclusiones conforme a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

Capítulo IX: Recomendaciones; se realiza recomendaciones respecto a las condiciones sociales y políticas que deben existir para la implementación eficaz del SIVICO, la superación de las brechas del planteamiento teórico del SIVICO, el rol facilitador de los proyectos, mecanismos de integración entre autoridades y personal del establecimiento de salud, la participación de las autoridades y las habilidades intra muro del personal de salud.



Capítulo I: Presentación del problema

La desnutrición crónica infantil es un problema de salud pública que ocasiona múltiples consecuencias negativas en la vida adulta del ser humano, en el Perú presenta una prevalencia del 21.5 %¹ y en el distrito Pataz² presenta una prevalencia del 25 %³, para lo cual el estado peruano ha propuesto diversas políticas nacionales de reducción de la desnutrición infantil como: la estrategia CRECER, plan nacional concertado de salud, programa Minero de Solidaridad con el Pueblo, entre otros.

Dentro de este marco, el Ministerio de salud (MINSA) y los Organismos No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD) han desarrollado múltiples experiencias en sistema de vigilancia comunitaria (SIVICO) en zonas rurales agrícolas desde hace muchos años, pero es a partir de la emisión del D.S 071-2006 EM⁴, que las ONGD inician su intervención en ámbitos de operaciones mineras.

Es así que Cáritas del Perú a través de Cáritas Trujillo inicia la ejecución del proyecto “Salud y nutrición en comunidades del distrito Pataz, región La Libertad” (ámbito de influencia directa de operaciones de Compañía Minera Poderosa S.A), con el propósito de contribuir a mejorar la salud y nutrición de las familias, mujeres, niñas y niños de 13 anexos del distrito de Pataz.

El proyecto propone la implementación de sistemas de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante en todo el ámbito de intervención, como una de las estrategias principales para reducir la desnutrición crónica infantil; el rol que cumple el proyecto en la implementación, es un rol facilitador durante todo el proceso y busca que el personal de los establecimientos de salud, las autoridades comunales y los promotores de salud se apropien de la propuesta.

El proyecto inicia su ejecución en el año 2008, en un contexto de problemas administrativos por parte de la Gerencia Regional de Salud La Libertad (GERESA - LL), en la cual la Red de Salud Pataz ubicada en Tayabamba (capital de la provincia) que tiene a su cargo 21 establecimientos de salud, 4 de ellos pertenecientes al distrito Pataz se encuentran a 8 horas de distancia; estas barreras geográficas se une a la no operativización de la Micro Red Pataz Norte, lo cual dificulta las supervisiones y el apoyo a los 4 establecimientos en la implementación de la estrategia sistema de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante por parte del Ministerio de Salud; puesto que dicha estrategia ha tenido resultados positivos⁵ en zonas rurales agrícolas, pero se conoce poco sobre su efectividad en zonas rurales mineras.

¹ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2008). Utiliza el Patrón de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los Estados Unidos (NCHS)

² Se ubica en la provincia de Pataz, región La Libertad.

³ Trinidad Tarrillo, Fanny (2008). Estudio de línea de base en el distrito Pataz. Caritas del Perú, Pg. 33

⁴ El D.S 071 – 2006 EM establece el Aporte Voluntario Extraordinario y Temporal de las empresas mineras.

⁵ Dávila Muñoz, Segundo (2006) «Consejería comunitaria para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares. Experiencia en Tambillo - Ayacucho» Programa - REDESA, CARE Perú, Pg. 15

Para que el SIVICO funcione es de vital importancia la participación del Ministerio de Salud (MINSA)⁶ – Agentes Comunitarios de Salud y - Población a través de sus organizaciones. En el caso de Pataz existen 4 Establecimientos de Salud⁷, se cuenta con un promotor de salud en cada comunidad y la organización que representa a la comunidad es el Comité de Desarrollo Comunal (CODECO) que está reconocido con Ordenanza Municipal.

En los dos años de ejecución del proyecto (2008 – 2009), siempre fue una preocupación del equipo técnico del proyecto por conocer la efectividad de la estrategia “sistema de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante” utilizada para reducir la desnutrición crónica infantil en ámbitos de influencia directa de operaciones mineras.

Esta situación se presenta como una oportunidad para demostrar la efectividad del SIVICO (estrategia nacional de reducción de la desnutrición infantil) mediante un comparativo entre anexos dedicados a la agricultura (Vista Florida 21.05 % y Los Alisos 45.45 %) y anexos dedicados a la minería (Zarumilla 12.12 % y Socorro 36.36 %)⁸, para proporcionar información cualitativa sobre la participación y empoderamiento de la sociedad civil en los programas/proyectos de desarrollo que ejecutan las ONGD, que mejoren la eficiencia en la gestión de los mismos; identificando al siguiente problema de investigación “los sistemas de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante en el distrito Pataz, no están contribuyendo a la reducción de la desnutrición crónica infantil”, para lo cual se ha formulado la siguiente pregunta general de investigación:

¿En qué medida los sistemas de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante en el distrito Pataz están contribuyendo a la reducción de la desnutrición crónica infantil? que ha dado lugar a las siguientes preguntas específicas de investigación:

- ¿Cuáles son los mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO?
- ¿Cuál es el nivel mínimo de integración de los actores involucrados en el SIVICO para que éste funcione?
- ¿Cuál es el grado de participación del personal de salud, autoridades comunales y promotor de salud en el SIVICO?
- ¿Cuál es el tipo de liderazgo que el personal de salud asume en la conducción del SIVICO?

⁶ Ministerio de salud, ente rector a nivel nacional, pero que en el distrito esta dado por los establecimientos de nivel I-1óI-2

⁷ Un establecimiento de salud tiene nivel I-1(puesto de salud), cuya característica es que cuenta como mínimo con un técnico de enfermería y adicionalmente con una enfermería y/o obstetrix y tres establecimientos tienen nivel I-2 que además de contar con el personal de la categoría anterior, tendrá un Medico General.

⁸ Trinidad Tarrillo, Fanny y otros (2009). Balance Bianual 2008 – 2009 Proyecto salud y nutrición en el distrito Pataz, Pg. 18.

Capítulo II: Objetivos

2.1. Objetivo general:

Identificar los factores que estarían limitando la efectiva implementación de la estrategia SIVICO en la reducción de la desnutrición crónica infantil en anexos dedicados a la agricultura y anexos dedicados a la minería del distrito Pataz y proponer a las instituciones públicas y privadas elementos que permitan una efectiva implementación de dicha estrategia.

2.2. Objetivos específicos:

O.E.1. Comparar la implementación del SIVICO entre dos anexos dedicados a la agricultura y dos anexos dedicados a la minería del distrito Pataz.

O.E.2. Proporcionar a las instituciones públicas locales (Municipalidad Distrital y Establecimientos de Salud) elementos de juicio que permitan mejorar la efectividad en la implementación del SIVICO como estrategia principal de lucha contra la desnutrición crónica infantil en zona rural minera.

O.E.3. Proporcionar a las ONGD que implementan programas y proyectos de lucha contra la desnutrición crónica infantil elementos de juicio que permitan mejorar la efectividad en la implementación del SIVICO como estrategia principal de lucha contra la desnutrición crónica infantil en una zona rural minera.

Capítulo III: Justificación de la investigación

3.1. Elección del problema

La estrategia SIVICO ha sido ampliamente abordada por las ONGD y en ocasiones en alianza con el Estado (Ministerio de Salud), pero estas experiencias se han desarrollado en ámbitos agrícolas, por lo que se conoce poco sobre su efectividad en ámbitos de operaciones mineras, donde existen conflictos de interés entre empresa minera y población por los recursos naturales oro y agua, es por eso que se formulan preguntas de investigación que permiten hacer visible éste problema que a primera vista no aparece; además pretende profundizar la comprensión del problema, indagar y buscar posibles explicaciones sobre mecanismos, integración, participación y liderazgo de los actores involucrados en la implementación del SIVICO.

3.2. Justificación para la Gerencia Social

La gerencia social es una disciplina, cuyo objeto de estudio de investigación son las políticas públicas, en cualquiera de sus tres niveles (micro, meso y macro), ya sea en alguna de las fases del ciclo o en alguno de los componentes del círculo de la política, con lo cual produce conocimientos que facilitan la toma de decisiones de quienes gerencian los cambios a través de programas/proyectos de desarrollo, de lucha contra la desnutrición crónica infantil y de lucha contra la pobreza en nuestro país.

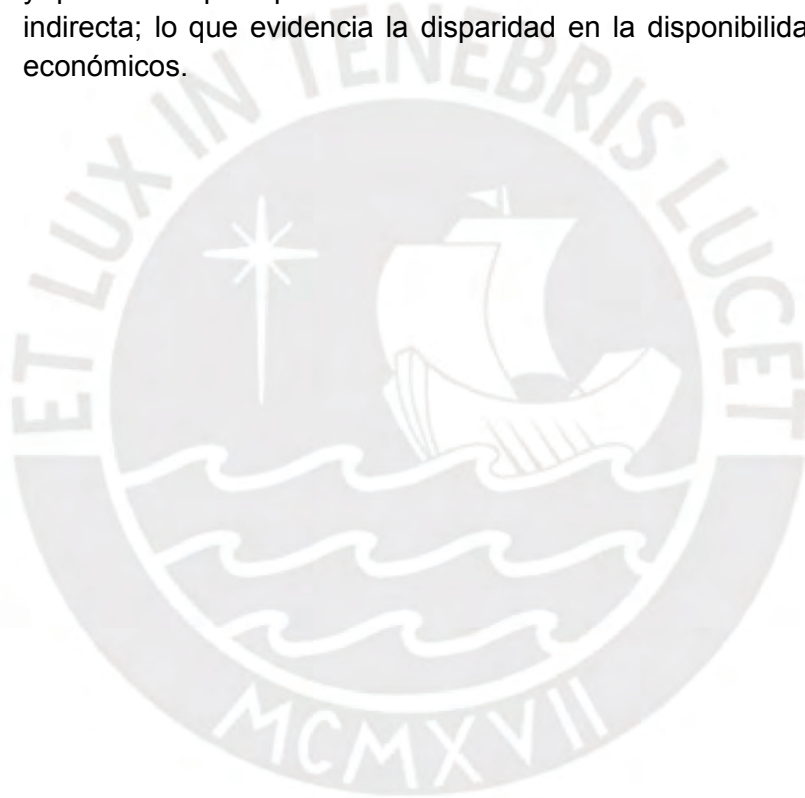
Es así que, la presente investigación “efectividad del SIVICO (sistema de vigilancia comunitaria) en la reducción de la desnutrición crónica infantil en cuatro anexos del distrito Pataz durante los años 2008-2009”, se ubica en el nivel micro dado que se realiza en el proyecto “salud y nutrición en comunidades del distrito de Pataz, región La Libertad”, se ubica en la fase de implementación de la política social pues dicho proyecto tiene un horizonte temporal de cuatro años y actualmente se encuentra en dos años de ejecución y se ubica en el componente del círculo de la política: actores y procesos, pues lo que se investiga es la eficacia de la implementación del SIVICO (proceso), en el cual intervienen tres actores (agentes comunitarios de salud, personal de salud y autoridades) y en el aspecto institucional de la implementación de la política, actualmente se encuentra en proceso de transferencia de funciones en los subsistemas organizacionales: administrativo (planeación, instrumentación) y técnico (conocimiento).

3.3 Ubicación y caracterización socioeconómica del distrito Pataz y sus anexos Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro

Patáz, es un distrito que se ubica en la sierra de la provincia de Patáz en la región La Libertad (ver anexo N° 01), a una distancia aproximada de

449 km de la ciudad de Trujillo, una altura de 2600 msnm, políticamente está dividido en 13 anexos más la capital del distrito, tiene una superficie de 467.44 km², alberga a una población aproximada de 7 984 habitantes⁹, de los cuales 211 son niños menores de 1 año y 869 son niños de 1 – 4 años¹⁰; en los cuatro anexos¹¹ donde se realiza el estudio residen aproximadamente 360 familias, el anexo más poblado es Zarumilla con 120 familias.

Los ingresos promedio que tienen las familias de los anexos Vista Florida y Los Alisos es de S/ 620.00 nuevos soles y proviene principalmente de la actividad agrícola, mientras que en los anexos de Zarumilla y Socorro los ingresos promedio de las familias superan los S/ 1 000.00 nuevos soles y provienen principalmente de la actividad minera informal directa e indirecta; lo que evidencia la disparidad en la disponibilidad de recursos económicos.



⁹ Fuente: INEI - Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales 2009

¹⁰ Censo nacional 2007: XI de población y VI de vivienda

¹¹ Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro

Capítulo IV: Marco teórico

4.1. Lineamientos de política de Promoción de la Salud

Según el Ministerio de Salud, los lineamientos de política de promoción de la salud son un total de cinco; pero a continuación solo describiremos los lineamientos que son de nuestro interés para el presente estudio de investigación:

Lineamiento 1: *desarrollar alianzas intra e intersectoriales para la promoción de la salud.*

- *Promover que la salud es una responsabilidad compartida entre el sistema de salud, la población, sus organizaciones y las diferentes instancias del estado.*
- *Incorporar la promoción de la salud en la agenda pública, en las políticas y planes de desarrollo local.*
- *Promover las oportunidades y el acceso del individuo, las familias y la comunidad en procesos de toma de decisiones.*

Lineamiento 3: *Promover la participación comunitaria conducente al ejercicio de la ciudadanía.*

- *Reconocer y revalorar el rol de los promotores de salud y agentes comunitarios como actores claves para la promoción de la salud.*
- *Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.*

Lineamiento 4: *Reorientar los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud*

- *Implementar nuevas formas de organización de servicios que incorporen el enfoque de promoción de la salud en los ámbitos intra y extramural.*
- *Fortalecer el trabajo de los promotores de salud/agentes comunitarios de salud, generando mecanismos de participación activa en las estrategias de salud locales.*
- *Fortalecer la participación comunitaria en la gestión sanitaria y los planes de salud locales. (R.M N° 111-2005/MINSA, párr. 2)*

4.2. Modelo de atención integral de salud (MAIS)

Frente a los problemas prioritarios de salud en el Perú, el Ministerio de salud propone al país los lineamientos que orientan la Política del Sector Salud para la década 2002-2012, es así que surge la necesidad de impulsar un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el cual se determina como marco técnico conceptual de la reforma para transformar la realidad de salud pública del país.

La importancia de la implementación del sexto lineamiento de política sectorial de salud: nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), radica en que instrumentaliza otros Lineamientos, define un conjunto de principios, componentes, sistemas, dimensiones, procesos e instrumentos que al operar de forma coordinada y coherente mejoran la atención

integral de calidad en los servicios, aumentan la participación de la ciudadanía e introduce su co - responsabilidad, para una utilización óptima de los recursos y así satisfacer las necesidades de salud de la población.

El nuevo MAIS organiza los servicios de salud para enfrentar los actuales problemas de salud, asimismo prepara al sistema en la prevención de los futuros problemas. En ese sentido se trabajará con énfasis, no sólo en la enfermedad sino en las determinantes de la salud.

Asimismo, en repuesta a las prioridades regionales y nacionales, las Estrategias Sanitarias: Nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, HIV/SIDA, Inmunizaciones, Malaria, Tuberculosis y Salud Mental; que son parte del MAIS; que integrados de forma coherente y articulada con las intervenciones por etapas de vida, familia y comunidad, van a contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, compromiso asumido por el Estado Peruano para el año 2015.

