

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

"Factores que influyeron en la sostenibilidad de la estrategia de promotores comunales de salud del Programa Wiñay en cuatro comunidades campesinas del Distrito de Rondocan – Provincia de Acomayo – Región Cusco"

Tesis para optar por el grado de Magister en Gerencia Social

Asesor: Amelia Fort

Jurado: Elizabeth Salcedo

Mariela Trelles

Autores: Vianey Bellota Cavanaugh

Alberto Carpio Joyas

Lima, febrero de 2018



RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio parte de la experiencia de trabajo de la institución Cáritas Cusco en la ejecución del Programa Wiñay, componente del Programa Nacional de Seguridad Alimentaria de Asistencia al Desarrollo bajo el Título II para el período del AF 2002 - AF 2008¹, denominado PODERES², que presentó una respuesta integral a la falta de seguridad alimentaria entre las poblaciones pobres de ocho corredores económicos seleccionados en el Perú de entonces.

El estudio, realizado en la Región Cusco, Provincia de Acomayo y Distrito de Rondocan, se analiza específicamente la implementación de la estrategia de los Promotores Comunales de Salud, experiencia que se caracterizó por una práctica intensiva de promoción y prevención de las buenas prácticas de salud materno-infantil en las comunidades del ámbito de intervención. Tras la conclusión del Programa Wiñay y con la investigación realizada se pretende recomendar y proponer orientaciones de mejora a las políticas, proyectos y programas de salud de la Red de Cáritas del Perú.

En ese sentido, se analiza la implementación de la estrategia de los PCS, buscando responder a cuatro preguntas específicas de investigación que orientaron el presente estudio:

- *¿Cuál fue el nivel de participación de la población en el desarrollo de la estrategia?*
- *¿Cómo fue el desempeño de los PCS en las tareas de promoción y prevención de la salud?*
- *¿Qué rol viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA³) en el apoyo a la estrategia?*
- *¿Cómo las costumbres, tradiciones y relaciones de género en la comunidad afectaron la implementación de la estrategia?*

¹ La referencia "AF" en "AF 2002 - AF 2008" hace referencia a Año Fiscal (nomenclatura USAID).

² PODERES – Program for Regional Economic Development Opportunities to Reduce Social Exclusion, (nombrado por su acrónimo en español, *Programa de Oportunidades para el Desarrollo Económico Regional que Reduzca la Exclusión Social - PODERES*).

³ DIRESA – Dirección General de Salud,

La investigación aplicada ha sido definida como un estudio de caso intrínseco el cual busca conocer y aprender de la estrategia de PCS y sus relaciones con el contexto. Para ello, explora la profundidad de la experiencia y describe las características de la aplicación de la Estrategia en cuatro ámbitos comunales, privilegiando técnicas y herramientas de carácter cualitativo, recuperando las diferentes dimensiones que atendió el Programa entre los años 2002 al 2004 y 2004 al 2008.

Los factores de *“desempeño de los promotores”*, el *“rol de los actores institucionales”* y *“factores culturales”*, han mostrado evidencias de haber constituido bases esenciales del modelo de promoción y atención de la salud aplicado por el Programa, respondiendo satisfactoriamente a necesidades y características de las comunidades campesinas, en un tiempo y espacio en el cual los servicios de salud estatal no lograban alcanzar a esta población. El factor *“participación comunal”* en cambio, ha mostrado debilidades, no percibidas en su momento, que restaron potencialidad y sostenibilidad al modelo desarrollado.

Asimismo, se formula una propuesta de gerencia social innovadora que busca potenciar la tradicional estrategia de los PCS, rescatando de ella lo esencial de su aporte y recreándola en el marco del nuevo contexto de reforma y modernización del Estado, el cual ofrece nuevas oportunidades para optimizar las intervenciones en salud desde la articulación con otras prestaciones sociales bajo una nueva forma de gestión por resultados. La propuesta de gerencia de la estrategia de PCS incide principalmente en el nuevo rol de los PCS, en la formación de sus capacidades y en una gerencia participativa de la intervención social intersectorial, interinstitucional e intergubernamental; procesos estratégicos como necesarios para enfrentar las altas tasas de desnutrición, mortalidad infantil y materna, y anemia, que persisten en el ámbito rural, pese a la mejora de los indicadores macroeconómicos.

INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	9
1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	11
1.1. Problema	11
1.2. Preguntas de Investigación	18
1.3. Objetivo General	18
1.4. Objetivos Específicos	19
1.5. Justificación	19
2. MARCO TEÓRICO.	21
2.1. Enfoques orientadores del estudio	21
2.1.1. El Desarrollo Humano	21
2.1.2. Enfoque de la salud en el marco del desarrollo humano	22
2.1.2.1. Enfoque sistémico de la salud	24
2.1.2.2. La promoción y la prevención de la salud	25
2.1.3. La Gerencia Social de intervenciones en salud	27
2.1.3.1. La participación comunitaria	28
2.2. Marco conceptual sobre Gerencia de Estrategias de Promoción de la Salud	29
2.2.1. Estrategia de Promoción de la Salud	29
2.2.2. Enfoques y criterios de Gerencia aplicadas a la Promoción de la Salud	32
2.2.3. Estrategias de Participación Comunitaria	36
2.3. Estado del conocimiento sobre la aplicación de estrategias de promoción de la salud en ámbitos comunales.	38
2.4. Marco Normativo Nacional	44
2.4.1. Regulaciones nacionales para la Promoción de la Salud	44
2.4.2. Regulaciones regionales para la Promoción de la Salud	46

2.4.3.	Regulaciones internacionales para la Promoción de la Salud _____	47
2.5.	Definiciones operacionales _____	49
3.	METODOLOGÍA DE ESTUDIO. _____	53
3.1.	Tipo de Investigación _____	53
3.2.	Estrategia metodológica _____	53
3.3.	Variables e Indicadores _____	54
3.4.	Dimensiones del estudio _____	56
3.5.	Unidades de análisis y fuentes de información _____	58
3.6.	Técnicas y herramientas de información _____	59
4.	DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL _____	66
4.1.	Caracterización de la zona de estudio. _____	66
4.2.	Descripción del Programa Wiñay. _____	66
4.3.	Características demográficas. _____	68
4.4.	Características sociales. _____	71
4.5.	Características económicas. _____	72
4.6.	Características políticas. _____	74
5.	HALLAZGOS DEL ESTUDIO _____	81
5.1.	Participación de la población en el desarrollo de la estrategia del Programa	81
5.1.1.	Actores participantes del proyecto _____	81
5.1.2.	Grado en que los actores muestran interés en las actividades y/o servicios desplegados por el proyecto _____	86
5.1.3.	Grado en que los actores participaron de la gestión del proyecto _____	87
5.2.	Desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención de la salud. _____	89
5.2.1.	Requisitos y perfil de los promotores de salud _____	92
5.2.2.	Conocimiento Técnico sobre prevención y promoción _____	94

5.2.3.	Acciones de Promoción y prevención de la salud realizadas _____	99
5.2.4.	Nivel de Liderazgo de los promotores con los actores locales _____	103
5.2.5.	Valoración del desempeño de los promotores, desde la percepción de la población _____	103
5.2.6.	Motivaciones, estímulos e incentivos a los promotores _____	105
5.3.	Rol de los actores públicos en el apoyo de la estrategia. _____	109
5.3.1.	Rol que cumplió la DIRESA en la implementación de la estrategia ____	112
5.3.2.	Rol del Centro de Salud y su relación con la Estrategia de Promoción desarrollada por el programa _____	116
5.3.3.	Rol de la Municipalidad Distrital en relación a la Estrategia de Promoción de la Salud	119
5.4.	Costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan a la implementación de la estrategia. _____	122
5.4.1.	Costumbres y tradiciones _____	123
5.4.2.	Relaciones de género y su influencia en la estrategia _____	128
6.	CONCLUSIONES _____	134
6.1.	Sobre la participación de la población en la implementación de la estrategia	134
6.2.	Sobre el desempeño de los promotores en la implementación de la estrategia	136
6.3.	Sobre el rol de los actores públicos en el apoyo de la estrategia. _____	138
6.4.	Sobre las costumbres, tradiciones que afectaron la implementación de la estrategia. _____	139
6.5.	Sobre las relaciones de género y su efecto en la estrategia _____	140
7.	PROPUESTA DE LA NUEVA ESTRATEGIA DE PROMOTORES COMUNALES DE SALUD _____	141
7.1.	Fundamentación _____	141
7.2.	Objetivo _____	147

7.3. Líneas de intervención de la Estrategia _____	149
7.4. Modelo de funcionamiento y sostenibilidad de la propuesta _____	152
8. BIBLIOGRAFÍA _____	158
9. ANEXOS _____	162



AGRADECIMIENTOS DE TESISTAS:

Agradecemos de manera muy especial al equipo de Cáritas Cusco, a la población del Distrito de Rondocan y a los principales actores que participaron directamente en la implementación de la estrategia bajo análisis. También agradecemos a nuestra asesora Mgt. Amelia Fort y a nuestros jurados Mgt. Elizabeth Salcedo y Mgt. Mariela Trelles, quienes con sus pertinentes aportes elevaron el nivel del presente trabajo de investigación.

VIANEY BELLOTACAVANACONZA

"Agradezco a Dios por darme la oportunidad de cumplir con una parte de mi meta profesional, a mi madre quien con su incondicional apoyo espiritual fortalece mi vida, a mi querido esposo que en todo momento me alienta y me apoya en mi desarrollo profesional, a mi amada hija que es la razón de mi vida"

ALBERTO CARPIO JOYAS

"Agradecido con Dios por permitirme vivir este momento, a mis padres Bárbara y Luis, por darme la vida, para disfrutar de mi familia junto a mi esposa Isabel y mis hijas Camila y Luana"

INTRODUCCIÓN

El programa Wiñay trabajó en Salud y Nutrición en cuatro comunidades campesinas: Rondocan, Kuñotambo, San Juan de Quihuas y Yarccacunca, ubicadas en el distrito de Rondocan, provincia de Acomayo en la Región Cusco. Dicho programa combinó la promoción de la salud y la asistencia alimentaria para que las familias rurales puedan mejorar el estado general de salud y nutrición de grupos vulnerables a través de una mejor utilización de los recursos alimentarios. Para facilitar estos procesos de cambio, el programa Wiñay estableció la estrategia de Promotores Comunales de Salud – PCS, como la mejor forma de interacción con la población y otros actores clave del ámbito de intervención.

Hace varias décadas, el Perú presenta problemas de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, agudizándose con la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias por falta de agua potable y saneamiento básico, principalmente en las zonas rurales. En ese sentido, las altas tasas de mortalidad infantil y materna son evidencia de la escasa articulación entre la comunidad y los servicios de salud ofrecidos por el Estado, a través de los centros y puestos de salud en todas las zonas rurales.

La red de Caritas del Perú⁴ busca alternativas para aliviar la pobreza y la inseguridad alimentaria, colaborando, por tanto, con la reducción de la exclusión económica y social, a través de tres componentes: Salud y Nutrición, Producción y Desarrollo de Mercados y Microfinanzas. Este programa incorporaba la estrategia de Promotores Comunales de Salud (PCS) principalmente en los componentes de Salud y Nutrición; en el desarrollo de la estrategia se pudieron identificar los siguientes problemas: la débil participación de la población en la implementación de la estrategia de PCS, disminución de las responsabilidades en promotores de salud, débil participación del MINSA como ente rector y finalmente, las costumbres, tradiciones y relaciones de género en algunos casos no estaban siendo consideradas antes de la implementación de la estrategia de PCS.

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, se ha dividido el trabajo, de manera organizada y sistemática, en nueve capítulos.

⁴ Caritas del Perú es un organismo de la Iglesia Católica fundado en el año 1955 por la Conferencia Episcopal Peruana con la finalidad de promover e incentivar programas en favor de las poblaciones más pobres y facilitar su desarrollo humano integral basado en los principios cristianos de justicia, solidaridad y respeto a la dignidad humana. Definición extraída de su página web: http://www.caritas.org.pe/ac_qs_somos.html

En el primer capítulo se presenta la Identificación del Problema de Investigación, se describe la delimitación del problema objeto de estudio, se plantean las preguntas de investigación y se definen objetivos y justificación. En el segundo capítulo se encuentra el Marco Teórico, en el cual se explican los enfoques que orientaron el proceso de conocimiento y los conceptos utilizados, un estado del arte del conocimiento producido alrededor de las estrategias de promoción de la salud y el marco normativo nacional y regional que contextualiza la experiencia. Del mismo modo, incluye las definiciones operacionales utilizadas para el tratamiento de las variables de estudio.

En el tercer capítulo se desarrolla la Metodología del Estudio, la cual contiene el tipo de investigación, las estrategias, variables, dimensión, unidades de análisis y las fuentes de información. El cuarto capítulo contiene el Diagnóstico Contextual, en cuyo contenido están las particularidades de la zona de estudio a nivel de las aristas del programa, características demográficas, sociales, económicas y políticas.

El quinto capítulo, denominado Hallazgos del Estudio o Resultados, presenta el conjunto de evidencias recogidas alrededor de las cinco variables de análisis, las cuales son analizadas por los tesisistas, logrando responder así a las preguntas de investigación planteadas en un inicio. De otro lado, la discusión de los hallazgos ha tomado como referencia de análisis la medida de los indicadores de resultados para el periodo y la evaluación cualitativa del trabajo de campo realizado. Es importante señalar que en base a estos hallazgos se han logrado construir importantes conclusiones respecto a los efectos y la sostenibilidad de la estrategia PCS y algunas propuestas de gerencia que podrían tener un impacto positivo en la eficacia y sostenibilidad de próximas intervenciones de la Red de Caritas en la promoción de la salud materno-infantil en las zonas rurales andinas del Perú, presentados en los siguientes capítulos.

El sexto capítulo contiene las Conclusiones en función a las variables presentadas, la participación de la población, desempeños de los promotores comunales de salud - PCS, rol de los actores públicos, costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan en la implementación de la estrategia y el modelo de funcionamiento de acuerdo a los cambios y contexto actual.

En el capítulo séptimo, se presenta la Nueva Estrategia de Promotores Comunales de Salud. Finalmente, en el capítulo ocho y nueve se concluye con la Bibliografía y Anexos.

1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

1.1. Problema

Hacia el año 2000, el país presentaba problemas de inseguridad alimentaria y desnutrición infantil que afectaban significativamente a un importante sector de la población⁵, así, por ejemplo, entre los años 1997 y 2000 la pobreza había pasado de 50.7% a 54.1% de la población. Por otra parte, más de la mitad de la población total del país vivía con menos de US\$1.25 por día y el gasto per cápita diario del 15% de la población en pobreza extrema era de sólo US\$0.72. Esta situación ha tenido impactos en la calidad de vida de millones de familias peruanas, principalmente en aquellas ubicadas en las zonas rurales.

Cifras estimadas para el año 2006 reportaban porcentajes del 70% de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, agudizándose con la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias por la falta de agua potable y saneamiento básico, principalmente en las zonas rurales⁶ y periurbanas. Luego de muchos esfuerzos, la cobertura de los sistemas de salud pública en el país se había extendido considerablemente y las tasas de mortalidad infantil globales habían disminuido durante la última década; no obstante, ciertas regiones del país continúan teniendo tasas de más de 70 niños fallecidos por 1,000 nacimientos vivos. Además, la tasa de mortalidad materna⁷ era sumamente alta, con 265 muertes por 100,000 nacimientos. A pesar de algunos adelantos en salud pública, las deficiencias en los servicios directos, la cobertura y el acceso a estos servicios (principalmente en las zonas rurales) mostraban aún limitaciones y deficiencias.

En las zonas rurales, las poblaciones organizadas en comunidades mantenían arraigadas sus prácticas ancestrales en cuanto a la salud comunal, no obstante, algunas de estas prácticas significaban un riesgo inminente. Por ejemplo, en la salud de madres gestantes y niños por nacer, se recurrían a las parteras o comadronas al momento del alumbramiento de los niños a pesar de contar con un puesto de salud para la asistencia.

La idiosincrasia y la realidad socio cultural de las comunidades generaban también limitaciones en el acceso a los servicios de salud procurados por el Estado, pues a los

⁵ Instituto Cuanto. Encuesta Nacional de Estándares de Vida "ENNIV 2000" Lima, agosto 2000.

⁶ MEF- Perú. "Programa Articulado de Nutrición, 2000", Lima, abril, p.3:

http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf

⁷ INEI, Encuesta Demográfica Nacional y de Salud Familiar, ENDES Lima, 1996

pobladores de las zonas rurales les costaba mucho confiar en el personal de los puestos de salud, rehuendo a los beneficios de los diversos programas preventivos promocionales ofrecidos por el Estado. Ello debido a que la población seguía confiando en las prácticas tradicionales, y muchas veces anteponía estas prácticas a la farmacología ofrecida por el puesto de salud. En otras palabras, no se tenía una propuesta para revalorar el conocimiento ancestral de las curas herbarias y menos un plan de promoción efectiva sobre las bondades de los medicamentos sugeridos por los puestos de salud.

Con el objetivo de revertir esta situación, se emprendieron diversas experiencias mundiales⁸; asimismo, se pretendía lograr la meta establecida por la declaración: “Salud para todos en el año 2000”⁹. En ese sentido, el Perú también se comprometió a incorporar en sus políticas públicas la estrategia de la Atención Primaria de la Salud para contribuir a la meta lanzada en la conferencia de Alma Ata (Kazajstan – ex Unión Soviética). De esta forma, la USAID¹⁰ en alianza con Cáritas del Perú, en el año 2002, lanza el Programa Oportunidades para el Desarrollo, Empoderamiento y Reducción de la Exclusión Social (PODERES), que durante 8 años (2002 y el 2008) fue ejecutado en 8 corredores económicos en la sierra y selva del Perú¹¹.

Este programa se planteó como objetivo contribuir con la búsqueda de alternativas para aliviar la pobreza y la inseguridad alimentaria, colaborando, por tanto, con la reducción de la exclusión económica y social, a través de tres componentes: Salud y Nutrición, Producción y Desarrollo de Mercados y Micro finanzas¹². Este programa incorporaba la estrategia de Atención Primaria de la Salud - APS, principalmente en los componentes de Salud y Nutrición.

La Red de Cáritas, dentro de sus principios y valores establecidos en la Doctrina Social de la Iglesia Católica, promueve el desarrollo humano, integral y solidario de la sociedad y más aún de las zonas en intervención por el Programa. En este contexto, se considera que tanto la propuesta esencial de la Declaración de Alma Ata y la conjunción de

⁸ Un hito internacional fue la conferencia de Alma Ata en 1978, convocada por la OMS (organización Mundial de la Salud) y UNICEFF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia) y suscrita por 134 países del mundo y 67 organismos internacionales

⁹ La declaración fue el objetivo al que se comprometieron los Estados Miembros de la OMS.

¹⁰ United States Agency for International Development (USAID). En español, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

¹¹ www.caritas.org.pe Proyecto PODERES Caritas del Perú 2000

¹² www.caritas.org.pe Proyecto PODERES Caritas del Perú 2000

voluntades entre el Estado Peruano, USAID y Cáritas del Perú promueven de forma general el desarrollo económico y social de las poblaciones más vulnerables del país.

En el caso de Cáritas Cusco, parte de la Red de Cáritas, promueve junto a Cáritas del Perú el “Programa de oportunidades para el desarrollo económico regional que reduzca la exclusión social – PODERES”; bajo el Título II para el período de AF 2002-AF 2008, inicia la atención a esta problemática en seis corredores geográficos del país: Cusco, Huancayo, Jaén, Tarapoto, Puno y Huánuco. Dichos corredores fueron designados por la Misión USAID/Perú y el gobierno peruano como áreas prioritarias para las intervenciones en la lucha contra la inseguridad alimentaria.

El objetivo del programa propuesto PODERES, para el AF 2002 – AF 2008, fue de mejorar la seguridad alimentaria¹³ en el Perú mediante la reducción de la exclusión económica y social de las familias consideradas pobres en estos seis corredores prioritarios. Dicho programa intervino en 3 componentes: Salud y Nutrición (SN) con el programa Wiñay, Producción y Desarrollo de Mercados (PM) y Micro finanzas (MF).

La presente tesis evaluará al Programa Wiñay, desarrollado en 4 comunidades del Distrito de Rondocan: Rondocan, Kuñotambo, San Juan de Quihuares y Yarccacunca, el cual operó desde el año 2004 al año 2008 y tuvo como objetivo mejorar la salud y nutrición de los niños menores de 3 años y de las madres gestantes que viven en comunidades pobres y extremadamente pobres, principalmente en áreas rurales. El programa combinaba la promoción de la salud y la asistencia alimentaria con el fin de lograr una mejor utilización de los alimentos por parte de las familias. Para esto se desarrollaron las capacidades locales y el manejo de recursos para la promoción de salud y nutrición.

En este programa se promovieron acuerdos y alianzas entre los gobiernos locales, agencias descentralizadas de los ministerios de Salud y Educación, y organizaciones de la comunidad para atender las demandas insatisfechas, asumiendo responsabilidad compartida entre el estado y la sociedad civil. Para lograr esto, se proveería asistencia para llevar a cabo planes de desarrollo local participativos y para mejorar la calidad y cobertura de los servicios.

El programa promovería, además, la descentralización en i) el diseño y la gestión de los servicios sociales básicos fortaleciendo los gobiernos locales y, ii) en los niveles

¹³ Seguridad Alimentaria: Cuando toda la población tiene todo el tiempo acceso físico y económico a suficiente comida para satisfacer sus necesidades dietéticas para una vida productiva y saludable.

intermedios de gestión de los sectores de salud y educación. Luego, el estímulo de procesos democráticos y participación ciudadana proveerían oportunidades para defender los derechos que involucran los servicios públicos y participación en el manejo de los planes locales.

A través de este componente, el programa Wiñay se orientó también a fortalecer las redes de salud con mayor participación ciudadana y vigilancia de sus programas, dirigiendo las acciones hacia el mejoramiento de la salud y nutrición de grupos vulnerables, mejorando las condiciones de saneamiento y estimulando actividades de educación en salud para promover prácticas saludables.

Es así como las actividades de monitoreo nutricional se insertaron en las redes locales y regionales, con la participación de los PCS, los comités de madres, los centros de salud y el personal de Caritas. Así, las comunidades eligen promotores de salud que informan a los concejos comunales y son responsables por informar regularmente de sus actividades a las asambleas de la comunidad. Además, los Promotores Comunales de Salud (PCS) o los Agentes Comunitarios de Salud (denominados así por el MINSA) recibieron entrenamiento de los equipos de Caritas en: monitoreo del crecimiento infantil, recuperación nutricional, desarrollo psicomotor, visitas a los hogares y asesoría nutricional, y sistemas de registro.

En ese sentido, los PCS condujeron el monitoreo del crecimiento y desarrollo de niños menores de tres años con el apoyo de los comités locales de madres. También se realizaron actividades involucrando información, comunicación y educación para reforzar el cuidado nutritivo y monitoreo. De otro lado, los PCS también conducirían visitas a los hogares para proporcionar el seguimiento adecuado en casos de desnutrición aguda. Para los casos serios y de riesgo los promotores realizaron referencias y contra referencias a centros de salud locales.

Los PCS y técnicos del Ministerio de Salud que proveían inputs al sistema de monitoreo focalizado en actividades de salud y nutrición pusieron al día la información sobre el estado nutritivo de los niños en cada comunidad. La información de entonces, sobre la situación nutricional y su comportamiento en el tiempo, sería compartida con el Ministerio de Salud a tres niveles: a) los centros de salud local, b) las oficinas regionales o departamentales, y c) las oficinas nacionales.

Así mismo Caritas aportó en la salud pública madre - niño a través de un monitoreo continuo para lograr mejores resultados.

El programa, Caritas capacitó a los PCS y madres para mejorar la cobertura de las zonas más vulnerables donde el Ministerio de Salud no tenía capacidad para realizar educación en salud. Para ello, los programas de vacunación locales fueron organizados por los PCS, los centros locales del MS y Caritas en conjunto. De esa forma, las madres recibieron orientación sobre las conductas clave para manejar y prevenir enfermedades tales como: reconocimiento temprano de signos de peligro, tratamientos apropiados en casa, dietas balanceadas y vacunas. Además, Caritas trabajó con los PCS y el personal del Ministerio de Salud para mejorar los procedimientos de prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades infantiles, y mecanismos de referencia y contra-referencia para los casos serios.

En la misma línea, Caritas realizó estudios sobre el conocimiento y prácticas de las parteras y del personal de centros de salud locales a fin de proporcionar más adelante la asistencia técnica y equipos de parto seguro a ambos grupos. En específico, trabajó con las parteras, personal de los centros de salud, y PCS para establecer mecanismos que permitan compartir la información, identificando y registrando a las mujeres embarazadas, y proporcionando servicios de cuidado prenatal y de parto.

También se desarrolló un programa educativo que incluyó diversos módulos temáticos, cuyo contenido y metodología se ajustó a los siguientes tópicos: a) monitoreo del crecimiento y desarrollo, b) prácticas alimentarias del niño y la familia, c) amamantamiento, d) manejo y prevención de enfermedades prevalentes, e) las vacunaciones f) estimulación temprana y desarrollo psico-emocional, g) higiene y saneamiento, h) autoestima y salud emocional, i) paternidad responsable, j) medicina tradicional, k) producción local de productos con alto valor nutritivo (huertos familiares y crianza de animales menores), l) liderazgo, m) derechos del cliente y del paciente, y n) derechos humanos y ciudadanos básicos; cada módulo de entrenamiento identifica y enfoca conductas clave de la población atendida.

En ese sentido, la metodología se basó en las técnicas de educación de adultos, con énfasis especial en la demostración y práctica para asegurar la asimilación de las conductas deseadas. Es así que el acuerdo en las acciones educativas se alcanza de una manera participativa con las familias y se adapta a su rutina diaria.

Caritas consideró para la sostenibilidad del Programa transferencia de metodologías, e insidó en la capacitación adultos, aunque este proceso sea lento.

En el año 2008 se realizó una evaluación al Programa, donde se evidenció parcialmente el cumplimiento de los procesos y resultados más importantes: un 98.5% de niños

atendidos, un 93.3% de partos atendidos; un 97,78% niños nacidos vivos. Asimismo, se comprobó que los PCS manejaban la metodología del Programa Wiñay, y que el 78% de madres habían sido capacitadas. Además, se formaron 7 promotores en las 4 comunidades intervenidas y en toda la red de intervención se formaron más de 1000 promotores.

Sin embargo, luego de 7 años de concluido el proyecto se ha podido constatar que la estrategia de PCS no logró la sostenibilidad en el tiempo; por tanto, no logra nuevos resultados en la promoción y prevención de la salud en las comunidades intervenidas del Distrito de Rondocan.

Algunas manifestaciones que dan cuenta del problema son:

a) Se ha debilitado la participación de la población en la implementación de la estrategia de PCS

La participación de la población en las comunidades de intervención del Distrito de Rondocan ha ido mostrando una paulatina disminución. Desde que el programa Wiñay concluyó se evidenció la ausencia de la dinámica de trabajo y la motivación a la población por los directivos comunales en sus asambleas, dicha ausencia fue mayor en el caso de los centros de salud. Cabe mencionar que en esta nueva etapa ya no había la entrega de alimentos, pago de pasajes, visitas domiciliarias, concursos, pasantías, tejidos, preparación de medicamentos caseros y otros.

b) Los promotores de salud progresivamente van disminuyendo sus responsabilidades en el ámbito del Distrito de Rondocan

La labor del promotor ha ido disminuyendo después del cierre del programa. De la misma forma, los actores (Municipio, Centro de salud, Junta Directiva Comunal), quienes acompañaban durante el proceso, limitaron su participación a una acción pasiva.

Los PCS siempre han cumplido acciones claves de promoción y prevención de la salud, para ello eran seleccionados y capacitados de acuerdo con un “perfil” estipulado por el manual de promotores por el Ministerio de Salud. Actualmente, se evidencia que los promotores se han limitado a desempeñar una función comunicativa entre la comunidad y el centro de salud.

c) La participación limitada del MINSA como ente rector

El Ministerio de Salud cumple con su labor de promover la estrategia, pero no realiza un acompañamiento permanente a los PCS y ahora demanda de los PCS una participación puntual que se enmarca generalmente en aspectos comunicativos entre la comunidad y los establecimientos de salud.

La forma en que las instituciones —desde las ONG hasta el propio MINSA— conciben el trabajo de los PCS genera una gran brecha entre la percepción y actuación de estas instituciones y las expectativas de los PCS. Al parecer, se constata que el perfil del promotor de salud está quedando desfasado en el tiempo; es decir, actualmente el perfil del promotor ya no responde directamente a las necesidades y demanda de una población que en el tiempo ha cambiado significativamente.

d) Las costumbres, tradiciones y relaciones de género en algunos casos no están siendo consideradas en la implementación de la estrategia de los PCS.

Las estrategias de los PCS deben guardar correspondencia con las tradiciones y costumbres de las comunidades. Ello debido a que las zonas rurales cuentan con su propia cultura, costumbres, creencias y mitos, los cuales son parte de su vida diaria. De igual modo estas no están siendo consideradas por parte del Ministerio de salud en la atención de las madres y los niños. En ese sentido, con el trabajo de campo se conocerán los detalles en costumbres y tradiciones que afectan a la estrategia de intervención de los PCS.

Las relaciones de género en la comunidad no es parte de su cultura, siendo la mujer sometida por debajo de las decisiones del varón, asumiendo la mujer un rol reproductivo y domestico; aunque esto sea visto por externos a la comunidad como el atropellamiento de sus derechos. El estudio analizará los distintos roles de hombres y mujeres en la dinámica de la comunidad, de igual modo, utilizaremos esta categoría para determinar la condición de género de las promotoras de salud y en qué medida ello ha tenido un efecto sobre los resultados de la estrategia.

Los problemas antes descritos son parte de las observaciones que viene recogiendo el equipo técnico después de 7 años de concluido el programa; sin embargo, a la fecha no han sido adecuadamente identificados ni analizados en base a evidencias, lo cual limita

que se puedan ensayar nuevas intervenciones que contribuyan a dar sostenibilidad a los procesos iniciados.

En consecuencia, es necesario conocer con mayor profundidad los factores de la estrategia de los PCS que se han sostenido a través del tiempo en el programa Wiñay promovida por Caritas Cusco. El análisis de estos factores contribuirá a la evaluación ex post en del programa y la formulación de nuevas intervenciones de gerencia social en este ámbito.

1.2. Preguntas de Investigación

La principal pregunta por responder en el presente trabajo de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son los factores que influyeron en la sostenibilidad de la estrategia de PCS y que se han mantenido en el tiempo en las cuatro comunidades campesinas del Distrito de Rondocan en la provincia de Acomayo en la Región del Cusco?

A dicha pregunta, se suman las siguientes:

¿Cuál es nivel de participación que muestra actualmente la población en el desarrollo de la estrategia?

¿Cuál es el desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención?

¿Cuál es el rol que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia?

¿Cuáles son las costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan a la adecuada implementación de la estrategia de PCS?

1.3. Objetivo General

El presente trabajo de investigación se plantea como principal objetivo analizar los factores de sostenibilidad de la estrategia de los Promotores Comunales de Salud (PCS) que se han sostenido a través de tiempo desde la conclusión del Programa Wiñay, en cuatro comunidades del Distrito de Rondocan, a fin de recomendar o proponer orientaciones de mejora a las políticas, proyectos y programas de salud de la Red de Cáritas del Perú.

1.4. Objetivos Específicos

1. Conocer el nivel de participación que ha mostrado la población en el desarrollo de la estrategia.
2. Analizar el desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención de la salud.
3. Conocer y analizar el rol y tareas que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.
4. Conocer y analizar las costumbres, tradiciones y relaciones de género, que afectan a la adecuada implementación de la estrategia de PCS
5. Formular una nueva estrategia de intervención con Promotores Comunales de Salud, que permitan a los proyectos y programas de salud de la Red de Cáritas mejorar la sostenibilidad y el impacto de los mismos.

1.5. Justificación

El Perú en los años 2000 aún se encontraba sumergido en la pobreza, peor aún en las zonas rurales de la Sierra, muchos de los distritos y comunidades con indicadores alarmantes de desnutrición. Sin embargo, en estos años podemos ver una mejora en la política económica como país, a pesar de ello se continua con indicadores sociales que no favorecen el desarrollo en su totalidad, razón por la cual el PCS es considerado como un actor clave en estas zonas para la atención de la salud.

Desde organismos privados y desde el Estado, bajo una concepción sistémica de la salud, se han impulsado diversas estrategias que combinan el enfoque preventivo promocional y la aplicación de intervenciones de promoción de la salud, así como formas de atención y recuperación directa.

En ese sentido, el presente estudio intenta recoger la experiencia de un programa de gran envergadura que aplicó el enfoque de promoción de la salud, Wiñay, luego de siete años de su conclusión del proyecto, se busca con evidencias, qué factores de la estrategia de los Promotores Comunales de Salud (PCS) se han mantenido a través del tiempo desde la conclusión de dicho programa. Dicha tarea contribuirá al nuevo diseño de iniciativas que Caritas viene impulsando.

El estudio de caso propuesto busca revisar a profundidad el comportamiento de factores inherentes a la estrategia (participación comunitaria, rol del MINSA y capacidad de los promotores) que contribuyeron a su sostenibilidad. Así también, sobre las condiciones

culturales contextuales, en el marco de un contexto nacional, donde el sector salud aún no llega con eficiencia a atender las poblaciones alejadas, por múltiples motivos.

Es así que se pretende hacer una recuperación de la experiencia concreta desarrollada por la institución Cáritas Cusco con el fin de valorar la sostenibilidad de algunos procesos desarrollados y juzgar la pertinencia de la propuesta en un contexto tan particular como son las comunidades campesinas.

En esa línea, desde la experiencia de Cáritas Cusco se pretende compartir los alcances logrados con la estrategia de PCS para continuar mejorando las intervenciones, principalmente en las zonas rurales. Ello, con la finalidad de alcanzar mejoras en la calidad de vida de las personas, de manera que las comunidades campesinas y las entidades del estado articulen sus acciones para llevar de mejor forma la aplicación de políticas sociales y de salud sobre la base de las necesidades de la población y sus capacidades.

Estos cambios deben operar sobre la base misma de la concepción de las políticas; es decir, no sólo entendidas como el ente del Estado que brinda servicios a la población y a dicha población como mera receptora pasiva de estos servicios, sino desarrollados sobre modelos articulados desde perspectivas técnicas pero gestionados desde una óptica social y sobre una base comunitaria como el de las comunidades campesinas.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Enfoques orientadores del estudio

El presente estudio de caso ha definido como enfoques teóricos orientadores: i) la concepción de desarrollo humano como un paradigma que nos permitirá situar la finalidad de la estrategia analizada, asumiendo la salud como un derecho fundamental que también posibilita el ejercicio de capacidades y libertades de las personas; ii) la visión sistémica de la salud que nos aporta un marco de interpretación de la salud desde una perspectiva integral y multidisciplinaria; iii) la promoción de la salud como un enfoque de intervención específico, el cual enmarca la estrategia analizada; y iv) la gerencia social, como enfoque de actuación en las políticas públicas de salud, la cual nos sugiere un marco conceptual que nos aporta características deseables en la intervención, entre ellas la participación comunitaria. Estos últimos aspectos contribuirán a aportar referencias teóricas para el diseño de propuestas de mejora.

2.1.1. El Desarrollo Humano

Dado que últimamente, en las sociedades modernas, se habla de distintos conceptos de desarrollo, se considera necesario hacer explícita la orientación de desarrollo desde la cual se analizará la experiencia del programa; sin embargo, los entendimientos y orientaciones que de tal concepto se deriven pueden ser diversos.

Para este trabajo, el desarrollo se centra en la persona humana, y aunque parezca obvio, vale la pena mencionar que existen diversos modelos de desarrollo en aplicación y medición. A pesar de que se orientan al mejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres, se emplean diversos medios para conseguirlo. Por ejemplo, el desarrollo de una zona rural podría entenderse como la mejora de su nivel de Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, sin interesar la forma como se distribuye este entre la población y las condiciones de vida que logra su gente. Otra manera de comprender el desarrollo puede afirmar que la salud de las personas se resuelve construyendo nuevos hospitales. Es por ello que este trabajo define el concepto de desarrollo como:

"... un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas

oportunidades esenciales muchas otras alternativas continúan siendo inaccesibles".

Este concepto, tomado del PNUD¹⁴, asume el desarrollo como "un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaran los individuos y que se traduce en la libertad general que deberían tener los individuos para vivir como les gustaría". Dicho concepto, por tanto, involucra de manera directa la ampliación de las oportunidades para las personas, aumentando sus derechos y sus capacidades.

En ese sentido, el desarrollo, como derecho, refiere el conjunto de principios, de aceptación universal, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar al ser humano su dignidad como persona, en su dimensión individual y social".

Asimismo, el desarrollo humano, como "capacidad", es un proceso que amplía las posibilidades de las personas, al fomentar la construcción de su factoría social, y su empoderamiento, desarrollando capacidades necesarias para su vida y generando condiciones que hagan posible el ejercicio de tales capacidades

"...el desarrollo de capacidades de la población rural debe incluir destrezas y competencias que les permitan comprender no solo lo que ocurre en el ámbito territorial, sino en los niveles nacional y supranacional. Solo así podrán desempeñarse como verdaderos actores sociales y tendrán la habilidad de construir cooperativamente mecanismos adecuados de negociación y toma de decisiones, que resultan fundamentales" (IICA, 2003: 4).

De esta forma, el desarrollo humano representa un proceso y un fin a la vez; ello involucra generar capacidades combinadas, y enfocarse en un desarrollo humano integral y sostenible.

2.1.2. Enfoque de la salud en el marco del desarrollo humano

Tanto Amartya Sen (1998), como el PNUD, asumen la existencia de una estrecha relación entre progreso de vida y bienestar de las personas. Por tanto, la salud es un

¹⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

bien necesario, constituye un derecho de la población, y es a la vez una capacidad necesaria para el progreso humano.

La salud de la población es el producto final del nivel de desarrollo de una sociedad. También constituye un aporte necesario para que la sociedad crezca económicamente y tenga estabilidad política.

Según la ONU¹⁵, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable contemplado dentro de la declaración universal de los derechos humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los Derechos Del Niño, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador".

La OMS¹⁶ define el derecho a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, estado en el cual influyen diversos factores, tales como una buena alimentación, ejercicio físico, entre otros factores. Por ello, los Estados están en el deber de respetar, proteger y facilitar el ejercicio de este derecho humano a partir de sus políticas, programas y servicios a fin de garantizar el derecho fundamental de todas las personas a la vida y a vivir en dignidad.

