

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**Buenas prácticas en la aplicación de la metodología del Proyecto
USAID Municipios y Comunidades Saludables II en las regiones de
San Martín y Ucayali con la intención de contribuir a la
sostenibilidad de otros proyectos de desarrollo social (2011- 2015)**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS, Y
PROYECTOS DE DESARROLLO QUE PRESENTA:

VILLANES ROJAS, ALAIN ÁLVARO

Y

MAGISTER EN GERENCIA SOCIAL CON MENCIÓN EN GERENCIA DE LA PARTICIPACIÓN
COMUNITARIA QUE PRESENTA:

MORALES MARTÍNEZ, JESSICA VERÓNICA

ASESORA:

FORT CARRILLO, MARIA AMELIA

ENERO, 2018

RESUMEN EJECUTIVO

La participación ciudadana y la adecuada articulación de los actores involucrados en la promoción de la salud sigue siendo un reto hoy en día en el Perú.

El presente trabajo ha documentado y analizado los buenos resultados obtenidos en la implementación de la metodología de promoción de la salud denominada “Municipios y Comunidades Saludables” que fue empleada por el proyecto USAID/ MCS II en las regiones de San Martín y Ucayali durante el periodo 2011 – 2015. Para ello, se tuvo en cuenta tanto los factores internos como externos que mediaron la adopción de dicha metodología por parte de las familias, las comunidades organizadas y los municipios.

El análisis de dichos factores permite delinear una hoja de ruta o lecciones aprendidas a ser tomadas en cuenta por los gobiernos regionales y locales, así como por todo actor involucrado en la promoción de la salud que tenga por finalidad implementar un programa o proyecto que involucre la participación de la comunidad y sus autoridades locales.

Así, luego de haber identificado la escasa documentación referida al involucramiento directo y trabajo articulado entre los grupos familiares, comunidades y municipios en la labor de la promoción de la salud vinculada a sus cuatro fases (sensibilización y organización, planificación, ejecución y autoevaluación); mediante la presente investigación tratamos de dar a conocer el desenvolvimiento e interacción entre aquellas familias, comunidades y sus respectivos municipios, mostrando hallazgos tales como: la existencia de familias con niños menores de 2 años y mujeres gestantes que lograron implementar compromisos para mejorar sus viviendas y prácticas de salud, comunidades empoderadas que implementaron acciones de promoción de la salud y de mejora de sus determinantes sociales de la salud mediante el empleo de instrumentos de gestión como diagnósticos y planes comunales, así como gobiernos locales que llegaron a implementar acciones contenidas en su plan distrital para promover escenarios saludables y brindar soporte para realizar un trabajo articulado con el personal de los establecimientos de salud.

Para ello, se desarrolló un análisis descriptivo con enfoque cualitativo, siendo el ámbito de estudio 6 comunidades de la Región San Martín y 4 comunidades de la Región Ucayali, se realizó grupos focales a las familias y comunidades organizadas bajo el modelo de juntas

vecinales comunales (JVC), entrevistas a representantes del personal de salud, entrevistas a funcionarios de los gobiernos locales, una entrevista a un representante del Ministerio de Salud y una entrevista al profesional responsable del componente de promoción de la salud del proyecto USAID/ MCS II.

De esta forma, producto de las indagaciones realizadas por cada escenario saludable (familias, comunidades y municipios) se registró y procesó la información recabada, la cual fue utilizada posteriormente en el proceso de análisis e interpretación de los resultados, entre los cuales se puede describir los siguientes:

En el escenario familia, la implementación de la metodología de familias saludables buscó que aquellas adopten un compromiso de cambio, el cual se manifestase mediante la puesta en marcha de nuevas prácticas de salud orientadas a generar una cultura de auto cuidado y de mejora del entorno familiar. De esta manera, se promovería que los niños y niñas menores de 2 años de edad se beneficien de prácticas saludables tales como: acceso a la lactancia materna exclusiva (en los 6 primeros meses), consumo de alimentos balanceados y en la frecuencia adecuada para su edad, vacuna y control de crecimiento al día, así como consumo de agua segura y niños con documento de identidad (DNI).

A nivel de la comunidad se buscó que las autoridades comunales organizadas en JVC se empoderasen, asuman un liderazgo democrático y adopten una gestión comunal planificada a favor de la salud de sus familias; todo ellos a partir de la implementación de herramientas de gestión comunal tales como los diagnósticos y los planes comunales.

A nivel de los Municipios se esperó que las autoridades municipales como los encargados o gerentes de desarrollo social y alcaldes distritales fortalezcan sus capacidades para asumir el liderazgo de la gestión local de promoción de la salud de manera articulada con sus comunidades, equipos de los EESS y otros actores locales clave.

De esta forma, es importante que los gobiernos regionales y locales adopten e interioricen la metodología como propia, para que las familias, comunidades y municipios cuenten con actores clave a cada nivel, suscitando condiciones e involucramiento de las distintas entidades para la adopción de una cultura de auto cuidado de la salud y gestión de los determinantes sociales de la salud.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CRED:	Crecimiento y desarrollo del niño y de la niña
CUI:	Código único de identificación
DNI:	Documento de identidad
EBD:	Enfoque basado en derechos
EDAS:	Infecciones Diarreicas agudas
EES:	Establecimientos de Salud
EFS:	Estrategia de familias saludables
ENAH:	Encuesta nacional de hogares
ENDES:	Encuesta demográfica y de salud familiar
ETL/ CDS:	Equipos técnicos locales o comités de desarrollo social
FONCODES:	Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social
FVC:	Ficha de vigilancia comunal de la salud madre – niño
GL:	Gobierno Local
IRA:	Infecciones respiratorias agudas
JVC:	Juntas vecinales comunales
MAC:	Métodos anticonceptivos
MEF:	Mujeres en edad fértil
MCS II:	Proyecto de promoción de la salud Municipios y Comunidades saludables II
MINSA:	Ministerio de salud
OMS:	Organización mundial de la salud
ONG MSH:	ONG Management Science for Help
PAIMNI:	Programa de acciones integrales para mejorar la nutrición infantil
PDI:	Plan distrital integral
PMD:	Plan multisectorial distrital
SIS:	Seguro integral de salud
SODIS:	Desinfectar el agua con la exposición al sol
TES:	Transferencia, expansión y sostenibilidad de la metodología MCS.
TRO:	Tratamiento de rehidratación oral
TSC:	Teoría social cognitiva
USAID/MCS II:	United States Agency for International Development/ Municipios y Comunidades Saludables II

ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN	6
1.1	PLANTEAMIENTO.....	6
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3	OBJETIVOS DE LA TESIS.....	17
II	MARCO TEÓRICO	18
2.1	DIAGNÓSTICO.....	18
2.2	DISCUSIÓN TEÓRICA.....	29
III	METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	44
IV	RESULTADOS O HALLAZGOS	50
4.1	Motivaciones de las familias de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables.....	50
4.2	Motivaciones de las comunidades (JVC) de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables.....	64
4.3	Organización comunitaria para la implementación de la metodología.....	80
4.4	Limitaciones en la implementación de la metodología MCS en los tres escenarios saludables.....	84
4.5	Razones de los gobiernos locales para participar del proyecto USAID/ MCS II y adoptar su metodología.....	92
4.6	Elementos clave generados por la aplicación de la metodología MCS para promover una activa participación entre JVC y GL.....	104
V	CONCLUSIONES	108
VI	RECOMENDACIONES	119
VII	BIBLIOGRAFÍA	125
VIII	ANEXOS	128
8.1	Fotografías del trabajo de campo realizado.....	128
8.1	Fotografías de las herramientas de familias saludables.....	129
8.2	Matriz básica de consistencia.....	130

1 INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO

Hoy en día nuestro país presenta grandes diferencias respecto a la situación del sector salud, las políticas de cobertura universal como el SIS no han logrado alcanzar la equidad ni han comprendido que el concepto de salud representa la noción de ausencia de enfermedad.