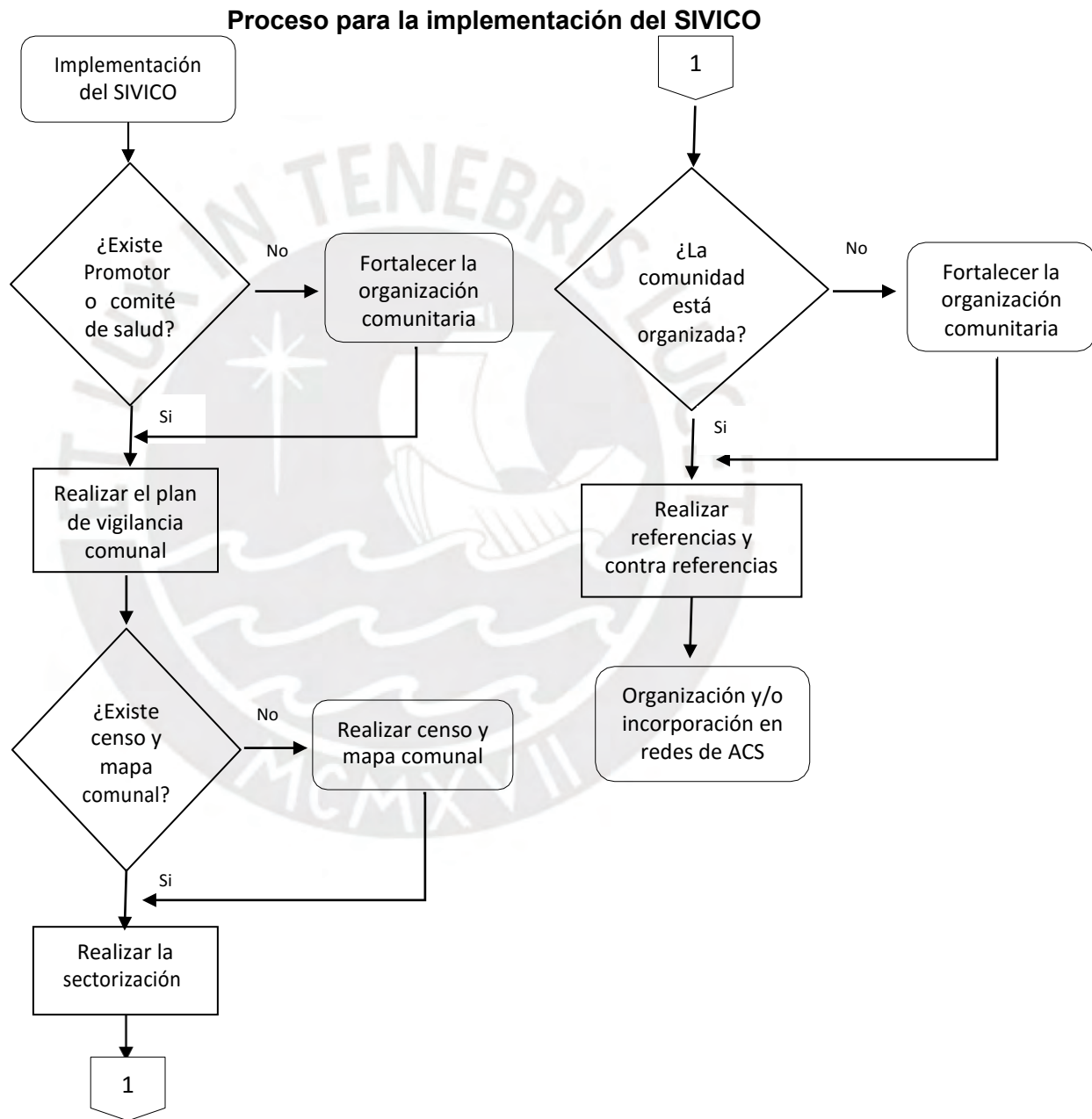
Por lo que, El Ministerio de Salud del Perú, en concordancia con la Resolución Ministerial 729/2003, Modelo de Atención Integral de Salud: Compromiso de Todos; elaboró la Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud – 2004, con la finalidad de incrementar la velocidad y eficacia del proceso local y regional en la implementación del MAIS en el territorio nacional.

En la dimensión de Comunidad y Entornos Saludables, para identificar riesgos reales y potenciales en la población, El MAIS, plantea como una de las estrategias la vigilancia y control de riesgos, siendo una de las actividades a realizar en esta estrategia por parte de la población y el sector salud, la vigilancia comunal en salud, (SIVICO), para lo cual describe su proceso de implementación.

El Sistema de Vigilancia Comunal en Salud (SIVICO), es una estrategia en donde, a través del compromiso comunal y de los diferentes actores que representan a los diversos sectores presentes en una comunidad, se incentiva la participación activa de la población, quienes una vez organizados a través de una secuencia de pasos que les permiten identificar, planificar, informar, tomar acciones, monitorear y evaluar las acciones de cuidado de la salud desarrolladas en una comunidad.

El personal de los establecimientos de salud promueve, impulsa la organización del SIVICO, apoya su implementación, capacita a sus integrantes, monitorea y retroalimenta; pero son los miembros de la comunidad elegidos quienes ejecutan el SIVICO.

La existencia del SIVICO en una comunidad tiene como propósito: influir de forma oportuna en algunas determinantes de la salud y factores de riesgo de tipo social, cultural, político, económico y ambiental. La salud integra a la comunidad conformada por personas, familias y población en general, y para lograr el desarrollo sostenible, la participación de la población sobre todo en la toma de decisiones de los proyectos comunales es fundamental



Fuente: Elaboración propia

- a) **Organización comunitaria:**
Para implementar un SIVICO en una comunidad, el primer paso es identificar las formas de organización natural que existen en la comunidad (Por ejemplo: Promotor de salud y/o comité de salud) y fortalecerlo, pero siempre con respeto de la cultura y la dinámica social existente en la comunidad.
- b) **Plan de vigilancia comunal:**
Es de vital importancia que los hechos, situaciones o comportamientos, identificados en una comunidad, producto de las necesidades o problemas de salud; sean contemplados en el plan de vigilancia comunal en variables referidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- c) **Censo comunal:**
El censo de la población y de las viviendas de una comunidad, se realiza a través del llenado correcto de la ficha familiar, la cual permite la identificación de las familias y sus integrantes, las condiciones de saneamiento básico, problemas individuales como familiares, riesgos sociales como pandillaje, etc; con lo cual se identifica las zonas de mayor riesgo para priorizar la intervención comunal.
- d) **Mapeo de la comunidad:**
Una vez procesados los datos del censo comunal y según la necesidad de intervención definida en el plan de vigilancia, es necesario que cada caserío o sector implemente esta herramienta visual como es el mapa comunal donde se muestren los datos más relevantes obtenidos en el censo comunal, de modo que permita la toma de decisiones en la comunidad.
- e) **Sectorización de las zonas:**
Uno de los pasos más importantes en la implementación del SIVICO es la sectorización del territorio a intervenir, que consiste en dividir el territorio por manzanas, comunidades o caseríos, asignar un personal responsable de la población de cada sector y comunidad. Se debe tener en cuenta que, el número total de sectores para el SIVICO no debe ser diferente a la sectorización realizada por los EE.SS.
- f) **Organización comunal para la vigilancia y movilización:**
La organización comunal es la parte central de la estrategia SIVICO, luego de que la comunidad cuenta con los componentes anteriormente descritos, se organiza junto con el EE.SS para determinar los problemas de salud más importantes, las zonas de alto riesgo y con ello realizar acciones de prevención, a nivel individual y familiar. Asimismo, se elabora una lista de signos de alarma que todo

agente comunitario de salud debe identificar en un individuo para su atención y/o referencia inmediata.

g) **Referencia y contrarreferencia:**

La implementación y fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia de forma efectiva conforme lo establece la Norma Técnica N°018-MINSA/DGSP V.01 del Ministerio de Salud, es de vital importancia de articulación entre el personal de los EE.SS y los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y/o comités de salud de la comunidad.

h) **Organización y/o incorporación en redes:**

Por lo general es difícil que todos los representantes de las comunidades participen en espacios de participación distrital, por lo que un mecanismo que facilita la interlocución y participación de las redes comunales en las mesas distritales de concertación y lucha contra la pobreza, es la incorporación de los Agentes Comunitarios de Salud en las redes ya existentes en el área urbana como rural, asimismo, que tengan un representante en las diversas organizaciones como Asociación de Promotores de Salud (APROMSA), Comités de Promotores de Salud (COPROMSA), Comités de desarrollo comunal - CODECO que es integrado por la Junta de Desarrollo comunal (JDC), las Organizaciones Sociales de Base (OSB), Agente Comunitario de Salud (ACS), Comités de Salud, Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), etc, entre otras instituciones.

4.3. Experiencias de SIVICO desarrolladas por las ONGD

En el Perú, existen experiencias sobre SIVICO a nivel nacional, desde hace mucho tiempo; las cuales fueron impulsadas y lideradas por las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD), tal como lo describe Nino Alfonso (2002), desde los años setenta, en donde la extensión de coberturas estaba direccionada a los grupos peri-urbanos y rurales que fueron los años del “boom” de la Atención Primaria.

Asimismo:

Como resultado de la intervención de la iglesia católica, se organizan botiquines comunales para la zona rural y los Promotores de Salud reciben formación; con resultados positivos en las coberturas de inmunizaciones, control de EDAs, IRAs, Tuberculosis (TBC), contando siempre con la participación de diversos actores de la sociedad civil (Comités de Vasos de Leche, Comedores Populares, asociaciones de promotores de salud) e institucionales que en conjunto unen esfuerzos técnicos de profesionales y pobladores para el cumplir con los objetivos sanitarios de la época.

(Niño, 2002, p. 06)

Según APRISABAC (2000), en el departamento de Cajamarca a inicios de los años noventa; los servicios de Salud como respuesta a la compleja situación sanitaria de la región desarrollaron una propuesta de trabajo extramural denominada trabajo comunitario, el cual fue definido como:

“El conjunto de acciones que el personal de los EE.SS realiza en las comunidades o caseríos bajo su responsabilidad, en coordinación con los agentes de salud y otros líderes de la comunidad. (Dirección Regional de Salud Cajamarca [DISA CAJAMARCA], 2000)

Desde el año 1998, CARE Perú, con el apoyo del Proyecto Multisectorial de Población – PMP financiado por DFID y USAID, ha trabajado en la implementación de la estrategia SIVICO, elaborando guías y manuales donde describe y enfatiza el proceso de la participación comunitaria en la implementación de ésta estrategia desde el sector salud.

CARE Perú (2000), en su Manual de Participación Comunitaria, describe que, El SIVICO se operativiza en tres etapas

“la primera etapa: Sensibilización y capacitación, relacionada con la sensibilización del personal de salud del establecimiento, fortalecimiento de sus competencias especialmente las relacionadas al trabajo comunitario; la segunda etapa: relacionada con la organización comunal, que se inicia con la sectorización del ámbito geográfico-poblacional, la asignación de responsables por ámbito sectorizado y desarrollar los componentes de trabajo con la comunidad y finalmente la tercera etapa: denominada de operativización, la cual se relaciona con la planificación de la atención de salud con participación comunitaria, implementación del proceso con participación comunitaria, seguimiento, monitoreo, evaluación y retroalimentación del proceso”.

El SIVICO tuvo como principal eje de acción a los Agentes Comunitarios de Salud, quienes son capacitados permanentemente y trabajan en un sector asignado con una aproximado de 20 ó 30 familias y son los responsables de vigilar la salud de las gestantes, de los niños menores de 5 años, enfermedades endémicas de la zona y casos de violencia familiar cuando se presenten. La estrategia centro su interés principalmente en la vigilancia de la salud materna.

En el año (2000), Care Perú publica “El manual del primer video auto instructivo del SIVICS, donde establece que:

“El Sistema de Vigilancia Comunal en Salud, es un conjunto de actividades destinadas a observar los grupos de riesgo, identificando e informando sus problemas de salud al establecimiento correspondiente. De esta forma se contribuye a controlarlos a través de una captación y derivación oportuna de los casos.

La estrategia SIVICS busca organizar e integrar a los EE.SS y la comunidad, para prevenir y controlar las enfermedades prevalentes en la infancia mediante la intervención en las condiciones que generan su presencia en la localidad.

Para tal fin, es necesario contar con la colaboración de personas voluntarias en las localidades como los Promotores de Salud. Con el/os, se busca establecer mecanismos que permitan involucrar a los diferentes actores sociales de una localidad para la vigilancia y control de dichos problemas.

Por otro lado, en el Establecimiento de Salud se debe contar con personal que esté en estrecha coordinación con los Promotores; para que el sistema sea efectivo; esto se logra con la sectorización. Esta estrategia permite una distribución equitativa entre el personal de un EE.SS y su responsabilidad para vulnerar los problemas sanitarios locales. Estos dos elementos son indispensables para que un Sistema de Vigilancia Comunal sea sostenible.

Asimismo, la importancia del SIVICS radica en que: organiza e integra a las instituciones de salud de una localidad y la comunidad para: enfrentar situaciones de riesgo para la salud de la población, vigilar a los grupos con mayor riesgo de sufrir alguna enfermedad o morir, controlar los casos que ocurran con una identificación, atención, referencia y seguimiento oportuno. Pero también es necesario que existan condiciones para propiciar la implementación del SIVICS como: participación y compromiso de las autoridades comunales y organizaciones de base de las localidades para que apoyen las acciones de salud de la población; identificar, seleccionar y capacitar a Promotores de Salud, en cada grupo poblacional rural o Centro Poblado para desarrollar el Sistema de Vigilancia Comunal; establecer una coordinación muy cercana entre los Promotores de Salud y el Establecimiento de Salud; sectorización del ámbito del Establecimiento de Salud; estas condiciones garantizan la sostenibilidad del SIVICS.

Luego, en el año 2002, Care – Perú publica “El manual de participación Comunitaria”, en el cual define al SIVICO como:

“Una estrategia de gestión para la participación comunitaria que articula a los diferentes actores sociales a través de mecanismos cuya finalidad es vigilar y promover el auto cuidado de la salud individual y comunitaria.

Con el SIVICO, es posible construir un diagnóstico situacional de cada familia, dado que de forma voluntaria, las familias permiten identificar a los niños menores de tres años y evaluar su estado nutricional; así como gestantes y mujeres en edad fértil; información base, para que el SIVICO

desarrolle acciones de seguimiento individual y familiar a fin de superar alguna situación crítica que se haya identificado.

También, Nino (2003) como consultor del Organismo Andino de Salud, refiere que; todos los integrantes de la comunidad son actores activos en el SIVICO, pero son los Agentes Comunitarios de Salud capacitados quienes desempeñan un rol clave durante su implementación al ser el soporte principal para lograr la participación activa de las familias a través de un trabajo coordinado con los especialistas locales del Ministerio de Salud.

Asimismo, en el capítulo VII: Actores de la vigilancia comunal y sus roles del Libro Sistema de Vigilancia Comunitaria en el Perú, refiere que,

“...los servicios de salud; serán siempre los responsables Legales del proceso....”. Nino (2003).

Sin embargo, para que el sistema funcione debe existir un pacto social entre la comunidad y los servicios de salud con responsabilidades compartidas. Los EE.SS tendrán la responsabilidad de capacitar a los Agentes Comunitarios de Salud, los equipos comunales tendrán la responsabilidad de supervisar y acompañar la implementación del SIVICO, así como la retroalimentación a las organizaciones comunales y al Agente Comunitario de Salud, además, cuando se notifica un caso sospechoso, es su responsabilidad la investigación inmediata (antes de 24 horas) y explicar los resultados.

Los equipos de gestión del Ministerio de Salud tendrán que desarrollar actividades de capacitación a los equipos de salud en temas como: participación comunitaria, vigilancia epidemiológica, normas institucionales en relación al SIVICO, referencia y contra referencia comunal, estrategias para la notificación oportuna en la comunidad; para así asegurar su involucramiento y participación en la implementación del SIVICO.

También, el mismo autor, como consultor de G&C Salud y ambiente, en su publicación Sistema de Vigilancia Comunitaria: criterios para mejorar el sistema, describe a 4 actores de la vigilancia:

“1) Servicios de salud, 2) promotores de salud, 3) equipo comunal de salud, 4) vigía comunal o líder comunal;Además se enfatiza quesi falta la participación de algunos de estos componentes no se puede organizar la vigilancia comunal...”. Nino (2002),

Asimismo, La publicación “Sistema de vigilancia comunitaria (SIVICO)” de Care – Perú programa REDESA, afirma que:

“... el sistema de vigilancia se constituye en un eje integrador para lograr el desarrollo sostenible de la comunidad”. CARE PERU (2006, p. 20).

