

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito de Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL

AUTORES:

Patricia Azaña Torreblanca

Miriam Rojo Silva

ASESOR:

Mg. Javier Pineda

JURADO:

Mg. Laura Caverro y Mg. Gabriela Dolorier

LIMA – PERÚ 2015

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis tuvo como objetivo identificar y analizar cuáles son los factores relacionados a la articulación, entre funcionarios municipales y el personal de salud, que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil - DCI en el Distrito de Masisea (Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali) entre los años 2011-2013. A partir de esta información se ha propuesto estrategias de intervención que permitan una mejor articulación, alineamiento e integración entre el gobierno local y el sector salud, para el logro de las metas esperadas.

La investigación realizada es un Estudio de Caso, de orden cualitativo y tiene como unidad de análisis a los funcionarios municipales, personal de salud y agentes comunitarios de salud del distrito de Masisea. La muestra fue significativa, el método de muestreo fue no probabilístico, por juicio y conveniencia.

En el marco del Plan de Incentivos Municipales, y como estrategia para la reducción de la DCI, el Ministerio de Salud propuso la implementación del **Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño**, considerada como una estrategia comunitaria donde se desarrollan actividades para promover en las familias la adopción de prácticas saludables y contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo infantil. Estas actividades están desarrolladas por los agentes comunitarios de salud con el respaldo de personal de salud y la inversión del gobierno local.

Es importante señalar que para la realización del trabajo de campo se contó con la presentación de UNICEF - organismo que brinda asistencia técnica y financiera a la Región de Ucayali en el tema de DCI - y permitió las coordinaciones con los funcionarios de la municipalidad y de salud de la Región y el distrito. Esto permitirá que los hallazgos, conclusiones y estrategias planteadas sean presentadas a las autoridades locales tanto municipales como de salud para que sean implementadas, lo que le da sostenibilidad a la investigación.

ÍNDICE

	Página
Resumen Ejecutivo	
Agradecimientos	
Dedicatoria	
Abreviaturas y siglas.....	vii
Introducción.....	ix
Capítulo I: Planteamiento del Problema.....	14
1.1 Justificación.....	18
1.2 Objetivos.....	20
Capítulo II: Marco Teórico Referencial.....	22
2.1 Enfoques Transversales de la Investigación.....	22
2.2 Contexto de la Zona de Intervención.....	27
2.3 Programas.....	35
2.4 Principales Conceptos.....	48
Capítulo III: Diseño de la Investigación.....	57
3.1 Diseño de la Investigación.....	57
3.2 Técnicas para el Recojo de Información.....	59
3.3 Trabajo de Campo.....	61
Capítulo IV: Presentación, Análisis e Interpretación de los Resultados....	65
4.1 Mecanismos de articulación entre el Gobierno Municipal y el Sector Salud para la movilización de recursos del PI para el funcionamiento del CPVC y reducción de la DCI.....	65
4.2 Conocimiento y acceso a capacitación sobre el PI, el CPVC y sobre Intervenciones para reducir la DCI.....	86
	iii

4.3 Participación de los actores Involucrados en la implementación y funcionamiento del CPVC del PI	98
4.4 Percepción de los funcionarios del Gobierno Municipal, Personal de Salud y Agentes Comunitarios de Salud sobre el PI y las Intervenciones para reducir la DCI.....	105
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	111
5.1 Conclusiones.....	112
5.2 Recomendaciones.....	115
Capítulo VI: Propuesta.....	119
6.1 Bases para la elaboración de la estrategia.....	119
6.2 Objetivo.....	119
6.3 Estrategia de Intervención	119
6.4 Principales actividades y responsables.....	124
6.5 Implementación de la propuesta.....	126
6.6 Cronograma de implementación	126
Sección Referencias.....	129
Anexo 1: Relación de normatividad internacional y nacional referida a la protección de la niñez.....	130
Anexo 2: Columna vertebral: objetivos, variables, indicadores y fuentes de información.....	133
Anexo 3: Operacionalización de las variables cualitativas y definición de escalas.....	135
Anexo 4: Instrumentos para el recojo de información.....	138
Anexo 5: Registro fotográfico.....	170
Bibliografía.....	174

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer de manera muy especial al personal de la Municipalidad del Distrito de Masisea, al personal del Centro de Salud Masisea y Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea y sus Agentes Comunitarios de Salud por acceder a brindarnos la información y trabajar por la salud y bienestar de nuestros niños y niñas. Asimismo, nuestro agradecimiento a los integrantes del equipo técnico de la Dirección Regional de Salud de Ucayali, Ministerio de Salud y UNICEF por ayudarnos a enriquecer el análisis de la información que presentamos. También agradecemos a nuestras familias, por su apoyo y comprensión permanente.

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a las niñas y niños de nuestro país, en especial a la niñez rural, quienes aún enfrentan dificultades para sobrevivir y hacia quienes el Estado Peruano tiene aún una deuda pendiente por mejorar su calidad de vida.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
CPVC	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño
CS	Centro de Salud
CDN	Convención de los Derechos del Niño y la Niña
CRED	Crecimiento y desarrollo
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FONCODES	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
GM	Gobierno Municipal
GOREU	Gobierno Regional de Ucayali
IDH	Índice de Desarrollo Humano
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCLP	Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MIMPV	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	Ministerio de Salud
MR	Microred
OCI	Órgano de Control Interno
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organismo no Gubernamental
PI	Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal
PAN	Programa Articulado Nutricional
PDC	Plan de Desarrollo Concertado
PRAIA	Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia
PP	Presupuesto Participativo
PROMSA	Promoción de la Salud
PS	Puesto de Salud
PPR	Presupuesto por Resultados
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
UNICEF	Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

FACTORES QUE FAVORECEN O LIMITAN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE INCENTIVOS MUNICIPALES PARA LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN EL DISTRITO DE MASISEA DE UCAYALI. BASES PARA PROPUESTA DE ESTRATEGIAS

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil DCI es un importante problema de salud pública que afecta principalmente a la población más vulnerable. Esta condición se encuentra generalmente asociada a la pobreza y tiene consecuencias de largo plazo, pues los niños afectados no solo tienen mayor probabilidad de enfermar y morir, si no de un menor desarrollo intelectual, bajo rendimiento escolar y por lo tanto cuando llegan a la adultez menores probabilidades de insertarse adecuadamente en el mercado laboral, afectando a su entorno familiar, comunidad y país. Por ello, más que un indicador de salud, es un indicador de desarrollo del país.

La DCI es un problema que afecta más a poblaciones de áreas rurales (32.3%), a regiones de sierra (28.7%) y selva (24.1%)¹. Una de las regiones que muestra una tasa por encima del promedio nacional y una de la más alta de la región selva es Ucayali. Según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, la proporción de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica en Ucayali, de acuerdo al patrón de la Organización Mundial de Salud OMS se ha mantenido por encima del 24% y hasta el 2011 ha sido una de las regiones más rezagadas en cuanto a la superación de esta problemática².

La atención a esta problemática requiere de un lugar prioritario en la agenda nacional, regional y local y exige la participación multisectorial; sin embargo, a pesar que el Estado peruano viene implementando diferentes intervenciones, existe evidencias que el tema no es priorizado en las regiones y que si bien

¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES (2013).

² Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Programa Presupuestal Articulado Nutricional – Balance de Ejecución (2011).

existe voluntad política de manera declarativa, en la práctica, ésta no siempre tiene un correlato en decisiones de inversión y presupuesto y que la articulación de esfuerzos sectoriales es difícil de lograr, incluso al interior del sector.

Una de las iniciativas desarrolladas por el Estado, desde el año 2009, es el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) que es un instrumento de Presupuesto por Resultados (PpR) y que implica una transferencia de recursos condicionada al cumplimiento de metas que deben alcanzar las municipalidades en un período de tiempo determinado. Una de las metas a lograr es la implementación de un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, la que tiene como actores a los funcionarios del gobierno municipal, personal de salud y agentes comunitarios de salud del distrito, con el objetivo de contribuir a la reducción de la DCI.

El PI se viene implementando en 1842³ municipalidades distritales a nivel nacional y 15 municipalidades distritales de Ucayali (100% de distritos), sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, se observa problemas en la implementación de esta iniciativa. Como ya mencionamos, la desnutrición crónica infantil es un problema multicausal que requiere un abordaje integral desde los determinantes, donde la articulación multisectorial es clave, pero que en la práctica no se efectiviza o es deficiente. Uno de los problemas identificados es la falta de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud de los ámbitos locales.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores, relacionados a la articulación entre el Gobierno Municipal de Masisea y el Centro de Salud, que han favorecido o limitado la movilización de recursos provenientes del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (estrategia para reducir la desnutrición crónica infantil), entre los años 2011 y 2013, analizando el nivel de articulación que

³ Ministerio de Economía y Finanzas – Dirección General de Presupuesto Público. Plan de Incentivos. La herramienta para una gestión local eficiente (2014).

existe entre el Gobierno Municipal y el sector salud, con el fin de proponer estrategias de mejora.

La investigación es un Estudio de Caso, de orden cualitativo y tuvo como unidades de análisis al personal de salud del Centro de Salud Masisea, personal de salud y Agentes Comunitarios de Salud ACS del Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea y a los funcionarios de la Municipalidad del distrito de Masisea, a quienes se les aplicó entrevistas semi-estructuradas. También se entrevistaron a funcionarios de salud de la DIRESA Ucayali y del nivel central, funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), consultores de UNICEF y se revisó la documentación del programa y publicaciones del MEF y del Ministerio de Salud (MINSA). La muestra fue significativa, el método de muestreo fue no probabilístico, por juicio y conveniencia.

El presente documento contiene los resultados de la investigación organizados en 6 capítulos los que registran el problema, su justificación, los objetivos; el marco teórico; el diseño de la investigación; la presentación, análisis e interpretación de los resultados; conclusiones y recomendaciones; y la propuesta de estrategias. La sección final presenta los anexos y la bibliografía.

Específicamente, se ha analizado cómo se están desarrollando los procesos, y determinado cómo están interviniendo y participando los actores involucrados en la implementación de Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) como parte del plan de incentivos municipales, y a partir de esta información se ha propuesto estrategias de intervención con la finalidad de generar una mejor articulación, alineamiento e integración entre los gobiernos locales y los sectores, facilitando la consecución de metas de impacto nacional.

Los hallazgos evidencian baja articulación entre los actores responsables de la implementación y la ausencia de un espacio o instancia de coordinación multisectorial formal donde la municipalidad y los sectores puedan coordinar, establecer acuerdos y tomar medidas relacionadas a la mejora de la salud en la zona de intervención. Este hecho debilita la coordinación permanente y sostenible entre los sectores locales en el tema de salud en general y sobre la DCI en particular. Asimismo, se evidencia la necesidad de mejorar el

conocimiento de los actores involucrados, especialmente de los funcionarios municipales, en relación a la normativa, actividades y metas para el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, lo que condiciona una baja participación de los funcionarios municipales en las actividades impidiendo una articulación eficiente entre los actores llamados a implementar esta iniciativa, restándole eficiencia y perdiéndose una valiosa oportunidad para mejorar indicadores desfavorables en nutrición infantil.

Por otro lado, se ha constatado que un factor favorable para el logro de las metas de la estrategia ha sido el compromiso del personal de salud, quienes trabajan con recursos humanos, equipamiento y presupuesto limitado. Es de destacar la falta de personal de salud en la zona lo que ocasiona que tengan que desarrollar múltiples funciones y desatender las actividades de supervisión y monitoreo de las actividades del CPVC.

Del análisis de la información cualitativa y cuantitativa se concluye que son los funcionarios municipales quienes deciden qué porcentaje de los incentivos recibidos se destinan al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal. En ese sentido, la movilización de recursos para acciones orientadas a disminuir la desnutrición crónica infantil se relacionan a cuan prioritario es el tema para los funcionarios municipales. Este hecho es clave para diseñar estrategias de incidencia política que mejoren la asignación de recursos para implementar los CPVC.⁴

⁴ En el distrito de Masissea el porcentaje de recursos financieros destinados al PAN entre los años 2011 y 2013 no ha sobrepasado el 1.00% lo que indica lo poco prioritario que resulta el tema para el gobierno municipal.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Desnutrición Crónica Infantil¹ (DCI) es un problema importante de salud pública cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital, y que afecta principalmente a los pobres o pobres extremos de nuestro país. “La evidencia más reciente refuerza la importancia de enfrentar la desnutrición crónica porque tiene efectos negativos inmediatos como mayor probabilidad de ocurrencia de enfermedades o muerte prematura en niños menores de cinco años, a largo plazo inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños afectando el desempeño escolar, la capacidad de trabajo, y ocasiona costos y pérdidas económicas a la familia, la sociedad y el país convirtiéndose en un problema serio para el desarrollo socioeconómico”²

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, la desnutrición crónica afectaba al 18.5% de los niños menores de 5 años del país, dejando importantes secuelas para el resto de sus vidas. La desnutrición está fuertemente relacionada con la pobreza. Por ello, más que un indicador de salud, es un indicador de desarrollo del país. La DCI es un problema que afecta más a poblaciones de áreas rurales (32.3%), a regiones de sierra (28.7%) y selva (24.1%)³. Una de las regiones que muestra una tasa por encima del promedio nacional y una de la más alta de la región selva es Ucayali.

Según datos de esta fuente, la proporción de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica en Ucayali, de acuerdo al patrón de la Organización Mundial de Salud (OMS) se ha mantenido por encima del 24% y hasta el 2011

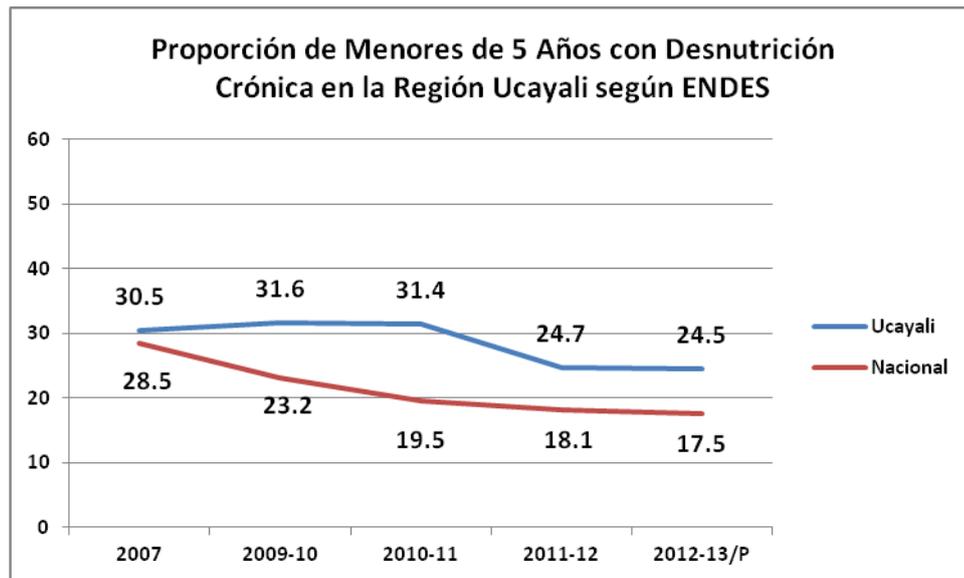
¹ La desnutrición crónica se determina al comparar la talla de los niños y niñas con la talla esperada según su edad y sexo. Se mide a través del patrón de National Center for Health Statistics - NCHS y de la Organización Mundial de la Salud - OMS. Las diferencias entre el patrón NCHS (el tradicional) y la OMS (aprobado recientemente para reemplazarlo) es que este último introduce un ajuste en la metodología que según un estudio multi céntrico de la OMS conlleva una mayor rigurosidad para ubicar a los niños en situación de desnutrición.

² Alcázar L, Ocampo D, Huamán-Espino L, Aparco JP. Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30 (4):569-74.

³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES (2013).

ha sido una de las regiones más rezagadas en cuanto a la superación de esta problemática⁴ tal como se aprecia a continuación:

Gráfico N° 1.1: Evolución de la Desnutrición Crónica Infantil en la Región Ucayali
Años: 2007 - 2013



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2013.

Como respuesta a este problema el Estado peruano viene implementando diferentes intervenciones. Una de las más importantes es el Programa Articulado Nutricional PAN, que constituye un esfuerzo multisectorial con un enfoque preventivo para reducir la desnutrición⁵. Asimismo, se viene implementado herramientas para canalizar los recursos públicos desde el nivel local, regional y nacional, tales como el Presupuesto Participativo (PP), Plan de Incentivos a la mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI)⁶ y el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).

⁴ Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Programa Presupuestal Articulado Nutricional – Balance de Ejecución (2011).

⁵ Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. Programa Articulado Nutricional. Lima: MEF; 2008 en: http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf

⁶ El Plan de Incentivo a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) es un instrumento del Presupuesto por Resultados (PpR), creado mediante Ley N° 29332 y modificado mediante Decreto de Urgencia N° 119-2009; se incorpora en las Leyes de Presupuesto del Sector Público de cada año y se reglamenta anualmente mediante Decreto Supremo (2009).

El Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) tiene como objetivo principal impulsar reformas que permitan mejorar el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de su gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad. Una de las metas de la optimización de estos recursos es lograr reducir la Desnutrición Crónica Infantil en los distritos del país, desarrollando de manera articulada acciones con los establecimientos de salud y la comunidad.

Una de estas acciones es la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño CPVC, considerada como la estrategia comunitaria donde se promueve en las familias la adopción de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños menores de 36 meses desde la gestación; a través de tres principales actividades: a) Educación en prácticas saludables, b) Vigilancia Comunal y c) Toma de decisiones. Estas actividades están desarrolladas por los agentes comunitarios de salud con el respaldo de personal de salud y la inversión del gobierno local.⁷

En el año 2013, 1838 municipalidades distritales a nivel nacional y 15 municipalidades distritales de Ucayali (100% de distritos) contaron con los planes de incentivos municipales, sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, se observa problemas en la implementación de esta iniciativa. Es sabido que la desnutrición crónica infantil es un problema multicausal que requiere un abordaje integral desde los determinantes, donde la articulación multisectorial es clave, pero que en la práctica no se efectiviza o es deficiente. Uno de los problemas identificados es la falta de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud de los ámbitos locales, perdiéndose una valiosa oportunidad para mejorar indicadores desfavorables en nutrición infantil.

Con la finalidad de identificar y analizar cuáles son los factores relacionados a la articulación, entre funcionarios municipales y el personal de salud, que favorecen o limitan la movilización de recursos provenientes del Plan de Incentivos Municipales, se seleccionó como estudio de caso al distrito de Masisea

⁷ Cf. MINSA. *Criterios técnicos para la Sostenibilidad del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño*. Dirección General de Promoción de la Salud 2014, p 7-32

(Provincia de Coronel Portillo), a su municipio distrital y al centro de salud Masisea.

Para ello planteamos las siguientes preguntas de investigación:

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta General

¿Cuáles son los factores, relacionados a la articulación entre el Gobierno Municipal de Masisea y el Centro de Salud Masisea, que han favorecido o limitado la movilización de recursos proveniente del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del CPVC y reducción de la desnutrición crónica infantil?

Preguntas Específicas

1. ¿Cómo funcionan los mecanismos de articulación entre el Gobierno Municipal de Masisea y el Centro de Salud para la movilización de recursos provenientes del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del CPVC y reducción de la desnutrición crónica infantil?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y acceso a capacitación de los funcionarios del Gobierno Municipal y del personal de salud sobre el plan de incentivos municipales y las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil?
3. ¿Cuál es el nivel de participación de los actores involucrados en la implementación del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del CPVC y reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Masisea?
4. ¿Qué percepción tienen los funcionarios del Gobierno Municipal sobre el PI y las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil?
5. ¿Qué percepción tiene el personal de salud y los agentes comunitarios de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil?

1.1 JUSTIFICACIÓN

Invertir en una adecuada nutrición tiene efectos positivos que duran toda una vida. “Una buena nutrición durante los 1,000 días comprendidos entre el embarazo y los dos años de edad contribuye a una buena salud, un buen rendimiento escolar y a la posibilidad de un buen ingreso económico en el futuro. También aumenta el producto interno bruto a razón de un país en, al menos, un dos o tres por ciento anual. La inversión en nutrición es esencial para alcanzar muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre ellos erradicar la pobreza y el hambre, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir las enfermedades, facultar a las mujeres y lograr una educación primaria universal”.⁸

El Perú, es uno de los países firmantes de los tratados y acuerdos internacionales para prevenir y reducir la desnutrición infantil, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cual crea el marco vinculante para generar políticas públicas y programas sostenidos, eficaces y eficientes que ayuden a reducir la desnutrición crónica infantil.

Por otro lado, el proceso de descentralización ha creado el marco normativo que permite y alienta que los Gobiernos Regionales y Locales desarrollen estrategias para prevenir y disminuir este problema que afecta seriamente el desarrollo. En ese contexto, algunos Gobiernos Regionales y Locales vienen implementando estrategias y políticas públicas para enfrentar este desafío con resultados alentadores.

El Programa Articulado Nutricional PAN fue uno de los cinco primeros Programas Presupuestales implementados desde el 2008 y que priorizaban las intervenciones a favor de la infancia. Tiene como objetivo final reducir la prevalencia de la DCI en niños menores de cinco años, dadas las consecuencias negativas que trae sobre el desarrollo de las capacidades intelectuales y, con ello, sobre las futuras oportunidades de inserción laboral y de mejora en la

⁸ Naciones Unidas. Movimiento para el Fomento de la Nutrición. Informe sobre los progresos realizados por los países y sus asociados en el Movimiento para el Fomento de la Nutrición – SUN (2011).

condición socioeconómica de las personas, perpetuando las situaciones de pobreza y extrema pobreza a través de generaciones.

Asimismo, desde el año 2009 se viene implementando el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) que es un instrumento de Presupuesto por Resultados (PpR) y que implica una transferencia de recursos condicionada al cumplimiento de metas que deben alcanzar las municipalidades en un período de tiempo determinado. Una de las metas a lograr es la implementación y funcionamiento de un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, la que tiene como actores a los funcionarios del gobierno municipal, personal de salud y agentes comunitarios de salud del distrito, con el objetivo de contribuir a la reducción de la DCI.

Se espera que este instrumento genere una articulación entre los gobiernos locales y los sectores, facilitando la consecución de metas de impacto nacional, al mismo tiempo que los Gobiernos locales logren mejoras asociadas a sus funciones y mayores recursos económicos⁹.

La presente investigación se enmarca en la **gerencia social** porque apunta a generar información relevante para orientar el diseño de intervenciones específicas, que eleven la efectividad de la gestión en el campo de la prevención y erradicación de la desnutrición infantil en el Perú. Específicamente, nos va a permitir analizar cómo se están desarrollando los procesos, y determinar cómo están interviniendo y participando los actores involucrados en la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, para que a partir de esta información se puedan proponer estrategias de intervención que generen una mejor articulación, alineamiento e integración entre los gobiernos locales y los sectores, facilitando la consecución de metas de impacto nacional.

⁹ Cf. MEF. *Plan de Incentivos. La herramienta para una gestión local eficiente*. Lima: Dirección General de Presupuesto Público, 2014.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores, relacionados a la articulación entre el Gobierno Municipal de Masisea y el Centro de Salud, que han favorecido o limitado la movilización de recursos provenientes del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del CPVC y la reducción de la desnutrición crónica infantil, entre los años 2011 y 2013, analizando el nivel de articulación que existe entre el Gobierno Municipal y los servicios de salud, con el fin de proponer estrategias de mejora.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar y analizar los mecanismos de articulación, entre el Gobierno Municipal de Masisea y el sector salud, para la movilización de recursos provenientes del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del CPVC y la reducción de la desnutrición crónica infantil.
- b. Determinar el nivel de conocimiento y acceso a capacitación de los funcionarios del Gobierno Municipal y del personal de salud sobre el plan de incentivos municipales y las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil.
- c. Determinar el nivel de participación de los actores involucrados en la implementación del Plan de Incentivos Municipales para el funcionamiento del CPVC y la reducción de la desnutrición crónica infantil en el distrito de Masisea.
- d. Conocer la percepción de los funcionarios del Gobierno Municipal sobre el PI y las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil.
- e. Conocer la percepción del personal de salud y los agentes comunitarios de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil.

- f. Proponer estrategias de intervención que generen una mejor articulación, alineamiento e integración entre los actores involucrados en el Plan de Incentivos Municipales para la movilización de recursos para el funcionamiento del CPVC y la reducción de la desnutrición crónica infantil.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 ENFOQUES TRANSVERSALES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos, y en ese marco el interés superior del niño y la niña, son elementos conceptuales fundamentales que orientan la investigación de la presente tesis. Documentos como la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración de los Derechos Humanos y la Declaración y Programa de Acción de Viena que son parte de la legislación internacional establecen un sistema de derechos que constituye un marco de referencia para planes y políticas de cada país. En el caso de la infancia, cobra especial relevancia la Convención de los Derechos del Niño y la Niña:

“La Convención de los Derechos del Niño y la Niña han reiterado en múltiples reuniones la responsabilidad de los Estados de dar cumplimiento al derecho de todos los niños a la supervivencia y al desarrollo óptimo de su potencial humano. Establece que estos derechos de niñas y niños son específicos para su edad, su capacidad, y su estado en la sociedad. Pone especial énfasis en (i) la responsabilidad del Estado de proveer a todos los niños el acceso a servicios de calidad (ii) el papel de la familia en suministrar alimentos, salud, afecto, abrigo, estímulo y protección necesarios para su crecimiento y desarrollo (iii) la importancia de proveer la atención y el cuidado teniendo en cuenta el principio del mejor interés del niño, la evolución de sus capacidades y su participación en la satisfacción plena de sus necesidades” (Save the Children, 2005).

“La importancia del derecho del niño a desarrollar su potencial humano ha sido plasmada en cuatro de las Metas del Desarrollo del Milenio, un compromiso de todos los gobiernos que debe ser alcanzado en el año 2015. Estas metas hacen explícita la necesidad de priorizar la atención en edades tempranas, como una estrategia para alcanzar otras metas. Aún más importante es el hecho de que para muchos niños que viven en la pobreza, satisfacer este primer derecho puede representar su única oportunidad en la vida, dada la magnitud y la trascendencia de los procesos biológicos que tienen lugar en el período temprano.” (Sierra 2011: 28)

Como podemos apreciar, la Convención de los Derechos del Niño y Niña suscrita por los países miembros de las Naciones Unidas, entre los que se encuentra el Perú, protege jurídicamente a este grupo de riesgo (la infancia) para que sus derechos más esenciales no sean vulnerados.

El desarrollo integral del niño se muestra congruente con las principales características de la CDN, y permite constituir el “puente entre el desarrollo humano y el desarrollo de los derechos” que puede representar la Convención, puesto que:

- i.) respeta su carácter integral: en la infancia temprana, el desarrollo es un proceso que involucra al niño en todas sus dimensiones; en particular, entre los 0 y los 3 años de edad, etapa en la cual cada una de estas dimensiones está inextricablemente ligada a las otras, de modo que la trayectoria que sigue una impacta fuertemente sobre las otras. Así, teniendo como foco analítico el desarrollo del niño, es posible abarcar todas las dimensiones de la vida del niño, como pide la CDN.
- ii.) tiene al niño como sujeto del análisis: el desarrollo es un proceso que, si bien ocurre gracias a la interacción –más o menos próxima- del niño con los múltiples contextos que lo rodean, se realiza en cada niño individualmente. Consecuentemente, la trayectoria de desarrollo específica es distinta para cada niño, como resultado de la mezcla de sus características biológicas con sus experiencias ambientales. Así, con el desarrollo como centro del análisis, se respeta el precepto de la CDN de que es el niño el sujeto de derecho.
- iii.) observa las necesidades como derechos: el desarrollo es un proceso que afecta a todos los niños, siendo su realización un asunto que compromete a la humanidad toda, y convierte al niño en una “persona humana portadora de demandas sociales”. Se cumple así con el precepto mandado por la CDN de no ver al niño como “un mero receptor o beneficiario de la asistencia social”. (Bedregal y Pardo 2004: 15-16)

En ese sentido, podemos identificar que los principios básicos que estructuran la Convención de los Derechos del Niño y Niña contribuyen al ejercicio de derechos al cautelar en “interés superior del niño”, al procurar la “no discriminación” del niño; al respetar la “autonomía progresiva” y al permitir la “protección efectiva” de los derechos.

2.1.2 Participación Social Comunitaria

Otro enfoque clave en el desarrollo de la presente investigación es la participación social comunitaria, pues a través de ésta es posible que la comunidad se movilice a favor de sus niñas y niños para mejorar las condiciones del entorno en el cual viven, como por ejemplo espacios para su socialización, la conformación de una red de apoyo a familias en riesgo o la implementación de un centro de promoción y vigilancia comunitaria.

En ese sentido, se considera que la participación “definida como la acción y efecto de participar en la comunidad es un derecho ciudadano....La participación social comunitaria se establece entre personas y grupos que se relacionan de acuerdo a intereses comunes y se realiza en lugares y espacios cotidianos, de manera voluntaria” (Bedregal y Pardo 2004: 44). Por ello, la participación se establece en el diálogo y la integración social para generar apoyo social a través de la identificación, análisis de la situación de la infancia y propuesta de acciones que promuevan el crecimiento y desarrollo infantil. También es importante señalar que el diálogo y la integración social generan una mayor cohesión que constituye un factor protector para la infancia.

Sin embargo, la operatividad de la participación social comunitaria es compleja y su institucionalización desde instancias como el sector salud o los gobiernos municipales sigue siendo un reto:

“La participación parte de la premisa de que quien participa en crear algo tiende a sentir apropiación de lo que ha creado, hace más y mejor uso de su creación y busca preservarla y mejorarla para su propio bien y el de la colectividad. Reconocer que la gente pobre puede tener menos conocimientos acerca de muchas cosas pero conoce mejor que nadie sus necesidades, es un punto de entrada para el aprendizaje de cómo acercarse a la gente para aprender de ella y con ella” (Sierra 2011: 96).

Intervenciones de escala nacional como los CPVC que son parte de la meta del PI implica procesar cambios en las relaciones de poder (comunidad con gobierno municipal o sector salud), aceptar la diversidad y dinamismo de los contextos locales y mejorar los comportamientos y actitudes a todos los niveles; se

requiere adicionalmente un proceso de capacitación sostenido y de muy alta calidad como parte del sistema de trabajo que implica trabajar la meta de CPVC. Como veremos más adelante, la participación es un elemento clave para un trabajo coordinado y articulado entre el sector salud, el gobierno municipal y la comunidad a favor de las niñas y niños. Por ejemplo, una experiencia que antecedió a los CPVC fue el Programa Buen Inicio cuyo propósito general fue promover el crecimiento y desarrollo temprano en poblaciones rurales, y siendo la metodología participativa parte fundamental de su estrategia de intervención, consiguió reducir la DCI en 17.2 puntos porcentuales y la anemia en 23.7 puntos porcentuales en 4 años de intervención en Cusco, Cajamarca, Apurímac y Loreto.

2.1.3 Enfoque Territorial

El enfoque territorial es un concepto amplio que nos permite tener una mirada integradora de las diversas actividades económicas que se dan en un territorio específico sea del ámbito rural o urbano. En este marco, procesos como la participación ciudadana y la descentralización fortalecen modelos de gestión con un enfoque territorial que permiten que las intervenciones del Estado procesen mejor las demandas locales del territorio donde operan. En ese sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL define este enfoque desde tres perspectivas fundamentales:

“Económica: después de décadas de haberse concentrado únicamente en la agricultura como alternativa de desarrollo económico, se pasa a un enfoque del desarrollo rural más amplio y diversificado en donde se identifican múltiples actividades endógenas que pueden ser potenciadas en los territorios rurales. Los programas convencionales de enfrentamiento de la pobreza rural experimentan un cambio después de las investigaciones realizadas entre 1990 y 2000, en diferentes países, que establecen la importancia que tienen los empleos rurales y los ingresos no agrícolas entre los pobres rurales. Adicionalmente, los programas públicos orientados al mejoramiento de la productividad valorizan el potencial económico de todas las actividades localizadas en los territorios rurales, así como las sinergias que pueden lograrse optimizando la interacción entre los diferentes actores involucradas en ellas a través de aglomeraciones de empresas o clusters (Becattini, G., 1987). En otro plano, la reflexión económica

vinculada al enfoque territorial también da cuenta de las externalidades ambientales negativas que tienen la agricultura y otras actividades productivas.

Geográfica: estas actividades económicas son implementadas en el marco de nueva ruralidad, esto es, un nuevo contexto social y económico que surge de la integración rural-urbana y de la metropolización progresiva de los espacios rurales, aunque siguen habiendo extensos espacios que aún han sido poco impactados por la creciente urbanización y globalización. Para diseñar estrategias de desarrollo se utiliza el concepto de espacio o territorio geográfico determinados, que permite visualizar adecuadamente a los múltiples actores y a sus vínculos con otros territorios, sean estos rurales, urbanos o localizados fuera del país. Se mencionan los estudios sobre nueva ruralidad realizados por académicos de universidades de la región (Gómez, S., 2002; Pérez, E., 1998; Echeverri, R. y Ribero M.P., 1998; Da Silva, G. 1999), así como los trabajos de la CEPAL y del ILPES realizados en los años ochenta, por nombrar sólo algunos que se han realizado sobre este tema. También es muy relevante el aporte de economistas contemporáneos de prestigio mundial, que hacen una crítica a la ciencia económica por haber ignorado la importancia de la localización espacial de las actividades económicas.

Institucional: se coloca un mayor énfasis en la participación social y en la descentralización, como medio para asegurarse una mayor pertinencia y una mejor implementación de planes y proyectos. Este fenómeno coincide con la ola democratizadora que recorre a la mayor parte de los países de la región, aunque también responde al carácter menos tecnocrático y más amplio que adquieren los proyectos de desarrollo rural. Se busca establecer consensos sobre temas estratégicos para conseguir la gestión de acciones coherentes, estimulando las relaciones de negociación e incrementando la densidad del tejido social. También son relevantes otros trabajos académicos que ponen de relieve la importancia de los factores culturales y dentro de ellos, en la importancia de la acumulación de “capital social” (Putnam, R., 1993; Atria, R., Siles, M. y otros comps. 2003).” (Echeverri y Sotomayor 2010: 16-17)

En el enfoque territorial, el rol del gobierno en el nivel nacional puede contribuir a mejorar la calidad de las relaciones establecidas entre los diversos territorios de su jurisdicción y por lo tanto un crecimiento más equitativo entre todos ellos: “La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE expone que la política enfocada al territorio no se reduce a una combinación de la planeación espacial y las políticas regionales, o del desarrollo rural y urbano,

sino que cubre las acciones emprendidas por el gobierno central para promover el crecimiento de todas las unidades territoriales de un país a fin de reducir las disparidades entre éstas, especialmente en términos de las oportunidades de desarrollo. (OCDE, 2001).” (Godinez y Máttar 2009: 291).