En consecuencia, todas las personas, que habitan en un territorio tanto del medio urbano como rural tienen derecho a gozar de una buena salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una observación general sobre el derecho a la salud que abarca cuatro elementos:

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas.

¹⁶ Organización de las Naciones Unidas.

- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado.
 - ✓ no discriminación
 - ✓ accesibilidad física
 - ✓ accesibilidad económica (asequibilidad)
 - ✓ acceso a la información
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Para la comprensión de la problemática que analiza este estudio, se hará uso de tres enfoques para la comprensión de la salud: el enfoque sistémico de la salud, la promoción de la salud, la gerencia social y la participación comunitaria.

2.1.2.1. Enfoque sistémico de la salud

Desde la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en 1978, las tendencias en el pensamiento relativo a la salud han asumido nuevas concepciones, las cuales han transitado desde el enfoque reduccionista, biomédico, caracterizado por la atención, centrado en la biología humana, que es muy importante para el avance de la medicina; no obstante, no responde a mejorar las condiciones de salud de la población desde la complejidad del enfoque sistémico, cuya distinción se centra en considerar a la persona como un ser integral biopsicosocial (cuerpo y mente), el individuo y la sociedad, lo público y lo privado, el hombre y la naturaleza.

Desde esta perspectiva, los problemas de salud como causales de enfermedad son pensados en función al itinerario que la propia vida fija a cada persona, a sus creencias, valores y prácticas culturales que le dan sentido, a los estilos de vida, el entorno social donde vive la gente y a los servicios de salud a los que tiene acceso.

La situación de salud de las personas, grupo o comunidades son respuestas a contextos específicos y resultado de la interacción de múltiples procesos físicos, químicos, biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, tecnológicos e ideológicos, a los que llamamos **“determinantes de la salud”**.

Diversos autores mencionan que los determinantes sociales más influyentes en la salud de la población son el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, hábitos personales y aptitudes de adaptación, el desarrollo del niño y los servicios de salud. Todos estos determinantes son importantes en sí mismos, y al mismo tiempo están interrelacionados.

De esta manera, si la salud de la población se promueve facilitándole el control de sus determinantes sociales, los gobiernos locales, por su naturaleza, tienen la responsabilidad de la organización social de la población para mejorar la calidad de vida de las personas. Con ello, contribuye a una mejor comprensión de los factores que determinan la salud de la población a la cual pertenecen, así como la generación de redes de apoyo social, la educación, los entornos físicos seguros y limpios, el desarrollo del niño, los servicios de promoción de la salud, factores subyacentes a las enfermedades como, el agua segura, el saneamiento básico, la nutrición infantil, el fortalecimiento de la capacidad de los equipos locales de salud y la comunidad para evaluar y atender las necesidades, expectativas y demandas de salud de la población, entre otros.

2.1.2.2. La promoción y la prevención de la salud

La prevención y promoción de la salud pueden ser comprendidas como acciones sanitarias que cobran importancia en el escenario rural ante la necesidad de controlar los factores de riesgo asociados a modos de vida no saludables.

Las acciones de prevención de la salud constituyen medidas concretas destinadas a prevenir la aparición de las enfermedades, reduciendo los factores de riesgo¹⁷; o bien, dirigidas a detener el avance de las enfermedades y atenuar sus consecuencias (OMS, 1998). Por tanto, implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad. Las acciones preventivas en salud se asumieron durante mucho tiempo como parte de la responsabilidad de los profesionales de la salud, hasta el surgimiento de los enfoques

¹⁷ los factores de riesgo son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones específicas

promocionales, en los cuales se ha incorporado a los ciudadanos y sus familias se convierten en sujetos.

Sin embargo, la promoción de la salud es un proceso más amplio, político, social y global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Asimismo, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Además, la participación de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1998. Promoción de la Salud: Glosario. Ginebra.)

Según la Directiva Sanitaria de la Estrategia de Sectorización (2014), se define como prevención a las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como: la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Por tanto, es una acción que normalmente emana de los servicios de salud y considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. De igual modo, define como Promoción de la Salud a las diversas acciones de salud orientados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva que complementa todos los demás servicios de atención integral de la salud y prevención de la enfermedad.

Es necesario entender que en este enfoque innovador los nuevos protagonistas son los ciudadanos (PCS); los nuevos espacios son los municipios, las escuelas, los ámbitos de trabajo, entre otros, y que depende necesariamente de la concertación intersectorial; pero, sobre todo, entender que pasa de un sistema de salud enfocado en el daño y riesgo a un sistema que interviene en la dimensión social y política de la salud. Y como menciona la Lic. Jennie Vásquez Solís, el gran reto es pasar de una cultura de enfermedad a una cultura de salud, donde todos asumamos la responsabilidad de la salud y no solo el sector¹⁸.

¹⁸ Políticas de promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas – Elizabeth Aliaga Huidobro – Lima 2003.

Para la promoción de la salud, según la Carta de Ottawa se propone el diseño de políticas públicas en salud que orienten mejor el que hacer de un país, generando capacidades propias en los pobladores tal como lo manifiesta Amarty Sem.

La población debe asumir el protagonismo y centralidad de la comunidad (como objeto y sujeto de atención) son indiscutibles, siendo concebida la participación comunitaria tanto como un medio.¹⁹

La promoción de la salud, parte desde el Estado a través del Ministerio de Salud aplicando diversas estrategias de intervención, para que estas se operativicen en las direcciones regionales de salud hasta llegar a los centros o establecimientos de salud.

2.1.3. La Gerencia Social de intervenciones en salud

La GERENCIA SOCIAL, es un campo relativamente nuevo de análisis, sistematización y propuesta en el terreno de la gestión pública en nuestro país, que lo que busca es proveer a las intervenciones sociales de un cuerpo conceptual, de criterios e instrumentos básicos para optimizar su quehacer y poder formular programas y servicios que generen un valor público.

El campo de acción de la gerencia social son las situaciones y problemas específicos que enfrentan las intervenciones y programas sociales, los que muchas veces no son analizados desde criterios pertinentes a la naturaleza de lo social varios autores como Licha (2001), Sulbrandt (2002), Kliksberg (1997) y Etkin (2000) han estudiado las particularidades del campo de lo social, destacando algunas características esenciales de este tipo de gerencia, que asumimos como marco referencial para el análisis de la intervención de promoción de la salud. Entre ellas:

- La particularidad de que son decisiones e intervenciones que atienden directa y centralmente a las personas (no a objetos); por tanto, los resultados que se persiguen deberían ser medidos en cambios en las condiciones de vida de las personas
 - Las políticas sociales manejan una complejidad específica ya que ponen en juego directamente, intereses y necesidades diferentes entre los actores involucrados, así también articula estrategias diversas de los actores y pesos de poder diferenciados, siendo todos estos aspectos de difícil medición.

¹⁹ Participación comunitaria en la salud ¿mito o realidad? María José Aguilar Ibañez-Madrid, España. 2001

- Sus objetivos están destinados a cumplirse solo en el mediano y largo plazo.
- Requieren articular actores e intervenciones para poder obtener resultados, pues la multi-causalidad es la característica esencial de los problemas que atiende.
- Por la complejidad de su quehacer, la gerencia social no solo se evalúa en función de los criterios tradicionales de “eficacia” y “eficiencia”, sino que incorpora algunos otros criterios adicionales como lo son la equidad, sostenibilidad y la participación comunitaria, que abordaremos más adelante.
- La GS según INDES tiene un enfoque estratégico que apunta a la generación de valor público. Este enfoque estratégico requiere una visión de largo plazo que convoque a promover acciones para superar las intervenciones guiadas por una visión de corto plazo y que obedezcan tan sólo intereses particulares. Asimismo, el enfoque estratégico es la vía para generar visiones de largo plazo.
- La gerencia social obliga a un análisis permanente del contexto social, que tiene efectos constantes en sus intervenciones: Los factores sociales, económicos, institucionales y políticos, al ser revisados pueden constituir oportunidades o amenazas para la política que tendrá que sufrir ajustes permanentes
- Otro rasgo de la GS es su dimensión participativa intrínseca, pues el proceso de formulación y gestión de la política exige de procesos de consulta, debate y deliberación, de los actores involucrados como elementos claves para fortalecer no solo la intervención y su pertinencia, sino también la ciudadanía y la gobernabilidad
- Los resultados que promueve exigen de la coordinación y la articulación intergubernamental. Para ello promueve espacios y mecanismos de diálogo, concertación, redes de coordinación y gestión en los diferentes niveles de decisión.

2.1.3.1. La participación comunitaria

Puede entenderse como el “proceso social en virtud del cual grupos específicos que comparten necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas”²⁰

²⁰ Participación comunitaria en la salud ¿mito o realidad? María José Aguilar Idañez – pag. 14 - Madrid, España. 2001

La Organización Mundial de la Salud, pone como principio prioritario a la persona, para que tenga un bienestar individual y colectivo.

Bronfman (1994) encuentra tres concepciones básicas que pueden ser aplicadas bajo el concepto de participación comunitaria, estas son: aspectos políticos, sociales y la participación en si. La segunda concepción, indica la participación de la población como una ESTRATEGIA que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas.

Cabe indicar que resolver de esta manera los problemas de salud tiene un “efecto de demostración” y significa un aprendizaje para la resolución de otros problemas que aquejan a la comunidad.

La participación social definida de esta manera -según el autor- se asume como una finalidad en sí misma y, tiene implicaciones políticas que van más allá del marco de la atención a la salud, por cuanto significa el ejercicio de poder de la población, el fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base, en otras palabras, busca empoderamiento. Supone una reapropiación por la población, del conjunto de instrumentos que regulan la vida social y los servicios de salud que se presta en algún momento.

La tercera concepción citada por el autor, es que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en el nivel de la salud esconde una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político. Este discurso ignora las consecuencias políticas y sociales de la participación comunitaria y tiene el riesgo de esconder la verdadera posición de los gestores que es la manipulación política de la población.

Aquí estamos ante programas que tienen objetivos que van más allá de la resolución de los problemas de salud de la población.

2.2. Marco conceptual sobre Gerencia de Estrategias de Promoción de la Salud

Hemos definido de manera específica algunos marcos conceptuales que nos aportan referencias para el análisis estratégico del objeto de estudio y la formulación de propuestas. Dichos conceptos provienen de la gerencia social y la promoción de la salud.

2.2.1. Estrategia de Promoción de la Salud

Las estrategias de intervención en salud generalmente se relacionan con las acciones que se derivan de la gestión clínica para evitar los factores de riesgo o comportamientos

de riesgo. Por otro lado, la promoción constituye un enfoque más amplio que integra a la comunidad y no solo a la persona, y centra su atención en la salud y no en la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido las estrategias de promoción de la salud como el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control en los determinantes de salud y para mejorarla.

En base a ello, la estrategia de Promotores Comunales de la Salud (PCS) combina el soporte educacional, político, legislativo y organizativo para las acciones y las condiciones de vida que conducen a la salud de los individuos, los grupos o las comunidades.

La promoción de la salud (PS) en el ámbito comunitario, focaliza a la comunidad como espacio de intervención con sus propias normas y reglas, donde las personas que viven ahí son denominados comuneros.

La intervención del programa objeto de estudio, desarrollo estrategias vinculadas al desarrollo de capacidades y de modificación del medio o contexto.

Esta es una de las estrategias más potentes de la promoción de la salud, que busca suministrar las herramientas necesarias para poder efectuar el cambio de comportamiento que mantenga o mejore la salud de una manera sostenible. Para, ello la estrategia debe convocar a las personas que sean más cercanas, e influyentes de la comunidad de tal manera que pueda participar o ayudar en la adquisición de saberes o en el perfeccionamiento de las habilidades, la estrategia de convocar y formar promotores de salud de la propia comunidad es una estrategia concreta de desarrollo de capacidades.

Promotores de salud

Los antecedentes del trabajo con promotores en el Perú se pueden ubicar en los años treinta, con el Movimiento Rijchary que surgió en Puno dirigido por el médico Núñez Butrón, quien capacitó a los primeros voluntarios en atención integral de salud. Un año después de la Conferencia de Alma Ata (URSS, 1978), el Ministerio de Salud asumió la formación de los promotores (UNICEF 2003)²¹

²¹ UNICEF- Buen Inicio (2003) Promotor de salud Trabajo y Motivaciones
file:///C:/Users/Elizabeth/Documents/AAA%C3%91O%202014/ASESORIAS/PromotorSalud.pdf

De todas estas denominaciones, los términos *promotor(a)* son los que tiene mayor aceptación por parte de las propias personas que desarrollan el trabajo comunitario y de la población en general. Es una denominación aceptada por las instituciones y la población. No se la cuestiona sino que, por el contrario, se la asocia con significados muy valorados dentro de la comunidad²².

Según José Aguilar Idañez (2001: XIV), se indica que:

- Que las prácticas sanitarias sean socialmente aceptables (aceptables por la comunidad en que se aplican)
- Debe hacerse con la plena participación de la comunidad (como medio fundamental para lograr la autorresponsabilidad de la comunidad en el estado de salud y su mejoramiento)
- Debe tener el logro de la autogestión de la comunidad en materia de salud.

De acuerdo a la investigación realizada por CARE Perú en el año 2001 en La Libertad, existen diversas razones por las cuales los promotores de salud no reciben una compensación económica: escasos presupuesto público, existencia de mecanismos alternativos, necesidad de calificación y acreditación. Más de la mitad de los entrevistados consideran que su labor debería ser remunerada.

Según la Directiva Sanitaria de Sectorización (2014) define al Agente Comunitario o Promotor de la Salud (ACS) a la persona voluntaria, con espíritu de servicio elegido por su comunidad que asume la responsabilidad de vigilar el sector identificando necesidades y problemas de salud. El ACS apoya en la atención de salud preventiva promocional educando a las personas y familias de la comunidad.

En las experiencias más significativas en nuestro país, la labor del promotor ha nacido como una vocación de servicio y de solidaridad, mucho más, dándose en un contexto de cooperativismos, de solidaridad como el que se presentan en las comunidades campesinas de la sierra sur del Perú. Cuando se ha intentado remunerar su trabajo o asignarle incentivos más allá de la voluntad comunal, su trabajo se ha visto distorsionado, demandando de él acciones desproporcionadas que desnaturaliza su condición de promotor y de comunero socialmente aceptado en la comunidad; tal percepción, en su momento ha sido compartido incluso por el personal de los establecimientos de salud.

²² Promotor de Salud: Trabajo y motivaciones – UNICEF Perú – USAID 2003

Al incrementar las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los promotores se afecta directamente a sus actividades productivas y familiares de éste, es por ello, que es muy difícil establecer un perfil satisfactorio de los PCS, que sea ideal para la comunidad y los otros actores vinculados (puesto de salud, municipio y otros) incluido el propio promotor.

Pero no se puede negar la importancia de los PCS para las necesidades de salud de las comunidades, en tal sentido los promotores y promotoras se convierte en una “facilitador” entre la demanda de la salud de la población y los servicios ofrecidos por el ente rector, así como otros actores propios de las costumbres e idiosincrasia de la población (parteras, curanderos y otros).

2.2.2. Enfoques y criterios de Gerencia aplicadas a la Promoción de la Salud

Mencionaremos cinco criterios fundamentales de gerencia social que orientaran la revisión de la estrategia de promoción de la salud en los cuatro casos propuestos (más allá de la eficiencia y eficacia): Estos criterios tienen a la base enfoques fundamentales que buscan ser transversales a la acción de gerencia promovida por el proyecto. Estas son la equidad, la interculturalidad, la sostenibilidad de los mecanismos establecidos por la estrategia, y la participación comunitaria en el proceso de gestión.

La equidad

La equidad es un concepto fundamentado en tres valores sociales de amplio acuerdo para la sociedad: la igualdad el cumplimiento de derechos y la justicia.

La equidad no busca solo el trato igual para todos (concepto de igualdad) sino lo que promueve es la “igualdad en el tratamiento de iguales”. Por tanto, ante situaciones de desigualdad evidente, como la que observamos en algunas zonas del país y en situaciones de exclusión social, la equidad lo que promueve es un “trato desigual” o una atención diferenciada para los grupos de menos acceso a un bien o servicio.

Aplicando el concepto a la promoción de la salud, y concretamente a la situación de las mujeres que participan de las prácticas de salud comunitaria, diremos que en esta investigación nos interesara identificar por lo menos, las situaciones y prácticas culturales, que pueden estar incidiendo en la desigualdad de tratamiento de condiciones de salud de la población. Nos interesara de manera especial las prácticas de

desigualdad de género, en la idea de que el programa se propone la recuperación de este importante criterio de gerencia social.

Es conocido el sesgo machista que tienen las comunidades campesinas de la sierra sur del país, cuyas implicancias son aceptadas socialmente de generación en generación y en consecuencia han tenido implicancias directas a las acciones establecidas por la estrategia de PCS, por ejemplo, inicialmente los varones no compartían la idea de que sus parejas mujeres, reciban visitas de un promotor varón, o que estas mismas mujeres sean auscultadas en un centro de salud por un médico varón, mucho más cuando se trata de un ginecólogo. Del mismo modo, a la pareja varón de una promotora de salud, le cuesta entender y aceptar que esta tiene responsabilidades distintas a sus roles tradicionales al interior de la familia y de la comunidad.

La interculturalidad

El Perú es muy diverso y vasto, alberga culturas asentadas en diversas topografías pero que se relacionan en diversas formas, generando también nuevos procesos de aprendizaje entre ellas.

La interculturalidad define un tipo de relación entre culturas diferentes. Es una relación respetuosa que implica interacción entre dos o más culturas que mantienen un encuentro y continúan una relación en la que no hay una jerarquía entre las culturas. Ello postula el principio ético de considerar que todas las culturas son igualmente dignas y merecedoras de respeto.

La aplicación del criterio de interculturalidad que promueve la gerencia social conlleva la necesidad de tener en cuenta el conjunto de prácticas y conocimientos propios, relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones, aspecto central en este estudio de caso.

En el Perú, también se tiene La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos indígenas que promueve, coordina y monitorea acciones concretas para poblaciones indígenas con el objetivo de reducir las brechas sanitarias que todavía persisten.

La recuperación de las prácticas culturales de la población que se transmiten de generación en generación puede ser analizadas a partir de la recuperación de cuatro elementos²³: las costumbres, las creencias o valores, el idioma y los ritos ancestrales

Las costumbres; que está referido al modo habitual de obrar que se establece por la repetición de los mismos actos o por tradición. “Son usos, hábitos, ideas y creencias, tradiciones y maneras de vivir”, de grupos sociales. Las costumbres distinguen de una comunidad de otra, de una sociedad de otra. Son prácticas que se transfieren de una generación a otra y las reproducimos cada vez que nos comportamos de acuerdo a lo que nos han enseñado” (Hernández A., 2006:10).

Las creencias y valores; Según la real academia española, considera la creencia como el firme asentimiento y conformidad con algo. Indican las pautas del comportamiento de acuerdo con la concepción que tienen del mundo, a los miembros de una sociedad. Gran parte de la conducta de los integrantes de una sociedad está regida por las creencias y los valores personales o sociales.

El idioma Quechua se constituye también en un importante vehículo para transmitir tradiciones, conocimientos y costumbres que se vienen legando de generación a generación, fortaleciendo la identidad de estas poblaciones. Por esta razón, éste idioma es el segundo idioma oficial del Perú.

Los ritos ancestrales perviven en nuestros tiempos y son practicados por ejemplo en las poblaciones andinas expresados en danzas, oraciones, canticos y una serie de manifestaciones que se mantienen, pero también evolucionan en el tiempo, estos ritos se asocian a la cosmovisión del poblador, con sus deidades provenientes por lo general de las manifestaciones de la naturaleza (tierra, montañas, fauna, flora, etc.). En determinadas fechas y acontecimientos estos ritos resaltan en el colectivo popular, siendo prácticas tradicionales, por ejemplo, en los nacimientos (ritos contra los malos espíritus) en las bodas (oraciones por la prosperidad), en la muerte (con la presentación de ofrendas para los muertos), etc.

²³ Mamani William (2012). Percepción De Los Usuarios Sobre La Calidad De La Atención De Los Servicios De Salud Ofrecidos En La Micro Red De Salud Del Centro Poblado De Totorani, Distrito De Acora, Provincia Y Departamento De Puno. Investigación para optar el grado Magister en Gerencia Social

El enfoque de género

El género es una categoría conceptual utilizada para analizar los distintos roles que a la sociedad asigna a hombres y mujeres, evaluando a su vez las oportunidades que se les ofrece a cada uno, y el efecto de las interrelaciones que se dan entre ellos. Además, si bien es una construcción cultural, es un elemento que influye en el logro de las metas, las políticas, planes y programas de desarrollo y que repercute en el proceso de desarrollo de la sociedad.

Asimismo, género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

Mujeres y hombres tienen necesidades y problemáticas sanitarias distintas no sólo por sus diferencias biológicas, sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales prevalecientes ²⁴

Durante los últimos años, el Estado peruano ha dado mayor importancia al abordaje de la problemática de género en la planificación de políticas y planes de salud, ya que es consiente que esta asignación de roles diferentes entre ambos sexos, tiene consecuencias para su salud, ya que expone a la mujer a mayores riesgos de su salud, por el rol productivo y reproductivo del que se hace cargo, también por la existencia del “machismo” que acentúa el trato de violento de las mujeres y las confina a reducidas oportunidades de educación y progreso personal

Para efectos del estudio, utilizaremos esta categoría para analizar la condición de género de las promotoras de salud y en qué medida ello ha tenido un efecto sobre los resultados de la estrategia.

Sobre el particular, varios estudios anteriores ya han demostrado las dificultades que las mujeres encuentran en su entorno familiar y comunal para desarrollar su labor, y han concluido que estas se encuentran estrechamente relacionadas con los patrones culturales de género, los cuales limitan el acceso de ellas a actividades ubicadas fuera del espacio doméstico. Se ha constatado por ejemplo que la mayoría de promotores rurales son varones y que las promotoras mujeres tienen una serie de obstáculos para acceder al cargo.

²⁴<http://www.diresajunin.gob.pe/diresajunin/directivas/PLANNACIONAL.pdf>

La sostenibilidad

El concepto de sostenibilidad ha sido utilizado por la literatura social y económica, con mayor recurrencia desde los años ochenta, para referirse a diversas unidades de análisis.

Desde la literatura preocupada por el desarrollo sostenible desde la perspectiva ambiental el énfasis ha estado puesto en la búsqueda de armonía de diversas iniciativas asociadas con el crecimiento y el desarrollo, incluyendo el ámbito físico y biológico. Lo sostenible en esta perspectiva macro estaba referido a un tipo de desarrollo que preservara los recursos naturales para no agotarlos y asegurar la supervivencia de las nuevas generaciones. Sin embargo, en gerencia social el uso del criterio de sostenibilidad esta mayormente referido a una dimensión “micro” de programas y proyectos, que enfatiza en la necesidad de asegurar la continuidad de determinadas iniciativas de desarrollo. Desde esta perspectiva se busca, por ejemplo: “contar con el apoyo continuado de determinados actores cuyo poder, participación y/o aportes resulta indispensable para que una iniciativa o una estrategia pueda mantenerse en el tiempo” (INDES 2002)

También este concepto alcanza la dimensión económica cuando aspiramos que una iniciativa de intervención social pueda mantener un adecuado flujo de ingresos y financiamiento para garantizar la continuidad de los efectos esperados.

Si revisamos la noción de “sostener” encontramos como significado “sustentar, mantener firme una cosa”. Una definición más amplia de puede entenderse como la capacidad de mantenerse o sostenerse. Una iniciativa es sostenible si logra sostenerse en el tiempo.

La participación

Ya mencionada anteriormente, la participación social es un criterio transversal de gerencia casi intrínseco a su naturaleza. Por su relevancia ha mantenido un tratamiento aparte como enfoque, y a continuación lo describimos como estrategia para la gestión comunitaria.

2.2.3. Estrategias de Participación Comunitaria

Como marco referencial recomendado para el diseño de estrategias de participación comunitaria, hemos recuperado la propuesta de Salcedo (2013) que afirma que en la medida que la participación comunitaria requiere por lo menos de dos componentes

fundamentales para hacerse efectiva: una política explícita de gestión participativa (de parte de la entidad promotora o convocante), y una ciudadanía plena (actores sociales empoderados); es necesario que las estrategias que aplica recuperen al menos tres dimensiones de intervención:

- La dimensión política, que está dirigida a equilibrar el poder en las relaciones que se establecen. Allí donde exista verticalidad, concentración de recursos, o asimetría de relaciones, no será posible establecer una real participación.
- La dimensión educativa, dirigida a fortalecer capacidades mínimas que hagan posible el conocimiento pleno de derechos, deberes, roles en el proceso y otros aspectos fundamentales vinculados a la naturaleza de la política donde se busca la participación.
- La dimensión comunicacional, dado que los ciudadanos participantes deben lograr no solo sensibilizarse respecto de un objetivo, sino compartir una visión común que les permita identificarse con la propuesta de desarrollo o proyecto de intervención.
- Debe estar claro que la participación comunitaria no pasa por aplicar únicamente consideraciones metodológicas ni técnicas, sino por el contrario, siguiendo lo señalado por Oscar Rebolledo (2003) se debe buscar la participación ciudadana para transformar. Por esta razón valoramos lo indicado por este autor:

“Entender los procesos participativos como procesos educativos es para nosotros de una gran trascendencia, pues nos obliga a fijar la atención en aspectos del proceso que muchas veces no son tomadas en cuenta”.

Lo anterior es muy importante, en caso contrario cualquier propuesta o proyecto responderá a cualquier interés menos el de la población. El mismo autor plantea además trabajar tres dimensiones necesarias para construir una propuesta o proyecto colectivo: *“La dimensión de valores (código ético), la de los problemas o síntomas (diagnósticos) y la de las propuestas (programaciones).*

Por otro lado, recurriendo a Dixis Figueroa (2002) en su artículo “Participación Comunitaria y Salud” coincidimos en indicar que ningún agente ajeno a la comunidad puede organizar y movilizar a las comunidades para buscar objetivos determinados fuera de la comunidad, bajo la creencia de que las comunidades aceptarán las propuestas planteadas por profesionales tratando de suplir la supuesta falta de

capacidades y de recursos comunitarios que les permitieran ejecutar la propuesta, como era de esperar las propuestas de esta índole no lograron los resultados esperados.

En este contexto el autor los describe así:

“La participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados.

Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo”

2.3. Estado del conocimiento sobre la aplicación de estrategias de promoción de la salud en ámbitos comunales.

Se pretende recuperar en este ítem algunos avances que existente en cuanto al conocimiento de la estrategia de promotores comunales en ámbitos similares a la experiencia estudiada; sin embargo, constatamos que, aunque existe mucho material educativo y propositivo para esta estrategia, ha habido poco estudio sistemático de los resultados de la aplicación de esta importante estrategia de promoción comunal. He aquí un breve recuento que nos aporta luces sobre los factores que podrían estar influyendo en la estrategia de promotores, desde la perspectiva de otros autores.

La estrategia de promoción de la salud a través de promotores comunales, en zonas rurales en el Perú es bastante antigua. Según Vélez Jorge y Nino Alfonso (2010)

*“Los intentos de transferir tecnología científica a la comunidad para lograr un sistema de atención primaria, lo encontramos en el Perú por primera vez en Puno en la década del 20 con el Dr. Manuel Núñez Butrón, quien a través de los *Rijcharis*, campesinos capacitados en acciones preventivas a través de la higiene personal buscaba mejores condiciones de salud... “*

Estos autores señalan que desde los años 60 hay experiencias en capacitación de promotores de salud y atención primaria en diversas zonas del país.

Entre ellas mencionan el Programa cívico fluvial del Amazonas en 1964, el trabajo del Dr. Víctor Noria Cabrera en la región de salud de oriente en el año 1976, el trabajo pionero de la Iglesia Católica (donde una de las experiencias más valiosa es justamente la desarrollada por Caritas del Perú), entre otras. Sin embargo, estas experiencias en general han sido poco estudiadas.

En los párrafos siguientes y dados la problemática de interés de este estudio, referida a los factores que intervienen o influyen en la acción desarrollada por los promotores comunitarios, el equipo de investigadores ha buscado explorar otros estudios o fuentes de conocimiento que puedan aportar algunas luces sobre dicha problemática.

Sin intentar ser exhaustivos, se ha podido revisar algunos estudios realizados por investigadores e instituciones que han trabajado en zonas rurales del Perú y de otros países con población en situación de pobreza y contextos rurales; que nos aportan algunas constataciones importantes sobre las características y factores de desempeño de este actor de salud comunal; lo cual nos permitirá más adelante contar con un marco referencial para el análisis comparativo de los resultados obtenidos por este estudio de caso.

En Guatemala, a propósito de la formulación de la Estrategia para el reconocimiento de los promotores de salud y comadronas, Basilio Tzoy Grijalva de la Asociación CEIBA²⁵ realizó un estudio en el año 2009-2010 para conocer el rol que cumplían y sus expectativas de reconocimiento.

El trabajo de campo permitió constatar que los promotores de salud en esta zona cuentan una gran experiencia acumulada en atención a la salud en las comunidades, que alcanza en algunos casos los 32 años de trabajo al margen del Ministerio de Salud. La tarea de promoción vía la estrategia de promotores y comadronas en Guatemala fue apoyada mayormente por la acción pastoral de salud de la iglesia católica, y algunas ONG's como el CEIBA y han tenido poco apoyo del Ministerio de Salud.

²⁵ "CEIBA", es una ONG guatemalteca, destinada al servicio humanitario y a la promoción del desarrollo comunal, que cuenta con un Modelo de Salud inserto dentro del modelo oficial del Ministerio de Salud Pública Guatemalteco

El personal de salud entrevistado por este estudio señaló que aparentemente la figura del promotor de salud se está perdiendo con la aplicación del Programa de Extensión de Cobertura; sin embargo, lo que sucede es que éste y otros programas han ido cambiando el nombre de este actor por “Agente Comunitario” o “Vigilante de la Salud, (según conveniencia de cada fuente de cooperación) pero continúan muchos promotores de salud involucrados desde tiempo atrás.

El estudio da cuenta de un desempeño bastante heterogéneo de los promotores. Mientras que en algunas zonas se reciben quejas de la actuación de los “Vigilantes de salud” y se dice que solo trabajan cuando llega la ONG, ya que son trabajadores dependientes que reciben 500.00 Quetzales; en otros casos el mismo estudio señala que algunos promotores de salud, dada su capacidad, ellos mismos han habilitado clínicas y se han convertido en “Médicos Mayas” atendiendo de manera autónoma en sus comunidades.

Los factores que se mencionan como limitantes de su tarea vinculada a la promoción de la salud, es la desatención del Estado, la amplia cobertura de atención que se les asigna, que excede sus posibilidades de trabajo real, y la propia actitud del personal de salud ya que según se indicó, el personal de los servicios oficiales de salud cuestiona el trabajo de las promotoras de salud, porque ello amenaza sus propios intereses profesionales y su trabajo.

Salas Carrión Raúl y Sánchez Villacorta; Carmen (2006), en una investigación descriptiva y evaluativa realizada en el distrito de Yanaoca, en Canas Cusco en el año 2006, que tuvo como objetivos: evaluar el Rol del Promotor de Salud mediante el desempeño de éste en su comunidad, evaluar sus capacidades en la percepción de enfermedades en su comunidad, su liderazgo; y su conocimiento sobre tópicos frecuentes de enfermedad en su comunidad; dan cuenta de algunas características de este importante actor, sobre la base de un universo de 35 promotores de salud.

El estudio señaló que la mayoría de promotores comunales eran de sexo masculino y que casi la mitad de ellos no completaron el nivel de educación primaria.

El 54% de los PCS encuestados tenía poco conocimiento teórico, sobre temas de salud y enfermedad, aunque sí reconocían las enfermedades más comunes de su localidad, así como a las actividades preventivo promocionales necesarias para dar solución eficaz al problema de salud en su comunidad.

Además de recoger características generales, el estudio clasificó como elementos positivos que las personas que asumen esta función, aunque no necesariamente tienen un perfil de liderazgo; su interés y dedicación sumada a la capacitación que recibieron les ha permitido desarrollar capacidades para la promoción de la salud.

En las debilidades encontradas el estudio evidenció que el 66,66% de los promotores no dan una buena imagen de vida en su comunidad, ya que ellos son asiduos consumidores de alcohol, no hacen controlar a sus esposas cuando están embarazadas, el 66% no usa métodos de planificación familiar y algunos de ellos tienen hijos con desnutrición de distinto grado. El estudio también demostró que la mayoría de promotores comunales está en ese cargo por "encargatura", y que se han mantenido varios años en ese rol, pese a que muy pocos fueron elegidos por su comunidad.

Por su parte, Vélez Jorge y Nino Alfonso (2004) han explorado experiencias donde se va más allá de la capacitación vertical de promotores de salud y donde se rescata las prácticas valiosas que ellos han construido a nivel comunal, sin embargo, también señalan que desgraciadamente estas experiencias "se han perdido en el olvido" ya que no han sido sistematizadas, y esbozan la hipótesis de que, por diversas razones estas experiencias no han sido sostenibles, y no han contribuido a articular los servicios de salud a la comunidad. Los PCS deben generar cambios en sus propias comunidades.

En la experiencia como el caso de Ayacucho se identificaron debilidades como son: el limitado presupuesto, la débil coordinación interinstitucional, la alta rotación y/o renuncia del personal capacitado en el trabajo comunitario, el escaso reconocimiento a los Agentes Comunales de Salud (Vélez y Alfonso 2004). También han señalado que no se consolida la información de estos actores en el sistema estatal oficial, que hay un débil sistema de referencia y contra referencia, que no se mide el impacto del trabajo o la contribución, que existe un débil estímulo de la comunidad a los Agentes Comunales (exoneración de faenas, entre otros); que los ACS tienen poca información sobre la utilización del uso de registros de trabajo, efecto de la capacitación; y que su nivel de capacitación es altamente heterogéneo. Así mismo el MINSA desconoce el estado actual de este personal y no sabe si está capacitado o no, no realizan seguimiento ni acompañamiento permanente; tampoco se cuenta con una metodología estandarizada.

El diagnóstico también identifica algunos factores relativos a las comunidades, que tendrían efecto en la estrategia, tales como: que la mayoría de las Comunidades en donde viven los promotores de salud no están organizadas por lo tanto no prestan un

soporte social al trabajo de los promotores; y advierte como factor de amenaza los incentivos económicos que brindan algunas ONG's a ACS.

Desde otra perspectiva de análisis más global, el CEMIS (2010)²⁶, recupera la evaluación de los promotores de salud, recordando que desde Alma Mata (1998) la estrategia ya recomendaba contemplar la participación de las personas de las mismas comunidades para lograr una interlocución cultural con los sistemas de salud. Sin embargo, los autores señalan que, aunque los Estados originalmente intentaron seguir los lineamientos de Alma Ata aplicándolos a los proyectos en comunidad (lo cual se sustenta en la normativa de varios países).

Es por eso que los promotores de salud pasaron a ser “simplemente un agente de salud”, jerárquicamente en el escalón más bajo, a pesar de lo revolucionario del lenguaje utilizado en Alma Ata”.

Es así que la atención primaria de la salud paso a ser el nivel más bajo de la atención jerarquizada y vertical de la salud, dado la “prioridad científica” a la parte asistencial de los servicios. Los autores señalan que es gracias a esa visión que la cobertura de salud sigue sin mejorar, el medio ambiente se deteriora, desaparecen las culturas pueblos completos, la morbimortalidad sigue aumentando, y las poblaciones más aisladas van perdiendo sus formas tradicionales de resolver sus problemas de salud

Para los autores, hay un fracaso de la estrategia de promotores de salud como agentes que pudieran acercar la comunidad a los servicios formales de salud porque la llamada “medicina moderna” ha soslayado gran parte de las recomendaciones alcanzadas por la OMS. Ello en el sentido de que los Sistemas de salud no han comprendido, ni valorado el sentido de la promoción y la prevención desde la autorresponsabilidad y autodeterminación de las comunidades con la real participación de la población en el diseño e implementación de los programas comunitarios y con una conciencia proactiva de los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud y la enfermedad.

Estudios como de el “Capital Social y Promoción de la Salud en América Latina” de la Universidad Católica de Chile (2007) nos recuerda la Declaración de Yakarta (1997) en el que indica que la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud, el cual va de la manos con la Declaración de México (2002) que insta en fomentar, reforzar y ampliar los vínculos de asociación para este fin, en la misma línea el Compromiso de Chile (2002) enfatizando el rol de la participación de la sociedad

²⁶ Centro de Estudios Médicos Interculturales

civil en las estrategias de promoción de la salud. De aquí es fácil ver la relación entre capital social y promoción de la salud que en palabras del autor indica:

“Son muchas las relaciones posibles entre capital social y promoción de la salud, varias de ellas entendibles bidireccionalmente: reconociendo y desarrollando el capital social en favor de la promoción y/ o potenciando el capital social a través de proyectos de promoción exitosos. Más allá de intentar explicar qué es primero, es necesario visualizar el impacto que la integración de ambos conceptos puede significar para alcanzar mejores resultados globales.”

El autor, analiza cuatro elementos básicos de esta dinámica: Capital social y promoción de la salud:

1.- Empoderamiento y participación comunitaria: *Entendiendo empoderamiento como el “proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en la calidad de vida comunitaria y justicia social”, es fácil comprender la importancia que los factores colectivos de confianza, reciprocidad y colaboración significan en su consecución.*

2.- Capital social, interdisciplinar e intersectorialidad: *“Es claro que para el éxito de las estrategias de promoción de salud, se requiere un trabajo donde todos los involucrados actúen cooperativamente. Ello es válido tanto para los individuos como para las comunidades, sus organizaciones formales e informales y, por supuesto, para las instituciones responsables del gobierno. El trabajo en coaliciones promotoras de salud va en esa línea.”*

3.- Capital social y cambio social: *“El capital social puede entonces entenderse como un medio para el cambio social y, a su vez, el cambio social debiese potenciar el desarrollo del capital social en términos positivos para la comunidad.”*

4.- Capital social y sustentabilidad: *“La sustentabilidad, entendida como la habilidad de los programas de ser incorporados y continuar regularmente en la comunidad, una vez finalizada la asistencia externa es un elemento clave en los programas de promoción de salud.”*

2.4. Marco Normativo Nacional

2.4.1. Regulaciones nacionales para la Promoción de la Salud

La promoción de la salud está regulada por 4 resoluciones ministeriales, donde pone en vigencia las políticas, los lineamientos, los programas concernientes al promotor de salud (PS) o al agente comunitario (AC).