Es allí donde el concepto de promoción de la salud aparece para llenar ese vacío; dado que brinda una mirada integradora que logra mejorar la inequidad, reducir la pobreza y la desigualdad.

Promover la salud requiere de una adecuada participación de la sociedad civil; de reconocer las condiciones de salud, así como definir las prioridades para escoger la mejor decisión en pro del bienestar social de la comunidad.

En ese sentido el proyecto de promoción de la salud Municipios y Comunidades saludables II (en adelante MCS II) nos aporta un aprendizaje invaluable al haberse desarrollado en las zonas más pobres y vulnerables de las regiones de San Martín y Ucayali a lo largo de los últimos 5 años en áreas que sufren desnutrición crónica, enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, castigo físico, abuso sexual, violencia en el hogar y la baja cobertura del uso de los servicios de salud y del parto institucional.

El proyecto nace con el fin de promover, generar entornos y prácticas saludables en el escenario familiar, comunal y municipal; fomentando la participación, compromiso y decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada, las familias y otros actores sociales con la intención de contribuir a la adopción de una cultura de auto cuidado de la salud y generar capacidades en todos los actores involucrados.

El Proyecto “USAID Municipios y Comunidades Saludables II” (USAID MCS II) enmarcado en el periodo (2011 – 2015) tuvo por ámbitos de intervención a las regiones de: Ayacucho, San Martín, Ucayali y la sede especial Aguaytía; y representa la continuidad del proyecto denominado USAID/ MCS 2006 – 2010 (Fase I).

El presente trabajo busca identificar las buenas prácticas del proyecto MCS II que tuvo cinco años de intervención y que nos permitirá identificar aquellos mecanismos que se lograron implementar exitosamente.

Descripción de la metodología “Municipios y Comunidades Saludables”:

La metodología MCS fue construida tomando en cuenta las cuatro fases y líneas de acción de promoción de la salud desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. Esta metodología está orientada a “fortalecer las capacidades (empoderamiento) de las personas para que ejerzan el auto cuidado de su salud actuando sobre los factores de su entorno y promoviendo un trabajo conjunto y articulado entre todos los actores y gestores del desarrollo local” (MSH- PERU, 2015:13).

Su intervención operativa se estructura en cada uno de los tres escenarios que aborda (familias, comunidades y municipios), y comprende los siguientes elementos: fases de promoción de la salud, líneas de acción de promoción de la salud, estrategias operativas de MCS y las herramientas destinadas a cada uno de los escenarios contemplados.

Así, el proceso de implementación de la metodología Familias, Comunidades y Municipios Saludables, se realiza de acuerdo a las siguientes “fases de la promoción de la salud: Sensibilización y Organización; Planificación, Ejecución y Autoevaluación; que permiten operacionalizar las acciones de promoción de la salud en sus diferentes escenarios” (MSH- PERU, 2015:14).

Grafico N° 1
Fases de la promoción de la salud



Fuente: Documento "MSH- PERU, Estrategias Municipios y Comunidades Saludables, 2015:14"

En el marco de las investigaciones y publicaciones de la ONG MSH Perú, se toma como referencia el documento denominado "Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables" del cual se toma como referencia las siguientes fases de promoción de la salud que describimos a continuación: (MSH- PERU, Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables, 2015)

a) Sensibilización y Organización. Etapa donde el gobierno local, la comunidad organizada y las familias, asumen el compromiso de implementar la metodología Municipios y Comunidades Saludables y designar a las instancias correspondientes, la responsabilidad de promover su implementación. (MSH- PERU, Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables, 2015:15)

- Promueve la participación voluntaria y activa y el compromiso de la sociedad civil en sus diferentes niveles de representatividad con el fin de mejorar sus condiciones de vida y participar en espacios de toma de decisiones en asuntos de interés común, para lo cual se organizan, identifican sus prioridades, definen metas, estrategias, dividen tareas, identifican recursos y establecen alianzas estratégicas.

- Promueve también una estructura orgánica reconocida, quien es la que lidera la implementación de la estrategia en los escenarios saludables en los municipios y las comunidades.

b) Planificación. En esta etapa la municipalidad, la comunidad y las familias elaboran sus instrumentos de gestión y planificación para la toma de decisiones en concordancia con el Plan Concertado de Desarrollo Local y la visión a alcanzar. (MSH- PERU, Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables, 2015:15)

Los instrumentos que utiliza esta metodología por escenarios saludables son:

- Familia : Tablero de visión, tablero de diagnóstico y evaluación, tablero de compromiso y tablero de normas de convivencia.
- Comunidad: Diagnóstico y Planificación comunal, ficha de vigilancia comunal de la salud madre niño.
- Municipio : Plan Distrital Integral (PDI) o Plan Multisectorial Distrital (PMD)

c) Ejecución. En esta etapa las comunidades y municipalidades implementan las actividades que están registradas en sus planes comunales, en el Plan de Desarrollo Integral /Plan Municipal de Desarrollo de los gobiernos locales respectivamente; en el caso de familias se refiere a la ejecución de los compromisos plasmados en los tableros de familias; a partir del cual se busca fortalecer la organización y promoción de la participación ciudadana, mejoramiento de ambientes y entornos, la promoción de estilos y prácticas de vida saludable, aunque éstas puedan estar presentes de manera transversal en las otras fases. (MSH- PERU, Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables, 2015:16)

d) Autoevaluación. En esta etapa las municipalidades, comunidades y familias, a través de un proceso de acompañamiento, seguimiento, monitoreo y evaluación pueden contar con elementos necesarios para identificar qué, cuándo, cómo y cuánto se ha avanzado y los logros alcanzados en la implementación de la metodología de MCS. Así, dichas acciones permiten contar con información para identificar estrategias que están fortaleciendo y/o redistribuir la intervención según las necesidades de cada escenario evaluado.