2.2 CONTEXTO DE LA ZONA DE INTERVENCIÓN

La presente investigación se desarrolla en la región Ucayali y el distrito de Masisea. Ucayali está definida como una región heterogénea en cuanto a sus características demográficas, étnicas, geográficas, socioeconómicas y culturales. Fue creada el 18 de Junio de 1980 como departamento de Ucayali mediante D.L. N° 23099, luego, el 24 de Noviembre de 1993 por Ley N° 24945 se crea la Región Ucayali compuesta por cuatro provincias: Coronel Portillo, Padre Abad, Purús y Atalaya.

La provincia de Coronel Portillo, en la cual se ubica el distrito de Masisea, se creó el 2 de julio de 1943 por Ley 9815, dentro de la jurisdicción del departamento de Loreto. El 1 de Junio de 1982 por Ley N° 234116 pasó a integrar el departamento de Ucayali, teniendo como capital la ciudad de Pucallpa. La provincia de Coronel Portillo está conformada por seis distritos: Callería, Campo Verde, Iparía, Masisea, Yarinacocha y Nuevo Requena que ha sido el último distrito creado en 1992.

A continuación se caracteriza la zona de intervención desde su geografía, su situación socio-económica y su situación socio-sanitaria.

2.2.1 Características Geográficas de la Región Ucayali y el Distrito de Masisea¹⁰

El distrito de Masisea está ubicado al sur-este de la Región Ucayali; política y administrativamente pertenece a la provincia de Coronel Portillo. Este distrito es parte de la selva amazónica peruana y se encuentra a una distancia de 40 kilómetros de la ciudad de Pucallpa, entre los meridianos 74 18' 45" de longitud

¹⁰ Cf. Dirección Regional de Educación Ucayali. *Análisis Situacional de Salud de Ucayali 2008. Información para la Toma de Decisiones*. Ucayali: 2009, p. 10-15.

oeste del meridiano de Greenwich y entre los paralelos 8° 31' y 9° 11' latitud sur, a una altura de 255 metros sobre el nivel del mar. Su único acceso es por vía fluvial, por el río Ucayali desde la ciudad de Pucallpa en embarcaciones llamadas “colectivo” o en embarcaciones motorizadas llamadas “deslizador”. El tiempo de viaje en colectivo (el más usado por la población debido a su costo) es de aproximadamente cinco horas río arriba desde el puerto principal de Pucallpa.

El distrito de Masisea tiene una extensión de 14,102.19 km² y limita por el norte con los distritos de Calleria y Manantay, por el sur con el distrito de Iparia, por el este con la República de Brasil y la provincia de Atalaya y por el oeste con el departamento de Huánuco. Masisea representa el 38.30 % de la extensión territorial de la provincia de Coronel Portillo; siendo el pueblo más antiguo y extenso de la región Ucayali. Está conformada por 72 caseríos y 24 comunidades nativas de la etnia shipibo – conibo formando un total de 96 pueblos situados en el río Ucayali y afluentes desde la boca del río Tamaya hasta el límite sur del Departamento, así como, los pueblos contiguos al impresionante y turístico Lago Imiría.

“El clima en toda la región es tropical húmedo, con temperaturas casi siempre elevadas y homogéneas y con precipitaciones totales anuales del orden de 2,500 mm. La estacionalidad lluviosa varía con pronunciados picos entre diciembre y abril, los meses relativamente secos son entre junio a setiembre, siendo los meses de mayo y octubre-noviembre transicionales. La temperatura media mensual es de 27°C, con extremos de 0°C a 36°C, la humedad relativa promedio es de 83%.”

2.2.2 Situación socio - económica de la Región Ucayali y el Distrito de Masisea

Según la Encuesta Regional de Hogares de Evaluación de Necesidades de Salud – Ucayali 2010 se muestra la distribución porcentual de las características de las viviendas de Ucayali. El 43% de los hogares de Ucayali fueron considerados pobres extremos, siendo mayor el porcentaje en la zona rural (67%).

“Se aprecian grandes diferencias en el tipo de fuente de agua entre la zona urbana y rural. Solo el 10.1% de los hogares de la zona rural tienen agua de red pública intra-domiciliaria comparado con el 27.7% de la zona urbana. La mayoría de la zona rural se abastece con agua de pozo o río/acequia (48.4%). El acceso a servicios higiénicos en red pública intra-domiciliaria es mucho menor en el área rural (6.5%) comparado con la zona urbana (20.1%). La mayor parte de la población rural realiza su disposición de excretas en letrinas (15.6%) y en pozo ciego (27.2%). La disposición de excretas al aire libre es mayor en la zona rural (15.7%) comparado con la zona urbana (6.5%). También se muestra que el 66% de los hogares de Ucayali tienen acceso a electricidad, siendo menor en el área rural (30%) que en el área urbana (91%). Las posibilidades de desarrollo de una localidad se ven seriamente restringidas por la falta de energía eléctrica. El contar con este servicio no solo posibilita una mejor calidad de vida para la población y la integración a la red de comunicaciones, sino fundamentalmente el acceso al sistema de información general y al desarrollo de actividades generadoras de ingresos”.

El distrito de Masisea tiene un índice de desarrollo humano IDH de 0.2651 que lo ubica en el puesto 1204 entre los 1834 distritos a nivel nacional según el Informe de Desarrollo Humano del PNUD correspondiente al Perú en el año 2013. Por otro lado, Masisea es considerada como un distrito en quintil 1 de pobreza, es decir, el quintil más pobre según el Mapa de Pobreza de FONCODES en el año 2006. Estos datos nos permiten caracterizar a Masisea como un distrito con muchas carencias que incide en un alto porcentaje de niñas y niños con desnutrición crónica infantil.

Masisea es el quinto distrito de la región Ucayali con un mayor número de comunidades nativas. Se han identificado más de 20 comunidades nativas de las etnias shipibo-conibo y asháninka. La etnia shipibo - conibo es más numerosa, pertenece a la familia lingüística pano y se ubica principalmente en la sub-cuenca Ucayali, Rio Tamaya y Lago Imiria. Las principales actividades de la etnia shipibo – conibo son de subsistencia tal como la pesca, la agricultura de roza y quema, y la caza. A eso se agrega la producción y comercialización de artesanías – textiles y cerámica principalmente – como actividades primordialmente femeninas.

En este distrito, la esperanza de vida al nacer es de 76.18 años y el ingreso familiar per cápita es de 215.9 soles por mes. Asimismo, debemos resaltar que en la etnia shipibo-conibo el 47% de su población corresponde al grupo etario de 0 a 14 años de edad, el 57.6% de su población masculina y el 63.3% de su población femenina tienen acceso a un seguro de salud y su tasa de analfabetismo es de 9.2%, sin embargo, la que corresponde a la población femenina (13.4) duplica a la población masculina (5.4). Es una zona donde varias de sus tribus han resguardado y conservado su cultura, sus creencias, sus costumbres, sus ritos y su religión, que siempre estuvo al acecho de los evangelizadores cristianos y la depredación del árbol de la “shiringa” y el “Palo de rosas” de gran codicia y de gran valor pecuniario para exportar al extranjero.

Durante la época del caucho Masisea vivió una fugaz bonanza económica para mestizos y extranjeros que se instalaron en este distrito, pero de explotación y sufrimiento para sus nativos, la bonanza económica fue tal que su puerto se convirtió en el principal de esta parte de la selva e incluso tenía un aeropuerto alterno al de Loreto y San Ramón denominado “Playa Regada”. Una vez que la época del caucho culminó, en años posteriores, llegaría la carretera a Pucallpa ubicada en la margen izquierda del Río Ucayali desde Lima, quedando de esta manera Masisea aislada a donde se llega surcando el río.

2.2.3 Situación socio – sanitaria de la Región Ucayali y del Distrito de Masisea

El 12 de marzo del 2005 se realizó el Cónclave Regional donde la población estableció por voto 5 prioridades de salud:

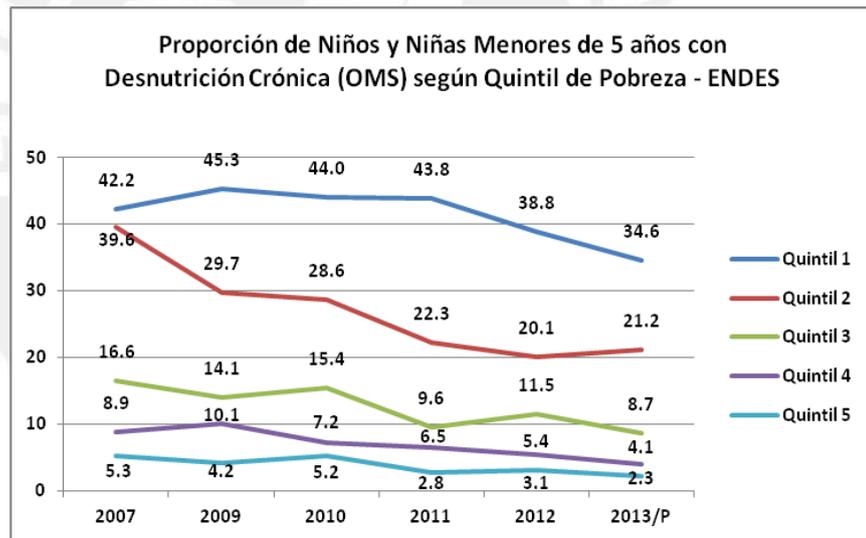
1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones de transmisión sexual VIH/Sida
3. Desnutrición y Anemia
4. Deficiente acceso a agua y saneamiento básico
5. Escasez y desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos

Como podemos apreciar la Región tiene como una de las prioridades sanitarias la reducción de la desnutrición crónica infantil, una de las principales problemáticas que afecta a la infancia de nuestro país: “La desnutrición infantil

ha sido catalogada por UNICEF, como una emergencia silenciosa pues genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional” (Beltrán y Seinfeld 2009: 3)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2013, la proporción de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica en los distritos quintil 1 de pobreza, como el distrito de Masisea, ha sido la más elevada a lo largo del tiempo tal como se aprecia en el siguiente gráfico:

Figura 2.1: Proporción de Niños y Niñas Menores de 5 años con DCI (OMS) según Quintil de Pobreza – ENDES 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. (2013)

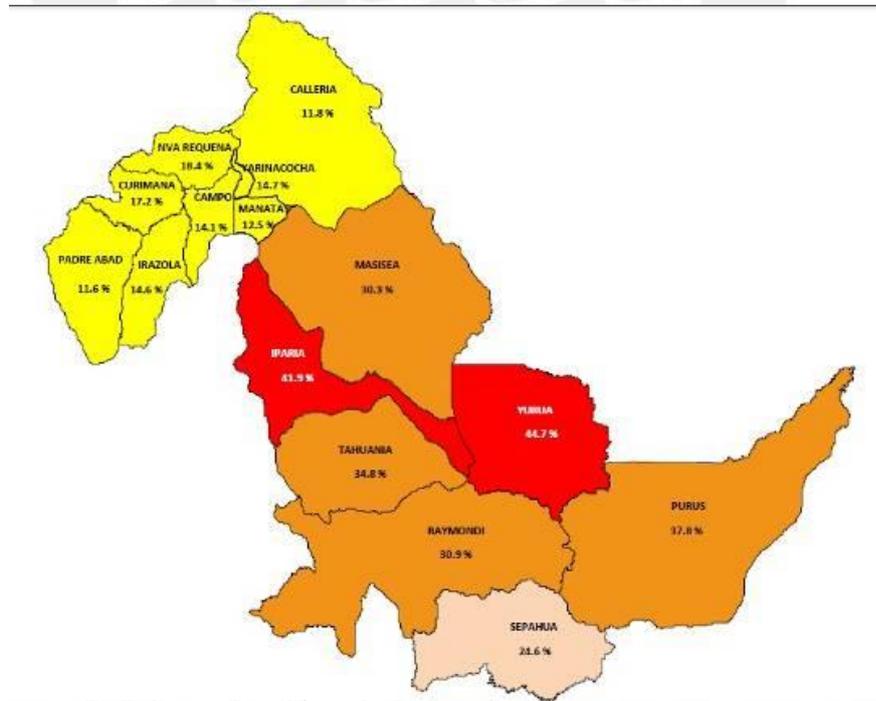
Por otro lado, según datos de la ENDES 2013, la proporción de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica en Ucayali, de acuerdo al patrón de la Organización Mundial de Salud OMS, se ha mantenido por encima del 24% y hasta el 2011 ha sido una de las regiones más rezagadas en cuanto a la superación de esta problemática. Estos niños y niñas se verán imposibilitados de un desarrollo completo de todo su potencial educativo, físico y emocional, asimismo, serán vulnerables a las enfermedades infecciosas que tiende a crear

un círculo vicioso, ya que cuando el niño está desnutrido, su resistencia es menor a las enfermedades, y su desnutrición empeora. La desnutrición reduce la capacidad del organismo para resistir la infección porque afecta el funcionamiento de los principales mecanismos de reacción inmunológica. Y esto, a su vez, lleva a casos de enfermedades cada vez más frecuentes, prolongadas y graves.

En las provincias y distritos de la región Ucayali, se puede apreciar que la situación se agrava en las zonas con mínima accesibilidad geográfica, con mayoritaria población indígena (donde la lengua materna no es el castellano), los distritos con mayor quintil de pobreza y zona rural.

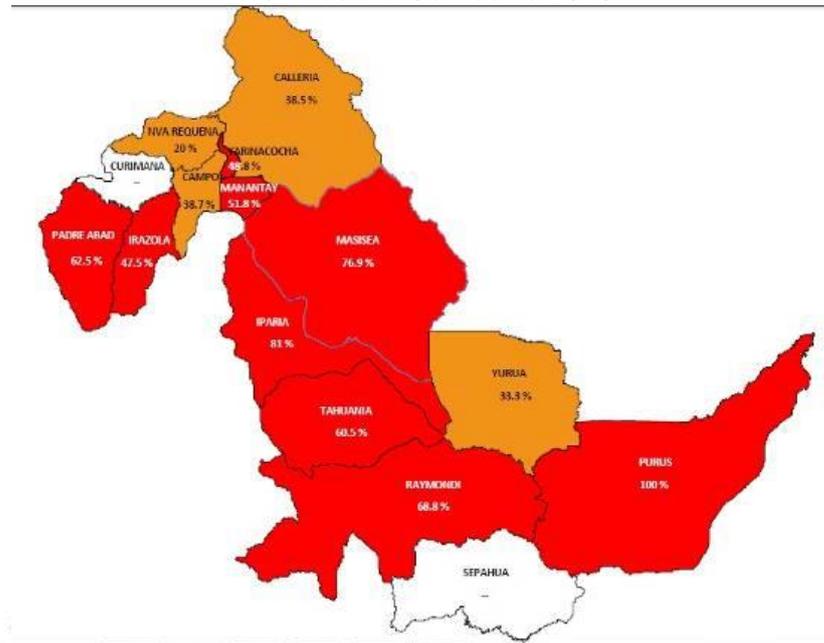
En el distrito de Masisea la DCI afecta al 30.3% de los niños menores de 3 años, aproximadamente 1 de cada tres niños tiene desnutrición crónica en su territorio. Por otro lado, la anemia en este distrito afecta a aproximadamente el 50% de niñas y niños.

Figura 2.2: Proporción de Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años por distritos al I Semestre año 2013 – OMS



Fuente: Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2013 – 2021. UNICEF

Figura 2.3: Proporción de Anemia en niños menores de 3 Años por distritos al I Semestre 2013



Fuente: Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2013 – 2021. UNICEF.

Para atender los problemas de salud de la región, la Dirección Regional de Salud de Ucayali se ha organizado en 4 Redes de Salud:

- 1.- Red N°1 Coronel Portillo con 5 Microrredes: San Fernando, 09 de Octubre, Masisea, Iparia y Purús.
- 2.- Red N°2 Federico Basadre - Yarinacocha con 5 Microrredes: Nuevo Paraíso, San José de Yarinacocha, Campo Verde, Nueva Requena y Monte Alegre/Curimaná.
- 3.- Red N°3 Atalaya (Descentralizado) con 3 Microrredes: Atalaya, Sepahua y Bolognesi.
- 4.- Red N°4 Aguaytía (Descentralizado) Con 2 Microrredes: Aguaytía y San Alejandro

La Dirección Regional de Salud Ucayali cuenta con 202 establecimientos de salud: 2 hospitales, 19 centros de salud y 181 puestos de salud. De acuerdo a la información facilitada por la Dirección Regional de Salud Ucayali, en este distrito operan 16 establecimientos de salud organizados en la MR Masisea cuya cabecera es el Centro de Salud Masisea. Este establecimiento atiende a una población de 12,611 personas siendo 384 gestantes y 854 niñas y niños menores de tres años.

Tabla 2.1: Establecimientos de Salud del distrito de Masisea, atención de gestantes y de niñas y niños. Enero 2014

Establecimiento de Salud	N° Gestantes	N° de Niñas y Niños
CS Masisea (cabecera de MR)	123	282
PS Vista Alegre de Pachitea	8	19
PS Santa Rosa Dinamarca	19	43
PS Santa Rosa de Masisea	36	81
PS Abujao	18	42
PS Santa Rosa de Abujao	7	15
PS Puerto Alegre	26	60
PS Vinuncuro	13	29
PS Nohaya	14	32
PS Putaya	15	35
PS Nuevo Horizonte	10	23
PS Santa Fe de Inamapuya	9	20
PS San Pedro de Inamapuya	9	20
PS Junin Pablo	29	67
PS Bella Flor	19	43
PS Caimito	29	43
TOTAL	384	854

Fuente: Análisis Situacional de Salud 2012. Dirección de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud Ucayali.

Uno de estos establecimientos de salud es el Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea que atiende la población del Centro Poblado Santa Rosa de Masisea, el caserío Nueva Unión y la comunidad nativa Sol Naciente y que tiene a cargo el CPVC del distrito que se ubica aproximadamente a 10 minutos surcando el río desde el CS Masisea y que atiende a 141 familias, 31 gestantes y 110 niñas y niños menores de tres años según reportes de implementación y funcionamiento del CPVC de Masisea.

2.3. PROGRAMAS

2.3.1 Políticas de Infancia y de Reducción de la DCI en la Región Ucayali

En la región Ucayali se vienen desarrollando políticas y acciones orientadas a reducir la desnutrición crónica infantil, pero la implementación de éstas, que se traducen en el poco avance en los resultados por disminuir la DCI, aún son incipientes. La Región cuenta con un Comité para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Anemia, con la participación del Gobierno Regional de Ucayali (GOREU), la Dirección Regional de Salud, la Dirección Regional de Educación, el sector Agricultura, ONGs, Cuna Más, y la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. Este comité cuenta con un Plan de Acción Regional por los Niños y Adolescentes, el cual revela un avance inicial.

Entre los años 2005 – 2013 se han emitido una serie de documentos con la finalidad de articular iniciativas en pro de la salud y bienestar de la infancia, entre ellas destacan:

- En agosto del año 2005, se terminó de elaborar el Plan Regional de Acción por la Infancia 2006 – 2010, que tenía como objetivo definir “lineamientos de políticas sociales a favor de la infancia y adolescencia, con la finalidad de reducir los factores de riesgo y las brechas de desigualdad en el acceso a la atención de necesidades básicas de este grupo etario”.
- En el año 2010 dentro del marco de los comicios electorales regionales, provinciales y distritales en el Perú, los candidatos al gobierno regional de Ucayali suscribieron los acuerdos de gobernabilidad denominado “*Todos por la nutrición y salud de las madres, niñas y niños al 2014*”, en donde se comprometieron a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años del 24.3% a menos del 15%, reducir la anemia en menores de 3 años del 64,3% a menos del 32%, reducir el número de muertes maternas en 40% y reducir el número de muertes en menores de un mes en 30%.
- En el “*Plan de Desarrollo Regional Concertado 2011 – 2021 del Departamento de Ucayali*”, se sustenta en el enfoque de desarrollo

humano, para la búsqueda del bienestar social que se traduce en la disminución de la pobreza regional, mejorar la calidad de vida de la población e implementación de servicios de educación, salud, infraestructura y seguridad. Por consecuencia, en el PDC en la dimensión 1) Derechos fundamentales de la persona y oportunidad al acceso tiene como política “asegurar el acceso a los servicios de salud, educación e infraestructura social a fin de mejorar la calidad de vida de la población que dentro de sus actividades enfatiza la infancia y adolescencia”.

- El Consejo Regional de Ucayali en el año 2008 aprueba por unanimidad la Ordenanza Regional N° 023-2008-GRU-CR que “declara el segundo domingo del mes de abril de todos los años, como el Día del Niño en la Región Ucayali”. Además, incorpora a las actividades conmemorativas por el “Día del Niño en la Región Ucayali”, la elaboración y presentación pública de los Avances y/o Resultados del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia – PRAIA.
- En el año 2013 por Resolución Ejecutiva Regional N° 0742-2013-GRU-P se designó al Equipo Técnico de Evaluación y Seguimiento al Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia de Ucayali, el cual fue electo dentro de la Primera Reunión de Actualización del Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia de Ucayali 2013 – 2021. Posteriormente con las distintas reuniones sostenidas con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, así como, el Ministerio de Desarrollo Social e Incluso Social, se determinó ampliar dicho Equipo Técnico.

Por otro lado es importante precisar que el Gobierno Regional de Ucayali ha emitido decretos regionales, tales como:

- Ordenanza Regional del 2008 para la implementación de CRECER, que se considera en Ucayali el marco normativo para la intervención en DCI.
- Resolución Ejecutiva Regional N° 0571-2013-GRU-P, estableciendo el Comité Impulsor de Lucha Contra la Desnutrición Crónica Infantil Temprana de Ucayali, integrado por representantes de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del GOREU, Dirección Regional de Educación de Ucayali, DIRES, Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento de Ucayali, Dirección Regional de Producción, Gerencia Regional de Planeamiento y Acondicionamiento

Territorial, Coordinador Regional del MIDIS, representante de UNICEF, Programa Nacional Cuna Más, Programa Nacional Qali Warma, Instituto Regional de las Comunidades Nativas.

2.3.2 Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED)¹¹

El Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED) fue creado a través de la Octogésima Cuarta Disposición de Complementaria Final de la Ley de N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014. El FED tiene por objetivo mejorar la prestación de servicios de los Programas Presupuestales vinculados al logro de resultados establecidos en el Eje 1 (nutrición Infantil) y Eje 2 (Desarrollo Infantil Temprano) de la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS).

Para su operatividad, los recursos del FED están dirigidos al financiamiento de los bienes y servicios, incluidos bienes de capital, asociados a los resultados previstos en el Convenio de Asignación por Desempeño (CAD) que suscriben el MIDIS, MEF y Gobierno Regional. En el caso de Ucayali, el CAD fue suscrito en Mayo del 2014 donde se han establecido compromisos de gestión y metas de cobertura en beneficio de las niñas y niños del distrito. En dicho CAD se ha determinado que el cumplimiento de los compromisos de gestión se evalúen en 9 distritos de quintil 1 y 2 de pobreza, entre los que se encuentra el distrito de Masisea.

El FED pasa de la lógica de entrega de servicios aislados (por ejemplo vacunas, control de crecimiento y desarrollo) a una en la que el foco está puesto en el ciudadano (niños menores de 5 años y gestantes) al que se le entregan paquetes de servicios integrales, vinculados a salud, educación y agua y saneamiento. Las metas establecidas del FED se miden en los distritos de quintiles de pobreza 1 y 2 del departamento, aunque dinamizando los procesos de gestión llega a tener un alcance regional. Si el Gobierno Regional cumple con

¹¹ Cf. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. *Manual de Operaciones. Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED)*. Mayo 2014, p 4-13.

las metas establecidas, la población se beneficiará con mejoras en los servicios dirigidos a los niños menores de 5 años y las gestantes.

2.3.3 Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal – PI

“El PI es un instrumento de Presupuesto por Resultados (PpR), cuyo objetivo principal es impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de su gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad.

- Objetivos

El PI implica una transferencia condicionada de recursos financieros, adicionales al presupuesto institucional de las municipalidades, por el cumplimiento oportuno de metas que deben alcanzar en un período de tiempo determinado. Estas metas están orientadas al logro de los siguientes objetivos:

- Incrementar los niveles de recaudación de los tributos municipales, fortaleciendo la estabilidad y eficiencia en la percepción de los mismos.
- Mejorar la ejecución de proyectos de inversión pública, considerando los lineamientos de política de mejora en la calidad del gasto.
- Reducir la desnutrición crónica infantil en el país.
- Simplificar trámites generando condiciones favorables para el clima de negocios.
- Mejorar la provisión de servicios públicos.
- Prevenir riesgos de desastres¹².

El MEF y los sectores involucrados brindan capacitación y asistencia técnica gratuita, a través de su web, vía telefónica, correo electrónico y presencial¹³ para el adecuado cumplimiento de las metas del PI.

¹² Ministerio de Economía y Finanzas – Dirección General de Presupuesto Público. Plan de Incentivos. La herramienta para una gestión local eficiente (2014).

¹³ CONECTAMEF es un Centro de Servicios de Atención al Usuario del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), que presta servicios de capacitación, asistencia técnica, consultas y mesa de partes, a funcionarios de gobiernos regionales y locales, así como a Organismos Públicos y Entidades de Tratamiento Empresarial.

- Instrumentos Normativos

El PI fue creado en el año 2009 mediante Ley N° 29332, modificado mediante Decreto de Urgencia N° 119-2009 e incorporado en la Ley del Presupuesto del Sector Público de los Años Fiscales 2010, 2011, 2012 y 2013, respectivamente. La Ley de Presupuesto para el Año Fiscal 2012 fusionó el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión con el Programa de Modernización Municipal dando origen al Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI). En el siguiente gráfico se detallan los instrumentos normativos utilizados por el PI en cada una de sus etapas:

Figura 2.4: Etapas de la implementación del Plan de Incentivos Municipales



Fuente: MEF - *Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal*. Folleto Informativo. 2014.

- Rol del Coordinador del PI en el GM

Las municipalidades designarán mediante Resolución de Alcaldía a un funcionario como Coordinador del PI, quien desempeñará las siguientes funciones:

- Realizar las coordinaciones respectivas con las distintas áreas de la municipalidad para el cumplimiento de las metas del PI.

- Realizar las coordinaciones respectivas con los sectores responsables en la temática de las metas sobre la información relacionada al PI según corresponda.
- Canalizar oportunamente a quien corresponda en la municipalidad la información que contribuya al cumplimiento de metas del PI.
- Revisar periódicamente su correo electrónico y el portal web del MEF, en la sección de Presupuesto Público (www.mef.gob.pe).
- Supervisar el envío de información de manera oportuna, idónea y completa para la evaluación del cumplimiento de metas.
- Toda función adicional que sea necesaria y guarde relación con el PI.

No es necesaria la ratificación del Coordinador del PI cada año. Hay que tener en cuenta que concluido el plazo para el cumplimiento de las metas, los funcionarios responsables del cumplimiento de éstas deberán remitir al Coordinador del PI un informe sobre el cumplimiento de las metas en el año 2013 o las razones de su incumplimiento, de ser el caso.

Dicho informe será puesto en conocimiento del Alcalde y Concejo Municipal dentro de los 30 días hábiles siguientes de emitido el Decreto Supremo de transferencia de recursos.

- Uso de los Incentivos

Después de emitido el Decreto Supremo que autoriza la transferencia de recursos a favor de las municipalidades, estas tienen que incorporar dichos recursos a su presupuesto mediante Resolución de Alcaldía adjuntando la respectiva nota de modificación presupuestaria. Los recursos del PI se deben destinar exclusivamente al cumplimiento de los objetivos del PI señalados en la normativa vigente y que se han señalado líneas arriba.

Además se debe tener en cuenta que al cierre de cada ejercicio presupuestal, se deberá informar al Concejo Municipal y al Órgano de Control Interno (OCI) el uso de los recursos transferidos por cumplimiento de metas del PI. El Titular de cada pliego supervisará bajo responsabilidad que los recursos del PI, efectivamente estén orientados a dichos objetivos, y prioritariamente al sostenimiento y cumplimiento de las metas establecidas en cada año.

La cantidad de recursos que puede recibir cada municipalidad en el marco del PI se determina cada año mediante Resolución Ministerial, la cual indica el monto máximo en caso de cumplir el 100% de sus metas. Si el cumplimiento de metas es parcial, el monto a transferir será proporcional a dicho cumplimiento, según el informe de evaluación elaborado por los sectores involucrados (Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio del Interior, Contraloría General de la República y Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables), y las ponderaciones establecidas en el Decreto Supremo.

Los recursos no distribuidos a las municipalidades que no alcanzaron la totalidad de sus metas, son destinados a formar parte de una bolsa de recursos que se distribuye entre las municipalidades que cumplieron el 100% de sus metas evaluadas en el año. De esta forma, el Ministerio de Economía y Finanzas -MEF transfiere la totalidad de los recursos destinados a los Incentivos Municipales.

Como resultado, las municipalidades que cumplen sus metas al 100% reciben un “bono adicional” como premio a su excelente desempeño.

- Municipalidades que se Benefician con el PI

El PI está diseñado para que puedan participar las 1,838 municipalidades a nivel nacional, las cuales no tienen necesidad de presentar requisitos como por ejemplo, formularios o solicitudes, entre otros.

El MEF establece las metas del PI, así como los procedimientos para su cumplimiento (al 31 de julio y al 31 de diciembre de 2013) de acuerdo al Decreto Supremo N° 002-2013-EFy las metas varían en función de las carencias, necesidades y potencialidades de cada grupo de municipalidades, para lo cual se han establecido la siguiente clasificación:

Figura 2.5: Clasificación de las Municipalidades Distritales

Grupo de Municipalidades	Número de Municipalidades
Municipalidades de ciudades principales tipo "A"	40
Municipalidades de ciudades principales tipo "B"	209
Municipalidades no consideradas ciudades principales con 500 o más VIVIENDAS urbanas	556
Municipalidades no consideradas ciudades principales con menos de 500 VIVIENDAS urbanas	1,033
TOTAL	1,838

Fuente: MEF - *Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal*. Folleto Informativo. 2014.

El gobierno municipal de Masisea ha sido clasificado como una Municipalidad no considerada ciudad principal con 500 o más viviendas urbanas. Las metas y ponderaciones para este tipo de municipalidad han ido cambiando a lo largo del tiempo tal como se detalla a continuación:

Tabla 2.2: Asignación Efectiva de Recursos del Plan de acuerdo al Nivel de Cumplimiento de Metas en el año 2010¹⁴

Periodo	Meta	Ponderación
A septiembre 2010	Porcentaje de ejecución del Presupuesto Institucional Modificado en las funciones de Saneamiento (Función 18) y Salud (Función 20) – 34%	100%
A diciembre 2010	Porcentaje de ejecución del Presupuesto Institucional Modificado en las funciones de Saneamiento (Función 18) y Salud (Función 20) – 85%	100%

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

¹⁴ MEF. *Decreto Supremo N°003-2010-EF que aprueba los Procedimientos para el Cumplimiento de Metas y la Asignación de los Recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal*. 2010.

Tabla 2.3: Asignación Efectiva de Recursos del Plan de acuerdo al Nivel de Cumplimiento de Metas en el año 2011¹⁵

Periodo	Meta	Ponderación
A Diciembre 2011	Recaudación del Impuesto Predial	30%
	Gasto en el Programa Articulado Nutricional – PAN del PpR - SI	30%
	Registro de Identidad de los Niños Menores de 5 años de edad – 1514	10%
	Afiliaciones de menores de 5 años de edad al SIS – 1875	10%
	Atención de Controles de Crecimiento y Desarrollo – CRED oportuno para niños hasta 01 año de edad - 473	10%
	Implementación de la Focalización de Hogares – RUB	10%

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

Tabla 2.4: Asignación Efectiva de Recursos del Plan de acuerdo al Nivel de Cumplimiento de Metas en el año 2012¹⁶

Periodo	Meta	Ponderación
A Julio 2012	Envío del Registro Único de Beneficiarios del Programa del Vaso de Leche y del Programa de Comedores Populares al SISFOH. (*)	70%
	Elaboración de un estudio técnico de análisis de peligro y vulnerabilidades de un sector crítico de riesgo de desastre urbano identificado en el distrito en materia de vivienda, construcción y saneamiento, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.	30%
A Diciembre 2012	Envío bimensual al Programa Cuna Más de la información de los niños recién nacidos en el distrito entre los meses de agosto a diciembre en un plazo no mayor de 2 meses de efectuado el registro en el acta de nacimiento.	30%
	Implementación de un centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño , de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.	40%
	Envío del Registro Único de Beneficiarios del Programa del Vaso de Leche y del Programa de Comedores Populares al SISFOH.	30%

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

¹⁵ IDEM

¹⁶ MEF. *Decreto Supremo N°004-2012-EF que aprueba los Procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2012.* 2012

Tabla 2.5: Asignación Efectiva de Recursos del Plan de acuerdo al Nivel de Cumplimiento de Metas en el año 2013¹⁷

Periodo	Meta	Ponderación
A Julio 2013	Alcanzar una ejecución presupuestal de inversiones igual o mayor al 40% y Alineamiento Estratégico de la Inversión del 70%	50%
	Supervisión y generación de compromisos para la mejora de la infraestructura y/o el equipamiento para el servicio de alimentación en IIEE públicas en el marco del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma.	10%
	Implementación y Fortalecimiento de las Unidades Locales de Focalización (ULF)	40%
A Diciembre 2013	Alcanzar una ejecución presupuestal de inversiones igual o mayor al 70% y Alineamiento Estratégico de la Inversión del 70%	20%
	Reducción de brechas censales por empadronamiento de las Unidades Locales de Focalización (ULF)	20%
	Registro y Funcionamiento de la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente - DEMUNAS	10%
	Disposición final segura de residuos sólidos recolectados por el servicio municipal de limpieza pública	10%
	Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado integral de la Madre y del Niño.	20%
	Padrón Nominal distrital de Niñas y Niños menores de 6 años homologado y actualizado	10%
	Elaboración de un estudio de evaluación de riesgo de desastre de un sector crítico de riesgo de desastre urbano en el distrito, en materia de vivienda, construcción y saneamiento, de acuerdo a los criterios establecidos por el MVCS.	10%

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

¹⁷ MEF. Decreto Supremo N°002-2013-EF que aprueba los Procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2013. 2013

2.3.4 Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño – CPVC¹⁸

Es un espacio dentro la comunidad que promueve la adopción de prácticas saludables en las familias. Se enfoca en contribuir al óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación.

Utiliza sesiones demostrativas, sesiones educativas, acciones de vigilancia y toma decisiones para potenciar el desarrollo intelectual y económico en la primera infancia. Demanda una participación activa de las autoridades, líderes comunales, personal de salud y otros actores sociales.