Por lo que se puede concluir que, a través del SIVICO se vigila los riesgos o daños priorizados en una comunidad para desarrollar acciones que permitan lograr un óptimo estado de salud y desarrollo de la población; esto se logra a través de la articulación de los EE.SS y los diferentes actores comunales. Esto significa que la problemática de salud existente en la comunidad impulsa la creación del SIVICO, el cual va a unir a los 3 actores principales: agentes comunitario de salud, personal de salud y autoridades y para que estos se mantengan en el tiempo es necesario que se desarrollen las habilidades necesarias de los mismos y el sistema no claudique.

En la misma publicación también se hace referencia al importante rol del agente comunitario de salud en el acceso de la comunidad a los servicios de salud, al fortalecer la relación EE.SS - comunidad a través de su acción directa.

Los agentes comunitarios, en el funcionamiento del SIVICO, cumplen las responsabilidades siguientes:

- a) Identificar y vigilar los riesgos en salud:
 - Recojo y uso adecuado de información comunal: realización del censo comunal (lo realiza con apoyo del personal de salud), actualizar el mapa comunal, registrar las actividades realizadas diariamente y actualizar los demás instrumentos del sistema.
 - Vigila la nutrición y salud infantil y el cuidado de las madres gestantes de la comunidad, conforme a la prioridad establecida entre la comunidad y el personal del EE.SS.
- b) Realizar el VEA comunal: Notificar nacimientos, defunciones, riesgos y daños individuales y colectivos.
- c) Dar inmediata respuesta ante una emergencia:
 - Realizar la referencia oportuna y la contra referencia.
 - Efectuar el traslado de emergencias que se presenten.
- d) Realizar actividades de promoción y prevención de la salud:
 - Realizar visitas domiciliarias sobre todo a gestantes y familias con niños menores de 3 años y dar consejería sobre las prácticas saludables.

- Coordinar con el EE.SS y autoridades de la comunidad para la realización de todas las actividades.

Asimismo, el MINSA estará representado en el SIVICO por el jefe del EE.SS o responsable de PROMSA, quienes cuentan con una formación en promoción y prevención de la salud, quienes serán los responsables de difundir y organizar el SIVICO en el EE.SS así como de facilitar todo el proceso de implementación para la integración de todos los actores que integran el sistema, además tienen el rol de adecuar las normas técnicas al contexto local.

4.4. Participación comunitaria, liderazgo y motivaciones

En 1997, el Proyecto Atención Primaria de Salud a través de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, financiado por Red Barnet - Dinamarca en coordinación con la Dirección Regional de Salud Loreto, en el Manual para profesionales de la salud, define a la Participación Comunitaria, como:

“la tarea en que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales, la comunidad y otras agrupaciones participan activamente tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la salud lideradas por el sector salud. DIRESA Loreto (1997).

A esto se suma las condiciones básicas que deben existir para trabajar en participación comunitaria, tanto de la comunidad (organización, la voluntad, el clima político favorable, la coordinación intersectorial y el conocimiento del papel que va a desempeñar) como del profesional de salud (conocer la comunidad donde trabaja, mantener el liderazgo, comunicación asertiva con la comunidad, promocionar los servicios de salud conforme a su capacidad resolutoria de modo que no se pierda la confianza ganada en la comunidad y luego pueda negarse a colaborar).

También, en el mismo Manual, se define al liderazgo como:

“el arma fundamental en la conducción de un equipo dentro de una organización y fuera de ella con la población, constituye el éxito de la participación comunitaria”. DIRESA Loreto (1997).

Asimismo, se define al líder, como:

“aquella persona con ciertas cualidades de personalidad, carácter, habilidades de comunicación y que a la vez tiene aceptación, reconocimiento y confianza de quienes le rodean por sus acciones y decisiones, que apoyadas por un grado de conocimientos técnicos y de experiencia le permiten guiar o conducir un grupo y lograr los propósitos de la institución y de la comunidad”. DIRESA Loreto (1997).

Se debe poseer las siguientes cualidades para desarrollar un buen liderazgo:

- **Buen comunicador.** transmitir de forma clara, sencilla y congruente un mensaje a los demás de tal forma que comprendan dicho mensaje y lo que se espera de ellos.
- **Ser modelo.** - la manera de hacer del líder tiene influencia enorme en la manera de hacer de los demás.
- **Tener una escala de valores:** los valores como la disciplina, responsabilidad, veracidad, organización, etc, son percibidos como muy importantes por un grupo a la hora de considerar a un líder.
- **Motivador.** - demostrar iniciativa y entusiasmo en cada actividad que se realiza.
- **Sociable.** - Participar en las actividades sociales comunales permite conocer a la población y lograr su aceptación.
- **Amable.** – Una cualidad muy importante del líder es tener carácter amable y aceptar las críticas con agrado.
- **Alguien que comparte.** - enseñar es compartir la vida y experiencias de modo que los conocimientos no se pierden..
- **Estar Capacitado.** - permite dar respuesta con seguridad ante situaciones sobre todo desconocidas y donde existen dudas de la población.

Asimismo es necesario tener en cuenta otro factor que influye en el trabajo comunitario del personal de salud que viene a ser la motivación, que está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta humana hacia un objetivo. Por lo tanto, se relaciona con el concepto de impulso descrito por Jiménez en su Compendio Bibliográfico, porque éste “provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir los objetivos y metas, y empuja al individuo a la búsqueda continua de mejores situaciones a fin de realizarse profesional y personalmente, integrándolo así en la comunidad donde su acción cobra significado”. (Jiménez, 2005, p.3).

Pero también es importante, tener en cuenta la existencia de muchos factores que generan desmotivación en el personal de salud y en la población, que muchas veces no permite lograr cumplir los objetivos y metas propuestas, por eso es importante identificar el factor que genera desmotivación en la población o en el equipo de salud.

Situaciones como:

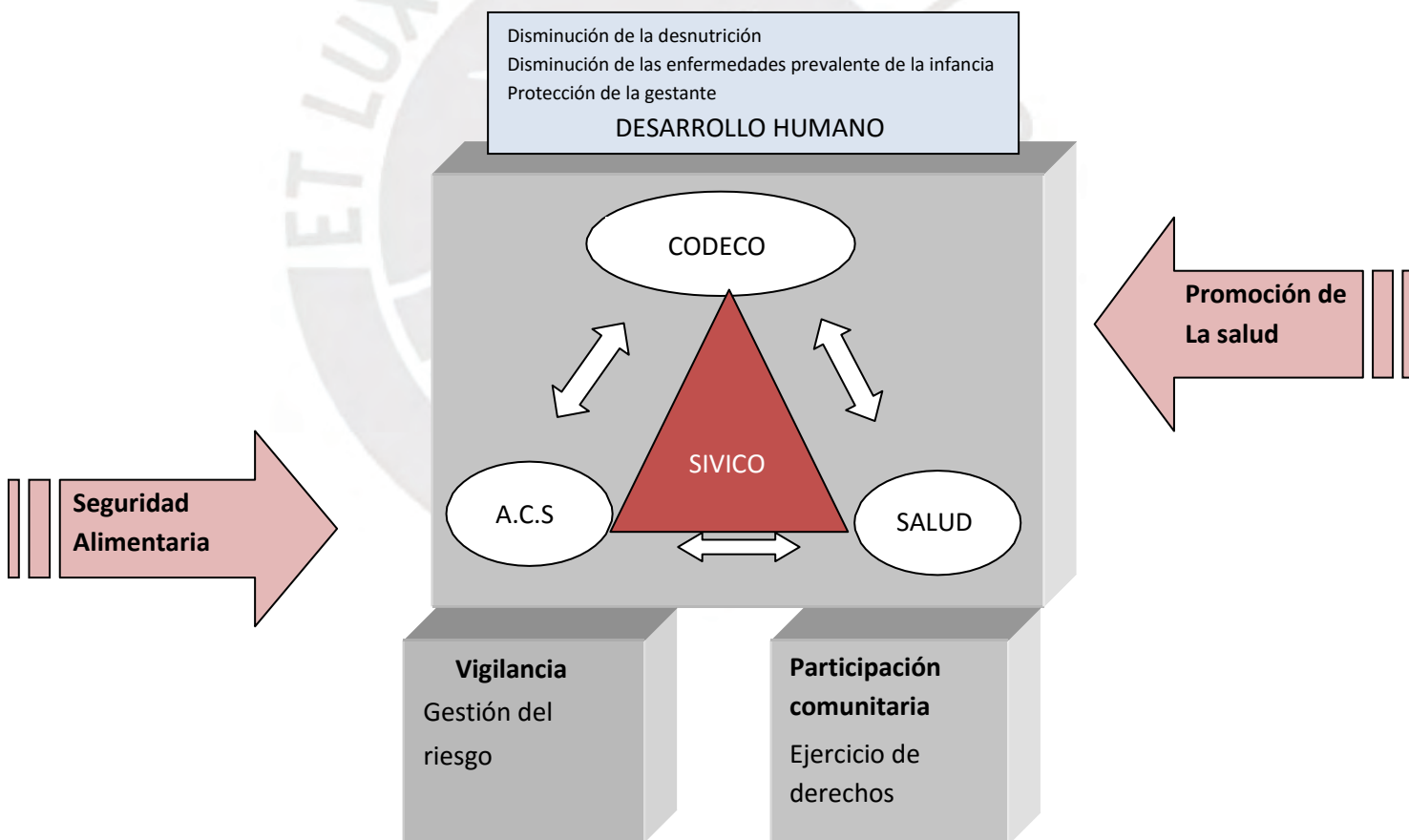
El favoritismo, rivalidad, temor, acciones mal diseñadas, condiciones ambientales adversas, inadecuada evaluación de desempeño y asignación de la carga de trabajo, falta de equidad en la asignación de remuneraciones e inadecuada distribución de la carga laboral; conducen a la desmotivación de la población o del personal de salud. Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA, 1997)

4.5. Modelo SIVICO del Ministerio de Salud

El Modelo que propone el Ministerio de Salud sobre sistema de vigilancia comunitaria (SIVICO), interrelaciona los enfoques de Promoción de la Salud y Seguridad Alimentaria, como marco para el accionar del SIVICO, basa su estrategia en la gestión del riesgo y el ejercicio de derechos a través de la vigilancia y la participación comunitaria con el fin de lograr el desarrollo humano. Esta vigilancia es desarrollada por el establecimiento de salud con la participación de la comunidad (autoridades comunales y el agente comunitario de salud) como mecanismo concertado para alcanzar los propósitos que se persiguen, que en este caso son: disminuir la desnutrición, las enfermedades prevalentes de la infancia y proteger a la gestante.

Este modelo se ha considerado como base para el presente trabajo de investigación:

Grafico N° 01: Sistema de Vigilancia comunitaria (SIVICO) y su interrelación con los enfoques.



Fuente: Ministerio de salud: Dirección de salud Apurímac II - 2006

4.6. Descripción de Cáritas Diocesana de Trujillo

Cáritas Diocesana de Trujillo es una Asociación religiosa sin fines de lucro, dedicada a la promoción humana y social del hombre para llegar a conseguir su desenvolvimiento integral, propiciar un auténtico desarrollo de los pueblos por intermedio de programas educativos y de sistemas de autoayuda, fue fundada el 01 de octubre del año 1959, desde entonces integra la Red de Caritas del Perú a nivel nacional con quien a través de convenios ejecuta diversos proyectos sociales.

Para la ejecución del proyecto “Salud y nutrición en comunidades del distrito Pataz, región La Libertad”, Cáritas diocesana de Trujillo coordina con Caritas del Perú los aspectos técnicos, administrativos y logísticos, asimismo coordina con la Gerencia Regional de Salud (GERESA) para la transferencia de las acciones del proyecto, por ser éste tema, una prioridad nacional y regional.

Es necesario resaltar que en el distrito Pataz se ha desarrollado en paralelo capacidades organizativas en las comunidades con el modelo de desarrollo Comité de Desarrollo Comunal(CODECO), el cual dentro de su estructura orgánica tiene a un promotor de salud encargado de realizar las actividades programadas en el eje de salud, nutrición y saneamiento del Plan de Desarrollo Comunal (PDC); también existe la voluntad política por parte del Estado, pues se firmó un convenio entre con el Gobierno Regional La Libertad, Compañía Minera Poderosa SA, la ONG Asociación Pataz y Cáritas del Perú para la ejecución del proyecto “Salud y nutrición”, además existe la voluntad de participar en el proyecto por parte de las comunidades; pero también existe dificultades a nivel local, puesto que hasta el momento el Gobierno Local no ha implementado todas las actividades del eje de desarrollo capital humano: salud, programadas en el Plan Estratégico de Desarrollo Concertado del distrito Pataz 2006 - 2015

4.6.1 Proyecto salud y nutrición en comunidades del distrito Pataz, región La Libertad

El proyecto tiene como fin:

Contribuir al desarrollo sostenible de las comunidades, la gobernabilidad y el mantenimiento de la paz social” y su propósito es Contribuir a mejorar la salud y nutrición de las familias, mujeres, niñas y niños de 13 anexos del distrito de Pataz, área de influencia directa de las operaciones de la Compañía Minera Poderosa, en la Región La Libertad. Caritas del Perú (2009).

Asimismo, el proyecto propone tres resultados:

Resultado 1: Las madres y las niñas y niños menores de 3 años de edad han mejorado sus prácticas de salud y nutrición y el acceso a servicios de salud.

Resultado 2: Familias y comunidad educativa con mejores condiciones sanitarias en la comunidad, vivienda y escuela

Resultado 3: Instituciones locales fortalecidas promueven estilos de vida saludables. Asociación Pataz (2009)

Para el cumplimiento del R1, plantea en la actividad 1.4 La vigilancia comunitaria de la salud y nutrición de niños menores de 3 años, en la cual describe que, los promotores conducirán el monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños menores de tres años con el apoyo de los comités locales (CODECOS) y bajo la responsabilidad de los técnicos y profesionales del MINSA.

Se realizarán actividades de vigilancia nutricional (peso y talla), con el respectivo registro en los carnés de crecimiento y desarrollo de cada niño y los registros comunales de nutrición, constituyendo el sistema de vigilancia comunitaria de la nutrición que proveerá información sobre el estado nutricional de los niños/as de cada comunidad.

La información se manejará a cuatro niveles: a) cada madre, b) cada comunidad, c) los EE.SS y d) la municipalidad distrital, y contribuirá al desarrollo de un sistema de monitoreo nutricional local al permitir conocer en cada comunidad las condiciones que podrían estar afectando la nutrición de los niños/as, asimismo guiará la toma de decisiones apropiada con el fin de promover la mejora de la salud y nutrición en los grupos de mayor riesgo.

Este sistema alentará a asumir roles, servicios y proyectos desde el MINSA, MINED y los municipios, orientados a promover nutrición infantil, alimentación familiar, sostenimiento de la producción local de alimentos, así como intercambio en los mercados locales.

Los promotores de salud, conjuntamente con el equipo técnico del proyecto brindará consejería domiciliaria a las madres de los niños menores de tres años, gestantes y familia; actividad que será asumida posteriormente por el personal del MINSA, como soporte técnico a la labor de los promotores y el seguimiento al registro, análisis y uso de información nutricional comunal y distrital.

La implementación del proyecto “Salud y nutrición en comunidades del distrito de Pataz, región La Libertad es la primera intervención

que una ONGD realiza en el distrito para enfrentar el problema de la Desnutrición Crónica Infantil (segunda prioridad sanitaria nacional), el cual, por ser zona de operaciones mineras, tiene sus propias características, como por ejemplo el sistema de trabajo (28 días de trabajo por 14 días libres), la percepción que tiene la población de que la mina contamina, el elevado costo de vida (aprox. en un 300%), el alto porcentaje de población migrante, la competencia por el recurso agua de consumo humano, la contaminación ambiental, etc.;

Por lo que el proyecto en su Plan Operativo Anual (POA) 2009 propone como estrategia principal la implementación del SIVICO, definiendo cinco criterios para establecer que el sistema de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante está funcionando en cada anexo, son los siguientes:

Que cuente con: 1) mapa comunal, 2) censo comunal, 3) promotor de salud activo, 4) instrumentos de vigilancia comunitaria y 5) plan de salud incluido en el Plan desarrollo del CODECO.