De esta forma, la metodología representa un esfuerzo de articulación entre los tres escenarios antes mencionados, en la que se promueve la identificación de las principales necesidades de la población, el empoderamiento de la comunidad para que pueda ser ella misma la gestora de su desarrollo e involucrando a los gobiernos locales para que sirvan de catalizador de aquellas iniciativas comunales y puedan brindar el soporte institucional, técnico y financiero para su realización. (MSH- PERU, Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables, 2015:16)

Antecedentes y descripción de la problemática

A continuación, se presenta los resultados de la línea de base del proyecto USAID MCS II respecto a la salud reproductiva y la nutrición infantil, según cada indicador analizado:

Salud sexual y reproductiva:

El proyecto tiene como un elemento clave la promoción de prácticas de salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar, para ello se ha identificado conjunto de indicadores que evidencian los resultados de la intervención en esta línea temática

Indicadores a analizar:

- Mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún método anticonceptivo (MAC):

El porcentaje de mujeres en edad fértil o cuyas parejas sexuales continúan usando un moderno MAC después de su primera consulta de control, alcanzó al 92 % según reportan las mujeres encuestadas en la línea de base. Ver Cuadro N° 1.

A nivel de las áreas de supervisión observamos que Ayacucho y sólo una zona de San Martín, presentan valores negativos, es decir, no lograron cubrir el mínimo número de casos establecidos por sus respectivas reglas de decisión, las cuales indican sí logró o no cumplir la meta esperada en la línea de base.

- Mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan.

El porcentaje de mujeres en edad fértil o cuyas parejas sexuales tienen preferencia por el método anticonceptivo que actualmente utilizan, alcanzó al 91% por ciento según reportaron las mujeres encuestadas, es importante destacar que la preferencia depende en parte de las opciones de métodos disponibles que se ofrece y de la información que se da desde los servicios de salud y así como de condiciones de salud de la mujer, creencias y otros factores propios de cada grupo cultural.

Ahora, si bien es cierto la medición de la línea de base arroja que gran parte de esta población prefiere el MAC moderno que viene usando, a nivel de las áreas de supervisión, se halló que Aguitía no logró superar el mínimo establecido por sus respectivas reglas de decisión, sin embargo, se observa que dicha diferencia no es significativa en relación al conjunto.

- Nacimientos con espacio de por lo menos tres años uno de otro

El porcentaje de madres que tuvieron un espaciamiento de embarazo de 3 años y más, fue considerablemente bajo 34%.

A nivel de las áreas de supervisión, sólo Ayacucho y una Región de Aguitía no logran alcanzar el mínimo establecido por sus respectivas reglas de decisión, hallándose las demás áreas con mejores valores; no obstante, cabe resaltar que San Martín y Ucayali logran triplicar sus valores mínimos, lo que da a entender que son las zonas que mejores resultados muestran en relación a la cantidad de nacimientos que se dan con por lo menos tres años de espacio uno de otro.

Cuadro N° 01
Resultados alcanzados en el tema de Salud Sexual y reproductiva

Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
	Ayacucho		San Martín		Ucayali		Aguitía				
	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
Indicador 1: % de nacimientos con espacio intergenésico de por lo menos tres años uno de otro.											
<i>Promedio redondeado</i>	34%										
<i>E.16: % de nacimientos con espacio de por lo menos tres años uno de otro</i>	3	2	10	8	4	6	5	2			
<i>Muestra</i>	8	9	16	18	17	16	18	15	40	117	34.20%
<i>Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)</i>	4	3	3	3	3	4	3	4			
<i>Cumple con la meta</i>	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO			
Indicador 2: % de mujeres de 15 a 49 años de edad que tienen continuidad de algún método moderno anticonceptivo.											

<i>Promedio redondeado</i>	92%										
E.14: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún MAC.	15	18	18	25	25	21	23	26			
<i>Muestra</i>	19	22	20	25	25	21	24	29	171	185	92.40%
<i>Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)</i>	16	19	19	21	21	20	20	22			
<i>Cumple con la meta</i>	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI			
Indicador 3: Mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan.											
<i>Promedio redondeado</i>	91%										
E.15: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el MAC moderno que actualmente usan.	17	22	20	21	25	20	20	23			
<i>Muestra</i>	19	22	20	25	25	21	24	29	168	185	90.80%
<i>Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)</i>	16	19	19	21	21	20	21	25			
<i>Cumple con la meta</i>	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO			

Fuente: Proyecto USAID MCS II, abril 2011.

Elaboración: propia

Nutrición Infantil

Indicadores a analizar:

- Niños entre 0 y 23 meses de edad con tos en las últimas dos semanas que buscaron atención de proveedor de salud.

La detección y manejo de los casos de IRA es importante para contribuir a reducir la mortalidad infantil por incidencia de neumonía —principal causa de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias— que por evidencia de estudios es cinco veces más frecuente en los países en desarrollo. El proyecto orientó sus esfuerzos en promover la práctica del uso de servicios de salud frente a los casos de IRA. Para ello el indicador que evidenció el conjunto de intervenciones a favor de esta práctica correspondió al porcentaje de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad con infección respiratoria aguda que tuvieron atención por proveedor de salud; de esta forma apreciamos que en los resultados de la línea de base el 72.7 por ciento de los niños que presentaron episodios de IRA demandaron atención por parte de algún proveedor de salud. En cuanto a las áreas de intervención, apreciamos que tres de ellas la AS N° 6, AS N° 7 y AS N° 8 (ver cuadro N° 02) muestran, a raíz de los resultados del estudio de líneas de base, que se encontraron por debajo de lo requerido para establecer como condición aceptable el

modo de tratamiento de los niños entre 0 y 23 meses de edad ante episodios de IRA, dichas zonas corresponden a las sedes de Pucallpa y Aguaytía.

- Niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con documento de identidad.

En el Perú, para reducir la brecha de no identidad se creó el Código Único de Identificación (CUI), este código ha sido incorporado a las partidas de nacimiento con el fin de tener un control desde el momento del nacimiento. El proyecto USAID/ MCS II, consideró esta prioridad de derecho del niño y promovió en las familias la importancia del registro de los niños que nacen y de incidir en los gobiernos locales la promoción de este derecho, para ello el indicador designado fue “niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que cuentan con CUI” Así, a partir de los datos obtenidos en la línea base del proyecto, este indicador alcanzó solo al 24.7 por ciento de las madres encuestadas (ver cuadro N° 02). Y en el conjunto de áreas de supervisión distribuidas en las regiones de Ayacucho, San Martín, Ucayali y la sede especial de Aguaytía, se aprecia que todas ellas llegaron a cumplir con sus respectivas reglas de decisión; no obstante, aun así, se aprecia una ligera ventaja de las regiones de San Martín y Ucayali respecto al número de casos en los cuales los niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con CUI.

- Niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron tratamiento de rehidratación oral.

Las enfermedades diarreicas agudas es el resultado de una alteración en el mecanismo de transporte de agua y electrolitos, la evidencia científica ha demostrado que la práctica del tratamiento de rehidratación oral (TRO) con sales de rehidratación u otros líquidos caseros corrige el déficit de agua y electrolitos. En el proyecto USAID/ MCS II como parte de las prácticas de cuidado de la salud del niño se llevó a cabo un conjunto de actividades con la finalidad de fortalecer las capacidades para la práctica de TRO en el hogar, para ello el indicador que evidencia los resultados corresponde al tratamiento de rehidratación oral, incluyendo líquidos caseros cuando un niño o niñas presentan episodio de diarrea. De esta forma, en la medición de la línea de base se identificó que dicho indicador se encontró en un 70.1 por ciento (ver cuadro N° 02), evidenciándose además que en todas las áreas de supervisión los datos obtenidos se encuentran por lo menos duplicando la cantidad mínima calculada para cumplir con la regla de decisión.