Desde el año 2012, el PI incorpora como parte de sus metas la implementación de esta estrategia comunitaria que contribuye a la disminución de la desnutrición crónica infantil en concordancia con uno de sus fines y objetivos. Para éste año, la meta fue la Implementación de un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño – CPVC, y para el año 2013 la meta fue el Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado integral de la Madre y del Niño - CPVC.

En el caso de la Implementación de los CPVC en el 2012 se consideraron cuatro actividades principales que se desarrollaran a través de coordinaciones y reuniones de trabajo:

- **Criterios técnicos para adecuar y/o mejorar la infraestructura del local:** El espacio físico del CPVC será el lugar donde interactúe e intercambien saberes las gestantes, niñas y niños, padre y/o cuidadores de la comunidad, por lo tanto hay que brindarles un sitio SEGURO y ESTIMULANTE. En ese sentido, el CPVC no requiere de construcción, sino de una adecuación y/o reparación de un espacio concedido por la comunidad, esta puede ser:
 - El Local Comunal, con un espacio adecuado para el funcionamiento del centro de promoción y vigilancia.

¹⁸ Cf. MINSA. *Criterios técnicos para la Implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño*. Dirección General de Promoción de la Salud 2012, p 4-36. Cf. MINSA. *Criterios técnicos para el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño*. Dirección General de Promoción de la Salud 2013, p 10-40

- Un local vacío de la comunidad y/o del gobierno local, con ambiente adecuado para su uso.
- Una casa donada por la comunidad o en sesión de uso, aprobada en asamblea comunal.
- En caso de no cumplir con las condiciones anteriores, si el gobierno local cuenta con los recursos financieros, puede realizar la construcción del mismo.

La protección y seguridad del CPVC y todo el material y equipamiento que contenga, estará a cargo de la comunidad y de la Municipalidad y se dejará constancia en el Acta de cumplimiento de la meta.

- **Criterios técnicos para la adquisición de mobiliario, materiales y equipamiento básico:** El CPVC deberá contar como mínimo con materiales y equipamiento necesario para brindar facilidades cuando se desarrollen las actividades de educación en salud, vigilancia y toma de decisiones a favor del cuidado de las (os) menores de 36 meses y de las gestantes.

Se requiere equipos sencillos y de buena calidad (evitar lo sofisticado) y pueden ser adquiridos en la zona y/o región. Tanto el material o la pintura de los equipos e infraestructura del CPVC debe ser fácil de limpiar o lavar, para mantener la higiene del espacio. Cuidar que los materiales y mobiliarios no tengan áreas o zonas de peligro (puntas, astillas, etc.) que puedan dañar a las niñas, niños y gestantes.

- **Capacitación básica a los Agentes Comunitarios de Salud:** Una vez comprometida la comunidad para implementar el CPVC, expresado con la firma del acta comunal de parte de la junta vecinal o quien haga sus veces, esta procederá en asamblea a elegir a los Agentes Comunitarios de Salud. Los agentes comunitarios de salud serán:
 - Capacitados en temas básicos para el cuidado de la madre y los menores.
 - Equipados con material básico para las actividades de promoción y vigilancia a las familias.

- Recibirán reconocimientos o estímulos (no monetarios) de manera periódica por parte de la municipalidad para hacer **sostenible la labor del voluntariado**, por su contribución a las acciones de promoción y prevención, en beneficio de su comunidad.
- **Propuesta para reconocimiento y/o estímulos no monetarios para los Agentes Comunitarios de Salud ACS:** a continuación se presenta algunas formas de reconocimiento y/o estímulos no monetarios de parte de la municipalidad que se propone a los integrantes del equipo de trabajo para su análisis y consideración, y teniendo en cuenta la realidad de su distrito, comunidad o dinámica de trabajo actual, identificar cualquiera de ellos y otro tipo de reconocimiento y/o estímulos no monetarios.

Se debe considerar que el reconocimiento y/o estímulos no monetarios debe ser SENTIDO O VISTO como tal y ACEPTADO por los ACS y sostenible por quien o quienes la otorguen.

- Reconocimiento público y social acerca de la labor voluntaria de los ACS.
- Reconocimiento e incentivo para la labor voluntaria de los ACS.
- Reconocimiento público y social acerca de la labor voluntaria de los ACS.

En el caso del funcionamiento de los CPVC en el 2013 se consideraron tres actividades principales:

- **Educación en Prácticas Saludables:** Consiste en la interacción e intercambio de experiencias entre las familias, los agentes comunitarios de salud y el personal de salud, a través de sesiones demostrativas, sesiones educativas y sesiones para el desarrollo de la niña y niño, para la adopción de prácticas saludables desde los primeros días de embarazo.
- **Vigilancia Comunal:** Consiste en vigilar; es decir, cuidar, observar, estar alerta a lo que está pasando en la comunidad, referida a todas las condiciones que conlleven para un buen crecimiento y desarrollo desde la gestación y los primeros tres años de vida, en los diferentes escenarios de la comunidad, tales como la vivienda, los lugares de trabajo, de educación, de reuniones sociales, recreativas, etc. Por tanto, se vigilará desde la comunidad algunas prácticas

básicas favorables para el cuidado de la salud de la gestante y de los menores de 36 meses tales como:

Tabla 2.6: Situaciones de Vigilancia Propuesta para los CPVC en el 2013

Que la madre reciba:	Que las niñas y niños cuente o reciban:
<ul style="list-style-type: none"> - Atención del embarazo en el EESS. - Suplemento de hierro. - Vacuna antitetánica. - El paquete educativo programado. 	<ul style="list-style-type: none"> - DNI - CRED - Vacunas - Suplemento de Hierro - Crecimiento y estado nutricional - El paquete educativo programado

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

La vigilancia comunal será realizada por los agentes comunitarios de salud, con la participación activa de las autoridades y líderes comunales, con la asistencia técnica y acompañamiento del personal de salud del establecimiento de salud. Esta vigilancia permite conocer si los niños están creciendo, madurando, desarrollándose bien y cuentan con potencialidades para su vida futura.

- **Toma de decisiones:** Consiste en reuniones mensuales o bimensuales con representantes de la comunidad, salud y municipalidad, para revisar y analizar la información de la vigilancia, tomar decisiones y asumir responsabilidades en acciones concretas que permitan la adopción de prácticas y generación de entornos saludables, para lo cual es necesario realizar dos tipos de reuniones: (a) De análisis y reflexión (b) De toma de decisiones e intervención.

2.4 PRINCIPALES CONCEPTOS

2.4.1 Coordinación y Articulación

De acuerdo a lo planteado por Cabrero Mendoza, la coordinación es un proceso de ajustes permanentes, dinámico, flexible, creativo, de acuerdos con un alto contenido cooperativo en el marco de una “maquinaria rígida, jerárquica y poco adaptable”. El autor enfatiza el componente político y el componente técnico de

la coordinación, además de reconocer que se trata de un proceso participativo, concertado, horizontal y vertical y que tiene diferentes alcances, entre distintos niveles de gobierno y/o sectores (público, privado, organizaciones de la sociedad civil). Asimismo, Moro y Repetto (2005) incorporan la idea de que la coordinación puede desplegarse a través de recursos políticos, económicos, administrativos y de tipo ideológico. Especificando la dimensión organizacional y administrativa de la coordinación, los autores destacan el adecuado manejo de un conjunto de herramientas gerenciales como una clave de su gestión operativa, a saber: la evaluación y el monitoreo, la producción y el manejo de información, los indicadores de gestión de desempeño, la gestión de redes, el análisis de entorno y de involucrados, el liderazgo y la negociación. Por su parte, Repetto (2009) observa que los recursos humanos constituyen un recurso crítico en las experiencias de coordinación en la medida en que se ven obligados a gestionar la tensión entre saber sectorial/ saber intergubernamental y/o intersectorial¹⁹.

En el contexto de las políticas y programas de la primera infancia la coordinación intersectorial e intergubernamental cobra especial relevancia ya que, el objetivo de la coordinación intersectorial es reunir a los diferentes sectores sociales y armonizar sus políticas de cuidado y educación, así como sus sistemas de prestación de servicios con el fin de evitar superposiciones, pero sin llegar al extremo de fusionar las estructuras²⁰. En la coordinación y articulación lamentablemente existen muchos cuellos de botella que afecta su operatividad tal como se señala en la Política de Modernización de la Gestión Pública:

“La coordinación intergubernamental e intersectorial dentro del Estado peruano es escasa, difícil, costosa y muy poco efectiva. Nuestro marco legal incluye diversos mecanismos de coordinación, tanto a nivel intergubernamental como intersectorial. Sin embargo, varios de ellos muestran limitaciones de diseño legal, no han logrado consenso para su implementación o en la práctica, han resultado poco eficaces para conseguir una efectiva coordinación y articulación interinstitucional e intergubernamental en los asuntos que les han sido encargados por sus normas de creación” (PCM, 2013:16).

¹⁹ Cf. CABRERO. *De la descentralización como aspiración, a la descentralización como problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales*. 2006, p 5.

²⁰ Cf. UNESCO. *Coordinación Intersectorial de Políticas y Programas de la Primera Infancia: Experiencias en América Latina*. Chile: 2004, p. 19 – 27.

Esta problemática de la articulación intergubernamental e intersectorial afecta también la implementación del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) ya que la meta vinculada a la creación y funcionamiento de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado de la Madre y del Niño requiere de la coordinación y articulación del gobierno municipal y de los servicios de salud que operan en su ámbito.

2.4.2 Descentralización

La descentralización es un proceso técnico y político que permite desconcentrar funciones de niveles de gobierno nacional a niveles de gobierno provinciales y/o distritales. Guerrero y Sugimaru, en el año 2010, sistematizaron el proceso de transferencia de un programa social en nuestro país y señalaron:

“La descentralización busca *“estar más cerca de los ciudadanos”* y elevar la calidad de vida de la población. De esta manera, algunas de las acciones involucradas en este proceso son, por ejemplo, la búsqueda de la mejora en la correspondencia entre los bienes y servicios provistos por el Gobierno y las necesidades de la población. Asimismo, frente a un Gobierno centralizado a veces lejano y ajeno a las preocupaciones de las regiones, busca incrementar los niveles de compromiso y el sentido de pertenencia de la misma comunidad para que ella sea partícipe del desarrollo local. Este compromiso y confianza en el aparato estatal puede retomarse mediante un proceso en que se toman decisiones y rindan cuentas de forma transparente, además de hacerlo cerca del escrutinio de la población (Inter- American Development Bank, 2001; World Bank, 1997; Klugman, 1994)” (Guerrero y Sugimaru 2010:19).

“La descentralización de funciones políticas y administrativas y su transferencia a niveles de Gobierno sub-nacionales surge a partir de la democratización de los países en América Latina. Un contexto de mayor apertura a la participación cívica permite que la descentralización emerja como un esfuerzo por promover el desarrollo socio-económico de los Gobiernos sub-nacionales, así como, posible solución frente a la insatisfacción de la población por la entrega de servicios de manera centralizada” (Inter-American Development Bank, 2001 y World Bank, 1997).

De acuerdo a lo planteado por el BID y el BM, un factor facilitador del proceso de descentralización es la participación ciudadana en la provisión de bienes y servicios que realiza el Estado generando un saludable acercamiento entre éste y la población.

En ese sentido, el Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) surge en el marco del proceso de descentralización en nuestro país al impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de la gestión de los gobiernos municipales. Los contrastes en los gobiernos municipales de nuestro país reflejan grandes diferencias a nivel institucional y los que operan en distritos pobres como Masisea son los que presentan mayores limitaciones en su capacidad para proveer servicios debido a una falta de recursos financieros e institucionales.

2.4.3 Gestión Pública

La gestión pública está referida a cómo se cumple la política pública en cada uno de sus ciclos: planificación y programación, ejecución, seguimiento y evaluación obteniendo resultados al servicio de los ciudadanos y ciudadanas. Ello implica contar con operadores (gestores públicos) que deben ser capaces de combinar los distintos elementos necesarios como recursos financieros, capital, trabajo y factores adicionales de tal forma de poder ofrecer a la población lo ofrecido. En ese sentido, el BID identifica capacidades de gestión (políticas y técnicas) que favorecen la coordinación inherente a la gestión pública: “Son capacidades de gestión que aseguran la legitimidad, aprendizaje, efectividad, cohesión, negociación, participación, resolución de problemas, creación y difusión de conocimiento, articulación e implementación” (Licha y Molina 2006: 14).

Cabe precisar que en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI), los gobiernos municipales reciben un incentivo económico cuando han cumplido las metas asignadas de acuerdo a la clasificación de municipalidades realizada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). El cumplimiento de metas, así como, la utilización del incentivo

recibido al cumplimiento de metas vinculadas a los objetivos del PI constituye de por sí un mecanismo de mejora de la gestión realizada por el gobierno municipal.

2.4.4 Salud Pública

La Salud Pública es un concepto amplio y complejo vinculado a la situación de la salud de la población, especialmente la más vulnerable como la primera infancia. La OMS, organismo de las Naciones Unidas, define la Salud Pública como la que engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación. En este marco, la atención primaria de la salud²¹ “es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria” continuada hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad como lo es la desnutrición crónica infantil.

En este sentido, el PI incorpora como parte de sus estrategias la implementación y funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal cuyas acciones se orienta al cambio de actitud en la familia, en la comunidad y en el municipio, actitud orientada a generar las potencialidades en la primera infancia.

2.4.5 Primera Infancia

La primera infancia es un periodo crítico en la vida de todo ser humano que corresponde al inicio de la vida pero sobre todo a los cimientos sobre los cuales descansa nuestra forma de ser y de relacionarlos con los demás.

De acuerdo a lo planteado por UNICEF, si bien la primera infancia se considera hasta los 8 años de edad, son especialmente relevantes los tres primeros años de vida e incluso el periodo prenatal. En ese sentido, es importante resaltar que las alteraciones del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia tienen secuelas para toda la vida y si bien se ha demostrado que la plasticidad de

²¹ Cf. Declaración de Alma-ata. Salud para Todos – 1978, numeral VII.

nuestro cerebro nos permite superarlas en gran medida, lo cierto es que en un contexto de pobreza difícilmente una niña o niño contará con todos los recursos y medios que se requieren para lograrlo.

La primera infancia que abarca el periodo de la vida del niño y niña hasta los 8 años de edad, es esencial para su desarrollo cognitivo, social, emocional y físico. Los acontecimientos que ocurren en los primeros años de vida – especialmente en los tres primeros años e incluso antes del nacimiento- desempeñan un papel vital en la configuración de los resultados sociales y relacionados con la salud. Asimismo, sirven de base para la construcción de capital humano, ya que unas niñas y niños sanos y adaptados socialmente tienen más posibilidades de convertirse en adultos económicamente productivos.

Durante la primera infancia, en el cerebro se establecen miles de millones de circuitos neuronales, altamente integrados por medio de la interacción de la genética, el medio ambiente y la experiencia. Contrariamente a la creencia popular, en los genes no está grabado de forma permanente el desarrollo del niño. Los genes determinan cuando se forman los circuitos, pero la manera en que estos circuitos se desarrollan depende en gran medida de las experiencias de los niños. De este modo, aunque los factores genéticos ejercen una poderosa influencia, los factores ambientales tienen la capacidad de alterar los rasgos heredados de la personalidad.

Los primeros años son formativos porque el nuevo cerebro es muy plástico: su sensibilidad al cambio es mayor en la primera infancia y disminuye con la edad. Aunque las oportunidades para la adquisición de destrezas y la adaptación del comportamiento permanecen abiertas durante muchos años, tratar de cambiar el comportamiento o adquirir nuevas habilidades más adelante requiere mayor esfuerzo. Debido a la influencia excepcional de las experiencias tempranas sobre la arquitectura del cerebro, los primeros años de vida suponen una gran oportunidad, pero también son más vulnerables. El desarrollo cerebral óptimo requiere un ambiente estimulante, unos nutrientes adecuados y una interacción social con cuidadores atentos. (UNICEF 2012: 2)

Uno de los objetivos del PI es reducir la desnutrición crónica infantil y para lograrlo ha promovido la implementación y funcionamiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria del Cuidado Integral del Cuidado la Madre y el Niño, el que se constituye un mecanismo del Estado para la atención de la

primera infancia. Esta instancia es un espacio dentro la comunidad para la promoción de prácticas saludables en las familias y se enfoca en el óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación.

2.4.6 Salud Pública y Primera Infancia

Los servicios de salud de atención primaria de salud y estrategias como los Centros de Promoción y Vigilancia Comunitaria del Cuidado Integral del Cuidado la Madre y el Niño son intervenciones de salud pública orientadas a la primera infancia que tienen un rol fundamental en la orientación al entorno responsable del cuidado del niño y niña en el hogar y en algunos casos fuera de él. En ese sentido, Los CPVC deben coordinar y articularse con los servicios de salud quienes proveen a las familias de gestantes, niñas y niños menores de 36 meses intervenciones para prevenir y atender oportunamente problemas que afecten un adecuado crecimiento y desarrollo.

Tal como lo señala UNICEF existen múltiples justificaciones de naturaleza económica, social y política por las cuales las intervenciones de salud pública deben tener como eje fundamental a la primera infancia.

Los efectos de lo que ocurre durante el período prenatal y durante los primeros meses y años de la vida del niño pueden durar toda la vida. Todos los componentes fundamentales de la inteligencia emocional —confianza, curiosidad, intencionalidad, autocontrol y capacidad para relacionarse, comunicarse y cooperar con los demás— que determinan de qué manera el niño aprende y establece relaciones en la escuela y en la vida en general, dependen del tipo de atención inicial que reciben de padres, madres, maestros preescolares y encargados de cuidarlos.

Los derechos de los niños y la causa del desarrollo humano son razones incontestables para efectuar inversiones en la primera infancia. La neurociencia proporciona otra justificación que es difícil refutar, ya que demuestran la influencia de los primeros tres años en el resto de la vida del niño.

Además, también hay argumentos económicos que no son impugnables: aumento de la productividad a lo largo de toda la vida, mejor nivel de vida cuando el niño llega a la edad adulta, ahorros en la educación necesaria para

remediar anteriores deficiencias, en la atención de la salud y en los servicios de rehabilitación, y mayores ingresos para los padres, las madres y los encargados de cuidar a los niños, quienes quedan más liberados a fin de participar en la fuerza laboral.

Por otro lado, hay razones sociales: al intervenir al principio de la vida se contribuye a reducir las disparidades sociales y económicas y las desigualdades de género que dividen a la sociedad y se contribuye a la inclusión de quienes tradicionalmente quedan excluidos.

Asimismo, hay razones políticas, puesto que el lugar que ocupe un país en la economía mundial depende de la competencia de su pueblo y dicha competencia se establece muy temprano en la vida, antes de que el niño cumpla tres años. (UNICEF 2001: 12)

2.4.7 Desnutrición Crónica Infantil

La desnutrición crónica infantil es una de las problemáticas que afecta a las niñas y niños de nuestro país, especialmente a la niñez que vive en condiciones de pobreza. La desnutrición crónica infantil afecta el crecimiento de las niñas y niños (relación de talla o estatura para su edad) pero sobre todo el desarrollo de sus capacidades en el presente y en el futuro cuando ésta se presenta en los primeros tres años de vida. Tal como lo señalan Beltrán y Seinfeld, la trascendencia que tiene esta problemática en la vida de las niñas y niños es fundamental no solo para ellas y ellos, sino para sus familias, su comunidad e inclusive para nuestro país.

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante

esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002). Como explican Sagan y Dryuyan (1994), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes. Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación. (Beltran y Seinfeld. 2009: 3).

Uno de los objetivos del PI es reducir la desnutrición crónica infantil para lo cual se realiza una transferencia condicionada de recursos financieros, adicionales al presupuesto institucional de las municipalidades, por el cumplimiento oportuno de metas que deben alcanzar en un período de tiempo determinado. Desde el 2011, el PI incorpora como parte de sus metas la implementación de los CPVC que es un espacio dentro la comunidad que promueve la adopción de prácticas saludables en las familias y que se enfoca en contribuir al óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses desde la gestación.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Forma de investigación:

La investigación es un Estudio de Caso, pues se analizó a profundidad y de manera detallada el proceso de implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal – CPVC - que es la estrategia para la reducción de la DCI como parte del Plan de Incentivos Municipales - en el distrito de Masisea, analizando los procesos, mecanismos de articulación, participación de actores, conocimiento y percepciones de los actores que la implementan.

Se ha analizado un caso que es parte de una serie de casos similares (556 distritos clasificadas por el MEF como ciudades no principales con 500 o más viviendas urbanas que comparten la meta CPVC y la distribución y asignación de recursos), por lo que a partir del estudio de caso en el distrito de Masisea podemos comprender los factores que están favoreciendo o limitando la movilización de recursos provenientes del PI para reducir la DCI en este conjunto de municipalidades; pero no podemos generalizar las conclusiones a todas.

3.1.2 Metodología (enfoque metodológico):

La investigación realizada es de orden **cualitativo**²² pues el propósito fue describir y analizar la forma cómo se están desarrollando los procesos de implementación y funcionamiento del CPVC. En ese sentido, se recogió, analizó e integró la información cualitativa a lo largo de la investigación para poder responder a las preguntas planteadas, las que tienen que ver sobre aspectos de articulación, conocimiento, participación, percepciones y valoraciones.

²² Por ser una investigación que pretende captar el significado de los procesos antes que describir los hechos sociales. Ruíz O. José. Metodología de la Investigación Cualitativa, Universidad de Deusto, Bilbao (1996).

El análisis de la información recolectada se orientó a obtener mediciones para cada uno de los diferentes indicadores planteados en la matriz de consistencia, con el objetivo de lograr un análisis más profundo. Asimismo, se trianguló los resultados, lo que permitió capturar una imagen más completa del objeto de estudio, así como validar y comparar la información obtenida a través de la aplicación de los diferentes instrumentos.

3.1.3 Unidades de análisis:

Las unidades de análisis lo componen los actores responsables de la implementación del CPVC en el nivel distrital:

- Personal de salud del Centro de Salud Masisea
- Personal de salud y Agentes Comunitarios de Salud ACS del Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea
- Funcionarios de la Municipalidad del distrito de Masisea

3.1.4 Fuentes de información:

Las fuentes de información fueron:

- Personal de salud del Centro de Salud Masisea
- Personal de salud del Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea
- Funcionarios de la Municipalidad del distrito de Masisea
- Agentes comunitarios de salud del distrito de Masisea
- Funcionarios de salud de la DIRESA Ucayali
- Funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas
- Consultores de UNICEF
- Revisión documental

3.1.5 Universo:

El universo está conformado por:

105 funcionarios de la Municipalidad Distrital de Masisea

15 personal de salud del Centro de Salud Masisea

3.1.6 Muestra:

El tipo de muestra es significativa, propia de la investigación cualitativa, y el método de muestreo es no probabilístico, por juicio y conveniencia.

Siguiendo con estos criterios, la muestra quedó conformada de la siguiente manera:

- *3 funcionarios del Gobierno Municipal:* Gerente de Planificación, Presupuesto y Racionalización (además Coordinador de PI), Sub-gerente de Asuntos Sociales, Sub-Gerente de plan y presupuesto.
- *2 Personal de Centro de Salud:* Jefe del Centro de Salud (además Responsable Etapa Vida Niño, Responsable de CRED, Inmunizaciones), Coordinadora de la Estrategia de salud sexual y reproductiva.
- *1 Personal del Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea:* Jefe del Puesto de Salud (además Responsable Etapa Vida Niño, Responsable de CRED, Responsable de PROMSA)
- *2 Agentes comunitarios de salud* del caserío Santa Rosa de Masisea.
- *2 funcionarios de la Dirección Regional de Salud - DIRESA Ucayali:* Coordinadora Etapa vida niño y Directora de Atención Integral de Salud.
- *2 funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas:* Especialista en Presupuesto por Resultados para el sector Salud, Coordinador Regional Presupuesto por Resultados para el sector Salud.
- *2 Funcionarios de UNICEF:* Consultor en Vigilancia Comunitaria, Consultor en Nutrición y Desarrollo Infantil Ucayali.
- *1 funcionario del Ministerio de Salud:* Coordinadora Nacional de Promoción de la Salud.

3.2 TÉCNICAS PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN

3.2.1 Técnicas:

Las técnicas para el análisis cualitativo fueron:

- Entrevistas individuales semi-estructuradas:

Se utilizó la entrevista semi-estructural para recabar información en forma verbal, y conocer las opiniones de los entrevistados/as, así como sus comentarios o aportes al estudio. Esta técnica se aplicó a los siguientes informantes:

- A personal de salud (distrital): 03 entrevistas
- A funcionarios de la Municipalidad: 03 entrevistas
- A funcionarios de la DIRESA: 02 entrevistas
- A funcionarios del MEF: 02 entrevistas
- A funcionarios de salud del nivel central: 01 entrevista
- A consultores de UNICEF: 02 entrevistas

- Entrevista Grupal:

- Agentes comunitarios de salud: 02 entrevistados

- Revisión documental

Se revisó los documentos del CPVC proveniente del Gobierno Municipal y del PS Santa Rosa de Masisea, tales como los planes anuales de trabajo para la implementación y funcionamiento del CPVC, los planes de capacitación, oficios, reportes e informes de actividades. Asimismo, se revisó los documentos emitidos por el MEF y el MINSA relacionados a la normativa, financiamiento y avances de esta estrategia durante los años 2011-2013.

- **Observación del funcionamiento del CPVC**

Se elaboró una Guía de Observación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño para observar la infraestructura, equipamiento y servicios del CPVC y registrar si efectivamente cumple con los estándares requeridos en los documentos normativos.

3.2.2 Instrumentos de recojo de información:

Se elaboraron los siguientes instrumentos:

- Guía de Entrevista a funcionarios municipales del distrito
- Guía de Entrevista a personal de salud del Centro y Puesto de Salud
- Guía de Entrevista grupal a agentes comunitarios de salud del distrito.
- Guía de Entrevista a funcionarios del MEF – nivel central
- Guía de Entrevista a funcionarios de salud de la DIRES Ucayali y Consultores de UNICEF
- Guía de Observación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño

3.3 TRABAJO DE CAMPO

3.3.1 Coordinaciones institucionales

Para la ejecución del trabajo de campo se contó con el aval y presentación de UNICEF, quien actualmente brinda asistencia técnica a la Región de Ucayali y al Distrito de Masisea en el tema de DCI. Por intermedio de los profesionales de UNICEF que trabajan en la Región Ucayali y específicamente en el Distrito de Masisea, se elaboró el listado de personas para las entrevistas y para tener acceso a la documentación sobre la formación, implementación y funcionamiento del CPVC.

3.3.2 Rendimiento de la Muestra

Se planificó entrevistar a 10 actores locales (unidad de análisis) y se logró un total de 8 entrevistas, debido a que en el centro y puesto de salud una misma persona desarrolla hasta 4 cargos de manera simultánea evidenciando la falta de personal y la sobrecarga de actividades. De los 8 entrevistados, 3 son funcionarios municipales y 5 personal de salud. En los niveles regionales y central se logró entrevistar a 7 informantes claves. En total se entrevistaron a 8 unidades de análisis y 7 informantes claves, totalizando 15 entrevistas.

El siguiente cuadro muestra a los actores entrevistados:

Tabla 3.1: Número Total de Entrevistas realizadas

Sector	Unidad de Análisis
Personal del Centro de Salud Masisea	1. Jefa del CS (Responsable Etapa Vida Niño, Responsable de CRED, Inmunizaciones) 2. Responsable de salud materna, de salud sexual y reproductiva de la MR Masisea
Personal de Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea	3. Jefa del PS (Responsable Etapa Vida Niño, Responsable de CRED, Responsable de PROMSA) 4. Agente Comunitario de Salud 5. Agente Comunitario de Salud
Funcionarios Municipales del distrito de Masisea	6. Sub-Gerente de Plan y Presupuesto 7. Gerente de Planificación, Presupuesto y Racionalización y Coordinador de PI 8. Sub-Gerente de Asuntos Sociales
	Informantes Claves
Funcionarios de DIRESA	9. Coordinadora de Etapa Vida Niño 10. Directora de Atención Integral de Salud
Funcionarios del MEF central	11. Especialista en Presupuesto por Resultados para el sector salud 12. Coordinador Regional Presupuesto por Resultados para el sector salud
Funcionarios del MINSA nivel central	13. Coordinadora Nacional de Promoción de la Salud
Personal de UNICEF	14. Consultor en Vigilancia Comunitaria 15. Consultor en Nutrición y Desarrollo Infantil Ucayali
TOTAL	15

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

3.3.3 Instrumentos y validación

Teniendo en cuenta el tipo de informante se elaboraron guías de entrevistas individuales y grupales y una guía de observación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño, totalizando 6 instrumentos, los que se encuentran en la sección de anexos.

Previo al trabajo de campo, se validaron los instrumentos con la finalidad de i) constatar si los instrumentos tenían correspondencia con los objetivos de la investigación y respondían a las preguntas de investigación, ii) validar la redacción de las preguntas (claridad y precisión), contenido, congruencia y iii) pertinencia en relación a los informantes. Para ello, se identificó un distrito que perteneciera al grupo de “Ciudades no principales con 500 o más viviendas

urbanas” según la clasificación de municipalidades propuesta por el Plan de Incentivos Municipales al cual pertenece el distrito de Masisea. Este grupo de distritos, integrado por 556 gobiernos municipales, comparten similares metas, distribución y asignación de recursos en el marco de la implementación del PI.

La validación de los instrumentos fue realizada en la región de Apurímac, provincia de Andahuaylas, distrito de Santa María de Chicmo por conveniencia a los investigadores al tener accesibilidad a los actores involucrados en la implementación del PI. Fue dirigida a los funcionarios municipales, personal de salud y agentes comunitarios de salud del distrito. A partir de la validación, los instrumentos fueron ajustados tanto en el contenido como en la forma de formular las preguntas.

3.3.4 Recojo de información

La visita al Distrito de Masisea se realizó entre el 19 y 20 de mayo. Se aplicaron 6 tipos de instrumentos a 15 informantes en los diferentes niveles y organismos. Se tenía planificado entrevistar a 10 unidades de análisis, pero en el centro y puesto de salud una misma persona desarrolla hasta 4 cargos de manera simultánea. En el Puesto de salud Santa Rosa de Masisea, la jefa del puesto es responsable de la Etapa Vida Niño, Responsable de CRED, Responsable de PROMSA, debido a la falta crítica de personal lo que determina una sobrecarga de trabajo.

El recojo de la información fue realizado por las dos tesis, quienes grabaron, desgrabaron y analizaron las entrevistas. Para observar al CPVC fue necesario trasladarse con un deslizador al Puesto de salud Santa Rosa de Masisea situada a 30 minutos de Masisea. El tiempo promedio que se utilizó para cada entrevista fue de aproximadamente 1 hora.

3.3.5 Procesamiento y Análisis de la información

El análisis de la información recolectada se orientó a obtener información para cada una de las variables e indicadores planteados en la investigación, con el

objetivo de lograr un análisis de la información obtenida a través de las herramientas.

Se elaboraron matrices por cada fuente de información, las cuales fueron ordenadas de acuerdo a los lineamientos de la investigación. Esto permitió darle un mayor orden al vaciado de la información por fuentes de información.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente investigación está estructurada por lineamientos de investigación que responden a las preguntas específicas planteadas en la tesis, por ello la presentación, análisis e interpretación de los resultados se presenta en esta lógica.

4.1 MECANISMOS DE ARTICULACIÓN ENTRE EL GOBIERNO MUNICIPAL Y EL SECTOR SALUD PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS DEL PI PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CPVC Y LA REDUCCION DE LA DCI

La UNESCO²³ señala que “en el contexto de las políticas y programas de la primera infancia, el objetivo de la coordinación intersectorial es reunir a los diferentes sectores sociales y armonizar sus políticas de cuidado y educación, así como, sus sistemas de prestación de servicios con el fin de evitar superposiciones, pero sin llegar al extremo de fusionar las estructuras”. En ese sentido, la articulación es un instrumento de integralidad²⁴ que permite a las diferentes instituciones que trabajan por la infancia complementarse para intervenir de mejor forma en la problemática que afecta a las niñas y niños.

Las políticas son con frecuencia declaraciones generales de intención y, como tales, requieren implementación complementaria, incluyendo planes estratégicos, planes de implementación y políticas operacionales para asegurar su ejecución²⁵. En ese sentido, la implementación de mecanismos de articulación para reducir la desnutrición crónica infantil se ven fortalecidas con documentos de políticas como leyes o planes construidos colectivamente.

²³ UNESCO (2004). Coordinación Intersectorial de Políticas y Programas de la Primera Infancia: Experiencias en América Latina.

²⁴ Cunnil (2005). La Inter- sectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Chile.

²⁵ Hardee, Feranil, Boezwinkle y Clark (2004). El círculo de la Política: Marco de Análisis de los Componentes de Planificación familiar, Salud Reproductiva, Salud Materna y Políticas de VIH/SIDA.

Si bien en la región Ucayali se vienen desarrollando políticas y acciones orientadas a fortalecer los mecanismos de articulación para reducir la desnutrición crónica infantil, la implementación de dichas políticas y acciones en el distrito de Masisea es muy incipiente.

Para efectos de la presente investigación se ha considerado dos mecanismos de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud en Masisea para la movilización de recursos provenientes del PI para reducir la DCI: existencia de espacios institucionalizados de concertación y el cumplimiento de funciones y acuerdos interinstitucionales.

La investigación ha determinado que **no existen espacios de concertación** en Masisea y que hay **un cumplimiento parcial de las funciones y acuerdos interinstitucionales** entre el gobierno municipal y el sector salud. El análisis de ambos mecanismos nos ha permitido determinar que el **grado de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud en Masisea es bajo** lo que está afectando la movilización de recursos provenientes del PI para reducir la DCI como veremos a continuación.

4.1.1 Espacios de concertación para abordar la DCI

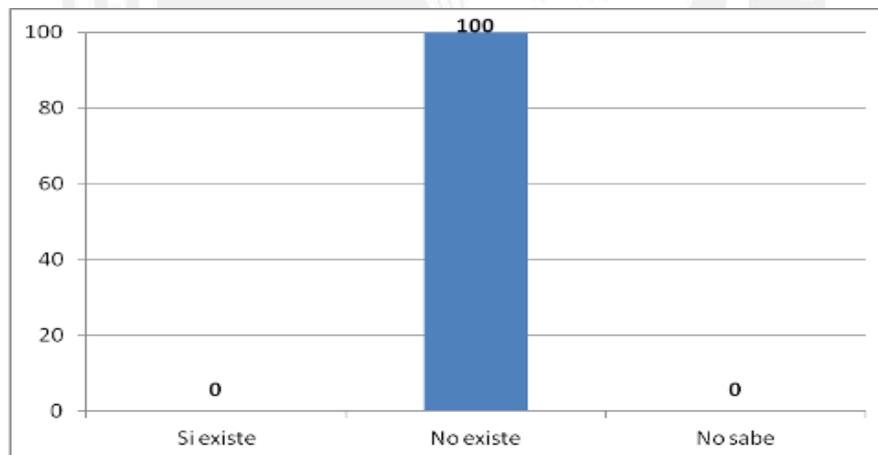
La existencia de los espacios de concertación ha sido considerada como un mecanismo de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud en Masisea. Es importante precisar que Licha, Molina y Repetto²⁶ consideran que los espacios de diálogo y liberación constituye un criterio fundamental en la coordinación que afianza la articulación inter institucional que se centra en el diálogo entre actores, como parte de la institucionalidad a crear para enmarcar y legitimar las acciones de coordinación. Estos espacios permiten articular perspectivas, construir visiones amplias, y favorecer el compromiso de todos los actores involucrados en el proceso de coordinación.