La estrategia desarrollada en el proyecto de Salud y nutrición en Pataz se orienta básicamente a la vigilancia en aspectos de salud del niño y las mujeres gestantes como son el crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, enfermedades prevalentes de la infancia, control prenatal, mediante la elección y formación de promotores de salud voluntarios responsables de un sector (20 ó 30 familias).

El proceso de implementación del SIVICO se ha realizado en tres etapas:

- 1- Se inicio con la capacitación al personal de los establecimientos de salud en SIVICO.
- 2- Se ha capacitado a los promotores de salud y autoridades en SIVICO.
- 3- Personal de los establecimientos y promotores de salud, con el apoyo del equipo técnico del proyecto han ejecutado las actividades de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante.

En el balance Bianual 2008- 2009, (evaluación de medio término) se observa una alta y desigual prevalencia de la desnutrición crónica en los niños menores de 3 años entre anexos dedicados a la minería y anexos dedicados a la agricultura (ver cuadro N° 01), por lo que se considera pertinente realizar un estudio mediante un comparativo entre los anexos dedicado a la minería como son:

Socorro, Zarumilla y anexos dedicados a la agricultura como son: Vista Florida y Los Alisos. Trinidad et al (2009, p 18)

Cuadro N° 01: Prevalencia de la desnutrición crónica en los niños menores de 3 años distrito Pataz, por comunidad – 2008 - 2009

Comunidades/ barrios	N° Total niños menores 3 años	% DCI 2008	% DCI 2009	Actividad económica
Campamento	31	19.4	24	
Chagual	11	9.1	11.11	
Chuquitambo	12	58.3	50	
Los Alisos	14	28.6	45.45	Agrícola
Nimpana	18	61.1	24	
Pataz	32	25.0	6.25	
Pueblo Nuevo	37	35.1	10.26	
San Fernando	1	0.0	16.67	
Shicúm	12	25.0	42.86	
Socorro	20	15.0	36.36	Minera
Suyubamba	22	18.2	20	
Vijus	19	15.8	35	
Vista Florida	24	16.7	21.05	Agrícola
Zarumilla	31	29.0	12.12	Minera
Total	284	26.8	22.79	

Fuente: Balance bianual del proyecto “salud y nutrición en comunidades del distrito de Pataz, región la libertad” 2008 – 2009.

4.7. Conceptos principales

Para una mayor claridad y comprensión del estudio, a continuación se desarrollan algunas definiciones conceptuales y su relación con la presente investigación.

Iniciaremos con el concepto de participación comunitaria, definido por Martínez (2004) como: “un tipo de acción personal y colectiva que agrupa a ciudadanos decididos a enfrentar una situación” (p.15)

Este grupo de ciudadanos establece sus relaciones en función de un problema que se presente, al que le buscan solución con proyectos de desarrollo de mejora continua o cambio de la situación. Una característica principal de la participación comunitaria es: la búsqueda constante de la mejora sostenible del bienestar de los integrantes de una comunidad en función de valores propios, resolviendo sus problemas de manera endógena mediante el consenso, sin necesidad de intervención de entes externos como los partidos políticos.

A la luz de esta definición conceptual, se concibe al SIVICO (Sistema de vigilancia comunitaria en salud del niño y la mujer gestante) como una expresión de participación comunitaria de tres actores: personal de salud, autoridades comunales y fundamentalmente el promotor de salud o también llamado agente comunitario de salud; que es aquella persona “voluntaria de la comunidad, reconocida por la comunidad y por el establecimiento de salud que asume la responsabilidad de desarrollar acciones de promoción, prevención, vigilancia y en algunos casos participa en acciones de recuperación contribuyendo así al desarrollo de su comunidad”. Dirección Regional de Salud La Libertad (DIRESA 2005, p. 9), siempre en coordinación con el establecimiento de salud y otras instituciones.

Para la implementación del SIVICO, es necesaria la utilización de algunos mecanismos, que es definido como “proceso: conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial”. Real Academia Española (s.f.)

Pero el uso de los mecanismos para la implementación del SIVICO, requiere de un liderazgo, el cual se entiende como una “situación de superioridad en que se halla una empresa, un producto o un sector económico, dentro de su ámbito”. Dirección Regional de Salud La Libertad (DIRESA 2005, p. 9), el cual debe ser asumido por el personal de salud, dado que son los representantes del Sector Salud en el distrito Pataz, todo ello dentro de las políticas nacionales de reducción de la desnutrición crónica infantil, problema de salud pública que es el resultado de múltiples factores y para su determinación se utiliza un tallímetro y la tabla de valores nutricionales de la OMS, que establece que la desnutrición crónica infantil es un “diagnóstico nutricional en el cual el niño presenta talla baja para la edad (inferior a $-2 Z$ - OMS 2006)”. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN, 2009, p.7).

Capítulo V: Diseño de la investigación

5.1. Tipo de investigación y estrategia metodológica

La metodología cualitativa concibe al conocimiento de una manera constructivista y dialógica; utiliza modelos intensivos, profundos y comprensivos dentro de una realidad holística. Sandoval (1996, p. 28), pero, es la existencia del sujeto cognoscente influido por su propia cultura y relaciones sociales; que hacen que la definición de la realidad epistémica dependa directamente del análisis y comprensión del conocimiento de las diferentes formas de: pensar, percibir, sentir y actuar, propias de dichos sujetos cognoscentes. Sandoval (1996, p. 28).

Por lo que, la presente investigación será abordada con la metodología cualitativa, porque esta metodología se utiliza cuando se intenta profundizar en el problema de conocimiento, comprender con mayor precisión un determinado problema desde la subjetividad, al examinar las diferentes dimensiones, así como sus causas; todo esto desde una perspectiva que busca una aproximación para comprender los significados que las personas le dan a una situación social, particularmente las conductas y también las creencias y valores.

Teniendo en cuenta las características de las preguntas de investigación que se han formulado¹² y considerando la naturaleza del proceso de nuestro objeto de estudio (implementación del SIVICO), se pretende profundizar la comprensión del problema, indagar y buscar posibles explicaciones sobre mecanismos, integración, participación y liderazgo de los actores involucrados durante la implementación del SIVICO en cuatro anexos del distrito (dos anexos dedicados a la minería y dos anexos dedicados a la agricultura); nos guía a entender la pertinencia del estudio de caso como la forma de investigación que más se adecua a ésta investigación.

5.2. Definición de variables e indicadores

5.2.1. Definición de variables.

En las investigaciones aplicadas como la que se utiliza en gerencia social, el marco teórico es un elemento referencial para la construcción de las variables¹³, que son elementos de los hechos de interés para el investigador; quién se preocupa por: realizar un planteamiento claro, por definir su concepto primero y luego su definición operacional precisa e inequívoca (al menos, en un momento dado).

¹² El tipo de preguntas planteadas en la investigación son: ¿Cuál?, ¿Cuáles?, ¿Por qué?.

¹³ Las variables son aspectos o características de la realidad que pueden variar o adoptar diferentes valores

Las variables con su respectiva definición operacional, planteadas para el presente estudio se muestran en el cuadro N° 02.

Cuadro N° 02: Definición operacional de las variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
Mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO	Se refiere a la existencia de mecanismos utilizados durante la implementación del SIVICO: reuniones conjuntas, coordinación constante, socialización de información, institucionalización.
Integración entre los tres actores del SIVICO	Se refiere a las acciones de vigilancia comunitaria en salud de los niños menores de 3 años y las gestantes (visitas domiciliarias a gestantes y niños menores de 3 años) realizadas en conjunto entre el personal de salud, promotores y autoridades comunales.
Participación del personal de salud en el SIVICO.	Se refiere a la participación en el cumplimiento de responsabilidades (censo comunal, capacitación al promotor de salud, elaboración del plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO) y la creación de nuevos vínculos de colaboración a favor de la salud.
Participación de las autoridades comunales en el SIVICO.	Se refiere a la participación en la toma de decisiones, cumplimiento de responsabilidades (elaboración del mapa comunal, censo comunal, elaboración del plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO) y la creación de nuevos vínculos de colaboración a favor de la salud.
Participación del promotor de salud en el SIVICO.	Se refiere a la participación en el cumplimiento de responsabilidades (elaboración del mapa comunal, censo comunal, uso de los instrumentos de vigilancia comunitaria, elaboración del plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO).
Liderazgo del personal de salud en la implementación del SIVICO	Se refiere a las habilidades intra muro (motivador, buen comunicador, estar capacitado, organizado, veracidad, responsabilidad, ser modelo); habilidades extra muro (trabajo en equipo, negociación, concertación, resolución de conflictos, generación de compromisos, adaptación permanente a la realidad) y motivaciones (favoritismo, rivalidad, temor, acciones mal diseñadas, inadecuada evaluación de desempeño, falta de equidad en la asignación de remuneraciones e inadecuada asignación de la carga laboral) que tiene el personal de salud para asumir el liderazgo en la implementación el SIVICO.

Fuente: elaboración propia

5.2.2. Definición de Indicadores

Los indicadores constituyen sub dimensiones de las variables, con lo cual se delimita exactamente qué información se va a recoger, se expresan en términos que indican una posible medición, que permite al investigador medir los aspectos de la realidad que está observando, pues son datos precisos de nuestras variables; para una variable se pueden elaborar uno o más indicadores.

Los indicadores pueden ser de tres tipos: cualitativos, cuantitativos o mixtos; que nos proporcionan información sobre los hechos¹⁴ que se han plasmado en un problema de investigación y para demostrar su validez se han planteado hipótesis que se han operacionalizado a través de variables.

Para la presente investigación se han definido indicadores de tipo cualitativo, asociados a las variables antes definidas que se muestran en el cuadro N° 03.

Cuadro N° 03: Definición de indicadores

Variable	Indicadores
Mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO	Tipos de mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO.
Integración entre los tres actores del SIVICO	Nivel de integración de los 3 actores que actúan en el SIVICO.
Participación del personal de salud en el SIVICO.	Grado de participación del personal de salud en el SIVICO.
Participación de las autoridades comunales en el SIVICO	Grado de participación de las autoridades comunales en el SIVICO.
Participación del promotor de salud en el SIVICO.	Grado de participación del promotor de salud en el SIVICO
Liderazgo del personal de salud en la implementación del SIVICO	Tipo de liderazgo del personal de salud en el SIVICO

Fuente: elaboración propia

¹⁴ Estos hechos deben ser observados y medidos, sabiendo que se debe buscar y como se puede buscar.

Unidades de análisis: SIVICO implementado, personal de salud, autoridades comunales, promotores de salud.

Universo o población: Catorce SIVICOS implementados, personal de cuatro establecimientos de salud, autoridades comunales de catorce anexos del distrito, promotores de salud de catorce anexos del distrito, conforme se describe en el cuadro N° 04

Cuadro N° 04: Universo o población para cada unidad de análisis

UNIDADES DE ANALISIS	UNIVERSO O POBLACION
SIVICO implementado	Catorce SIVICOS implementados. Madres de niños menores de tres años de cuatro anexos del distrito
Personal de salud	Personal de cuatro establecimientos de salud
Autoridades comunales	Autoridades comunales de catorce anexos del distrito
Promotores de salud	Promotores de salud de catorce anexos del distrito

Fuente: Elaboración propia

5.3. Dimensión del estudio

Tipo de muestra: En las investigaciones cualitativas, por lo general la cantidad de elementos la define el investigador en base a criterios fundamentados por él, y es un número reducido de casos significativos pero no representativos de la población en términos estadísticos.

Método de muestreo: el uso de método no probabilísticos para calcular el tamaño y seleccionar la muestra, responde al carácter exploratorio construcción de hipótesis de la investigación cualitativa.

Tipo de método de muestreo no probabilístico: en el curso de la presente investigación se ha determinado utilizar el método de muestreo no probabilístico “por juicio o conveniencia”, de acuerdo a la experiencia y criterio del investigador y la conveniencia para obtener información relevante.

Tamaño de la muestra:

- Se han seleccionado cuatro SIVICOS del distrito Pataz: dos en anexos que se dedican a la agricultura (Vista Florida y Los Alisos) y dos en anexos que se dedican a la minería (Zarumilla y Socorro).
- Se ha elegido al personal del Puesto de Salud Pataz, por que los cuatro anexos seleccionados pertenecen a su jurisdicción y dicho

personal ha intervenido en el proceso de implementación del SIVICO en estos anexos.

- Se ha elegido Autoridades que tienen el cargo de presidente del Comité de Desarrollo Comunal, promotores de salud y madres de niños menores de tres años de los cuatro anexos seleccionados que han intervenido en la implementación del SIVICO durante los dos años de ejecución del proyecto

Fuentes de información:

o Fuentes primarias:

- Especialista del proyecto.
- Personal de salud.
- Promotores de salud.
- Autoridades comunales.
- Madres de niños menores de tres años

o Fuentes secundarias:

- Informes del proyecto (2008 - 2009)
- POA del proyecto

5.4. Técnicas e instrumentos de recolección de información

En la determinación de las técnicas de investigación e instrumentos de recolección de información se tiene en cuenta la elección del investigador sobre la forma de investigación y la estrategia metodológica; que en presente estudio es, el estudio de caso, pero también otro criterio para determinar las técnicas de investigación e instrumentos de recolección de información guarda relación con las unidades de análisis y las fuentes de información; que en ésta investigación tiene como unidades de análisis a SIVICO implementado, el personal de salud, promotores de salud, autoridades comunales y como fuentes de información a sujetos cognoscente como son: el especialista del proyecto salud y nutrición, el personal de salud, promotores de salud, autoridades comunales, madres de niños menores de tres años; que son influidos por su propia cultura y relaciones sociales; que hacen que la definición de la realidad epistémica dependa directamente del análisis y comprensión del conocimiento de las diferentes formas de: pensar, percibir, sentir y actuar, propias de dichos sujetos cognoscentes. Sandoval (1996, p. 28), lo que nos guía a elegir a: la entrevista no estructurada, el grupo focal y la observación; como técnicas de recolección de información a emplear en el recojo de información de las fuentes primarias.

En investigación cualitativa como es el caso del presente estudio, es necesario usar más de una técnica de recolección de información, pues el resultado no se generaliza, dado que este tipo de investigación no

pretende generalizar, solo constituyen pistas y probabilidades; porque su objetivo es profundizar la aproximación a la realidad que se investiga.

5.4.1 Técnicas de recolección de información:

Además de la triangulación de hallazgos en cada técnica (entrevista no estructurada, grupo focal y la observación), el uso de varias técnicas de recolección de información, permite el complemento de la información obtenida, así como su consistencia, de modo que ilumina nuestra reflexión sobre el tema estudiado.

A continuación se realiza una descripción de cada técnica a utilizar:

- **La entrevista no estructurada:** es una conversación entre dos personas: el entrevistador y el entrevistado, con el propósito de generar un conjunto de respuestas a interrogantes sobre un tema. Tovar (2010, p.12), en este caso; sobre el tema “implementación del SIVICO en cuatro anexos del distrito Pataz” y está dirigida a personal de salud, (responsable de PROMSA), especialista del proyecto de salud y nutrición, promotores de salud y autoridades (presidentes de CODECO).
- **El grupo focal:** Consiste en promover la conversación o discusión entre un mínimo de seis madres de niños menores de tres años en cada anexo (en total son cuatro anexos) sobre el tema “Integración entre el personal de salud, promotores y autoridades comunales”, que durante los dos primeros años de ejecución del proyecto tuvieron una participación activa.
- **La observación:** procedimiento utilizado para el recojo de datos mediante el uso de los sentidos, que en este caso, a través de una lista de control se observará la participación del personal de salud, de las autoridades comunales y del promotor de salud en la implementación del SIVICO en los cuatro anexos seleccionados.

5.4.2 Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos de recolección de información son una pieza fundamental para aplicar las técnicas de manera ordenada y sistemática. En el presente estudio cada uno de los instrumentos corresponde a cada una de las técnicas seleccionadas previamente, tal como se muestra en el cuadro N° 05

Cuadro N° 05: Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnica		Instrumento
	Tipo	
Entrevista	Semiestructurada	Guía de entrevista
Grupo focal		Guía de grupo focal
Observación	Participante	Lista de control

Fuente: elaboración propia, en base al material del curso Métodos y Técnicas en Investigación en Gerencia Social. Tercera edición 2010.