Cuadro N° 02
Resultados alcanzados en el área de nutrición Infantil

Indicador	Resultados por Área de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
	Ayacucho		San Martín		Ucayali		Aguaytía				
	AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8			
TEMA: Nutrición Infantil											
Promedio redondeado	74%										
% de niños entre 0 y 23 meses de edad con tos en las últimas dos semanas que buscaron atención de proveedor de salud.	19	13	34	37	14	16	17	24	174	238	73.10%
Muestra	21	14	37	39	22	26	38	41			
Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	14	8	22	25	14	16	24	26			
Cumple con la meta	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO			
TEMA: Nutrición Infantil											
Promedio redondeado	25%										
% de niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con CUI	12	10	15	13	13	11	5	5	84	340	24.70%
Muestra	44	40	44	41	42	46	41	42			
Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	5	5	5	5	5	6	5	5			
Cumple con la meta	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			
TEMA: Nutrición Infantil											
Promedio redondeado	71%										
% de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron tratamiento de rehidratación oral.	9	17	27	24	14	16	21	15	143	204	70.10%
Muestra	16	21	32	30	27	25	28	25			
Regla de Decisión (igual o mayor al número de casos esperados según la meta)	4	5	9	9	6	7	9	10			
Cumple con la meta	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			

Fuente: Proyecto USAID MCS II, abril 2011.
Elaboración: propia

Así, a la luz de los logros obtenidos en los temas de salud sexual y reproductiva y la nutrición Infantil, se llegó a evidenciar mejores resultados en las regiones de San Martín y Ucayali en contraste con la Región Ayacucho y la sede especial Aguaitía.

Debido a ello el presente trabajo se enfocará en el análisis de ambas regiones y la pregunta general para la presente tesis es:

¿Qué factores internos y externos permitieron que las familias, comunidades y municipios que adoptaron la metodología MCS obtengan resultados exitosos?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El proyecto MCS II ha colocado las buenas prácticas saludables como una prioridad en las agendas del gobierno regional de San Martín y Ucayali y en las manos de los responsables del desarrollo local, convirtiéndose en un instrumento comprobado que es importante para crear desarrollo sostenible en el país.

Los buenos resultados obtenidos en la promoción de la salud en las regiones de San Martín y Ucayali obedecen a un conjunto de factores internos y externos propios de estas regiones. En ese sentido el análisis y comprensión de la interacción de dichos factores permitirá ser una hoja de ruta de ejemplo a seguir para los gobiernos regionales con características similares y todo actor involucrado en la promoción de la salud.

Como podremos ver en el desarrollo del presente trabajo a simple vista pudiera parecer sencilla la aplicación de una metodología de desarrollo social por parte de un proyecto que cuenta con pasos pre establecidos para su respectiva implementación; sin embargo, muchos de los factores internos y externos son determinantes para el éxito de la misma, dado que opera en un territorio complejo de relaciones sociales y políticas entre los diversos actores.

Por ello, nuestra investigación considera de suma importancia identificar los factores internos y externos que permitieron que la metodología MCS sea exitosa en las regiones de San Martín y Ucayali, ello nos permitirá entre otras cosas: acortar procesos de aprendizaje en la intervención social, mejorar la capacidad de organización y gestión de recursos de los gestores de desarrollo social.

Así, nuestra investigación pretende abordar los siguientes factores:

Factores Internos:

- Motivaciones de las familias, comunidades y municipios para participar de la metodología MCS.
- Recursos materiales (financiamiento, personal, apoyo logístico, infraestructura) e inmateriales necesarios para el adecuado cumplimiento de la metodología MCS.
- Capacidad de adaptabilidad de la metodología según contexto.

Factores externos

- Coyuntura socio política
- Pertinencia de la metodología en los tres escenarios.

Para el presente trabajo hemos identificado dos antecedentes de implementación de promoción de la salud. Nos parece importante mencionar los vacíos que tuvieron o limitaciones para su óptimo desarrollo.

Vacíos del programa Municipios y Comunidades Saludables desarrollado por el MINSA

- No se llegó a establecer un sistema de seguimiento o monitoreo de la implementación de los planes comunales y el ejercicio de las prácticas saludables de las familias.
- No se llegó a realizar una estrategia de transferencia y sostenibilidad de la metodología de Municipios y comunidades Saludables a nivel de articulación de actores público – privados.

Vacíos de la primera fase del proyecto MCS patrocinado por USAID/ MCS (Fase I)

- No se llegó a fortalecer la capacidad de los gobiernos locales para asumir una mayor responsabilidad en la implementación de los planes de desarrollo comunal mediante la mejora de los espacios de participación ciudadana o a través del apoyo en la gestión de la comunidad para conseguir los recursos de diversas entidades.
- La metodología de comunidades saludables no llegó a aplicar un adecuado monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes comunales. Se focalizaron únicamente en la formulación.
- Los instrumentos de gestión para las familias, comunidades y municipios aún no estaban estandarizados. Durante la primera fase el proyecto USAID MCS se enfocó en la promoción y protección de la salud dejando de lado el fortalecimiento de la gestión comunitaria para la promoción de las prácticas saludables. Prueba de ello es que no lograron estandarizar las herramientas para el escenario de comunidades saludables.

1.3 OBJETIVOS DE LA TESIS

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar los factores internos y externos que permitieron que las familias, comunidades y municipios adopten la metodología MCS obteniendo resultados exitosos en las regiones de Ucayali y San Martín. Para ello, identificaremos tanto las motivaciones como limitaciones que presentaron los tres actores para su adopción, analizando los elementos claves de la participación comunitaria y la adopción de la metodología por parte de los Gobiernos Locales.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Identificar y analizar las motivaciones de las familias y juntas vecinales comunales de las regiones de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología de familias y comunidades saludables respectivamente.
- Describir el proceso de organización y participación comunitaria a partir de la adopción de la metodología de comunidades saludables.
- Analizar los elementos claves para generar una adecuada participación de la población con sus gobiernos locales a través de la metodología MCS.
- Analizar las limitaciones identificadas en la aplicación de la metodología MCS en los tres escenarios.
- Analizar las razones que llevaron a los gobiernos locales adoptar la metodología del proyecto USAID/ MCS II.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 REGIÓN SAN MARTÍN

“San Martín se encuentra ubicado en la selva alta, al noreste de nuestro territorio nacional, en el flanco oriental del relieve andino, en el sector septentrional y central entre los paralelos S" 15' Y 8"25'15" de latitud sur a partir del Ecuador” (Plan de Desarrollo Regional Concertado San Martín al 2021,2015:23).