²⁶ Licha, Molina y Repetto (2007). La Coordinación de las Intervenciones Públicas en los Problemas Sociales: Desafíos y Estrategias.

Por otro lado, de acuerdo a la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud²⁷ la organización y funcionamiento de los Consejos Distritales de Salud propician la participación ciudadana y la coordinación intersectorial. Sin embargo, el Consejo Nacional de Salud ha señalado como parte de sus lecciones aprendidas²⁸ que en el nivel local, la organización y funcionamiento de un Consejo requiere de liderazgo y de capacidad de convocatoria a todas las instituciones locales; los logros alcanzados, en algunos casos, son producto de la voluntad gestora de quien preside el Consejo.

En el distrito de Masisea, el gobierno municipal y el sector salud coinciden en señalar que no existe un Consejo Distrital de Salud u otro mecanismo de articulación que permita a la ciudadanía y a los diversos sectores coordinar, establecer acuerdos y tomar medidas en torno a la problemática que afecta a la salud en el distrito.

Figura 4.1. Porcentaje de funcionarios de Gobierno Municipal y Sector Salud que señalan la existencia de Espacios de Concertación a nivel Distrital



Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

Como se puede apreciar en la figura 4.1 todos los entrevistados señalan la no existencia de un espacio de concertación donde se pueda abordar la problemática de salud. Cabe precisar que solo un funcionario del gobierno municipal identificó una instancia que podría aproximarse a un espacio de

²⁷ Ley N° 27813 aprobada con Decreto Supremo 004-2003/SA (2003).

²⁸ Memoria Anual del Consejo Nacional de Salud (2011).

concertación, sin embargo, no podemos considerarla como tal pues no considera la participación de otros sectores como el sector salud.

“... es un órgano consultivo de gobierno, lo preside el alcalde, está compuesto por los 5 regidores vigentes, los alcaldes de los centros poblados que existen más que uno, el centro poblado de Santa Rosa de Masisea, 2 representantes de la sociedad civil y nada más” Sub Gerente de la Oficina de Planes y Presupuesto del gobierno municipal de Masisea.

Cabe precisar que el órgano consultivo al cual hace referencia el citado funcionario es el Consejo de Coordinación Local Distrital que se señala en la estructura orgánica de la municipalidad distrital de Masisea.

En este contexto, es importante señalar que la implementación de iniciativas para mejorar el estado nutricional de las niñas y niños del distrito se complejiza pues no se ha institucionalizado un espacio de reunión periódica entre el gobierno local y diversos sectores, especialmente el sector salud, donde se pueda analizar y reflexionar sobre la problemática de salud de la infancia. Por lo tanto, la ausencia de mecanismos de articulación como los espacios institucionalizados de concertación contribuye a que el grado de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud sea bajo.

Factores que limitan la existencia de espacios de concertación

Entre los factores que limitan la existencia de espacios institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI se han señalado la insuficiente cantidad de personal de salud, la inaccesibilidad geográfica, los limitados recursos, la limitada influencia del CPVC en el distrito por la extensión y dispersión, y el desconocimiento de la magnitud de la DCI en el distrito.

- Insuficiente cantidad de personal de salud

El cuello de botella más importante del sistema de salud regional y local se encuentra en la dotación de recursos humanos. El personal calificado es muy limitado en todos los niveles, desde los proveedores de servicios de salud

hasta el personal de soporte administrativo. La rotación es muy alta y los esquemas de incentivos implementados no son suficientes para retener al personal calificado. Los factores que determinan la alta rotación son: condiciones inadecuadas en zonas alejadas y falta de incentivos para el desarrollo profesional.

“... Solo se cuenta con una enfermera que es Jefa del PS, responsable de PROMSA, de Niño; una técnica que es responsable de triaje, admisión y farmacia y una obstetra que es responsable de materno, se ha incorporado este mes”: Jefa del Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea

Esta situación, que no es ajena a muchos distritos de nuestro país, ha sido señalada por el gobierno municipal y sector salud como la causa que más ha incidido en no contar con un Consejo Distrital de Salud o cualquier otra instancia similar de concertación en el distrito de Masisea que sea la plataforma que permita desarrollar acciones vinculadas a disminuir la desnutrición crónica.

Un estudio realizado por USAID²⁹ señala que el déficit de profesionales de salud en la Dirección Regional de Salud Ucayali es de – 138 médicos, -107 enfermeras, -5 obstetras.

- Inaccesibilidad geográfica y limitados recursos:

Otra dificultad propia de la zona es la inaccesibilidad geográfica y el presupuesto limitado para gastos de traslado. En el trabajo de campo se pudo identificar que el tiempo de viaje en colectivo de Pucallpa al caserío Villa El Pescador (a 15 minutos de Masisea en un mototaxi) vía fluvial, es de aproximadamente 4 horas. Este tiempo se reduce a 1 hora si el viaje se realiza en un deslizador, pero los costos de contratar una embarcación como esta limita la movilización de personas de la zona por este medio.

²⁹ Cf. USAID. *Reducing Children Chronic Malnutrition through Strengthening Decentralized Health Systems: An Initial Assessment of San Martín and Ucayali Regions. Final Report.* Lima: 2013, p 11-56.

- Limitada influencia del CPVC

La limitada influencia del CPVC en el distrito por la extensión y la dispersión ha sido señalada por un funcionario del gobierno municipal de Masisea como otro factor que dificulta la existencia de espacios institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI. Debe precisarse que de acuerdo a la información que maneja la Microred Masisea se cuenta con una población de 282 niñas y niños menores de tres años en su jurisdicción mientras el CPVC que opera en el Centro Poblado Santa Rosa de Masisea atiende a 30 niñas y niños menores de tres años lo que corresponde a casi el 10% de las niñas y niños de la jurisdicción de la Micro Red:

“Se pudiera mejorar que el Centro de Vigilancia se hiciera en cada comunidad y caserío pero los recursos de la municipalidad no dan para eso. Son como 80 comunidades y caseríos que tiene el distrito... tú sabes lo que es ir a caseríos y comunidades e instalar un Centro de Vigilancia y lo que es su mantenimiento e implementación”: Coordinador de PI del Gobierno Municipal de Masisea.

“La principal (dificultad) en mi distrito es el territorio... tengo como 84 caseríos, 14 comunidades nativas y por su densidad no se puede cubrir a todos. Lo que hacemos aquí no va a representar nada en porcentaje a un trabajo de desnutrición crónica, el problema más grande es el territorio”: Sub Gerente de la Oficina de Planes y Presupuesto.

- Desconocimiento de la magnitud de la DCI

Por otro lado, el desconocimiento de la magnitud de la DCI, especialmente en los funcionarios del gobierno municipal, es una dificultad importante para mejorar su involucramiento en la implementación y funcionamiento del CPVC y para desarrollar otras acciones orientadas a la reducción de la DCI. Para posicionar el tema de infancia es importante comprender la trascendencia pero también la magnitud de la problemática que la afecta por lo que conocer el porcentaje o el número de niños afectados con DCI a nivel del distrito es importante. Sin embargo, una referencia importante debería ser el porcentaje

de DCI en las niñas y niños vigilados en el CPVC de Santa Rosa de Masisea que es 43%³⁰ y que a pesar de corresponder a aproximadamente un 10% de la población infantil del distrito nos da una idea de la magnitud de dicha problemática. Sin embargo, este dato no era manejado por los funcionarios del gobierno municipal entrevistados.

Factores que facilitarían la implementación de espacios de concertación

Considerando que no existen espacios institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI, los factores que podrían facilitar la implementación de este mecanismo de articulación en el distrito de Masisea que han sido señalados por los entrevistados son: la responsabilidad, competencia y compromiso del personal de salud; los instrumentos de gestión como el Plan de Desarrollo Concertado; el apoyo político del Alcalde y el contexto de pobreza extrema.

- Características del personal de salud:

La responsabilidad, la competencia y el compromiso demostrado por los integrantes del PS Santa Rosa de Masisea quienes implementan directamente el CPVC han sido señalados tanto por funcionarios del gobierno municipal como por personal del CS Masisea. Sin embargo, es evidente que la existencia de un espacio de concertación institucionalizado reduciría el desgaste del personal de salud en las coordinaciones que requieren realizarse con el CS Masisea y con el gobierno municipal del distrito.

“Desde mi punto de vista no sé quién ha sido la persona que ha destinado que el presupuesto de salud lo maneje la municipalidad. Debería ser como era antes, porque nosotros parecemos la esposa del municipio por que pedimos gasolina, balanza, tengo que estar pidiendo, rogando, yo pienso que no, debe ser como antes. Aunque me quito el sombrero por algunos alcaldes por ejemplo el de Atalaya, hay muchos lugares donde se trabaja bien”. Jefa de CS Masisea.

³⁰ Corresponde al mes de febrero 2014 según Panel de Vigilancia del CPVC de Santa Rosa de Masisea.

- Instrumentos de Gestión

Otro factor que podría facilitar la existencia de espacios institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI en el distrito de Masisea, es la construcción y uso de instrumentos de gestión como un Plan de Desarrollo Concertado (PDC). Efectivamente, instrumentos de gestión como el señalado puede contribuir a organizar de mejor forma acciones para disminuir la DCI pero también se ven limitados si no existen espacios institucionalizados de concertación para analizar los avances y dificultades que se presentan en el proceso entre los involucrados. Es importante señalar que si en el proceso de fortalecimiento de capacidades a funcionarios del gobierno municipal o al personal de salud no se refuerza la construcción y uso de instrumentos de gestión como el PDC como una condición previa para la implementación y funcionamiento del CPVC, este importante factor quedará supeditado a las capacidades de gestión que tenga el gobierno municipal o sector salud de cada distrito o a la presencia de instituciones que en la zona puedan fortalecer estas capacidades. Esta aseveración tiene correlato con lo planteado por un integrante del equipo regional de UNICEF en Ucayali:

“(Los talleres) están basados en el aspecto técnico del desarrollo de la actividad (CPVC) pero no hay una asistencia técnica para promover planes de trabajo o sectoriales articulados”: Consultor de Supervivencia y Desarrollo Infantil en Ucayali.

- Apoyo Político y Contexto

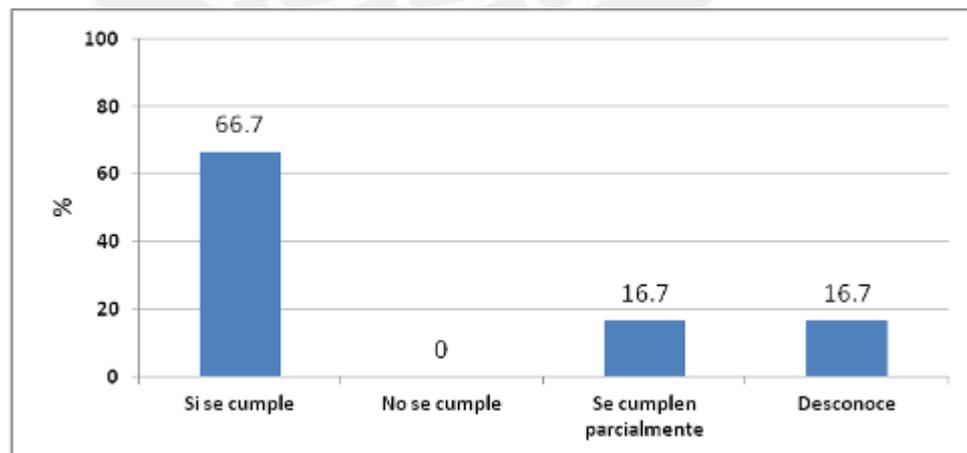
Por otro lado, se ha señalado que el apoyo del alcalde podría ser un factor que facilitaría la existencia de espacios institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI en el distrito de Masisea. Sin embargo, otras variables que se han desarrollado en esta investigación como el cumplimiento de acuerdos interinstitucionales o la movilización de recursos nos llevan a concluir que en el distrito de Masisea el apoyo del alcalde queda más en el discurso que en la acción. Finalmente, el contexto de pobreza extrema que existe en el distrito de Masisea ha sido señalado también como un factor que facilitaría la existencia de espacios

institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI y efectivamente la situación de extrema pobreza de muchos pobladores del distrito, entre ellos niñas y niños, es una exigencia para abordar integralmente esta problemática.

4.1.2 Cumplimiento de funciones y acuerdos interinstitucionales entre el Gobierno Municipal y el Sector Salud

Las instituciones constituyen un aspecto central en la construcción de ámbitos que buscan promover coordinación, sea para intercambiar información con el fin de identificar problemas y potenciales soluciones, sea para diseñar y gestionar una política pública. “El cumplimiento de acuerdos a los cuales se arriba en la interacción institucionalizada entre los involucradas es uno de los aspectos centrales que marca el tono y contenido del proceso de articulación” (Repetto, 2000). En ese sentido, en la presente investigación se ha considerado que uno de los mecanismos de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud a analizar es el cumplimiento de funciones y acuerdos interinstitucionales entre los encargados de implementación y funcionamiento del CPVC en el distrito de Masisea.

Figura 4.2. Cumplimiento de funciones para la implementación y funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal en el Distrito de Masisea



Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

En la figura 4.2 podemos observar que el mayor porcentaje de entrevistados (66.7%) indican que sí se cumplen las funciones para la implementación del CPVC en el distrito de Masisea. Un porcentaje menor reconoció que estas se cumplieron parcialmente (16.7%) o que desconocían (16.7%) el cumplimiento de las mismas. La opinión de un cumplimiento parcial de funciones para la implementación del CPVC corresponde a un personal de salud del PS Santa Rosa de Masisea quien considera que dicho cumplimiento ha estado centrado principalmente en el personal de salud y en los ACS más que en los funcionarios del gobierno municipal. Por otro lado, el desconocimiento del cumplimiento de las funciones para la implementación del CPVC corresponde a un funcionario del gobierno municipal cuya permanencia en el cargo de Sub - Gerente de Desarrollo Social al momento de la entrevista era de aproximadamente 2 meses.

Es importante precisar que el cumplimiento de funciones y acuerdos vinculados a la meta del CPVC es una condición para que el gobierno municipal de Masisea se beneficie con los incentivos del PI. Tal como se ha identificado en la normativa generada por el Ministerio de Economía y Finanzas, el Gobierno Municipal de Masisea recibió los incentivos del PI al cumplir las metas establecidas a diciembre 2012 y diciembre 2013 por lo que recibió una transferencia de 570,087³¹ soles y 845,876³² soles respectivamente lo cual corrobora la opinión mayoritaria de los entrevistados en relación a que sí se cumplieron los acuerdo para la implementación y funcionamiento del CPVC en dicho distrito.

Sin embargo, si bien los entrevistados señalan mayoritariamente que sí se cumplen las funciones para la implementación y funcionamiento del CPVC, un porcentaje importante de ellos señalan que existen importantes dificultades que afectan la calidad del cumplimiento de dichas funciones. Por este motivo, se ha considerado que en el distrito de Masisea el **cumplimiento de funciones para la implementación y funcionamiento del CPVC se realiza con dificultades y por lo tanto es parcial.**

³¹ Decreto Supremo N° 168-2013-EF "Autorizan Crédito Suplementario en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, a favor de los Gobiernos Locales, en el marco del Plan de Incentivos a la mejora de la Gestión y Modernización Municipal (2013).

³² Decreto Supremo N° 337-2013-EF "Autorizan Crédito Suplementario en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, a favor de los Gobiernos Locales, en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal y aprueba medida sobre distribución de recursos del referido Plan (2013).

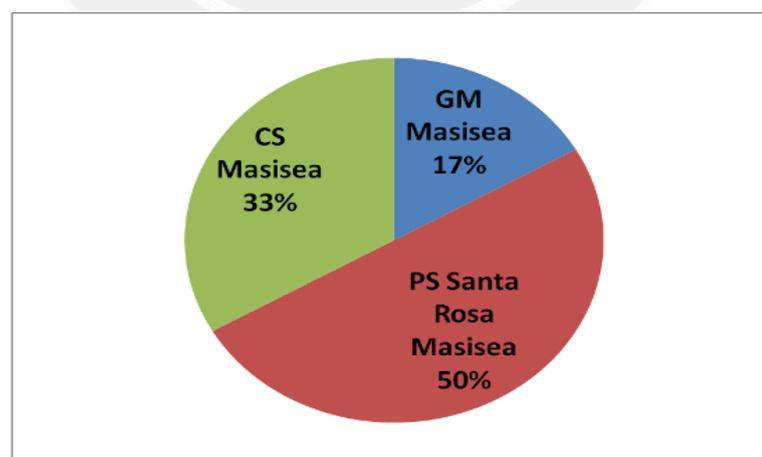
Tabla 4.2: Opiniones acerca del cumplimiento de funciones y acuerdos para la implementación y funcionamiento del CPVC en el distrito de Masisea

Opinión de los entrevistados	N°	%	N°	%
Si se cumple	4	66.7		
Se cumple parcialmente	1	16.7		
Desconoce	1	16.7		
Si se cumple, pero con dificultades			3	75.0
Si se cumple, sin dificultades			1	25.0
Total	6	100.0	4	100.0

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

En la tabla 4.2 podemos observar que el 75% de entrevistados que indican que sí se cumplen con las funciones y los acuerdos para la implementación y funcionamiento del CPVC, consideran que dichos acuerdos se cumplen con dificultades, mientras sólo un 25% consideran que hay un cumplimiento exento de dificultades. En ese sentido, es importante analizar las dificultades señaladas por los entrevistados, quienes mayoritariamente provienen del sector salud.

Figura 4.3. Distribución porcentual de las dificultades en el cumplimiento de funciones y acuerdos para la Implementación y funcionamiento del CPVC, según procedencia de los entrevistados en el distrito de Masisea



Fuente: elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

En la Figura 4.3 se evidencia claramente que el mayor porcentaje de dificultades (50%) han sido señaladas por el personal de salud del PS Santa Rosa de Masisea quien es la instancia más cercana a la implementación y funcionamiento del CPVC en Masisea.

Asimismo, se aprecia que el CS Masisea, representado por dos entrevistadas, han señalado el 33% de las dificultades para el cumplimiento de funciones y acuerdos para la implementación y funcionamiento del CPVC.

Finalmente, cabe precisar que el sector salud, representado por el CS Masisea y PS Santa Rosa de Masisea, es quien plantea el mayor porcentaje de dificultades en comparación con el GM de Masisea, quien plantea el 17% de las dificultades para el cumplimiento de funciones y acuerdos para la implementación y funcionamiento del CPVC.

Tabla 4.3. Dificultades en el cumplimiento de funciones y acuerdos para la implementación y funcionamiento del CPVC en el Distrito de Masisea

Opinión de los entrevistados	N°	%	N°	%
Si hay dificultades	4	66.6		
No hay dificultades	1	16.7		
Desconoce	1	16.7		
Dificultades vinculadas a recursos humanos			1	16.7
Dificultades vinculadas a recursos económicos			1	16.7
Dificultades vinculadas a coordinación y seguimiento			3	50.0
Dificultades vinculadas a falta de voluntad			1	16.7
Total	6	100.0	6	100.0

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

La Tabla 4.3 registra la opinión de los entrevistados acerca de las dificultades para el cumplimiento de las funciones para la implementación y funcionamiento del CPVC. Un primer análisis permite identificar que las dificultades si bien están relacionadas entre sí, son diversas:

- Insuficiente Personal de Salud

El insuficiente personal en el CS Masisea y PS Masisea que recarga las actividades en el servicio y limita el acompañamiento al CPVC es una dificultad que afecta el cumplimiento de acuerdos en la implementación y funcionamiento del CPVC, y por lo tanto, los mecanismos de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud en este distrito. Es importante señalar que ésta dificultad también ha sido señalada como un factor que dificulta la existencia de espacios institucionalizados de concertación para desarrollar acciones orientadas a la disminución de la DCI. Por parte del personal que opera en el CS Masisea y que como cabecera de MR tiene a su cargo el PS Santa Rosa de Masisea responsable directo del CPVC, se reconoce que ha habido un limitado involucramiento en un trabajo articulado y coordinado con el GM de Masisea por un problema estructural del sector salud, que es la escasez del personal. Ello determina que el personal de salud tenga a su cargo múltiples funciones e impida cumplir de manera adecuada su responsabilidad, entre las cuales se encuentra el acompañamiento a la implementación y funcionamiento del CPVC, así como, el establecimiento de mecanismos de articulación con el gobierno municipal.

“El año pasado solo he participado desde aquí, no he podido asistir hasta el PS Santa Rosa para participar de la capacitación por que no tenía médico, ni enfermera, por eso no participé de la última reunión. Yo exijo bastante a mis pacientes de CRED puntualidad y asistencia y si yo fallo entonces por eso no asistí a la reunión” Jefa del CS Masisea.

De esta forma podemos apreciar que cuando los actores involucrados no tienen una visión compartida de la problemática, su praxis para afianzar mecanismos de articulación se ve afectada en mayor grado por características estructurales de la gestión pública en los GM y en el sector salud como la alta rotación de personal perdiéndose la oportunidad de realizar un abordaje más integral para reducir la DCI en el distrito.

- Insuficientes recursos económicos

Los insuficientes recursos económicos destinados a la implementación y funcionamiento del CPVC por parte del GM de Masisea también han sido señalados como una dificultad para el cumplimiento de acuerdos en la implementación y funcionamiento del CPVC en este distrito. El porcentaje de recursos financieros destinado a la reducción de la DCI a través del PAN entre el 2011 y 2013 no ha sobrepasado el 1.00% en el distrito de Masisea de acuerdo a lo identificado en los reportes del Ministerio de Economía y Finanzas lo cual corrobora la dificultad planteada. Si bien este punto se analizará con mayor detenimiento en el numeral 4.1.3 podemos precisar que la movilización de recursos a favor de la reducción de la DCI en el marco del PI se ve afectada, pues el porcentaje de recursos financieros provenientes del PI destinados a reducir la DCI se decide localmente y ésta puede variar dependiendo de la prioridad que se le asigne:

“El municipio destina muy pocos fondos para el CPVC, sólo asigna 25%. Por eso falta implementar el CPVC y mejorar las actividades... (se debe) coordinar los montos a ejecutar, el financiamiento es poco”. Responsable de Materno del CS Masisea.

- Falta de acompañamiento, limitados mecanismos de coordinación e insuficiente retroalimentación

Otra de las dificultades para el cumplimiento de acuerdos en la implementación y funcionamiento del CPVC está vinculada al seguimiento y acompañamiento más frecuente y conjunto entre el GM y CS Masisea en el desarrollo de acciones del CPVC. Esta situación tiene una connotación importante pues su ausencia o su espaciamiento afecta el cumplimiento de acuerdos en la implementación y funcionamiento del CPVC, y por lo tanto, los mecanismos de articulación entre el gobierno municipal y el sector salud en este distrito. La falta de acompañamiento del GM de Masisea y CS Masisea en el desarrollo de acciones del CPVC, los limitados mecanismos de coordinación entre el PS Santa Rosa de Masisea y el GM de Masisea por las distancias y la insuficiente retroalimentación al cumplimiento de las gestiones realizadas por el PS Santa Rosa de Masisea para contar con

recursos y materiales requeridos para el funcionamiento del CPVC, no permite conocer in situ las dificultades operativas del CPVC para brindar una asistencia técnica más pertinente.

“El año pasado la municipalidad vino a hacer el monitoreo, en lo que va de este año no” Jefa del PS Santa Rosa de Masisea.

“Hacer más seguimiento, más supervisión en ambas entidades, ver cómo vamos, reuniones entre ambos, preguntarnos cómo vamos, así como ustedes nos están preguntando, una visita una o dos veces para reunirnos, muy poco ha sucedido eso, pero no estaría mal...”. Jefa del CS Masisea.

Incluso en un comentario final de un funcionario del GM de Masisea se refrenda la dificultad planteada tal como se señala a continuación:

“Del centro de salud de Santa Rosa, no. Más bien yo, como vuelvo a repetir debería involucrarse un poquito más a la Microred (MR)...La MR ahora para la sostenibilidad ahora con monitoreo. Monitoreo debe hacerlo en conjunto con la municipalidad, cada cierto tiempo Sr, Alcalde vamos a monitorear, vamos a ver, entonces nosotros vamos, viendo no solo el cumplimiento, porque la señora que está allá cumple sino para ver, medir estadística mediante monitoreo, como va mejorando, si ir a ver qué podemos hacer”.
Sub Gerente de Planes y Presupuesto del gobierno municipal de Masisea.

- Falta de Voluntad

Finalmente, la falta de voluntad para la articulación y coordinación ha sido señalada por un funcionario del GM de Masisea (el único funcionario del GM que reconoce dificultades) como otra dificultad para el cumplimiento de acuerdos en la implementación y funcionamiento del CPVC del distrito de Masisea.

“Falta de voluntad, cuando lo damos todo cae por su propio peso.... Como dice el dicho si Mahoma no va a la montaña, nosotros tenemos que ir”.
Coordinador de PI.

La presente investigación ha evidenciado que el papel de los funcionarios del GM de Masisea relacionadas a la implementación y funcionamiento del CPVC se ha limitado principalmente a ser un ente financiador. Sin embargo, a pesar que de acuerdo a lo planteado por funcionarios del Ministerio de Economía y Finanzas, se corrobora que el GM es quien financia las actividades, la calidad y cantidad de recursos financieros orientados para el CPVC se ven afectados cuando el seguimiento y acompañamiento del GM es limitado en el marco de la articulación y coordinación con el sector salud:

“Si, se supervisa eso, nosotros lo supervisamos, el gobierno municipal, nosotros vemos que es lo que falta porque inclusive una de las metas que nos ayuda es ir a ver como esta, que cosa es que falta ver, como está para seguir implementando y apoyando el financiamiento a veces, inopinadamente como se dice.... (se toman acciones en base a los informes), si, inclusive hay dos informes que ha remitido la señora del centro, la encargada del centro de salud pidiendo eso, inclusive salud también pero no tengo el documento a la mano pero si han mandado ellas pidiendo la implementación. En base a eso se les va a atender también para cumplir esta meta”. Coordinador de PI.

4.1.3 Movilización de recursos

Una mayor y mejor inversión en la ampliación de oportunidades y desarrollo de las capacidades de las niñas, niños y adolescentes contribuye al desarrollo integral de un país. Desde el año 2007, se viene incorporando de manera progresiva la gestión por resultados, una de las principales reformas que en el Sistema Nacional de Presupuesto Público se implementa a través del presupuesto por resultados (PpR). El PpR es una estrategia de gestión pública que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles a favor de la población y que se viene implementando a través instrumentos como los programas presupuestales (PP).³³

Uno de los PP es el Programa Articulado Nutricional (PAN) orientado a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años años, para lo cual prioriza y articula un conjunto de intervenciones de

³³ Gasto Público en las Niñas, Niños y Adolescentes en el Perú. Metodología y Seguimiento. MIMP, MIDIS, MCLCP, UNICEF (2014).

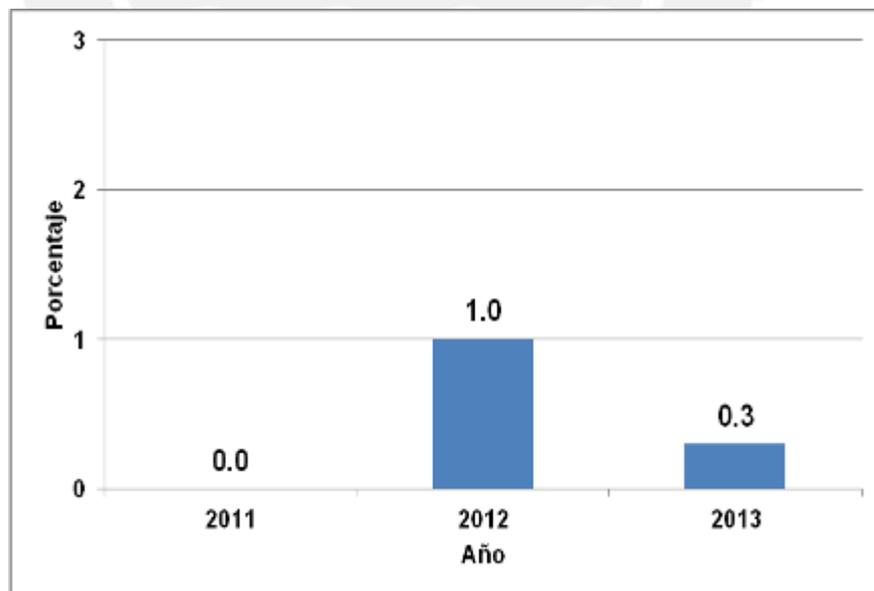
carácter intersectorial e intergubernamental buscando generar sinergias entre ellas en función de este resultado común. En ese sentido, la movilización de recursos financieros de los gobiernos municipales debería estar canalizada a través del PAN.

Los funcionarios del gobierno municipal son quienes deciden qué porcentaje de los incentivos recibidos se destinan al CPVC. En ese sentido, la movilización de recursos para acciones orientadas a disminuir la DCI como los CPVC se relacionan a cuan prioritario es el tema para los funcionarios municipales.

- Programación y uso de incentivos del PI para la DCI

En el distrito de Masisea, el porcentaje de recursos financieros destinado a la reducción de la DCI a través del PAN entre el 2011 y 2013 no ha sobrepasado el 1.00% lo que indica lo poco prioritario que resulta el tema para el gobierno municipal.

Figura 4.4. Porcentaje de recursos financieros del Gobierno Municipal de Masisea destinado al Programa Articulado Nutricional 2011-2013



Fuente: Consulta amigable del MEF, consulta realizada en Setiembre 2014.

Como apreciamos en la figura 4.4 la movilización de recursos financieros del gobierno municipal de Masisea al PAN fue nula en el 2011 y si bien se incrementa a 1% en el 2012 la tendencia es negativa ya que el porcentaje de movilización de recursos al PAN en el 2013 (el periodo de funcionamiento requiere menos recursos) es menor al ejecutado en el 2012 (el periodo de implementación requiere mayores recursos).

Sin embargo, tal como lo señala la MCLCP³⁴, los gobiernos locales a nivel nacional empiezan a ejecutar y comprometer recursos en el PAN a partir del año 2011 en el marco del Plan de Incentivos. No obstante, también se señala que en la ejecución presupuestal, los gobiernos locales quedaron bastante rezagados posiblemente por problemas en la adecuación de funciones y comprensión del PAN.

Asimismo, si observamos la cantidad de recursos financieros girados en la ejecución presupuestal del PAN en el gobierno municipal de Masisea durante el periodo 2011 – 2013, identificamos que en todos los casos es menor al PIM lo que indica que en el PAN del gobierno municipal de Masisea se ejecutó menos de lo inicialmente planificado.

Tabla N° 4.4. Presupuesto General y del PAN en Soles del Gobierno Municipal de Masisea entre los años 2011 y 2013

Año	PIM		Ejecución Presupuestal		
	Ppto. General	PAN	Girado		
			Ppto. General	PAN	%
2011	9,358,239	0	7,973,895	0	0
2012	14,306,166	144,752	12,924,530	128,357	1
2013	12,292,155	32,640	10,096,466	27,323	0.3

Fuente: Consulta Amigable del MEF del 29/06/2014

Como se aprecia en la tabla 4.4 el gobierno municipal de Masisea en el año 2012 tuvo una ejecución presupuestal del PAN de 128,357 soles cuando el PIM ascendía a 144, 752 soles y en el año 2013 ejecutó 27,323 soles de un PIM que de 32,640 soles. Debemos anotar también que la cantidad de recursos

³⁴ Cf. MESA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA. *Programa Articulado Nutricional. Balance 2011*. Lima: 2011.

financieros girados en la ejecución presupuestal del año 2013 para el PAN del gobierno municipal de Masisea fue aproximadamente la quinta parte de lo ejecutado en el año 2012.

La baja movilización de recursos financieros para la disminución de la DCI en el presupuesto regular del gobierno municipal de Masisea se torna más crítica cuando observamos los incentivos transferidos por el cumplimiento de metas del PI a diciembre 2012 y diciembre 2013: 570,087³⁵ soles y 845,876³⁶ soles respectivamente. Asimismo, según los reportes que se hicieron llegar a la DIRESA Ucayali, el GM de Masisea informa haber invertido la cantidad de 13,831 soles en el 2013. Es decir, los incentivos transferidos por el cumplimiento de metas del PI en el gobierno municipal de Masisea, entre las que se encuentran la implementación y funcionamiento del CPVC son mucho mayores que los recursos financieros girados en la ejecución presupuestal del PAN en el 2012 y 2013: 128,357 soles y 27,323 soles respectivamente, programa presupuestal donde idealmente debería programarse los incentivos del PI vinculados al cumplimiento de la meta de CPVC.

Esta información evidencia que la disminución de la DCI no es una prioridad para el gobierno municipal de Masisea y en este contexto la movilización de recursos para la reducción de la DCI se ve afectada. Es importante señalar que la normativa del PI³⁷ indica que después de emitido el Decreto Supremo que autoriza la transferencia de recursos a favor de las municipalidades, éstas tienen que incorporar dichos recursos a su presupuesto destinándolos exclusivamente a los objetivos del PI:

- Incrementar los niveles de recaudación de los tributos municipales, fortaleciendo la estabilidad y eficiencia en la percepción de los mismos.

³⁵ MEF. Decreto Supremo N° 168-2013-EF "Autorizan Crédito Suplementario en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, a favor de los Gobiernos Locales, en el marco del Plan de Incentivos a la mejora de la Gestión y Modernización Municipal". 2013.

³⁶ MEF. Decreto Supremo N° 337-2013-EF "Autorizan Crédito Suplementario en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, a favor de los Gobiernos Locales, en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal y aprueba medida sobre distribución de recursos del referido Plan". 2013.

³⁷ MEF. Decreto Supremo N° 002-2013-EF "Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2013" aprobado el 9 de enero del 2013.

- Mejorar la ejecución de proyectos de inversión, considerando los lineamientos de política de mejora en la calidad del gasto.
- Reducir la desnutrición crónica infantil en el país.
- Simplificar trámites generando condiciones favorables para el clima de negocios.
- Mejorar la provisión de servicios públicos.
- Prevenir riesgos de desastres.