Capítulo VI: Recolección y procesamiento de la información

6.1 Proceso de aplicación de los instrumentos de recolección de información:

Primero, el investigador realizó en gabinete una revisión de las técnicas (entrevista no estructurada, grupo focal y observación) y los instrumentos de recolección de información (guía de entrevista, guía de grupo focal y lista de control) y las recomendaciones recibidas por la docente del curso en los informes y durante las asesorías (presencial y virtual).

Segundo, el investigador explicó a las fuentes primarias (informantes) sobre los objetivos de la investigación, para que brinden su tiempo, su confianza y sus opiniones sean sinceras. No fue necesaria la presentación de una credencial a los informantes, por la confianza existente en el investigador debido al tiempo (dos años) que ha laborado en la ejecución del proyecto “Salud y nutrición en Pataz” por parte de Caritas del Perú.

Tercero, el investigador realizó la aplicación de los instrumentos a la población seleccionada (muestra), es decir a cuatro autoridades comunales, cinco promotores de salud de cuatro anexos del distrito en la zona agrícola (Vista Florida y Los Alisos) y de la zona minera (Zarumilla y Socorro), un personal del Puesto de Salud de Pataz, un especialista de Caritas del Perú que laboró durante la ejecución del proyecto salud y nutrición y 24 madres de niños menores de tres años que participaron durante los dos años de ejecución del proyecto.

En el caso de la entrevista no estructurada, tanto a autoridades comunales y promotores de salud se realizó en su vivienda, con una duración de 1 hora para la entrevista; los grupos focales se realizaron en los locales comunales de cada anexo, con la participación de seis madres por anexo que fueron beneficiarias del proyecto durante los dos años de ejecución; la aplicación de la lista de control se realizó en los locales de los centros de vigilancia comunitaria de los cuatro anexos con una duración de quince días, donde siempre predominó la empatía con los informantes y el respeto por cada una de las respuestas dadas.

Durante la aplicación de la entrevista, el investigador realizó algunas anotaciones y con el consentimiento de los informantes utilizó una grabadora.

6.1.2 Manejo de la muestra en el terreno:

No fue difícil el manejo de la muestra en el terreno, debido a que es una muestra pequeña (muestreo por conveniencia) y los

informantes clave seleccionados siempre estuvieron dispuestos a colaborar con la investigación; por lo tanto la muestra no sufrió mayor variación de la que se determinó en gabinete, solo en el caso de una de las promotoras de salud del anexo Los Alisos, se tomó la decisión de incluirlo solo en el grupo focal y no en la entrevista semiestructurada, tal como se observa en el cuadro N° 06

Cuadro N° 06: Manejo de la muestra en el terreno

Universo	Muestra	Recolección y procesamiento de información	Técnica
Cantidad :	Cantidad:	Cantidad:	
14 SIVICOS implementados	04 SIVICOS implementados	04	Lista de control
04 Personal de cuatro establecimientos de salud	01 Personal de cuatro establecimientos de salud	01	Entrevista semi estructurada
02 especialistas del proyecto	01 especialista del proyecto	01	Entrevista semi estructurada
14 autoridades comunales catorce anexos del distrito Pataz	04 autoridades comunales de catorce anexos del distrito Pataz	04	Entrevista semi estructurada
28 promotores de salud de catorce anexos del distrito Pataz	05 promotores de salud de catorce anexos del distrito Pataz	05	Entrevista semi estructurada
606 madres de niños menores de tres años de catorce anexos del distrito Pataz	24 madres de niños menores de tres años de catorce anexos del distrito Pataz	24	4 grupos focales (6 madres / grupo focal)

Fuente: elaboración propia

6.1.3 Dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo de campo:

Debido al tiempo (2008 – 2009) en el que se desarrolló la experiencia de implementación del SIVICO, en la actualidad algunos promotores ya no desempeñaban el cargo, por lo que había que explicar o hacer recordar algunos detalles de la experiencia para que recuerden el proceso seguido en la implementación del SIVICO.

6.2 Procesamiento de la información

Para procesar la información se optó por realizado de forma manual y se ha tenido en cuenta las tres fases básicas que indica el material del curso Seminario de Tesis 2, las cuales son:

- Examen de consistencia de los datos y categorización: para asegurar que los datos recogidos responden a las preguntas de investigación, se ha hecho una revisión de la información de los cuestionarios y de las grabaciones obtenidas y se ha usado palabras o frases claves para la codificación del discurso y agrupado en unidades que responden a los ejes temáticos de la investigación, de modo que mediante un examen analítico, la interpretación tenga sentido.
- El ingreso de datos en un programa: los datos se han ingresado en el programa Excel según la estructura de la hoja de registro elaborada para cada técnica: entrevista, grupo focal, lista de control
- Configuración de tablas resumen que permitirán el análisis y realizar comparaciones para presentarla en el informe de resultados¹⁵.

Después de culminar el ingreso de la información en una hoja de registro en el programa Excel, en donde se ha agrupado a las preguntas que se relacionan con cada una de las variables que en el presente estudio son un total de 6; se ha procedido al análisis del contenido de las respuestas y organizarlas en categorías y sub categorías con su respectiva definición operacional, las cuales responden a las preguntas de investigación planteadas, tal como se muestra en el cuadro N° 07

¹⁵ Tovar Samanez, María Teresa (2012) Material del curso Seminario de Tesis 2. p 10

Cuadro N° 07: Definición operacional de las Subcategorías.

VARIABLE	CATEGORIA DE ANALISIS	SUBCATEGORIA	DEFINICION OPERACIONAL
Mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO	Tipos de mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO	o Reuniones conjuntas	Se reúnen el equipo técnico del proyecto, personal de salud, autoridades comunales y promotores de salud
		o Coordinación constante	Coordinación formal e informal entre el equipo técnico del proyecto, personal de salud, autoridades comunales y promotores de salud
		o Socialización de información	Comparten información el equipo técnico del proyecto, personal de salud, autoridades comunales y promotores de salud
		o Institucionalización	El personal de salud y el CODECO han incluido al SIVICO en sus planes de desarrollo
Integración de los 3 actores del SIVICO	Nivel de integración de los 3 actores que actúan en el SIVICO	o Nivel nulo	Solo el promotor de salud o las autoridades o el personal de salud realiza las visitas domiciliarias a gestantes o niños menores de 3 años
		o Nivel bajo	se realiza visitas domiciliarias solo a niños menores de 3 años por el personal de salud y el promotor de salud
		o Nivel medio	Se realiza visitas domiciliarias solo a niños menores de 3 años por el personal de salud , el promotor de salud y las autoridades
Participación del personal de salud en el SIVICO	Grado de participación del personal de salud en el SIVICO	o Sin ninguna participación	No participa en la elaboración de los instrumentos del SIVICO, ni realiza capacitación al promotor de salud
		o Alguna participación	Participa solo en la elaboración del censo comunal
		o Regular participación	Participa en la elaboración del censo comunal y realiza capacitación al promotor de salud
		o Alta participación	Participa en la elaboración del censo comunal, plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO y realiza capacitación al promotor de salud.
Participación de las autoridades	Grado de participación de	o Sin ninguna participación	No participa en la elaboración de ninguno de los instrumentos del SIVICO

comunales en el SIVICO	las autoridades comunales en el SIVICO	o alguna participación	Participa solo en la elaboración del mapa comunal
		o Regular participación	Participa en la elaboración del mapa comunal y el censo comunal
		o Alta participación	Participa en la elaboración del mapa comunal, censo comunal y plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO
Participación del promotor de salud en el SIVICO	Grado de participación del promotor de salud en el SIVICO	o Sin ninguna participación	No participa en la elaboración de ninguno de los instrumentos del SIVICO ni utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria
		o alguna participación	Participa en la elaboración del mapa comunal y el censo comunal
		o Regular participación.	Participa en la elaboración del mapa comunal, censo comunal y utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria
		o Alta participación.	Participa en la elaboración del mapa comunal, censo comunal, plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO y utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria
Liderazgo del personal de salud en el SIVICO	Tipo de liderazgo del personal de salud en el SIVICO	o Liderazgo por habilidades intra muro	Si posee las siguientes habilidades: motivador, buen comunicador, ser responsable, manejo del estrés laboral y proactivo
		o Liderazgo por habilidades extra muro	Si posee las siguientes habilidades: trabajo en equipo, negociación, concertación, resolución de conflictos, generación de compromisos, adaptación permanente a la realidad
		o Liderazgo por motivaciones	Si existe las siguientes motivaciones: clima laboral positivo, acciones bien diseñadas, apropiada evaluación de desempeño, equidad en la asignación de remuneraciones y adecuada asignación de la carga de trabajo

Fuente: elaboración propia

Capítulo VII: Presentación, Análisis e Interpretación de Resultados

Es necesario mencionar que el estudio “efectividad del SIVICO (sistema de vigilancia comunitaria) en la reducción de la desnutrición crónica infantil en cuatro anexos del distrito Pataz 2008-2009” se realiza en los anexos, Vista Florida, Los Alisos (zona agrícola), Zarumilla y Socorro (zona minera); y en el siguiente cuadro N° 08 se especifica el número de personas participantes en la presente investigación.

Cuadro N° 08: Personal participante en el estudio

Descripción del personal participante	N°
Personal de salud del Puesto Salud Pataz	1
Personal especialista de Cáritas	1
Autoridades comunales	4
Promotores de salud	5
Madres de niños menores de tres años	24
TOTAL	35

Fuente: elaboración propia

El análisis e interpretación de los hallazgos se realiza para cada una de las preguntas de investigación planteadas, por lo que iniciamos con la primera pregunta:

¿Cuáles son los mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO?

Esta pregunta da origen a la Variable 1: Mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO.

Para obtener información respecto a esta variable, se entrevistaron a 06 personas: 01 personal de salud, 01 personal especialista de Cáritas y 04 presidentes de CODECO, obteniendo respuestas de los entrevistados de más de un mecanismo utilizado en la implementación del SIVICO, las cuales se describirán en cada una de las subcategorías.

Cuadro N° 09: Respuestas de las personas entrevistadas

N° Personas entrevistadas	6
Subcategoría 1	4
Subcategoría 2	4
Subcategoría 3	1
Subcategoría 4	6

Fuente: elaboración propia

Sub categoría 1: reuniones conjuntas, se ha encontrado que, de las 06 personas entrevistadas, 04 han manifestado que las reuniones se realizaban en sus anexos cada 3 meses y en dichas reuniones participaba los promotores de salud, las autoridades y el personal técnico de Cáritas que ejecutaba el proyecto, pero no se contó con la participación del personal de salud, elemento vital para dar el soporte y la sostenibilidad al sistema de vigilancia comunitaria en salud y nutrición.

Solo en el anexo Socorro no se realizaron las reuniones conjuntas.

Sub categoría 2: coordinación constante, se ha encontrado que, de las 06 personas entrevistadas, 04 han manifestado que las coordinaciones fueron formales mediante oficio los dos años de ejecución del proyecto y siempre estuvo liderado por el personal técnico de Cáritas que ejecutaba el proyecto y era quien convocaba a los tres actores que intervienen en el SIVICO como son: promotores de salud, autoridades y personal de salud, por lo que el proyecto No cumplió el rol facilitador en la implementación del SIVICO tal cual como fue el planteamiento de facilitar el proceso que luego debería ser asumido por el personal de los establecimientos de salud.

Sub categoría 3: socialización de información, se ha encontrado que de las 06 personas entrevistadas, solo 01 persona (especialista del proyecto) ha manifestado que él socializaba la información producida en el proyecto como es el % de desnutrición crónica, niños con anemia, niños controlados y el promotor brindaba información sobre madres asistentes a las capacitaciones, niños que les faltaba sus vacunas y las autoridades contribuían a identificar a niños que no se encontraban inscritos; “Nosotros informábamos sobre el estado nutricional de los niños (% de DCI), % de niños con anemia, niños controlados, el promotor informa sobre las madres asistentes a las capacitaciones y niños a los cuales les faltaba sus vacunas de acuerdo al registro que llevaba en su cuaderno del promotor las autoridades informan sobre niños nuevos que no se tiene registro para que se actualice el cuaderno del promotor en el cual está registrado toda la información, lo mismo se hace con el estado de salud de la gestante, se informa sobre el N° de madres con control prenatal, sobre el N° de gestantes que realizan el parto en el EE.SS”; resaltando siempre en estas reuniones de socialización la ausencia del personal de salud, justificando su inasistencia porque eran muy pocos para un ámbito de 9 anexos y por ser una zona minera siempre se presentaban en el establecimiento de salud emergencias por accidentes en mina, esto aunado al problema de desplazamiento a comunidades por carecer de transporte público en el distrito Patataz.

Sub categoría 4: institucionalización, se ha encontrado que de las 06 personas entrevistadas, todas han manifestado que en los cuatros anexos en estudio: Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro, existe el Comité de

Desarrollo Comunal (CODECO), el cual anualmente elabora un plan de desarrollo comunal (PDC) que en su estructura tiene un eje de salud, nutrición y saneamiento, donde se plantean acciones de vigilancia comunitaria en salud del niño y la gestante del anexo, pero estas acciones son delegadas al promotor de salud, lo que disminuye el grado de participación de las demás autoridades comunales.

Los resultados encontrados nos indican que en la implementación del SIVICO durante la ejecución del proyecto de salud y nutrición por parte de Caritas del Perú, se utilizó los cuatro mecanismos: reuniones conjuntas, coordinación constante, socialización de información e institucionalización; pero es importante resaltar dos aspectos:

En la Subcategoría 3, mecanismo socialización de información, en el cual deberían compartir información el equipo técnico del proyecto, personal de salud, autoridades comunales y promotores de salud tal como lo plantea el plan operativo anual 2008 del proyecto que a la letra dice “una vez ratificados el promotor de salud se coordinara con el personal de salud las estrategias de vigilancia comunitaria, desde determinar la cantidad de niños y madres gestantes, el diseño de instrumentos, las actividades a realizar, el monitoreo, vigilancia y el cruce de información obtenidos en comunidad como en los establecimientos de salud; de esta manera se realizara un trabajo articulado entre las comunidades y los establecimientos de salud”; NO se logró operativizar debido a factores como: cantidad de personal de salud insuficiente, las constantes emergencias por accidentes en mina y el problema de desplazamiento a comunidades por carecer de transporte público en el distrito Pataz.

En la Sub categoría 4, mecanismo institucionalización, conforme a la Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud – 2004, que plantea al plan de vigilancia comunal como un proceso para la implementación del SIVICO; se ha logrado en los cuatros anexos en estudio: Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro; institucionalizar las acciones de vigilancia comunitaria en salud del niño y la gestante en el eje de salud, nutrición y saneamiento del Plan de Desarrollo Comunal (PDC) que cada año elabora el CODECO, pero estas acciones son delegadas al promotor de salud, con lo cual disminuye el grado de involucramiento de las demás autoridades comunales.

Segunda pregunta:

¿Cuál es el nivel mínimo de integración de los actores involucrados en el SIVICO para que éste funcione?

Esta segunda pregunta da origen a la Variable 2: Integración de los 3 actores del SIVICO

Para obtener información respecto a esta variable, se entrevistaron a 10 personas: 01 personal de salud, 04 presidentes de CODECO y 05 promotores de salud, cuyas respuestas se describirán en cada una de las Subcategorías respectivas, asimismo se realizó cuatro grupos focales con madres de niños menores de tres años que participaron durante la ejecución del proyecto.

Cuadro N° 10: Respuestas de las personas entrevistadas

N° personas entrevistadas	10
Subcategoría 1	7
Subcategoría 2	3
Subcategoría 3	0
Subcategoría 4	0

Fuente: elaboración propia

Sub categoría 1: Nivel nulo, se ha encontrado que de las 10 personas entrevistadas, 07 manifiestan que solo los promotores de salud realizaban las visitas domiciliarias a las madres con niños menores de tres años; pero es necesario resaltar el acompañamiento constante por parte del especialista de Cáritas a los promotores del anexo Zarumilla.

En los cuatro grupos focales realizados con madres de niños menores de tres años, también resalta la respuesta de que solo los promotores realizaban las visitas domiciliarias.