A continuación detallamos las siguientes características demográficas de la región San Martín:

La tendencia del ritmo de crecimiento poblacional de la Región San Martín, se encuentra relacionada fundamentalmente a factores tales como: su elevado nivel de fecundidad y al efecto de la migración, llegando a considerársele como un departamento "receptor" de población. Así, en los últimos 67 años, el departamento ha incrementado su población en más de 7.68 veces, mientras que el país tan solo ha crecido 3,9 veces. En el siguiente gráfico se muestra la población censada desde el año 1940 al 2007 y sus proyecciones realizadas hasta el 2021 con su respectivo porcentaje de crecimiento poblacional. (Plan de Desarrollo Regional Concertado San Martín al 2021,2015:24)

Grafico N° 02



Fuente: INEI - Compendio estadístico 2015

Elaboración: Propia

Los resultados de los Censos de 1993 y 2007 arrojan como resultado que de diez provincias que constituyen la región San Martín tiene, las de mayor cantidad poblacional corresponden a: San Martín, Moyobamba y Rioja, mientras que, de otro lado, las provincias que presentan menor cantidad poblacional son El Dorado y Huallaga.

Cuadro N° 03
Características de la población según provincias de San Martín

Provincia	Tasa de Crecimiento	Población Total	Densidad Poblacional (hab/km2)
Prov. San Martín	2.25%	179184	32.04
Prov. Moyobamba	3.64%	136414	34.38
Prov. Rioja	2.95%	120387	45.40
Prov. Lamas	1.16%	83825	17.53
Prov. Tocache	0.18%	73460	11.75
Prov. M. Cáceres	0.15%	51489	5.52
Prov. Bellavista	2.60%	55815	6.78
Prov. Picota	2.43%	42369	20.57
Prov. El Dorado	2.62%	38152	30.10
Prov. Huallaga	0.68%	25357	3.50
Total		806452	16

Fuente: INEI Censos Nacionales 2007: XI Población y VI de vivienda

Cuadro N° 04
Características de la población de los distritos de Saposoa, Caynarachi y Tres Unidos de las provincias focalizadas para la investigación

PROVINCIA	DISTRITOS FOCALIZADOS	TOTAL	POBLACION		TOTAL	URBANA		TOTAL	RURAL	
			HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
HUALLAGA	SAPOSOA	11982	6256	5726	6963	3498	3465	5019	2758	2261
LAMAS	CAYNARACHI	7775	4152	3623	3702	1952	1750	4073	2200	1873
PICOTA	TRES UNIDOS	4084	2216	1868	2008	1062	946	2076	1154	922

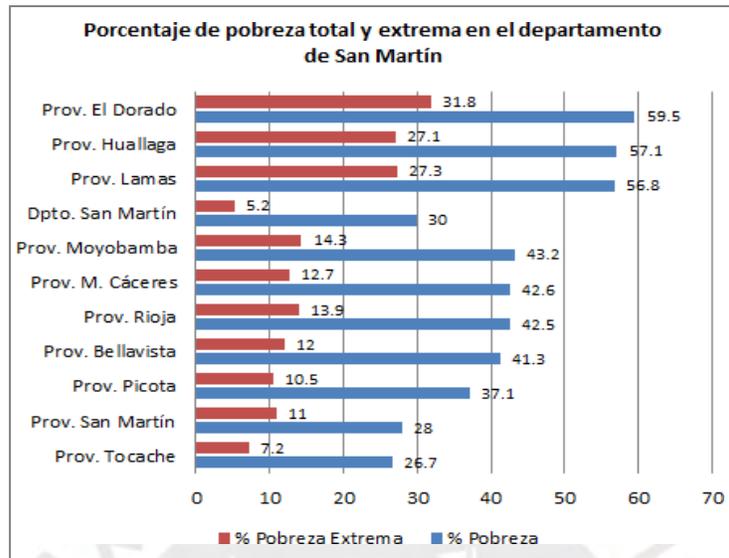
Fuente: INEI Censos Nacionales 2007: XI Población y VI de vivienda

▪ Pobreza

Según los estudios de la ENAHO en San Martín los niveles de pobreza muestran claras diferencias entre las 10 provincias de la Región, siendo las provincias con mayor porcentaje de pobreza total El Dorado, Huallaga, Lamas y Moyobamba, y pobreza extrema respectivamente; encontrándose dichas provincias por encima del promedio departamental (30% pobreza y 5.2% pobreza extrema). Situación que deja entrever que

aún hoy en día gran parte de la población de San Martín presenta limitaciones para satisfacer sus necesidades básicas y adquirir servicios públicos indispensables.

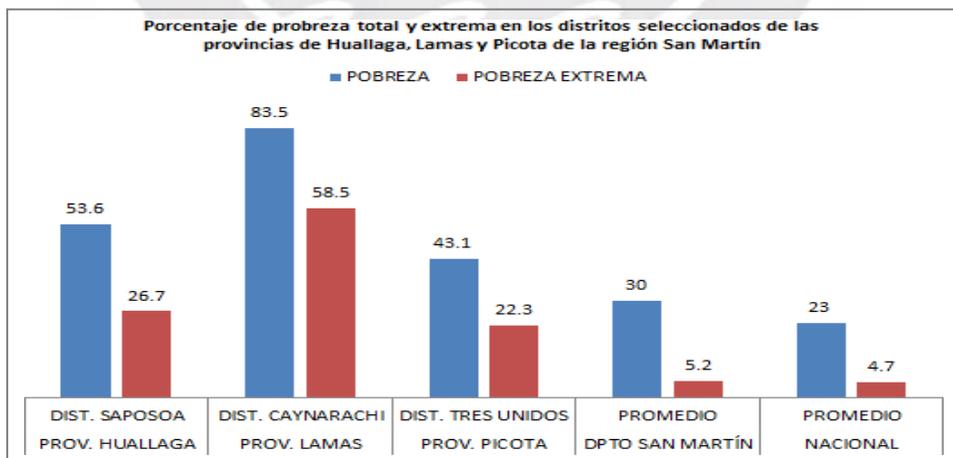
Gráfico N°03



Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO). 2013
Elaboración: Propia

La pobreza monetaria total y extrema en los distritos focalizados para la investigación, Saposo, Caynarachi y Tres Unidos representa hoy en día un porcentaje más alto que el promedio departamental (30%) y nacional (23%), identificándose el caso del distrito de Caynarachi, provincia de Lamas, como la cifra más alta con el 83.5% de población pobre y 58.5% de pobreza extrema.

Gráfico N° 04



Fuente: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) – INFOMIDIS, 2016
Elaboración propia

▪ **Salud**

Desnutrición Infantil

A través del empleo del Patrón de Referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se observa que, en la Región San Martín, la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de cinco años se ha encontrado cerca a los promedios nacionales, mostrándose una alternancia de mejores resultados entre ambas mediciones a lo largo del periodo 2007 – 2014.