- R.M. N° 111-2005/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.
- R.M. N° 457-2005/MINSA, que aprueba el Programa de Municipios y Comunidades Saludables
- R.M. N° 539-95-SA, que hace un Reconocimiento a la Labor abnegada del Promotor de salud o Agente Comunitario de Salud.
- R.M. N° 217-99-SA/DM, que instituye el 04 de junio de cada año como Día del Agente Comunitario de Salud.
- R.M. N° 702-2009-MINSA Aprobación del Manual del Agente Comunitario de Salud.
- R.M. N°278-2011/MINSA aprueba el documento técnico “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de atención 2011-2021” cuyo objetivo es garantizar la atención integral de salud basada en la familia y la comunidad, con calidad, equidad, eficiencia y efectividad.
- R.M. N°464-2011/MINSA aprueba el documento técnico “Modelo de Atención integral de salud basada en familia y comunidad; cuyo objetivo es garantizar la atención integral de la persona, la familia y la comunidad con enfoque bio-psicosocial que cubre las necesidades de salud, con énfasis en el primer nivel de atención. Las acciones están orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr un adecuado funcionamiento y el desarrollo de sus miembros para constituir una familia saludable.
- Resolución Directoral N°01963-2014-DRSC/DGDHP aprueba la “Directiva Sanitaria de la estrategia de sectorización” – Dirección Ejecutiva de salud.
- R.M. N°260-2014/MINSA Implementación de Grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa.
- R.M. N°159-2014/MINSA aprueba las “Disposiciones Generales de Atención Materna” donde incorpora el enfoque intercultural.
- La Ley Orgánica de Municipalidades Ley N° 27972 indica que los Gobiernos Locales representan al vecindario, promuevan la adecuada prestación de servicios públicos locales y el desarrollo integral, sostenible y orgánica de su circunscripción. En el art.

80 como función específica en salud establece la gestión de la **Atención Primaria de la Salud**.

Para el caso del Perú, estas políticas se han ido sucediendo con el apoyo de una serie de entidades internacionales, la red de Cáritas del Perú entre ellos Caritas Cusco ha trabajado directamente en estas políticas con el apoyo del USAID a través de diversos proyectos, amparadas por las leyes, normas y decretos dados hasta el año 2008. Posterior a ello se aprobaron nuevas leyes.

Lineamientos de política de salud 2007-2020 del Plan Nacional Concertado de Salud²⁷:

- Atención integral de salud a la mujer y el niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- Vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Aseguramiento Universal en Salud.
- Descentralización de la función de salud a nivel del Gobierno Regional y Local.
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Desarrollo de los Recursos Humanos.
- Medicamento de calidad para todos/as.
- Financiamiento en función de resultados.
- Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.
- Participación Ciudadana en salud.
- Mejora de los otros determinantes de la salud.

Como se puede apreciar, el Programa Wiñay estuvo acorde con los lineamientos de política nacional en salud, aportando con el aseguramiento universal de la salud, la atención integral de la salud a la mujer y el niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención y mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.

²⁷ www.diresacusco.gob.pe Resolución Ministerial N°279-2007/MINSA

Nudos críticos de la política y estrategia de Promoción de la Salud a nivel nacional

Un estudio realizado por Huidobro (2003:25) identifica como nudos críticos en relación a la política peruana de promoción de la salud lo siguiente:

- La no precisión del concepto de promoción de la salud, producto de la hegemonía del enfoque biomédico de la salud
- El divorcio entre el objetivo inicial que tuvo la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, que se crea durante el gobierno de transición (con una lógica de IEC) y el objetivo posterior al convertirla a Dirección General, donde sí se busca aplicar una lógica de Promoción de la Salud
- Las directivas dadas por la Dirección General de Promoción de la Salud no logran transmitir orientaciones claras a los niveles operativos
- Los Sistemas de registro de información y protocolos del Ministerio de Salud
- responden al enfoque biomédico y no constituyen un incentivo para la promoción de la salud
- Escasa formación del recurso humano en promoción de la salud
- Presupuesto insuficiente para la estrategia

2.4.2. Regulaciones regionales para la Promoción de la Salud

A nivel regional se contó el marco normativo del Plan Regional Concertado de Salud 2005-2021 (2005:34)²⁸, cuyos objetivos en salud son los siguientes:

- Promover experiencias valiosas de intervención en salud y adecuadas con resultados plausibles en la región.
- Promover estilos de vida y prácticas de alimentación saludables con énfasis en los niños, niñas y mujeres.
- Mejorar el acceso a los servicios de saneamiento básico priorizando poblaciones excluidas.
- Promover y fortalecer la articulación del Sistema Regional de Salud, en el marco del modelo de atención integral.
- Promover el fortalecimiento de espacios de concertación interinstitucional y vigilancia para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.
- Promover e incentivar una cultura socio-sanitaria desde los niveles básicos de educación con participación de la comunidad.

²⁸ ORDENANZA REGIONAL N° 034-2005-CUSCO-GRC-CRC

- Promover y fortalecer la incorporación del Enfoque Intercultural en la Gestión de Salud.
- Fortalecimiento de la formación, gestión y desarrollo del potencial humano en salud.
- Incentivar la inversión privada, orientándola al financiamiento de programas y proyectos de salud, basados en las prioridades regionales.
- Promover el acceso equitativo de poblaciones excluidas y dispersas por factores socio-económicos, culturales, políticos y discapacidades a servicios de salud calificados.
- Reducir la morbimortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.
- Promover y potenciar la investigación científica en salud a nivel de la región.

2.4.3. Regulaciones internacionales para la Promoción de la Salud

La declaración de Alma Ata en setiembre del año 1978, La Organización Mundial de la salud, la Organización Panamericana de la salud y Unicef y patrocinado por ese entonces por la URSS, marca el inicio de la implementación de una estrategia mundial para mejorar el nivel de salud de los pueblos a través de la atención primaria de la salud, con el lema “*salud para todos en el año 2000*”(OPS/OMS 2014)

Según la OMS (2006:1), son principios básicos que deben cumplir los Estados para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Posterior a esta definición encontramos la histórica Carta de Ottawa del año 1986 que define a la promoción de la salud como un “proceso político y social global” que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual²⁹

La Carta de Ottawa propone a los gobiernos las siguientes medidas: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

Más adelante ha habido diversas conferencias internacionales promovidas por la OMS celebradas en Adelaida, Australia (1988), Sundsvall, Suecia (1991), Yakarta (1997) y México D.F. (2000) que aportaron orientaciones para los gobiernos sobre las medidas a aplicar para lograr la salud para toda la población.

La Carta de Bangkok, preparadas por la 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 2005, brinda nuevos lineamientos de promoción de la salud, donde destacan políticas coherentes, inversiones y alianzas entre los gobiernos, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado, para asumir que la promoción de la salud se incluya en la agenda de desarrollo mundial, que sea una **responsabilidad básica de todos los gobiernos**, que forme parte de las buenas prácticas institucionales, y que sea un foco de iniciativas de la comunidad y de la sociedad civil.³⁰

Finalmente podemos citar a la 7ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de Nairobi (2009) Kenya, que identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud. Esta conferencia señaló que “la promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud”.

²⁹ Promoción de la salud. México <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

³⁰ Ídem

Todas las orientaciones internacionales coinciden en señalar que, ante los críticos problemas de salud de la población, es necesario generar las políticas públicas como herramienta intersectorial que lleva hacia la equidad y sustentabilidad en salud, por ello las próximas Conferencias Mundiales se han propuesto, definir nuevas estrategias de Promoción de la Salud y posicionarlas como un reto para los gobiernos, sector privado, academia y sociedad civil. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

2.5. Definiciones operacionales

El estudio de caso utiliza diversas categorías de análisis que han sido explicitados a continuación como definiciones operacionales:

Cuadro 1: Definiciones de términos

Categorías de análisis	Definición Operacional
Comunidad	Según María José Aguilar es “una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; de tipo económico, de socialización, de control social, e participación social y de apoyo mutuo”.
Promotor	La palabra <i>promotor</i> se asocia a las nociones de “movilización” y fomento de prácticas adecuadas de cuidado de la salud, también con la promoción y el impulso de estas pautas en la comunidad; en síntesis, el promotor es visto como un agente comunal que conduce y enseña la forma de realizar estos cambios. Promotor de salud, es un convencionalismo que asumen diferentes entidades para referirse a las personas que destinan su tiempo para brindar servicios a la comunidad, otros convencionalismos son: agente, facilitador, entre otros

Perfil del Promotor	El perfil es el conjunto de capacidades que debe reunir la persona seleccionada que va a asumir el rol de Promotor Comunal de Salud o Agente Comunitario de Salud. Contempla tres dimensiones: los conocimientos, las habilidades y las actitudes
Desempeño del promotor	<p>El término desempeño alude a la realización o ejecución de una acción, o comportamiento vinculado con una tarea o función asociado generalmente a un ámbito de trabajo en este caso la promoción de la salud.</p> <p>El desempeño de los promotores comunales constituye la evidencia de su habilidad o de su competencia para tareas de promoción y prevención de la salud</p> <p>Mientras que la competencia es una característica subyacente al promotor (y no medible), el desempeño es la evidencia observable a través del comportamiento del mismo.</p> <p>El desempeño constituye entonces la evidencia de un nivel de competencia del promotor y que combina (conocimientos, habilidades y actitudes)</p> <p>Al ser el desempeño concreto y observable, y al evidenciarse cuando se ejecuta una tarea o se realiza un trabajo, la evaluación del mismo puede realizarse a partir de la observación de la práctica misma.</p> <p>Esto hace posible que las personas que interactúan con el promotor comunal puedan tener una percepción de su desempeño</p>
Cultura	Cada cultura es un conjunto de valores e ideas que se explican por el todo complejo ³¹ , en las comunidades campesinas de la Sierra se muestra una diversidad cultural las deben ser aceptadas y respetadas por externos.

³¹Primer Curso Cultura y Desarrollo - Maestría Gerencia Social 2012

Tradición	Las comunidades campesinas establecen relaciones sociales con marcadas prácticas tradicionales, esta es una característica peculiar en organizaciones sociales basadas en la organización comunal.
Participación comunitaria	<p>“Proceso social en virtud del cual grupos específicos que comparten necesidad, problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esas necesidades, problemas o centros de interés, adoptan decisiones y establecen mecanismos para atenderlas”³²</p> <p>Participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo.</p>
Género	<p>Categoría conceptual utilizada para analizar los distintos roles que a la sociedad asigna a hombres y mujeres, evaluando a su vez las oportunidades que se les ofrece a cada uno, y el efecto de las interrelaciones que se dan entre ellos.</p> <p>En el estudio se utilizara para referirse a las construcciones culturales de roles de hombres y mujeres que tuvieron efectos en la estrategia de promotores comunales</p>
Factores de la estrategia de promotores de salud	Factores de la estrategia son las variables de la investigación a nivel de la participación de los promotores de salud que fueron considerados para la sostenibilidad del proyecto.

³² Participación comunitaria en la salud ¿mito o realidad? María José Aguilar Icañez – pag. 14 - Madrid, España. 2001

<p>Nivel de participación”</p>	<p>El nivel de participación es el grado La participación social significa que todos los actores sociales de una comunidad toman parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad incluyendo las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes y adopción de medidas y evaluar los resultados³³.</p> <p>En el estudio desarrollamos el nivel de participación a nivel de la población, MINSA y promotores de salud.</p>
<p>Creencias y prácticas de la población</p>	<p>En la salud cada grupo, subgrupo y/o persona tiene sus propias prácticas, creencias, sus valores y tradiciones³⁴ estas son consideradas como parte de los factores en salud.</p> <p>La cultura se evidencia a través de creencias, valores, significados, símbolos, experiencias, necesidades y prácticas del cuidado de la salud por parte de los individuos, familias y grupos³⁵.</p>

³³ Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición – Universidad Autónoma de Nuevo León México - 2011

³⁴ Creencias y prácticas en el cuidado de la salud - Estela Mellguizo y Martha Alzate - 2008

³⁵ Creencias y prácticas en el cuidado de la salud – Estela Mellguizo y Martha Alzate - 2008

3. METODOLOGÍA DE ESTUDIO.

3.1. Tipo de Investigación

La presente investigación aplicada se define como un estudio de *caso intrínseco* en la medida que busca conocer y aprender de la Estrategia de Promotores Comunales de Salud – PCS, desarrollada por el Programa Wiñay en particular, y de su relación con el contexto.

Si bien no aspira a ninguna generalización, el presente estudio aborda el análisis de su aplicación en cuatro comunidades cusqueñas, instrumentalizando el estudio para conseguir una comprensión más cabal de los resultados que aporta la estrategia de manera más general.

En la medida que busca explorar la profundidad la experiencia realizada, y describir las características de la aplicación de la estrategia en cuatro ámbitos comunales privilegiará técnicas y herramientas de carácter cualitativo.

3.2. Estrategia metodológica

El estudio busca conocer *¿Cuáles son los factores que han influido en la estrategia de PCS, aplicada por el programa Wiñay, en las cuatro comunidades campesinas de la cuenca de Pomacanchi en la provincia de Acomayo en la Región del Cusco, y que ha permitido que se mantenga a lo largo del tiempo?* Para ello, se ha definido una estrategia metodológica cualitativa de exploración, descripción y análisis a profundidad, que buscará recuperar las diferentes dimensiones que atendió el Programa desarrollado entre los años 2002 al 2004 y del 2004 al 2008.

Definir una estrategia es seleccionar el camino que le permita “hacer” investigación cualitativa de acuerdo con sus posibilidades y teniendo en la mira, las características propias de la situación y de aquellas personas o contextos que se analiza (Vasilachis 2006,1)³⁶. En este caso concreto, hemos definido una ruta de exploración de un programa que culminó hace siete años, y cuya hipótesis implícita en este estudio es que hubo factores internos y externos al programa que contribuyeron a que se sostenga gran parte de la estrategia aplicada y sus efectos. Por ello, el estudio indagará sobre estos factores, a través del recojo de información a los diferentes actores que se involucraron en la experiencia durante esos años: las familias, la comunidad, los promotores

36

<http://postgradofadecs.uncoma.edu.ar/archivos/loaizatsf/Vasilachis%20investigacion%20cualitativa.pdf>

comunales, la municipalidad, el establecimiento de salud, tratando de establecer una pauta comparativa de la situación de estas variables al finalizar el Programa (según se documentó en los informes de evaluación) y en el momento actual del presente estudio.

Para ello, se ha delimitado cuatro variables centrales de análisis que serán observadas, en las cuatro comunidades donde operó el Programa: Rondocan (capital de distrito), Kuñotambo, San Juan de Quihuares y Yarccacunca, que pertenecen al distrito de Rondoncan, provincia de Acomayo, Región Cusco. También ha definido preguntas específicas de investigación que guiarán el presente estudio.

3.3. Variables e Indicadores

Tal como se ha señalado líneas arriba, el estudio de caso ha sido organizado en cuatro variables de análisis y un conjunto de indicadores que se describen a continuación:

Cuadro 2: Variables e Indicadores

Variables	Indicadores
Nivel de participación de la población en el desarrollo de la estrategia, - al finalizar el proyecto - y en el momento actual	<ul style="list-style-type: none"> - N° Actores participantes al finalizar el proyecto - Tipo de actores participantes al finalizar el proyecto y en el momento actual - Grado en que los actores muestran interés en las actividades y/o servicios desplegados por el proyecto - Grado en que los actores participaron de las actividades de diagnóstico que sustentó el proyecto - Grado en que los actores participaron en el diseño/o planificación del proyecto - Forma como los actores participaron en las actividades de ejecución del proyecto - Grado en que los actores se incorporaron a los procesos y actividades de evaluación del proyecto. - Decisiones de la estrategia en las que se involucra algún nivel de opinión y participación de los actores. - Razones o valoraciones que explican la mayor o menor participación <p>(se comparará la medida de estos indicadores al finalizar el proyecto (evaluación) y la situación actual)</p>

Variables	Indicadores
Desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil y características del promotor - Edad - Sexo - Nivel educativo del PCS: - Procedencia - Idioma que habla - Ocupación principal - Nivel de liderazgo e interlocución con los actores locales - Nivel de empatía de los PCS con la población - Número de acciones de sensibilización: difusión y campañas - Número capacidades realizadas por los promotores de salud - Nivel de conocimiento técnico sobre promoción de la salud - Nivel de destrezas adquiridas para la atención - Número de madres gestantes inscritas e identificadas - Número de identificación de signos de alarma en madres gestantes - Número de visitas domiciliarias - Número de visitas de consejería - Número de referencias al MINSA <p>(se comparará la medida de estos indicadores al finalizar el proyecto (evaluación) y la situación actual)</p>
Rol que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> - Rol definido para el MINSA en los documentos normativos - Acciones directas del MINSA en relación a la implantación de la estrategia a nivel nacional - N° de PCS acreditado y reconocidos por el MINSA - Cambios producidos en la normatividad de promoción del MINSA desde el año 2005 a la actualidad
Tareas que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones que desarrolla la DIRESA en apoyo a la estrategia (según documentos normativos) en la provincia de - N° de supervisiones realizadas - Actividades específicas que cumple la DIRESA en apoyo a la Estrategia en las cuatro comunidades. - Actividades específicas que cumplen los centros y puestos de salud en apoyo a la estrategia - N° de capacitaciones que la DIRESA dio a promotores - N° de metodologías transferidas por la DIRESA a promotores - N° de acompañamientos realizados al PCS y la población - N° de propuestas en salud transferidas y aplicadas - Cambios producidos en la estrategia y actividades de promoción del MINSA desde el año 2005 a la actualidad

Variables	Indicadores
Costumbres y tradiciones que afectan la implementación de la estrategia	<p>Creencias de la población</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de la población que confía en creencias de antiguas generaciones y que las contraponen con las prácticas modernas - % de la población que cree en las plantas medicinales <p>Prácticas</p> <p>Maneras como la población atiende aspectos básicos de su salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partos - Alimentación - Medicina tradicional que utiliza <p>Percepciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opinión de población sobre el respeto a las prácticas y costumbres de la zona - Opinión de la población sobre el desempeño de los promotores de salud <p>Anécdotas y/o hechos sucedidos en la zona en relación con costumbres y prácticas de salud.</p>
Relaciones de género que afectan la implementación de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de participación del varón en la alimentación atención y de sus hijos menores - Grado de opinión del varón y la mujer con respecto a la crianza de sus hijos - Grado de decisión que toma la mujer con respecto al parto - Tipo de problemas de salud que atiende el PC por género - Diferencias en las prácticas de alimentación infantil por sexo - Casuística sobre diferencias de género relacionadas a la atención de la salud. - Participación de la mujer promotora de salud

3.4. Dimensiones del estudio

Ámbito geográfico.

El ámbito geográfico de la investigación se concentra en cuatro comunidades pertenecientes a la zona de intervención del Programa: Rondocan, Kuñotambo, San Juan de Quihuares y Yarccacunca.

Cuadro 3: Ámbito geográfico del estudio

Departamento	Provincia	Distrito	Comunidades
Cusco	Acomayo	Rondocan	Rondocan Kuñotambo San Juan de Quihuares Yarccakunka

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

El universo es de 135 personas, obteniendo de ello la muestra poblacional de 47 entrevistados. Dicha muestra se obtuvo por medio del **criterio de saturación**, considerando su participación durante la ejecución del programa, como son directivos comunales, madres de familias que participaron en el programa, promotores comunales de salud (PCS), representantes de la DIRESA, representantes centro de salud y representantes del equipo WIÑAY.

Cuadro 4: Muestreo y distribución por comunidad

Informantes	COMUNIDADES					TOTAL por COMUN.	TOTAL por OTRAS INSTITUCIONES
	RONDO CAN	SAN JUAN	KUÑUTAMBO	YARCCA KUNCA			
Directivas Comunales	1	1	1	1		4	
Las familias representada por las madres participantes del proyecto con hijos menores de 3 años (durante la ejecución del proyecto)	9	8	9	7		33	
Promotores de salud	1	1	1	1		4	
Representantes del Centro de Salud *	1						1
Representantes de la Municipalidad	2						2
Equipo Wiñay	2						2
DIRESA	1						1
SUB TOTAL						41	6
TOTAL							47

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

*Profesionales que se dedican a promoción de la salud

*Existe un solo centro de salud a nivel del distrito

3.5. Unidades de análisis y fuentes de información

Al ser un **estudio de caso**, el proceso seguido para seleccionar las unidades de análisis y las fuentes de información. En primer lugar, se identificó el ámbito del objeto de análisis (Programa y estrategia en cuatro comunidades cusqueñas); en segundo lugar, identificar las unidades de análisis involucradas en el proyecto y las fuentes de información; y, en tercer lugar, definir algunos criterios para elegir los informantes a ser entrevistados.

La unidad de análisis corresponde a la entidad mayor o representativa de lo que va a ser objeto específico de estudio en una medición y se refiere al qué o quién es objeto de interés en una investigación (personas, grupos humanos, unidades geográficas y otros).

Los criterios de selección de informantes fueron tres:

- Que hayan constituido actores claves involucrados en alguna de las actividades que desarrollo el proyecto.
- Que hayan mostrado una participación más continua durante el periodo de ejecución.
- Que estén interesados en brindar información (accesibilidad).

Es así como el estudio identificó a los actores claves comprometidos con la ejecución del Programa y la Estrategia, definiendo cinco unidades de análisis y siete tipos de informantes, que fueron seleccionados bajo los criterios antes citados.

En el cuadro siguiente, se han detallado las unidades de análisis y los informantes claves, los cuales aparecen como población total, y como número real que participó del estudio, para dicho estudio se aplican **técnicas cualitativas y cuantitativas**, para la cual contaremos con la información necesaria y suficiente.

Cuadro 5: Unidades de Análisis e Informantes

Unidades de Análisis	Fuentes de Información	Total de población del Universo de estudio	N° Total de informantes que participaron del Estudio
El Proyecto	Miembros del equipo técnico del Proyecto.	4	2
La comunidad y el promotor	Las familias representadas por las madres participantes del Proyecto con hijos menores de 3 años (durante la ejecución del proyecto)	93	33
	Representantes de las directivas comunales.	20	4
	Promotores comunales de salud	6	4
El sector salud	Representantes del centro de salud.	3	1
	Personal de Promoción de la Salud de al DIRESA.	2	1
La Municipalidad	Funcionarios municipales.	7	2
Total		135	47

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesisistas – 2015

Asimismo, se consultaron las siguientes fuentes de información secundaria:

- Documentos de formulación del Proyecto.
- Evaluación final del Proyecto
- Registro de los operadores de salud.
- Actas de las Asambleas Comunales realizadas en el periodo 2004-2008.

3.6. Técnicas y herramientas de información

Considerando la naturaleza de la investigación y su objeto de estudio, así como las características de los informantes seleccionados, se definieron cinco técnicas de recojo

de información: la encuesta, la entrevista, el test, el taller (a nivel de información primaria) y el análisis documental (como técnica de revisión de fuentes secundarias).

El cuadro N° 6 resume las técnicas e instrumentos utilizados por cada informante:

Cuadro 6: Técnicas y herramientas de recojo de información utilizadas por cada Informante

Informante	Técnica	Herramientas
Madres de familia participantes del Proyecto.	Encuesta	Cuestionario de encuesta a madres de familia
Promotores comunales de salud.	Entrevista	Guía de entrevista a promotores de salud
	Test	Test de capacidades a promotores de salud.
Representantes de las directivas comunales.	Entrevista	Guía de entrevista a la junta directiva comunal
Representantes del centro de salud.	Entrevista	Guía de entrevista a representante de centro de salud
Representantes de la DIRESA.	Entrevista	Guía de entrevista a representantes de la DIRESA
Funcionarios municipales.	Entrevista	Guía de entrevista a representantes municipales
Miembros del equipo técnico del Proyecto.	Guía de taller	Guía de taller con el equipo técnico del Proyecto

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

A continuación, se explica algunos detalles de la aplicación de cada una de estas técnicas e instrumentos de recojo de información.

Encuesta a madres de familia.

La encuesta tuvo como objetivo recoger información de una muestra representativa del total de las familias de la población participante del proyecto. Para ello, se adoptó una muestra por conveniencia en virtud de los siguientes criterios antes mencionados.³⁷

La muestra alcanzó a un total de 33 madres de familia, tal como observamos en la siguiente tabla:

³⁷ Que hayan constituido actores claves involucrados en alguna de las actividades que desarrollo el proyecto; que hayan madres con hijos menores de 3 años durante el periodo de implementación del Programa; que estén interesados en brindar información (accesibilidad).

Cuadro 7: Número de madres con hijos menores de 3 años distribución por comunidad

Comunidad	Universo	Muestra
Rondocan	30	9
San Juan de Quihuares	23	8
Kuñutambo	25	9
Yarkacunca	15	7
Total	93	33

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

Las entrevistas fueron realizadas al 35% de la población participante, ello puede observarse en el Anexo 1 (Instrumentos de recojo de información).

Entrevista a promotores de salud

Con el objetivo de conocer el proceso de formación de los promotores comunales de la salud (PCS) y su rol en la implementación y sostenibilidad de la Estrategia PCS se realizaron 4 entrevistas a 4 promotores comunales de salud, una por cada comunidad, de un total de 7 que operan en las cuatro zonas.

Cuadro 8: Promotores comunales de salud por cada Comunidad

Comunidad	Muestra
Rondocan	1
San Juan de Quihuares	1
Kuñotambo	1
Yarccacunca	1
Total	4

Fuente: Equipo de tesis 2015

Los temas abordados en estas entrevistas fueron:

- Información del Programa.
- Formación como promotor comunal de salud
- Cumplimiento de las funciones del promotor comunal de salud.
- Liderazgo con los actores locales.
- Problemas de salud atendidos en adultos y niños menores de 3 años.
- Anécdotas o hechos sucedidos en atención en la salud
- Identificación de factores de condiciones para el cumplimiento de su función.
- Recomendaciones.

El instrumento utilizado en el recojo de información es la “Guía de entrevista a promotores de salud”, el cual puede observarse en el anexo 1 (Instrumentos de recojo de Información).

Entrevista a la junta directiva comunal

De igual manera, con el interés de recoger información cualitativa respecto a la participación de la comunidad en la implementación y sostenibilidad de la Estrategia PCS, se realizó entrevistas a los representantes de las 4 directivas comunales. Cada directiva está conformada por cinco miembros, de los cuales dos o tres se encontraban activos. El criterio fue contar con el testimonio de por lo menos 1 representante de cada comunidad. Así se entrevistaron a un total de cuatro representantes y Juntas Directivas, uno por cada comunidad, como lo detalla el cuadro siguiente:

Cuadro 9: Miembros de las directivas comunales

Comunidad	Total de miembros de la Junta Directiva	Miembros entrevistados
Rondocan	5	1
San Juan de Quihuares	5	1
Kuñotambo	5	1
Yarccacunca	5	1
Total miembros	20	4

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesisas – 2015

Los temas abordados fueron en esta entrevista fueron:

- Información del Programa.
- Participación en el diagnóstico.
- Participación en el diseño y planificación.
- Participación en la ejecución del programa.
- Participación en la evaluación del programa.
- Lecciones aprendidas.

El instrumento utilizado en el recojo de información es la “Guía de entrevista a la junta directiva comunal”, el cual puede observarse en el Anexo.

Los servicios de salud en el momento de la ejecución del proyecto correspondían a la categoría del nivel I-1 como Puesto de Salud, conformado como mínimo de una enfermera(o) técnico, una enfermera profesional u obstetra³⁸.

Dado que el estudio requería contar con las percepciones de los representantes de los centros de salud respecto a su participación en la implementación y sostenibilidad de la

³⁸ Resolución 076-2014 Ministerio de Salud - 2014

Estrategia PCS, se realizó una entrevista a un representante del único establecimiento de salud ubicado en la comunidad de Rondocan.

Cuadro 10: Miembros del centro de salud del distrito

Comunidad	Universo	Muestra
Rondocan	3	1
San Juan de Quihuares	0	0
Kuñotambo	0	0
Yarccacunca	0	0
Total miembros	3	1

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesistas – 2015

Los temas abordados fueron:

- Información del Programa.
- Participación en el diagnóstico.
- Participación en el diseño y planificación.
- Participación en la ejecución del programa.
- Participación en la evaluación del programa.
- Lecciones aprendidas.

El instrumento utilizado en el recojo de información es la “Guía de entrevista a representante de centro de salud”, se puede observar en el anexo correspondiente.

Entrevista a representantes de la DIRESA

De otro lado, la necesidad de contar con las percepciones de los representantes de la DIRESA respecto a su participación en la implementación y las acciones llevadas a cabo para la continuidad de la Estrategia PCS, se realizó una entrevista a un profesional de la DIRESA dedicado a la promoción y prevención de la salud.

Cuadro 11: Profesionales de la DIRESA dedicados a la promoción y prevención de la salud

	Universo	Muestra
Total profesionales	2	1

Fuente: Equipo de tesistas 2015

Los temas abordados fueron:

- Información del Programa.

- Rol de la DIRESA en apoyo a la estrategia PCS.
- Participación en la ejecución del programa.
- Continuidad de la estrategia PCS por la DIRESA.
- Lecciones aprendidas.

El instrumento utilizado en el recojo de información es la “Guía de entrevista a representantes de la DIRESA”, el cual puede observarse en los anexos correspondientes.

Entrevista a representantes municipales

Con el objeto de recoger información cualitativa respecto al proceso de formación de los promotores comunales y su rol en la implementación y sostenibilidad de la Estrategia PCS, se realizaron dos entrevistas a funcionarios municipales vinculados con el tema de prevención de la salud.

Cuadro 12: Representantes Municipales

	Universo	Muestra
Total profesionales	7	2

Fuente: Equipo de tesistas 2015

Los temas abordados fueron:

- Información del Programa.
- Participación en el diagnóstico.
- Participación en el diseño y planificación.
- Participación en la ejecución del programa.
- Participación en la evaluación del programa.
- Lecciones aprendidas.

El instrumento utilizado en el recojo de información es la “Guía de entrevista a representantes municipales”, el cual puede observarse en los anexos correspondientes.

Entrevistas al equipo Técnico del Programa

Asimismo, dada la necesidad de construir el proceso de implementación y autoevaluar la eficacia de la Estrategia PCS, se entrevistó a dos miembros del equipo técnico del proyecto.

Cuadro N° 13.a : Equipo Técnico del Programa

	Universo	Muestra
Total profesionales	4	2

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesistas – 2015

Los temas abordados fueron:

- Descripción y diseño del Programa.
- Ejecución del Programa.
- Implementación de la estrategia PCS.
- Eficacia de la estrategia.
- Lecciones aprendidas.

El instrumento utilizado para el recojo de información fue la “Guía de taller con el equipo técnico del Proyecto”, el cual puede ser observada en anexos.



4. DIAGNÓSTICO CONTEXTUAL

4.1. Caracterización de la zona de estudio.

La selección de las áreas geográficas y las intervenciones técnicas se basaron en su momento en un conjunto de criterios con los cuales se seleccionaron los distritos de intervención, usando niveles de pobreza y desnutrición infantil como el criterio primario de selección.

En dichas áreas, se seleccionarán las familias que viven en situación de mayor inseguridad alimentaria, basado en: ingresos bajos, vivienda precaria, acceso escaso a servicios de salud y saneamiento, y familias con niños menores de tres años.

Otros criterios de orientación fueron:

- Alto nivel de inseguridad alimentaria
- Ausencia de otras agencias de desarrollo en la región
- Potencial para apalancar recursos complementarios en cada corredor económico
- Nivel existente de organización comunitaria
- Existencia de experiencias exitosas en el desarrollo de enlaces con el mercado
- Capacidad técnica y de gestión de Cáritas en el corredor económico

4.2. Descripción del Programa Wiñay.

El programa Salud y Nutrición Wiñay estuvo orientado a mejorar la calidad de vida de las familias económicamente excluidas promoviendo la participación y protagonismo de la sociedad civil, promotores de salud, madres, familias participantes y actores locales a fin de revertir los efectos causados por las carencias materiales que afectan a la salud de la población socialmente vulnerable (principalmente madres y niños del ámbito de intervención).

El programa tuvo un enfoque integral de riesgo; en ese sentido, se desarrollaron los componentes de: vigilancia nutricional, saneamiento básico, capacitación y fortalecimiento de redes sociales. Asimismo, el programa orientó sus acciones hacia los grupos de alto riesgo, particularmente niños menores de tres años y madres en las comunidades pobres del ámbito rural.

El objetivo del programa fue mejorar el estado de nutrición y la salud de grupos vulnerables tales como: madres gestantes y niños menores de 3 años que viven en hogares de extrema pobreza. Para el logro de este objetivo, se plantearon cuatro fines:

- Acceso mejorado a servicios de salud y nutrición para 558 niños menores de 03 años y 90 mujeres embarazadas.
- Acceso mejorado a la salud medio ambiental para 600 familias pobres que cuidan de su medio ambiente.
- Conocimiento y prácticas mejoradas de salud, nutrición, higiene y derechos del paciente y el ciudadano de 600 madres.
- Redes de salud comunitarias fortalecidos para la mayor participación y la vigilancia ciudadana sobre, programas y servicios de salud pública.

Para asegurar impactos sostenibles en salud y nutrición para grupos vulnerables, el programa propuso desarrollar las capacidades locales y el manejo de recursos para la promoción de salud y nutrición. Así, la articulación entre actores se basó en la promoción de acuerdos y alianzas entre los gobiernos locales, agencias descentralizadas de los ministerios de Salud y Educación y organizaciones de la comunidad para atender las demandas insatisfechas, asumiendo responsabilidad compartida entre el estado y la sociedad civil.

Para lograr esto, se brindó asistencia en la implementación de planes de desarrollo local, participativos y para mejorar la calidad y cobertura de los servicios. Además, se buscó mayor complementariedad con otros programas y recursos. Por otro lado, en la dinámica de los *Corredores Económicos*, el programa promovió la descentralización en el diseño y gestión de los servicios sociales básicos, fortaleciendo a los gobiernos locales y la descentralización de los niveles intermedios de gestión de los sectores de salud y educación; el estímulo de procesos democráticos y participación ciudadana promoviendo la defensa de los derechos que involucran los servicios públicos y la participación en el manejo de los planes locales.

En ese sentido, la participación de la mujer fue un aspecto resaltante enfocado desde una perspectiva de equidad de género, prestándose atención especial a las niñas a través de las diferentes intervenciones.

De otro lado, el fortalecimiento de las redes de salud, con mayor participación ciudadana y vigilancia de programas de salud, orientó sus acciones hacia el mejoramiento de la

salud y la nutrición de grupos vulnerables, mejorando las condiciones de saneamiento, y estimulando actividades de educación en salud para promover prácticas saludables.

Juntos, éstos tendrían un impacto positivo en el uso biológico de los alimentos, mejorando la nutrición y salud de los niños y mujeres, los grupos más vulnerables a la inseguridad alimentaria.

Las intervenciones técnicas se basaron principalmente en las siguientes: (a) monitoreo del crecimiento, manejo de enfermedades prevalentes, y cuidado de salud maternal y peri-natal, a los niños y las madres gestantes; (b) actividades de información, entrenamiento y educación diseñadas para mejorar prácticas de nutrición y cuidado básico de la salud, implementadas con un grupo más amplio de madres y niños; (c) intervenciones en sistemas de agua potable y saneamiento contribuirían al consumo de alimentos más saludables y una disminución de la tasa de enfermedades, ambos factores clave en el mejoramiento de la salud y nutrición del niño; y (d) asistencia alimentaria de corto plazo para grupos materno-infantiles con los mayores niveles de inseguridad alimentaria.

Los resultados del programa fueron los siguientes: acceso mejorado a servicios de salud y nutrición, acceso mejorado a la salud medio ambiental, conocimiento y prácticas mejoradas de salud, nutrición, higiene y derechos del paciente y el ciudadano de 600 madres, redes de salud comunitarias fortalecidos para la mayor participación y la vigilancia ciudadana sobre, programas y servicios de salud pública.

4.3. Características demográficas.

La población del distrito de Rondocan está organizada en comunidades campesinas, este espacio comunal, esta organizado por familias de habla quechua, con territorio definido y organizados y reconocidos como “comunidades” se organizan colectivamente, ejerciendo de forma tradicional y consiente la colaboración y el trabajo comunitario a través de prácticas ejercidas desde la época Inca como el “ayni” la “Minka”, esta forma de organización se combina con algunas establecidas por nuestra normativa y legislación nacional, como el establecimiento de estatutos comunales, inscritos en los registros públicos, etc.

Para el año 2002 las proyecciones de población del distrito de Rondocan registraban una población de 5274 habitantes, los cuales estaban distribuidos a los siguientes grupos atareos:

Cuadro 13: Grupos etarios

Grupos de edad	Total
Menor 1 año	73
1 año	86
2 años	72
3 años	83
4 años	79
5 años	111
6 años	89
7 años	116
8 – 12 años	517
13 – 15 años	220
16 – 17 años	74
18 – 19 años	77
20 – 44 años	927
45 – 64 años	543
65 años a más	246
Total	3313

Fuente: Censo Local – 2002

En su momento según cifras de la evaluación del puesto de salud, indicaba que el porcentaje de mortalidad materna era de 0.5% anual al igual que la mortalidad neonatal; sin embargo, esta información se refiere solamente a los pocos casos que el puesto de salud atendía.

En la misma evaluación del puesto de salud se reportan los siguientes problemas que en su momento se pretendía revertir:

- Baja cobertura de captación de madres gestantes durante el primer trimestre de la gestación.
- Escaso número de afiliados al seguro integral de salud.
- Idiosincrasia sociocultural del poblador

- Falta de conciencia y dificultad en el renacimiento de signos de peligro durante el embarazo.

Para el caso de enfermedades diarreicas agudas, se reportaban la dificultad en el seguimiento de pacientes diagnosticados y en riesgo, malos hábitos de higiene y la falta de conocimientos de signos de alarma y atención básica, agudizado con la ausencia de saneamiento básico.

De la misma forma, las enfermedades denominadas infecciones respiratorias agudas se manifestaban por la dificultad en el seguimiento de los pacientes diagnosticados y en riesgo y se propagaban por la escasa disponibilidad de sistemas de drenaje de humo y los deficientes sistemas de cocinas y chimeneas. La desnutrición crónica se manifestaba por la alta prevalencia de desnutrición crónica en todo el distrito, la escasa disponibilidad de alimentos para los niños y la repercusión en la vida física e intelectual de los niños.

En cuanto al saneamiento básico en el distrito se contaba con mínima infraestructura gracias al aporte de entidades como SANBASUR (COSUDE)³⁹, FONCODES, el Municipio y Cáritas Cusco, así en 6 comunidades se contaba con red de agua potable, que en su mayoría se hallaban operativos y con infraestructura en buen estado, la red incluía instalación domiciliaria, aunque registrándose un déficit considerable, este sistema estaba a cargo de las JASS (Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento) quienes cloraban el agua cada 30 días y realizando la desinfección cada tres meses; estas juntas cobraban a los pobladores un nuevo sol como aporte a la gestión del agua. La Red tenía una antigüedad de 5 años, la infraestructura más antigua era de la comunidad de Sanká del año 1985 y la más reciente de la comunidad de Moyoc del año 2002.