En la sub categoría 2: Nivel bajo, se ha encontrado que de las 10 personas entrevistadas, 03 manifiestan que las visitas domiciliarias a las madres con niños menores de tres años lo realizaba el promotor de salud acompañado del personal del Puesto Salud Patatz, resaltando la integración de estos dos actores del SIVICO en los anexos Zarumilla y Vista Florida.

Este hallazgo merece una atención especial, pues el anexo Zarumilla, en el cual su población se dedica en su gran mayoría a la minería, ha logrado integrar a dos actores del SIVICO (personal de salud y promotor de salud); lo cual se refleja en la disminución de la desnutrición crónica en niños menores de tres años de 29% en el año 2008 a 12.12 % en el año 2009; en

comparación con el anexo Socorro, también dedicado a la minería, en donde el porcentaje de desnutrición crónica aumentó de 15 % en el 2008 a 36.36 % en el 2009.

Asimismo, el anexo Vista Florida, que también logró articular a los dos actores del SIVICO (personal de salud y promotor de salud), en el cual su población se dedica a labores agrícolas, muestra solo un incremento de 4.35% de la desnutrición crónica en niños menores de tres años durante el año 2008 - 2009; a diferencia del anexo Los Alisos, también agrícola, en el cual el incremento de la desnutrición fue de 16.85 puntos porcentuales durante los años 2008 – 2009.

Ninguno de los entrevistados ni los participantes de los grupo focales identificó en alguno de los anexos estudiados a las sub categoría 3: Nivel medio y sub categoría 4 nivel alto.

Los resultados encontrados nos indican que el nivel de integración entre los tres actores del SIVICO es nulo en dos anexos (Alisos y Socorro) pues toda la responsabilidad reposó solo en un actor del sistema que es el promotor de salud; y los anexos Zarumilla y Vista Florida muestran un nivel bajo al integrar solo al promotor de salud con el personal del establecimiento de salud Pataz.

Esto contrasta con el Modelo que propone el Ministerio de Salud sobre sistema de vigilancia comunitaria para disminuir la desnutrición infantil, las enfermedades prevalentes de la infancia y proteger a la gestante, el cual descansa sobre tres actores principales: las autoridades comunales, los profesionales de salud y los agentes comunitarios de salud (ACS).

También contrasta con la publicación de Care Perú (2006) Programa REDESA sobre Sistema de vigilancia comunitaria (SIVICO), en donde se afirma que “el sistema de vigilancia se constituye en un eje integrador para lograr el desarrollo sostenible de la comunidad”. (p. 20) y que la problemática de salud existente en la comunidad impulsa la creación del SIVICO, el cual va a unir a los 3 actores principales: agentes comunitario de salud, personal de salud y autoridades y para que estos se mantengan en el tiempo es necesario que se desarrollen las habilidades necesarias de los mismos y el sistema no claudique.

Además establece que es importante que las autoridades participen en las visitas domiciliarias junto al promotor de salud y personal del establecimiento de salud para observar las prácticas de salud y nutrición, higiene (lavado de manos) entre otras, involucrándolos más en el cuidado de la salud de los

niños, además de lograr una respuesta más efectiva de las familias a favor de las buenas prácticas.

Es necesario resaltar que el proyecto de salud y nutrición ejecutado en Pataz, para promover la integración de los 3 actores del SIVICO propuso el desarrollo de capacidades de liderazgo en los 3 actores que participan del sistema mediante capacitaciones, pero debido a la alta rotación anual del personal de salud SERUMS; se busco la sostenibilidad del SIVICO en dos actores que representan a la comunidad (promotor de salud y autoridades comunales).

Tercera pregunta:

¿Cuál es el grado de participación del personal de salud, autoridades comunales y promotor de salud en el SIVICO?

Pregunta que da origen a la Variable 3: Participación del personal de salud en el SIVICO

Para obtener información respecto a esta variable, se entrevistaron a 02 personas: 01 personal de salud y 01 personal especialista de Cáritas, cuyas respuestas se describirán en cada una de las Subcategorías respectivas, asimismo se realizó observación participante en los cuatro anexos en estudio.

Cuadro N° 11: Respuestas de las personas entrevistadas

N° personas entrevistadas	02
Subcategoría 1	0
Subcategoría 2	2
Subcategoría 3	0
Subcategoría 4	0

Fuente: elaboración propia

Sub categoría 2: alguna participación, se encuentra que las dos personas entrevistadas manifiestan que el personal de salud solo ha participado de la elaboración del censo comunal en los anexos Vista Florida y Zarumilla, hecho que es corroborado con la observación realizada en campo por el investigador en los cuatro anexos en estudio, asimismo la observación también permite ratificar que el personal de salud no ha participado en la elaboración del mapa comunal ni en la elaboración del plan de salud (parte del plan de desarrollo comunal). También una persona entrevistada manifiesta que solo el especialista de Caritas realizó la capacitación en SIVICO a los promotores de salud. No hubo el ansiado pacto social entre la

comunidad y los servicios proporcionados por el sector salud, debido a la escasa participación e involucramiento del personal de salud.

Ninguno de los entrevistados ni en la observación participante se identificó en alguno de los anexos estudiados a las sub categoría 1: sin ninguna participación, sub categoría 3 regular participación, sub categoría 4 alta participación

Estos resultados contrastan con lo que el sexto Lineamiento de Política del Sector Salud 2002-2012 (MAIS) propone como procesos para la implementación del SIVICO por parte del personal de salud, los cuales son: elaboración del censo comunal, elaboración del mapa comunal y el fortalecimiento de la organización comunitaria existente (promotor de salud).

Asimismo contrastan también con Nino (2003) que refiere "... los servicios de salud; serán siempre los responsables *Legales* del proceso". Sin embargo, para que el sistema funcione debe existir un pacto social entre la comunidad y los servicios de salud con responsabilidades compartidas. Los EE.SS tendrán la responsabilidad de capacitar a los Agentes Comunitarios de Salud, los equipos comunales tendrán la responsabilidad de supervisar y acompañar la implementación del SIVICO, así como la retroalimentación a las organizaciones comunales y al Agente Comunitario de Salud, además, cuando se notifica un caso sospechoso, es su responsabilidad la investigación inmediata (antes de 24 horas) y explicar los resultados.

La participación del personal del Puesto de Salud Pataz en la elaboración del censo comunal en los anexos Vista Florida (agrícola) y Zarumilla (minero), es un hallazgo importante que permite explicar el avance en cuanto a la reducción de la desnutrición crónica infantil en el anexo Zarumilla y el poco aumento de la desnutrición en el caso de Vista Florida, en comparación con los anexos Los Alisos (agrícola) y Socorro (minero) de similares características, en los cuales hubo un aumento considerable del porcentaje de desnutrición crónica infantil. El censo comunal ayuda a los promotores de salud como al personal del establecimiento de salud a identificar a las madres gestantes, a los niños menores de tres años y sobre todo a aquellos en situación de vulnerabilidad para su posterior visita de seguimiento.

Variable 4: Participación de las autoridades comunales en el SIVICO

Para obtener información respecto a la participación de las autoridades comunales en elaboración del: mapa comunal, censo comunal y plan de salud incluido en el plan de desarrollo del CODECO; se realizó observación participante en los cuatro anexos en estudio, cuyos resultados se muestran en el cuadro N° 12.

Cuadro N° 12: Resultados de la observación participante

N° observaciones realizadas	04
Subcategoría 1	0
Subcategoría 2	3
Subcategoría 3	0
Subcategoría 4	1

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la lista de control revelan que solo se ubica en la sub categoría 4: alta participación el anexo de Vista Florida en el cual sus autoridades han participado en la elaboración de todos los instrumentos del SIVICO (Mapa, censo y plan de salud) y en los tres anexos restantes existe solo la sub categoría 2: alguna participación, dado que sus autoridades solo han participado en la elaboración del mapa comunal y en la elaboración del plan de salud que es parte del plan de desarrollo comunal.

En la observación participante no se identificó en alguno de los anexos estudiados a las sub categoría 1: sin ninguna participación, sub categoría 3 regular participación.

Estos resultados confirman lo que Care Perú (2006) programa REDESA en su publicación “Sistema de vigilancia comunitaria (SIVICO), describe que: la participación de las autoridades durante la organización del sistema y la propia vigilancia que éstos realizan, son la base para que el SIVICO funcione. El conocimiento de las autoridades de la comunidad sobre la importancia del desarrollo humano y la trascendencia en la atención a la primera infancia, confluyen y generan acciones que garantizan la sostenibilidad y el éxito del sistema en una comunidad”.

Variable 5: Participación del promotor de salud en el SIVICO

Para obtener información respecto a la participación del promotor de salud en elaboración del: mapa comunal, censo comunal, plan de salud incluido en el plan de desarrollo del CODECO y utilización de los instrumentos de vigilancia comunitaria; se realizó un total de 09 entrevistas: 05 promotores de salud y 04 autoridades comunales, cuyos resultados se muestran en el cuadro N° 13; además se realizó observación participante en los cuatro anexos en estudio.

Cuadro N° 13: Resultados de las entrevistas realizadas

N° personas entrevistadas	09
Subcategoría 1	0
Subcategoría 2	0
Subcategoría 3	0
Subcategoría 4	9

Fuente: elaboración propia

Los resultados muestran que en los cuatro anexos existe una alta participación (sub categoría 4) del promotor de salud, pues de las nueve personas entrevistadas, todas manifiestan que el promotor de salud ha participado en la elaboración del mapa, censo y plan de salud que es parte del plan de desarrollo comunal y utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria, esto también es corroborado mediante la triangulación de información con los datos de la lista de control producto de la observación participante realizada en los cuatro anexos. La alta participación del promotor de salud en las acciones de implementación del SIVICO en su localidad es debido a factores motivadores como el acceso a empleo como animadoras del programa de PRONOEI por parte de la Municipalidad Distrital.

Ninguno de los entrevistados ni en la observación participante, se identificó en alguno de los anexos estudiados a las sub categoría 1: sin ninguna participación, sub categoría 2 alguna participación, sub categoría 3 regular participación

Estos resultados coinciden con el planteamiento que realiza Care Perú (2006) Programa REDESA en su publicación Sistema de vigilancia comunitaria, en donde establece que en el SIVICO, los agentes comunitarios de salud cumplen las siguientes responsabilidades: Identificar y vigilar los riesgos en salud:

- Recojo y uso adecuado de información comunal: realización del censo comunal (lo realiza con apoyo del personal de salud), actualizar el mapa comunal, registrar las actividades realizadas diariamente y actualizar los demás instrumentos del sistema.
- Vigila la nutrición y salud infantil y el cuidado de las madres gestantes de la comunidad, conforme a la prioridad establecida entre la comunidad y el personal del EE.SS.

Asimismo también coinciden con lo referido por Nino (2002) Sistema de vigilancia comunitaria en el Perú: criterios para el diseño; sobre los instrumentos que se debe facilitar al agente comunitario de salud para que disponga en su trabajo con la comunidad, dentro de estos describe al:

- Croquis, el cual muestra el territorio, las viviendas de la comunidad, los actores comunales, entidades de gobierno, condiciones de saneamiento básico, zonas de riesgo.
- El diagnóstico comunal permite conocer la cantidad de población, condiciones de salud y saneamiento básico, identificar zonas y familias en riesgo de salud.
- El registro comunal permite evidenciar las atenciones diarias, los casos notificados, los pacientes referidos y las contra-referencias recibidas.

Cuarta pregunta:

¿Por qué el personal de salud no asume un liderazgo activo en la conducción del SIVICO?, pregunta que da origen a la Variable 6: Liderazgo del personal de salud en el SIVICO.

Para obtener información respecto al liderazgo del personal de salud en la conducción del SIVICO se realizó solo una entrevista al Responsable de PROMSA del Puesto de Salud Pataz, dado que es la única persona que permanece laborando en el establecimiento pues los demás profesionales que participaron de la experiencia fueron Serumistas¹⁶.

Las habilidades intra muro para que los profesionales del Puesto de Salud Pataz puedan ejercer un liderazgo efectivo en la labor comunitaria y la implementación del sistema de vigilancia, son: motivador, buen comunicador, ser responsable; además de las habilidades, manejo del estrés laboral y proactivo; que el investigador ha agregado porque los considera importantes debido a la labor que realiza el personal de salud, constantemente están sometidos a un alto nivel de estrés laboral; además, la realidad cambiante y futuros inciertos hacen que la persona proactiva no se resigne esperando a que las cosas ocurran, muy por el contrario, con frecuencia su trabajo y compromiso mental hacen que se encuentre en una búsqueda permanente de alternativas de solución ante situaciones que requiere enfrentar.

En la sub categoría 1, liderazgo por habilidades intra muro, los hallazgos revelan que, de las habilidades consideradas como necesarias en el trabajo comunitario que permite acercarse a los demás, el profesional de salud solo identifica a la habilidad: ser responsable, y cuando se le pregunta ¿cómo debería manifestar estas habilidades?, su respuesta es la siguiente “cumplir siempre con las metas programadas y los acuerdos mutuos”, con lo cual

¹⁶ El Servicio Rural Urbano Margina de Salud (SERUMS), es un requisito indispensable para todo profesional de salud para ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a los programas de segunda especialización profesional y recibir del Estado beca u otra ayuda equivalente para estudios o perfeccionamiento (Ley N° 23330)

demuestra que su preocupación está centrado en la cuestión programática, mas no en el aspecto de implementación de procesos que generen compromisos de los demás profesionales (médico y obstetra) que laboran en el establecimiento, no siendo suficiente para ejercer un liderazgo efectivo en la implementación del SIVICO. Los hallazgos también revelan que el personal de salud le da el siguiente significado a la habilidad motivador “tratar de convencer a la población de que está luchando por un motivo que es el de mejorar la calidad de salud de la comunidad, expresando las ventajas de actuar en forma preventiva”, lo cual es coherente para generar compromisos en la población y en sus autoridades, las demás respuestas con respecto a ¿Cómo debería manifestar las habilidades: buen comunicador, ser responsable, manejo del estrés laboral y proactivo? se centran en su persona, mas no se direccionan al uso de esas habilidades para la implementación eficaz del SIVICO.

En la sub categoría 2, liderazgo por habilidades extra muro, los hallazgos revelan que el personal de salud considera que es necesario que un personal de salud posea habilidades como: trabajo en equipo, negociación, concertación, resolución de conflictos, generación de compromisos, adaptación permanente a la realidad; por ejemplo “el trabajo en equipo, es necesario porque uno no lo puede hacer todo, por lo tanto tiene que realizar un trabajo interinstitucional con todos los actores” y la adaptación permanente a la realidad es necesario porque no todos los problemas de la sociedad se pueden solucionar y están en constante cambio. Mediante observación de las actividades extramurales que realiza el personal de salud, se puede afirmar que posee las siguientes habilidades: concertación, resolución de conflictos.

En la sub categoría 3, liderazgo por motivaciones, se ha identificado que existen factores desmotivantes que influyen en el personal de salud durante el proceso de implementación del SIVICO tales como: temor por desconocimiento de los procesos y mecanismos de implementación del SIVICO debido a que el tiempo que tiene el personal SERUMS para capacitación antes de ingresar a laborar es muy corto; la rivalidad existente entre algunos profesionales por asuntos personales; una inadecuada asignación de la carga de trabajo, en donde el responsable de PROMSA tiene más programas de promoción de la salud que ejecutar, lo que resulta en un exceso de carga de trabajo ya que además de prestar servicio asistencial recuperativo, debe realizar actividades extramurales y como aun no se ha completado la sectorización de la jurisdicción del establecimiento de salud, no se ha asignado un responsable por sector, lo que hace que el trabajo no sea equitativo entre en los integrantes del Puesto de Salud Pataz; estos factores desmotivantes son decisivos para que el personal del Puesto

de Salud Pataz no ejerza un liderazgo efectivo en la implementación del SIVICO.

Estos resultados coinciden con el planteamiento que realiza Care Perú (2006) Programa REDESA, en donde establece que "... el jefe del establecimiento o responsable de PROMSA, serán los responsables de la difusión y organización del SIVICO en el EE.SS, facilitar y garantizar el proceso de implementación y acompañamiento articulando a todos los actores del sistema y adecuando la normatividad técnica a la realidad local (p. 28).