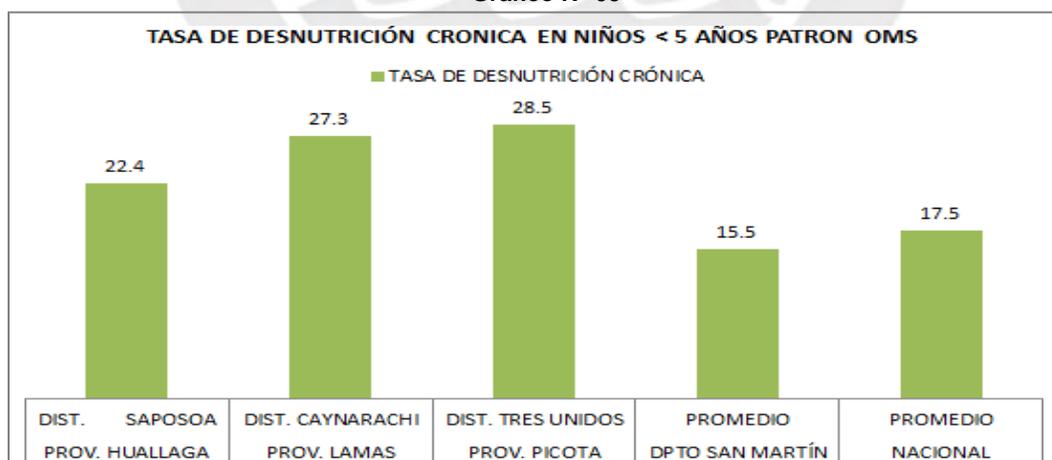
Cuadro N° 05
Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, patrón OMS (2007 – 2014)

AMBITO	INDICADOR	UNIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nacional	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS)	%	27.8	18,3	23.8	23.2	19.5	18.1	17.5	14,6
San Martín	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS)	%	23	20,9	28.2	26.8	22.8	16.5	15.5	16

Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014.
Elaboración: Propia

Por su parte, durante el 2013, la tasa de desnutrición crónica infantil en los distritos de Saposoa, Caynarachi y Tres Unidos muestra resultados por encima del promedio de la cifra departamental (15.5) y nacional (17.5) respectivamente.

Gráfico N° 05



Fuente: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) – INFOMIDIS, 2016
Elaboración: Propia

Mortalidad infantil y en la niñez

El análisis tanto de la tasa de mortalidad infantil como de la tasa de mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años de edad desde el año 2010 muestra una tendencia decreciente en la Región San Martín; no obstante, dichas cifras se ubican por encima del promedio nacional; significando ello en la actualidad que la Región San Martín aún forma parte del grupo de regiones tales como: Ucayali, Puno o Loreto, quienes son las que mantienen las tasas de mortalidad infantil y de la niñez más altas en el Perú.

Cuadro N° 06
Mortalidad infantil y en la niñez en la Región San Martín

Tasa de mortalidad infantil			Tasa de Mortalidad en la niñez		
Ámbito	San Martín	Nacional	Ámbito	San Martín	Nacional
Unidad	Por 1000 nacidos vivos				
2010	28	17	2010	38	23
2011	26	16	2011	35	21
2012	26	17	2012	35	21
2013	24	19	2013	30	24
2014	26	19	2014	30	23

Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2010 al 2014
Elaboración propia

Prácticas Saludables

Los resultados más destacados en el ejercicio de las prácticas saludables (Ver gráfico N° 06) en la Región San Martín¹ corresponden a: al cuidado prenatal de las mujeres en edad fértil en el momento de su último hijo nacido (90.9%)², la realización de partos institucionales o dentro de algún establecimiento de salud (86%)³ y el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumen alimentos adecuados para su edad un mínimo número de veces al día (85.6%)⁴. No obstante, se aprecia también que el porcentaje de anemia en niños de 6 a 59 meses de edad es del 22.4%⁵, la desnutrición en niños menores

¹ Según la Encuesta demográfica y de salud familiar 2013 - INEI

² ibíd.

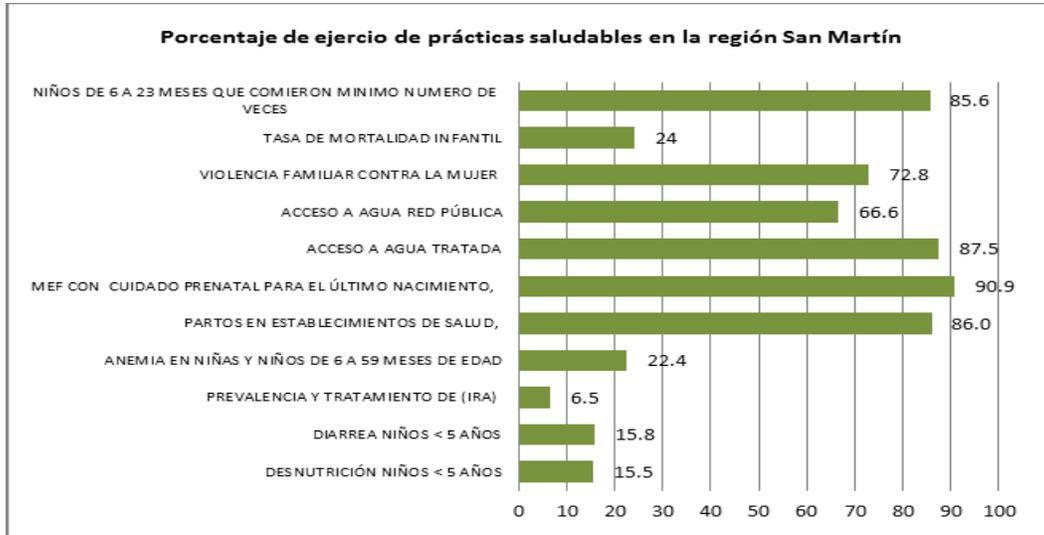
³ ibíd.

⁴ ibíd.

⁵ ibíd.

de 5 años llega al 15.8%⁶ y la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) alcanzó durante el 2013 el 6.5%⁷.

Grafico N° 06



Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2013
Elaboración: Propia

2.1.2 REGIÓN UCAYALI

La caracterización de la región Ucayali, así como los aspectos demográficos concernientes a dicha región pueden encontrarse en su documento de gestión regional denominado “Plan de Desarrollo Concertado” el cual establece lo siguiente:

Ucayali se encuentra ubicada en la parte central de la zona oriental del Perú, Región de la selva Amazónica y forma parte de la selva baja. Tiene como capital a la ciudad de Pucallpa, está ubicado a 154 m.s.n.m. y su localización sobre el punto geográfico: Latitud Sur 8° 23'11" y Longitud Oeste 74° 31' 43"

La Región de Ucayali se caracteriza por una alta migración proveniente de otras ciudades tanto del norte como del sur, principalmente de la sierra central. De acuerdo a los datos del último censo de Población y Vivienda (2007) del INEI, la población de la Región Ucayali para el 2007 alcanzó 432,159 habitantes que correspondía al 1.53% de la población total del país (28'220,764 Habitantes).

⁶ ibíd.