El consumo de agua de la Red se complementa con el consumo de agua de río, acequias y manantiales, con inminentes riesgos de consumo de agua contaminada que afectarían directamente al aparato digestivo y otras infecto contagiosas ya que por el carácter agropecuario de la zona estas fuentes de agua tenían la posibilidad de contaminación con elementos fecales y agroquímicos tenían alta probabilidad.

Para ese entonces la eliminación de excretas a través del desagüe beneficiaba sólo a cuatro comunidades del distrito (San Juan de Quihuares, Parococha, Kuñutambo y Rondocan) estas infraestructuras fueron construidas por SANBASUR Y FONCODES. Otras comunidades sólo contaban con letrinas secas. Por entonces ninguna comunidad

³⁹ Sanbasur es el primer programa de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE).

incluida la capital (Rondocan) contaba con la red de alcantarillado, sólo la ubicación de las comunidades en las faldas de los cerros facilita el fluir de las aguas pluviales por gravedad.

En relación al tratamiento de residuos sólidos, igualmente, para la fecha ninguna comunidad (incluida al capital) contaba con este servicio.

En este contexto la esperanza de vida del distrito se registró en ese entonces en 55 años, con una población económicamente activa (PEA) del 92.2% dedicado a actividades agrícolas, la PEA femenina es de 19.6% y una tasa de dependencia del 26.6% de jóvenes solteros.

4.4. Características sociales.

Según del censo del año 2007 el Distrito de Rondocan cuenta con una población de 2918 de ellos 1446 son varones representado por el 49.6% y 1472 mujeres representado por el 50.4%, siendo catalogado como uno de los distritos de extrema pobreza de la Provincia de Acomayo.

Existe una alta tasa de mortalidad infantil, alta tasa de analfabetismo, tiene desabastecimiento de agua potable, solo la capital de distrito cuenta con energía eléctrica, según el mapa de pobreza de FONCODES del año 2006 el distrito de Rondocan presenta el 50.84% de desnutrición infantil dicho porcentaje se encuentra por encima del promedio regional y nacional.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) confirma la situación de carencia de necesidades, de la misma manera que mide el progreso medio en tres aspectos básicos del desarrollo humano: una vida larga y saludable, el acceso a la educación y el acceso a bienes y servicios. El IDH en el distrito de Rondocan es de 0.49%, analfabetismo del 71.73% su ingreso mensual es de S/. 106.2 ubicándose en el puesto 1779 a nivel nacional.

El Distrito de Rondocan cuenta con 1 centro de salud donde laboran 9 profesionales y técnicos, se nota carencia en la salida de campo que debería tener el equipo de salud del distrito, no existe un vínculo de confianza y de interacción con el promotor de salud.

Los promotores fueron formados por CARITAS a través del Programa Wiñay y ADRA-OFASA, el Centro de Salud se encargó de dar la valoración institucional en la coordinación en forma conjunta y dirigir el quehacer de los promotores.

La organización de las comunidades del distrito de Rondocan es a través de las juntas directivas, considerando como la cabeza familiar al varón, sin embargo la mujer esta considerada a la función reproductiva (cuidado y limpieza de los menores), y a las tareas esenciales del hogar (limpieza, preparación de comida, acarreamiento de leña y otros suministros).

4.5. Características económicas.

Las tierras agrícolas en la parte Sur del Perú, muestran un progresivo deterioro que alcanza un 75%, afectado además por procesos erosivos severos y por un deterioro de la cobertura vegetal. A esto se suma que el Perú no promueva muchos programas de reforestación y educación en las prácticas de conservación y recuperación de suelos.

La limitada capacidad de carga productiva del suelo en el Distrito de Rondocan conlleva a una rotación de cultivos con extensos periodos de barbecho y descanso. Así, se puede apreciar en los terrenos de ladera unas áreas blanquecinas que ponen de manifiesto que la erosión laminar ha dañado el suelo arable, sumados a lo anterior y agravándolo aún más están la presencia de factores naturales endógenos: régimen de precipitaciones tormentosas, fuertes escorrentías debidas a las pendientes, alternancia entre heladas y calcinamientos solares, huaycos y los que devienen de una labor productiva humana con escasa visión de sostenibilidad ambiental.

Esta producción agrícola por lo general se realiza en seco, aun cuando en algunas zonas se han instalado infraestructuras de riego para auxilio a la cosecha. Las características geográficas del ande dificultan el aprovechamiento racional del recurso hídrico, existen perdidas en la distribución lineal que superan al 50% del caudal, y en pendientes más pronunciadas el sistema de riego al pie o por inundación, induce la escorrentía y al efecto lavado.

Estas características adversas inducen a una producción de bajos y medios rendimientos en los cultivos, una limitada disponibilidad de suelo agrícola con buena capacidad de carga, y una mala alimentación del ganado por escases de pastos.

Las comunidades del distrito realizan una actividad agrícola de subsistencia en 12507.68 Has⁴⁰, en parcelas de 2 Ha de media, que junto a la ganadería, constituye su

⁴⁰ 10540.94 Has son superficie no agrícola dentro de los cuales se encuentra: Pastos naturales, montes y bosques.

principal actividad económica y su principal fuente de ingresos, siendo el ingreso per cápita promedio de 147.9 soles mensuales (dato del 2013).

Las causas que explican la precariedad de esta actividad son: la atomización de las parcelas; escasez de agua para riego (para el 2002 sólo el 451.85 Has estaban bajo riego); los sistemas tradicionales de rotación de cultivos que dependen principalmente de las condiciones inestables del clima; las deficientes condiciones del suelo, que van perdiendo fertilidad por falta de medidas de conservación, y el comportamiento de los precios de productos agropecuarios en el mercado, que no permiten ni cubrir los costos de producción.

Entre los cultivos más importantes para el autoconsumo están el maíz, papa, trigo, cebada y haba y los que tienen demanda comercial son papa, choclo (mazorca de maíz), hortalizas. También las comunidades se cultivan especies nativas como el olluco, oca, papas nativas, entre otros, pero gran parte de su extensión están cubiertas de pastos naturales. En las laderas en secano los principales cultivos son papa, arveja, cebada y trigo.

Los productos suelen ser comercializados, sin ningún valor agregado, en las ferias provinciales de Acomayo y una gran parte es movilizada a la ciudad de Sicuani.

El calendario agrícola y pecuario está determinado por la presencia de lluvias y la disponibilidad de agua de riego. Las primeras siembras se hacen en septiembre y octubre y las postreras en noviembre y diciembre, obteniendo una cosecha por año, y dependiendo de la temporada de lluvias.

La rotación de cultivos en la zona intermedia es: papa u otro tubérculo, cebada y descanso de 3 a 5 años o arveja, haba y hortalizas intercalado con papa y maíz.

Tanto el varón como la mujer se dedican a las actividades agrícolas de siembra, cosecha y a la escasa comercialización de su producción, en la que el hombre tiene la mayor participación a nivel de decisión.

En cuanto a la actividad pecuaria, todas las unidades familiares de la zona crían animales menores, principalmente cuyes, gallinas y patos. Esta actividad de crianza de animales menores la realizan en solitario las mujeres. El 89% aproximadamente de familias cría también animales mayores, en número no mayor a 4 cabezas, especialmente ganado ovino y porcino y, en menor medida, vacunos. Del mismo modo, estas actividades de crianza la realizan los/as hijos/as mayores y las mujeres, salvo la

de ganado vacuno, que suele ser responsabilidad del varón, ya que estos animales se usan también para las actividades agrícolas.

Una práctica muy común en la zona es la quema de pastos y la deforestación con el propósito de cubrir gastos extraordinarios de las comunidades (por ejemplo, trazo y apertura de carretera) y para otros gastos corrientes. Los escasos ingresos obtenidos de la actividad agropecuaria obligan a la población a realizar migraciones temporales para vender su fuerza laboral; sin embargo, cuando migran se enfrentan a condiciones de explotación severas. También se produce la migración de mujeres jóvenes (entre 15 a 22 años de edad) a las ciudades como Cusco, Arequipa y a zonas de explotación minera artesanal o a plantaciones de coca, principalmente en la zona de selva (Cusco y Madre de Dios), sin beneficios sociales y escasa remuneración.

4.6. Características políticas.

El tejido organizacional e institucional que caracteriza al distrito de Rondocan conforma el soporte del conjunto de relaciones sociales y de poder entre sus distintos actores, allí la Comunidad Campesina, que es la base de la organización del territorio, encargada de la administración de los recursos del mismo; y el Gobierno Local distrital, que es la principal autoridad representante del Estado a nivel local.

La comunidad campesina, es la base de la estructura organizativa del territorio constituyen una de las principales instituciones sociales y económicas del ámbito rural; las comunidades del distrito de Rondocan cuenta con 16 comunidades los cuales se configuran como espacios organizacionales con propias estructuras y formas de gestión.

Formalmente la Ley de Comunidades Campesinas (LEY N° 24656 del año 1987) las reconoce y define como “organizaciones de interés público, con existencia legal y personería jurídica, integradas por familias que habitan y controlan determinados territorios, ligadas por vínculos ancestrales, sociales, económicos y culturales, expresados en la propiedad comunal de la tierra, el trabajo comunal, la ayuda mutua, el gobierno democrático y el desarrollo de actividades multisectoriales, cuyos fines se orientan a la realización plena de sus miembros y del país”. Según la Ley, “El Estado las reconoce como instituciones democráticas fundamentales, autónomas en su organización, trabajo comunal y uso de la tierra, así como en lo económico y administrativo, dentro de los marcos de la Constitución (...)”

Las comunidades campesinas tienen una estructura de gobierno que cuenta con tres niveles: (i) la asamblea comunal; (ii) la junta directiva comunal; y (iii) los comités especializados.

La asamblea comunal, corresponde a la asamblea general de comuneros y comuneras reconocidos/as formalmente como tales. La asamblea es el órgano de máxima autoridad dentro de la comunidad, responsable final de la aprobación de las principales decisiones que implica el desarrollo de la comunidad, relacionadas a la organización comunal, administración y gestión de los recursos comunales.

Las asambleas comunales están conformadas en promedio por comuneros y comuneras reconocidos formalmente, dentro de la comunidad, todos los pobladores (varones y mujeres) mayores de edad (a partir de los 18 años) están obligados a empadronarse como miembros de la comunidad. El padrón se renueva (o debe renovarse) cada dos años; sin embargo, hay pobladores residentes que se quedan sin empadronarse, principalmente jóvenes, ya sea porque no acuden a la convocatoria o porque las directivas no realizan la actualización del padrón en su correspondiente período.

De los empadronados, de cada familia sólo los varones (esposos) tienen derecho de recibir el título de comunero calificado para ser miembro de la asamblea comunal, pues es el varón el reconocido como “jefe de hogar”. Por esta razón, las mujeres son reconocidas como comuneras únicamente cuando son viudas y/o madres solteras; consecuentemente la asamblea comunal está mayoritariamente conformada por varones, quienes, en promedio en cada una de las comunidades de intervención, representan el 80% del total de miembros. Esto condiciona que se sea el varón el que tenga mayor peso y poder dentro de las decisiones de la comunidad.

La asamblea comunal se reúne de manera ordinaria todos los meses, es decir, en el año se tienen 12 reuniones de asamblea. La junta directiva comunal convoca además asambleas extraordinarias cuando lo estima conveniente. Las reuniones de asamblea sólo pueden llevarse a cabo con un quórum de 50% más uno de los miembros. La agenda es propuesta por la directiva comunal y es aprobada o modificada por la asamblea. La toma de decisiones dentro de la asamblea comunal se realiza de forma democrática, por voto personal y por mayoría simple (50% más uno de los votantes).

La Junta Directiva Comunal, es el órgano ejecutivo responsable del gobierno y administración de la comunidad. La junta directiva es renovada cada dos años por elección universal de los miembros de la comunidad (miembros empadronados, no sólo

comuneros calificados), mediante voto personal, igual, libre, secreto, y obligatorio, de acuerdo a los procedimientos, requisitos y condiciones que establece el Estatuto de cada Comunidad. La elección de la Junta Directiva es la única decisión a nivel comunal, está conformada por 7 personas: Presidente(a), Vicepresidente(a), Secretario(a), Tesorero(a), Fiscal y dos Vocales. Las principales funciones que cumplen dichos miembros y que son reconocidas por la comunidad en general, son las que se muestran en el siguiente cuadro.

Las mujeres tienen una muy limitada participación dentro de las juntas directivas comunales, por lo general encontramos 1 mujer o a lo mucho 2 mujeres miembros de la Junta Directiva, ocupando los cargos de tesorería y/o vocalías. En ningún caso, existe o ha existido anteriormente, mujeres en los cargos de presidencia o vicepresidencia de la comunidad. Esto otorga aún un mayor peso y poder a los varones en la toma de decisiones dentro de la comunidad.

La Junta Directiva Comunal está habilitada sólo para tomar decisiones de carácter ejecutivo dentro de la administración de la comunidad. Normalmente, las juntas directivas comunales se reúnen una vez al mes, antes de la asamblea comunal, para definir la agenda de asamblea y discutir los principales puntos de las diferentes gestiones que estén realizando. La toma de decisiones dentro de la junta directiva se da también por mayoría simple. Sin embargo, es común que dentro de los directivos participen mayormente el presidente y el tesorero o secretario; por lo que, en muchos casos, los presidentes toman decisiones solos o solamente en acuerdo con los directivos que lo acompañan permanentemente.

Dentro de cada comunidad existen diferentes comités especializados, en función a la administración de un recurso en particular (como al agua o los bosques), una actividad o tarea delegada por la comunidad. Los primeros son comités establecidos de forma permanente, mientras los segundos son por lo general temporales o eventuales, dependiendo de la actividad o tarea que se les delegue. Cada comité tiene su propio reglamento específico.

En las comunidades del ámbito de intervención, los comités establecidos de manera permanente y de mayor importancia son los vinculados a la gestión del recurso agua: los comités de riego y los comités o juntas de administración de agua para el consumo humano.

Según la Constitución, permite y garantiza el manejo del ciclo de producción agropecuaria propia de la zona andina, asegura la administración de los recursos

naturales existentes en ella, y facilita la integración cultural de sus miembros, además gestiona proyectos y realiza inversiones que le permitan acceder a servicios y mejorar su base productiva.(CEPES s/f)⁴¹

Esto se expresa, en parte, en el control y manejo de los recursos (tierras agrícolas, pastos, bosques), asignación de la fuerza de trabajo en la perspectiva de la máxima utilización del recurso humano (como por ejemplo aportación de mano de obra para proyectos y programas como el que ahora se propone); redistribución parcial de los resultados de la producción bajo diversas modalidades normadas por la comunidad; la conservación de la base productiva de uso colectivo; y las inversiones en infraestructura productiva y otras obras de bienestar social.

Para cumplir con su rol, la comunidad asume dos ejes de acción: administración y gestión de los recursos naturales y representación e interlocución con el Estado (municipios distritales, programas sociales de los Ministerios) y otros actores privados del espacio local y regional.

Las comunidades campesinas cumplen también la función de interlocutor colectivo frente a los municipios distritales y provinciales, gobiernos regionales y otras entidades del Estado (ministerios, programas sociales, entre otros.), ONG's y empresas privadas. La comunidad campesina sirve para relacionarse con proyectos del Estado, para que se haga la carretera, obtener fondos, contratar servicios, hacer pasantías y ver otras experiencias, para alcanzar reconocimiento legal y facilitar la defensa de lo propio. En función a ello, las comunidades cuidan de formalizar sus documentos e inscribir a sus directivas en los registros públicos, establecen alianzas y contratos con ONG's y organismos públicos del Estado para el desarrollo de obras y otros proyectos.

Las relaciones entre los miembros de la comunidad se basan sobre los valores y principios de solidaridad, reciprocidad y ayuda mutua. El trabajo comunal es el principal capital social con el que cuentan las comunidades. Las formas de cooperación comunal son imprescindibles para mejorar los niveles de producción y bienestar en las condiciones en las cuales éstas actúan. Es por ello que constituyen una estrategia clave.

Tradicionalmente, las comunidades, han mantenido estos valores y principios. Sin embargo, al extenderse hacia los pueblos, las ciudades y el exterior, las comunidades se alimentan de los valores, lenguaje e influencias de estos. Cada comunidad, a su

⁴¹Documento de trabajo CEPES http://www.cepes.org.pe/apc-aa/archivos-aa/1fd8b6ba349feba226226f85f5a32317/Comunidad_campesina._Arariwa.pdf

modo, se alimenta de retornantes y de señales del mercado, de operadores empresariales modernos que requieren servicios y productos nuevos. Estas diversas influencias inducen cambios en su forma de organizarse, gobernarse, consumir y relacionarse con su entorno.

En ese contexto, las comunidades desarrollan múltiples estrategias y relaciones para adaptar su economía de pequeña escala a las demandas del entorno, y se reconoce el importante papel de organización social que tienen, especialmente en el medio rural aislado donde la presencia del estado y de sus niveles de organización administrativa es en general pequeño. Las comunidades están experimentando diversos cambios motivados por algunos factores contextuales:

- Los mercados de productos «dominan» de manera creciente las economías campesinas, lo que implica que la política y la coyuntura económica no controlable las afectan cada vez más.
- La presión sobre los recursos aumenta (el problema de escasez y distribución del agua, distribución de tierras y deterioro del medio ambiente).
- El cambio técnico es lento pero continuo (asistencia técnica recibida por organismos del estado y de la cooperación privada)
- Los sistemas de organización de los campesinos se transforman (asociacionismo, alianzas estratégicas, desarrollo de capacidades).

Dentro de la tradicional organización campesina, las autoridades y líderes comunales, cuentan con débiles capacidades de gestión y poca capacidad de adaptación a dichos cambios en el entorno, lo que incide en un progresivo debilitamiento de las estructuras, normas y valores de la comunidad.

Aunque ninguna norma de derecho positivo limita la participación de las mujeres en las comunidades campesinas, la participación de éstas en el gobierno comunal es aún débil, y su presencia en los ámbitos públicos de toma de decisiones y en los principales cargos directivos comunales resulta muy restrictiva en cuanto se refiere a la equidad real. De alguna manera el funcionamiento de las comunidades es un simple reflejo del funcionamiento social andino, que se manifiesta en los niveles familiares y en los de organización social.

La organización social y a la participación política de la mujer, es en consecuencia muy escasa. Aunque los espacios de participación están teóricamente garantizados por la normativa, la práctica social excluye por la vía de los hechos a las mujeres. Bien

apoyándose en la costumbre (ausencia de cargos en las Comunidades Campesinas, por ejemplo), bien por las dificultades contextuales que su participación encuentra (horario de trabajo incompatible, ausencia de capacitación específica, falta de documento de identidad, entre otros) En los casos en que se da una participación real, ésta era con frecuencia meramente formal (presencia callada y nunca consultada) más que operativa⁴².

La mentalidad (asentada en los varones, y asumida por las mujeres) que infravalora su capacidad personal y colectiva para vivir en equidad, impide cuestionarse los roles establecidos. Esta mentalidad está instaurada en las personas, pero se refleja asimismo en los espacios de participación y decisión social (Comunidad Campesina, Municipio)⁴³. En este sentido, la literatura refiere con frecuencia que la participación comunitaria puede ser mayor (alto nivel de participación) o menor (bajo nivel de participación); sin embargo, no hay un acuerdo unánime como medir esta participación. Es común encontrar que la medida de participación casi siempre es asociada al número de personas que forman parte de tal o cual instancia de participación.

En la presente investigación, si bien hemos tomado referencialmente este tipo de medida de la participación, estamos más preocupados por valorar las cualidades que ha tenido este proceso, por tanto, recuperaremos de Salcedo (2012), la idea de nivel de participación asociada a “cuotas de poder” o de empoderamiento en un proceso de gestión, que en este caso es un proceso comunal

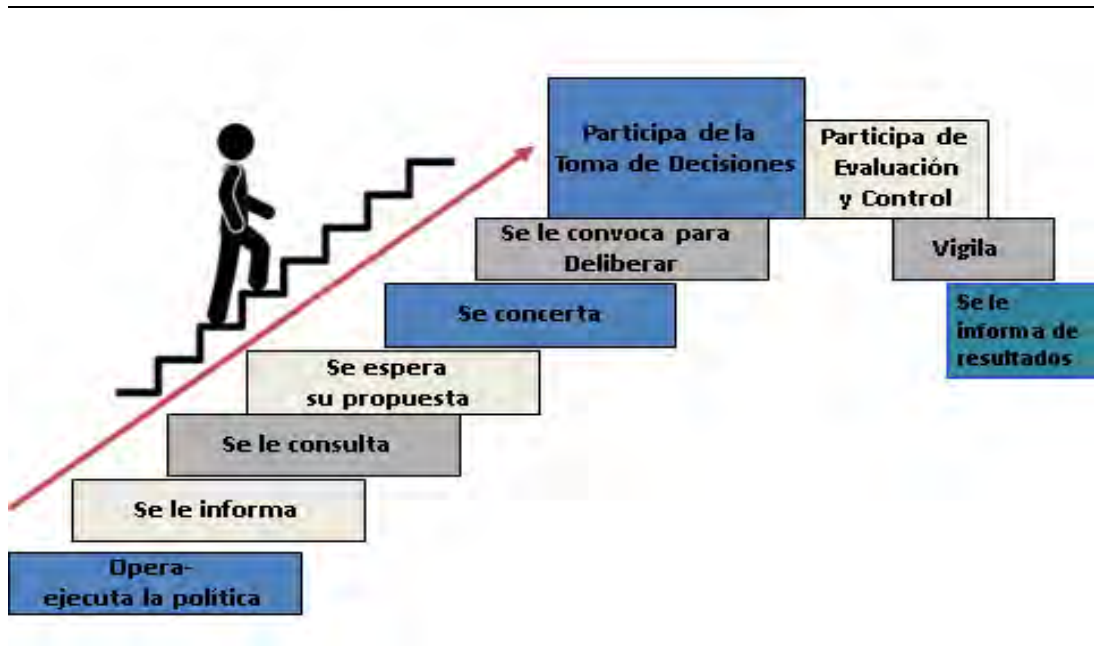
Así, desde esta conceptualización diremos que el primer nivel de participación está referido al sujeto que simplemente acude a la prestación de un servicio, y se integra en el nivel operativo, bajo una acción pasiva e instrumental. En este primer nivel el sujeto o actor no necesariamente cuenta con información de todo el ciclo de la política, condición que de lograrse estaría en un segundo “escalón de la participación.

El rol de actor informado, ocupa un segundo peldaño de la escalera de participación seguido del actor que es “consultado” o que participa del diálogo en un proceso de gestión.

⁴² www.zabalketa.org

⁴³ www.camino-inca.net

Gráfico 1: Los niveles de la participación



Fuente: Salcedo Elizabeth (2012) Material del curso Enfoques y Estrategias de Participación

De acuerdo a esta autora, en el cuarto nivel se ubica el actor del cual se espera propuestas, seguido del actor que es llamado a concertar políticas públicas. En el sexto nivel de participación el actor está en capacidad de deliberar, discutir y su opinión es tomada en cuenta. Finalmente, se asume que el nivel más alto de participación está asociado a la toma de decisiones.

De manera equivalente se ha considerado a los actores que participan de la evaluación o control de los resultados, valorando también en un escalón menor la vigilancia, no porque sea menos importante, sino porque no cuenta con el respaldo de la ley y por tanto no conlleva a decisiones vinculantes.

5. HALLAZGOS DEL ESTUDIO

5.1. Participación de la población en el desarrollo de la estrategia del Programa

Antes de presentar los hallazgos y análisis de los diferentes factores de la estrategia de promoción sostenida por el programa Wiñay, se enfocará, en este primer subcapítulo, al conocimiento de cómo operó la estrategia, y como logró el involucramiento de los diferentes actores para hacer posible su implementación, resultados e impacto.

5.1.1. Actores participantes del proyecto

El proyecto se propuso *mejorar el estado nutricional y de salud de los niños menores de 5 años, con énfasis en los menores de 3 años*, en las comunidades de Rondocan, a través de una estrategia de participación y protagonismo de cuatro actores de la sociedad civil:

- Mujeres madres de niños menores de tres años
- Familias participantes del proyecto
- Promotores Comunales de Salud - PCS
- Otros actores comunales y locales

A continuación, describiremos el perfil y características generales de los actores mencionados:

Las mujeres madres de niños menores de tres años. Conformado por mujeres, en su mayoría, menores de 30 años. Además, se caracterizaban por vivir en comunidades rurales, ser quechua hablantes, presentar fuerte dependencia de sus parejas, históricamente subyugadas en todos los espacios de convivencia comunal, relegadas en el área educativa y observar prácticas ancestrales que las desvinculan casi por completo de los servicios ofrecidos por el estado, tal es el caso de los servicios de salud.

Inicialmente, la condición de pasividad de las mujeres no les permitía incidir en los espacios de decisión de la comunidad (asambleas), pues eran afectadas por el fuerte machismo existente al interior del hogar, lo cual las confinaba a cumplir roles domésticos y de reproducción familiar.

Las familias participantes del proyecto. Fueron 274 familias distribuidas en cuatro comunidades, las que participaron del proyecto. Al inicio de la implementación de la estrategia, los varones de la población objetivo del programa fueron una barrera para el trabajo de los PCS por el machismo ya mencionado, pues los varones no permitían que PCS varones atendieran a sus mujeres. Es por ello que el programa tuvo que diseñar

acciones concretas con dichos varones para que comprendan la importancia de la participación de los PCS y, además constataran los beneficios de su trabajo en sus hijos menores a través de participación directa (visitas que realizaban a sus casas).

Los promotores comunales de salud – PCS. El proyecto Wiñay definió como actor central de su estrategia a los promotores comunales de salud - PCS, que eran hombres y mujeres de la comunidad, en su mayoría agricultores, elegidos por la comunidad para cumplir con el rol de promoción y prevención de la salud. Fueron en total 07 promotores que participaron efectivamente del proyecto, de los cuales 3 eran mujeres y cuatro varones.

Juntas Directivas Comunales. Cada una de las cuatro comunidades participantes en el proyecto contaba con una organización representativa de alrededor de cuatro a cinco comuneros. La Junta Directiva era el órgano ejecutivo elegido por la asamblea comunal. Cabe indicar que todos los miembros eran varones.

En ese sentido, el proyecto inicio su acción en coordinación con estas organizaciones, algunas de las cuales participaron desde la fase de diagnóstico del proyecto.

En estos actores mencionados hemos buscado examinar el nivel de interés mostrado en la estrategia del programa, y cómo participaron de manera efectiva en una o más fases del proceso de gestión del programa.

El Programa Wiñay mantuvo un enfoque de atención al binomio madre-niño, y desde allí concibió desde el inicio un rol claro para cada uno de los actores involucrados:

Cuadro 14: Rol de los actores según diseño del programa

Actor	Rol asignado por el programa
Mujeres madres de niños menores de tres años	El programa convocó a las madres como agentes centrales de cambio para revertir el problema de salud de los niños menores 3 años. También se esperaba que ellas fueran acompañantes del proceso de crecimiento y desarrollo de sus niños. Como rol específico se esperaba que puedan asumir la alimentación del niño, el cuidado del niño y el control de talla y peso.
Familias participantes del proyecto	Se buscaba que se capaciten en salud pública: saneamiento, higiene y cambio de actitudes a nivel de la familia Capacitaciones para varones y para mujeres (todos los integrantes participaban de la construcción del rincón de aseo). Se buscaba el cambio de hábitos (kit de limpieza)
Promotores de salud comunal - PCS	El promotor comunal de salud – PCS fue concebido como la estrategia fundamental de apoyo a las madres, y las familias beneficiarias del programa. El promotor era un facilitador comunal, que acercaba los servicios de prevención de la salud. Ellos visitaban a las familias, capacitaban a las madres, realizaban las réplicas, y se constituían el nexo entre el programa y la población objetivo.
Juntas Directivas Comunales	Como órganos comunales, se esperó de ellos el apoyo y respaldo en la estrategia. También tenían voz y voto para el proceso de elección y aceptación de los promotores comunales

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

De la información recogida luego de finalizar el proyecto (programa), podemos comprobar que estos actores no solo lograron cumplir con los roles asignados, sino que su participación tuvo características particulares que aportaron al funcionamiento de la estrategia y los resultados alcanzados:

Con respecto a las mujeres madres de niños menores de 3 años

Pese a que el proyecto tuvo que enfrentar fuertes inequidades de género y desarrollar estrategias diversas para trabajar con hombres y mujeres, al finalizar su intervención se puede dar cuenta que contribuyó a mejorar la participación de las mujeres, no solo en la acción del proyecto, sino en su ámbito familiar y comunal.

Pese a que se han enfrentado diversas barreras de género, la intervención ha influido positivamente en la situación de roles y poder al interior del núcleo familiar, modificando en parte las relaciones con la pareja y aportando a un mayor equilibrio en las relaciones de poder a nivel comunal.

En ese sentido, los propios presidentes de comunidad reconocen que “las mujeres ahora participan en asambleas y muchas fueron también promotoras de salud” (JD Yarccakunka).

Asimismo, algunos cambios concretos que pueden evidenciarse son:

- Ante la ausencia o muerte del esposo, las mujeres han comenzado a acceder al uso del agua comunal,
- Hay una participación de ambos sexos, más equilibrada en la elección de organizaciones comunales, juntas directivas y otros.
- Hay mayor asistencia y participación de mujeres en las asambleas, aunque con poco discurso oral, pero con una actitud diferente, opinan y votan.

Es importante resaltar que las capacitaciones y diversas actividades del programa como aspectos básicos de salud y nutrición han reducido las barreras que no permitía, a las mujeres, beneficiarse con los servicios del sector salud a través del establecimiento de salud. Esta situación ha significado un gran cambio en la realidad de estas mujeres, lo cual tiene efectos en otros ámbitos de su vida.

Con respecto a las familias (población comunal)

Los varones de la comunidad fueron para la estrategia tan importantes como las mujeres. Dichos varones venían de una marcada tradición dominada por ellos y socialmente aceptada en la comunidad; por lo tanto, un primer escollo para la estrategia era comprometer al varón de forma paulatina a las actividades en general, pero sobre todo aquellas que concernían a las del promotor en particular. Fue a partir del trabajo directo con varones de cada familia que se pudo revertir la desconfianza que ellos sentían.

Estos actores clave de la población (varones y mujeres) fueron para la estrategia y para los PCS el principal objetivo de todos sus esfuerzos. En ese sentido, diversas acciones combinadas de la estrategia lograron finalmente que las mujeres conozcan y apliquen en sus hogares prácticas en salud y nutrición que gradualmente fueron aprobadas y valoradas por los varones. De esta forma, los promotores lograron ganar un espacio al

interior de las comunidades. Posteriormente, los varones y las propias mujeres apoyaban las acciones de los promotores en las asambleas comunales.

Con respecto a los PCS

La estrategia mostró el arraigo comunal de estas personas y el despliegue de capacidades que permitió facilitar procesos de cambio favorables a los objetivos del programa Wiñay⁴⁴. En tal sentido, el rol de los PCS fue fundamental para lograr hacer entender a las parejas o padres de los niños menores de tres años que en un inicio lo veían con desconfianza. De otro lado, el promotor varón o mujer (PCS) tuvo dificultades iniciales para iniciar sus actividades ya que en muchos casos encontró la oposición de su pareja.

Por las características de la población objetivo, el programa realmente necesitaba de la participación de los promotores comunales, personas de la comunidad de las mismas características culturales (idioma, costumbres, entre otros) que con mayor información sobre aspectos de salud, permitiera influir en las familias. Los promotores lograron calar en esta población porque ellos son también de la comunidad, son conocidos, hablan el mismo idioma y conocen la idiosincrasia de estas mujeres.

Con el apoyo de las juntas directivas comunales se logró establecer en asamblea algunos beneficios que la comunidad reconoció al promotor como:

- Exoneración de faenas comunales.
- Faenas comunales en terreno de los promotores cuando estos estén en capacitación en las capitales de distrito o en Cusco.
- Apoyo extraordinario si los promotores caen enfermos.

Actualmente estas consideraciones a los promotores siguen vigentes, Sin embargo, en algunas comunidades en la actualidad no ponen en práctica debido a que la población se encuentra cercana al establecimiento de salud (mejores vías de comunicación), es la misma población que gestiona sus demandas y necesidades.

Las autoridades comunales ya no consideran en sus agendas puntos específicos relacionados a los promotores comunales de salud, salvo que estos, soliciten un espacio

⁴⁴Salud y Nutrición (HAKU WIÑAY): Mejorar el estado general de salud y nutrición de grupos vulnerables de mujeres y niños

para informar alguna actividad de salud, desarrollado a veces con el municipio, centro de salud o algún pequeño proyecto.

Pese a ello, los promotores comunales se han sostenido en el tiempo. Son principalmente varones y ellos continúan realizando la labor para la que fueron formados en coordinación con otros pequeños proyectos o con otras acciones del municipio.

Juntas directivas comunales

La **directiva** comunal, tuvo una participación determinante para la implementación de la estrategia, ya que ellas respaldaron la propuesta de promoción de la salud y el rol de los promotores comunales. En la agenda de las juntas directivas se logró incorporar el tema de la promoción de la salud y los promotores comunales, que no era considerado hasta entonces un tema prioritario. Fue en esta instancia que se logró reconocer al promotor como actor clave al interior de las comunidades.

En las entrevistas realizadas a miembros de las directivas de las cuatro comunidades, todos los entrevistados recuerdan el programa y principalmente sus acciones de capacitación. Estos actores cumplieron un rol importante en el proceso de gestión del programa como se describe a continuación.

5.1.2. Grado en que los actores muestran interés en las actividades y/o servicios desplegados por el proyecto

La información recogida da cuenta de que la acción del programa en general fue débil en cuanto a poder involucrar la participación directa de actores sociales. La estrategia concentro la mayor parte de su esfuerzo en trabajar con promotores comunales. Sin embargo, no hubo una estrategia clara de acción con familias y con la comunidad.

El grado en que los actores se involucraron en las acciones del proyecto es un beneficio obtenido a partir del efecto del trabajo de los promotores, mas no responde a alguna otra estrategia diseñada por el programa.

Es así que el mayor interés mostrado por la población en el programa, se concentra en las mujeres madres de niños menores de tres años, quienes valoraron principalmente la acción educativa y acompañamiento brindado por los promotores comunales del programa.

Gran parte de las entrevistadas manifestó que a partir de las charlas impartidas por el Programa y las visitas domiciliarias, han cambiado sus conductas como: la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, la lactancia progresiva, mejor

combinación de alimentos en la preparación del menú familiar, interés por la talla y peso y la vacunación de sus hijos, mayor orden en la casa, no dejar que los bebés jueguen con tierra, no dormir con animales, mayor respeto y menor violencia en el trato familiar⁴⁵.

5.1.3. Grado en que los actores participaron de la gestión del proyecto

La investigación ha buscado recoger la percepción de los diferentes actores del proyecto, sobre cómo fue su participación en el proceso de gestión.

Para ello el estudio ha realizado los espacios de participación que fueron previstos por el programa y también se consultó a cada actor sobre las actividades en las que participó, además se ha consultado sobre el rol que cumplió en cada una de las fases de gestión: diagnóstico y diseño del programa, ejecución y evaluación.

Se ha verificado que el programa ha contemplado diversas estrategias de participación de la población organizada, de los PCS y de otros actores como las autoridades comunales; obteniendo incluso planes de desarrollo a nivel comunal y municipal en algunos casos⁴⁶, es decir, siguiendo la lógica de la autora Salcedo Elizabeth (2012) el programa ha impulsado en la población objetivo el ejercicio de diferentes niveles de cuotas de poder, llegando a establecer prácticas habituales en “se convoca para deliberar”, se llegó en algunos casos, bajo acompañamiento al nivel de “toma de decisiones”, incluso se creó un comité o consejo de vigilancia que debía incluso participar de la evaluación del programa, pero lamentablemente no se llegó a ser práctica habitual, ni institucionalizado por Cáritas.

Sin embargo, con los PCS se llegó a estos niveles de cuotas de poder, los PCS después del medio término de ejecución del proyecto y al concluir el mismo, mostraban excelentes cualidades de participación dentro y fuera de la comunidad, llegando incluso a proponer alternativas de mejora para ciertas actividades concertadas tanto con la Diresa o el municipio; en general, podemos afirmar que los PCS aún hoy en día son agentes de cambio clave para la implementación de cualquier tipo de propuesta en el marco de la atención primaria de la salud.

Así, cuando se conversó con las juntas directivas comunales, todas señalaron que recuerdan al proyecto, solo una Junta manifestó haber participado activamente de la fase de diagnóstico del programa. En general se ha encontrado que la fase de

⁴⁵ Evaluación Programa Wifay

⁴⁶ Informe Final de Evaluación Programa Poderes. Cáritas del Perú, 2009, Pg. 38

diagnóstico fue realizada principalmente por el equipo técnico del Programa con débil participación de los actores comunales.

Según las juntas directivas comunales solo en una de las cuatro comunidades el Programa recogió información vía fuentes secundarias.

“Creo que no, tal vez solo a Rondocan como capital de Distrito” ... (Entrevista dirigente Yarccakunca)

“...Solo nos pidieron los diagnósticos que realizo el municipio...” (Entrevista dirigente Rondocan)

Sí, vinieron a visitar a la comunidad y al distrito, se reunieron con el alcalde para firmar un convenio para que empiece el programa (entrevista dirigente San Juan de Quihuares)

Lo que todos recuerdan, es que entregaron el padrón de su comunidad y la solicitud con la firma de la comunidad para que se iniciara el Proyecto, lo cual si denota interés en la oferta del Programa.

Cuadro 15: Participación de las familias en el Programa

Formas de Participación de las Familias en el Programa	SI	NO	TOTAL
	%	%	%
Brindando información al equipo de Caritas sobre su familia o comunidad	26%	74%	100%
Ayudando a buscar información al equipo de Caritas para el Programa	23%	77%	100%
Asistiendo a las reuniones con el equipo de Caritas para conversar sobre los problemas de salud de su comunidad	60%	40%	100%
Proponiendo u organizando las actividades del Programa	29%	71%	100%
¿Haciendo gestiones en su comunidad o municipio para apoyar al Programa?	20%	80%	100%
Entregando algún aporte para realizar las actividades del Programa	11%	89%	100%
Asistiendo a las capacitaciones, charlas, campañas convocadas por el equipo de Caritas y los promotores	100%	0%	100%
Recibiendo los servicios del promotor comunal de salud en las visitas domiciliarias	91%	9%	100%

Cumpliendo las recomendaciones del promotor de salud	100%	0%	100%
Dando recomendaciones al Programa para que mejore sus actividades	9%	91%	100%
Total	45%	55%	100%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

La Tabla anterior nos muestra de manera más evidente que la participación, en este caso de las familias, se concentró en su rol de beneficiarias de los servicios que ofrecía el programa (capacitaciones, charlas, campañas); en cambio su participación fue mucho menor en tareas de gestión o acción conjunta del Programa. También se preguntó a las familias sobre la frecuencia de su participación, encontrando que solo un bajo porcentaje de familias tuvo una participación continua (menos del 29%), la mayor parte de familias manifestó que participación alcanzo menos de la mitad de las actividades programadas. Algunos familiares beneficiarios también han manifestado la alta importancia del programa en la “toma de conciencia”. Por ejemplo, manifiestan que han tomado conciencia de la importancia de usar letrinas, especialmente los varones.