Capítulo VIII: Conclusiones:

1. En la implementación del SIVICO en el distrito Pataz durante la ejecución del proyecto de salud y nutrición por parte de Caritas del Perú, se utilizó cuatro mecanismos: reuniones conjuntas, coordinación constante, socialización de información e institucionalización.
2. En los mecanismos: reuniones conjuntas y socialización de información utilizados en la implementación del SIVICO, participaban: los promotores de salud, las autoridades comunales y el personal técnico de Cáritas que ejecutaba el proyecto, pero no participó el personal de salud, elemento vital para dar el soporte y la sostenibilidad al sistema de vigilancia comunitaria en salud y nutrición.
3. En los mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO: coordinación constante y socialización de información, el proyecto NO logró plasmar en el campo, el planteamiento teórico, por lo tanto no cumplió el rol facilitador en la implementación del SIVICO tal como fue planteado.
4. En los cuatros anexos en estudio: Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro; se logró institucionalizar las acciones de vigilancia comunitaria en salud del niño y la gestante en el eje de salud, nutrición y saneamiento del Plan de Desarrollo Comunal (PDC) que cada año elabora el CODECO.
5. El nivel de integración entre los tres actores del SIVICO es nulo en dos anexos: Alisos (agrícola) y Socorro (minero) pues toda la responsabilidad reposó solo en un actor del sistema que es el promotor de salud y los anexos Vista Florida (agrícola) y Zarumilla (minero) muestran un nivel bajo al integrar solo al promotor de salud con el personal del establecimiento de salud Pataz, pero que ha permitido en el caso de Vista Florida, solo el incremento de 4.35 % de la desnutrición crónica en niños menores de tres años durante el año 2008 – 2009 y en el caso de Zarumilla disminuir la desnutrición crónica en niños menores de tres años de 29% en el año 2008 a 12.12 % en el año 2009.
6. La participación del personal del Puesto de Salud Pataz en la elaboración del censo comunal en los anexos Vista Florida (agrícola) y Zarumilla (minero), permite la identificación y posterior seguimiento a los niños en riesgo de desnutrición crónica y de esa manera explica el avance en cuanto a la reducción de la desnutrición crónica infantil en estos dos anexos, en comparación con los anexos Los Alisos (agrícola) y Socorro (minero) de similares características, en los cuales hubo un aumento considerable del porcentaje de desnutrición crónica infantil.

7. Solo en el anexo Vista Florida (agrícola) existe alta participación de sus autoridades en la elaboración de todos los instrumentos del SIVICO (Mapa, censo y plan de salud) y en los tres anexos restantes existe solo alguna participación, dado que sus autoridades solo han participado en la elaboración del mapa comunal y en la elaboración del plan de salud que es parte del plan de desarrollo comunal; en el caso de Vista Florida, estas acciones garantizan el éxito del sistema en la comunidad y su sostenibilidad, dado que la participación de las autoridades en la organización del SIVICO y la vigilancia realizada por ellos mismo son la base para que el SIVICO funcione.
8. En los cuatro anexos estudiados, existe alta participación del promotor de salud, pues ha participado en la elaboración del mapa comunal, censo comunal y plan de salud que es parte del plan de desarrollo comunal y además utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria; lo cual hace que se convierta en el actor que desempeña el rol más activo y protagónico en el funcionamiento del SIVICO.
9. De las habilidades intra muro: motivador, buen comunicador, ser responsable; manejo del estrés laboral y proactivo, planteadas para que los profesionales de salud puedan ejercer un liderazgo efectivo en la labor comunitaria y la implementación del sistema de vigilancia; el profesional de la salud solo identifica a la habilidad: ser responsable.
10. El Responsable de PROMSA del Puesto de Salud Pataz considera que es necesario poseer habilidades extra muro como: trabajo en equipo, negociación, concertación, resolución de conflictos, generación de compromisos y adaptación permanente a la realidad. Pero en la práctica diaria de sus actividades extra muro solo demuestra las habilidades concertación y resolución de conflictos.
11. Existen factores desmotivantes que el personal de salud tiene para la implementación del SIVICO, tales como: temor por desconocimiento de los procesos y mecanismos de implementación del SIVICO, rivalidad existente entre algunos profesionales por asuntos personales, inadecuada asignación de la carga de trabajo, en donde el responsable de PROMSA es el que ejecuta más programas de promoción de la salud y además presta servicio asistencial recuperativo; estos factores desmotivantes influyen de manera decisiva en el personal del Puesto de Salud Pataz para que no ejerza un liderazgo efectivo en la implementación del SIVICO.

Capítulo IX: Recomendaciones

1. Crear condiciones sociales como es el aumento del número de personal de los establecimientos de salud, asimismo se deben crear condiciones políticas a través del Municipio Distrital para dar soporte a las organizaciones sociales como es el caso del CODECO y tal vez la creación de una Asociación de Promotores de Salud (APROMSA) para fortalecer aun más el importante trabajo que realiza el promotor de salud.
2. Se debe superar la brecha del planteamiento teórico del sistema de vigilancia que realizan las ONGD y el MINSA, porque mientras que el MINSA dirige el SIVICO hacia toda la población, las ONGD lo direccionan hacia los grupos vulnerables (niños y gestantes).
3. Los proyectos de desarrollo durante su ejecución deben cumplir un rol facilitador de los procesos implementados como en el caso del SIVICO, para que las instituciones, organizaciones y comunidades luego de un empoderamiento puedan asumir su propio desarrollo.
4. El Ministerio de Salud, representados a nivel local por los establecimientos de salud deben ser los impulsores de la implementación del SIVICO en las comunidades.
5. Además de fortalecer el rol del promotor de salud mediante capacitación constante, acompañamiento durante las actividades desarrolladas en su comunidad, se deben crear mecanismos de integración con las autoridades y el personal de los establecimientos de salud a través de una comunicación más frecuente y efectiva, búsqueda de espacios de diálogo y concertación.
6. La participación activa de las autoridades comunales en la vigilancia comunitaria se debe evidenciar en la toma de decisiones y acciones concretas en favor de la salud de la población
7. Desarrollar habilidades intra muro en el personal de salud para que puedan ejercer un liderazgo efectivo en la labor comunitaria y la implementación del sistema de vigilancia, iniciándose este proceso al interno del Establecimiento de Salud y luego consolidarlo a nivel comunal.

Bibliografía:

APRISABAC

2000 DISA CAJAMARCA, Manual de trabajo Comunitario. Cajamarca - Perú

BARBOZA LACHOS, Omar A. y QUISPE CAMPOS, Manolo

2009 Plan Operativo Institucional del Proyecto Salud y nutrición en comunidad del distrito de Pataz, Región La Libertad. Caritas Trujillo. Trujillo – Perú.

BARZELAY, Michael y CORTÁZAR VELARDE, Juan Carlos

2004 Estudios de caso sobre buenas prácticas de gerencia social. Lima - Perú

Dirección Regional de Salud La Libertad

2005 Sistema de vigilancia comunal: Modelo de atención integral de salud. 1era edición. Lima Perú

Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (INS – CENAN).

2009 Resumen ejecutivo monitoreo nacional de indicadores nutricionales 2008-2009. Lima – Perú. p.9

DÁVILA MUÑOZ, Segundo

2006 «Consejería comunitaria para incorporar hábitos saludables de nutrición en los hogares. Experiencia en Tambillo - Ayacucho» Programa - REDESA, CARE Perú. 1era edición. Lima – Perú.

ESPEJO ALAYO, Luis

2000 Manual del primer video auto instructivo del SIVICS. Care Perú. Se terminó de imprimir en los talleres de: GRAPHIC SERVICE VIPA S.R.L. Trujillo – Perú.

Ministerio de salud - Dirección Regional de Salud Loreto

1997 Red BARNET - Dinamarca Universidad Peruana Cayetano Heredia. Proyecto atención primaria de salud en la región Loreto. Iquitos - Perú recuperado de: http://fastonline.org/CD3WD_40/HLTHES/APS/APS03S/ES/CH06.HTM#TOPOFPAGE

MARTÍNEZ SANTIAGO, Alberto

2004 Microcrédito y Pobreza: proyecto de desarrollo de comunidades rurales pobres. Recuperado de: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/amc/13.htm>

NINO GUERRERO, Alfonso E

2002 Sistema de vigilancia comunitaria (criterios para mejorar el sistema). G&C Salud y ambiente. Lima – Perú

NT N° 018-MINSA/DGSP V.01. Recuperado de

http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/115_NTREFYCON.pdf

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE)

S/f Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición. Consulta
14 – 02 – 2012. www.rae.es/

JOVER JIMÉNEZ, Isabel

2005 Compendio bibliográfico: Motivación al liderazgo de éxito a través del desarrollo
de competencias

SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A.

1996 Programa de Especialización en Teoría, métodos y Técnicas de Investigación
Social, Modulo cuatro: Investigación Cualitativa. Lima - Perú

TOVAR SAMANEZ, María Teresa

2010 Material del curso Métodos y Técnicas en Investigación en Gerencia Social.
Tercera edición. Lima – Perú.

TOVAR SAMANEZ, María Teresa

2012 Material del curso Seminario de Tesis 2 de la Maestría en Gerencia Social.
Cuarta Edición. Lima – Perú.

TRINIDAD TARRILLO, Fanny y otros

2008 Informe de Línea de Base del Proyecto Salud y nutrición en comunidad del
distrito de Pataz, Región La Libertad. Caritas del Perú. Trujillo - Perú

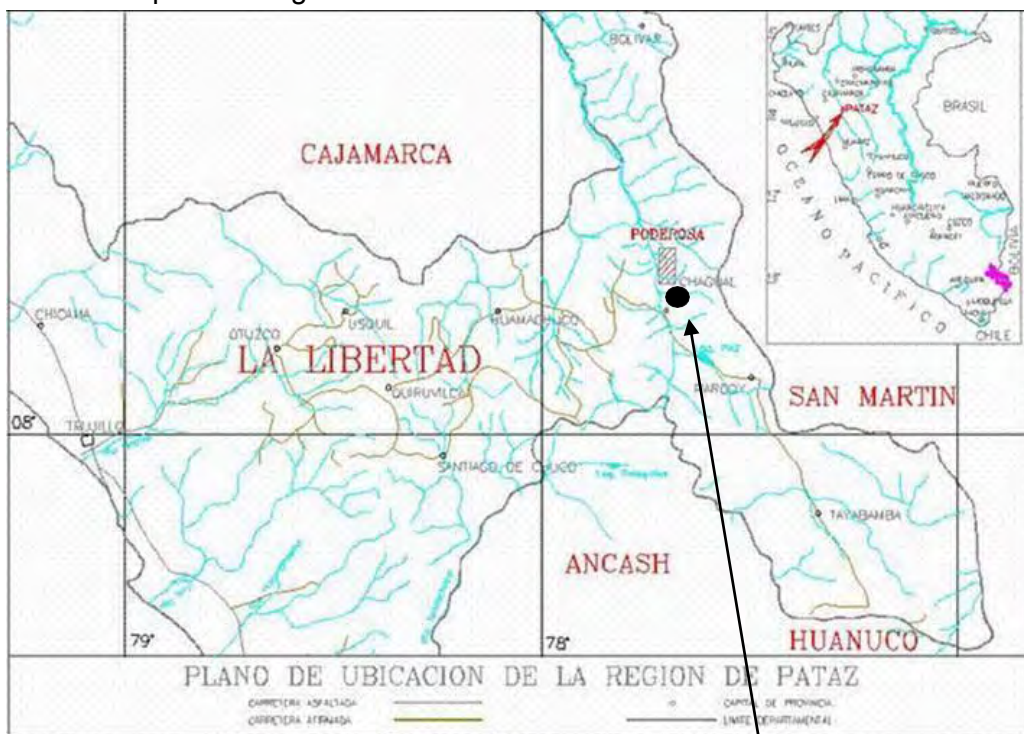
TRINIDAD TARRILLO, Fanny

2009 Balance Bianual 2008 – 2009 del Proyecto Salud y nutrición en comunidad del
distrito de Pataz, Región La Libertad. Caritas del Perú. Trujillo - Perú.



Anexos

Anexo 1: Mapa de la región La Libertad



Distrito
Pataz

Anexo 2: Matriz columna vertebral completa

Preguntas de investigación	Variables	Indicadores	Unidades de análisis	Fuentes de información	Técnicas de recolección	instrumento
¿Cuáles son los mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO?	Mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO	Tipos de mecanismos utilizados en la implementación del SIVICO.	SIVICO implementado.	Especialista del proyecto. Personal de salud.	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista
¿Cuál es el nivel mínimo de integración de los actores involucrados en el SIVICO para que éste funcione?	Integración entre el personal de salud, promotores y autoridades comunales.	Nivel de integración de los 3 actores del SIVICO.	SIVICO implementado.	Personal de salud. Promotores de salud. Autoridades comunales. Madres de niños menores de tres años	Entrevista semi estructurada Grupo focal	Guía de entrevista Guía de grupo focal
¿Cuál debe ser el grado de participación del personal de salud, autoridades comunales y promotor de salud en el SIVICO?	Participación del personal de salud en el SIVICO.	Grado de participación del personal de salud en el SIVICO.	Personal del Puesto de Salud.	Personal de salud. Especialista del proyecto.	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista
	Participación de las autoridades comunales en el SIVICO	Grado de participación de las autoridades comunales en el SIVICO.	Autoridades comunales	Autoridades comunales	Observación	Lista de control
	Participación del promotor de salud en el SIVICO.	Grado de participación del promotor de salud en el SIVICO	Promotores de salud.	Promotores de salud. Autoridades comunales	Entrevista semi estructurada Observación	Guía de entrevista Lista de control
¿Por qué el personal de salud no asume un liderazgo en la conducción del SIVICO?	Liderazgo del personal de salud en la implementación del SIVICO	Tipo de liderazgo del personal de salud en el SIVICO	Personal del Puesto de Salud.	Personal de salud.	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista

Anexo 3: Siglas y acrónimos

Sigla/acrónimo	Significado
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
APROMSA	Asociación de Promotores de Salud
CODECO	Comité de Desarrollo Comunal
COPROMSA	Comités de Promotores de Salud
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
GERESA - LL	Gerencia Regional de Salud La Libertad
HIV	Human immunodeficiency virus
JASS	Junta Administradora de Servicios de Saneamiento
JDC	Junta de Desarrollo comunal
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGD	Organismos No Gubernamentales de Desarrollo
OSB	Organización Social de Base
PDC	Plan de Desarrollo Comunal
POA	Plan Operativo Anual
PROMSA	Promoción de la Salud
REDESA	Redes de Salud
SIDA	Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida
SIVICO	Sistema de vigilancia comunitaria
SIVICS	Sistema de Vigilancia Comunal en Salud
TBC	Tuberculosis
VEAC	Vigilancia Epidemiológica Activa Comunal
EE.SS	Establecimiento de Salud

Anexo 4: Guías de entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Distrito: _____

Anexo: _____

Cargo que ocupa: Especialista del proyecto salud y nutrición

Fecha de aplicación: _____

1. ¿Realizan reuniones mensuales entre autoridades, personal del Puesto de Salud y promotores de salud?

.....
.....

2. ¿Quién planifica las reuniones? ¿Las invitaciones se hace mediante oficio?

.....
.....

3. ¿Cómo se desarrollan esas reuniones?

.....
.....

4. ¿Se intercambia información sobre estado de salud y nutrición de los niños del anexo? Por ejemplo. N° de niños con desnutrición, etc. ¿sobre el estado de salud de las madres gestantes? Por ejemplo, N° gestantes que asisten a sus controles, etc.

.....
.....

5. ¿Cómo es su participación de usted en dichas reuniones? ¿solo asiste? ¿brinda información de sus actividades?

.....
.....

6. ¿Quién coordina la realización de las actividades de vigilancia comunitaria que se realizan en el anexo: el CODECO, el promotor de salud o el personal de salud del Puesto de Salud?

.....
.....

7. ¿En el anexo se cuenta con censo comunal?

.....

8. ¿Cómo se realizo el censo comunal, en asamblea comunal con toda la población o solo con las autoridades?

.....
.....

9. ¿Cómo fue su participación en la elaboración del censo comunal?

.....
.....