Sin embargo, la investigación evidencia que, tanto funcionarios del gobierno municipal de Masisea como informantes clave han coincidido en señalar que los recursos transferidos al gobierno municipal, en el marco del PI, pueden ser distribuidos entre todos los objetivos o priorizando solo alguno de ellos, por lo que cabe la posibilidad que el objetivo vinculado a reducir la DCI canalice un porcentaje mínimo de recursos cuando dicho objetivo no es una prioridad para los funcionarios de un gobierno municipal.

“En lo que es incentivos, dice, tu puedes gastar en los 5 objetivos que plantea el plan, en base a ello está orientado lo único que nos han dicho en la capacitación del plan de incentivos dicen es que lo único que no puedes gastar es en personal, todo lo demás puedes vincularlos a los objetivos, mantenimiento de metas, mejoramientos de servicios públicos, mejoramiento de la participación, disminución de la DCI (inteligible) seguridad ciudadana, gestión de riesgo de desastres, eso es objetivos que no son prioritarios, tu puedes gastar en un solo objetivo como que puedes gastar en los 5 objetivos.” Coordinador de PI del gobierno municipal de Masisea.

Sobre el porcentaje del PI que se ha asignado a las actividades para mejorar la nutrición infantil en el distrito: “25% el año pasado (2013). Entre 20 y 25% porque hay que considerar que Qali Warma tiene diferentes programas entonces se distribuye casi igual al promedio que recibimos.” Sub Gerente de la Oficina de Planes y Presupuesto del gobierno municipal de Masisea.

“Los GL tienen autonomía y libertad para gastar los fondos de acuerdo a sus prioridades distritales, siempre en el marco de la descentralización”. Funcionarios del MEF.

- Fiscalización de Recursos

Finalmente, el personal de salud del distrito de Masisea manifiesta desconocer la cantidad de recursos recibidos por su gobierno municipal en el marco del PI. Esta situación limita la posibilidad del personal de salud de incidir en la movilización de mayores recursos para acciones orientadas a reducir la DCI como el CPVC.

En su diseño, el PI no contempla un mecanismo de fiscalización del uso de recursos transferidos al gobierno municipal, solo señala que al cierre de cada ejercicio presupuestal, se deberá informar al Concejo Municipal y al Órgano de Control Interno (OCI) el uso de los recursos transferidos por cumplimiento de metas del PI. El Titular de cada pliego supervisará bajo responsabilidad que los recursos del PI, efectivamente estén orientados a dichos objetivos, y prioritariamente al sostenimiento y cumplimiento de las metas establecidas en cada año³⁸.

Esta situación ha sido corroborada en el trabajo de campo con funcionarios del gobierno municipal de Masisea e informantes clave:

Sobre como se realiza la fiscalización: “En informes que se remiten a la OCI. Mis informes, los informes de las áreas responsables de cubrir la meta y eso se remite al OCI y ellos qué medida tomaran” Coordinador de PI del gobierno municipal de Masisea.

“Nosotros, recibimos el Plan de Incentivos 2 veces al año, correcto, y se hace la programación, la fiscalización, digamos esta en este sentido, se hace la programación del trabajo del PI, la inversión de diferentes programas creo dentro del PI. Hacemos el Plan de Trabajo y se somete a consulta de la Gerencia Municipal y de la Gerencia de Planificación y Presupuesto 2 veces al año. Ahí se decide, de esa manera está controlada la utilización de los recursos” Sub Gerente de la Oficina de Planes y Presupuesto del gobierno municipal de Masisea.

“Desde el MEF no se fiscaliza el gasto de los fondos transferidos a los GL. La fiscalización del gasto es de competencia de la oficina de contraloría interna OCI,

³⁸ MEF. *Decreto Supremo N° 002-2013-EF “Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2013”* aprobado el 9 de enero del 2013.

del Ministerio Público y de las OSC, como la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza. No existe mecanismos de fiscalización del gasto en los niveles regionales y locales, lo que existe es pautas para el gasto y más bien está claro en lo que no pueden gastar. Lo que importa es el cumplimiento de metas, no se supervisan procesos si no resultados”. Funcionarios del MEF.

Sin embargo, a la fecha no ha habido observaciones provenientes de esta instancia. Hay la posibilidad de que no se haya encontrado ninguna observación al uso de recursos del PI pero también que los mecanismos de fiscalización de la OCI a nivel local se encuentren debilitados.

4.2 CONOCIMIENTO Y ACCESO A CAPACITACION SOBRE EL PI, EL CPVC Y SOBRE INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

El conocimiento de las intervenciones es un factor de suma importancia para favorecer la articulación intersectorial. Licha, Molina y Repetto (2007) señalan que uno de los criterios que permiten afianzar la coordinación de las intervenciones públicas en los problemas sociales es disponer de sistemas de monitoreo y evaluación, junto con una estrategia de información y comunicación, con el fin de poder informar, sensibilizar, asegurar equidad en el acceso a la información y favorecer el diálogo entre los actores claves para mejorar la pertinencia de las intervenciones³⁹.

En la presente investigación hemos querido caracterizar esta variable a partir del conocimiento de las metas establecidas en el PI, el conocimiento de las normativas vinculadas al PI y del CPVC y el conocimiento de la problemática de la DCI en los funcionarios del GM y el personal de salud de Masisea. Asimismo, se ha considerado el acceso a la capacitación de funcionarios del GM, personal de salud y agentes comunitarios de salud.

La investigación ha determinado que existe un conocimiento parcial de las metas establecidas en el PI y si bien se conoce las normativas no hay mecanismos que permitan difundirlo de mejor forma, especialmente entre otros funcionarios del GM. Por otro lado, si bien se comprende las consecuencias de la DCI en el

³⁹ Cf. LICHA, MOLINA y REPETO. La coordinación de las intervenciones públicas en los problemas sociales: Desafíos y estrategias. 2007.

distrito de Masisea, el acceso a la capacitación de funcionarios del GM, personal de salud y agentes comunitarios de salud es de grado medio y tiene muchas dificultades vinculadas especialmente a la metodología, contenidos y frecuencia.

4.2.1 Conocimiento de metas y acciones del PI vinculadas a la reducción de la DCI

El PI implica una transferencia condicionada de recursos financieros, adicionales al presupuesto institucional de las municipalidades, por el cumplimiento oportuno de metas que deben alcanzar en un período de tiempo determinado.

Estas metas están orientadas al logro de diversos objetivos, entre ellos, reducir la DCI. Entre el 2011 y 2013 las metas y las acciones del PI orientadas a la reducción de la DCI han ido variando en este periodo de tiempo tal como se aprecia a continuación:

Tabla 4.5 Metas del Plan de Incentivos a la Mejora y Modernización Municipal entre el 2011 y 2013

Año	Metas
2011 DS N° 183-2010-EF Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal	Al 30 de junio de 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Recaudación mínima del Impuesto Predial – Implementación del Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH – Inscripción y envío al RENIEC de las Actas de Nacimiento con el Registro Único de Identificación (CUI) de Nacimientos Al 31 de diciembre de 2011 <ul style="list-style-type: none"> – Recaudación mínima del Impuesto Predial – Implementación del Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH – Inscripción y envío al RENIEC de las Actas de Nacimiento con el Registro Único de Identificación (CUI) de Nacimientos – Formulación y Ejecución Presupuestal en el Programa Articulado Nutricional. – Cumplimiento de CRED óptimo: Número de niñas y niños < a 1 año. – Incremento en la afiliación de menores a 5 años al Seguro Integral de Salud -SIS – Incremento en el Registro de Identidad de los niños menores de 5 años de edad.
2012 DS N° 004-	Metas al 31 de Julio del año 2012 <ul style="list-style-type: none"> – Envío del Registro Único de Beneficiarios del Programa del

<p>2012 - EF: Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2012</p>	<p>Vaso de Leche y del Programa de Comedores Populares al SISFOH⁴⁰.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de un estudio técnico de análisis de peligro y vulnerabilidades de un sector crítico de riesgo de desastre urbano identificado en el distrito en materia de vivienda, construcción y saneamiento, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento <p>Metas al 31 de diciembre del año 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envío bimensual al Programa Cuna Más de la información de los niños recién nacidos en el distrito entre los meses de agosto a diciembre en un plazo no mayor de 2 meses de efectuado el registro en el acta de nacimiento. - Implementación de un Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y del niño, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud. - Envío del Registro Único de Beneficiarios del Programa del Vaso de Leche y del Programa de Comedores Populares al SISFOH⁴¹.
<p>2013 DS N° 002-2013 - EF Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del 2013.</p>	<p>Meta al 31 de Julio de 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar una ejecución presupuestal de inversiones igual o mayor al 40% y Alineamiento Estratégico de la Inversión del 70% - Supervisión y generación de compromisos para la mejora de la infraestructura y/o el equipamiento para el servicio de alimentación en IIEE públicas en el marco del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma - Implementación y Fortalecimiento de las Unidades Locales de Focalización (ULF) <p>Meta al 31 de Diciembre de 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar una ejecución presupuestal de inversiones igual o mayor al 70% y Alineamiento Estratégico de la Inversión del 70% - Reducción de brechas censales por empadronamiento de las Unidades Locales de Focalización (ULF) - Registro y Funcionamiento de la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente - DEMUNAS - Disposición final segura de residuos sólidos recolectados por el servicio municipal de limpieza pública - Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y del niño. - Padrón Nominal distrital de Niñas y Niños menores de 6 años homologado y actualizado - Elaboración de un estudio de evaluación de riesgo de desastre de un sector crítico de riesgo de desastre urbano en el distrito, en materia de vivienda, construcción y saneamiento, de acuerdo a los criterios establecidos por el MVCS.

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras

Como podemos apreciar en la Tabla 4.5, el CPVC se incorpora como meta en el PI a partir del año 2012. Si bien no es la única meta vinculada a la disminución

⁴⁰ Las municipalidades distritales deben enviar el Registro Único de Beneficiarios del Programa del Vaso de Leche.

⁴¹ IDEM

de la DCI podemos afirmar que es la meta que en su ejecución puede contribuir de mejor forma en la disminución de la DCI.

“Si el funcionamiento (del CPVC) se da como está en los documentos del PI y del CPVC, puede ayudar a la disminución de la DCI”. Consultor Nacional UNICEF.

Por este motivo, el ponderado para la asignación de los recursos por el cumplimiento de meta que corresponde al gobierno municipal⁴² del distrito de Masisea es más alto con respecto a las otras metas: 40% en el 2012 por la implementación de un CPVC y 20% en el 2013 por el funcionamiento de un CPVC.

Tabla 4.6. Ponderadores para la asignación de los recursos por el cumplimiento de metas en municipalidades de ciudades no principales con más de 500 viviendas urbanas

Año 2012	Año 2013
<ul style="list-style-type: none"> - Envío bimensual al Programa Cuna Más la información de los niños recién nacidos en el distrito entre los meses de agosto a diciembre en un plazo no mayor de 2 meses de efectuado el registro en el acta de nacimiento (30%) - Implementación de un centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño, de acuerdo a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud (40%). - Envío del Registro Único de Beneficiarios del Programa del Vaso de Leche y del Programa de Comedores Populares al SISFOH. (*) (30%) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcanzar una ejecución presupuestal de inversiones igual o mayor al 70% y Alineamiento Estratégico de la Inversión del 70% (20%) - Reducción de brechas censales por empadronamiento de las Unidades Locales de Focalización (ULF) (20%) - Registro y Funcionamiento de la Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente - DEMUNAS (10%) - Disposición final segura de residuos sólidos recolectados por el servicio municipal de limpieza pública (10%) - Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado integral de la Madre y del Niño (20%) - Padrón Nominal distrital de Niñas y Niños menores de 6 años homologado y actualizado (10%) - Elaboración de un estudio de evaluación de riesgo de desastre de un sector crítico de riesgo de desastre urbano en el distrito, en materia de vivienda, construcción y saneamiento, de acuerdo a los criterios establecidos por el MVCS (10%)

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras.

⁴² El gobierno municipal de Masisea es considerado por el PI como Municipalidad de ciudad no principal con más de 500 viviendas urbanas.

En la Tabla 4.6 podemos observar la ponderación utilizada por el Ministerio de Economía y Finanzas para la asignación de los recursos por el cumplimiento de tres metas en el año 2012 y de siete metas en el año 2013 en las Municipalidades de Ciudades No Principales con más de 500 Viviendas Urbanas.

Tal como se mencionó, las metas correspondientes a la implementación (2012) y al funcionamiento (2013) de un CPVC tienen mayores ponderaciones con respecto a las otras metas. Por otro lado, podemos observar que en el 2012 hubieron menor cantidad de metas (3 metas) con respecto al 2013 (7 metas); sin embargo, la totalidad de metas establecidas para el 2012 se vinculan a la reducción de la DCI mientras que en el 2013 solo 3 de las 7 metas establecidas se vinculan a esta problemática. Esta situación es importante analizar en el marco de la movilización de recursos a favor de la reducción de la DCI pues a mayor cantidad de metas, mayor dispersión de las ponderaciones establecidas por el Ministerio de Economía y Finanzas. Inclusive, como ya se evidenció en otro numeral del presente capítulo, la normativa permite que los gobiernos municipales utilicen los incentivos distribuidos entre todos los objetivos del PI o se concentren en uno de ellos.

“El MEF remesa fondos a los GL, pero deja en libertad a los GL para que ellos definan la cantidad de dinero para cada meta. Desde el MEF no está direccionado la cantidad que se asigna a las metas. Lo decide el equipo del nivel local, puede ser el contador, los regidores, etc. No está regulado. Los criterios para determinar la cantidad del presupuesto del PI para la reducción de la DCI lo define el GL de acuerdo a sus necesidades y prioridades establecidas en sus planes de desarrollo distritales” Funcionarios del MEF en el nivel central.

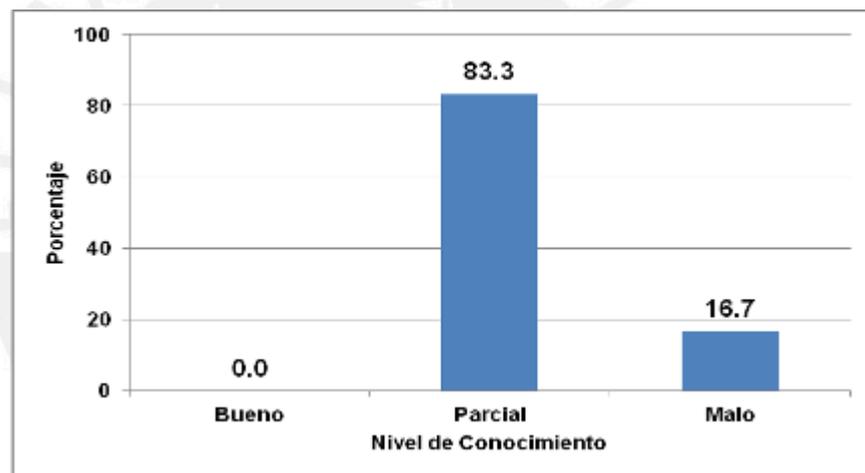
La investigación evidencia que el conocimiento de las metas y acciones propuestas por el PI que se vinculan a la reducción de la DCI en los funcionarios del gobierno municipal y el sector salud es parcial y no actualizado. En ese sentido, los funcionarios del sector salud hacen referencia a metas que actualmente no están vigentes y los funcionarios del gobierno municipal, si bien conocen las metas vigentes, no identifican claramente cuáles podrían vincularse a la reducción de la DCI.

“(Las metas del PI son) incrementar la afiliación al SIS de los niños, vacunas y nutrición infantil” Jefa del CS Masisea.

“Tenemos metas por área, en el área materno: los partos en los EESS, tenemos gestantes con suplemento de hierro, vacuna y paquete educativo. Niño con controles, cuenten con DNI, su paquete educativo y suplemento de MMN” Jefa del PS Masisea

“...y en nuestro caso solo es el CPVC. Por lo que es el SISFHO no es precisamente disminución de DCI, ahorita pues se puede sacar la base de datos, el SISFHO si puede ser. El Qali Warma realmente ataca la desnutrición pero no ataca de 0 a 3 años, antes era de 5” Coordinador de PI en el Gobierno Municipal de Masisea.

Figura 4.5. Conocimiento de las metas y acciones establecidas en el PI vinculadas a la reducción de la DCI



Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

La figura 4.5 nos muestra claramente que el mayor porcentaje de funcionarios del gobierno municipal Masisea y del sector salud tanto en el C.S Masisea como el PS Santa Rosa de Masisea tienen un conocimiento parcial de las metas y acciones vinculadas a la reducción de la DCI que plantea el PI lo que limita a su vez el conocimiento del avance o nivel de cumplimiento de dichas metas y acciones. Un porcentaje menor corresponde a un mal conocimiento de las metas y acciones vinculadas a la reducción de la DCI que plantea el PI que en la práctica fue uno de los funcionarios del GM que desconocía dichas metas y acciones.

Sin embargo, debemos resaltar que quien más se aproximó al conocimiento de las metas fue la jefa del PS Santa Rosa de Masisea:

Sobre las acciones del CPVC “Todo lo que es cuidado de la gestante y del niño, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, sesiones educativas como el lavado de manos, cuidado del RN, cuidado de la gestante. La Vigilancia Comunal lo hacen los promotores, es en relación al banner donde vemos a los niños en qué condiciones están, si tienen vacunas, CRED, si toman el hierro y si tienen su paquete educativo y la evaluación nutricional del niño. Si está en riesgo o normal para su edad. Eso es lo que vemos en el banner. En gestante lo que nosotros vemos es la asistencia al EESS, si toma el hierro, la vacuna y el paquete educativo: el que tenga la sesión demostrativa, educativa, cepillado de dientes y lavado de manos, deben tener por lo menos 4 sesiones. Toma de decisiones”.
Jefa del PS Santa Rosa de Masisea.

4.2.2 Conocimiento de la normativa del PI y del CPVC

Existe consenso en que la normativa generada ayuda a conocer y comprender mejor la meta y las acciones, pero se considera que no es suficiente por lo que se requiere de espacios de difusión al interno del GM y del sector salud, así como, capacitación más frecuentes que permitan analizar mejor la normativa ya que los espacios de capacitación son muy esporádicos y/o centralizados en Lima o en la capital de la Región que requieren incorporar el análisis y contextualización local de la situación de las niñas y niños.

“Lo que es sector salud sí conoce lo que hacen, en cambio la municipalidad se basa en los documentos, pero no lo analizan. Nosotros vemos los avances y la municipalidad solo ve números, no hace un análisis de avance, si hay mejoras o no..... En reuniones que hacemos con la Municipalidad, el año pasado tuvimos dos reuniones. Debería haber más reuniones para analizar los avances y problemas”. Jefa del PS Santa Rosa de Masisea.

“Capacitación. Mire vamos a suponer que yo salgo y entra otra persona que no está imbuido en el tema y las capacitaciones son distantes, muy esporádicas y son el principio de los programas, entonces tendría que agarrar el instructivo y no es todo. Las capacitaciones deben ser regionales y más frecuentes”. Sub Gerente de la Oficina de Plan y Presupuesto.

Si bien en la investigación se ha identificado que las personas clave más vinculadas a la implementación y funcionamiento del CPVC tanto el GM de Masisea como en el CS de Masisea y PS de Santa Rosa de Masisea, conocen la normativa vinculada al PI y CPVC se requiere incrementar los mecanismos de difusión, especialmente al interno del GM para movilizar el apoyo de otras áreas y para minimizar los riesgos que puede conllevar el cambio o rotación de personal. Por otro lado, es importante incorporar espacios de análisis y reflexión sobre lo que implica el PI para las niñas y niños de Masisea que permitan no solo conocer sino comprender mejor la normativa y afianzar el compromiso de los involucrados.

4.2.3 Conocimiento de Problemática de la DCI en el distrito de Masisea

Los funcionarios del gobierno municipal identifican los efectos DCI en el distrito de Masisea, pero al no existir acciones concretas en su política o en la movilización de recursos más allá de lo estrictamente necesario, se asume que no es una prioridad en la gestión. La percepción del personal de salud es que los funcionarios del gobierno municipal no están sensibilizados con la DCI y sólo se limitan a proveer financiamiento y logística.

“Según lo que dicen los libros, estudios, no lo que digo yo, afecta el desarrollo de la capacidad humana, sino tenemos un capital humano, eso afectaría a Masisea y por ende al Perú, es lo que dicen todos los estudios” Coordinador de PI del Gobierno Municipal de Masisea.

“Afecta en el desarrollo y en el conocimiento. En su desarrollo, si la gente no responde es porque está mal preparada desde su niñez, aquí regular, en los centros poblados mala, no todos los profesores son iguales, los niños van con sueño, con hambre, lánguidos, van al colegio porque los obligan a ir al colegio”. Sub Gerente de la Oficina de Plan y Presupuesto del Gobierno Municipal de Masisea.

Los funcionarios del sector salud también identifican los efectos DCI en el distrito de Masisea pero dicho conocimiento es mucho más fino en el PS Santa Rosa de Masisea donde se ha observado y otros actores han reconocido un mayor nivel de compromiso.

“Bajo rendimiento escolar, ausentismo los niños no llegan a culminar sus estudios”. Jefa del PS Santa Rosa de Masisea.

“Afecta bastante, ha mejorado, aunque ya no reciben los alimentos, ahora tenemos otra forma de evaluar el estado nutricional, por que antes se evaluaba con otra escala. Ahora desde el primer mes evaluamos la curva. Sí es un problema, porque el Presidente dice que ya resolvió, que ya no hay desnutrición, pero el problema es que no tienen recursos y siguen teniendo hijos, tienen un niño de un año y ya salen embarazadas, no es problema del Gobierno, eso depende de uno mismo, deben tener dos hijos y no más, porque mucho invertimos, y ellos siguen recibiendo, recibiendo y teniendo más hijos”. Jefa del CS Masisea.

4.2.4 Acceso a Capacitación sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI

Es importante recordar que esta estrategia comunitaria implica la participación de las autoridades de los gobiernos locales, del sector salud, de los agentes comunitarios en la programación, ejecución y evaluación de las actividades concernientes a la vigilancia comunitaria. Por ello es importante que todos los actores estén capacitados en la iniciativa, conozcan los mecanismos para su implementación, trabajen de manera coordinada y asuman las responsabilidades asignadas.

En el distrito de Masisea, al igual que en los 556 distritos a nivel nacional donde se implementan los CPVC, se han realizado las capacitaciones sobre esta iniciativa, durante los años 2012 y 2013. En el año 2012, la capacitación estuvo centrada en la construcción y equipamiento del CPVC y en el 2013 sobre su funcionamiento.

El análisis de la información permite afirmar que el acceso a capacitación sobre esta iniciativa es de grado medio. La calificación de grado medio se atribuye al cumplimiento de 3 de los 4 requisitos para calificar como un grado alto de acceso a las capacitaciones: participación en capacitación, permanecen en sus cargos, consideran que la capacitación les ayuda a mejorar su trabajo, pero no se realiza seguimiento y actividades de supervisión a los capacitados en ningún nivel.

- Participación en Capacitación y Permanencia de Capacitados

La siguiente tabla nos muestra la participación en eventos de capacitación y de la permanencia de los capacitados en sus cargos.

Tabla 4.7: Nº de entrevistados que recibieron capacitación sobre el CPVC por sector y permanencia en el cargo, 2012-2013

Sector	Nº de entrevistados	Nº de capacitados	Permanecen en el cargo
Municipalidad de Masisea	3	2	2
Centro de Salud Masisea	2	1	1
Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea	1	1	1
Agentes Comunitarias de Salud	2	2	2
Total	8	6	6
%	100	75	75

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

En el GM del distrito de Masisea, el coordinador del PI y el Sub-gerente de Presupuesto (2 de los 3 entrevistados) fueron capacitados por el nivel central del MINSA-MEF y la DIRESA sobre la normativa, implementación, funcionamiento y monitoreo del CPVC. El Sub-Gerente de Asuntos Sociales, de reciente designación, no ha sido capacitado y desconoce las actividades y metas del PI, lo que limita su participación en esta iniciativa que podría verse potenciada por su gerencia.

En cuanto al personal de salud, accedieron a la capacitación 3 participantes: dos del centro de salud y uno del puesto de salud Santa Rosa de Masisea. Fueron capacitados por la responsable de PROMSA de la DIRESA, en un evento de 3 días de duración, donde les informaron en qué consistía la iniciativa del CPVC y cómo se estaba realizando en otras Regiones. Los temas tratados fueron sobre crecimiento y desarrollo infantil. Uno de los capacitados ya no se encuentra en funciones en el centro de salud y la persona que la reemplaza no ha sido capacitada.

Los capacitados realizaron la réplica en el CS y capacitaron a 2 agentes comunitarias – ACS del caserío Santa Rosa de Masisea. En la capacitación a las ACS, se incluyó además de dar a conocer la estrategia del CPVC, el fortalecimiento de habilidades para pesar, tallar a los niños, conocimiento sobre nutrición infantil y de la gestante, higiene, seguimiento y la vigilancia comunal.

En el último año tuvieron 3 capacitaciones y consideran que les ha permitido desarrollar mejor las actividades en el CPVC, sin embargo manifestaron la inexistencia del seguimiento y supervisión a los capacitados.

- Contribución de la capacitación al trabajo realizado por los participantes y acciones de seguimiento y supervisión

El 100% de los entrevistados capacitados manifestaron que la capacitación les ha ayudado a realizar mejor el trabajo relacionado con la salud infantil, a compartir experiencias con otros distritos y a entender mejor la problemática de la desnutrición infantil. Sin embargo, el 100% afirmó que no se realiza seguimiento y supervisión a los capacitados en ningún sector y nivel.

Tabla 4.8: Percepción de las capacitaciones, seguimiento y supervisión

Condición	SI %	NO %	TOTAL n
Considera que la capacitación le ha ayudado a mejorar su trabajo	100	0	6
Realizan seguimiento y supervisión a los capacitados	0	100	6

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

Para que los implementadores de la iniciativa cuenten con una guía, el Ministerio de Salud ha elaborado y distribuido un instructivo normativo denominado Criterios Técnicos para la implementación del CPVC (MINSAL, 2012) y Criterios Técnicos para el funcionamiento del CPVC (MINSAL, 2013), los que contienen las metas e indicadores a conseguir. En el distrito de Masisea, sólo la mitad de los entrevistados (4) cuentan con el documento. Llama la atención que los agentes comunitarios de salud, operadores directos de la iniciativa, no cuentan con el documento, cuando precisamente son los actores que deben conocer y contar con la guía.

Tabla 4.9: N° de entrevistados por sectores que cuentan con documento Criterios Técnicos para la implementación y funcionamiento del CPVC

Sectores	N° entrevistados	N° entrevistados que tienen documento
Municipalidad Distrital	3	2
Centro de Salud	2	1
Puesto de Salud	1	1
Agentes Comunitarias de Salud	2	0
Total	8	4

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

4.2.5 Problemas para el acceso a capacitación y propuestas de mejora

Según manifiestan, los problemas para acceder a las capacitaciones son la falta de tiempo y la carga de trabajo ocasionado por la escasez de personal (63%) y falta de financiamiento (25%). Para superar estos problemas, los entrevistados sugieren aumentar el personal en el CS y el PS (50%), incrementar el financiamiento para mejorar la logística, contar con movilidad para desplazamientos al puesto de salud para monitorear y supervisar la implementación del CPVC (38%).

Tabla N° 4.10: Problemas para el acceso a capacitación y propuestas para mejorar

Opinión de los entrevistados	Problemas	%	Propuestas de mejora	%
Falta de tiempo y sobrecarga de trabajo	5	63		
Falta de financiamiento	2	25		
No sabe	1	12		
Incrementar financiamiento (logística, supervisión, movilidad)			3	38
Incrementar personal de salud			4	50
No sabe			1	12
Total:	8	100	8	100

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

La meta del CPVC es establecida por el sector salud y es su responsabilidad el cumplimiento adecuado, realizando las capacitaciones, el seguimiento a los capacitados y la supervisión y monitoreo del cumplimiento de las actividades registradas en los planes de trabajo del CPVC, sin embargo la supervisión y el monitoreo por parte de la DIRESA aún es débil.

Si bien es cierto 75% de los actores han recibido la capacitación, como ya se manifestó, ésta no ha sido suficiente ni eficiente, pues el conocimiento que tienen sobre la normativa del PI es parcial tanto para los funcionarios municipales como para los de salud, aunque éstos últimos están mejor informados. Conocedores de este problema, el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF, está realizando esfuerzos para fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales y ha firmado un convenio con la agencia alemana de cooperación GIZ para ofrecer asistencia técnica a los GL. Asimismo, el Ministerio de Inclusión Social - MIDIS y los Gobiernos Regionales están trabajando una iniciativa llamada Fondo de Estímulo al Desempeño para mejorar la cadena presupuestal del Programa Articulado Nutricional y Materno neonatal.

4.3 PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PI PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CPVC Y REDUCCIÓN DE LA DCI

Un aspecto clave en la gestión de los programas sociales y en las iniciativas comunitarias es la participación, tanto de los gestores como de la población beneficiaria y sus organizaciones. Como ya se ha señalado la participación es indispensable para la correcta operación de la política social y de los programas sociales pues aseguran un impacto mayor y mejora la sostenibilidad de los mismos en el tiempo, ya que se produce un apropiamiento por parte de los beneficiarios de los programas. Un estudio del BID (1997) señala que la participación tanto en la etapa de diseño como ejecución del programa, contribuye a aumentar la satisfacción de los usuarios, ya que éstos logran una oferta que se adecua mucho más a sus necesidades. Otro beneficio de la participación se manifiesta en la disposición de los beneficiarios a cofinanciar parte de los programas, lo que significa liberar recursos para la entidad pública

financista y, fundamentalmente, mayor apropiamiento del programa por parte de los beneficiarios.

Asimismo, incrementa la equidad, ya que al incorporarse alguna instancia participativa en el momento de la asignación del presupuesto, los beneficiarios tienen capacidad de reestructurar la oferta de manera que esta se oriente más claramente hacia los grupos más vulnerables. Finalmente, el BID también sostiene que las instancias de participación en programas sociales son una oportunidad para el aprendizaje social y la innovación, ya que las personas identifican un propósito común, lo que les permite establecer prioridades y desarrollar estrategias. Del mismo modo, la participación en los programas sociales redundará en fortalecer las organizaciones sociales locales y promover la vigilancia del cumplimiento de las políticas públicas.⁴³

En el caso concreto del CPVC, estrategia que contribuye a la disminución de la desnutrición crónica infantil en concordancia a uno de los fines y objetivos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI), tendrá el impacto esperado por la participación activa y articulada de los agentes comunitarios de salud, de las autoridades del gobierno municipal y del personal de salud.

Las categorías consideradas para la calificación del grado de participación de los actores fueron: asistencia a las reuniones de manera periódica; toma de decisiones conjuntas y cumplimiento de ellas; el sector salud realiza actividades de promoción de la salud con la población en coordinación con el Municipio; la población participa en la iniciativa.

La información recogida evidencia que el nivel de participación de los actores involucrados en la implementación del CPVC es bajo. Dicha calificación se atribuye al cumplimiento de sólo 2 de los 4 requisitos para calificar como un nivel de participación alto: los que conforman el equipo asisten a las reuniones de manera esporádica; toman decisiones conjuntas, pero no siempre se cumplen; el

⁴³ Cf. IRRAZABAL, Ignacio. *Participación ciudadana en programas de reducción de la pobreza en América Latina: experiencias en Argentina, Chile, Perú y Paraguay*. 2005, p.4-27

sector salud realiza actividades de promoción de la salud con la población, pero la participación de la población aún es baja.

4.3.1 Convocatoria y asistencia a las reuniones

La Jefa del PS Santa Rosa, en coordinación con la municipalidad y de acuerdo al plan programado es la encargada de convocar a las reuniones. Según información proveniente del personal de salud, los funcionarios municipales asisten de manera irregular a las reuniones convocadas para organizar el funcionamiento del CPVC. Salud y los ACS participan activamente de la iniciativa, y cumplen en la medida que los recursos les permita con las actividades planteadas en el instructivo.

Los agentes comunitarios de salud manifiestan que se reúnen periódicamente con la jefa del puesto de salud para organizar el funcionamiento del CPVC. Afirman que si bien se cumple con las actividades del CPVC, aún se requiere mejorar su funcionamiento, dotándolo de equipamiento adecuado, incrementar los días y horarios de atención (actualmente sólo atiende una vez por semana), incorporar a más ACS, mejorar la oferta y demanda realizando actividades de información, educación y comunicación en la población.

“Convocamos a todas las madres 3 veces por semana, ahí nos reunimos para que funcionen. Para organizar el funcionamiento la licenciada Mirna nos hace llamar o nosotros vamos a la posta a preguntar qué vamos a hacer y qué día nos vamos a reunir o que charla primero vamos a hacer, que tema vamos a hacer, tal día vamos a hacer la demostración de los alimentos nos dice ella y en base a eso convocamos a las familias” Agente comunitario de salud.

El Sub-Gerente de Plan y Presupuesto manifiesta que realiza coordinaciones con el sector salud para el desarrollo de las actividades; sin embargo el coordinador del PI y el Sub-Gerente de Asuntos Sociales tienen una baja participación en estos procesos y desconocen las actividades y los pormenores del funcionamiento del CPVC. Esta situación impide una articulación eficiente entre los actores llamados a implementar esta iniciativa, restándole eficiencia. Llama la atención que el Coordinador del PI de la Municipalidad, manifieste que

no ha asistido a ninguna reunión de planificación del CPVC y desconoce la participación del sector salud, comunidad y de la municipalidad en el tema del funcionamiento del CPVC.

4.3.2 Toma de decisiones conjuntas, cumplimiento y factores que ayudan a que se cumpla

El 75% de los entrevistados manifestaron que se toman decisiones conjuntas para el funcionamiento del CPVC, como la programación de capacitaciones a agentes comunitarios, actividades comunales, compra de alimentos para las sesiones demostrativas, combustible, etc., pero sólo el 25% manifestó que los acuerdos se cumplen y un 50% afirmó que se cumplen de manera parcial, pues el financiamiento es escaso y no se cuenta con todo el equipamiento necesario.

Señalan que lo que ayuda a que se cumplan es el compromiso de las personas involucradas (63%). Como ejemplo de la toma de decisiones conjunta señalaron que ante la poca asistencia de la población al CPVC se acordó cambiar los horarios de atención, entregar incentivos a las madres que cumplan con sus paquetes educativos, como canastas, bingos, etc. Gracias a esa decisión la participación de la población está incrementándose de manera progresiva.