La gran mayoría de madres entrevistadas manifestaron que están deseosas de continuar con las actividades de capacitación y vigilancia nutricional.

Como hemos visto, son algunas actividades del proyecto las visitas domiciliarias, las campañas médicas, las réplicas de las capacitaciones, entre otras son las que coadyuvaron puntualmente a dinamizar la participación social de la comunidad, pero fue principalmente mérito de los promotores (as) haberse constituido como finalmente como parte de la estructura organizativa de las comunidades.

Los datos anteriores nos permiten concluir en que el diseño del Programa no contemplo una estrategia clara de participación comunal que integre a los diversos actores sociales (familias y comunidad). Como veremos más adelante, la participación comunal lograda ha sido un efecto generado por la estrategia de promotores comunales. Se evalúa que hubiera sido pertinente y más potente contar con otros mecanismos de participación directa de las familias, para potenciar el modelo implementado.

5.2. Desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención de la salud.

La pobreza, lejanía y dificultades de acceso de las comunidades de Rondocan, las mantenía al margen de los beneficios del crecimiento económico del país y a gran

distancia de los servicios básicos de salud. Por ello, la **estrategia de promotores** cobro relevancia en su momento atendiendo no solo aspectos de prevención de la salud, sino también acciones de recuperación a través de un modelo de intervención, que rescato la medicina natural y algunas prácticas ancestrales de las comunidades para luego sumar y articular los beneficios de la medicina occidental, promoviendo y apoyando la intervención progresiva de los servicios de salud del MINSA en la zona. Los promotores comunales fueron el actor esencial que permitió tener los puentes entre ambas alternativas de salud, es por ello que el análisis de su desempeño, cobra relevancia para la valoración de su aporte al programa y a la sostenibilidad de los cambios generados

Como hemos visto en el marco teórico, el término desempeño alude a la realización o ejecución de una acción, o comportamiento vinculado con una tarea o función asociado generalmente a un ámbito de trabajo que en este caso la promoción de la salud.

El desempeño de los promotores comunales constituye la evidencia de su habilidad o de su competencia para tareas de promoción, prevención y atención de la salud. Que se evidencian en acciones de “movilización” y fomento de prácticas adecuadas de cuidado de la salud, también con la promoción y el impulso de estas pautas en la comunidad; ya que el promotor es visto como un agente comunal que conduce y enseña la forma de realizar estos cambios.

En este ítem hemos construido una aproximación al desempeño del promotor, tanto a partir de la experiencia recogida y registrada por el propio programa, como a través de las percepciones de las personas de las cuatro comunidades entrevistadas para este estudio

Comenzaremos describiendo las características generales de los promotores que participaron del proyecto en estas cuatro comunidades

Ellos presentaban las siguientes características:

Cuadro 16: Características de los Promotores Comunales participantes del Programa Wiñay

PROMOTOR	COMUNIDADES			
	KUÑUTAMBO	RONDOCAN	SAN JUAN DE QUIHUARES	YARKAKUNKA
Sexo	Mujer	Mujer Mujer	Varón Varón	Varón Varón
Edad	30	33 31	25 28	26 30
Grado de Instrucción.	Primaria completa	Secundaria completa. Secundaria incompleta	Secundaria incompleta. Primaria completa	Primaria completa Primaria completa
Lengua materna	Quechua	Quechua Quechua	Quechua Quechua	Quechua Quechua
Procedencia	De la comunidad	De la comunidad De la comunidad	De la comunidad De la comunidad	De la comunidad De la comunidad
Ocupación	-Ama de casa y agricultora	-Ama de casa, agricultora y comerciante -Ama de casa y comerciante	-Agricultor y comerciante	-Agricultor -Agricultor
Tiempo de trabajo como PCS	8 años	10 años 3 años*	3 años 4años*	2 años 2 años

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesisas – 2015
*Operaron paralelamente, hasta después de haber concluido el programa

Durante la ejecución del proyecto, operaron 07 promotores comunales en las cuatro comunidades de Rondocan, de ellos 4 fueron varones y 3 mujeres, en el caso de la promotora de las comunidades de Rondocan y San Juan de Quihuares continuo todo

el periodo de la ejecución del proyecto, posterior a esta también fueron reelegidas. En su mayoría fueron jóvenes (menores de 33 años). No todos mostraban educación básica completa, tal como evidencia el cuadro dos promotores tenían solo educación primaria. Sin embargo, su gran fortaleza era que todos provenían de las mismas comunidades y por tanto hablaban la lengua quechua. Estos elementos culturales como veremos más adelante fueron los que favorecieron en gran medida su desempeño. Todos los promotores trabajaban en el campo, pero a la vez cumplían labores de voluntariado por períodos largos de tiempo que en algunos casos llegaba a 8 y 10 años en la tarea.

5.2.1. Requisitos y perfil de los promotores de salud

Los promotores que participaron del proyecto, no eran “cualquier” persona de la comunidad. Las comunidades definían criterios básicos que un promotor debería idealmente cumplir, de esta forma se exigía un conjunto de requisitos que aportaban a la construcción de un perfil que era complementado con el desarrollo de capacidades técnicas propuestas por el programa:

Los requisitos de elección de promotores fueron variando progresivamente a lo largo del proyecto y ha pasado por varias fases.

Inicialmente el perfil del promotor era propuesto por el equipo técnico del programa y se seleccionaba por votación democrática en asamblea, pero con poca conciencia de la importancia de un perfil definido.

El promotor podía ser varón o mujer proveniente de las comunidades del ámbito de intervención y debía cumplir las siguientes características

- Ser comunero calificado y con residencia permanente
- Contar con reconocimiento comunal
- Contar como mínimo con educación primaria
- Ser pro activo.

Pese a estos requisitos, por lo general se elegía a las personas menos calificadas; es decir se elegía a las personas que tenían poco arraigo en la comunidad y entonces la lógica era que por lo menos cumpla tareas de apoyo en labores con el centro de salud.

Al inicio estos promotores afrontaron algunas dificultades en su labor cotidiana. Por ejemplo: afrontaron dificultades el trabajo al interior de las viviendas familiares, primero con las mujeres que tenían cierto reparo para tocar temas privados con un vecino y

luego afrontaron dificultades con los varones parejas de estas personas que desconfiaban sobre el hecho de que un varón visite a su esposa. Sin embargo, poco a poco sus capacidades y liderazgo hicieron que logren mayor reconocimiento lo que permitió superar paulatinamente esta dificultad.

También tuvieron dificultades al interior de las asambleas comunales al tratar de hacer aprobar la estrategia de PCS. Sin embargo, más adelante con participación de las propias comunidades, no solo se aprobó la estrategia de Promotores Comunales, sino que se revisaron los requisitos del promotor y fueron ampliados. El proceso de selección de los promotores fue revisado haciendo un análisis entre las autoridades comunales y los técnicos del programa, valorando otras características personales y algunas capacidades y habilidades, como por ejemplo la capacidad de liderazgo.

En esta nueva etapa la selección del agente comunitario no solo se hizo consciente y más legítima, sino también más exigente. Veamos las características que fueron aprobadas por la comunidad como requisitos de un promotor comunal.

Cuadro 17: Requisitos del Promotor comunal

- ✓ Debe ser elegido por su organización comunal, en asamblea general
- ✓ Debe vivir en la comunidad donde realizará su trabajo.
- ✓ Debe tener disponibilidad para realizar el trabajo voluntario en salud.
- ✓ Que respondan a su cargo ante su organización comunal.
- ✓ Disponibilidad y voluntad para participar en la capacitación y en las reuniones de coordinación.
- ✓ Tener Educación básica (por lo menos primaria)
- ✓ Debe ser eximido de otros trabajos, actividades y faenas de la comunidad.

Fuente: www.minsa.gob.pe

Fue muy importante contar con estos requisitos para los promotores de salud, pues ello beneficio a la estrategia y logros obtenidos, ya que al existir esta “calificación” inicial, se lograban constituir grupos destacados en la comunidad que luego con la capacitación, fortalecerían su potencialidad como “actores claves” para guiar a otros, y para ser agentes de cambio en el programa y en su comunidad.

En tiempos actuales la población de las comunidades ha podido superar gran parte de las dificultades enfrentadas en esta fase inicial, ya que las características de la población comunal también han variado. En general las familias de las comunidades han mejorado sus niveles de educación y además se disponen de mayores capacidades de liderazgo tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, el problema ahora es la poca dedicación que la población puede dar a esta tarea voluntaria, ya que los pobladores se

dedican a actividades que les reportan ingresos económicos y un gran porcentaje de ellos evalúan esta limitación para desempeñarse como promotores. La participación comunal en general ahora es menor.

5.2.2. Conocimiento Técnico sobre prevención y promoción

Uno de los resultados intermedios del proyecto apuntaba a la formación de capacidades técnicas sobre prevención y promoción, que hagan posible los siguientes resultados

- ✓ Acceso mejorado a servicios adecuados de cuidado de salud y nutrición para niños menores de tres años y mujeres gestantes.
- ✓ Acceso mejorado al agua potable para familias campesinas.
- ✓ Mejorar el conocimiento y prácticas de salud, nutrición, higiene, y derechos del paciente y ciudadano de las madres.
- ✓ Redes comunitarias de saludes fortalecidas, mayor participación y vigilancia ciudadanas sobre programas y servicios de salud pública.

Por ello, además de las características sociales que eran exigidas al promotor, el Programa diseñó un programa de formación de capacidades que buscaba hacer transitar a este promotor hacia el logro de un perfil deseable que quedó definido de la siguiente manera:

Cuadro 18: Perfil de capacidades deseable del Promotor de salud

- **CONOCIMIENTO:**
- Conoce y difunde mensajes claves para la prevención de las Enfermedades.
- Conoce y difunde mensajes básicos de alimentación y nutrición del niño y la gestante.
- Conoce y difunde los datos básicos en salud.
- Conoce y difunde las medidas ante emergencias obstétricas.
- Conoce y difunde las prevenciones de EDAS e IRAS.
- Conoce el plan de salud de su comunidad.
- **HABILIDADES:**
- Identifica los problemas de salud de la comunidad.
- Identifica y refiere a las personas de la comunidad, que requiere atención en el establecimiento de salud.
- Realiza seguimiento y monitoreo comunitario de las familias en riesgo.
- Aplica y difunde las normas de higiene a la comunidad.
- Maneja instrumentos de registro de familias en riesgo.
- Reconoce signos de alarma.
- Refiere pacientes al establecimiento de salud.
- Identifica los problemas de salud de la comunidad.
- Identifica y refiere a las personas de la comunidad, que requiere atención en el establecimiento de
- **ACTITUDES:**
- Ser líder y propositivo.
- Ser empático con la comunidad.
- Persona que inspire confianza.
- Tener madurez emocional.
- Saber escuchar.
- Ser colaborativo.
- Ser comprometido y responsable.
- Ser persona con buen trato

Fuente: www.minsa.gob.pe
 Proyecto Wiñay - Caritas Cusco

No obstante que el programa construyó este perfil deseable para el promotor, las competencias y capacidades del promotor(a) nunca fueron un elemento estático. El perfil siempre se ha modificado por diversos factores, a veces condicionado por ajustes

propios del programa o proyecto, en otras porque la realidad exigía cambios. En algunos casos el perfil también fue variado por la sugerencia de los mismos promotores.

Uno de los factores más importantes que influyeron en la construcción y posterior modificación del perfil del promotor comunal fue el cambio de rol de los promotores, propiciado por el proyecto ante la exigencia de una realidad comunal de extrema pobreza que no lograba ser atendida desde el sistema de salud pública. En los pocos establecimientos de salud en esos años no había médicos, solo brindaban servicios de salud un técnico y un enfermero. Es por ello que desde la intervención del proyecto se ensayó la capacitación de los promotores para que cumplan no solo tareas promocionales y preventivas, sino curativas y de recuperación. En esos años los promotores fueron capacitados para curar picaduras de arañas, colocar inyecciones, identificación de algunas enfermedades (por los síntomas que presentaba) hasta atender partos... Esta práctica fue evaluada posteriormente, concluyendo en que el proyecto no debía mantener y estimular este nuevo rol del promotor pues de alguna manera se ponía en riesgo la propia salud de la población. Los promotores retornaron a sus tareas preventivas y, en cambio el proyecto focalizo sus esfuerzos en gestionar la llegada del Estado a las comunidades

Años más tarde ante un contexto de mayor inversión en obras de saneamiento básico rural, los promotores fueron demandados a participar de las JASS para lo cual fueron capacitados. También se les convoco e involucro en proyectos medio ambientales.

La propuesta de formación desarrollada por el programa se basó en las metodologías de capacitación para adultos. Se promovió el uso de la metodología *acción participativa* partiendo de los saberes previos que tenían los promotores, para luego convertirse en facilitadores y el cambio progresivo de conductas y estilos de vida de las madres y familias beneficiarias quienes después de un proceso de sensibilización y concientización. Esta metodología estaba acompañada con la representación de casos prácticos.

La capacitación recibida por los promotores era de 6 horas por día. Al inicio del programa duro hasta 2 días, con una sesión al mes. Para una mayor atención y concentración de parte de los promotores las capacitaciones se realizaban en la capital de provincia e intercambios intercomunales.

El equipo técnico realizaba el proceso de “transferencia de conocimientos” teórico prácticos, promoviendo el desarrollo de habilidades y destrezas como base para lograr resultados significativos, no obstante en el proceso formativo se observaron limitaciones

algunas relacionadas a problemas de la propia población, tales como el bajo nivel cultural, el analfabetismo, la violencia familiar, el alcoholismo entre otros, que fueron factores que influyeron negativamente; y en otros casos fue el diseño del propio programa el que sin duda apporto aspectos positivos, pero también tuvo algunas limitaciones.

En cuanto a los contenidos desarrollados por el programa, como se puede observar en la tabla siguiente combinaban aspectos de conocimiento básico en cuanto a ciclo de desarrollo, aspectos de vida saludable (nutrición, saneamiento, entre otros), enfermedades, y conocimiento de herramientas de intervención, y el desarrollo de habilidades para el trabajo promocional y de educación de adultos, veamos la tabla siguiente:

Cuadro 19: Contenidos del programa de Capacitación

1. Descripción de los instrumentos Antropométricos.
2. Manejo documentario.
3. Perfil del Promotor.
4. Metodología de capacitación.
5. Uso y manejo de los alimentos donados.
6. Enfermedades Diarreicas Agudas.
7. Cuando llevar urgente al niño enfermo a los establecimientos de salud.
8. Desarrollo Psicoafectivo del niño
9. Atención del recién nacido.
10. Saneamiento Básico
11. Salud Bucal
12. Salud Materna
13. AIEPI comunitario

Fuente: Programa Wiñay 2004

Este programa manejaba trece temas de trabajo y buscaba aplicar metodologías de trabajo adecuadas y apropiadas para los promotores, Sin embargo, la cantidad de cursos que el programa buscaba “transferir”, no siempre eran bien asimilados por los promotores, quienes se llenaban de información, pero no lograban retenerlo todo, aplicando en la práctica solo aquellos temas de importancia central. De esta forma se evalúa que los temas de mayor fortaleza fueron el tema de salud, saneamiento y agua, que han quedado en su experiencia. Otros temas como, verificación del consumo de vitaminas, llenado de fichas de control alimentario y administración de alimentos han sido poco aprendidos y casi olvidados.

De esta manera, al hacer un balance de cuanto apporto la capacitación de promotores al sostenimiento de la estrategia, debemos señalar, que gran parte de los conocimientos técnicos que adquirieron los promotores sobre promoción y prevención de la salud, fueron ganados gracias a tres factores: la propias características y habilidades que traía el promotor – de acuerdo a los requisitos de selección establecidos-, el efecto del programa de formación y capacitación, y el ejercicio práctico que les permitió aplicar y recrear conocimiento sobre algunos temas claves para la promoción y la prevención de la salud. Después de varios años de ensayo error se pudo valorar críticamente que la propuesta formativa, al buscar “transferir” demasiados conocimientos técnicos sobre curaciones, saneamiento básico, conocimientos de medicina natural, enfermedades tropicales, entre otros dificultó la buena asimilación de aprendizajes por parte de los promotores ; ya que en primer lugar se reflexionó que el conocimiento no se transfiere, sino que se “construye” con los sujetos , no solo en talleres de capacitación sino a través de prácticas concretas. Por ello que aquellos conocimientos que brindo el programa y que pudieron ejercitarse de manera reiterada en la tarea de campo fueron conocimientos que se fijaron y se sostuvieron, mientras que los otros de carácter complementario, que se entregaron, pero poco se aplicaron, se perdieron.

En segundo lugar, se evaluó que fueron demasiados conocimientos técnicos, que iban más allá de lo que el promotor podía asimilar, asimismo eran conocimientos que iban más allá su rol preventivo promocional. Más aún, al suspenderse las prácticas curativas, muchos contenidos quedaron fuera de práctica, es decir del 100% que se entregaba en la capacitación, solo se aplicaba un número más reducido de temas de trabajo

Otra lección aprendida del proceso de formación de capacidades de los promotores fue el comprender que ellos eran ante todo facilitadores de procesos; por tanto, el énfasis del programa de formación no debía estar en la fijación de conocimientos sino en el desarrollo de actitudes que puedan provocar cambios en la población.

En el transcurso del tiempo ha sido posible validar y ajustar el programa de capacitación recogiendo mejores elementos sobre las posibilidades de intervención del promotor, y a las necesidades específicas de la población dentro del marco de los objetivos del programa. El programa de formación de capacidades y su metodología revisada y validada constituyeron un factor fundamental para el desempeño de los promotores.

Por ello, podemos decir que todas las actividades de formación, incluidas las pasantías coadyuvaron a la sostenibilidad de las capacidades de los promotores. Actualmente el programa de capacitación para ellos sólo mantiene un número reducido de temas o módulos que son los aspectos más demandados por la propia comunidad.

5.2.3. Acciones de Promoción y prevención de la salud realizadas

Las acciones de promoción y prevención desarrolladas por los promotores se alinearon también a los objetivos del programa en los cuatro resultados intermedios ya citados anteriormente, de esta forma, por ejemplo, los promotores desarrollaron acciones de **fortalecimiento de Redes Comunitarias de Monitoreo Nutricional**: Las actividades de monitoreo nutricional se insertaron en las redes locales y regionales, con la participación de promotores de salud de la comunidad, los comités de madres, los centros de salud y el personal de Caritas. Los promotores recibieron entrenamiento de los equipos de las Caritas diocesanas en: monitoreo del crecimiento infantil, recuperación nutricional, desarrollo psicomotor, visitas a los hogares y asesoría nutricional, y sistemas de registro de niños menores de tres años con el apoyo de los comités locales de madres.

Tal como se observa en las tablas siguientes, la visita a hogares y charlas de nutrición a las familias fueron algunas de las actividades de mayor relevancia que además fueron reconocidas por las familias como actividades que permitieron solucionar problemas alimentarios.

Cuadro 20: Participación en capacitaciones

Recibieron capacitaciones por parte de Los Promotores Comunales				
	SI	SI %	NO	NO%
Sobre salud de la familia	21	60%	14	40%
Sobre alimentación de la familia	30	86%	5	14%
Sobre higiene en la familia	35	100%	0	0%
Sobre otros temas	4	11%	31	89%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

El 86% de las familias entrevistadas participaron de capacitaciones sobre alimentación de la familia. Y el 94% manifestó haber logrado resolver problemas alimentarios a partir de la intervención de los promotores de salud

Cuadro 21: Tipos de problemas en la familia resueltos con la capacitación recibida

Problemas que si/no se pudieron resolver a través de las charlas en las familias				
	SI	SI %	NO	NO%
Sobre salud	20	57%	15	43%
Sobre alimentación	33	94%	2	6%
Sobre higiene	35	100%	0	0%
Otros	2	6%	33	94%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

Evidentemente, como lo muestra la tabla siguiente, los miembros de la familia que más participaron de estas actividades fueron las mujeres madres de familia (65%). Solo en el 10% de los casos, las actividades fueron compartidas por la pareja de esposos.

Cuadro N° 23: Miembros de la familia participantes de las capacitaciones

Personas que recibieron las charlas		
	N° de Personas	% que representa
Solo Esposa	23	65%
Esposa y Esposo	10	29%
Esposa, Esposo e Hijos menores	1	3%
Solo Esposa e Hijos	1	3%
Total	35	100%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesisistas – 2015

Así mismo, los promotores de salud en coordinación con el personal de salud trabajaban conjuntamente para *alimentar el sistema de monitoreo focalizado* en actividades de salud y nutrición llevando al día la información sobre el estado nutricional de los niños de la comunidad.

La *Asistencia Alimentaria* fue otra acción desarrollada por los promotores de salud en coordinación con el personal de Caritas, los promotores manejaban criterios de selección de beneficiarios materno-infantiles: Como un refuerzo a las actividades de monitoreo de crecimiento, se seleccionarán familias pobres con niños menores de tres años para recibir una ración de alimentos mensual por un periodo máximo de 12 meses. Los recursos de alimentos del Título II (USAID) sólo estarán disponibles durante los primeros años del programa, AF 2002–2004.

Otra acción importante desarrollada por los promotores de salud fue el *Manejo y Prevención de Enfermedades Prevalentes*: Las enfermedades prevalentes en la niñez⁴⁷ tienen un efecto significativo en el estado nutricional. El programa enfrentó estas enfermedades utilizando el enfoque de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). El Ministerio de Salud implementa el AIEPI en coordinación con un grupo de entidades locales, incluido Caritas, para contar con lineamientos, procedimientos y un manual adaptado a las condiciones del Perú. Esto

⁴⁷ Incluye infecciones respiratorias, diarreas, malaria y enfermedades inmuno-prevenibles (sarampión, tétanos, polio, entre otros)

ligado también a la Promoción de Salud Materna y Perinatal: Esta se relaciona a la falta de información y cuidado adecuado de las mujeres durante el embarazo, así como al alto porcentaje de nacimientos asistidos por personal no-calificado.

Los promotores de salud y comités de la comunidad, con el apoyo de los equipos técnicos de Caritas, fueron responsables por la construcción o rehabilitación de las obras de infraestructura de agua potable. Los promotores de salud, también realizaron el entrenamiento en higiene y prácticas de saneamiento de la comunidad, y la organización de Juntas de saneamiento de la comunidad (JASS)⁴⁸ que supervigilará la administración y mantenimiento de los sistemas de agua y saneamiento de la comunidad así como la recolección de cuotas de los usuarios.

Estas acciones se combinaron con tres intervenciones específicas: capacitación y educación en comunidades, información y comunicación en nutrición y salud. Para lograr impactos sostenibles en prácticas de salud y conductas preventivas el programa educativo desarrollado por Caritas incluyó los módulos temáticos siguientes, cuyo contenido y metodología se ajustó a los siguientes: a) el monitoreo del crecimiento y desarrollo, b) prácticas alimentarias del niño y la familia, c) amamantamiento, d) manejo y prevención de enfermedades prevalentes, e) las vacunaciones f) estimulación temprana y desarrollo psico-emocional, g) higiene y saneamiento, h) auto-estima /salud emocional, i) paternidad responsable, j) medicina tradicional, k) producción local de productos con alto valor nutritivo (huertos familiares y crianza de animales menores), l) liderazgo, m) derechos del cliente y del paciente, y n) derechos humanos y ciudadanos básicos.

Cada módulo de entrenamiento identifica y enfoca en algunas conductas clave. La metodología se basa en las técnicas de educación de adultos, con énfasis especial en la demostración y practica para asegurar la asimilación de las conductas deseadas. El acuerdo en las acciones educativas se alcanza de una manera participativa con las familias y se adapta a su rutina diaria. La experiencia de Caritas muestra que las acciones educativas son bien recibidas ya que ellas ofrecen una oportunidad para compartir ideas, socialización, afirmación de la autoestima, participación y toma de decisiones sobre actividades que mejoran la nutrición y el cuidado de la salud en un ambiente comunitario cordial y fraternal.

⁴⁸ JASS es el acrónimo para Comités comunitarios de saneamiento, establecidos por la ley peruana, que tienen autoridad legal para administrar y dar mantenimiento a los sistemas comunitarios de agua y saneamiento.

5.2.4. Nivel de Liderazgo de los promotores con los actores locales

El nivel de liderazgo de los promotores fue vital para la implementación de la estrategia, fue importante elegir a personas que ya venían ciertas capacidades de liderazgo y reconocimiento en sus comunidades, lo que permitió, por ejemplo, la aceptación de la estrategia en las asambleas comunales y en las familias campesinas.

Además de las capacidades propias que trajeron los promotores, la ejecución de las actividades del programa (capacitaciones, pasantías, para ver otras experiencias, interacción entre las comunidades) también favorecieron la mejora de sus capacidades de liderazgo, lo que les permitió no sólo actuar al interior de sus comunidades sino también coordinar diversas actividades con otros actores fuera del contexto comunal, así trabajaron en estrecha coordinación con el establecimiento de salud, para acercar los servicios de salud a las comunidades. También se apreció de los promotores su gran capacidad de coordinar con el equipo técnico del programa y con las autoridades municipales cuando el caso se presentaba.

Actualmente el nivel de liderazgo de los promotores de salud se ha consolidado en las comunidades, pero ahora ya no necesitan desplegar estas capacidades debido a que los centros de salud han mejorado sus mecanismos para alcanzar sus coberturas, por lo que se verifica que el liderazgo de los promotores se mantiene latente pero ya casi no es demandado por los pobladores de la comunidad.

5.2.5. Valoración del desempeño de los promotores, desde la percepción de la población

La empatía de los promotores con la población fue un factor que estuvo presente desde los inicios del programa, ya que siempre fueron personas reconocidos por la comunidad, esto permitió que los trabajos con las poblaciones objetivo se hayan dado en términos amicales al principio e incluso de familiaridad posteriormente, esta empatía les permitió a los promotores a consolidar su posición al interior de la organización comunal.

En el transcurso del tiempo esta empatía no ha sufrido cambios significativos, los promotores fueron y siguen siendo actores claves de la comunidad, y son referentes en diversos temas como de salud, medioambiente y otros, Sin embargo, su rol no ha sido potenciado ni desde la comunidad, ni desde el sistema de salud

Desde el presente estudio hemos podido recoger algunas valoraciones de la población sobre el desempeño de este actor comunal, las cuales nos sugieren algunas reflexiones

El cuadro siguiente nos muestra una primera valoración de las capacitaciones organizadas por los promotores comunales, y en donde el 100% de las familias entrevistadas muestran satisfacción general

Cuadro 22: Valoración del desempeño de los promotores

¿Qué le parecieron las capacitaciones recibidas de los promotores?		
	N° de Personas	% que representa
Buenas	35	100%
Malas	0	0%
Total	35	100%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesisistas – 2015

Sin embargo, cuando a las familias se les pregunta más directamente sobre las capacidades de los promotores comunales para brindar ayuda en problemas de salud, solo el 11% señala que se encuentran bien capacitados. El 69% de los entrevistados valoraron como “más o menos capacitados” a los promotores, y el 20% señalaron que no se encuentran capacitados.

Cuadro 23: Percepción sobre la capacidad de los promotores

Los promotores comunales están capacitados para brindar ayuda con los problemas de salud a la población		
	N° de Personas	% que representa
Sí, están bien capacitados	4	11%
Sí, están más o menos capacitados	24	69%
No están capacitados	7	20%
Total	35	100%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesisistas – 2015

Cuando se indaga sobre el desempeño de los promotores en las labores de consejería, un 34% de entrevistados manifestó que los problemas de salud no se pudieron solucionar desde las consejerías dadas por promotores, más bien un 69% opino que Si

se pudieron solucionar problemas de alimentación y de higiene. El 11% de los entrevistados no respondió.

Cuadro 24: Tipos de problemas en la familia resueltos con las consejerías realizadas por promotores

Problemas que si/no se pudieron solucionar con las consejerías						
	SI	SI %	NO	NO%	NO RESPONDE	NO RESPONDE %
Sobre salud	12	34%	12	34%	11	31%
Sobre alimentación	24	69%	0	0%	11	31%
Sobre higiene	24	69%	0	0%	11	31%
Otros	0	0%	24	69%	11	31%

Fuente: Equipo de campo de Caritas Cusco y equipo de tesis – 2015

En general de esta información podemos deducir que, si bien la población reconoce el liderazgo de los promotores y valoran las capacitaciones recibidas, existe a su vez un sector de población que pone en duda su capacidad para determinadas tareas (sobre todo aquellas relacionadas a atención de su salud). No obstante, en los roles de consejería en alimentación, higiene y otros su trabajo es bien valorado.

5.2.6. Motivaciones, estímulos e incentivos a los promotores

Algunas teorías sobre competencias y capacidades, han señalado que para lograr un buen desempeño, las personas no solo requieren de conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan el desarrollo de una función, sino que también requieren estar motivadas (querer hacer).

Hemos querido indagar sobre la medida en que el desempeño de los promotores comunales se ha visto también influido por sus propias motivaciones personales de cada promotor; y aunque no se ha explorado el tipo de motivación que puede haber estado presente en cada promotor comunal; se ha podido establecer una aproximación a que los promotores comunales no solo responden a motivaciones externas a ellos mismos, que pueden concretarse en estímulos materiales o económicos, sino que en todo el proceso de la estrategia Wiñay ha sido muy importante para ellos las motivaciones

intrínsecas que quizá pueden estar asociadas al logro o a los beneficios que les genera la afiliación como promotores sociales.

A esta conclusión se llega, luego de recoger el proceso seguido por la estrategia; que en un primer momento asumió a los promotores comunales como representantes sociales de su comunidad. Ser promotor era un mérito que otorgaba la comunidad. Sin embargo, se evaluó que esto no sería suficiente para mantener comprometidos a estos actores sociales, es por ello que el programa gestiona su reconocimiento por la DIRESA y la propia municipalidad.

Como se observa en la tabla que aparece a continuación al inicio del programa los promotores lograron inclusive ser exceptuados de asistir a las asambleas, de participar en las faenas comunales y de hacer aportes monetarios para la comunidad.



Cuadro 25: Incentivos y Estímulos de los promotores comunales en las diferentes fases del Programa

Fases del programa	Programa	Comunidad	Municipio	Dirección de salud
Inicio:	<ul style="list-style-type: none"> • Recibe dotación de alimentos • Recibe prendas de trabajo (chaleco, mochila, tableros, entre otros.) • Pasantías dentro y fuera de la región 	<ul style="list-style-type: none"> • Exceptuados de asistir a las asambleas • Exceptuados de participar en las faenas comunales • Exceptuados de aportes monetarios para la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento municipal a través de una constancia. • En ocasiones se cubría sus movilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le otorgó atención preferencial a él (ella) y su familia. • Se le expidió un carnet como promotor adscrito al MINSA.
Intermedio	<ul style="list-style-type: none"> • Se le asignó un monto mensual por concepto de movilidad (previa entrega de informes de visitas domiciliarias) 	No hubo cambio	No hubo cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Se asignó indumentaria (gorros, mochila). • Capacitaron a los promotores en la ciudad del Cusco
Final	No hubo cambio	Se empezó a dejar sin efecto los aportes monetarios que la comunidad solicitaba a los comuneros	No hubo cambios, pero sus estímulos ya no eran valorados por los promotores	Desde el Estado se trabajó en el tema de los promotores y se intentó incluirlos en sus campañas y programas, pero los cambios de gobierno y funcionarios hacían retroceder estas iniciativas

Fuente: Programa Wiñay Caritas Cusco

Más adelante el programa, consciente de que el promotor asumía una gran responsabilidad en tareas de prevención y curativas, y que tomaba gran tiempo para

movilizarse hacia algunas zonas, decide promover un estímulo económico⁴⁹ para apoyar la logística (traslados y refrigerios) del promotor, asumiendo un pago de 120 soles al mes, que fue mal comprendido en su momento.

Esta oferta generó inclusive una demanda de reconocimiento económico mayor para algunas acciones que se consideraban extraordinarias, distorsionando el sentido comunitario de la tarea (desde el punto de vista comunal), y distorsionando el rol de Caritas, que siendo un actor privado, asumía la renta de un servicio público.

Este aspecto fue evaluado y suprimido por el Programa, aprovechando de que el Proyecto culminaba. El fondo se retiró y se prosiguió con la modalidad anterior de trabajo voluntario.

Aunque algunos promotores inicialmente se molestaron, la mayoría continuó en sus labores, demostrando que existe en ellos un tipo de motivación diferente más allá del estímulo monetario. Este elemento sin duda es también un factor clave que ha contribuido de alguna manera a la sostenibilidad de la estrategia, en el contexto de escases de recursos comunales como fue esta experiencia. Sin embargo, revisando otras experiencias desarrolladas, y de cara al nuevo contexto económico social, cabría reflexionar sobre el valor de esta tarea comunal (como promotor), y la necesidad de que el Estado asuma una política de estímulo al trabajo comunal que ofrece servicios públicos, sobre todo en casos en que dichos cargos requieren del desarrollo de competencias específicas, como es el caso del promotor. De otro lado, toda acción de participación comunal en general tiene costos altos (tiempo, traslados, entre otros), por tanto, si se aspira mantenerla porque genera algún beneficio para la población, debería aprobarse algún mecanismo de financiación pública.

Los estímulos que hasta la fecha ha desarrollado el MINSA, tales como su empadronamiento, carnet y beneficios como atención gratuita de ellos y sus familias (que se dio por algún tiempo), si bien son importantes, no son suficientes para garantizar sostenimiento de la estrategia. Cabe señalar que esta es una discusión que desde hace muchos años se dio en el MINSA y así como hubo decisiones de reconocimiento de los promotores de salud en su momento, igualmente ha habido contramarchas en los últimos años, lo cual ha dejado sin efecto algunos avances en esta materia.

⁴⁹ Al principio el programa intercedió por los promotores (as) al interior de la comunidad, tratando de buscarle “ventajas” de todo tipo de tal forma lograr “estímulos” positivos para los promotores, así, se logró que la comunidad, otorgue beneficios al promotor (no asistir a las faenas, la comunidad trabajaba las chacras del promotor, se les exceptuaba del pago de cuotas, entre otros)

Los aspectos de incentivo a los promotores comunales también podrían ser de interés y competencia del gobierno local. En otros contextos (también peruanos) hay experiencias en donde la municipalidad ha reconocido la oferta de servicios de algunos actores comunales, y los ha financiado para ponerlos al servicio de la comunidad, como cualquier otro bien público.

5.3. Rol de los actores públicos en el apoyo de la estrategia.

El proyecto WIÑAY en salud y nutrición contribuyó a la resolución de un problema público como lo es, la alimentación de la población rural de cuatro comunidades del distrito de Rondocan. Sin embargo, su acción buscaba ser solo un complemento de la actuación del Estado en estas zonas del país.

Veremos en este capítulo la descripción y análisis del rol que cumplieron los actores públicos responsables de la salud, frente al problema identificado y frente al programa desarrollado. Se han identificado tres actores relevantes para este análisis: la Dirección Regional de Salud, el Establecimiento de salud de Rondocan y la Municipalidad Distrital.

Desde la perspectiva de la OMS, y de una serie de conferencias y acuerdos internacionales que se iniciaron con la declaración de Ottawa en 1986, la promoción de la salud es un compromiso asumido por los Estados que debe concretarse en políticas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

En el año 2005 Estado Peruano, asumiendo los acuerdos internacionales, a través del Ministerio de Salud propuso la aprobación de los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud", los mismos que tienen como objetivo brindar referencias para la construcción colectiva de una cultura de salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud⁵⁰.

En la estructura nacional de intervención de salud, el Ministerio de Salud - MINSA es el ente rector, seguido por las Direcciones Regionales de Salud - DIRESA, que tienen la responsabilidad de las intervenciones de salud a nivel departamental, éstas a su vez se organizan en Redes y Micro redes, cuya unidad básica de atención son los Establecimientos de salud.

⁵⁰ Resolución Ministerial n° 111-2005/MINSA

Por su parte las Municipalidades son el nivel de gobierno más cercano a la población cuyas funciones esenciales son: *la promoción del desarrollo y la prestación de los servicios públicos*⁵¹, y desde el año 2006 asumen la atención primaria de la salud, donde una de las líneas prioritarias de trabajo es la promoción de la salud.

Antes de pasar a analizar los roles más específicos que cada una de estas tres entidades cumplieron en relación a aspectos particulares del programa, presentamos un cuadro resumen que da cuenta de algunos roles más generales que desarrollo cada entidad pública en los diferentes momentos del ciclo de gestión del programa Wiñay. Esta información ha sido recogida de la entrevista realizada con dichos actores claves.

Cuadro 26: Roles de las Entidades públicas en el marco del ciclo de gestión del programa

Fase del ciclo de gestión	DIRESA	Centro de Salud	Municipalidad
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en la presentación del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en la presentación del proyecto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en la presentación del proyecto
Implementación del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptó la participación del promotor dentro de las entidades de salud y se promociona su labor en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asumió la participación activa del promotor como parte del EESS y se promocionaba su labor en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindo reconocimiento a la participación del promotor.
	<ul style="list-style-type: none"> • Celebró convenio marco para promover la participación del promotor 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinaba con el programa y con los promotores sobre las actividades de los y las promotoras. 	<ul style="list-style-type: none"> • En ocasiones facilitaba local municipal, para las labores del promotor

⁵¹ Fuente: Ley Orgánica de Municipalidades, artículo 80. (27 Mayo 2003)

Fase del ciclo de gestión	DIRESA	Centro de Salud	Municipalidad
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • Involucró la acción conjunta de los y las promotoras las grandes campañas nacionales • Desarrolló capacitaciones y pasantías para los y las promotoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollaba en coordinación con los y las promotoras las campañas de salud en las comunidades campesinas. • Promocionaban los servicios de salud del Centro en las comunidades a través de los y las promotoras para acercar más el sistema de salud con la población. • Se trabajaba en el recojo de información sobre indicadores de salud de la población entre ellos el estado nutricional de los niños y niñas. • Transferencia de la metodología educativa del adulto al personal de los establecimientos de salud 	
Monitoreo y Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Validó la información del sistema de vigilancia del programa (la información era proporcionada por los promotores). 	<ul style="list-style-type: none"> • Participó en las evaluaciones del programa con la participación de la fuente cooperante. 	