10. ¿Cómo especialista en salud del proyecto realizó capacitaciones en SIVICO a los promotores de salud y autoridades del CODECO de los anexos Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro? ¿Las capacitaciones las debe realizar en el establecimiento de salud o las debe realizar en cada comunidad? ¿Por qué?

.....
.....

11. Conoce usted que el CODECO tiene un Plan de Desarrollo Comunal.

.....
.....

12. ¿El plan de desarrollo comunal se realizó en asamblea comunal con toda la población o solo con las autoridades?

.....
.....

13. ¿Cómo fue su participación en la elaboración del plan de desarrollo comunal del CODECO?

.....
.....

14. ¿En el anexo se cuenta con un mapa comunal?

.....
.....

15. ¿Cómo se realizó el mapa comunal?

.....
.....

16. ¿Fue en asamblea comunal? ¿Fue en reunión de autoridades?

.....
.....

17. ¿Cómo fue su participación en la elaboración del mapa comunal?

.....
.....

18. ¿Con qué instrumentos realiza la vigilancia comunitaria?

.....
.....

19. ¿Cómo utiliza estos instrumentos en la vigilancia comunitaria de la salud del niño y la gestante?

.....
.....



GUÍA DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA:

Distrito: _____

Anexo: _____

Cargo que ocupa: Responsable de PROMSA Puesto de Salud Pataz

Fecha de aplicación: _____

1. ¿Conoce sobre la ejecución del proyecto salud y nutrición?
.....
2. ¿Ha participado usted en el proyecto salud y nutrición? ¿Cómo? ¿De qué forma?
.....
3. ¿Realizan reuniones mensuales entre autoridades, personal del Puesto de Salud y promotores de salud?
.....
.....
4. ¿Quién planifica las reuniones?.....
¿las invitaciones se hace mediante oficio?
.....
.....
5. ¿Qué asuntos tratan en esas reuniones?
.....
.....
.....
6. ¿Se intercambia información sobre el estado de salud y nutrición de los niños del anexo? Por ejemplo, N° de niños con desnutrición, etc. ¿sobre el estado de salud de las madres gestantes? Por ejemplo, N° gestantes que asisten a sus controles, etc.
.....
.....
.....
7. ¿Cómo es su participación de usted en dichas reuniones? ¿solo asiste? ¿brinda información de sus actividades?
.....
.....
.....
8. ¿Quién coordina la realización de las actividades de vigilancia comunitaria que se realizan en el anexo: el CODECO, el promotor de salud o el personal de salud del Puesto de Salud?
.....
.....
9. ¿Cómo será su participación en la vigilancia del niño y la mujer gestante cuando el proyecto termine?

.....
.....

10. Realizan visitas domiciliarias a los niños menores de 3 años y gestantes.

.....
.....
.....

11. ¿Las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años la realiza solo el promotor de salud? ¿solo el personal de salud? ¿solo las autoridades?, luego de la visita ¿se reúnen para compartir información sobre las visitas domiciliarias realizadas?

.....
.....
.....

12. ¿Cómo se organizan el personal de salud, los promotores y las autoridades para la realización de las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años?

.....
.....

13. ¿Las visitas domiciliarias a gestantes y niños menores de tres años la realizan en conjunto el personal de salud, promotor de salud y autoridades del CODECO?

.....
.....

14. ¿Qué hacen en las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años?

.....
.....

15. ¿En qué anexos se cuenta con censo comunal?

.....
.....

16. ¿Cómo se realizó el censo comunal?

.....
.....

17. ¿Cómo fue su participación en la elaboración del censo comunal?

.....
.....

18. ¿Cómo personal de salud realizó capacitaciones en SIVICO a los promotores de salud y autoridades del CODECO de los anexos Vista Florida, Los Alisos, Zarumilla y Socorro?

.....
.....

¿Las capacitaciones las debe realizar en el establecimiento de salud o las debe realizar en cada comunidad? ¿Por qué?

.....
.....

19. ¿Conoce usted que el CODECO tiene un Plan de Desarrollo Comunal?

.....

20. ¿El plan de desarrollo comunal se realizó en asamblea comunal con toda la población o solo con las autoridades?

.....

21. ¿Cómo fue su participación en la elaboración del plan de desarrollo comunal del CODECO?

.....
.....

22. ¿Realiza gestiones con otras instituciones del distrito para mejorar la salud de la población del anexo?

.....
.....

23. ¿Ah cuales instituciones realiza dichas gestiones?

.....
.....

¿En qué consisten dichas gestiones?

.....
.....

24. ¿Qué habilidades considera que debe tener un personal de salud para asumir un liderazgo efectivo en la implementación del SIVICO?

.....
.....

25. Un personal de salud, durante el trabajo comunitario, ¿cómo debería manifestar estas habilidades?:

- Motivador:

.....
.....

- Buen comunicador:

.....
.....

- Ser responsable:

.....
.....

- Manejo del estrés laboral:

.....
.....

- Proactivo:

.....
.....

26. ¿Durante el trabajo comunitario, es necesario que un personal de salud posea habilidades como:

- Trabajo en equipo: (SI) (NO)

¿Cómo lo usaría o en que circunstancias durante el trabajo comunitario le ayudarían?

.....
.....

- Negociación: (SI) (NO)

¿Cómo lo usaría o en que circunstancias durante el trabajo comunitario le ayudarían?

.....
.....

- Concertación: (SI) (NO)

¿Cómo lo usaría o en que circunstancias durante el trabajo comunitario le ayudarían?

.....
.....

- Resolución de conflictos: (SI) (NO)

¿Cómo lo usaría o en que circunstancias durante el trabajo comunitario le ayudarían?

.....
.....

- Generación de compromiso: (SI) (NO)

¿Cómo lo usaría o en que circunstancias durante el trabajo comunitario le ayudarían?

.....
.....

- Adaptación permanente a la realidad: (SI) (NO)

¿Cómo lo usaría o en que circunstancias durante el trabajo comunitario le ayudarían?

.....
.....

27. Como personal de salud que motivaciones personales tiene para realizar la vigilancia comunitaria en salud del niño y la gestante

.....
.....

28. Como personal de salud ¿Que dificultades encuentra para ejercer un liderazgo efectivo en la implementación del SIVICO?

.....
.....

29. Como personal de salud considera que en el puesto de salud que labora existe:

Temor: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

Rivalidad: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

Favoritismo: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

Acciones mal diseñadas: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

Inapropiada evaluación de desempeño: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

Falta de equidad en la asignación de remuneraciones: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

Inadecuada asignación de la carga de trabajo: ()

¿Cómo se manifiesta?

.....
.....

GUÍA DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Distrito: _____

Anexo: _____

Cargo que ocupa: Promotor de salud

Fecha de aplicación: _____

1 ¿Conoce sobre la ejecución del proyecto salud y nutrición?

.....

2 ¿Ha participado usted en el proyecto salud y nutrición? ¿Cómo? ¿De qué forma?

.....

.....

3 ¿Realizan visitas domiciliarias a los niños menores de 3 años y gestantes?

.....

4 ¿Las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años la realiza solo el promotor de salud? ¿solo el personal de salud? ¿solo las autoridades?, luego de la visita ¿se reúnen para compartir información sobre las visitas domiciliarias realizadas?

.....

.....

5 ¿Cómo se organizan el personal de salud, los promotores y las autoridades para la realización de las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años?

.....

.....

6 ¿Las visitas domiciliarias a gestantes y niños menores de tres años la realizan en conjunto el personal de salud, promotor de salud y autoridades del CODECO?

.....

.....

7 ¿Qué hacen en las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años?

.....

.....

8 ¿En el anexo se cuenta con censo comunal?

.....

9 ¿Cómo se realizó el censo comunal?

.....
.....

10 ¿Cómo fue su participación en la elaboración del censo comunal?

.....
.....

11 ¿En el anexo se cuenta con un mapa comunal?

.....

12 ¿Cómo se realizó el mapa comunal?

.....
.....

13 ¿Fue en asamblea comunal? ¿Fue en reunión de autoridades?

.....
.....

14 ¿Cómo fue su participación en la elaboración del mapa comunal?

.....
.....

15 Conoce usted que el CODECO tiene un Plan de Desarrollo Comunal

.....
.....

16 ¿Cómo se realizó el plan de desarrollo comunal? ¿Fue en asamblea comunal o fue en reunión solo con autoridades?

.....
.....

17 ¿Cómo fue su participación en la elaboración del plan de desarrollo comunal del CODECO?

.....
.....

18 ¿Con qué instrumentos realiza la vigilancia comunitaria? ¿De qué forma los utiliza?

.....
.....

19 ¿Cómo utiliza estos instrumentos en la vigilancia comunitaria de la salud del niño y la gestante?

.....
.....

GUÍA DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Distrito: _____

Anexo: _____

Cargo que ocupa: Presidente de CODECO

Fecha de aplicación: _____

1 ¿Conoce sobre la ejecución del proyecto salud y nutrición?

.....

2 ¿Ha participado usted en el proyecto salud y nutrición? ¿Cómo? ¿De qué forma?

.....

.....

3 Realizan visitas domiciliarias a los niños menores de 3 años y gestantes.

.....

4 ¿Las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años la realiza solo el promotor de salud? ¿solo el personal de salud? ¿solo las autoridades?, luego de la visita ¿se reúnen para compartir información sobre las visitas domiciliarias realizadas?

.....

.....

5 ¿Cómo se organizan el personal de salud, los promotores y las autoridades para la realización de las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años?

.....

.....

6 ¿Las visitas domiciliarias a gestantes y niños menores de tres años la realizan en conjunto el personal de salud, promotor de salud y autoridades del CODECO?

.....

.....

7 ¿Qué hacen en las visitas domiciliarias a las gestantes y niños menores de 3 años?

.....

.....

8 ¿En el anexo se cuenta con censo comunal?

.....

9 ¿Cómo se realizó el censo comunal, en asamblea comunal con toda la población o solo con las autoridades?

.....

.....

- 10 ¿En el anexo se cuenta con un mapa comunal?
.....
.....
- 11 ¿Cómo participo en la elaboración del censo comunal?
.....
.....
- 12 ¿Cómo se realizó el mapa comunal?
.....
.....
- 13 ¿Fue en asamblea comunal? ¿Fue en reunión de autoridades?
.....
.....
- 14 ¿Cómo fue su participación en la elaboración del mapa comunal?
.....
.....
- 15 Conoce usted que el CODECO tiene un Plan de Desarrollo Comunal
.....
.....
- 16 ¿Cómo se realizó el plan de desarrollo comunal? ¿Fue en asamblea comunal o fue en reunión solo con autoridades?
.....
.....
- 17 ¿Cómo fue su participación en la elaboración del plan de desarrollo comunal del CODECO?
.....
.....
- 18 ¿Realiza gestiones con otras instituciones del distrito para mejorar la salud de la población del anexo?
.....
.....
- 19 ¿Ah cuales instituciones realiza dichas gestiones?
.....
.....
- 20 ¿En qué consiste dichas gestiones?
.....
.....

Anexo 5: Lista de control

Distrito: _____

Anexo: _____

Fecha de aplicación: _____

Formulación del problema	SI	NO	Variable	Indicador
a) El personal de salud participa en la elaboración del censo comunal			Participación del personal de salud en el SIVICO.	Grado de participación del personal de salud en el SIVICO
b) El personal de salud participa en la capacitación al promotor de salud				
c) El personal de salud participa en la elaboración del plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO				
d) Las autoridades comunales participan en la elaboración del mapa comunal			Participación de las autoridades comunales en el SIVICO	Grado de participación de las autoridades comunales en el SIVICO
e) Las autoridades comunales participan en la elaboración del censo comunal				
f) Las autoridades comunales participan en la elaboración del plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO				
g) El promotor de salud participa en la elaboración del mapa comunal			Participación del promotor de salud en el SIVICO	Grado de participación del promotor de salud en el SIVICO
h) El promotor de salud participa en la elaboración del censo comunal				
i) El promotor de salud participa en elaboración del plan de salud incluido en el Plan de desarrollo del CODECO				
j) El promotor de salud utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria				

Anexo 6: Guía de grupo focal

Distrito: _____

Anexo: _____

Fecha de aplicación: _____

N° de participantes: _____

Objetivo: Recolectar información sobre las acciones de vigilancia comunitaria en salud del niño menor de 3 años y la gestante que realizan los tres actores que componen el SIVICO.

Ítems	Variable	Indicadores	Unidad de análisis	Fuentes de información
<p>¿Todas ustedes son nacidas aquí en su anexo donde viven actualmente? ¿De donde vinieron?</p> <p>¿De todas las personas que trabajaron en Caritas en el proyecto de salud, a quien o quienes recuerdan más? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué actividades recuerdan que realizaban los especialistas de Caritas al inicio del proyecto 2008- 2009?</p> <p>¿Participaron de alguna de las reuniones que se realizaron? ¿Qué se hacía en las reuniones?</p> <p>¿En donde se realizaban? ¿Cómo se enteraban de que había reunión?</p> <p>¿Recibían visitas en sus hogares del personal de la posta de salud? ¿Qué hacían en las visitas?</p> <p>¿Recibían visitas en sus hogares de las</p>	<p>1.2 Integración entre el personal de salud, promotores y autoridades comunales.</p>	<p>1.2.1 Nivel de integración de los 3 actores que intervienen en el SIVICO.</p>	<p>SIVICO implementado.</p>	<p>6 madres de familia con niños menores de 3 años por anexo.</p>

<p>autoridades? ¿Qué hacían en las visitas?</p> <p>¿Recibían visitas en sus hogares del promotor de salud? ¿Qué hacían en las visitas?</p> <p>¿Alguna de ustedes recibió una visita en alguna oportunidad de las tres personas en conjunto?</p> <p>¿Para ustedes que actividades deberían realizar el promotor de de salud para mejorar la salud de los niños menores de tres años y gestantes?</p> <p>¿Para ustedes que actividades deberían realizar las autoridades para mejorar la salud de los niños menores de tres años y gestantes?</p> <p>¿Para ustedes que actividades deberían realizar los trabajadores de la posta para mejorar la salud de los niños menores de tres años y gestantes?</p> <p>¿Cómo deberían organizarse los promotores – las autoridades del anexo – el personal de la posta de Pataz para realizar las actividades en beneficio de la salud del niño y la gestante?</p> <p>Resumen (moderador)</p> <p>¿No nos hemos olvidado de algo?</p> <p>Agradecimiento</p>				
---	--	--	--	--

Anexo 7: Matriz de sistematización

HOJA DE REGISTRO - LISTA DE CONTROL				
Variable 3	Participación del personal de salud en el SIVICO.			
indicador:	Grado de participación del personal de salud en el SIVICO			
Anexo	Item a)	Item b)	Item c)	
Alisos	no	si	no	
Socorro	no	si	no	
Vista Florida	Si	si	no	
Zarumilla	Si	si	no	
a) el personal de salud participa en la elaboración del censo comunal				
b) el personal de salud participa en la capacitación al promotor de salud				
c) el personal de salud participa en la elaboración del plan de salud incluido en el plan de desarrollo del CODECO				
Variable 4	Participación de las autoridades comunales en el SIVICO			
indicador:	Grado de participación de las autoridades comunales en el SIVICO.			
Anexo	Item d)	Item e)	Item f)	
Alisos	si	si	si	
Socorro	si	no	si	
Vista Florida	si	si	si	
Zarumilla	si	no	si	
d) las autoridades comunales participan en la elaboración del mapa comunal				
e) las autoridades comunales participan en la elaboración del censo comunal				
e) las autoridades comunales participan en la elaboración del plan de salud incluido en el plan de desarrollo del CODECO				
Variable 5	Participación del promotor de salud en el SIVICO.			
indicador:	Grado de participación del promotor de salud en el SIVICO			
Anexo	Item g)	Item h)	Item i)	Item j)
Alisos	si	si	si	si
Socorro	si	si	si	si
Vista Florida	si	si	si	si
Zarumilla	si	si	si	si
g) el promotor de salud participa en la elaboración del mapa comunal				
h) el promotor de salud participa en la elaboración del censo comunal				
i) el promotor de salud participa en la elaboración del plan de salud incluido en el plan de desarrollo del CODECO				
j) el promotor de salud utiliza los instrumentos de vigilancia comunitaria				