Tabla 4.11: Toma de decisiones conjuntas, cumplimiento y factores que ayudan a cumplir las decisiones

Opiniones de los entrevistados	Toman decisiones conjuntas	%	Las decisiones se cumplen	%	Factores que ayudan a que se cumplan	%
Si	6	75				
No	0	0				
No sabe	2	25				
Decisiones se cumplen			2	25		
Decisiones no se cumplen			0	0		
Se cumplen parcialmente			4	50		
No sabe			2	25		
Compromiso de personal					5	63
Trabajo en equipo					1	12
No sabe					2	25
Total:	8	100	8	100	8	100

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

4.3.3 El sector salud realiza actividades de promoción de la salud con la población y Participación de la población

El sector salud, a través de las ACS, desarrolla actividades de promoción de la salud con la población, orientando a las madres sobre el estado nutricional de los niños y motivándolas a asistir a los controles y cumplir con el esquema de vacunas, así mismo a las gestantes las orientan para que asistan a sus controles pre-natales. Sin embargo, la asistencia de la población al CPVC aún es baja y se requiere realizar acciones de educación, promoción y difusión de las actividades que desarrolla el CPVC. Afirman que de 24 familias solo asisten 12.

La participación activa de la población beneficiaria, en este caso de las madres de los niños, en la implementación del CPVC, contribuiría a mejorar su funcionamiento adecuándola a sus necesidades, a hacerla sostenible, a fortalecer las organizaciones de base y promover la vigilancia de la política. Pero sobre todo contribuiría a mejorar las prácticas saludables y generar condiciones

favorables en la comunidad para propiciar un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, previniendo la DCI.

“No toda La población participa y acepta, pero si nos escuchan, pero no les imponemos. El lavado de manos sí tratamos de enseñar. Se falla bastante en la limpieza, la mamá sigue embarrando” Jefa del CS Masisea

“El personal del puesto de salud coordina con las autoridades comunales y organizaciones de base acciones de promoción de la salud como por ejemplo sesiones educativas y demostrativas, pero la población no asiste mucho y falta que se empoderen pues no visualizan la participación en el CPVC como algo productivo. “De 24 familias sólo asisten 12”. Jefa Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea.

“Este año hemos hecho una chocolatada con todos, hemos dado a todos los niños sus panetoncitos, a todas las madres. A las cumplidas, porque hay muchas madres que no quieren venir, que no tienen tiempo”. Agente comunitario de salud.

Definitivamente se va a requerir desarrollar con la población actividades preventivas promocionales y de educación de mayor envergadura, y eso pasa por desarrollar un trabajo articulado con el gobierno municipal para que asigne mayor presupuesto para implementar de manera adecuada el CPVC, mejorando el equipamiento e incrementando los ACS.

4.3.4 Dificultades en la participación de los funcionarios municipales, personal de salud y ACS

Un problema que no solo es propio del CS de Masisea, si no común a todos los establecimientos de salud de la Región es la falta de personal de salud. 38% de los entrevistados manifestaron que la falta de recursos humanos y el tiempo eran las principales limitantes para una adecuada participación del sector salud, así como la falta de involucramiento (25%). Esta condición limita la participación adecuada de los proveedores de salud originando que desatienda actividades de seguimiento, supervisión y monitoreo con la finalidad de verificar el cumplimiento y medir los avances en el CPVC.

Tabla 4.12: Dificultades en el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal relacionado a la participación de los actores

Dificultades	Participación de los funcionarios municipales	%	Participación personal de salud	%	Participación ACS	%
Municipalidad debe mejorar logística y financiamiento	5	63				
Falta de fiscalización del presupuesto del PI	1	12				
No sabe	2	25				
Falta de recursos humanos y tiempo			3	38		
Falta de involucramiento de la Microred			2	25		
No sabe			2	25		
Falta de tiempo					2	25
Falta de recursos humanos					2	25
Falta de equipamiento, materiales e insumos					2	25
No sabe					2	25
Total:	8	100	8	100	8	100

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

El 63% de los entrevistados manifestaron que los funcionarios municipales deben mejorar la logística y el financiamiento del CPVC. Asimismo, la jefa del PS Santa Rosa de Masisea afirmó que desconoce el presupuesto asignado y ejecutado destinado al CPVC, pues la Municipalidad no comparte la información.

“El personal de la municipalidad debe mejorar la logística, el financiamiento.” Jefa del CS Masisea.

En cuanto a los ACS, las dificultades para una adecuada participación están mayormente relacionadas a la falta de equipamiento del CPVC, pues no cuentan con Kits requeridos para sesiones demostrativas en preparación de alimentos, así mismo falta materiales para promover el desarrollo infantil. Otro aspecto a resaltar es la poca cantidad de ACS con que cuenta el CPVC, este hecho es una limitación importante para un adecuado trabajo comunitario. Asimismo, se requiere capacitación permanente a las ACS por parte del personal de salud.

El año pasado se planificó, como parte de los incentivos no monetarios, la entrega mensual de canastas de víveres a los agentes comunitarios, pero no se llegó a efectuar, a cambio se les entregó vestimenta consistente en un casco, casaca y botas y una placa en la puerta de sus viviendas que les identificaba como tal. Según refieren la municipalidad entregó vestimentas a todos los trabajadores de la municipalidad con los fondos del PI.

“Siempre tenemos dificultades porque a nosotros nos hacen preparar los alimentos como promotoras, nosotros traemos todo preparado porque en el centro de vigilancia nos falta cocina, ollas y todos los utensilios. Podrían presentar su documento pidiendo la cocina para que no tener la dificultad. Necesitamos más capacitaciones para poder aprender por que en cada capacitación no te van a capacitar el mismo tema, de diferentes temas y nosotros queremos un poco de conocimiento para poder expresarnos mejor con las madres”. Agente Comunitario de Salud.

Escaso personal, falta de tiempo, múltiples funciones, difícil accesibilidad geográfica y escaso financiamiento son los problemas identificados que limitan la participación de los actores.

4.4 PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO MUNICIPAL, PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD SOBRE EL PI Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

Conocer la percepción de los actores acerca de la pertinencia y eficacia de la iniciativa como estrategia que contribuye a la disminución de la DCI arroja resultados interesantes en la medida que apoyará la formulación de propuestas de mejora, desde la perspectiva de los implementadores de la estrategia comunitaria.

Para operacionalizar esta variable se ha definido a la percepción como el grado de valoración de la pertinencia y eficacia del CPVC, entendida como pertinencia a la conveniencia y oportunidad del CPVC en el distrito, y a la eficacia como el logro de metas y objetivos con recursos disponibles en un tiempo determinado.

El análisis de la información permite afirmar que el grado de valoración de los actores respecto al funcionamiento del CPVC es bajo. La calificación del grado de valoración bajo se atribuye al cumplimiento de sólo 2 de los 5 requisitos para calificar como un grado de valoración alto: sólo el 25% de los entrevistados considera que el CPVC beneficia a la madre y al niño; 75% creen que el CPVC ayuda a disminuir la DCI; ningún entrevistado afirma que los recursos asignados son suficientes; 62.5% opina que falta mejorar el funcionamiento del CPVC; 50% piensa que hay avances en la reducción de la DCI en el distrito desde el inicio del CPVC.

Es preciso resaltar que esta información está referida al funcionamiento actual del CPVC, sin embargo 75% de los entrevistados opina que el CPVC tendría un impacto positivo en la disminución de la DCI si estaría bien implementado.

4.4.1 Pertinencia del CPVC: a quién beneficia y utilidad

Hay consenso que el CPVC beneficia a toda la comunidad, porque ayuda al cambio en los hábitos. 75% de los entrevistados afirmaron que beneficia a toda la población y que contribuye a la reducción de la DCI siempre y cuando esté bien implementado. Sólo las dos agentes comunitarias de salud afirmaron puntualmente que la iniciativa beneficia a la madre y niño, y que es una estrategia para reducir la DCI.

“El funcionamiento del CPVC ayuda a la reducción de la DCI, si nosotros tenemos prácticas saludables en todo el ámbito, vamos un poquito paliando el fenómeno de la desnutrición, tenemos ciertos programas como Qaliwarma o programas de salud de micronutrientes, eso le va ayudando, pero que hacemos dándole si todavía no saben comer, con las manos cochinas, están en la tierra, van y vienen por mas que les des lo que les des”. Sub-gerente de Plan y Presupuesto.

Es conocido que en la medida que se avanza en mejorar el conocimiento y las estrategias de capacitación a los actores, la participación mejora y por ende la implementación de las estrategias.

Tabla 4.13: Opiniones acerca de a quién beneficia el CPVC y si ayuda a disminuir la DCI

Opinión de los entrevistados	A quién beneficia	%	Ayuda a disminuir la DCI	%
A toda la población	6	75		
A la madre y niño	2	25		
Si			6	75
No sabe			2	25
Total:	8	100	8	100

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

4.4.2 Opinión sobre el presupuesto asignado

El 87.5 % de los entrevistados estuvieron de acuerdo en afirmar que el presupuesto asignado para el funcionamiento del CPVC es insuficiente. Consideran que esta situación impide que las actividades programadas sean adecuadamente implementadas, impidiendo el impacto deseado.

“porque no da para comprar todo, con el presupuesto compramos un poquito, no todo lo que se necesita. Por ejemplo, ayer las mamás han venido y no hemos invitado una gaseosa o algo no hemos podido brindar nada de bebida a las madres porque no tenemos. Damos un refrigerio, a veces preparamos refrescos o compramos pulpines o lo que da, ya vemos como vamos a completar”.
Agente Comunitaria de Salud

“Si pudiera mandarnos un poquito más de lo que nos mandan para poder completar todo lo que necesitamos y tener todo para nuestras actividades que realizamos porque a veces nos falta y la licenciada nos tiene que dar plata creo que de su bolsillo para completar”. Agente Comunitaria de Salud

En el marco de la descentralización, el gobierno municipal tiene autonomía para asignar los fondos de acuerdo a sus prioridades distritales, en ese sentido, los criterios para determinar la cantidad del presupuesto del PI para la reducción de la DCI lo define el gobierno municipal de acuerdo a su Plan de Desarrollo Concertado donde se establecen sus prioridades.

En ese sentido, si el financiamiento de los CPVC con recursos del PI finalizara, los funcionarios municipales opinan que la Municipalidad debería asumirlo, y por ello este año lo van a incluir en el presupuesto por resultados (PpR) para que tenga continuidad y sea sostenible. Al respecto, 87.5% de los entrevistados consideran que la municipalidad debería asumir el financiamiento del CPVC.

“Pero como repito, digamos la gran problemática sería no estamos nosotros a la altura de Coronel Portillo o de Yarinacocha que tienen inmensos recursos directamente recaudados por la captación tributaria que ellos tienen, entonces no estamos a esa altura, si creo que debería pero como ese es el problema, si nosotros no tenemos recursos para asumir este reto. Pero sin embargo, llegado ese caso tendríamos que trabajar de otra manera, por eso es que yo quiero en este año incluir el centro de promoción y vigilancia en el PpR para que tenga continuidad”. Sub-Gerente de Plan y Presupuesto.

La Jefa del CS, que a su vez es responsable de CRED, NIÑO e Inmunizaciones manifiesta no estar de acuerdo con que sea el Municipio quien administre los fondos para el funcionamiento del CPVC, pues considera desgastante estar solicitando a la municipalidad los requerimientos para solventar los gastos del CPVC.

Tabla 4.14: Consideran el presupuesto suficiente y que asuma el Gobierno Municipal el CPVC

Opinión de los entrevistados	Presupuesto suficiente	%	Que el Gobierno Municipal asuma el CPVC	%
Si es suficiente	0	0		
No es suficiente	7	87.5		
No sabe	1	12.5		
Si			7	87.5
No			1	12.5
Total:	8	100	8	100

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

4.4.3 Percepción acerca del funcionamiento del CPVC

Es de resaltar que ninguno de los entrevistados percibe que el CPVC funciona bien, y el 62.5% afirma que funciona, pero le falta mejorar. Los problemas percibidos para la implementación del PI en general y del CPVC en particular son: escasa participación del gobierno municipal, financiamiento insuficiente, falta de personal de salud y de ACS para implementar las actividades, falta de capacidades, falta de seguimiento y supervisión por parte del sector salud en todos los niveles.

Para mejorar el funcionamiento recomiendan incrementar el financiamiento, contar con mayor cantidad de promotores con incentivos, asistencia técnica y acompañamiento de la DIRESA, mejorar el equipamiento (balanzas, tallímetros, kits de juegos para niños), acompañamiento del CS Masisea con personal, mejorar la coordinación de salud con las autoridades locales y mayor involucramiento por parte de los titulares del pliego y de la Red de salud.

“Para que el CPVC mejore todavía falta mucho, por ejemplo, si bien es cierto se han implementado con juegos didácticos con mesas y sillas para las sesiones y aportamos para las sesiones, pero falta medir, llega un determinado grupo de niños digamos en talla, peso, y como va avanzando y no lo tienen el CPVC, lo tienen el centro de salud si lo tiene. Entonces eso faltaría implementar ponerse de acuerdo y digamos implementar, incluso me han solicitado agujetas y materiales para sacar sangre para enviar al laboratorio a proporcionar. Deberíamos trabajar para implementar un par de centros más.” Sub-gerente de Plan y Presupuesto.

“Pues que nos recompensen siquiera pues con algo no les pedimos las grandezas pero siempre un poco. Lo que ellos puedan, porque yo tengo mis niños no?, tengo mucho compromiso por mis niños”. Agente Comunitaria de Salud
“Más apoyo de personal, ponerle su data para capacitar, motor de luz, combustible mensual, 3 o 4 galones, sé que ella (jefe de PS) pone lo que es de ella”. Jefa del CS Masisea.

Tabla 4.15: Creen que el CPVC funciona bien

Condición	Nº	%
Funciona bien	0	0
Funciona, pero falta mejorar	5	62.5
No funciona bien	1	12.5
No sabe	2	25.0
Total	8	100

Fuente: Cuadro elaborado por las autoras en base a los datos recogidos en las entrevistas.

4.4.4 Percepción acerca de los avances en la reducción de la DCI desde el inicio del CPVC

Sobre los avances en la reducción de la DCI, a partir del funcionamiento del CPVC, el 50% de los entrevistados afirmaron que sí ha habido avances en la reducción de la DCI y que esto se evidencia en las estadísticas de servicio de sus programas. Sin embargo, las ACS perciben que no ha habido avances, pues cada año tienen nuevos casos de niños con DCI.

“Este año estamos trabajando con 30 niños y 12 están en rojo. Hay nuevos niños”.
Agente Comunitaria de Salud.

Por otro lado, el coordinador del PI y el sub-gerente de asuntos sociales dijeron que no conocían los avances en la reducción de la desnutrición infantil en el distrito. Esta información evidencia la necesidad de incorporar acciones de incidencia política para colocar en la agenda local la salud infantil como prioridad, tanto en el discurso como en la práctica, generando el compromiso de los funcionarios municipales con información clara de la situación de la infancia en el distrito.

Asimismo, no se visualiza un acompañamiento del gobierno municipal para los temas de salud de manera integrada, sino más bien fragmentada, sin una visión de conjunto lo que hace que se tenga resultados muy parciales y que se responda a coyunturas, como por ejemplo el apoyo en la campaña del dengue, muerte materna, etc. Es preciso promover planes de trabajo articulados para mejorar los resultados y no duplicar esfuerzos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Atender el estado nutricional de la niñez es invertir en el desarrollo humano y por lo tanto en el desarrollo del país, por ello es prioridad nacional y regional y requiere de la participación de múltiples actores. Sin embargo, las evidencias muestran que a pesar de estar en la agenda nacional y regional, no siempre existe un correlato en decisiones de inversión y presupuesto y que la articulación de esfuerzos sectoriales es compleja, pero necesaria para obtener resultados.

Es reconocido que la estrategia tiene un respaldo político y económico del más alto nivel y expresa la voluntad del gobierno de obtener resultados tangibles hacia el logro de las Metas del Milenio y el incremento del potencial de costo-beneficio de la inversión. Los objetivos estratégicos de integrar los programas sociales existentes, trabajar con presupuestos locales basados en resultados y dar incentivos a los municipios que demuestren mejores resultados, son sin duda avances importantes de esta política. Sin embargo, para que este sea un incentivo fuerte para los que implementan la política, debe haber un sistema de supervisión y monitoreo técnico y financiero bien diseñado que refleje la realidad y suministre información que alimente a los procesos de planificación y presupuestos en forma oportuna y eficiente.

El Programa de Incentivos Municipales es una clara oportunidad que favorece la relación y articulación entre los gobiernos subnacionales (regional /sectorial – municipal) y que puede convertirse en una estrategia para lograr impacto en la mejora de indicadores de DCI, direccionando estratégicamente las inversiones que provienen de dicho Programa.

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 MECANISMOS DE ARTICULACIÓN ENTRE EL GOBIERNO MUNICIPAL Y EL SERVICIO DE SALUD PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS DEL PI PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CPVC Y LA REDUCCIÓN DE LA DCI

- El grado de articulación entre el gobierno municipal y el personal de salud para la movilización de recursos provenientes del PI para la reducción de la DCI es bajo, ya que en el distrito de Masisea no existen espacios de concertación institucionalizados y el cumplimiento de los acuerdos interinstitucionales entre el gobierno municipal y el sector salud es parcial. Asimismo, se concluye que el bajo grado de articulación entre los funcionarios del gobierno municipal y el personal de salud ha limitado la movilización de recursos financieros provenientes del PI para la implementación y funcionamiento del CPVC como estrategia para reducir la DCI.
- En relación a los espacios de concertación institucionalizados como mecanismo de articulación entre el gobierno municipal y el personal de salud, si bien son inexistentes, hay factores que lo pueden limitar como factores que lo facilitan.
Entre los factores que limitan su existencia están la alta rotación e insuficiente cantidad de personal de salud; la inaccesibilidad geográfica; los limitados recursos; la limitada influencia del CPVC en el distrito por su extensión y dispersión; y el desconocimiento de la magnitud de la DCI en el distrito. El acercamiento entre el gobierno municipal y el sector salud para un trabajo coordinado y articulado entre ambos a favor de la infancia, no está trascendiendo más allá de las acciones vinculadas al CPVC ubicado en Santa Rosa de Masisea y a demandas específicas vinculadas principalmente a referencias de emergencias.
Entre los factores que pueden facilitar la existencia de espacios de concertación institucionalizados se encuentran la responsabilidad, la competencia y el compromiso del personal de salud; la construcción y uso de instrumentos de gestión como un Plan de Desarrollo Concertado – PDC y la voluntad política del alcalde.

- El porcentaje de presupuesto destinado a la reducción de la desnutrición crónica infantil en el Programa Articulado Nutricional entre el 2011 y 2013 no ha sobrepasado el 1.0% en el distrito de Masisea lo que indica lo poco prioritario que resulta el tema para el gobierno municipal. Asimismo, el PI no contempla un mecanismo de fiscalización del uso de los incentivos ni medidas que aseguren su uso para la reducción de la DCI y la rendición de cuentas correspondiente.

5.1.2 CONOCIMIENTO Y ACCESO A CAPACITACION SOBRE EL PI, EL CPVC Y SOBRE INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

- Existe poco nivel de conocimiento del PI, del CPVC y de la DCI. La información revela que los actores cuentan con conocimientos parciales de las metas establecidas en el PI y si bien se conoce la normativa, no hay mecanismos que permitan difundirlo de manera eficaz, especialmente entre otros funcionarios del GM. Por otro lado, si bien se comprende las consecuencias de la DCI en el distrito de Masisea, el acceso a la capacitación de funcionarios del GM, personal de salud y agentes comunitarios de salud es de grado medio y tiene muchas dificultades vinculadas especialmente a la metodología, contenidos y frecuencia.
- Una de las evidencias de la presente investigación es la constatación de un problema estructural del sector salud, que es la escasez del personal. Ello determina que el personal tenga a su cargo múltiples funciones e impida cumplir de manera adecuada con sus responsabilidades. Si a esto se aúna la alta rotación del personal de salud, entonces se configura una situación adversa para el fortalecimiento de capacidades en general.
- La información revela que los actores clave vinculados a la implementación y funcionamiento del CPVC, tanto del GM de Masisea como del CS de Masisea y PS de Santa Rosa de Masisea, están conscientes de que la DCI es un problema de salud y de desarrollo, pero conocen parcialmente la norma, metas y acciones del CPVC. Esta situación es más evidente entre los funcionarios municipales, específicamente el Coordinador del PI, el que si bien es cierto conoce la normativa y criterios para la implementación de los CPVC, desconoce en la práctica los procesos en marcha, las actividades desarrolladas y tiene un escaso nivel de participación en la

iniciativa. Asimismo, es necesario involucrar a la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad y al coordinador de Promoción de la Salud del CS en la iniciativa del PI, para potenciar los resultados. Ambos funcionarios no han recibido capacitación.

- El acceso a capacitación sobre esta iniciativa es de grado medio, pues si bien es cierto 75% recibieron capacitación y permanecen en sus cargos, no se realiza seguimiento y actividades de supervisión a los capacitados y a la iniciativa en ningún nivel. Los problemas para acceder a las capacitaciones son la falta de tiempo y la carga de trabajo ocasionado por la escasez de personal y falta de financiamiento. Para superar estos problemas, los entrevistados sugieren aumentar el personal en el CS y el PS, incrementar el financiamiento para mejorar la logística, contar con movilidad para desplazamientos al puesto de salud para monitorear y supervisar la implementación del CPVC.

5.1.3 PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PI PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CPVC Y REDUCCIÓN DE LA DCI

- La participación del personal del PS Santa Rosa de Masisea, donde está ubicado el CPVC, es protagónico para el cumplimiento de actividades, pero sólo cuenta con un número reducido de personal y sólo 2 agentes comunitarios de salud. En este nivel, los entrevistados fueron muy críticos del rol de la municipalidad y de la DIRESA y demandan incrementar los fondos para el funcionamiento del CPVC, capacitación, monitoreo y supervisión, y mayor transparencia en el manejo de los fondos lo que significa socializar el presupuesto asignado con el equipo de salud, monitorear la ejecución presupuestal y fiscalizar los gastos.
- El nivel de participación de los actores involucrados en la implementación del CPVC es bajo. La estrategia demanda una participación activa y coordinada de los agentes comunitarios de salud, personal de salud y gobierno municipal para el éxito de la iniciativa. Si bien es cierto que el 75% de los entrevistados afirmó que se toman decisiones conjuntas, sólo un 25% dijo que se cumplían y 50% afirmó que se cumplía parcialmente.

Esto es debido al escaso financiamiento; falta de sensibilización y compromiso de los funcionarios municipales, a quienes sólo se les reconoce su rol financiador; y difícil accesibilidad geográfica.

- Por otro lado, la participación de los agentes comunitarios de salud están basadas en el voluntariado, por lo que va a ser necesario la implementación de incentivos no monetarios para promover su participación. Asimismo, la información cualitativa revela que la participación de la población aún es baja.

5.1.4 PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO MUNICIPAL, PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD SOBRE EL PI Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

- El análisis de la información permite afirmar que el grado de valoración de los actores respecto al funcionamiento del CPVC es bajo. La mayoría de los entrevistados perciben que el funcionamiento del CPVC sí favorece a la población y a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI, siempre y cuando esté bien implementado. Ninguno de los entrevistados percibe que el CPVC funciona bien, y más de la mitad piensan que funciona, pero le falta mejorar.
- Los problemas percibidos para la implementación del CPVC son: escasa participación del gobierno municipal, financiamiento insuficiente, falta de personal de salud y de ACS para implementar las actividades, falta de capacidades, falta de seguimiento y supervisión por parte del sector salud en todos los niveles.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 MECANISMOS DE ARTICULACIÓN ENTRE EL GOBIERNO MUNICIPAL Y EL SERVICIO DE SALUD PARA LA MOVILIZACIÓN DE RECURSOS DEL PI PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CPVC Y LA REDUCCIÓN DE LA DCI

- Acompañamiento técnico del Gobierno Regional, Gobierno Provincial, DIRESA u otros Organismos de Cooperación en el proceso de

construcción de un Plan de Desarrollo Concertado que asegure la participación del personal de salud más comprometido con la problemática de la infancia a nivel local y que permita enmarcar un norte a las coordinaciones que de forma aislada se vienen estableciendo entre el GM y el sector salud en el distrito de Masisea.

- Incorporar en los espacios de evaluación trimestral del Plan Operativo Institucional de la MR Masisea, el análisis de la situación de funcionamiento del CPVC de Santa Rosa de Masisea invitando a participar a funcionarios del Gobierno Municipal.
- En cuanto al financiamiento, se recomienda fortalecer el vínculo que sostiene la oficina regional de CONECTAMEF con el Gobierno Municipal para afianzar los mecanismos de programación y asignación de recursos, de manera de reforzar el enfoque basado en resultados. Esto implica asegurar la participación de CONECTAMEF en los espacios de talleres de capacitación del PI.

5.2.2 CONOCIMIENTO Y ACCESO A CAPACITACION SOBRE EL PI, EL CPVC Y SOBRE INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

- Se recomienda mejorar los talleres de capacitación centrando los temas en las actividades específicas del CPVC, pues los entrevistados manifestaron que el tiempo es largo (3 días) y los temas tratados algunas veces resultan muy generales y ajenos a su realidad local. Es importante contar con planes de capacitación adecuados a las necesidades de los actores que implementan la iniciativa en los niveles locales.
- Es conveniente establecer coordinaciones con el CONECTAMEF y con las agencias cooperantes que trabajan en la Región para ofrecer asistencia técnica a los GL y personal de salud y fortalecer sus capacidades para una adecuada implementación de la iniciativa. Esta asistencia podría estar dentro del marco del “Fondo de estímulo al desempeño para mejorar la cadena presupuestal del Programa Articulado Nutricional y Materno neonatal” liderado por el MIDIS y los GR.

5.2.3 PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PI PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CPVC Y REDUCCIÓN DE LA DCI

- Es importante propiciar un mayor involucramiento y compromiso por parte del Gobierno Municipal para el tema no solo del CPVC, sino para la reducción de la DCI y mejora de la salud en general. Se hace necesario realizar incidencia política con las autoridades regionales y locales para colocar a la DCI en la agenda pública sanitaria y comprometer una asignación presupuestal mayor para el funcionamiento del CPVC y la reducción de la DCI.
- En relación a la incidencia política, ésta también debe realizarse en el nivel central del MINSA y el MEF con el objetivo de mejorar el sistema de supervisión y monitoreo técnico y financiero que refleje la realidad y suministre información para mejorar la planificación y presupuestos en forma oportuna y eficiente. Esto significa que el MINSA coordine con el MEF la posibilidad de establecer un porcentaje mínimo del presupuesto para el funcionamiento del CPVC, asimismo, se debe establecer mecanismos eficientes de control del presupuesto asignado.
- La Dirección de Promoción de la Salud de la Dirección Regional de Salud de Ucayali debe mejorar la gestión de la iniciativa, mejorando los procesos de planificación, capacitación, supervisión y monitoreo.
- Para mejorar la participación de la población, el Gobierno municipal y el sector salud deben implementar estrategias como las realizadas en otros distritos de la región, denominadas “mingas multisectoriales”, con el objetivo de realizar actividades de promoción de la salud y medidas preventivas. En la Región existen once convenios entre los gobiernos locales y el sector salud (Campo Verde, Irazola, Coronel Portillo, Nueva Requena, Padre Abad, Atalaya, Purús, Breu, Yarina, Yurúa, Sepahua), y se trabaja con los agentes comunitarios de salud y Juntas Vecinales Comunales.

5.2.4 PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO MUNICIPAL, PERSONAL DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD SOBRE EL PI Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

Para que la percepción y la valoración de la iniciativa por parte de los actores que la implementan aumente, es necesario:

- Comprometer a la Municipalidad y la DIRESA para que se involucren en las actividades del CPVC, especialmente las referidas al seguimiento, monitoreo de las actividades y supervisión del personal.
- Realizar incidencia política en la municipalidad distrital para colocar en la agenda política sanitaria a la DCI, generar una política pública e incrementar el financiamiento.
- Fortalecer las capacidades de los actores en la implementación del CPVC e incluir al Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad y al Coordinador de Promoción de la Salud del CS para potenciar las actividades.
- Implementar incentivos no monetarios para los agentes comunitarios de salud para motivarlos e incorporar a mayor número de ACS.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Estrategias⁴⁴ para fortalecer los mecanismos de articulación entre el Gobierno Municipal y el sector salud para mejorar el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño en el Distrito de Masisea

(2015 - 2016)

6.1 Bases para la elaboración de la Estrategia

Las estrategias que se presentan a continuación han sido elaboradas en base de los resultados del estudio realizado y de las visitas de observación realizadas en el Distrito de Masisea en Mayo del 2014.

6.2 Objetivo

Fortalecer los mecanismos de articulación entre el Gobierno Municipal Distrital y el sector salud para mejorar el funcionamiento del CPVC en el distrito de Masisea.

6.3 Estrategias de intervención

Los hallazgos evidencian baja articulación entre los actores responsables de la implementación y la ausencia de un espacio o instancia de coordinación multisectorial formal donde la municipalidad y los sectores puedan coordinar, establecer acuerdos y tomar medidas relacionadas a la mejora de la salud en la zona de intervención. Este hecho debilita la coordinación permanente y sostenible entre los sectores locales en el tema de salud.

⁴⁴ Se entiende como Estrategia a un conjunto de acciones planificadas que se implementan en un contexto determinado con el objetivo de lograr el fin propuesto. Es plausible de ser aplicada y necesaria en diferentes ámbitos, como el militar y el empresarial. Tomado de <http://www.definicionabc.com/general/estrategia.php#ixzz3Q3XwfpL>

Los resultados son concluyentes en señalar que la asignación presupuestal para el funcionamiento del Centro de Prevención y Vigilancia Comunal no es suficiente, lo que evidencia que en la práctica no es una prioridad local. Este hecho es clave para diseñar estrategias de incidencia política que mejoren la asignación de recursos para implementar los CPVC. Asimismo, se evidencia la necesidad de mejorar el conocimiento de los actores involucrados en relación a la normativa, actividades y metas para el funcionamiento del Centro de Prevención y Vigilancia Comunal, lo que condiciona una baja participación de los funcionarios municipales en las actividades impidiendo una articulación eficiente entre los actores llamados a implementar esta iniciativa.

En ese sentido se ha identificado las siguientes estrategias para el logro del objetivo propuesto.

- a. **Promover el funcionamiento de un espacio de concertación multisectorial para coordinar iniciativas de salud en general y la disminución de la DCI en particular.**

Para coordinar iniciativas de salud es fundamental promover la instalación e institucionalización de espacios de concertación multisectorial en el distrito. En ese sentido, se considera importante que en el nivel nacional, el diseño del PI contemple acciones orientadas a este fin en los distritos donde no existan o su fortalecimiento en distritos donde dichos espacios funcionen pero se encuentren debilitados. Para ello es importante generar un diagnóstico situacional del distrito que permita conocer la situación y tomar acciones para la instalación o fortalecimiento de espacios de concertación multisectorial. La incorporación de la ejecución y análisis de un diagnóstico de esta naturaleza en el diseño del PI podría ayudar a identificar regionalmente los mecanismos de acompañamiento y asistencia técnica a este proceso en los distritos que lo requieran.

En el distrito de Masisea, la asistencia técnica para favorecer la instalación e institucionalización de espacios de concertación multisectorial debería

ser responsabilidad de los equipos técnicos del Gobierno Provincial o Gobierno Regional, en la DIRESA o REDES de Salud (Área de Promoción de Salud) o en los Organismos de Cooperación presentes en la región. Estos espacios permitirían promover o legitimar acciones a favor de la infancia como:

- Formulación, Ejecución y Evaluación de un Plan Distrital de Acción por la Infancia.
- Propuesta, emisión y reglamentación de ordenanzas en favor de la Infancia.
- Reuniones técnicas de monitoreo y evaluación de la ejecución de actividades con actores sociales enmarcadas en un Plan de Desarrollo Local, Plan Distrital de Acción por la Infancia o cualquier otro instrumento de gestión que se genere localmente en el distrito.

b. Formular lineamientos de incidencia política ante los decisores regionales y locales para colocar a la DCI como una prioridad sanitaria local, e incrementar el presupuesto para la iniciativa del CPVC.

El contexto actual en el cual se promueve el PI y el CPVC, beneficia a la salud infantil, pero es necesario fortalecer las intervenciones en los niveles locales, instrumentando su accionar con la familia, comunidad y actores sociales en el desarrollo de prácticas saludables que promuevan la salud y desarrollo de las niñas y niños menores de 5 años, mejorando el cuidado infantil.

Los resultados de la investigación evidencian que si bien es cierto se han cumplido las metas propuestas, es necesario mejorar la implementación y funcionamiento del CPVC, por ello es importante desarrollar incidencia política ante las autoridades regionales y locales para colocar a la DCI como una prioridad sanitaria local, e incrementar el presupuesto para el funcionamiento del CPVC.

Por ello se plantea:

- Identificar a las nuevas autoridades regionales y locales para iniciar acciones de incidencia política para colocar a la DCI como una prioridad sanitaria local.
 - Realizar Reuniones Técnicas para sensibilizar a las nuevas autoridades locales donde se les presente información sobre la magnitud e incidencia de la DCI en el distrito y sus consecuencias en la salud y desarrollo local, regional y nacional.
 - En el nivel regional coordinar con el Comité para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Anemia, para abogar ante las nuevas autoridades por un mayor presupuesto para el CPVC.
 - A través del Comité para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Anemia realizar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de gobernabilidad, firmados por los candidatos al Gobierno Regional en Setiembre 2014.⁴⁵
 - Desarrollar reuniones técnicas sistemáticas con las autoridades locales para el incremento del presupuesto para el funcionamiento del CPVC.
- Realizar actividades de información y comunicación sobre la estrategia comunitaria del PI relacionada al CPVC, para ello se debe acopiar materiales informativos que apoyen la incidencia.
 - Producción y difusión de una caja de herramientas comunicacional conteniendo material de IEC impreso sobre alimentación-nutrición y lavado de manos.
- Realizar actividades de movilización social (Día del Niño y la Niña, semana de la Maternidad segura, campañas de salud y prevención, etc.) que incluya a la población.
- Promover la participación y vigilancia ciudadana del CPVC como mecanismo de rendición de cuentas funcional del gobierno municipal y del sector salud en el distrito de Masisea.
 - Difundir la normativa y las acciones del PI entre los funcionarios de la municipalidad, de salud y población organizada (Juntas Vecinales,

⁴⁵ Los Acuerdos de Gobernabilidad son compromisos firmados en todas las regiones del país por las agrupaciones políticas que aspiran a un cargo de gobierno, sobre la base de un consenso y un diagnóstico participativo que permiten identificar las prioridades para el desarrollo y bienestar de la población. Estos acuerdos permiten movilizar las demandas y necesidades de la ciudadanía, hacer seguimiento a los avances para satisfacerlas y exigir la rendición de cuentas de las diversas fuerzas políticas de gobierno (autoridades electas, miembros del Consejo, etc.) sobre éstas.