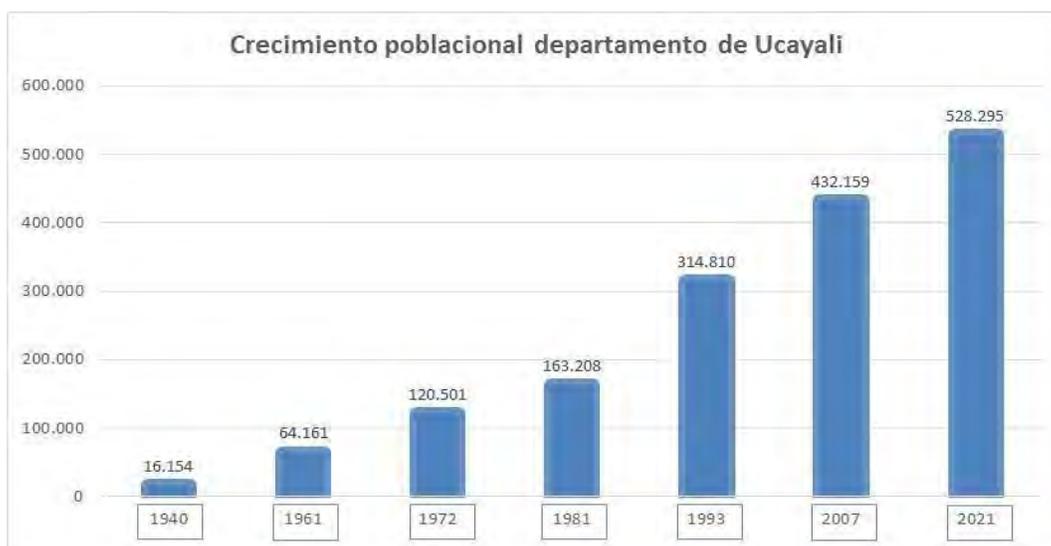
⁷ ibíd.

El último censo establece que, de la población total del departamento de Ucayali, el 51.40% (222,132 hab.) son hombres y el 48.60% (210,027 hab.) son mujeres. Además, la Región cuenta con una población eminentemente joven (de 15 a 29 años), que según Censo 2007 es de 122,850 habitantes y que en términos relativos es el 28.43% del total de la población.

Es importante mencionar también que el porcentaje de niños representa el 33.64%, lo que pone en evidencia que los mayores esfuerzos deben continuar orientándose a estos dos grupos de la población. (Plan de Desarrollo Regional Concertado del Departamento de Ucayali al 2021,2015:8)

Así, se muestra la población desde el año 1940⁸ hasta la proyección al 2023.

Gráfico N° 07



Fuente: INEI –Fuente: Compendio estadístico 2015, Elaboración: Propia.

La provincia de Coronel Portillo que concentra a 333,890 hab.; la Provincia de Padre Abad con 50,590 hab.; la Provincia de Atalaya con 43,933 hab.; y la Provincia de Purús con 3,746 hab.

⁸ Según compendio estadístico 2015 del INEI en Ucayali la cifra considera a la población reconstruida de acuerdo a la División Política Administrativa de 2007, considerando los cambios ocurridos en cada uno de los departamentos en los periodos correspondientes. Teniendo en cuenta que el departamento de Ucayali se funda el 18 de junio de 1980.

Cuadro N° 07

Características de la población de los distritos de Irazola, Curimaná y Campo Verde de las provincias focalizadas para la investigación

PROVINCIAS	DISTRITOS FOCALIZADOS	TOTAL	POBLACIÓN		TOTAL	URBANA		TOTAL	RURAL	
			HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
PADRE ABAD	IRAZOLA	18,910.00	10,643.00	8,267.00	9,107.00	5,017.00	4,090.00	9,803.00	5,626.00	4,177.00
	CURIMANA	6,047.00	3,404.00	2,643.00	1,918.00	1,035.00	883.00	4,129.00	2,369.00	1,760.00
CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	13,515.00	7,336.00	6,179.00	4,256.00	2,243.00	2,013.00	9,259.00	5,093.00	4,166.00

Fuente: Censo 2007 INEI, Elaboración propia

▪ Pobreza

La tasa de incidencia de pobreza en el departamento de Ucayali en el año 2009, registró un 29,7%⁹, siendo menor al promedio nacional del mismo año (34,8%), mientras que, para el año 2010 dicho promedio fue de 20.3%¹⁰, mostrando nuevamente una cifra inferior al cálculo nacional (31,3%).

De otro lado, según el estudio conjunto realizado entre el INEI y el UNFPA en la Región Ucayali¹¹ para período 2004-2009, la pobreza logró reducirse en 26,6 puntos porcentuales.

Asimismo, se señala que, para dicho periodo la pobreza total en términos relativos, afectó en mayor proporción (64,4%)¹² a la población de la provincia de Atalaya. Sin embargo, en cuanto al número de pobres, fue la provincia de Coronel Portillo la que presentó el mayor número de habitantes en situación de pobreza total (37 mil 9 personas)¹³. En Coronel Portillo 64 de cada 100 habitantes son considerados pobres.

▪ Salud

Desnutrición Infantil

En la Región Ucayali¹⁴, mediante el uso del Patrón de Referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se aprecia que la desnutrición crónica de los niños y niñas

⁹ Datos según documento: "Perú: Perfil de la pobreza por departamento 2001 – 2010", INEI -2011

¹⁰ ibíd.

¹¹ Estudio denominado "Indicadores Demográfico, Sociales, Económicos y de Gestión Municipal – 2010" formulado de forma conjunta entre el INEI y el UNFPA.

¹² ibíd.

¹³ ibíd.

¹⁴ Según la Encuesta demográfica y de salud familiar – Endes del 2008 al 2014

menores de cinco años se ha encontrado por encima del promedio nacional en todos los años de medición para del periodo (2007 – 2014), hallándose inclusive en más de 10 puntos porcentuales, tal es el caso del año 2014.

Cuadro N° 08
Proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica según patrón OMS (2007 – 2014)

AMBITO	INDICADOR	UNIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nacional	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS)	%	27,8	18,3	23,8	23,2	19,5	18,1	17,5	14,6
Ucayali	Proporción de menores de 5 años con desnutrición crónica (Patrón de referencia OMS)	%	32,4	23,3	29,9	31,6	31,4	23,7	24,5	26,1

Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014,
Elaboración: Propia

Mortalidad infantil y materna

La encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) nos permite estimar la mortalidad infantil con datos anuales. Para realizar el presente cuadro hemos analizado los datos desde el año 2010 hasta el 2014. El análisis tanto de la tasa de mortalidad infantil como de la tasa de mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años de edad desde el año 2010 muestran una tendencia decreciente en la Región Ucayali. La tasa de mortalidad infantil para Ucayali en el año 2014 fue de 34¹⁵ defunciones o muertes de menores de cinco años por cada mil nacidos vivos, siendo el promedio nacional de 23¹⁶. Ucayali mantiene una de las tasas más altas del Perú.