Fuente: Programa Wiñay Caritas Cusco

Como observamos en la tabla, ninguna de las tres entidades públicas mantuvo participación continua a lo largo de todo el ciclo de gestión del proyecto. Más aún ninguna de las instituciones tuvo una participación efectiva desde la planificación del programa. La participación desarrollada en las diferentes etapas del ciclo de gestión revela acciones puntuales que comprometieron a las entidades con el proyecto.

En el caso de la DIRESA, la existencia de un convenio marco permitió la implementación conjunta de varias actividades, el aspecto fundamental de su participación giro en torno a la aceptación y participación activa de los promotores comunales a los cuales se les otorgo reconocimiento.

En el caso del centro o establecimiento de salud, su rol operativo ayudo a concretar los acuerdos sostenidos con la DIRESA, y su rol fue de co-ejecutor de diversas actividades del programa.

La municipalidad, cumplió una labor puntual en la estrategia, Sin embargo, el respaldo político que dio a los promotores, fue quizá su aporte más importante.

Veamos de manera más detenida la participación de cada uno de estos actores públicos.

5.3.1. Rol que cumplió la DIRESA en la implementación de la estrategia

La estrategia de promoción de la salud adoptada por el Programa Wiñay fue coordinada desde un inicio con la DIRESA del Cusco y también con los Centros de Salud (como describiremos más adelante). La concertación inicial de esfuerzos se realizó desde el año 2002 y se concretó a través de un convenio entre la DIRESA y Caritas Cusco para el año 2004. Ambas entidades mediante este convenio tenían la facultad de poder intervenir de manera directa con el promotor comunal de salud.

El Convenio tenía como objetivos:

- *Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de Promoción y Prevención de la salud.*
- *Proteger la vida y salud de todos los niños por nacer, desde su concepción y registrarlos oficialmente como concebidos y sujetos de los derechos constitucionales.*
- *Lograr que se capacite a las madres y familias en la estimulación prenatal, la adecuada nutrición materna y la preparación para el parto con participación paterna.*

Establecer el control prenatal y el acceso al parto institucional de todas las mujeres gestantes por las entidades competentes.

- *Lograr que se capaciten a las familias para que ejerciten los hábitos de higiene, la estimulación temprana de los niños, la maternidad y paternidad responsable y el desarrollo en los jóvenes de las habilidades psicosociales para una vida digna y sana, en el marco de una cultura de vida y paz.*

Mediante este acuerdo de trabajo, ambas instituciones compartirían responsabilidades en la intervención con las comunidades de Rondocan, distrito identificado como una de zonas prioritarias de atención por contar con un alto grado de desnutrición; coordinando actividades sin duplicar esfuerzos. Para ello la DIRESA asumió el compromiso de:

- Apoyar las estrategias de salud promovidas por el programa Wiñay que se complemente con las políticas nacionales de salud.
- Capacitar y reconocer a los promotores como actores estratégicos para llegar con los servicios de salud a las comunidades.
- Apoyar a los sistemas de vigilancia de salud con énfasis en los sistemas de apoyo al binomio madre – niño.
- Facilitar los medios para promover en las comunidades y ámbitos de trabajo conjunto el desarrollo de acciones favorables a la salud de la población.

Por su parte, el Programa Wiñay se comprometió a:

- Capacitar al personal de salud en diversas metodologías que posibilite la mejora de las capacidades del personal
- Realizar las transferencias de los y las promotoras de salud a la DIRESA para que se continúe con la labor una vez concluido el programa
- Fortalecer el sistema de vigilancia nutricional del Programa y transferirlo a la DIRESA una vez concluido el programa.
- Informar y publicar los trabajos desarrollados por Cáritas en los ámbitos de intervención del programa.

Es claro que el compromiso de la DIRESA sería cumplido a través de la acción del Establecimiento de Salud de Rondocan. Sin embargo, de lo que queremos dar cuenta aquí es del papel concreto que cumplió este ente rector regional.

En el cuadro que aparece a continuación hemos resumido las actividades concretas que se realizaron en el Distrito de Rondocan como parte del convenio sostenido

Cuadro 27: Actividades que cumplió la DIRESA en el apoyo a la estrategia de los PCS

Especificaciones	Meta (año)
Supervisiones y/o evaluaciones realizadas al centro de salud x año	1
Capacitaciones realizadas al centro de salud x año	1
Capacitaciones realizadas al PCS	1 (lo realizó el EESS)
Metodologías transferidas a promotores	1 (metodología de educación de adultos)
Acompañamientos a PCS x año	2 (lo realizó el EESS)
Acreditación de PCS (*)	10

Fuente: DIRESA – agosto 2013

Durante los años 2004-2006 El proyecto Wiñay cumplió acciones de incidencia pública y gestión ante la DIRESA a fin de otorgar a los promotores algún tipo de reconocimiento dada la importancia recibieron de su trabajo para el sector salud. Así fue como los promotores comunales lograron las siguientes consideraciones:

- Reconocimiento y empadronamiento de promotores
- Otorgamiento de carnet del promotor para atención gratuita de su salud personal y de su familia
- Asignación pecuniaria por concepto de movilidad

La participación de la DIRESA ha sido otro de los factores relevantes en la estrategia que se sostuvo relativamente en los años siguientes del proyecto con algunos cambios. Entre ellos podemos desatacar:

Registro y reconocimiento de Promotores

Actualmente las Direcciones Regionales de Salud cuentan con un portafolio de 2035 promotores comunales registrados en toda la región. Ellos son convocados en cada una de sus zonas para realizar algunas acciones específicas de promoción de la salud y tareas preventivas. Sin embargo, ya no tienen el mismo protagonismo que en los años del proyecto. El MINSA, reconoce el rol de los promotores de salud, pero solo a través de los registros nacionales

Acciones de promoción de salud y rol de los promotores

El sector salud ha operado cambios en su intervención de promoción de la salud y ha crecido en su cobertura del primer nivel de atención mejorando sus servicios y atención directa a la población, por lo que la figura del promotor de salud ha dejado de ser importante

El rol que le asignan actualmente es de apoyo para acciones específicas extraordinarias tales como campañas médicas (labios leporinos, dental, entre otros), ser comunicadores de la existencia de madres gestantes en sus comunidades, es decir destacan más su rol como **comunicador y mediador** de la relación con la población. También se le requiere para apoyar procesos de convocatoria y tareas de información y difusión de mensajes relativos a la salud. Se ha abandonado su rol anterior en la atención directa de la población.

Recursos para la tarea local de promoción de la salud vinculada a alimentación

En entrevista realizada a representante de la DIRESA, se ha manifestado que ese órgano en la actualidad no cuenta con los recursos económicos y de personal suficientes como para poder continuar con la propuesta de trabajo dejado por el Programa Wiñay, aunque señalaron que fue una experiencia interesante.

En relación a las acciones promocionales de salud para los temas de nutrición la DIRESA desarrolló: capacitación a la red de promotores de Salud de Caritas Cusco, participación en la transferencia de la estrategia AIEPI a los agentes comunitarios de salud, quienes fueron capacitados en el uso y manejo del Manual AIEPI previamente adaptado a la realidad local y al nivel de preparación de los promotores; esta

herramienta de trabajo fue utilizada por los promotores para brindar consejería personalizada a las familias de niños en situación de riesgo y supervisiones durante el desarrollo del programa.

Otras prioridades

Se ha percibido también la existencia de otras prioridades como “las casas de espera” en las capitales de distrito, donde las madres gestantes de los últimos meses esperan dar a luz. Esta como otras propuestas priorizadas no necesariamente responde a la cultura e idiosincrasia de las propias madres, pero se viene implementando con participación del centro de salud y de los promotores quienes aplican sanciones a las madres que no asisten.

En relación a la DIRESA es importante analizar su participación evaluando no solo los aportes que esta ofreció a la estrategia y su sostenibilidad, sino también la influencia o efecto que tuvo el Programa en su actuación y consiguiente mejora de los servicios del primer nivel de atención de la salud. Decimos esto ya que no solo el Programa y la estrategia se beneficiaron de esta relación de coordinación y concertación de esfuerzos, obteniendo condiciones relevantes para la sostenibilidad de su intervención, como lo fue el reconocimiento de los promotores, o la mejora de sus capacidades; sino que también el Programa impactó positivamente en el desempeño de la DIRESA, al transferir capacidades para la comprensión de la relación intercultural, las metodologías de educación de adultos y al convertirse en un “brazo” de apoyo del servicio de salud en las comunidades más alejadas.

En el contexto en el que actuó el proyecto la función de promoción de la salud no era una prioridad asumida por el sistema de salud, pese a la vigencia de acuerdos internacionales que asignaban un papel preponderante al Estado.

5.3.2. Rol del Centro de Salud y su relación con la Estrategia de Promoción desarrollada por el programa

Como ya se mencionó, al ser el centro de salud, el establecimiento del primer nivel de atención, fue desde allí que se concretaron las decisiones asumidas en coordinación con la DIRESA. Por eso decimos que su participación fue decisiva para el programa.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, tienen a su cargo la atención primaria de la salud. En este marco sus actividades principales eran las campañas de vacunación contra la hepatitis viral, sarampión, la fiebre amarilla, vigilancia de la salud

en niños y madres gestantes, apoyo en la organización de los centros maternos infantiles, promoción de las casas de espera que ayudó a incrementar el número de partos atendidos en los establecimientos de salud.

Es en relación a algunas de estas actividades que se han identificado algunos hitos relevantes que caracterizaron la relación:

Los promotores eran actores claves de los Establecimientos de Salud (EES)

Durante el ciclo del proyecto Wiñay, los promotores eran los actores centrales de los establecimientos de salud, pues ante la ausencia de personal profesional, eran ellos la extensión directa del servicio a la población, que además llegaba hasta su domicilio.

Seguimiento y control de la atención primaria de salud

Si bien los servicios que brindaba el centro de salud emanaba de las políticas de promoción y atención de la salud del Estado, este primer nivel de atención siempre mantuvo limitaciones de carácter operativo que no les permitían llegar a las comunidades, y no podían disponer de un sistema que les garantice el seguimiento y control de las primeras acciones de salud. Así por ejemplo, cuando realizaban campañas de control nutricional o control perinatal, los establecimientos no disponían de los medios y formas para realizar el seguimientos respectivo; es allí donde los promotores comunales jugaban un rol preponderante facilitando al personal de salud los canales de comunicación con la población, y alcanzando a los EESS las fichas de seguimiento que aplicaban a la población identificada (madres, gestantes, niños menores de tres años, madres lactantes, entre otros).

Esta es una evidencia concreta de cómo se levantaba la estadística en salud. Eran los promotores comunales los que mantenían actualizados los registros, y los que podían aportar mayor grado confiabilidad de la información.

Modelo de intervención conjunta en promoción de la salud

El establecimiento de salud realizaba acciones de promoción social con la población intervenida por el Proyecto como son: campañas de sensibilización a las madres, la capacitación a las madres, estimulación prenatal, orientación en la nutrición materna y del niño, preparación para el parto, capacitación a las familias para que ejerciten los hábitos de higiene y la estimulación temprana a los niños. Las verificaciones del cumplimiento de estas acciones eran compartidas entre el personal profesional y técnico del Centro de Salud y el Programa Wiñay. Esto permitió validar un modelo de trabajo en

alianza EESS- Programa Wiñay, que tuvo *resultados positivos, tales como la disminución de la desnutrición en la zona intervenida.*

“La participación en la formulación del programa de alguna manera fortaleció nuestra labor porque nosotros como centro de salud trabajamos con los promotores comunales de salud, estos promotores fueron parte del programa.... En la ejecución nos considerábamos como socio porque realizábamos coordinaciones.” (Entrevista a profesional del Centro de Salud Rondocan)

Tal como señala la entrevista realizada con el personal del Centro de Salud, la acción de colaboración tuvo ventajas recíprocas. El programa Wiñay permitió al Centro de Salud fortalecer su intervención. También se ha indicado que no hubiera sido posible lograr resultados en algunos programas de salud, sin la participación del Programa Wiñay, ya que el EESS mantenía limitaciones de presupuesto. Así mismo se ha valorado la metodología del programa, materiales e insumos, y el recurso humano comprometido que laboro en él.

No solo promoción, también atención de la salud

Tal como se señaló en el capítulo anterior, durante la ejecución del programa los promotores desarrollaron un conjunto de habilidades para atender partos de emergencia, identificar síntomas de vida, atender primeros auxilios, identificar a niños y madres desnutridas, preparar medicamentos caseros a base de plantas medicinales y atender a las personas con enfoque de interculturalidad. Tanto para la capacitación en estos temas como para delegar en los promotores una participación directa en estas tareas no solo de promoción, sino de atención de la salud, el establecimiento de salud fue un aliado importante de la estrategia. Culminado el programa varios de los promotores del programa Wiñay fueron asimilados al sector salud.

Actualmente, a partir del reconocimiento del estado situación de los EESS del primer nivel de atención y sus limitaciones, se ha aprobado el Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de atención de la Salud 2011-2021, que forma parte de la reforma del sector salud y de la Política de Aseguramiento Universal en Salud. Con esta política se viene intentando dar un mejor servicio a la comunidad, considerando a la persona de manera integral, en su expresión individual, familiar y comunitaria. Este plan busca aplicar una atención primaria de salud renovada a partir del Modelo de Atención Integral en Salud, basado en Familia y Comunidad que prioriza la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y el trabajo comunitario extramural. Este plan, aunque incorpora la participación de la comunidad en el entendido que la responsabilidad sobre el cuidado

de la salud no se limita a las personas que un equipo de salud tiene a su cargo, sino que se extiende a las comunidades a las que pertenecen⁵², no incorpora al promotor social en el modelo.

Se habla de un Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria que se constituye en el protagonista principal de la implementación que se hace en coordinación estrecha con la comunidad, y se habla de “paquetes de cuidados esenciales, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y actividades de recuperación y rehabilitación”, Sin embargo, en tales paquetes ya no se asigna un rol al promotor de salud. Si integra la participación directa de gobiernos regionales y locales y se promueve la creación de Comités Locales de Salud

Queda por evaluar cuál será –desde el discurso oficial del MINSA - la participación que los promotores de salud, que en Rondocan como en otras partes del Cusco y del Perú, siguen cumpliendo roles de promoción y prevención, a partir de capacidades instaladas en años anteriores. Lo que se ha demostrado en los últimos años, es que se ha mantenido una distancia entre los lineamientos de política formal y la realidad que ocurre en las comunidades rurales de las zonas más pobres del país. Mientras tanto podemos afirmar desde el Programa Wiñay, la acción de los promotores que se formaron bajo su estrategia, se mantienen activos, con una menor convocatoria oficial de los establecimientos de primer nivel de salud, pero con una acción subsidiaria que todavía realizan algunos de ellos en zonas donde el Estado aun no logra dar cobertura a los servicios de manera más eficaz.

5.3.3. Rol de la Municipalidad Distrital en relación a la Estrategia de Promoción de la Salud

Si el estado de salud de las personas está condicionado por factores intrínsecos y por las interacciones con el entorno ambiental, social, cultural, político y económico, entonces se requiere de una intervención integral que aborde su multicausalidad. Hay un conjunto diverso de determinantes que repercuten en el estado de salud de las personas, por ello el abordaje que requieren los problemas de salud, no pueden ni deben ser exclusividad de un sector, sino que deben ser una tarea compartida con otros órganos públicos con responsabilidad en el desarrollo integral.

Las municipalidades son el nivel de gobierno más cercano a la población cuyas funciones esenciales son: *la promoción del desarrollo y la prestación de los servicios*

⁵² www.comunidadsaludable.org

*públicos*⁵³, de allí la relevancia de analizar cuál fue la participación de la municipalidad de Rondocan en la aplicación de esta estrategia de promoción de la salud y alimentación propuesta por el Programa Wiñay.

Las municipalidades distritales desde el año 2003 cuentan con algunas funciones específicas relativas a la salud, que deben ser realizadas en estrecha coordinación con la DIRESA. Estas son:

- Administración de servicios de agua, desagüe y residuos sólidos
- Proveer servicios de saneamiento rural.
- Difundir campañas de saneamiento ambiental.
- Realizar campañas de medicina preventiva.
- Construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos.
- Gestionar la atención primaria de la salud.

Es en este contexto que se desarrolla el programa Wiñay, y en el cual la Municipalidad de Rondocan se relaciona con el proyecto.

En los años iniciales del proyecto, no era muy claro para las municipalidades que significaba la “atención primaria de salud”, aspecto que recién se resuelve en el año 2006 con la resolución de la RM N°-1204-2006/MINSA que define que la atención integral de salud en el ámbito local involucra los siguientes procesos: Promoción de la salud, Protección y recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad, Salud ambiental, Prevención y control de epidemias, emergencias y desastres, Medicamentos insumos y drogas. Desde esta fecha es más claro que es tarea municipal la promoción de la salud. Sin embargo, ello ha quedado librado a la mayor o menor comprensión que sobre la tarea tengan las autoridades locales y su disponibilidad de recursos.

En el caso de Rondocan, las autoridades con alguna comprensión sobre la importancia del programa, y con poca conciencia sobre su rol promotor en la salud, se limitaron a apoyar las acciones del programa – a solicitud del equipo del proyecto.

La modalidad de apoyo fue directa, diversa, pero no permanente. Las acciones desarrolladas fueron: pequeños apoyos de infraestructura para talleres o reuniones, participación directa en la apertura y clausura de diversas actividades del programa, coordinación con el establecimiento de salud para el inicio de las campañas, entre otras

⁵³ Fuente: Ley Orgánica de Municipalidades, artículo 80. (27 Mayo 2003)

tareas menores. De manera autocrítica un funcionario de la municipalidad de Rondocan señala:

“No participamos en la formulación del programa por falta de interés y recursos económicos... Participamos en la ejecución del programa, pero tal vez no como debería ser.”

Sin embargo, si aprobaron y respaldaron políticamente la estrategia. Por ello decimos que lo más destacado de la participación municipal en la estrategia fue el reconocimiento formal de los promotores comunales, hecho que se dio en acto público con la participación de la población, constituyéndose en el primer elemento que contribuyó al reconocimiento y legitimidad de los promotores. La municipalidad al replicar esta acción de reconocimiento de promotores en todas las comunidades, marcó el camino para que los promotores en cada comunidad logren una base de reconocimiento por las propias asambleas comunales.

No obstante, el municipio no otorgó a la implementación de la estrategia ningún otro elemento significativo que en el tiempo coadyuvará a su sostenibilidad. La participación municipal evidenció poco conocimiento de su rol y competencia y por tanto limitada actuación en acciones específicas de salud sólo apoyó facilitando el local para las capacitaciones, coordinaciones para apertura y clausura de actos protocolares y coordinaciones con el centro de salud. Aspectos o factores limitantes que explican su baja participación de la municipalidad en la estrategia

Como es tradicional, el comportamiento de las autoridades políticas de entonces se centraba más en el desarrollo de proyectos de infraestructura (obras inmediatas) y era la misma población que demandaba este tipo de obra, por consiguiente, el municipio se ocupaba tangencialmente de otro tipo de proyectos como el Programa Wiñay.

Adicionalmente las autoridades municipales entendían muy poco de la propuesta y consiguientemente se limitaban a dar respaldo protocolar y coyuntural al programa, en las propuestas de capacitación se contemplaban a los funcionarios municipales, pero casi siempre se notaba la ausencia de estas autoridades en las capacitaciones programadas.

Es probable que la normatividad derivada del proceso de descentralización, las orientaciones recibidas sobre atención primaria y los actuales incentivos municipales para las intervenciones en salud y nutrición local; y el propio efecto demostrativo del

proyecto, sean factores que han influido positivamente en la mejora de la actuación municipal.

Actualmente, la municipalidad de Rondocan ha mejorado su intervención en salud en las cuatro comunidades (ámbito del proyecto), y en ocasiones se ha apoyado en la participación de los promotores de salud, para algunas actividades. Sin embargo, se ha observado que los actuales programas de salud y nutrición que se implementan desde el gobierno nacional, han restado participación a los promotores comunales, utilizando otro tipo de estrategias de coordinación directa con los establecimientos de salud y con la población. Aunque esta acción intergubernamental en la que participa la municipalidad representa un avance en el sentido de que aparece mejor planificada y organizada, desconoce los antecedentes y prácticas locales que anteriormente permitieron lograr resultados en el campo de la salud y alimentación. Quizá un elemento explicativo sea la propia característica de gestión centralizada de los programas actuales.

Si se trata de analizar en qué medida este actor estatal contribuyo o no a la sostenibilidad de la estrategia, podemos decir que de manera directa la municipalidad cumplió un rol poco significativo, ya que no tuvieron clara conciencia y conocimiento de la importancia de la intervención que desarrollaba el proyecto (en ese momento), y por las limitaciones comunes de las municipalidades pequeñas de alcanzar una visión de desarrollo humano que vaya más allá de las inversiones en infraestructura. No obstante, de manera indirecta la municipalidad jugo un rol político relevante al reconocer la figura del promotor comunal y legitimar su acción social en salud. Si bien este actor tiene menos relevancia en tiempos actuales para el sector salud, forma parte de la historia, cultura y prácticas comunales de salud, cuyo valor incalculable está siendo recuperado por algunas otras experiencias comunales.

5.4. Costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan a la implementación de la estrategia.

De acuerdo al marco teórico propuesto por este estudio, género e interculturalidad son dos enfoques transversales a los procesos de gerencia social. En tal sentido, el programa Wifay asumió estas orientaciones fundamentales para el tratamiento de las relaciones interculturales que se gestaron entre el personal de los servicios de salud y la comunidad, y para la aplicación de estrategia de intervención con varones y mujeres.

A través del estudio se ha tratado de explorar en qué medida los aspectos culturales (costumbres y tradiciones) y las relaciones de género (construcciones culturales que

ofrecen roles y oportunidades diferentes para hombres y mujeres), ha tenido algún efecto en los resultados de la aplicación de la estrategia, y en su sostenibilidad.

5.4.1. Costumbres y tradiciones

La implementación de la **estrategia de los promotores comunales de salud - PCS** se propuso desde un inicio facilitar el dialogo inter cultural entre las prácticas de salud fuertemente arraigadas en la población de las comunidades, y la oferta de servicios de salud de predominancia occidental, que buscaba aportar al mejoramiento de sus condiciones de vida. Para ello era necesario conocer y valorar el conjunto de las costumbres y creencias que manejaba la población, para validar y fortalecer todos aquellos aspectos que representaran un beneficio para la vida y la salud de las familias; y también para re-trabajar con ellos aquellos mitos o creencias que a veces los distanciaba de lograr mejoras en su nutrición y su salud.

El programa promovió de manera expresa dos formas de expresión de la interculturalidad: la primera se concretaba a través de la recuperación de las plantas y medicinas tradicionales; la segunda estaba referida a buscar la complementación de los “modelos médicos de atención” , es decir buscar la interacción y complementación entre los servicios de atención médica del sistema de salud (medicina occidental) y formas de promoción y atención de la salud comunal, desde la estrategia de promotores de salud.

Sin embargo, esto no fue una tarea fácil. Ambos aspectos suponen la apertura, disposición y la confianza de ambos actores (de salud y comunales), y la gradual aceptación y asimilación de las transformaciones que implica operar con un modelo mixto que además requiere ser formalizado desde los actores normativos del sistema de salud.

Creencias y prácticas culturales de las comunidades revaloradas desde el Programa

Una de las evidencias concretas que muestra el programa en relación al objetivo de revaloración de las prácticas culturales de las comunidades, quedo definida en los criterios o requisitos que fueron propuestos y acordados para la convocatoria y aprobación de los promotores de salud del Programa. Estos eran:

- El PCS debería ser una persona que entienda de la cultura andina, razón por la cual el promotor es nacido en la provincia, distrito o comunidad donde es elegido.

- Hablar su idioma: el quechua
- El PCS debería tener conocimiento de las plantas medicinales y tradiciones de la comunidad.
- Para el caso de promotores que atienden partos por emergencia deberían ser de preferencia mujer, para atención de otros casos podría ser varón.

Asimismo, el proyecto Wiñay tuvo que diseñar una estrategia para conocer y recoger, el conocimiento popular (mitos, creencias, practicas arraigadas) y procesarlo con la población a través de los procesos educativos en aras de construir con ellos nuevo conocimiento valido, beneficioso para su salud. A continuación, presentamos algunas de las creencias y mitos planteadas por la población y recogidas en el trabajo de campo:

- ✓ *Cortar el cordón umbilical con tijeras puede contribuir a que el niño se convierta en ladrón.*

Esta idea influía en la población para cortar el cordón umbilical con teja u otro objeto, poniendo en riesgo la vida del niño o niña y de la propia madre. Por esta razón los pobladores también desconfiaban de las técnicas de atención del parto en el que se utilizaban una serie de instrumentos incluido la tijera.

- ✓ *La existencia del Soq'a o espíritus malignos.*

Cuando los niños llegaban a estado de desnutrición total, el niño o niña prácticamente estaba a un paso de la muerte, esta situación desconocida para los padres era atribuido a los malos espíritus de las montañas, entonces el niño o niña era sometido a rituales con diferentes hiervas y le hacían beber pócimas, con el propósito de recuperar al niño y claro en la mayoría de las veces empeoraban la situación.

- ✓ *La diarrea era producto del mal sueño de las madres.*

Cuando los niños sufrían de diarrea, era popular indicar que la madre del niño o niña se dormían mucho cuando estaba embarazada por consiguiente su leche era de mala calidad. Para revertir esta situación, la madre tenía que extraer su leche y depositarlo en una cascara de huevo, allí tenía que combinarlo con una serie de extractos de hiervas y dárselo a beber al niño, claro, en la mayoría de los casos esto empeoraba la situación del niño llevando en ocasiones hasta la muerte.

- ✓ *Sarpullidos al borde de la boca eran picaduras de araña y eran quemados con madera recién quemada.*

Cuando a los niños les brotaba sarpullido al borde de la boca producto de alguna inflamación del estómago, en la comunidad se pensaba que eran por la picadura de la araña y se estilaba coger los cucharones de palo, los colocaban al fuego y casi al rojo vivo eran colocados sobre estos sarpullidos. Según los pobladores cuando se daba este tratamiento los sarpullidos se secaban rápidamente; pero casi siempre los niños eran quemados y soportaban esta práctica tan dolorosa.

También el programa en su momento promovió la valoración y producción de ciertas medicinas y productos medicinales en base a las plantas del lugar:

Se produjo jabones de plantas medicinales, el programa recogía conocimiento y prácticas validadas por la dirección de salud (uso del llantén, la menta, la manzanilla y uso adecuado de las plantas para utilizar óptimamente sus propiedades.) Se han hecho, jarabes, pomadas, jabones. Se ha fortalecido conocimientos que ya tenían (Entrevista a profesional del equipo Wiñay)

Otra manifestación de la población se refleja en las entrevistas realizadas donde se encontró que el 86% de las madres entrevistadas manifiesta que cuando su familia tiene malestares comunes (gripes, diarreas) recurren a medicinas farmacológicas, pero también recurren a las plantas medicinales, lo que nos haría evidenciar que efectivamente la mayoría de familias continúan valorando la medicina convencional, aunque ya introducido la medicina tradicional. También se encontró que un 26% de familias indican que algún miembro de su familia ha sido afectado en salud a causa de los *soqqas machu*, refiriéndose a los malos vientos provenientes de algunas tumbas antiguas. Cuando se pregunta si existen todavía estos *soqqas* y también los brujo en la comunidad, el 66% de los entrevistados manifiesta que sí existen; con lo cual podemos evidenciar lo arraigado de estos temas en las familias campesinas.

Durante la ejecución del proyecto las familias en su mayoría no querían tomar pastillas, solo querían rituales, hierbas y a veces morían de enfermedades muy difíciles de tratar, por resistirse a la intervención médica.

Prácticas interculturales logradas por el programa

Analizando los comportamientos de las madres de familia, después de algunos años de concluido el proyecto, encontramos que un 69% dio a luz en el establecimiento de salud y tan sólo un 2% lo desarrollo en su casa, el resto migraba hacia la ciudad del Cusco o fuera de ella. Esto nos puede indicar que gracias a la actuación de la estrategia de promoción y de los promotores comunales, ahora sí la población comprende la importancia de contar con un servicio formal en la atención de los partos.

De la misma forma las madres de familias (89%) indican que fueron atendidas por el personal del establecimiento de salud (varones y mujeres) , con lo que también fue superado en gran parte, la anterior resistencia que tenían las madres al ser atendidos por personal masculino en sus procesos de embarazo y el nacimiento de sus hijos; de ello podemos deducir también que igualmente sus esposos comprenden o toleran la idea de que la salud de sus esposas o parejas y el de sus hijos no tienen por qué verse afectadas al ser tratadas por un profesional médico varón o mujer. Las incomodidades o celos manifestados anteriormente por varones han disminuido.

Entre los entrevistados se mantiene una ligera tendencia de los esposos (principalmente) a desear hijos varones, porque las familias basan sus capacidades productivas en la mano de obra del varón, pero también puede esconder un ligero sesgo machista que también afecta en los trabajos y responsabilidades del promotor de salud.

Otro cambio importante, al concluir el proyecto, es la constatación que el 97% de las madres entrevistadas, manifiestan que ahora llevan a sus hijos a los controles de crecimiento en el establecimiento de salud, a diferencia de hace algunos años en los que no se valoraba los servicios de salud del MINSA, y costaba mucho trabajo que asistieran al control de la gestación y a las actividades de control y desarrollo de los niños menores de tres años.

Acercar el servicio de salud a la población, fue uno de los logros de la estrategia. Ahora las familias están inscritas en el SIS, la ven como una alternativa eficiente. El 100% de las madres de familia entrevistadas indican que llevan a sus hijos a los establecimientos de salud para que reciban sus vacunas, lo cual también evidencia que ahora las madres conocen y valoran la aplicación de las vacunas, saben que algunas vacunas tienen consecuencias secundarias pero pasajeras, pero se asumen como hechos normales; aspectos que antes no eran comprendidos. Ese acercamiento y confianza ha costado mucho tiempo lograrlo.

Sin embargo, todavía existe un pequeño sector de familias para las cuales la atención de enfermedades comunes se realiza en casa. El 14% de las familias entrevistadas señalaron que las enfermedades comunes se atienden con medicamentos caseros.

Efectos del componente intercultural en la sostenibilidad de la estrategia

Como hemos mostrado en los datos anteriores, los factores culturales han tenido una alta importancia en el Programa, y han exigido de la estrategia de promoción, mecanismos y herramientas diversas para enfrentar el diálogo intercultural, e ir incorporando gradualmente contenidos educativos y prácticas de salud occidentales que complementariamente al conocimiento tradicional pueda aportar a la salud.

En este proceso no solo ganaron las familias y las comunidades, sino también los profesionales del equipo de salud, quienes participaron del diálogo y comprensión intercultural, recuperando del saber ancestral toda aquella práctica útil para el cuidado de la salud que pueda ser valorada e incorporada también desde la práctica médica. Los médicos o algunos médicos no hablaban quechua, aspecto que fue apoyado por los promotores de salud; el profesional del establecimiento no tenía formas alternativas de atención de la población rural ya que el sistema estaba hecho para atender a población urbana. Ha sido gracias al trabajo conjunto con el Programa que se ha logrado este acercamiento intercultural.

El producto de ello ha sido un modelo de prevención y atención de la salud comunal que articulaba prácticas de salud tradicionales y occidentales, y la intervención conjunta de personal médico y agentes comunales, a favor de la salud.

En este modelo la estrategia de promoción, (que encierra estrategias educativas y comunicativas) jugó un rol clave al disminuir las barreras sociales y culturales entre las comunidades y los equipos profesionales de salud. Al mejorar el diálogo, entre ellos se ha promovido una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud. Tal como señalan los autores Berlín y Fowkes⁵⁴ el éxito de la comunicación intercultural puede ser lograda a través de un proceso en el cual “escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar” son los elementos centrales. El proyecto propició este puente de comunicación en un modelo de atención, que sin abandonar radicalmente las prácticas culturales de la población incorporó progresivamente los beneficios de la medicina occidental, con la adecuada comprensión de la población, permitiendo trascender a

⁵⁴ Citado por MINSA (2011) en el Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de la Salud.

través de los años, y **configurando prácticas “mixtas” o interculturales, y resultados concretos como ha sido la reducción de la desnutrición crónica infantil.**

El proyecto con Caritas Cusco, fue de gran ayuda para el Ministerio de Salud, porque realizaron un trabajo minucioso con los promotores de salud en la prevención y promoción de atención de la salud. Nosotros como MINSA no contábamos ni contamos con presupuestos suficientes para el trabajo con los promotores; sólo les podemos dar capacitaciones, reconocimiento (acreditación) y algunos materiales para el trabajo en comunidad.

Cuando concluyo el proyecto Caritas nos transfirió la metodología, lamentablemente no podemos continuar por la falta de personal y presupuesto, aunque también ahora las funciones del promotor se ciñen a la **promoción de la salud y no a la intervención en la salud, también ellos apoyan a ser voceros entre el centro de salud y la población.**

(Entrevista a representante de la DIRESA y Director de Promoción de la Salud)

Si bien el MINSA reconoce que el trabajo ha sido de gran importancia en su momento y que lograron apropiarse de la metodología de educación de adultos, de las experiencias de las pasantías y otros beneficios generados por el proyecto como fue el sistema de recolección de data y otros; institucionalmente no se ha seguido con la propuesta que se transfirió, lo que desde la perspectiva del programa ha sido evaluado como un retroceso.

5.4.2. Relaciones de género y su influencia en la estrategia

Como hemos señalado desde el marco teórico, el enfoque de género es una categoría de análisis que nos remite a la revisión de los roles que hombres y mujeres han jugado en la comunidad y en el proyecto, para analizar las diferentes oportunidades que se han generado para hombres y las mujeres, así como las interrelaciones que se han dado entre ellos. En este ítem buscamos demostrar en qué medida estas relaciones de género promovidas por el proyecto han contribuido a los cambios esperados y a su sostenibilidad.

Un factor importante a anotar es que, a diferencia del tratamiento de las relaciones interculturales, el proyecto no se propuso de manera explícita abordar un enfoque de género. Sin embargo, es a partir de algunas dificultades encontradas principalmente en

la aplicación de la estrategia de PCS, que el proyecto ensaya respuestas e intervenciones y madura la reflexión sobre esta variable social.

Características de las relaciones de género en las familias de las comunidades

En las comunidades intervenidas existía demasiado machismo promovido por varones o mujeres. La mujer era sometida ante el varón, y no ejercía una serie de derechos que eran reservados para los varones:

- Las mujeres no tenían acceso al poder de ningún tipo.
- No eran titulares de tierras
- No tenían acceso a otros bienes de producción
- No podían ser representantes comunales, ni en organizaciones territoriales
- Solo en su condición de casadas podían tener acceso a gua comunal
- Eran víctimas de violencia ejercida por varones hacia mujeres y niños.
- Era aceptado socialmente como un derecho del varón “encaminar” a su familia, así fuera con violencia.
- Las autoridades comunales asumían que la violencia era una medida en beneficio de la familia. Solo intervenían cuando se llegaba a mutilaciones o se quitaba la vida a alguien.

En relación a la atención de la salud, se veía muy mal que un varón promotor atiende partos con las mujeres de sus vecinos. Los esposos tampoco querían que un médico varón vea a sus esposas. Los celos se sobreponían a la salud. En general había reglas implícitas pero muy claras en relación a los roles y oportunidades para las mujeres, que no podían ser transgredidas fácilmente.

Género en la aplicación de la estrategia de PSC

El Programa enfrentó directamente la problemática de género desde el momento que propuso que las mujeres de la comunidad podrían asumir la labor de promotoras comunales. Ante esta propuesta hubo muchas resistencias de varones y también de las mujeres, ya que la población no estaba de acuerdo con el rol que iban a desempeñar.

Los líderes de opinión de la comunidad se oponían al rol de la mujer, pero no se oponían a las comadronas, cuando la mujer asumía responsabilidad de instituciones como Caritas y se le capacitaba, se le daba indumentaria nueva y la ponían como líder... siempre ponían obstáculos a su labor (Entrevista a profesional del equipo del Programa Wiñay)

Los argumentos que ponían frente al rol de las promotoras era que las mujeres solo estaban para cuidar a los hijos y para cuidar la familia, además la arraigada creencia de que cuando una mujer participa en determinadas actividades de “varones” es una “mala señal” porque todo puede ir mal...⁵⁵

Algunos testimonios recogidos de las propias promotoras dan cuenta de la problemática de género vivida en su rol como PCS

Entrevista realizada a Ex – promotora de salud Sra. Gumercinda Lira Laurente (Comunidad de Kuñutambo)

Cuando inicié el trabajo como promotora de salud, el trabajo que realizaba me gustaba por eso acepté el trabajo por 8 años, pero mi esposo no entendía y algunas veces me golpeaba cuando se emborrachaba, me votaba de la casa junto con mi hija. Después de 6 años veo un cambio en mi esposo dejó de tomar comprendió el trabajo que realizaba, por eso llegue a abrir una botica en mi casa, veo que el pueblo me conoce y aprecia.

Entrevista realizada a Ex – promotora de salud Sra. Isabel Arando Cárdenas (Comunidad de Rondocan)

A mí me sirvió de mucho el ser promotora de salud en mi comunidad, porque me sentía útil para mi pueblo y ello me motivo a ser dirigente en muchas oportunidades y destacar a nivel del distrito. Viendo todo esto mi esposo llegó hacer Alcalde del Distrito y yo fui una gran ayuda para él.

Intervenciones promovidas por la estrategia

El programa les ha dado a las mujeres promotoras nuevas responsabilidades en beneficio de la comunidad, esto ha generado nuevos espacios para la mujer en su espacio comunal, lo cual más adelante ha aportado en la asunción de otros roles más políticos, y también cambios en su rol en el sistema productivo comunal

Para ello el proyecto no solo trabajo con las mujeres, sino que también incorporo un trabajo con los varones.

⁵⁵ Referencias de entrevista realizada con profesional del equipo del proyecto Haku Wiñay

No solo se despertaba conciencia de derechos en las mujeres, porque esto generaba también conflicto con los varones... y esa no era la idea, por ello se trabajó también con ellos (entrevista a profesional del Programa Wiñay)

Se implementaron primero cursos conjuntos y luego cursos solo para varones sobre temas diversos, insistiendo siempre en la valoración de la mujer y el trato igualitario y equitativo. Se buscó insertar a los varones en las actividades de mejora de su vivienda y aspectos de saneamiento, aunque siempre su participación fue menor.