Comités de Vaso de Leche, Club de Madres, etc.) como parte del proceso de rendición de cuentas con la finalidad que la iniciativa se conozca ampliamente y pase a ser vigilada.

c. Fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales y personal de salud para la gestión del CPVC.

- Establecer coordinaciones con CONECTAMEF y con las agencias cooperantes que trabajan en la Región para ofrecer asistencia técnica a los Gobiernos Municipales y personal de salud y fortalecer las capacidades para una adecuada implementación de la iniciativa. Estas acciones se incorporarían en el programa “Fondo de estímulo al desempeño para mejorar la cadena presupuestal del Programa Articulado Nutricional y Materno neonatal”, programa que está siendo implementado por el MIDIS y los GR.
- Los planes de capacitación deben considerar la metodología de aprendizaje para adultos, propiciando la participación activa de los actores. Asimismo deben ser dirigidos de manera conjunta a los funcionarios municipales y sector salud y los contenidos deben ser adaptados a la realidad regional/local.
- Los temas propuestos en los planes de capacitación, además de la normativa y criterios para el funcionamiento de los CPVC, y que ayudarían a la sostenibilidad, son Presupuesto por Resultado, Proyectos de Inversión Pública y formulación de Políticas Públicas a favor de la infancia.
- Coordinar pasantías a otros distritos de la Región que tengan experiencia exitosa en la implementación de los CPVC, con la participación de representantes de la Municipalidad de Masisea, del CS Masisea, del PS Santa Rosa de Masisea y de los ACS.
- Programar Talleres para el fortalecimiento de capacidades de los ACS en las actividades preventivas – promocionales, CRED, inmunizaciones.

d. Incluir las estrategias en el Plan Operativo Institucional del Centro de Salud Masisea.

En el nuevo escenario pos electoral que se presenta, es importante asegurar la visibilización de la DCI como un problema que traba el desarrollo local, regional

y nacional. Por ello es importante que en este proceso se incluya estas actividades en el plan operativo del centro de salud de Masisea, para asegurar la implementación y el funcionamiento del CPVC de manera sostenible. Para ello se propone:

- Realizar la presentación de los resultados de la investigación a los funcionarios de la Municipalidad de Masisea, personal del centro de salud, puesto de salud y las agentes comunitarias de salud para suministrar información que alimente a los procesos de planificación, implementación y presupuestos en forma oportuna y eficiente.
- Incluir e institucionalizar en el POI la realización de reuniones técnicas de monitoreo y evaluación de la ejecución de actividades del CPVC y de las actividades propuestas en estas estrategias, con actores encargados de la implementación.

6.2 Principales actividades y responsables

Estrategias	Actividades	Responsables
Promover el funcionamiento de un <u>espacio de concertación multisectorial</u> para coordinar iniciativas de salud	Elaborar el diagnóstico situacional del distrito	GM y CS
	Conformar el espacio multisectorial: Emitir ordenanza o norma legal y su posterior reglamentación	GM
	Establecer el Reglamento de funcionamiento	GM y CS
	Elegir la secretaría técnica del organismo	GM y CS
	Elaborar la Plataforma de Acción	GM y CS
	Elaborar el Plan de Desarrollo Local	Equipo Técnico Multisectorial
	Elaborar el Plan Distrital de Acción por la Infancia	Equipo Técnico Multisectorial
Formular lineamientos de incidencia política ante los decisores regionales y locales para colocar a la DCI como una prioridad sanitaria e incrementar el presupuesto para CPVC	Realizar Reuniones Técnicas para sensibilizar a las nuevas autoridades locales	CS
	Coordinar con el Comité para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Anemia, para abogar ante las nuevas autoridades por un mayor presupuesto para el CPVC	CS y Comité de Reducción DCI

	Realizar seguimiento al cumplimiento de los Acuerdos de Gobernabilidad, firmados por los candidatos al Gobierno Regional	CS y Comité de Reducción DCI
	Desarrollar reuniones técnicas sistemáticas con las autoridades locales para el incremento del presupuesto para el funcionamiento del CPVC	Equipo Técnico Multisectorial
	Producción y difusión de una caja de herramientas comunicacional conteniendo material de IEC sobre alimentación-nutrición y lavado de manos	Equipo Técnico Multisectorial
	Realizar actividades de movilización social	Equipo Técnico Multisectorial
	Promover la participación y vigilancia ciudadana del CPVC como mecanismo de rendición de cuentas	Equipo Técnico Multisectorial
	Difundir la normativa y las acciones del PI	Equipo Técnico Multisectorial
Fortalecer las capacidades de los funcionarios municipales y personal de salud para la gestión del CPVC	Establecer coordinaciones con CONECTAMEF y con las agencias cooperantes para ofrecer asistencia técnica a los Gobiernos Municipales y personal de salud	GM y CS
	Coordinar con el programa “Fondo de estímulo al desempeño para mejorar la cadena presupuestal del Programa Articulado Nutricional y Materno neonatal”	GM y CS
	Coordinar pasantías a otros distritos de la Región que tengan experiencia exitosa en la implementación de los CPVC	Equipo Técnico Multisectorial
Incluir las estrategias en el Plan Operativo Institucional del Centro de Salud Masisea	Realizar la presentación de los resultados de la investigación a los funcionarios de la Municipalidad, personal del CS, PS y las ACS	Tesistas
	Incluir e institucionalizar en el POI la realización de reuniones técnicas de monitoreo y evaluación de la ejecución de actividades del CPVC y de las actividades propuestas en estas estrategias	GM y CS

6.3 Implementación de la propuesta

Estas acciones serán desarrolladas en coordinación con las entidades involucradas: Gobierno Municipal de Masisea, Centro de Salud Masisea, Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea, ACS, las autoridades comunales, en el marco de la ejecución y cumplimiento de metas de los Planes de Incentivos Municipales.

La propuesta responde a las necesidades de la población más vulnerable del Distrito y se enmarca en los objetivos socio-sanitarios del Gobierno Local y Regional.

6.4 Cronograma de implementación

Actividades	2015				2016			
	Trim I	Trim II	Trim III	Trim IV	Trim I	Trim II	Trim III	Trim IV
Elaborar el diagnóstico situacional del distrito	X							
Conformar el espacio multisectorial: Emitir ordenanza o norma legal y su posterior reglamentación		X						
Establecer el Reglamento de funcionamiento			X					
Elegir la secretaría técnica del organismo			X					
Elaborar la Plataforma de Acción			X					
Elaborar el Plan de Desarrollo Local			X					
Elaborar el Plan Distrital de Acción por la Infancia			X					
Realizar Reuniones Técnicas para sensibilizar a las nuevas autoridades locales	X	X						
Coordinar con el Comité para la Reducción de la Desnutrición Crónica y la Anemia, para abogar ante las nuevas autoridades por un mayor presupuesto para el CPVC		X						

Realizar seguimiento al cumplimiento de los Acuerdos de Gobernabilidad, firmados por los candidatos al Gobierno Regional y Local	X	X	X	X	X	X	X	X
Desarrollar reuniones técnicas sistemáticas con las autoridades locales para el incremento del presupuesto para el funcionamiento del CPVC		X			X			
Producción y difusión de una caja de herramientas comunicacional conteniendo material de IEC sobre alimentación-nutrición y lavado de manos			X					
Realizar actividades de movilización social		X	X	X	X	X	X	X
Promover la participación y vigilancia ciudadana del CPVC como mecanismo de rendición de cuentas			X	X	X	X	X	X
Difundir la normativa y las acciones del PI				X	X	X	X	X
Establecer coordinaciones con CONECTAMEF y con las agencias cooperantes para ofrecer asistencia técnica a los Gobiernos Municipales y personal de salud		X						
Coordinar con el programa “Fondo de estímulo al desempeño para mejorar la cadena presupuestal del Programa Articulado Nutricional y Materno neonatal”		X						
Coordinar pasantías a otros distritos de la Región que tengan experiencia exitosa en la implementación de los CPVC			X					
Realizar la presentación de los resultados de la investigación a los	X							

funcionarios de la Municipalidad, personal del CS, PS y las ACS								
Incluir e institucionalizar en el POI la realización de reuniones técnicas de monitoreo y evaluación de la ejecución de actividades del CPVC y de las actividades propuestas en estas estrategias	X							





ANEXO 1: Relación de normatividad internacional y nacional referida a la Protección de la Niñez

Normativa a nivel internacional	Breve descripción
Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño (Diciembre, 1924)	En 1924, la Sociedad de Naciones (SDN) adoptó la Declaración de Ginebra, un texto histórico que reconoce y afirma, por primera vez, la existencia de derechos específicos para los niños y las niñas, pero sobre todo la responsabilidad de los adultos hacia ellos. En 1923, Save the Children formuló la declaración, y la envió a la SDN donde fue adoptada en diciembre de 1924 por esta última en su V Asamblea.
Declaración Universal de Derechos Humanos (10 Diciembre 1948)	El primer proyecto de la Declaración se propuso en setiembre de 1948 y más de 50 estados miembros participaron en la redacción final. En su resolución 217 A (III) del 10 de Diciembre de 1948, la Asamblea General, reunida en París, aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos. La referida específicamente a la protección de la niñez es el artículo 25.
Declaración de los Derechos del Niño Proclamada por la Asamblea General de las NNUU en su resolución 1386 (XIV). (20 de Noviembre, 1959)	Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente.
Naciones Unidas: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 10) (Enero, 1976)	El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, por su sigla en inglés) es un tratado multilateral general que reconoce los Derechos económicos, sociales y culturales y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante la Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976 . Se compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado. En el artículo 10 se insta a la adopción de medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes contra la explotación económica y social.
La Convención de los Derechos del Niño y la Niña (Noviembre, 1989)	La Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, el 20 de noviembre de 1989. Actualmente es el tratado internacional en materia de derechos humanos que cuenta con el mayor número de ratificaciones a nivel mundial. A lo largo de sus 54 artículos, establece un marco jurídico inédito de protección integral a favor de las personas menores de 18 años de edad, que obliga a los Estados que la han ratificado a respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales de todas las personas menores de 18 años de edad, independientemente de su lugar de nacimiento,

	sexo, religión, etnia, clase social, condición familiar, entre otros.
La Declaración y Programa de Acción de Viena (Junio, 1993)	La Declaración y Programa de Acción de Viena fue una declaración para reforzar la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Carta de las Naciones Unidas realizada en la Ciudad de Viena en Austria en 1993. Se creó el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Fue adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de Junio de 1993. Tiene por objeto la realización plena de todos los derechos humanos y las libertades sin ningún tipo de discriminación, como el racismo, la xenofobia (hacia inmigrante, indígenas, minorías étnicas u otros grupos); reafirmando también los derechos humanos de mujeres, niños y personas con discapacidad.
Naciones Unidas Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000)	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000 , y que fueron firmados por los 189 países miembros de las Naciones Unidas , quienes acordaron conseguirlos para el año 2015 . Los objetivos relacionados con la niñez son: objetivo 1: erradicar la pobreza y el hambre, objetivo 2: lograr la enseñanza primaria universal; objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil , objetivo 5: mejorar la salud materna.
Legislación Nacional	Breve Descripción
Constitución Política del Perú	Artículo 4: Protección de la Familia
Ley N° 27867, Orgánica de Gobiernos Regionales (18.11.2002) Modificada por Ley 27902 (01.01.2003)	Establece y norma la estructura, organización, competencias y funciones de los gobiernos regionales. Para el tema de investigación, es supervisar y evaluar el cumplimiento de la ejecución por los gobiernos locales de las políticas sectoriales y el funcionamiento de los programas de lucha contra la pobreza y desarrollo social del Estado, con énfasis en la salud, servicios, igualdad de oportunidades con equidad de género y fortalecimiento de la economía regional.
Ley Orgánica de Municipalidades LOM N° 27972	ARTÍCULO 80.- SANEAMIENTO, SALUBRIDAD Y SALUD Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades provinciales, los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes. Realizar campañas locales sobre medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis.
Programa Articulado Nutricional – PAN (2008)	El Programa Articulado Nutricional PAN fue uno de los cinco primeros Programas Presupuestales implementados desde el 2008 y está orientado a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Comprende intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. La rectoría de este programa estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

<p>Incluir para CRECER DS N° 008-2013-MIDIS</p>	<p>Política pública que tiene cinco ejes estratégicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrición infantil (0 a 3 años): Reducir la Desnutrición Crónica Infantil a través de intervenciones orientadas a la madre gestante y a los niños entre el rango de edad descrito. 2. Desarrollo infantil temprano (0 a 5 años): Impulsar el desarrollo físico, cognitivo, motor, emocional y social en la primera infancia. 3. Desarrollo integral de la niñez y la adolescencia (6 a 17 años): Incrementar las competencias en el desarrollo personal, educativo y ocupacional de cada niño, niña o adolescente. 4. Inclusión económica (18 a 64 años): Aumentar las oportunidades y capacidades de los hogares para incrementar sus propios ingresos. 5. Protección del Adulto Mayor (65 años a más): Proteger y mejorar el bienestar del adulto mayor, asegurando su acceso a una pensión y calidad en diversos servicios.
---	--

Cuadro elaborado por las autoras en base a la información recogida de Conferencias y leyes citadas, disponibles en las Leyes nombradas.



**ANEXO 2: Columna vertebral: Objetivos, Variables,
Indicadores y Fuentes de Información**

PROBLEMA	OBJETIVO	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES	INDICADORES	FUENTE
<p>¿Se movilizan los recursos del PI a favor de la reducción de la DCI?</p> <p>¿Por qué la articulación entre actores (municipio y salud) es deficiente o escasa?</p>	<p>Analizar los factores relacionados a la articulación que favorecen o limitan la movilización de recursos del PI</p> <p>Analizar los factores que influyen en la articulación</p>	<p>¿Cómo funcionan los mecanismos de articulación entre el GM y el CS para la movilización de recursos del PI?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento de los funcionarios del Gobierno Municipal y del personal de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI?</p>	Mecanismos de Articulación	Grado de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud para el cumplimiento de las metas establecidas en el marco del PI relacionadas a la reducción de la DCI	<p>Funcionarios de la Municipalidad Distrital</p> <p>Personal de salud del CS</p> <p>Informes del Programa 2011-2013</p> <p>Reportes de Avance</p> <p>Funcionarios DIRESA</p> <p>Funcionarios del MEF</p>
			Conocimiento de los funcionarios del Gobierno Municipal sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI.	Nivel de Conocimiento de los funcionarios del Gobierno Municipal sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI.	<p>Funcionarios de la Municipalidad</p> <p>Personal de salud</p>
			Conocimiento del personal de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI.	Nivel de Conocimiento del personal de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI.	
			Acceso a capacitación sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI por parte de los funcionarios de la municipalidad.	Número de funcionarios municipales capacitados sobre la normativa, implementación y monitoreo de las metas relacionadas a la reducción de la DCI en el PI	<p>Funcionarios de la Municipalidad</p> <p>Informes de Capacitación</p>

			Acceso a capacitación sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI por parte del personal de salud.	Número de personal de salud capacitados sobre la normativa, implementación y monitoreo de las metas relacionadas a la reducción de la DCI en el PI	Personal de salud Informes de Capacitación
		¿Cuál es nivel de participación de los actores involucrados en la implementación del PI?	Participación de los actores involucrados en la implementación del PI	Nivel de Participación de los actores involucrados en la implementación del PI: funcionarios municipales, personal del centro de salud y ACS.	Personal de salud. Funcionarios de la Municipalidad Agentes comunitarios de salud Informes del Programa
		¿Qué percepción tienen los funcionarios del Gobierno Municipal sobre las intervenciones para reducir la desnutrición crónica infantil?	Percepción de los funcionarios del gobierno municipal sobre las intervenciones para reducir la DCI	Grado de valoración de la <u>pertinencia</u> y <u>eficacia</u> de las intervenciones para reducir la DCI, por los funcionarios del gobierno municipal	Funcionarios de la Municipalidad
		¿Qué percepción tiene el personal de salud y los ACS sobre el Plan de Incentivos Municipales?	Percepción del personal de salud y los ACS sobre el PI	Grado de valoración de la <u>pertinencia</u> y <u>eficacia</u> del PI, por el personal de salud y los ACS.	Personal de salud y ACS

ANEXO 3: Operacionalización de las Variables Cualitativas y definición de Escalas

VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS
Mecanismos de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud	Grado de articulación entre los funcionarios municipales y el personal de salud para el cumplimiento de las metas establecidas en el marco del PI relacionadas a la reducción de la DCI	<u>Ninguno:</u> <ul style="list-style-type: none"> - No existen espacios de concertación. - No se cumplen las funciones y no hay acuerdos interinstitucionales.
		<u>Bajo:</u> <ul style="list-style-type: none"> - No existen espacios de concertación. - Cumplimiento con dificultades de funciones y acuerdos interinstitucionales.
		<u>Medio:</u> <ul style="list-style-type: none"> - No existen espacios de concertación. - Cumplimiento de funciones y acuerdos interinstitucionales.
		<u>Alto:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Existen espacios de concertación. - Cumplimiento total de funciones y acuerdos interinstitucionales.
Conocimiento de los funcionarios del Gobierno Municipal y del personal de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI	Nivel de Conocimiento de los funcionarios del Gobierno Municipal y del personal de salud sobre el PI y las intervenciones para reducir la DCI	<u>Ningún Conocimiento: no cumplen ninguna de las cuatro condiciones</u> <ul style="list-style-type: none"> - Conoce totalmente las metas del PI - Conoce la normativa del PI y CPVC, existiendo mecanismos establecidos para su difusión. - Conoce y comprende problemática de DCI - Grado alto de acceso a la capacitación.
		<u>Poco Conocimiento: cumplen 1- 2 de las cuatro condiciones</u> <ul style="list-style-type: none"> - Conoce totalmente las metas del PI - Conoce la normativa del PI y CPVC, existiendo mecanismos establecidos para su difusión. - Conoce y comprende problemática de DCI - Grado alto de acceso a la capacitación.
		<u>Algún Conocimiento: cumplen 3 de las cuatro condiciones</u> <ul style="list-style-type: none"> - Conoce totalmente las metas

VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS
		del PI <ul style="list-style-type: none"> - Conoce la normativa del PI y CPVC, existiendo mecanismos establecidos para su difusión. - Conoce y comprende problemática de DCI - Grado alto de acceso a la capacitación. <hr/> <u>Alto Conocimiento: cumplen las cuatro condiciones</u> <ul style="list-style-type: none"> - Conoce totalmente las metas del PI - Conoce la normativa del PI y CPVC, existiendo mecanismos establecidos para su difusión. - Conoce y comprende problemática de DCI - Grado alto de acceso a la capacitación.
Participación de los actores involucrados en la implementación del PI	Nivel de Participación de los actores involucrados en la implementación del PI: funcionarios municipales, personal de salud y agentes comunitarios de salud	<u>Ninguna:</u> No cumplen ningún requisito <hr/> <u>Baja: Cumplen 1-2 de los 4 requisitos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los que conforman el equipo asisten a las reuniones de manera periódica - Toman decisiones conjuntas y las cumplen - Salud realiza actividades de promoción de la salud con la población en coordinación con el Municipio - La población participa en la iniciativa <hr/> <u>Media: Cumplen 3 de los 4 requisitos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los que conforman el equipo asisten a las reuniones de manera periódica - Toman decisiones conjuntas y las cumplen - Salud realiza actividades de promoción de la salud con la población en coordinación con el Municipio - La población participa en la iniciativa <hr/> <u>Alta: Cumplen los 4 requisitos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los que conforman el equipo asisten a las reuniones de manera periódica - Toman decisiones conjuntas y las cumplen - Salud realiza actividades de promoción de la salud con la

VARIABLE	INDICADOR	ESCALAS
		<p>población en coordinación con el Municipio</p> <ul style="list-style-type: none"> - La población participa en la iniciativa
<p>Percepción de los funcionarios del gobierno municipal, personal de salud y agentes comunitarios de salud sobre el CPVC y las intervenciones para reducir la DCI</p>	<p>Grado de valoración de la <u>pertinencia y eficacia</u> del CPVC y de las intervenciones para reducir la DCI, por los funcionarios del gobierno municipal, personal de salud y agentes comunitarios de salud.</p> <p><i>Pertinencia:</i> conveniencia y oportunidad de la iniciativa (CPVC) en el distrito. <i>Eficacia:</i> logro de metas y objetivos con recursos disponibles en un tiempo determinado</p>	<p><u>Ninguno:</u> No cumple ningún requisito</p> <p><u>Bajo: Cumplen 1- 2 de los 5 requisitos</u></p> <p><i>Pertinencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El CPVC beneficia a la madre y al niño - Cree que el CPVC ayuda a disminuir la DCI <p><i>Eficacia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Piensa que los recursos asignados son suficientes - Opinión favorable acerca del funcionamiento del CPVC - Percepción favorable acerca de los avances en la reducción de la DCI en el distrito desde el inicio del PI
		<p><u>Medio:</u> Cumplen 3 – 4 de los 5 requisitos</p> <p><i>Pertinencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El CPVC beneficia a la madre y al niño - Cree que el CPVC ayuda a disminuir la DCI <p><i>Eficacia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Piensa que los recursos asignados son suficientes - Opinión favorable acerca del funcionamiento del CPVC - Percepción favorable acerca de los avances en la reducción de la DCI en el distrito desde el inicio del PI
		<p><u>Alto:</u> Cumplen los 5 requisitos</p> <p><i>Pertinencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - El CPVC beneficia a la madre y al niño - Cree que el CPVC ayuda a disminuir la DCI <p><i>Eficacia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Piensa que los recursos asignados son suficientes - Opinión favorable acerca del funcionamiento del CPVC - Percepción favorable acerca de los avances en la reducción de la DCI en el distrito desde el inicio del PI

ANEXO 4: Instrumentos para el recojo de Información

Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito Masisea. Bases para propuesta de estrategias

ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD MASISEA

Fecha: ____/____/____

Hora de inicio de la entrevista: _____

Hora de finalización de la entrevista: _____

Jefe del CS; Responsable de Promoción de la Salud; Responsable Etapa Vida Niño; Responsable de CRED; Responsable de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

DATOS DEL ENTREVISTADO

D1. Nombre de la Oficina	
D2. Nombre del Funcionario que responde	
D3. Género	M ____ F ____
D4. Correo electrónico	
D5. Profesión	
D6. Cargo	
D7. Tiempo en el cargo	
D8. Fecha	

A. POLÍTICAS Y ACCIONES PARA REDUCIR LA DCI EN EL DISTRITO (NO INCLUYE PI)

1. ¿Existe un Consejo Distrital de Salud o instancia similar que opere en su distrito?
 1. SI ¿El año pasado cuáles han sido sus prioridades?
 2. NO ¿Por qué?
 PASE A LA PREGUNTA 5
2. ¿En el último año qué acciones sanitarias ha implementando el Consejo Distrital de Salud?

3. ¿Las acciones o iniciativas sanitarias que está implementando el Consejo Distrital de Salud han contado con presupuesto el año pasado?
 1. SI ¿De quién?
 2. NO ¿Por qué?
4. ¿Quiénes son los responsables de la ejecución de las acciones sanitarias implementadas por el Consejo Distrital de Salud?
5. ¿Existe alguna Ordenanza distrital, Resolución de Alcaldía o similar que esté vigente y guíe las acciones del Gobierno Municipal en relación a la disminución de la desnutrición crónica infantil?
6. ¿Está la GDS o área del GM correspondiente desarrollando acciones para reducir la desnutrición crónica infantil? ¿Desde cuándo? ¿Qué acciones?
7. ¿Existen instancias específicas de coordinación interna del GM para abordar la problemática de la DCI y desarrollar las acciones planteadas? ¿Cómo operan?
8. ¿Qué factores han facilitado el cumplimiento de acciones para reducir desnutrición crónica infantil?
9. ¿Qué dificultades se han presentado para el cumplimiento de acciones para reducir la desnutrición crónica infantil?
10. ¿Qué acciones han tomado para resolver los problemas mencionados?
11. ¿Tienen Acuerdos de Gestión en salud entre el GM y el sector salud? ¿Cuáles?
12. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las responsabilidades asumidas en los acuerdos de Gestión o mecanismos similares? ¿Por qué?

B. ARTICULACIÓN ENTRE EL GM Y EL CS PARA IMPLEMENTAR EL PI (CPVC)

13. ¿Desde cuándo el GM recibe fondos provenientes del PI?
14. ¿Los fondos del PI son recibidos en el tiempo establecido y de manera oportuna?

1. SI Explique
 2. NO Explique
 3. NO SABE
15. ¿Se fiscalizan los fondos del PI?
1. SI
 2. NO ¿Por qué?
PASE A LA PREGUNTA 19
16. ¿Quién realiza la fiscalización?
17. ¿Con qué frecuencia se hacen las fiscalizaciones?
18. ¿En qué consisten las fiscalizaciones?
19. ¿Qué porcentaje del PI se ha asignado a las actividades para mejorar la nutrición infantil en el distrito el año pasado? ¿Qué limita que sea un porcentaje mayor?
20. ¿Qué integrantes del GM, sector salud y comunidad se encargan de implementar los CPVC?
- Municipio:
- Sector Salud:
- Comunidad:
21. ¿Qué mecanismos y canales de coordinación se han establecido para desarrollar las actividades vinculadas al funcionamiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño?
- Con integrantes del sector salud:
- Con integrantes del sector salud y la comunidad:
22. ¿Los encargados de implementar el CPVC cumplen con las funciones o acuerdos establecidos?
1. SI
 2. NO ¿por qué?

23. ¿Los encargados de implementar el CPVC en el gobierno local conocen y siguen las pautas establecidas en la normativa del PI para la implementación de los CPVC?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
24. ¿Se monitorea y supervisa las actividades vinculadas al funcionamiento del CPVC?,
1. SI ¿Quién o quiénes supervisan las actividades?
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LA PREGUNTA 27
25. ¿Sabe si se toman acciones para mejorar los vacíos encontrados durante la supervisión y monitoreo de las actividades?
1. SI SE TOMAN ACCIONES
 2. NO SE TOMAN ACCIONES ¿por qué?
26. ¿Recuerda algunas de las acciones tomadas para mejorar los vacíos encontrados?
27. En su opinión, ¿qué problemas existe en cuanto a la articulación y coordinación entre el GM y el CS para la implementación del CPVC?
28. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre los encargados de implementar el CPVC?

c. CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE EL PI Y LA DCI

29. ¿Cuáles son las metas establecidas en el PI para la reducción de la DCI (además del CPVC)?
30. ¿Se cumplen todas las metas establecidas?
1. SI
 2. NO ¿Por qué?
31. De las metas que SI se cumplieron ¿cuáles cree que han sido los factores que han facilitado este cumplimiento?
32. ¿De las metas que NO se cumplieron cuáles cree que han sido los factores que limitaron su cumplimiento?

33. ¿Qué actividades se desarrollan en el CPVC?
34. ¿Cuáles son los documentos normativos que permiten comprender el PI y el cumplimiento de metas vinculados al CPVC?
35. ¿Cuáles considera Ud. que son los principales problemas relacionados al conocimiento de la normativa e implementación del PI y de la DCI en el GM y el sector salud?
36. ¿Qué medidas se toman para asegurar su conocimiento por parte del equipo que la implementa?
37. ¿Cómo afecta la DCI en el distrito de Masisea?

D. ACCESO A CAPACITACIÓN SOBRE EL PI Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD

38. ¿Recibió capacitación el año pasado sobre la normativa, implementación y monitoreo para la implementación del CPVC?
1. SI ¿En qué consistió?
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LA PREGUNTA 45
39. ¿Quién le capacitó?
40. ¿Cuándo fue la capacitación?
41. ¿En qué temas les capacitaron?
42. ¿A cuántos funcionarios del CS capacitaron?
43. ¿Los funcionarios que fueron capacitados permanecen en sus puestos?
1. SI
 2. NO ¿por qué?

44. ¿Considera Ud. que la capacitación le ha ayudado a desarrollar mejor las actividades del PI?
1. SI ¿por qué?
 2. NO ¿por qué?
45. ¿Capacitaron a los agentes comunitarios de salud?
1. SI ¿Quién les capacitó?
 2. NO ¿Por qué? PASE A PREGUNTA 47
46. ¿A cuántos agentes comunitarios de salud capacitaron?
47. ¿Capacitaron a representantes de la Defensoría del Pueblo?
1. SI ¿Quién les capacitó?
 2. NO ¿Por qué?
PASE A PREGUNTA 49
48. ¿A cuántos funcionarios de la Defensoría capacitaron?
49. ¿Se hace seguimiento a los capacitados?
1. SI
 2. NO ¿por qué? PASE A LA PREGUNTA 52
50. ¿Quién hace seguimiento a los capacitados?
51. ¿En qué consiste el seguimiento a los capacitados?
52. ¿Qué problemas existen para el acceso de capacitación por parte del personal de salud?
53. ¿Cómo cree Ud. que podría mejorar?

E. PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PI (CPVC)

54. ¿Quién convoca a las reuniones para organizar el funcionamiento de su CPVC?
55. ¿A las reuniones asisten todos los que se encargan de organizar el funcionamiento del CPVC?
1. SI
 2. NO ¿por qué?

56. ¿De qué manera participa el personal de la municipalidad para organizar el funcionamiento de su CPVC?
57. ¿De qué manera participa el personal de salud para organizar el funcionamiento de su CPVC?
58. ¿De qué manera participan los agentes comunitarios de salud para organizar el funcionamiento de su CPVC?
59. ¿Toman decisiones conjuntas para el funcionamiento de su CPVC?
1. SI ¿Nos podría compartir algunos ejemplos?
 2. NO ¿Por qué?
- PASE A LA PREGUNTA 58
60. ¿Sabe si las decisiones conjuntas tomadas por los encargados del funcionamiento del CPVC se cumplen?
1. LA MAYORÍA SI SE CUMPLEN ¿Por qué?
 2. LA MAYORÍA NO SE CUMPLEN ¿Por qué?
61. ¿Qué ayuda a cumplir las decisiones que toman conjuntamente los responsables del funcionamiento de su CPVC?
62. ¿El personal del centro de salud coordina con las autoridades comunales, organizaciones de base o programas sociales acciones de promoción de la salud como por ejemplo: sesiones educativas y demostrativas, vigilancia comunal y toma de decisiones?
1. SI ¿Cómo?
 2. NO ¿Por qué?
63. ¿Cómo y por qué participa la población en las actividades desarrolladas por el personal de salud como por ejemplo sesiones educativas y demostrativas, vigilancia comunal y toma de decisiones?
64. ¿El personal de salud comparte los datos de gestantes, niños y niñas con el CPVC?
1. SI ¿Cómo? ¿Cuáles?
 2. NO ¿Por qué?
65. ¿El personal de la municipalidad conoce los datos de la salud de gestante, niños y niñas del CPVC?
1. SI ¿Cuáles?
 2. NO ¿Por qué?
66. ¿Cómo utilizan la información de la salud de gestantes, niños y niñas en las actividades del CPVC?

67. ¿Qué dificultades identifica en la participación de los agentes comunitarios de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?
68. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?
69. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de la municipalidad para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?

F. PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

70. ¿A quién cree Ud. que beneficia el CPVC?
71. ¿En qué consiste el beneficio?
72. ¿Cree usted que el funcionamiento del CPVC favorece a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI?
73. ¿Qué avances hay en la reducción de la desnutrición infantil en el distrito desde el inicio del funcionamiento de su CPVC?
74. Si el financiamiento de los CPVC con recursos del PI se terminará ¿cree Ud. que la municipalidad lo debería asumir?
1. SI ¿Por qué?
 2. NO ¿Por qué?
75. ¿Hay otras instituciones o líderes del distrito que apoyan el funcionamiento del CPVC? ¿Cómo?
76. ¿Cree Ud. que su CPVC funciona bien? ¿Por qué?
77. ¿Qué recomendaría Ud. para que el funcionamiento del CPVC mejore?

ENTREVISTA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS DE LA MUNICIPALIDAD DEL DISTRITO MASISEA

Fecha: ____/____/____

Hora de inicio de la entrevista: ____

Hora de finalización de la
entrevista: ____

Gerente de Desarrollo Económico; Gerente de Desarrollo Social; Gerente de planificación y presupuesto; Coordinador del PIM; Coordinador del Equipo Multisectorial.

DATOS DEL ENTREVISTADO

D1. Nombre de la Oficina	
D2. Nombre del Funcionario que responde	
D3. Género	M ____ F ____
D4. Correo electrónico	
D5. Profesión	
D6. Cargo	
D7. Tiempo en el cargo	
D8. Fecha	

A. POLÍTICAS Y ACCIONES PARA REDUCIR LA DCI EN EL DISTRITO (NO INCLUYE PI)

1. ¿Existe un Consejo Distrital de Salud o instancia similar que opere en su distrito?
 1. SI ¿El año pasado cuáles han sido sus prioridades?
 2. NO ¿Por qué? PASE A LA PREGUNTA 5
2. ¿En el último año qué acciones sanitarias ha implementando el Consejo Distrital de Salud?
3. ¿Las acciones o iniciativas sanitarias que está implementando el Consejo Distrital de Salud han contado con presupuesto el año pasado?
4. ¿Quiénes son los responsables de la ejecución de las acciones sanitarias implementadas por el Consejo Distrital de Salud?

5. ¿Existe alguna Ordenanza distrital, Resolución de Alcaldía o similar que esté vigente y guíe las acciones del Gobierno Municipal en relación a la disminución de la desnutrición crónica infantil?
6. ¿Está la GDS o área del GM correspondiente desarrollando acciones para reducir la desnutrición crónica infantil? ¿Desde cuándo? ¿Qué acciones?
7. ¿Existen instancias específicas de coordinación interna del GM para abordar la problemática de la DCI y desarrollar las acciones planteadas? ¿Cómo operan?
8. ¿Qué factores han facilitado el cumplimiento de acciones para reducir desnutrición crónica infantil?
9. ¿Qué dificultades se han presentado para el cumplimiento de acciones para reducir la desnutrición crónica infantil?
10. ¿Qué acciones han tomado para resolver los problemas mencionados?
11. ¿Tienen Acuerdos de Gestión en salud entre el GM y el sector salud? ¿Cuáles?
12. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las responsabilidades asumidas en los acuerdos de Gestión o mecanismos similares? ¿Por qué?

B. ARTICULACIÓN ENTRE EL GM Y EL CS PARA IMPLEMENTAR EL CPVC

13. ¿Desde cuándo el GM recibe fondos provenientes del PI?
14. ¿Los fondos del PI son recibidos en el tiempo establecido y de manera oportuna?
 1. SI Explique
 2. NO Explique
15. ¿Se fiscalizan los fondos del PI?
 1. SI
 2. NO ¿Por qué?

PASE A LA PREGUNTA 19
16. ¿Quién realiza la fiscalización?
17. ¿Con qué frecuencia se hacen las fiscalizaciones?