Para el varón fue difícil a un inicio asumir una conducta de cambio. Sin embargo, en el proceso de ejecución del programa las actitudes de los varones fueron modificándose y se mantienen hasta hoy.

Desde la perspectiva de género, se presentaron varios problemas en relación a las promotoras mujeres:

- ✓ Las promotoras para cumplir adecuadamente su función descuidaron sus otros roles familiares, generándose conflictos con el esposo y en la familia
- ✓ Las promotoras enfrentaban una sobrecargado de roles y tareas.

Frente a ello el programa evaluó el sobredimensionamiento del trabajo de las promotoras y busco formas de reconocimiento económico. También se trabajó con los esposos para explicarle la importancia de su trabajo comunal y para asegurar su participación en las pasantías y viajes a Lima. Veamos algunos relatos recogidos de los profesionales del equipo del programa

La labor del coordinador del programa ha sido trabajar con el esposo y la familia... se ha logrado que ellos entiendan. Hubo casos que sus esposos les habían advertido que, si continuaban en esa labor, las iban a dejar.

Un aspecto positivo cuando se les asigno un incentivo económico, eso sí lo tomaron de buena gana, porque cada mes recibían un monto de dinero por su trabajo.

Cuando ella empezó el cargo, su esposo era alcohólico la golpeaba y le botaba de la casa, pero luego le entendió....

Con los promotores varones nunca hubo ninguna dificultad, por el contrario, ellos gozaban de una descarga de sus funciones habituales, pues se había aprobado una

serie de estímulos a su trabajo, tales como no ir a la faena, tener a alguien que trabajara su chacra, entre otros. Siempre mantuvieron privilegios comunales

Sin embargo, las estrategias y respuestas explícitas del programa a la problemática de género se concentraron principalmente en las promotoras, y se ha evaluado que faltaron estrategias de trabajo más extensivo con las familias participantes del proyecto. Pese a todo ello los efectos logrados fueron positivos

Resultados y sostenibilidad

Se ha logrado incorporar a las promotoras mujeres (también varones) como líderes de decisión reconocidas y aceptadas por la comunidad. Ahora participan de las asambleas, también en espacios municipales y en reuniones con personal de salud.

El programa ha tratado de hacer entender a la comunidad entera que las promotoras aportan un trabajo valioso y que merecen un reconocimiento. Ellas han llegado a ganar espacio en cargos comunales y posicionarse mejor inclusive políticamente, y convencer a los líderes de opinión de la importancia de su trabajo, a tal punto que se han reducido las resistencias frente a la participación de la mujer en otros roles, lo cual ahora se asume como “algo normal”; y ahora los líderes evalúan positivamente el rol de las mujeres como promotoras y proponen a otras mujeres para el cargo.

De manera preliminar concluimos este análisis señalando que las relaciones de género sí tuvieron una fuerte influencia en la estrategia de PCS, razón por la cual el Programa Wiñay recogió estos aspectos y fueron incorporados como parte de la estrategia en la ejecución del programa. De esta manera la población intervenida asumió y asume hasta hoy una responsabilidad compartida (entre hombres y mujeres) frente a la atención de la salud, aunque en la data recogida prevalece una tendencia sostenida mayor en la participación de mujeres frente a los varones, y una cierta división funcional en los roles de mejora que asumen al interior de la familia: mientras las mujeres están más cercanas a la mejora de la salud y alimentaron de los hijos, los varones se concentran en actividades de mejora de las condiciones de la vivienda y el saneamiento básico.

Como se señaló al principio, el proyecto no tuvo desde un inicio una estrategia explícita para aplicar la perspectiva de género al proyecto, Sin embargo, se ha podido constatar y evaluar que, si no se hubieran tomado medidas de intervención frente a esta problemática, no hubiera sido posible la estrategia con promotoras mujeres (que son las que han tenido mayor permanencia en la tarea) y probablemente se hubieran incrementado los conflictos y la violencia familiar, lo cual nos indica como lección

aprendida la relevancia de abordar de manera explícita esta variable, reconociendo la problemática que subyace a los grupos objetivos.



6. CONCLUSIONES

El estudio de la estrategia de promotores comunales (PCS), aplicada por el Programa Wiñay en cuatro comunidades del distrito de Rondocan en Cusco, ha permitido explorar y comprender, luego de varios años de concluido el programa, cuáles son los factores que tuvieron mayor influencia en el desempeño de la estrategia y sus resultados y que permitieron dar sostenibilidad a los cambios generados.

De manera general, es posible afirmar que tres de los cuatro factores estudiados (el desempeño de los promotores, el rol de los actores institucionales y los factores culturales) han mostrado claras evidencias de haber constituido las bases esenciales del modelo de promoción y atención de la salud aplicado por el Programa, que respondió satisfactoriamente a necesidades y características de las comunidades campesinas, en un tiempo y espacio en el cual los servicios de salud públicos no lograban alcanzar a esta población una oferta adecuada y accesible. También se constata que estos factores han sido pilares importantes para la sostenibilidad de los cambios generados.

Uno de los cuatro factores analizados (la participación de los actores comunales como la población, exceptuando las madres de los niños de 0 a 3 años) ha mostrado importantes debilidades, que no fueron percibidas en su momento por la estrategia, pero que ahora se comprueba como déficit que restó potencialidad y sostenibilidad al modelo desarrollado.

6.1. Sobre la participación de la población en la implementación de la estrategia

✚ El análisis de la participación de los actores comunales en el Programa Wiñay y la estrategia de promotores (PCS), ha mostrado una arista de debilidad del programa, que se evidencia en dos indicadores esenciales: la escasa participación de los actores sociales en el proceso de gestión del programa (diagnóstico, planificación ejecución y evaluación), y el limitado recuerdo que tienen las organizaciones sociales sobre su intervención directa en las actividades del programa. Según datos primarios obtenidos, las familias participantes del proyecto, solo recuerdan con claridad su participación como “beneficiarias” de los servicios tangibles ofrecidos por el proyecto.

Siguiendo la reflexión de Rebollo (España: 2002), el programa Wiñay no logró consolidar una estrategia de participación que busque la transformación y la promoción de cambios en donde la participación de la población es fundamental; sino, simplemente se llegó a un estilo de participación que legitimó la posición y los

objetivos e intereses del programa. Para esto, como es lógico, se enfatizó principalmente aspectos técnicos (Cuaderno del promotor, el Manual del AIEPI⁵⁶ Comunitario, entre otros) y metodológicos (Andragogía, Manual de capacitación, entre otros).

Este proceso de cambio requiere una propuesta educativa para la población, cuando la población cambia sus acciones también. A ese salto o proceso, Rebollo la denomina *la educación colectiva*, que permite impulsar cambios en valores y actitudes. Así, el programa fue débil en este aspecto, por ello, la población recuerda más las acciones tangibles de los servicios ofrecidos por el programa tales como: Entrega de alimentos, pasantías y algunos cursos principalmente.

Esta educación colectiva se da en la práctica, en el día a día de la población, pero no solo se limita a convocar las asambleas, redactar protocolos o crear nuevas organizaciones; va más allá de actividades formales y se centra principalmente en lograr nuevas formas de relacionamiento de la población con los actores que aporten recompensas para los involucrados. Además, estas nuevas relaciones deben darse en un contexto agradable y de satisfacción para todos, esto lo hace sostenible en el tiempo.

Del análisis de Rebollo, podemos deducir que el programa si consideró acciones de participación colectiva en la implementación de la estrategia de PCS, desde espacios de decisión comunal (asambleas, faenas y reuniones extraordinarias comunales), pero, al parecer, este procedimiento no fue suficiente para alentar un nivel de participación de la población de forma aceptable y sostenible en el tiempo.

- ✚ La revisión de la estrategia propuesta desde el programa mostró la escasa articulación y desarrollo de relaciones con los otros actores y organizaciones comunales. Ello es evidencia de que su acción se concentró en la figura del promotor (a) como líder comunal. Algunas actividades del proyecto coadyuvaron tangencialmente en este proceso de formar parte de la dinámica social de la comunidad, por ejemplo: las visitas domiciliarias, las campañas médicas con la dirección de salud, las réplicas de las capacitaciones, fueron acciones del proyecto que facilitaron la incorporación del promotor (a) comunal en ese entonces. Fue mérito de los promotores (as) haberse constituido finalmente como parte de la

⁵⁶ EIEPI: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

estructura organizativa de las comunidades. De la misma forma el trabajo con los centros educativos, el municipio y otros actores fue demasiado tangencial y puntual.

- ✚ Siendo la salud un aspecto transversal a la vida de las personas y bien necesario en todas las fases del ciclo de vida, en el caso del programa Wiñay, su atención se focalizó tan solo en la población adulta, principalmente en las mujeres (en atención a la prioridad del binomio madre niño). Sin embargo, la estrategia debe ser revisada para alcanzar a los diferentes grupos etarios de la población. Por otra parte, los niños y adolescentes esta vez fueron observadores del trabajo del promotor con las mujeres, también los ancianos quedaron al margen de la intervención.

En síntesis, no se tuvo una estrategia definida que promueva una articulación de actores y se logre un mejor posicionamiento de la estrategia de promoción en el espacio familiar y comunal.

6.2. Sobre el desempeño de los promotores en la implementación de la estrategia

- ✚ La ejecución de las acciones de capacitación, formación y desarrollo propuestos por el programa Wiñay se focalizaron en la actuación del promotor comunal, centrando allí todas las expectativas de funcionamiento del modelo de promoción y atención de la salud. Por ello, el desempeño alcanzado por este actor social ha sido examinado por el estudio en tres aspectos: el rol, requisitos, competencias desarrolladas, y percepción de la comunidad sobre su actuación.
- ✚ En relación con el **rol cumplido**, se ha conocido que el Programa Wiñay, interpelado por la realidad de las comunidades en el momento de la intervención, intentó atender las necesidades apremiantes de salud de la población (tasas de desnutrición infantil del 50%, las muertes maternas y la persistencia de enfermedades prevalentes). Para ello, formó a los promotores con conocimientos y destrezas no solo para prevenir enfermedades y promocionar la salud, sino también para cumplir un rol curativo en algunos casos, atendiendo problemáticas diversas (desde picaduras hasta atención de partos). Ese rol, el cual mantuvo el promotor por algunos años, se fue regulando con un trabajo coordinado con el MINSA. Después de concluido el programa, se ha valorado esta orientación del rol del promotor como una intervención de riesgo. No obstante, las condiciones de desatención de la salud de la población en su momento, justificaron dicha decisión.

- ✚ Uno de los factores de éxito de la estrategia de promotores comunales aplicada por el programa descansa en las **características básicas o requisitos** que exigió la propia comunidad para este importante actor social. Las características básicas exigidas a este importante actor comunal aseguraban condiciones esenciales que hicieron más potente el proceso de desarrollo de capacidades aplicado. De otro lado, el hecho que la selección y aprobación fueran realizadas por la propia asamblea comunal, le otorgaba un nivel de reconocimiento, liderazgo y legitimidad, que tuvo un valor incalculable para la estrategia.
- ✚ Otro factor que dio sostenibilidad a la estrategia fue **el reconocimiento** de los promotores, logrado por el Programa. Más allá de la elección comunal, la legitimidad alcanzada por los promotores comunales se debe a que el programa trabajó acciones de incidencia con el MINSA y la Municipalidad para lograr el reconocimiento y empadronamiento y el otorgamiento del carné de promotor comunal. Adicionalmente, los promotores fueron estimulados de diversas maneras: desde la comunidad obtuvieron exoneraciones de trabajo comunal, y desde el programa se logró aplicar temporalmente una asignación económica por movilidad. Sin embargo, frente a estas modalidades de incentivo los ensayos que se han dado no han tenido los resultados esperados. Los estímulos otorgados por la comunidad no resistieron al tiempo, ya que siempre hubo reclamos sobre el merecimiento o no de estos beneficios. De otro lado, el estímulo monetario no fue sostenible y fue suspendido. Más allá de ello, la mayor parte de promotores se mantuvieron en la función lo que indica que ellos mantienen un tipo de motivación que va más allá de una participación funcional y una expectativa económica.
- ✚ En relación a la percepción de la comunidad sobre el desempeño del promotor, se recogieron valoraciones diversas, lo cual indica que no toda la comunidad estaba igualmente satisfecha con el desempeño de los promotores. Lo que es claro es que hay una alta valoración del desempeño del promotor en cuanto a su rol educativo, en las orientaciones brindadas para mejorar su alimentación e higiene, prevenir enfermedades; mas no cobra igual importancia para la gente la actuación de promotores para resolver problemas de salud.
- ✚ Entre otras limitaciones del proceso de formación de promotores, se observó debilidades en la propuesta formativa que buscaba “transferir” demasiados conocimientos técnicos sobre curaciones, saneamiento básico, conocimientos de medicina natural, enfermedades tropicales, entre otros. Dichos conocimientos no se

correspondían; es decir, no estuvieron acorde a las características de este actor y, por tanto, dificultaron la buena asimilación de aprendizajes.

- ✚ Desde una perspectiva de atención primaria de la salud, los problemas de la población del orden de la salud pública no sólo son técnicos ni médicos, la problemática de salud debe contemplar una serie de variables en los cuales el promotor(a) debe incidir, uno de ellos es por ejemplo, los temas ambientales, sociales y organizativos, de aquí se infiere que el promotor(a) de salud no sólo debía conocer y manejar información de aspectos sociales sino también sobre otras variables intervinientes, aspectos que no fueron contemplados en la fase de formación, ni en su intervención.
- ✚ De esta forma, la imagen reflejada por el promotor comunal de salud (PCS) y la percepción que la población tenía de éste, se circunscribía casi estrictamente al ámbito de la salud, cuando el promotor(a) debería ser un líder de cambio y opinión de procesos de desarrollo integral en torno a la salud. Si el panorama del promotor fuera más allá del campo específico de la salud comunal, éste podría promover no sólo el tratamiento de enfermedades de la comunidad sino contribuir al desarrollo sostenible del mismo.
- ✚ Gracias al despliegue de la estrategia del programa Wiñay y de los primeros promotores(as) que se gestaron en diversos programas en zonas rurales; años después (2014), era muy común encontrar en las comunidades serranas a un promotor(a) comunal (tanto como a un comité de regantes).

6.3. Sobre el rol de los actores públicos en el apoyo de la estrategia.

El presente estudio analizó la relevancia del papel que jugaron tres órganos públicos vinculados a la función de salud: La DIRESA, el establecimiento de salud (primer nivel de atención) y la municipalidad distrital.

- La participación de la DIRESA se dio en el marco de un convenio de cooperación mutua que establecía la interacción entre el proyecto y los establecimientos de salud para el desarrollo de actividades conjuntas, que servían a la estrategia de PCS y a las estrategias propias del ente rector de salud. Este trabajo, coordinado y en acción conjunta, otorgó legitimidad a ambas intervenciones del programa con los PCS y del MINSA, a través de las grandes políticas públicas de salud. Las evidencias recogidas también aportan elementos que permiten asegurar que la DIRESA, el establecimiento de salud e indirectamente el sistema de salud

local se beneficiaron de la concertación de esfuerzos (DIRESA-Programa Wiñay), ya que les permitió contar con un “brazo” de apoyo frente a las comunidades rurales, y fortalecer capacidades de trabajo intercultural y educativo. Se estima que gran parte de los cambios que ha sufrido el sistema de salud en los últimos años, en su actuación del primer nivel de atención; se debe a la influencia de múltiples intervenciones de salud rural, que como el Programa Wiñay aportaron estrategias alternativas de intervención en el campo de la promoción de la salud.

- De acuerdo con la data recogida, la municipalidad local cumplió un rol poco significativo, en el desarrollo de la estrategia, explicado por su débil capacidad institucional y su poca comprensión de las funciones de salud que recientemente se descentralizaban. No obstante, de manera indirecta la municipalidad favoreció la estrategia dándole el respaldo político que requerían los promotores comunales, lo cual contribuyó a su legitimidad.
- La estrategia no visibilizó ningún esfuerzo de coordinación intersectorial, ni intergubernamental, articulaciones necesarias por la naturaleza de los problemas que busca enfrentar. Si bien hubo una coordinación con DIRESA y Gobierno Local, estas no prosperaron en un plan de acción hacia resultados comunes. En el nuevo contexto de prioridades nacionales, se hace necesario potenciar la articulación con los sectores de educación y vivienda (agua y saneamiento) y a nivel intergubernamental con la municipalidad provincial y gobierno regional.

6.4. Sobre las costumbres, tradiciones que afectaron la implementación de la estrategia.

El programa Wiñay promovió de manera expresa la interculturalidad y el diálogo intercultural. Por un lado, promovió la recuperación de las plantas y medicinas tradicionales, recuperando también prácticas ancestrales de atención de la salud; por otro lado, desarrolló una estrategia para lograr la complementación de los servicios de atención médica del sistema de salud (medicina occidental) y formas de promoción y atención de la salud comunal, desde la estrategia de promotores comunales de salud (PCS).

La estrategia de los PCS facilitó el diálogo intercultural entre las prácticas de salud fuertemente arraigadas en la población de las comunidades, y la oferta de servicios de salud de predominancia occidental. Asimismo, se fortalecieron todos aquellos aspectos que representaban un beneficio para la vida y la salud de las familias; y se trabajó en

los mitos o creencias que, a veces, distanciaba a la población de lograr mejoras en su nutrición y su salud. Esta fusión y articulación de prácticas no solo permitieron enfrentar la situación de salud de las familias por el período que duró el proyecto, sino que generó cambios en la población, que ahora se acerca sin resistencias a los servicios de salud del MINSA y los ven como una alternativa eficiente para atender su salud. No obstante, es un tema a seguir trabajando, ya que un pequeño sector (14% de las familias entrevistadas) señaló que mantienen la atención de su salud con medicamentos caseros.

6.5. Sobre las relaciones de género y su efecto en la estrategia

La experiencia del programa Wiñay, al igual que otras intervenciones de salud rural, se vieron directamente influenciadas por las estructuras culturales de las comunidades rurales, entre ellas la relación de género. Esto se reflejó en las dificultades que las mujeres promotoras encontraron en su entorno familiar y comunal para ejercer libremente su función. El reconocimiento de esta variable poco desarrollada por el proyecto desde sus inicios, implicó ajustes de la estrategia, y la necesidad de procesar permanentemente la reflexión sobre la influencia de las variables culturales.

Si bien la estrategia logró “controlar” algunas variables de género a nivel de promotoras; se concluye que la acción del proyecto no alcanzó mayores transformaciones culturales en la población. Por otra parte, queda la reflexión sobre la medida en que el proyecto también afectó las condiciones de vida de las mujeres al adicionar un rol comunal a su rol productor y reproductor, generándoles conflictos. Finalmente, la variable género requiere un tratamiento explícito y de largo plazo que el Programa Wiñay no se propuso hacer extensivamente, por tanto, los cambios producidos a este nivel han sido muy puntuales.

7. PROPUESTA DE LA NUEVA ESTRATEGIA DE PROMOTORES COMUNALES DE SALUD

7.1. Fundamentación

La presente propuesta ha sido construida con el objetivo de plantear una nueva estrategia de trabajo con PCS, acorde al nuevo contexto que vive nuestro país, y se sitúa en un nuevo escenario económico, social y político favorable al desarrollo de proyectos y programas sociales que ahora avizoran mayores posibilidades de impacto y sostenibilidad.

Este nuevo contexto presenta al país en una senda de crecimiento económico que se ha mantenido durante el último quinquenio, dando la posibilidad al Estado de incrementar presupuestos y mejorar las intervenciones sociales, principalmente en el ámbito rural, hecho bastante limitado durante los años noventa y principios del presente milenio.

El fortalecimiento del Estado ha permitido mayor presencia del mismo en el ámbito rural, de igual manera, está mejorando sus capacidades de gestión a partir de políticas, normas y procedimientos destinados a mejorar su intervención, basado además en el mejoramiento de las capacidades del capital humano que dispone.

Este contexto permite dejar de lado el enfoque funcionalista de las intervenciones sociales, donde los cambios resultan de las distintas formas de conducta adaptativa de los individuos hacia un nuevo enfoque donde los actores sociales son colectividades de conciencias⁵⁷ para resolver sus contradicciones. Además, intenta dejar atrás la lógica de actuación sectorialista, ante una mayor articulación intersectorial y una gestión descentralizada en lo territorial

A continuación, se detallan los nuevos factores del nuevo escenario de las comunidades:

Factores favorables desde las políticas públicas:

- La acción del Estado más cercana a las comunidades rurales, principalmente a través de los programas sociales, haciendo de los pobladores “sujetos de acción” (no meros participantes pasivos) de una serie de propuestas de asistencia y desarrollo social (Pensión 65, Cuna Más. Programa Juntos, Qaly

⁵⁷ Nájera Joel. Fundamentos de la Gerencia Social, Escuela de Posgrado. 2012

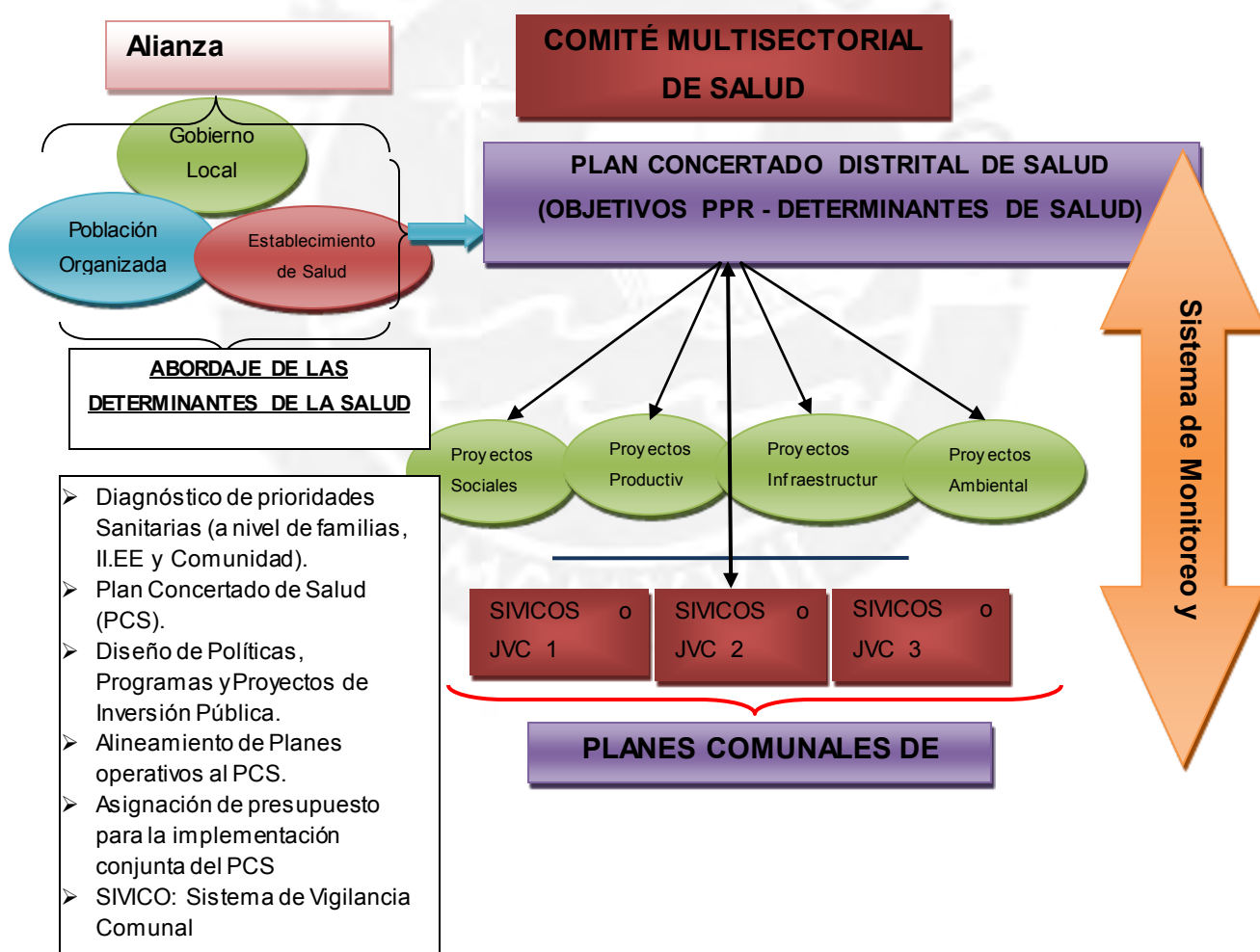
Warma, Beca 18, Chacra Emprendedora, entre otros) que generan una dinámica social basada en la participación de los diferentes grupos etarios de las comunidades. De este modo, el Estado no es un ente ausente y gaseoso sino tangible a través de sus programas sociales, lo cual, antes no ocurría.

- Más concretamente los programas de transferencias condicionadas, han constituido una oportunidad para elevar la demanda de los servicios de atención de madres gestantes y niños menores de seis años, quienes ahora cuentan con un mayor control de su salud.
- Asimismo, los gobiernos locales ahora cuentan con recursos provenientes del FONCOMUN, CANON Y SOBRECANON (minería, gas), a partir de los cuales han iniciado procesos de promoción al desarrollo en sus comunidades lo que anteriormente estaba reservado casi exclusivamente para las ONGS y algunas entidades de desarrollo, y fondos de incentivos, concursables que estimulan las intervenciones de salud y nutrición, entre otros aspectos.
- La Ley N° 27972 indica además “que los gobiernos locales representan al vecindario, promueven la adecuada prestación de servicios públicos locales, y el desarrollo integral, sostenible y armónico de su circunscripción”. El art. 80 indica que su función específica en la salud establece la gestión de la atención primaria de salud.
- Los dos puntos anteriores han permitido la presencia y actuación de nuevos actores del desarrollo (funcionarios del estado, nuevas ONGS, funcionarios municipales, partidos políticos, entre otros) quienes promueven nuevos enfoques y modelos de desarrollo, fundamentados también en nuevos conceptos y paradigmas, generando nuevos intereses, mayor protagonismo entre ellos dinamizando nuevas relaciones entre el Estado, la sociedad, la economía implicando consecuentemente acciones sobre el bien común.
- Todo lo anterior viene siendo fortalecido con la implementación de la “Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021”, impulsado por la Secretaria de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros como ente rector del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública. Con el propósito de responder a una orientación estratégica y se desarrollan de manera integrada y articulada Administración Pública

eficiente, enfocada en resultados y que rinda cuentas a los ciudadanos; que en esos años del Programa Wiñay estaban en forma incipiente.

- El MINSA a través de la “Directiva Sanitaria de la Estrategia de Sectorización” (Sistema de vigilancia de la salud de la familia y comunidad mediante acciones de promoción y prevención de la salud) ahora incorpora compromisos específicos de implementación de esta estrategia a través de los equipos de gestión de los establecimientos de salud, asignando sectores y sectoristas a través de un proceso participativo (Jefe de establecimiento de salud, personal del establecimiento, agente comunitario, parteras, líderes comunales) desde la ejecución, monitoreo y supervisión, cumpliendo mínimamente un ciclo de intervención que antes no se daba.

Gráfico 2: Ciclo



Fuente: MINSA Directiva Sanitaria de la Estrategia de Sectorización – 2014

- El enfoque de gerencia social territorial y por resultados, viene orientando la actividad pública hacia un esfuerzo articulado de los diversos actores del territorio, para la provisión efectiva de bienes y servicios hacia la población a nivel descentralizado; siendo vital el rol que cumplen los gobiernos locales en esta articulación de las políticas y programas y en la implementación de las intervenciones y la obtención de los resultados esperados.
- El proceso de desarrollo de capacidades de los servidores públicos (funcionarios del Estado, de gobiernos locales e inclusive autoridades comunales) para mejorar la gestión de las entidades del Estado y de las políticas públicas con el fin de mejorar también la conducción eficiente del sistema público.
- Las herramientas e instrumentos de gestión participativa y por resultados promovidos desde el Estado están siendo aplicados, validados y mejorados constantemente (presupuesto participativo, mesas de concertación, leyes y normas, sistemas de contratación con estado, procedimientos de elección local y nacional entre otros), esto posibilita mayores niveles de inclusión de las comunidades hacia procesos democráticos de participación en el gobierno del Estado.
- Los fondos de incentivos que tanto gobiernos regionales como gobiernos locales vienen aprovechando para realizar inversiones en aspectos de capacidades humanas.
- Desde algunas instancias locales se viene rescatando y promoviendo el aporte de las organizaciones sociales (comité de regantes, rondas campesinas, promotores de salud, asociaciones de productores, entre otros) incluso desde una perspectiva de género, acompañado con políticas de promoción de los derechos humanos, lucha contra la violencia, DEMUNA, OMAPED entre otros. Estas organizaciones sociales están siendo capacitados en procesos, técnicas y herramientas de destreza gerencial, posibilitándoles su participación en los espacios democráticos de decisión a todo nivel (desde el comunal, municipal y ámbito nacional) promoviendo liderazgos locales y fortaleciendo la institucionalidad y el capital social del territorio.

Otras condiciones favorables para el desarrollo social:

- Actualmente las comunidades campesinas están articuladas a vías de comunicación (principalmente viales) que en muchos casos forman inclusive parte de corredores económicos que los alejan del aislamiento y de las peculiares economías de enclave, característica generalizada anteriormente.
- La nueva coyuntura que ahora se presenta en las comunidades anteriormente intervenidas por el programa, interrelaciona la participación de diversas entidades públicas y privadas concentradas en generar “valor público” lo que antes no ocurría. Las políticas del estado y las propuestas de desarrollo de las entidades no gubernamentales están logrando la integración de las comunidades a los polos de desarrollo regional.
- Las políticas educativas y de salud han mejorado, equiparando en algunos casos el nivel de escolaridad de niñas y niños y reduciendo las tasas de morbilidad de las niñas respecto de los niños y en general de estos grupos vulnerables.
- El crecimiento económico del país y las políticas de estimulación de la producción y una serie de propuestas de emprendimiento económico está permitiendo a las poblaciones campesinas a generarse ingresos por actividades económicas (turismo, empleo en la ciudad por migración temporal, empleándose en las grandes obras del Estado, de Gobierno Regional o local, entre otros) lo que les permite engancharse mejor a los mercados y acceder a los servicios que antes le eran casi imposibles de acceder.

Frente a este nuevo contexto, la presente propuesta plantea una nueva estrategia de “promotores y promotoras comunales de salud” para las comunidades campesinas del área rural de la Región Cusco, basándose principalmente en la valoración de los resultados del Programa Wiñay y los factores que le dieron sostenibilidad; en los planteamientos básicos del modelo de la “atención primaria de la salud” lanzada desde el año 1978; y en el marco de los nuevos lineamientos del MINSA para el primer nivel de atención de la salud⁵⁸.

⁵⁸ Resolución Ministerial Nro. 278-2011/MINSA, que aprueba el documento técnico “Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011 -2021” y demás resoluciones complementarias.

Según la OMS⁵⁹, “La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”.

Igualmente, de acuerdo al manejo de definiciones operativas del MINSA, “La atención primaria de la salud es un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y en acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Es una atención integral y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en promoción y prevención y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Esta nueva estrategia propuesta se sustenta en ambas definiciones operativas y en la plena participación de los actores sociales, en la búsqueda de la institucionalidad necesaria para garantizar no solo la asistencia sanitaria esencial que es un derecho fundamental de la población, sino para garantizar su sostenibilidad en el tiempo. La propuesta va más allá del enfoque meramente técnico o médico e incluye factores sociales, territoriales y ambientales que contribuyen a un modelo multidimensional de la salud.

La propuesta promueve un mejor acceso de los servicios de salud de parte del Estado hacia las comunidades, considerando al promotor (a) comunal de salud como interlocutor y facilitador válido a nivel comunal, como líder y actor clave para promover procesos de desarrollo social sostenidos desde su rol preventivo promocional.

A diferencia del caso estudiado, en el cual la acción del programa se focalizó en los promotores de salud, olvidando la necesidad de involucrar más directamente a la población comunal, en este nuevo modelo se pretende que los promotores (as) asuman un nuevo rol como facilitadores de procesos, pero que a la vez, promueva el desarrollo de un mayor protagonismo de la población como responsable de su situación de salud y que esta población participe en la co-gestión de cualquier propuesta de mejora de su salud.

Toda estrategia dirigida a la población para resolver problemas básicos de salud debe ser cuidadosamente implementada apelando a la acción de los principales actores del ámbito liderado por el gobierno local, y el Ministerio de Salud haciendo posible el enlace

⁵⁹ http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Estado-Sociedad. La participación de la población y las autoridades comunales deben ser portadores de cambio (stakeholders).

En la realidad actual, el perfil tradicional de los promotores comunales de salud, que prácticamente suplía⁶⁰ la ausencia de los servicios de salud ha quedado limitado y ya no responde a las demandas de la población.

En la actualidad, los servicios de salud se han descentralizado más y el Estado llega de mejor manera a las comunidades campesinas a través del primer nivel de atención contemplado en sus políticas públicas. Sin embargo, no podemos olvidar que el territorio rural es amplio, disperso y con particularidades culturales, características que fueron bien abordadas en su momento desde el Programa Wiñay a través de los promotores comunales de salud, y que han sido bien valoradas por los propios profesionales del MINSA. Es por ello que esta propuesta se reafirma en la vigencia del promotor de salud, pero con roles complementarios a la actuación técnico-profesional de los equipos de salud del ente rector. Se asume al promotor comunal como actor vital para generar procesos sociales de prevención de la salud y el cuidado del medio ambiente en estrecha comunicación e interacción con familias de la comunidad.

7.2. Objetivo

Facilitar el acceso y cogestión sostenible de la población de las comunidades rurales a servicios de salud pública, que les permitan contar con una vida saludable, generando un nuevo modelo de intervención que aproveche y articule el capital heredado del Programa Wiñay y su estrategia de PCS, en el marco de las nuevas oportunidades del contexto económico, social y político.

Descripción general de la estrategia propuesta

El nuevo contexto en el que se desenvuelven las comunidades campesinas les exige estar preparadas para asimilar los procesos de desarrollo del país, la reforma y modernización del Estado y los nuevos desafíos de la salud pública (problemática de salud y aparición de nuevas epidemias que tienen ya alcance mundial).

⁶⁰ Se ha dicho anteriormente, que en su concepción inicial el PCS, no sólo hacía promoción y prevención de la salud, sino que muchas veces hacía intervención directa ya sea desde la medicina occidental (pequeñas curaciones, partos, fracturas, entre otros) o de la medicina tradicional (frotaciones en base a yerbas, tratamientos especiales post parto, susto, entre otros).

La atención de la salud en la presente propuesta es asumida como un derecho de la persona humana, pero también promoviendo en las personas sus capacidades y libertades para que estas participen directamente en las decisiones y acciones que afecten sus vidas y las de su familia; por ello este enfoque será transversal a toda la intervención, sin dejar la interculturalidad y el enfoque de género, orientaciones que permitieron validar estrategias sostenibles en el modelo anterior.

El nuevo modelo o estrategia de promotores y promotoras comunales de salud (PCS) con un enfoque de participación y gestión comunal, tendrá las siguientes características:

- Redefinición del rol del PCS en el nuevo contexto
- Redefinición del Rol de Caritas como agente facilitador de procesos de articulación territorial
 - La nueva estrategia de los promotores (as) comunales de salud, no es concebida solo desde el marco institucional de Caritas, sino concertadas y articuladas con las políticas nacionales de salud, para convertirse en parte integral del sistema local de salud pública desde el plan regional de salud a cargo de la Dirección Regional de Salud. Ello fortalecerá su institucionalidad y hará sostenible la estrategia.
- La propuesta incide e involucra a todas las instancias de intervención pública en aspectos salud (Gobiernos locales, DIRESA, Defensoría del Pueblo, UGEL) y las organizaciones de la sociedad civil comprometidas en el territorio con el desarrollo comunal, superando las debilidades anteriores, y buscando una participación activa de los involucrados desde su concepción, planificación e implementación, así como su **pertinencia** e incorporación como parte del tejido social comunal y local.
- Promueve y mantiene el **diálogo intercultural** entre los valores y prácticas tradicionales de atención de la salud y los servicios ofrecidos por el MINSA, en miras a fortalecer una nueva cultura de vida saludable.
- En la ejecución práctica del modelo se establece correctamente los **procedimientos y mecanismos** que aporten la eficacia y sostenibilidad de la estrategia, y que anteriormente no estuvieron claros, a fin de potenciar al máximo la intervención individual y colectiva de los involucrados.
- Las acciones preventivas, promocionales de la estrategia articulan acciones de **coordinación intersectorial**, e intergubernamental para focalizar esfuerzos

sobre determinados problemas multidimensionales que tienen incidencia en los resultados. Con ello se pretende además dinamizar el rol de los nuevos actores del sistema desde sus propios intereses y en beneficio del bien común.

- Las comunidades campesinas, deben a través de sus organizaciones sociales de base o de sus propias autoridades comunales ejercer una **función de vigilancia** y cogestión del rol de los promotores y de los resultados que obtenga la estrategia, para ello la propuesta contempla un modelo de organización con participación activa de los promotores, las familias y la asamblea comunal, en la acción de información y vigilancia de los procesos, en dialogo con las nuevas instancias creadas por el primer nivel de atención de la salud, como son los Comités Locales de salud.
- Tanto desde los niveles operativos de Cáritas y de la acción directa de los PCS, se promueve en la población organizada progresivos grados de cogestión en los modelos y propuesta de atención primaria de la salud que se implementen en sus localidades, considerando tanto las políticas y normativas del ente rector, así como del gobierno local, buscando armonizar con la naturaleza de las organizaciones comunales.
- Se aplica el **principio de equidad** de género al considerar los roles que cada promotor(a) convocado(a) cumple con la estrategia, a fin de contribuir a compatibilizar sus actividades cotidianas con las responsabilidades que el rol demanda. Ello debido a que se evaluó como inapropiado que se asignen y recarguen tareas que afectan la vida privada de las personas y el tiempo ocio al cual también tienen derecho.
- La propuesta de implementación de la nueva estrategia de promotores(as) de salud se enmarca **en las políticas del Estado Peruano**, de tal forma que se articule a la institucionalidad existente y potencie resultados priorizados para la población.

7.3. Líneas de intervención de la Estrategia

El nuevo modelo de intervención propone cinco líneas de acción a desarrollarse en el programa:

El **desarrollo de capacidades locales**: que se mantendrá como eje principal y vertebrador del programa, buscando generar y fortalecer desempeños individuales, de promotores comunales, mujeres y varones de la población, y niños vía coordinación con Escuelas; y capacidades colectivas de familias, y organización comunal. En consecuencia, la nueva propuesta tiene su base en el fortalecimiento del poder local, propuesta como una acción intencional dirigida al empoderamiento de los actores sociales más vulnerables, en la idea de que se apropien de los procesos y participen activamente del modelo de organización y de los espacios decisionales. Esta línea se apoya en actividades de desarrollo de capacidades, implementación de mecanismos de equidad de género, y promoción de la organización comunal.

Organización comunal y local: línea que busca organizar la acción preventivo promocional con participación de todos los actores involucrados, definiendo roles y responsabilidades y mecanismos de funcionamiento de la estrategia. Esta línea también pretende promover en la población organizada en comités o asociaciones a participar en la cogestión de propuesta de atención primaria de la salud que se propongan o implementen en el futuro, esto como una respuesta instaurada al interior de la comunidad de forma estructurada en sus estatutos comunales, pero socialmente aceptados.

Gráfico 3: Líneas de intervención de la estrategia



Elaboración: En base al Plan Director de la Agencia Vasca de Cooperación al Desarrollo Estratégico 2008-2011

Participación y vigilancia comunitaria: intervención explícita del programa dirigida a sensibilizar y convocar la participación activa de los actores en el proceso de gestión de la estrategia esta línea, sustentada en la organización local, promoverá espacios y mecanismos para que cada actor se sienta involucrado, y participe de los beneficios generados por el desarrollo que ellos mismos promueve. Esta línea promoverá una acción de información, análisis y vigilancia colectiva de resultados.

Articulación territorial, se promoverá un enfoque de actuación interrelacionado con lineamientos que vayan más allá de una sola comunidad, las comunidades campesinas deberán responder a las necesidades de implementación de la nueva estrategia o de otras en función a su organización más funcional; es decir, aquellas que estén articuladas por una cuenca o microcuenca, o por un corredor vial deberán seguir esa base para las coordinaciones respectivas, así mismo en aquellos lugares donde la geografía es más accidentada deberán organizarse en torno al centro poblado menor y

en las comunidades extensas territorialmente hablando se organizarán en función de la comunidad madre.

Para este efecto, las divisiones políticas del territorio y los mapas sectoriales no necesariamente son de aplicación estricta, consecuentemente se privilegia más la funcionalidad, por criterios de cercanía, mejores vías de comunicación y accesibilidad al centro de salud más cercano. Consideramos que esta propuesta no contraviene la propuesta de “sectorización” propuesta por el MINSA en su modelo de atención primaria de la salud, por el contrario, lo refuerza.

Incidencia política, la nueva propuesta debe valorar acciones de incidencia de políticas concertadas de intervención público-privado en relación con una población organizada. Hacer incidencia política posibilitará cambios efectivos y resultados concretos en la aplicación de planes, programas y políticas de salud.

Consideramos que mientras más se desarrolle acciones de incidencia política a todo nivel posibilitará a la población su acceso a diferentes espacios y niveles de toma de decisiones, que pueden ayudar a mejorar la implementación de propuestas de atención primaria de la salud considerando las necesidades y características particularidades de cada población.

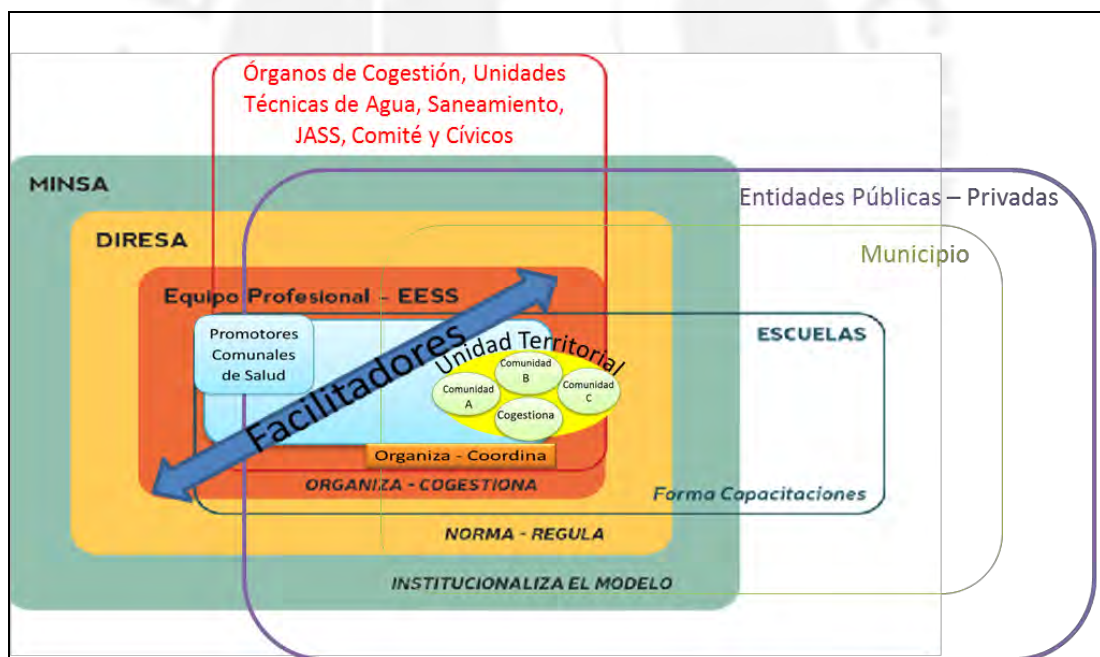
7.4. Modelo de funcionamiento y sostenibilidad de la propuesta

El funcionamiento de la estrategia se sustenta en las siguientes consideraciones:

- ✓ A nivel del Microentorno identificamos a los actores que tienen una incidencia directa en el modelo planteado que son: el promotor comunal de salud (PCS), la comunidad y el establecimiento de salud (EESS). A nivel del Macroentorno podemos identificar a los actores que tienen una incidencia indirecta en el modelo, siendo estos: el Municipio, la DIRESA, el MINSA y demás instituciones publico privadas que trabajan en el ámbito territorial.
- ✓ Integra al conjunto de los actores involucrados (sectoriales y gubernamentales), incluyendo algunos actores nuevos que estuvieron en la versión anterior, y cuya participación se exige para un esfuerzo intersectorial.
- ✓ Se debe aprovechar los diferentes espacios de concertación ya establecidos y validados localmente (cabildos, presupuestos participativos, mesas de concertación, asambleas comunales, entre otros) en la última década como espacios válidos que fortalecen la institucionalidad en el país.

- ✓ Define claramente roles y responsabilidades. De manera especial se redefine el rol del promotor comunal de un actor técnico de incidencia focalizada en su comunidad hacia un “facilitador” de procesos de atención primaria de la salud con énfasis en acciones preventivo-promocionales, que atiende a su comunidad pero que también promueve la articulación intercomunal en el contexto del proyecto o programa de salud.
- ✓ Promueve en la organización comunal la incorporación del tema de la salud como de interés y prioridad comunal, tratando de incorporar en sus órganos de gobierno y en sus documentos de gestión un comité de salud, responsable de valorar y cogestionar propuestas o políticas de salud que implique a su comunidad.
- ✓ El modelo operativo está vinculado a las políticas de salud, para que logre institucionalidad y sostenibilidad, dejando de ser un modelo externo que deba ser “transferido” (como en la experiencia anterior).

Gráfico 4: Modelo



Fuente: Equipo de tesis

Cuadro 28: Leyenda

Leyenda del esquema del modelo enfoque de la propuesta		
Actores del MINSA	<ul style="list-style-type: none"> • DIRESA • Establecimientos de Salud (EESS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionaliza el modelo • Norma y regula • Organiza y cogestiona
Actores del Municipio	<ul style="list-style-type: none"> • Gerencias de desarrollo social • Gerencia de desarrollo económico 	<ul style="list-style-type: none"> • Norma y regula • Organiza y cogestiona
Actores de la Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • JASS • Comités de gestión • Juntas directivas • CIVICOS (MINSA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza y cohestiona • Se organiza en unidades territoriales
Promotores comunales de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores comunales de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitador de procesos • Organiza y cogestiona
Centros Educativos	<ul style="list-style-type: none"> • Centros educativos • CETPROS • Institutos superiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculan y fortalecen y el trabajo
Actores de entidades público – privadas	<ul style="list-style-type: none"> • ONGS • Defensoría del pueblo • PNP 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculan y fortalecen y el trabajo

Fuente: Elaboración equipo tesistas.

De esta manera, el modelo mantiene como eje central la acción facilitadora del promotor comunal, articulador de la acción comunal, cuyo rol esta vez será solo de promoción y prevención (no recuperación de la salud). Sin embargo, el modelo aspira a transitar de la promoción de la salud a la promoción del desarrollo, asignándole al PCS progresivamente un rol facilitador, comunicador y promotor de procesos de desarrollo social, en la idea de abordar la salud desde un enfoque holístico y articulado intersectorialmente, donde pueda apoyar diversas iniciativas que apuntan a una vida “saludable”. Para ello el programa deberá revisar los requisitos para el PC y construir un nuevo perfil de capacidades deseables para orientar el fortalecimiento de sus capacidades.

Rol de los actores sectoriales

Se mantiene una mayor participación del MINSA, pero en articulación con otros órganos sectoriales, y la participación directa del personal del EESS con quienes se co-gestiona la estrategia. La DIRESA mantiene un rol normativo y regulador de los acuerdos interinstitucionales, y el MINSA aporta el marco de la institucionalidad que se espera lograr.

En el modelo aparece también la Escuela Pública como un nuevo actor social que fortalece la acción educativa con niños; y las JASS y las Unidades técnicas de agua y saneamiento municipal, que permitirán articular las acciones de saneamiento ambiental.

Rol de los Actores Territoriales

La estrategia de sostenibilidad institucional es muy importante para los resultados que se esperan alcanzar, en este sentido la propuesta no puede depender solo de una ONG o de algunas entidades de desarrollo. A Caritas se le ha reservado el rol de impulsar la estrategia, pero para promover una nueva institucionalidad se requiere de la acción protagónica de los órganos con poder territorial –a nivel local y regional.

El Estado continuará promoviendo las políticas de salud pública, como la atención del primer nivel de salud, la promoción de los Comités Locales, los sistemas de vigilancia comunal y la red de actores sociales comunales en función a la operatividad del sistema de vigilancia comunal articulado⁶¹. Sin embargo, esta acción no tendrá impactos territoriales, sino se logra comprometer la acción promotora y articuladora del Gobierno Distrital, quien deberá incorporar la estrategia a su plan de desarrollo a nivel provincial y regional.

Asimismo, se espera comprometer la participación del Gobierno Regional, no solo para garantizar alineamiento de las políticas locales, sino como retro alimentador de la experiencia que bien podría representar un piloto que inspire a otros espacios locales de la región.

⁶¹ Documento técnico Nro. 001 – GR_LL_GGR/ GRSS DEPRONSA. La Libertad.
http://www.diresalalibertad.gob.pe/docweb/Documento_Tecnico_N_001_2011%20GR_LL_GGRGRSS_D EPROMSA.pdf

Rol de los otros actores comunales

La comunidad organizada pasara del rol de beneficiario pasivo, a una acción participativa de la estrategia. Se organizará para reportar información para el sistema de vigilancia (la cual será sistematizada y analizada desde los EESS) que debe retornar a las asambleas comunales como información insumo del proceso de vigilancia. La asamblea comunal seguirá cumpliendo un rol protagónico como órgano de consulta y decisión comunal.

Se espera finalmente que las asambleas comunales cuenten con representantes ante el Comité Local de salud, instancia retro alimentadora y con capacidad propuesta, que aportara también al funcionamiento de la estrategia.

Gráfico 5: Interacción



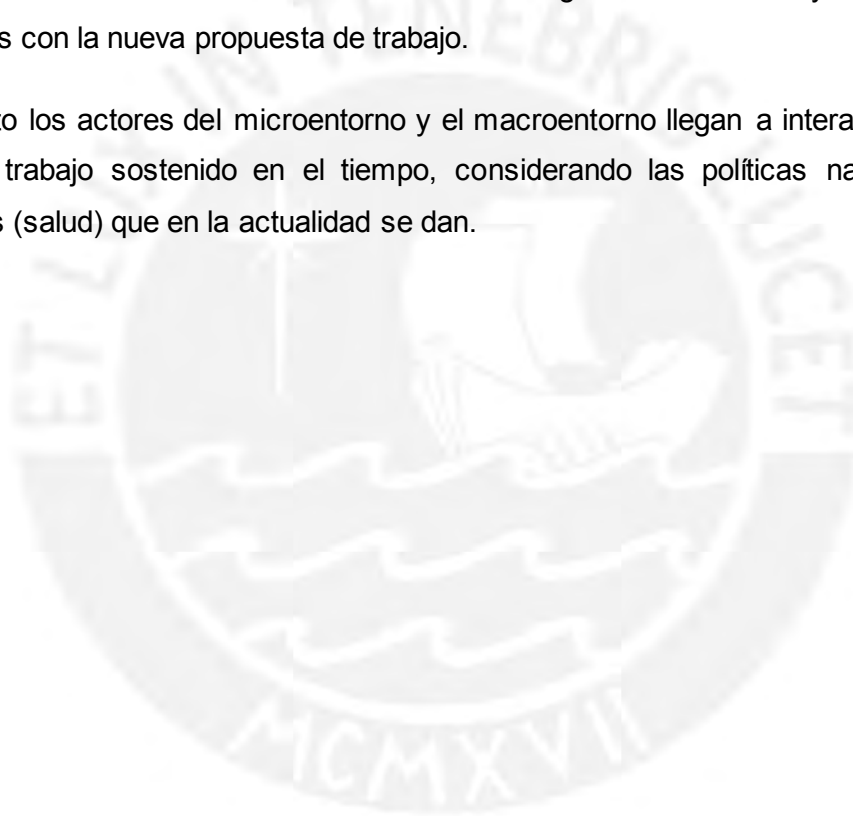
Fuente: Elaboración equipo tesisistas.

Como se puede apreciar en el gráfico, a nivel del Microentorno tanto el establecimiento de salud (EESS) y la comunidad interactúan a través del promotor(a) de salud, quien desempeña un rol “facilitador” de la interrelación. En ambos espacios (EESS y Comunal) se desarrollan acciones de seguimiento y evaluación, claro está que cada uno en su respectivo nivel; por ejemplo, el EESS tiene un sistema de vigilancia comunal el cual será alimentado con la información de que su equipo técnico recoge de campo, pero también con la información de primera fuente que el promotor (a) de salud

proporcionará, toda esta información se introduce en el software del sistema de vigilancia para su respectivo análisis y toma de decisiones, seguidamente el EESS evaluará su intervención con participación del promotor(a) y tal vez con algún representante del comité local de salud (de la comunidad).

En la comunidad ocurrirá algo similar, la comunidad a través de su comité local de salud, vigilará no sólo las acciones emprendidas por los promotores(as) sino también del desempeño de los EESS, estos informarán en asamblea sobre los avances del mismo y podrá sugerir a través del promotor propuesta de mejora para que éste a su vez los presente al EESS. En algunos casos como evaluación del trabajo de los promotores, el comité y la junta directiva de la comunidad podrán invitar a un representante de salud para que realicen la evaluación del anual de la estrategia de intervención y de los logros alcanzados con la nueva propuesta de trabajo.

Por lo tanto los actores del microentorno y el macroentorno llegan a interactuar, para lograr un trabajo sostenido en el tiempo, considerando las políticas nacionales y sectoriales (salud) que en la actualidad se dan.



8. BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR, María José

2001 La Participación comunitaria en la Salud: ¿mito o realidad?
Madrid España

CARE y MINSa

2001 Modelo para desarrollar las capacidades locales de promoción comunitaria
La Libertad

CEVASCO, Gaby

2000 Mujeres Rurales su acceso a recursos y al desarrollo. Revista de estudios de
Género – La Ventana
Guadalajara México

CEMI - Programa de Gestores Comunitarios

2010 Centro de Estudios Médicos Interculturales

<https://espaidevida.files.wordpress.com/2013/11/gestores-comunitarios-de-salud1.pdf>

Febrero 2014

FIGUEROA, Dixis

2011 Participación Comunitaria y Salud

Departamento de Nutrición. Universidad Federal de Pernambuco - Brasil

Gobierno Regional Cusco

2012 Características socioeconómicas de la Provincia de Acomayo.
Cusco Perú

HURTADO, Isabel - Care Perú

2002 Lecciones aprendidas sobre promotores de salud en el Perú
Lima Perú

HUIDOBRO, Elizabeth

2003 Políticas de Promoción de la Salud en el Perú: Retos y Perspectivas.

Cuadernos de Trabajo N° 4. Foro Salud, CIES, USAID

http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf

Diciembre 2013

JENKIS, David Organización Panamericana de la Salud

2005 Mejoremos la Salud a todas las edades: Manual de cambio del comportamiento
Washington DC-OPS

KLIKSBURG, Bernardo

2003 Hacia una nueva visión de la Política Social en América Latina

Red de Revistas científicas de América Latina – Venezuela

MEF- Perú. “Programa Articulado de Nutrición, 2000”, Lima, Abril, p.3:
http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0001 Programa Articulado Nutricional.pdf

MELGUIZO, Estela y ALZATE Martha Lucia
2008 Creencias y Prácticas en el cuidado de la Salud
Colombia

MINSA - Ministerio de Salud
2007 Plan Nacional Concertado de Salud
Biblioteca Nacional del Perú

MINSA - Ministerio de Salud - Dirección General de Promoción de la Salud
2007 Documento técnico para trabajos con los Agentes Comunitarios de salud
Biblioteca Nacional del Perú
http://www.minsa.gob.pe/dgps/documentos/doc_tec_acs.pdf

MINSA - Ministerio de Salud
2009 Manual del Agente Comunitario de salud
Biblioteca Nacional del Perú

MINSA - Ministerio de Salud
2010 Capacitación a promotores de salud – Atención de enfermedades a nivel comunal. Documento técnico 2010 - Biblioteca Nacional del Perú

MINSA - Ministerio de Salud
2014 Guía Técnica de implementación de Grupos de Apoyo Comunal para proteger y promover la lactancia materna exitosa.
Biblioteca Nacional del Perú – Lima

MINSA - Ministerio de Salud y DIRESA CUSCO
2014 Directiva Sanitaria de la Estrategia de Sectorización

MINSA - Ministerio de Salud
2011 Plan de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021
Documento técnico 2011 - Biblioteca Nacional del Perú - Lima

Naciones Unidas
2006 Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo.
Nueva York y Ginebra

Organización Médica Panamericana - Promoción de la salud
2002 Editorial Médica Internacional
Colombia

OMS 2006. CONSTITUCIÓN

De la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
2006. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, pág. 1-18. Octubre de 2006
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

OPS/OMS

2014. De la "salud para todos en 2000" a la cobertura universal en salud. Pag Web de la OMS

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9346%3A2014-from-health-all-2000-universal-health-coverage&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es

SALCEDO, Elizabeth

2012 Enfoques y Estrategias de Participación
Material de la Maestría en Gerencia Social Perú – Lima

SALAS, Raúl y VILLACORTA Sánchez

2006 Rol de los Promotores de Salud del Distrito de Yanaoca en Cusco
Revista Situa 17 - Lima

SOMOZA, Javier

2004 Política Sanitaria Española
España

TZOY, Basilio - CEIBA

2010 Promotores de salud y Comadronas: Estrategia para su reconocimiento – 2010
Guatemala

TUBARIAN, José Luis

2011 Participación Comunitaria en la salud
México

VÉLEZ, Jorge y NINO, Alfonso

2010 Guía para el Proceso de Certificación y Recertificación de Promotores de Salud
Salud y Medioambiente . <https://es.slideshare.net/aninoq/guia-3631500>

UNICEF Perú – USAID

2003 Promotor de Salud: Trabajo y motivaciones
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Perú

REBOLLO, Oscar

2002 Bases Político – Metodológicas para la participación. Ciudades para el futuro
sostenible Barcelona – España

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

2005 Plan Regional Concertado de Salud 2005-2021
Cusco



9. ANEXOS

Cuadro 1: PREGUNTAS ESPECÍFICAS DE INVESTIGACIÓN QUE ORIENTARON EL ESTUDIO

Preguntas de investigación	Sub preguntas de investigación
¿Cuál es nivel de participación que viene mostrando la población participante en el desarrollo de la estrategia?	<p>¿Qué tipo de actores de la población participaron en el Programa Wiñay?</p> <p>¿Cómo fue la participación del MUNICIPIO en la implementación de la ESTRATEGIA PCS durante el Programa Wiñay y cómo lo hace actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Cómo fue la participación del CENTRO DE SALUD en la implementación de la ESTRATEGIA PCS durante el Programa Wiñay y cómo lo hace actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Cómo fue la participación de la DIRECTIVA COMUNAL en la implementación de la ESTRATEGIA PCS durante el Programa Wiñay y cómo lo hace actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Cómo fue la participación de las MADRES DE FAMILIA en la implementación de la ESTRATEGIA PCS durante el Programa Wiñay y cómo lo hace actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p>
¿Cuál es el desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención?	<p>¿Cuál ha sido el PERFIL DE LOS PROMOTORES DE SALUD seleccionados durante el Programa Wiñay y actualmente cuál es el perfil de los promotores? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad del Programa?</p> <p>¿Qué nivel de CONOCIMIENTO TÉCNICO SOBRE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD adquirieron los Promotores durante el Programa Wiñay y cuáles se han mantenido en el tiempo? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Qué ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD realizaron los promotores durante el Programa Wiñay y cuáles continúa realizando actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Cuál fue el NIVEL DE LIDERAZGO DE LOS PROMOTORES CON LOS ACTORES LOCALES en la implementación de la ESTRATEGIA PCS durante el Programa Wiñay y cómo es actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Cuál fue el NIVEL DE EMPATIA DE LOS PROMOTORES CON LA POBLACION en la implementación de la ESTRATEGIA PCS durante el Programa Wiñay y cómo es actualmente? ¿Hay</p>

Preguntas de investigación	Sub preguntas de investigación
	algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?
¿Cuál es el rol que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia?	<p>¿Cuál fue el ROL DE LA DIRESA en la implementación de la estrategia durante el Programa Wiñay y cómo es actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Qué ACCIONES CONCRETAS REALIZÓ LA DIRESA en la implementación de la estrategia durante el Programa Wiñay y cuáles continúa realizando actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p>
¿Cuáles son las costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan a la adecuada implementación de la estrategia de PCS?	<p>¿Qué COSTUMBRES Y TRADICIONALES influyeron en la implementación de la estrategia durante el Programa Wiñay y cuáles se mantienen actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p> <p>¿Qué RELACIONES DE GENERO influyeron en la implementación de la estrategia durante el Programa Wiñay y cuáles se mantienen actualmente? ¿Hay algún cambio? ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias ha tenido este cambio en términos de la sostenibilidad de la Estrategia PCS?</p>

Cuadro Nro. 2: TABLA COLUMNA VERTEBRAL - VARIABLES

Pregunta general derivada del problema – oportunidad	Objetivo Específicos	Preguntas de Investigación
¿Cuáles son los factores que influyeron en la estrategia de PCS y que se han mantenido en el tiempo en las cuatro comunidades campesinas de la cuenca de Pomacanchi en la provincia de Acomayo en la Región del Cusco?	Conocer el nivel de participación que ha mostrado la población en el desarrollo de la estrategia.	¿Cuál es nivel de participación que viene mostrando la población en el desarrollo de la estrategia?
	Analizar el desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención de la salud.	¿Cuál es el desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción y prevención?
	Conocer y analizar las costumbres, tradiciones y relaciones de género, que afectan a la adecuada implementación de la estrategia de PCS	¿Cuáles son las costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan a la adecuada implementación de la estrategia de PCS?
	Conocer y analizar el rol y tareas que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.	¿Cuál es el rol que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia?

Cuadro Nro. 3: PLANTEAMIENTO DE INDICADORES

Objetivos específicos	Variables	Indicadores
<p>Conocer el nivel de participación y que viene mostrando la población en el desarrollo de la estrategia</p>	<p>Nivel de participación de la población en el desarrollo de la estrategia,</p> <ul style="list-style-type: none"> - al finalizar el proyecto - y en el momento actual 	<ul style="list-style-type: none"> - N° Actores participantes al finalizar el proyecto - Tipo de actores participantes al finalizar el proyecto y en el momento actual - Grado en que los actores muestran interés en las actividades y/o servicios desplegados por el proyecto - Grado en que los actores participaron de las actividades de diagnóstico que sustentó el proyecto - Grado en que los actores participaron en el diseño/o planificación del proyecto - Forma como los actores participaron en las actividades de ejecución del proyecto - Grado en que los actores se incorporaron a los procesos y actividades de evaluación del proyecto. - Decisiones de la estrategia en las que se involucra algún nivel de opinión y participación de los actores. - Razones o valoraciones que explican la mayor o menor participación <p>(se comparará la medida de estos indicadores al finalizar el proyecto (evaluación) y la situación actual)</p>

Objetivos específicos	Variables	Indicadores
<p>Analizar el desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción de la salud.</p>	<p>Desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción de la salud</p> <p>Desempeño de los promotores de salud en las tareas de prevención de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil y características del promotor - Edad - Sexo - Nivel educativo del PCS: - Procedencia - Idioma que habla - Ocupación principal - Nivel de liderazgo e interlocución con los actores locales - Nivel de empatía de los PCS con la población - Número de acciones de sensibilización: difusión y campañas - Número capacidades realizadas por los promotores de salud - Nivel de conocimiento técnico sobre promoción de la salud - Nivel de destrezas adquiridas para la atención - Número de madres gestantes inscritas e identificadas - Número de identificación de signos de alarma en madres gestantes - Número de visitas domiciliarias - Número de visitas de consejería - Número de referencias al MINSA <p>(se comparara la medida de estos indicadores al finalizar el proyecto (evaluación) y la situación actual)</p>
<p>Evaluar el rol y tareas que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el</p>	<p>Rol que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rol definido para el MINSA en los documentos normativos - Acciones directas del MINSA en relación a la implantación de la estrategia a nivel nacional - N° de PCS acreditado y reconocidos por el MINSA - Cambios producidos en la normatividad de promoción del MINSA desde el año 2005 a la actualidad

Objetivos específicos	Variables	Indicadores
apoyo a la estrategia.	Tareas que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones que desarrolla la DIRESA en apoyo a la estrategia (según documentos normativos) en la provincia de - Nº de supervisiones realizadas - Actividades específicas que cumple la DIRESA en apoyo a la Estrategia en las cuatro comunidades. - Actividades específicas que cumplen los centros y puestos de salud en apoyo a la estrategia - Nº de capacitaciones que la DIRESA dio a promotores - Nº de metodologías transferidas por la DIRESA a promotores - Nº de acompañamientos realizados al PCS y la población - Nº de propuestas en salud transferidas y aplicadas - Cambios producidos en la estrategia y actividades de promoción del MINSA desde el año 2005 a la actualidad
Conocer y analizar las costumbres, tradiciones y relaciones de género que afectan a la adecuada implementación de la estrategia de PCS.	Costumbres y tradiciones que afectan la implementación de la estrategia	<p>Creencias de la población</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de la población que confía en creencias de antiguas generaciones y que las contraponen con las prácticas modernas - % de la población que cree en la plantas medicinales <p>Prácticas</p> <p>Maneras como la población atiende aspectos básicos de su salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partos - Alimentación - Medicina tradicional que utiliza <p>Percepciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opinión de población sobre el respeto a las prácticas y costumbres de la zona - Opinión de la población sobre el desempeño de los promotores de salud <p>Anécdotas y/o hechos sucedidos en la zona en relación a costumbres y prácticas de salud</p>

Objetivos específicos	Variables	Indicadores
	Relaciones de género que afectan la implementación de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de participación del varón en la alimentación atención y de sus hijos menores - Grado de opinión del varón y la mujer con respecto a la crianza de sus hijos - Grado de decisión que toma la mujer con respecto al parto - Tipo de problemas de salud que atiende el PC por genero - Diferencias en las prácticas de alimentación infantil por sexo - Casuística sobre diferencias de género relacionadas a la atención de la salud.



Cuadro Nro. 4: FUENTES DE INFORMACIÓN.

Las Variables	Indicadores	Unidades de análisis	Fuente
<p>Nivel de participación de la población en el desarrollo de la estrategia,</p> <ul style="list-style-type: none"> - al finalizar el proyecto - y en el momento actual 	<ul style="list-style-type: none"> - N° Actores participantes al finalizar el proyecto - Tipo de actores participantes al finalizar el proyecto y en el momento actual - Grado en que los actores muestran interés en las actividades y/o servicios desplegados por el proyecto - Grado en que los actores participaron de las actividades de diagnóstico que sustentó el proyecto - Grado en que los actores participaron en el diseño/o planificación del proyecto - Forma como los actores participaron en las actividades de ejecución del proyecto - Grado en que los actores se incorporaron a los procesos y actividades de evaluación del proyecto. - Decisiones de la estrategia en las que se involucra algún nivel de opinión y participación de los actores. - Razones o valoraciones que explican la mayor o menor participación <p>(se comparará la medida de estos indicadores al finalizar el proyecto (evaluación) y la situación actual)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Población de las 4 comunidades - Municipalidad distrital - Evaluaciones realizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Directivos comunales - Actas de la comunidad - Padres y madres con hijos menores de 3 años - Funcionarios de la municipalidad - Informe de evaluación del programa Wiñay

Las Variables	Indicadores	Unidades de análisis	Fuente
<p>Desempeño de los promotores de salud en las tareas de promoción de la salud</p> <p>Desempeño de los promotores de salud en las tareas de prevención de la salud</p>	<p>Perfil y características del promotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Nivel educativo del PCS: - Procedencia - Idioma que habla - Ocupación principal - Nivel de liderazgo e interlocución con los actores locales - Nivel de empatía de los PCS con la población - Número de acciones de sensibilización: difusión y campañas <ul style="list-style-type: none"> - Número capacidades realizadas por los promotores de salud - Nivel de conocimiento técnico sobre promoción de la salud - Nivel de destrezas adquiridas para la atención - Número de madres gestantes inscritas e identificadas - Número de identificación de signos de alarma en madres gestantes - Número de visitas domiciliarias - Número de visitas de consejería - Número de referencias al MINSA <p>(se comparara la medida de estos indicadores al finalizar el proyecto (evaluación) y la situación actual</p>	<p>- Población de las 4 comunidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promotores de salud - Manual del promotor de salud o agente comunitario de salud - MINSA
<p>Rol que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rol definido para el MINSA en los documentos normativos - Acciones directas del MINSA en relación a la implantación de la estrategia a nivel nacional - N° de PCS acreditado y reconocidos por el MINSA - Cambios producidos en la normatividad de promoción del MINSA desde el año 2005 a la actualidad 	<p>- DIRESA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionarios - Profesionales - Operadores - Plan Nacional de salud - Plan Regional de salud - Doc. De evaluación del MINSA

Las Variables	Indicadores	Unidades de análisis	Fuente
			- Informes
Tareas que viene cumpliendo el MINSA (o la DIRESA) en el apoyo a la estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones que desarrolla la DIRESA en apoyo a la estrategia (según documentos normativos) en la provincia de - Nº de supervisiones realizadas - Actividades específicas que cumple la DIRESA en apoyo a la Estrategia en las cuatro comunidades. - Actividades específicas que cumplen los centros y puestos de salud en apoyo a la estrategia - Nº de capacitaciones que la DIRESA dio a promotores - Nº de metodologías transferidas por la DIRESA a promotores - Nº de acompañamientos realizados al PCS y la población - Nº de propuestas en salud transferidas y aplicadas - Cambios producidos en la estrategia y actividades de promoción del MINSA desde el año 2005 a la actualidad 	- DIRESA	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionarios - Profesionales - Operadores - Informes
Costumbres y tradiciones que afectan la implementación de la estrategia	<p>Creencias de la población</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de la población que confía en creencias de antiguas generaciones y que las contraponen con las prácticas modernas - % de la población que cree en las plantas medicinales <p>Prácticas Maneras como la población atiende aspectos básicos de su salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partos - Alimentación - Medicina tradicional que utiliza <p>Percepciones</p>	Pobladores de las 4 comunidades	<ul style="list-style-type: none"> - Directivos comunales - Padres y madres con hijos menores de 3 años

Las Variables	Indicadores	Unidades de análisis	Fuente
	<ul style="list-style-type: none"> - Opinión de población sobre el respeto a las prácticas y costumbres de la zona - Opinión de la población sobre el desempeño de los promotores de salud <p>Anécdotas y/o hechos sucedidos en la zona en relación a costumbres y prácticas de salud</p>		
<p>Relaciones de género que afectan la implementación de la estrategia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de participación del varón en la alimentación atención y de sus hijos menores - Grado de opinión del varón y la mujer con respecto a la crianza de sus hijos - Grado de decisión que toma la mujer con respecto al parto - Tipo de problemas de salud que atiende el PC por genero - Diferencias en las prácticas de alimentación infantil por sexo - Casuística sobre diferencias de género relacionadas a la atención de la salud. 	<p>- Familias de las 4 comunidades</p>	<p>- Padres y madres con hijos menores de 3 años</p>

Cuadro Nro. 5: ANÉCDOTAS Y/O HECHOS SUCEDIDOS EN LA ZONA EN RELACIÓN A COSTUMBRES Y PRÁCTICAS DE SALUD.

	CC Rondocan	San Juan de Quihuares	Yarkacunka	Kuñotambo
8. Anécdotas o hechos sucedidos en atención en la salud				
8.1. ¿Podría comentar algún hecho tradicional o costumbre que sucedió en la comunidad que tiene que ver con la salud?	A veces algunas padres no creen en mis recomendaciones porque soy mujer	Una vez me llamaron de una familia para atender a un niño, pero cuando llegue al niño lo estaban atendiendo con plantas medicinales y ya no quisieron llevarle al centro de salud.	Hubo una madre gestante que dio a luz en la comunidad y yo atendí. Lamentablemente fui criticaron me llamaron la atención en el centro de salud, ahora las madres van a la casa de espero pero no son bien atendidas y su familia está abandonada en la comunidad.	Algunas veces atendí la parasitosis con pepa de zapallo y resulto, por eso las mamás confiaban en mí.
Valoración del nivel de cumplimiento de sus funciones como PCS				
Valoración				

Fuente: Entrevista con promotores comunales.

Cuadro Nro. 6: CAPACITACIONES A PROMOTORES

Temas de capacitación	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los instrumentos Antropométricos. • Manejo documentario • Perfil del Promotor 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de Salud describen correctamente las partes de los instrumentos antropométricos. • Promotores de salud aplican correctamente los pasos a seguir durante el proceso antropométrico: a)calibración, b)estandarización • Promotores de salud sensibilizados reconocen la importancia del uso de los instrumentos antropométricos (balanza, tallimetro, calzonetas, hamacas, en actividades de Vigilancia Nutricional.

<ul style="list-style-type: none"> • Metodología de Capacitación • Uso y Manejo de los alimentos donados. • ENFERMEDADES Diarreicas Agudas • Cuando llevar Urgente al niño enfermo a los establecimientos de salud • Desarrollo Psicoafectivo del niño • Atención del recién Nacido. • Saneamiento Básico • Salud Bucal • Salud Materna • AIEPI comunitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de salud realizan correctamente el control de peso. • Promotores de salud realizan correctamente el control de talla. • Promotores de salud manejan correctamente el cuaderno del Promotor. • Promotores de salud registran correctamente el peso y talla en las fichas comunales. • Promotores de salud sensibilizados reconocen la importancia del uso del Carné del Promotor. • Promotores de salud realizan correctamente la gráfica del Carné. • Promotores de salud con conocimientos, realizan la interpretación correcta de la gráfica del Carné. • Promotores de Salud sensibilizados con conocimientos aplican y practican las características y cualidades del Perfil del Promotor. • Promotores de salud sensibilizados priorizan conductas de capacitación • Promotores de salud con conocimientos de metodología identifican y priorizan conductas claves. • Promotores de salud aplican los pasos correctos de la metodología de capacitación en el procesos de capacitación • Promotores de salud aplican dinámicas correctas de relajación y concentración durante el proceso de capacitación. • Promotores de Salud con conocimientos brindan el cuidado adecuado de los alimentos donados. • Promotores de salud con conocimientos, realizan correctamente el registro de las planillas de distribución de los alimentos. • Promotores de Salud identifican correctamente los signos de alarma de la Neumonía. • Promotores de salud reconocen la respiración rápida del niño con IRA. • Promotores de salud reconocen la cianosis y tiraje costal del niño con Neumonía • Promotores de salud refieren oportunamente cal niño con signos de alarma de la Neumonía a los establecimientos de salud. • Promotores de salud sensibilizados previenen complicaciones del niño enfermo con resfrió común. • Promotores de salud tratan correctamente la fiebre con medios físicos
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de salud sensibilizados brindan consejería sobre alimentación correcta del niño enfermo • Promotores de salud consientes previenen la neumonía evitando el contacto del niño enfermo con el humo • Promotores de salud reconocen virtudes terapéuticas de las plantas medicinales. • Promotores de Salud elaboran jarabes para la tos. • Promotores de salud reconocen tres signos de alarma de la madre gestante • Promotores de salud brindan consejería sobre alimentación correcta de la madre gestante • Promotores de Salud brindan consejería sobre la importancia del control prenatal en las madres gestantes. • Promotores de salud reconocen los grupos de alimentos básicos • Promotores de salud combinan adecuadamente mezclas de alimentos • de grupos de alimentos en raciones y consistencia adecuada para niños menores de 6 a 12 meses • Promotores de salud realizan el seguimiento en la administración de la vitamina "A" a niños menores de 2 años. • promotores de salud brindan consejería a madres gestantes sobre el consumo de Sulfato Ferroso. • Promotores de Salud transfieren técnicas de cultivo de hortalizas necesarias para la alimentación balanceada. • Promotores de salud sensibilizados conocen la importancia del agua en sus comunidades • promotores de Salud participan activamente en la limpieza mantenimiento de los reservorios de agua potable. • Promotores de Salud aplican técnicas de cloración casera del agua para consumo doméstico. • Promotores de salud aplican criterios técnicos en la construcción de letrinas sanitarias. • Promotores de Salud promueven el uso y mantenimiento correcto de las letrinas sanitarias. • Promotores de salud Construyen sus micro-rellenos sanitarios • Promotores de salud adquieren técnicas de reciclaje de desechos sólidos.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Promotores de Salud capacitados promueven la importancia del calcio • Promotores de salud realizan prácticas correctas de la higiene bucal. • 10.-Promotores de Salud conocen la importancia de la estrategia del AIEPI • Promotores de Salud conocen y aplican el manual del AIEPI comunitario. • Promotores de salud aplican sus habilidades de consejería con el uso del Manual del AIEPI en visitas domiciliarias • Promotores de salud transmiten habilidades para la preparación de ungüentos acariciadas • Promotores de salud brindan consejería sobre atención de la madre después del parto • Promotores de Salud reconocen síntomas de riesgo de la madre después del parto.
--	--