18. ¿En qué consisten las fiscalizaciones?
19. ¿Qué porcentaje del PI se ha asignado a las actividades para mejorar la nutrición infantil en el distrito el año pasado? ¿Qué limita que sea un porcentaje mayor?
20. ¿Qué integrantes del GM, sector salud y comunidad se encargan de implementar los CPVC?
- Municipio:
Sector Salud:
Comunidad:
21. ¿Qué mecanismos y canales de coordinación se han establecido para desarrollar las actividades vinculadas al funcionamiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño?
- Con integrantes del sector salud:
Con integrantes del sector salud y la comunidad:
22. ¿Los encargados de implementar el CPVC cumplen con las funciones o acuerdos establecidos?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
23. ¿Los encargados de implementar el CPVC en el gobierno local conocen y siguen las pautas establecidas en la normativa del PI para la implementación de los CPVC?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
24. ¿Se monitorea y supervisa las actividades vinculadas al funcionamiento del CPVC?,
1. SI ¿Quién o quiénes supervisan las actividades?
 2. NO ¿por qué? PASE A LA PREGUNTA 27
25. ¿Sabe si se toman acciones para mejorar los vacíos encontrados durante la supervisión y monitoreo de las actividades?
1. SI SE TOMAN ACCIONES
 2. NO SE TOMAN ACCIONES ¿por qué?
26. ¿Recuerda algunas de las acciones tomadas para mejorar los vacíos encontrados?
27. En su opinión, ¿qué problemas existe en cuanto a la articulación y coordinación entre el GM y el CS para la implementación del CPVC?

28. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre los encargados de implementar el CPVC?

C. CONOCIMIENTO DE LOS FUNCIONARIOS DEL GM SOBRE EL PI (CPVC) Y LA DCI

29. ¿Cuáles son las metas establecidas en el PI para la reducción de la DCI (además del CPVC)?

30. ¿Se cumplen todas las metas establecidas?

1. SI
2. NO ¿Por qué?

31. De las metas que SI se cumplieron ¿cuáles cree que han sido los factores que han facilitado este cumplimiento?

32. ¿De las metas que NO se cumplieron cuáles cree que han sido los factores que limitaron su cumplimiento?

33. ¿Qué actividades se desarrollan en el CPVC?

34. ¿Cuáles son los documentos normativos que permiten comprender el PI y el cumplimiento de metas vinculados al CPVC?

35. ¿Cuáles considera Ud. que son los principales problemas relacionados al conocimiento de la normativa e implementación del PI y de la DCI en el GM y el sector salud?

36. ¿Qué medidas se toman para asegurar su conocimiento por parte del equipo que la implementa?

37. ¿Cómo afecta la DCI en el distrito de Masisea?

D. ACCESO A CAPACITACIÓN SOBRE EL PI Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DE LA MUNICIPALIDAD.

38. ¿Recibió capacitación el año pasado sobre la normativa, implementación y monitoreo para la implementación del CPVC?

1. SI ¿En qué consistió?
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LA PREGUNTA 48

39. ¿Quién le capacitó?
40. ¿Cuándo fue la capacitación?
41. ¿En qué temas les capacitaron?
42. ¿A cuántos funcionarios del GM capacitaron?
43. ¿Los funcionarios que fueron capacitados permanecen en sus puestos?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?
44. ¿Considera Ud. que la capacitación le ha ayudado a desarrollar mejor las actividades del PI?
 1. SI ¿por qué?
 2. NO ¿por qué?
45. ¿Se hace seguimiento a los capacitados?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?

PASE A LA PREGUNTA 48
46. ¿Quién hace seguimiento a los capacitados?
47. ¿En qué consiste el seguimiento a los capacitados?
48. ¿Qué problemas existen para el acceso de capacitación por parte de los funcionarios municipales?
49. ¿Cómo cree Ud. que podría mejorar?

E. PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PI (CPVC)

50. ¿Quién convoca a las reuniones para organizar el funcionamiento de su CPVC?
51. ¿A las reuniones asisten todos los que se encargan de organizar el funcionamiento del CPVC?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?

52. ¿De qué manera participa el personal de la municipalidad para organizar el funcionamiento de su CPVC?
53. ¿De qué manera participa el personal de salud para organizar el funcionamiento de su CPVC?
54. ¿De qué manera participan los agentes comunitarios de salud para organizar el funcionamiento de su CPVC?
55. ¿Toman decisiones conjuntas para el funcionamiento del CPVC?
1. SI ¿Nos podría compartir algunos ejemplos?
 2. NO ¿Por qué? PASE A LA PREGUNTA 58
56. ¿Sabe si las decisiones conjuntas tomadas por los encargados del funcionamiento del CPVC se cumplen?
1. LA MAYORÍA SI SE CUMPLEN ¿Por qué?
 2. LA MAYORÍA NO SE CUMPLEN ¿Por qué?
57. ¿Qué ayuda a cumplir las decisiones que toman conjuntamente los responsables del funcionamiento de su CPVC?
58. El personal del centro de salud coordina con las autoridades comunales, organizaciones de base o programas sociales acciones de promoción de la salud como por ejemplo: sesiones educativas y demostrativas, vigilancia comunal y toma de decisiones?
1. SI ¿Cómo?
 2. NO ¿Por qué?
59. ¿Cómo y por qué participa la población en las actividades desarrolladas por el personal de salud como por ejemplo sesiones educativas y demostrativas, vigilancia comunal y toma de decisiones?
60. El personal de salud comparte los datos de gestantes, niños y niñas con el CPVC?
1. SI ¿Cómo? ¿Cuáles?
 2. NO ¿Por qué?
61. ¿El personal de la municipalidad conoce los datos de la salud de gestante, niños y niñas del CPVC?
1. SI ¿Cuáles?
 2. NO ¿Por qué?
62. ¿Cómo utilizan la información de la salud de gestantes, niños y niñas en las actividades del CPVC?
63. ¿Qué dificultades identifica en la participación de los agentes comunitarios de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?

64. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?
65. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de la municipalidad para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?

F. PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO MUNICIPAL SOBRE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

66. ¿A quién cree Ud. que beneficia el CPVC?
67. ¿En qué consiste el beneficio?
68. Cree usted que el funcionamiento del CPVC favorece a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI?
69. ¿Qué avances hay en la reducción de la desnutrición infantil en el distrito desde el inicio del funcionamiento de su CPVC?
70. Si el financiamiento de los CPVC con recursos del PI terminara ¿cree Ud. que la municipalidad lo debería asumir?
1. SI ¿Por qué?
 2. NO ¿Por qué?
71. ¿Hay otras instituciones o líderes del distrito que apoyan el funcionamiento del CPVC? ¿Cómo?
72. ¿Cree Ud. que su CPVC funciona bien? ¿Por qué?
73. ¿Qué recomendaría Ud. para que el funcionamiento del CPVC mejore?

Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias

ENTREVISTA GRUPAL DIRIGIDA A LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD DEL DISTRITO MASISEA

Fecha: ____/____/____

Hora de inicio de la entrevista: _____

Hora de finalización de la entrevista: _____

DATOS DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

	NOMBRES	SEXO	TIEMPO EN EL CARGO DE PROMOTOR	TIEMPO EN EL CPVC	ACTIVIDAD A QUE SE DEDICA EN EL CPVC
1					
2					
3					
4					
5					
6					

A. ACCESO A CAPACITACIÓN SOBRE EL CPVC (PI) Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

1. ¿Cuántos agentes comunitarios de salud participan el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño?
 2. ¿Recibió capacitación para desarrollar acciones en su Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y del Niño?
 1. SI ¿sobre qué fue la capacitación?
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE "B"**

3. ¿Quién le capacitó durante el tiempo que ha sido parte del equipo que se encarga del funcionamiento del CPVC?
 4. ¿En el último año cuántas capacitaciones tuvieron?
 5. ¿A cuántos agentes comunitarios de salud capacitaron el año pasado? Fue más o menos promotores que en los años anteriores.
 6. ¿Los agentes comunitarios de salud que fueron capacitados el año pasado siguen participando en el funcionamiento de su CPCV?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?
 7. ¿Considera Ud. que la capacitación le ha ayudado a desarrollar mejor las actividades en su CPVC?
 1. SI ¿por qué?
 2. NO ¿por qué?
 8. ¿Se hace seguimiento a los agentes comunitarios de salud capacitados?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LAS PREGUNTAS DEL BLOQUE "B"
9. ¿Quién hace seguimiento a los agentes comunitarios de salud capacitados?
 10. ¿En qué consiste el seguimiento a los agentes comunitarios de salud capacitados?
 11. ¿Cómo cree Ud. que podría mejorar la capacitación a los agentes comunitarios de salud para mejorar a su vez el funcionamiento del CPVC?

B. PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PI (CPVC)

12. ¿Quiénes se encargan del funcionamiento de su CPVC:

EN LA COMUNIDAD:

EN EL CENTRO DE SALUD:

EN LA MUNICIPALIDAD:

13. ¿Cada cuánto tiempo se reúnen para organizar el funcionamiento de su CPVC?

14. ¿Quién convoca a las reuniones para organizar el funcionamiento de su CPVC?
15. ¿A las reuniones asisten todos los que se encargan de organizar el funcionamiento del CPVC?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?
16. ¿De qué manera participa el personal de la municipalidad para organizar el funcionamiento de su CPVC?
17. ¿De qué manera participa el personal de salud para organizar el funcionamiento de su CPVC?
18. ¿De qué manera participan los agentes comunitarios de salud para organizar el funcionamiento de su CPVC?
19. ¿Toman decisiones conjuntas para el funcionamiento de su CPVC?
 1. SI ¿Nos podría compartir algunos ejemplos?
 2. NO ¿Por qué?PASE A LA PREGUNTA 21
20. ¿Sabe si las decisiones conjuntas tomadas por los encargados del funcionamiento del CPVC se cumplen?
 1. LA MAYORÍA SI SE CUMPLEN ¿Por qué?
 2. LA MAYORÍA NO SE CUMPLEN ¿Por qué?
21. ¿Qué ayuda a cumplir las decisiones que toman conjuntamente los responsables del funcionamiento de su CPVC?
22. El personal de su centro de salud coordina con las autoridades comunales, organizaciones de base o programas sociales acciones de promoción de la salud como por ejemplo: sesiones educativas y demostrativas, vigilancia comunal y toma de decisiones?
 1. SI ¿Cómo?
 2. NO ¿Por qué?
23. ¿Cómo y por qué participa la población en las actividades desarrolladas por el personal de salud como por ejemplo sesiones demostrativas, vigilancia comunal y toma de decisiones?
24. ¿El personal de salud comparte los datos de la salud de gestantes, niños y niñas con el CPVC?
 1. SI ¿Cómo?¿Cuáles?
 2. NO ¿Por qué?

25. ¿El personal de la municipalidad conoce los datos de la salud de gestante, niños y niñas del CPVC?
 1. SI ¿Cuáles?
 2. NO ¿Porqué?
26. ¿Cómo utilizan la información de la salud de gestantes, niños y niñas en las actividades del CPVC?
27. ¿Qué dificultades identifica en la participación de los agentes comunitarios de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?
28. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de salud para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?
29. ¿Qué dificultades identifica en la participación del personal de la municipalidad para el funcionamiento del CPVC? ¿De qué manera piensa podrían superarse?

C. PERCEPCIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD SOBRE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

30. ¿A quién cree Ud. que beneficia el CPVC?
31. ¿En qué consiste el beneficio?
32. Cree usted que el funcionamiento del CPVC favorece a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI?
33. ¿Qué avances hay en la reducción de la desnutrición infantil en el distrito desde el inicio del funcionamiento de su CPVC?
34. ¿Cree Ud. que los recursos asignados para el funcionamiento de su CPVC son suficientes?
 1. SI ¿Por qué?
 2. NO ¿Por qué?
35. Si el financiamiento de los CPVC con recursos del PI finaliza ¿cree Ud. que la municipalidad lo debería asumir?
 3. SI ¿Por qué?
 4. NO ¿Por qué?
36. Los encargados del funcionamiento del CPVC en la comunidad, el centro de salud y la municipalidad ¿hacen un trabajo en equipo o coordinado?

1. SI ¿Cómo?
 2. NO ¿Por qué?
-
37. ¿Hay otras instituciones o líderes del distrito que apoyan el funcionamiento del CPVC? ¿Cómo?
-
38. ¿Cree Ud. que su CPVC funciona bien? ¿Por qué?



Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito Masisea. Bases para propuesta de estrategias

ENTREVISTA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS DE DIRESA

DATOS DEL ENTREVISTADO

D1. Nombre de la Oficina	
D2. Nombre del Funcionario	
D3. Género	M ___ F ___ X ___
D4. Correo electrónico	
D5. Profesión	
D6. Cargo	
D7. Tiempo en el cargo	
D8. Fecha	

A. POLÍTICAS Y ACCIONES PARA REDUCIR LA DCI EN LA REGIÓN

1. ¿Cuáles son las prioridades sanitarias actuales del Consejo Regional de Salud?
2. ¿Las acciones o iniciativas sanitarias que está implementando el Consejo Regional de Salud han contado con presupuesto el año pasado?
 3. SI
 4. NO ¿Por qué?
3. ¿Quiénes son los responsables de la ejecución de las acciones sanitarias implementadas por el Consejo Regional de Salud?
4. ¿Está el GR y la DIRESA desarrollando acciones para reducir la desnutrición crónica infantil?
 1. SI ¿Qué acciones?
 2. NO ¿Por qué?
5. ¿Estas acciones cuentan con presupuesto?
 1. SI
 2. NO ¿Por qué?
6. ¿Existe alguna ordenanza regional (o similar) que esté vigente y guíe las acciones del GR y la DIRESA en relación a la disminución de la desnutrición crónica infantil?
 1. SI ¿Cuál?

2. NO

7. ¿Existen instancias específicas de coordinación interna o externa de la DIRESA para abordar la problemática de la DCI y desarrollar las acciones planteadas?
 1. SI ¿Cómo operan?
 2. NO

8. ¿Qué factores han facilitado el cumplimiento de acciones para reducir desnutrición crónica infantil?

9. ¿Qué dificultades se han presentado para el cumplimiento de acciones para reducir la desnutrición crónica infantil?

10. ¿Qué acciones han tomado para resolver los problemas mencionados?

11. ¿Tienen Acuerdos de Gestión en salud (o mecanismos similares) con el GR?
 1. SI ¿Cuáles?
 2. NO

12. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las responsabilidades asumidas en los acuerdos de Gestión? ¿Por qué?

B. ARTICULACIÓN ENTRE EL GM Y EL SECTOR SALUD PARA IMPLEMENTAR EL PI

13. ¿Desde cuándo se inició el Plan de Incentivos Municipales en la Región?

14. ¿Este año cuántos Gobiernos Locales distritales recibieron fondos para el Plan de Incentivos Municipales?

15. ¿Los fondos son enviados directamente a los Gobiernos Locales?

16. ¿Los fondos del PI son remesados en el tiempo establecido y de manera oportuna?
 1. SI Explique
 2. NO Explique
 3. NO SABE

17. ¿Se fiscalizan los fondos del PI?
1. SI
 2. NO ¿Por qué?
PASE A LA PREGUNTA 9
18. ¿Quién realiza la fiscalización?
19. ¿Con qué frecuencia se hacen las fiscalizaciones?
20. ¿En qué consisten las fiscalizaciones?
21. ¿Qué mecanismos y canales de coordinación se han establecido para desarrollar las actividades vinculadas al funcionamiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño?
- Con integrantes del sector salud:
- Con integrantes del sector salud y la comunidad:
22. ¿Los encargados de implementar el CPVC en el centro de salud conocen y siguen las pautas establecidas en la normativa del PI para la implementación de los CPVC?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
23. ¿Los encargados de implementar el CPVC en los gobiernos locales conocen y siguen las pautas establecidas en la normativa del PI para la implementación de los CPVC?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
24. Desde la DIRESA ¿Se monitorea y supervisa las actividades vinculadas al funcionamiento del CPVC?
1. SI ¿Quién supervisa las actividades?
 2. NO ¿por qué?
PASE A LA PREGUNTA 25
25. ¿Sabe si se toman acciones para mejorar los vacíos encontrados durante la supervisión y monitoreo de las actividades?

1. SI SE TOMAN ACCIONES
 2. NO SE TOMAN ACCIONES ¿Por qué?
26. ¿Recuerda alguna de las acciones tomadas para mejorar los vacíos encontrados?
27. ¿Existen otras actividades fuera de la implementación de los CPVC orientadas a disminuir la DCI?
1. SI ¿Cuál es el nivel de coordinación entre ellas?
 2. NO
28. En su opinión, ¿qué problemas existe en cuanto a la articulación y coordinación entre el GM y el CS para la implementación del CPVC?
29. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre los encargados de implementar el CPVC en cada distrito?
30. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre la DIRESA y los establecimientos de salud encargados de implementar el CPVC?

C. ACCESO A CAPACITACIÓN SOBRE EL PI Y LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

31. ¿Cuáles considera Ud. que son los principales problemas relacionados al conocimiento de la normativa e implementación del PI y de la DCI en el GM y el sector salud?
32. ¿Qué medidas se toman para asegurar su conocimiento por parte del equipo que la implementa?
33. ¿El año pasado capacitaron sobre la normativa, implementación y monitoreo para la implementación del CPVC?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LA PREGUNTA 40
34. ¿Cuándo fue la capacitación?
35. ¿En el taller de capacitación:
1. ¿A cuántos funcionarios del GM capacitaron?

2. ¿A cuántas personas del CS capacitaron?
 3. ¿A cuántos agentes comunitarios de salud capacitaron?
 4. ¿A cuántos funcionarios de la Defensoría capacitaron?
36. ¿Considera Ud. que la capacitación les ha ayudado a desarrollar mejor las actividades del PI?
1. SI ¿por qué?
 2. NO ¿por qué?
37. ¿Se hace seguimiento a los capacitados?
1. SI
 2. NO ¿por qué?
- PASE A LA PREGUNTA 40
38. ¿Quién hace seguimiento a los capacitados?
39. ¿En qué consiste el seguimiento a los capacitados?
40. ¿Qué problemas existen para el acceso de capacitación por parte de los funcionarios municipales, personal de salud y de los agentes comunitarios de salud?
41. ¿Cómo cree Ud. que podría mejorar?
42. ¿Cómo afecta la DCI en la región Ucayali?

D. PERCEPCIÓN SOBRE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA DCI

43. ¿A quién cree Ud. que beneficia el CPVC?
44. ¿En qué consiste el beneficio?
45. Cree usted que el funcionamiento del CPVC favorece a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI?
46. ¿Qué avances hay en la reducción de la desnutrición infantil en la Región desde el inicio del funcionamiento de los CPVC?

47. Si el financiamiento de los CPVC con recursos del PI se terminará ¿cree Ud. que los Gobiernos Municipales lo debería asumir?
1. SI ¿Por qué?
 2. NO ¿Por qué?
48. ¿Hay otras instituciones o líderes de la región que apoyan el funcionamiento de los CPVC? ¿Cómo?
49. ¿Cree Ud. que los CPVC funcionan bien? ¿Por qué?
50. ¿Qué recomendaría Ud. para que el funcionamiento de los CPVC mejore?



Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito Masisea. Bases para propuesta de estrategias

ENTREVISTA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS MEF y MINSA (NIVEL CENTRAL)

DATOS DEL ENTREVISTADO

D1. Nombre de la Oficina	
D2. Nombre del Funcionario que responde	
D3. Género	M _____ F _____
D4. Correo electrónico	
D5. Profesión	
D6. Cargo	
D7. Tiempo en el cargo	

A. ARTICULACIÓN ENTRE EL MEF Y EL SECTOR SALUD PARA IMPLEMENTAR EL PI PARA LA REDUCCIÓN DE LA DCI

1. ¿Desde cuándo se inició el Plan de Incentivos Municipales?
2. ¿En este año a cuántos Gobiernos Locales distritales del país están enviando fondos para el Plan de Incentivos Municipales?
3. ¿Los fondos son enviados directamente a los Gobiernos Locales?
4. ¿Los fondos del PI son remesados en el tiempo establecido y de manera oportuna?
 1. SI Explique
 2. NO Explique
 3. NO SABE
5. ¿Se fiscalizan los fondos del PI?
 1. SI
 2. NO ¿Por qué?
PASE A LA PREGUNTA 9
6. ¿Quién realiza la fiscalización?
7. ¿Con qué frecuencia se hacen las fiscalizaciones?
8. ¿En qué consisten las fiscalizaciones?

B. SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL - CPVC

9. ¿Cómo se determina el presupuesto del PI destinado a la reducción de la DCI?, ¿quién o quiénes lo determinan?
10. ¿Cuáles son los criterios para determinar la cantidad de presupuesto del PI para la reducción de la DCI en los distritos?
11. ¿Qué integrantes del GM, sector salud y comunidad se encargan de implementar los CPVC?

Municipio:

Sector Salud:

Comunidad:

12. ¿Qué mecanismos y canales de coordinación se han establecido para desarrollar las actividades vinculadas al funcionamiento del Centro de promoción y vigilancia comunal del cuidado integral de la madre y del niño?

Con integrantes del sector salud:

Con integrantes del sector salud y la comunidad:

13. Según su percepción, ¿los encargados de implementar el CPVC en el sector salud conocen y siguen las pautas establecidas en la normativa del PI?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?
14. ¿Los encargados de implementar el CPVC en los gobiernos locales conocen y siguen las pautas establecidas en la normativa del PI?
 1. SI
 2. NO ¿por qué?
15. ¿Se monitorea y supervisa las actividades vinculadas al funcionamiento del CPVC
 1. SI ¿Quién supervisa las actividades?
 2. NO

3. NO SABE

16. ¿Cree usted que el funcionamiento del CPVC favorece a la niñez y ayuda a la reducción de la DCI?
17. En su opinión, ¿qué problemas existe para la implementación del PI en general y del CPVC en particular?
18. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre los encargados de implementar el CPVC en cada distrito?
19. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre la DIRESA y los establecimientos de salud encargados de implementar el CPVC?
20. ¿Qué recomendaría para mejorar la articulación entre el MEF y el sector salud encargados de implementar el CPVC?
21. Si el financiamiento de los CPVC con recursos del PI se terminara ¿cree Ud. que los Gobiernos Municipales lo debería asumir?
 1. SI ¿Por qué?
 2. NO ¿Por qué?

Factores que favorecen o limitan la implementación del Plan de Incentivos Municipales para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil en el Distrito Masisea de Ucayali. Bases para propuesta de estrategias

GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL DEL CUIDADO INTEGRAL DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Fecha: ____/____/____ Hora de inicio de la observación: ____

Hora de finalización: _____

Nombre de la RED: Nombre de la Provincia:

Nombre de la MICRO RED: Nombre del Distrito:

Nombre del C.S. o P.S.: Nombre de la Comunidad:

Nº	ITEM	FUENTE DE VERIFICACIÓN/ OBSERVACIONES
1	<p>CONFORMACIÓN EQUIPO DE TRABAJO</p> <p>1.1 De la Municipalidad Nombre: _____ Cargo: _____ Nombre: _____ Cargo: _____ Nombre: _____ Cargo: _____</p> <p>1.2 Del Establecimiento de Salud: Nombre: _____ Cargo: _____ Nombre: _____ Cargo: _____ Nombre: _____ Cargo: _____</p> <p>1.3 Número de Agentes Comunitarios de Salud</p>	<p>Informe del coordinador del PI; copia de los dos oficios de conformación del equipo (Salud y Municipio)</p>
2	<p>POBLACIÓN OBJETIVO DE LA COMUNIDAD</p>	<p>Padrón Nominado o Relación simple</p>

	2.1 N° de Población total:	
	2.2 N° gestantes:	
	2.3 N° niñas y niños menores de 12 meses (de 0 a 11m 29 d)	
	2.4 N° niñas y niños de 12 a 23m 29d	
	2.5 N° niñas y niños de 24 a 35m 29d	
3	REUNIONES TÉCNICAS DEL EQUIPO DE TRABAJO	Cuaderno de Actas y/o Reuniones
	3.1 Reunión de incidencia y elección de la comunidad	
	3.2 Reuniones para definir infraestructura, equipamiento y materiales	
	3.3 Reuniones de coordinación para la capacitación de los ACS y definición de los reconocimientos y estímulos no monetarios	
4	INFRAESTRUCTURA DEL CPVC	Observación
	4.1 Ubicación de acuerdo a los criterios establecidos por MINSA: - Cerca a un centro o puesto de salud - Presencia de niñas y niños < de 36 meses y gestantes. -Experiencia de trabajo con personal de salud u otro -Lejos de áreas de exposición y/o riesgos ambientales -En la comunidad no debe existir otro centro similar	
	4.2 Área del local del centro: área mínima 45-55 m2	
	4.3 Servicios básicos -Agua -Desagüe o letrina	
	4.4 Limpieza y orden	
5	Equipamiento	Criterios Técnicos del MINSA
	5.1 Mobiliario básico	
	5.2 Kit para sesiones demostrativas en preparación de alimentos	
	5.3 Kit para sesiones demostrativas en lavado de manos	
	5.4 Kit para promover el desarrollo infantil	
	5.5 Materiales para actividades de vigilancia	
6	AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD	
	6.1 Capacitación básica a los Agentes comunitarios	Informe del personal de salud

	6.2 Reconocimientos o estímulos no monetario de parte de la municipalidad	Informe del Coordinador del PI
7	ACTIVIDADES	
	7.1 N° de actividades educativas realizadas en 2013	
	7.2 N° de actividades de vigilancia realizadas en 2013	
	7.3 N° de Sesiones para la Toma de decisiones	



ANEXO 5: Registro Fotográfico



Foto N°1: Entrevista con el Sub Gerente de Planificación y Presupuesto del Gobierno Municipal de Masisea



Foto N°2: Gobierno Municipal de Masisea



Foto N°3: Entrevista con el Sub Gerente de Asuntos Sociales



Foto N°4: Entrevista con Jefa del CS Masisea



Foto N°5: Centro de Salud Masisea



Foto N°6: Entrevista con Agentes Comunitarias de Salud de Santa Rosa de Masisea



Foto N°7: Puesto de Salud Santa Rosa de Masisea



Foto N°8: Instrumento de Vigilancia Comunal en el CPVC Santa Rosa de Masisea

Bibliografía

ALCAZAR Lorena, OCAMPO Diego, HUAMAN-ESPINO Lucio, APARCO Juan Pablo

2013 *Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú.* Rev Peru Med Exp Salud Pública p.569-574

ANDERSON Jeanine y colaboradores.

2014 *Las infancias Diversas. Estudio Fenomenológico de la niñez de 0 a 3 años en cuatro pueblos indígenas de la Amazonia Peruana* (en prensa).

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO – BID

2001 *Competitividad: El motor del crecimiento. Progreso Económico y Social en América Latina.* Washington, D.C.

BEDREGAL Paula y Marcela PARDO

2004 *Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño.* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Serie de Reflexiones Infancia y Adolescencia N°1- UNICEF.

BELTRAN Arlette y Janice SEINFELD

2009 *Documento de Discusión: Desnutrición Crónica Infantil. Un Problema Persistente – DD/09/14.* Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Lima – Perú.

BHUTTA, Z, DAS J, RIZVI A, et al.

2013 *Intervenciones basadas en evidencia para el mejoramiento de la nutrición maternal-infantil: Qué se puede hacer y a qué costo?* Lancet; publicado en línea el 6 de junio del 2013. The Lancet Nutrition Interventions Review Group, and the Maternal and Child Nutrition Study Group.

CABRERO, Enrique.

2006 “De la descentralización como aspiración, a la descentralización como

problema. El reto de la coordinación intergubernamental en las políticas sociales”. Ponencia presentada en el Seminario sobre Coordinación y Políticas Sociales - Banco Interamericano de Desarrollo.

CASAS, Carlos.

2013 *Marco Conceptual sobre Reforma y Modernización del Estado y de la Gestión Pública*. Banco Interamericano de Desarrollo – BID y Presidencia del Consejo de Ministros - PCM.

CUNNILL, Nuria.

2005 “La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social”. Ponencia presentada en X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile.

DECLARACION DE ALMA – ATA

1978 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Unión Soviética.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI

2012 *Análisis Situacional de Salud Ucayali 2012. Información para la Toma de Decisiones*. Dirección Regional de Epidemiología Ucayali. Junio 2012.

2009 *Análisis Situacional de Salud de Ucayali 2008. Información para la Toma de Decisiones*. Dirección Regional de Epidemiología Ucayali. Junio 2009

ECHEVERRI, Rafael y Octavio SOTOMAYOR

2010 *Estrategias de Gestión Territorial en las Políticas Públicas en Iberoamérica*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL.

FONDO DE COOPERACION PARA EL DESARROLLO SOCIAL – FONCODES

2006 *Mapa de Pobreza Distrital*. Lima.

GUERRERO, Gabriela y Claudia SUGIMARU

2010 *Oportunidades y riesgos de la transferencia del servicio Wawa Wasi a los Gobiernos Locales Provinciales*. Lima: GRADE; Niños del Milenio.

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI

2014 *Plan Regional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2013 – 2021*. Ucayali.

GODINEZ, Víctor y Jorge MATTAR

2009 *La República Dominicana en 2030: hacia una nación cohesionada*. México: CEPAL.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA – INEI

2013 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2013*.

2012 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Perú 2012

2009 *Resultados Definitivos de Comunidades Indígenas*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA – INEI,
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS - MEF

2013 *Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos. 2007-2013*. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Resultados Preliminares.

IRRAZABAL, Ignacio.

2005 *Participación ciudadana en programas de reducción de la pobreza en América Latina: experiencias en argentina, Chile, Perú y Paraguay*. Banco Interamericano de Desarrollo – BID. 2005.

LICHA, Isabel y Carlos Gerardo MOLINA.

2006 *Coordinación de la Política Social: Criterios para Avanzar en Serie de Documentos de Trabajo I-58*. Banco Interamericano de Desarrollo.

LICHA, Isabel; Carlos Gerardo MOLINA y Fabian Repetto.

2007 *La Coordinación de las Intervenciones Públicas en los Problemas Sociales*

MESA DE CONCERTACION PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

2012 *Programa Presupuestal Articulado Nutricional. Balance de Ejecución 2011. Lima*

MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL – MIDIS

2013 *Estrategia Incluir para Crecer. Lima-Perú.*

2012 *Directiva 004-2012-MIDIS, aprobada mediante Resolución Ministerial 131-2012/MIDIS. 25 de julio de 2012.*

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS - MEF

2014 *Decreto Supremo N° 015 – 2014 – EF. Aprueban los procedimientos para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2014.*

2014 *Resolución Directoral N° 003-2014-EF/50.01. Instructivos para el cumplimiento de las Metas en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal para el año 2014.*

2014 *Estructuras Programáticas y Funcionales de los Programas Presupuestales del Año Fiscal 2014 - Dirección General del Presupuesto Público*

2014 *Plan de Incentivos Municipales. La herramienta para una gestión local eficiente. Lima, enero 2014 - Dirección General del Presupuesto Público. Programa Nacional Articulado [en línea]. http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf*

2013 *Decreto Supremo N° 002 – 2013 – EF Aprueba los Procedimiento para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2013. 9 de enero.*

2013 *Decreto Supremo N° 168-2013-EF “Autorizan Crédito Suplementario en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, a favor de los Gobiernos Locales, en el marco del Plan de Incentivos a la mejora de la*

- Gestión y Modernización Municipal*”.
- 2013 *Decreto Supremo N° 337-2013-EF “Autorizan Crédito Suplementario en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, a favor de los Gobiernos Locales, en el marco del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal y aprueba medida sobre distribución de recursos del referido Plan”.*
- 2012 *Programación Presupuestaria por Resultados: Una evaluación del Programa Articulado Nutricional (PAN).* Lima, 2012.
- 2012 *Decreto Supremo N° 004 – 2012 – EF Aprueba los Procedimiento para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal del año 2012.* 11 de enero
- 2010 *Decreto Supremo N° 003 – 2010 – EF Aprueba los Procedimiento para el cumplimiento de metas y la asignación de los recursos del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal.* 11 de enero.
- MINISTERIO DE SALUD - MINSA
- 2014 *Criterios Técnicos para la sostenibilidad en el funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño.* Lima, febrero 2014. Dirección General de Promoción de la Salud.
- 2012 *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años.* Dirección General de Salud de las Personas.
- 2012 *Criterios Técnicos para la implementación del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y el niño.* Lima, junio 2012. Dirección General de Promoción de la Salud
- 2011 *Resolución Ministerial N° 208-2011/MINSA.* 18 de marzo de 2011.
- 2010 *Prioridades de Intervención para Disminuir la Desnutrición Crónica en 100 Distritos del Perú con Mayor Número de Niños Desnutridos.* Lima, 2010. Instituto Nacional de Salud.

RICO, María Nieves y Carlos MALDONADO.

- 2011 *Las familias latinoamericanas Interrogadas. Hacia la Articulación del Diagnóstico, la Legislación y las Políticas.* Comisión Económica para

América Latina y el Caribe - CEPAL.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS - PCM

- 2013 *Decreto Supremo N°004-2013-PCM. Aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.* Enero 2013.

MUNAYCO, Cesar y colaboradores

- 2013 *Evaluación del impacto de los multi-micronutrientes en polvo, sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú.* Lima, Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Vol. 30, N° 2, Abril 2013.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS - PNUD

- 2013 *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013. Cambio Climático y Territorio: Desafíos y Respuestas para un Futuro Sostenible.* Lima.
- 2011 *Movimiento para el Fomento de la Nutrición.* Informe sobre los progresos realizados por los países y sus asociados en el Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN).

RICO, María Nieves y Carlos MALDONADO.

- 2011 *Las familias latinoamericanas Interrogadas. Hacia la Articulación del Diagnóstico, la Legislación y las Políticas.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL.

SIERRA, Lucila

- 2011 *Promoción del Crecimiento y Desarrollo en la Primera Infancia. Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas del Programa Buen Inicio.* Lima. UNICEF.

TOVAR, María Teresa

- 2013 *Investigación en Gerencia Social.* Escuela de Pos grado. Pontificia Universidad Católica del Perú.

UNESCO

- 2004 *Coordinación Intersectorial de Políticas y Programas de la Primera*

Infancia: Experiencia en América Latina. Oficina Regional para América Latina y el Caribe

UNICEF - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA

2012 *Inequidades en el desarrollo de la primera infancia: Qué indican los datos.* Nueva York.

2001 *Estado Mundial de la Infancia 2001: Primera Infancia.* Nueva York.

UNICEF - FONDO DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA,
INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS, UNFPA

2009 *Programa JUNTOS. Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas – Estudios de caso de seis distritos rurales del Perú*

USAID – UNITED STATE AGENCY INTERNATIONAL DEVELOPMENT

2013 *Reducing Children Chronic Malnutrition through Strengthening Decentralized Health Systems: An Initial Assessment of San Martin and Ucayali Regions. Final Report.* Lima.