¹⁵ Según la Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES del 2010 al 2014

¹⁶ *ibíd.*

Cuadro N° 09
Mortalidad infantil y en la niñez en la Región Ucayali

Tasa de mortalidad infantil			Tasa de Mortalidad en la niñez		
Ámbito	Ucayali	Nacional	Ámbito	Ucayali	Nacional
Unidad	Por 1000 nacidos vivos				
2010	30	17	2010	42	23
2011	26	16	2011	36	21
2012	26	17	2012	32	21
2013	24	19	2013	33	24
2014	27	19	2014	34	23

Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2010 al 2014.
Elaboración: Propia.

Prácticas Saludables:

Los resultados más destacados en el ejercicio de las prácticas saludables en la Región Ucayali¹⁷ (Ver gráfico N° 08) corresponde al cuidado prenatal de las mujeres en edad fértil en el momento de su último hijo nacido (86.8%)¹⁸, la realización de partos institucionales o dentro de algún establecimiento de salud (78.4 %)¹⁹ y el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que consumen el mínimo número de veces adecuado para su edad al día (76.7%)²⁰.

No obstante, se aprecia también que el porcentaje de anemia en niños de 6 a 59 meses de edad es del 40.9%²¹, la desnutrición en niños menores de 5 años llega al 18.4%²² y la prevalencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) alcanzó el 14.1%²³ durante el 2013

¹⁷ Según la Encuesta demográfica y de salud familiar 2013 – INEI

¹⁸ ibíd.

¹⁹ ibíd.

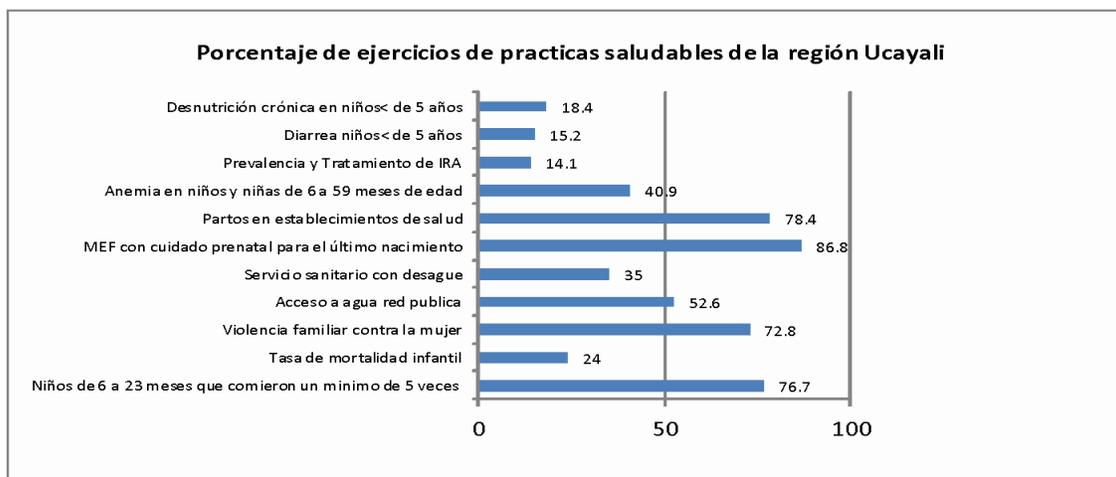
²⁰ ibíd.

²¹ ibíd.

²² ibíd.

²³ ibíd.

Grafico N° 08



Fuente: Encuesta demográfica y de salud familiar 2013 – INEI
Elaboración: Propia.

2.2 DISCUSIÓN TEÓRICA

2.2.1 Antecedentes de la promoción de la salud en el Perú

Hoy en día, la promoción de la salud se concibe como una estrategia para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud²⁴ y la equidad social, encontramos sus inicios en el documento citado a continuación: “A partir del Informe Lalonde (1974) y del estudio de Thomas McKeown (1976). Ambos señalaron que diversos factores influyen en la salud de la población adicionalmente a los servicios de salud pública tradicionales (atención intramural) y los servicios médicos” (M.T. CERQUEIRA, C. CONTI, A. DE LA TORRE Y J. IPPOLITO-SHEPHERD, 2003: 36)

Así mismo el MINSA cita la Declaración de Alma-Ata como un documento importante en la promoción de la salud:

“En 1978, se suscribe la Declaración de Alma-Ata, en la que se manifiesta la necesidad de un compromiso nacional e internacional por la atención primaria en salud. En la declaración se enfatiza que la salud de las personas es un derecho humano universal y fundamental, y no un privilegio de pocos” (MINSA, 2006:17).

²⁴ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (OMS)

Así, mediante estos trabajos se reconoció la importancia de los factores sociales, culturales, ambientales y del influjo de los estilos de vida de las personas en sus condiciones de salud; observándose además un cambio importante en la teoría de la salud pública, la cual culminó en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud y en la adopción, en 1986, de la Carta de Ottawa. (M.T. CERQUEIRA, C. CONTI, A. DE LA TORRE Y J. IPPOLITO-SHEPHERD, 2003)

Los aportes que nos brinda la Carta de Ottawa son:

1) énfasis en la perspectiva sociopolítica de la salud. Se percibe a la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino que ésta es el resultado del desarrollo humano, social, económico y político; 2) simplifica los enfoques orientados a individuos como a las colectividades y los enfoques de promoción de la salud basados en determinantes específicos de la enfermedad con determinantes generales; 3) redimensiona la participación social como eje central de la promoción de la salud; 4) redefine el enfoque tradicional de la educación en salud, eminentemente pasivo, hacia un enfoque que promueve la participación reflexiva activa y crítica y el desarrollo de capacidades y habilidades en el control de los individuos sobre su salud y sus determinantes; 5) orienta las actividades de los servicios más allá de la atención curativa hacia una atención que contemple la promoción de la salud, no sólo como responsabilidad del sector sino también, de individuos, comunidades y otros sectores (MINSAL, 2006:17).

Del mismo modo el autor Cerqueira comenta en relación a la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud los siguientes temas de discusión:

La reorientación de los servicios de salud, dejó entrever un incremento de preocupación de los países por adoptar los modelos de salud basados en las necesidades y particularidades socioculturales de la población, y una mayor colaboración entre el sector de la salud y otros sectores que comparten una voluntad de promover estilos de vida y ambientes saludables. En ese sentido durante junio del año 2000 en la ciudad de México, sede de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, todos los países (incluyendo el Perú) indicaron que deseaban incorporar los conceptos y estrategias de la promoción de la salud en sus protocolos de atención sanitaria con el objeto de promover hábitos de vida saludables. (M.T. CERQUEIRA, C. CONTI, A. DE LA TORRE Y J. IPPOLITO-SHEPHERD, 2003:38)

En el caso latinoamericano podemos tomar como referencia el caso de Brasil referente a los siguientes puntos:

El Programa de salud de la familia, que depende del Ministerio de Salud Pública, sistematizó las prácticas de promoción de la salud elaboradas por equipos locales como base para formular las normas oficiales de atención y los módulos de capacitación de equipos sanitarios. En ese sentido, la mayoría de los países también indicaron la necesidad de incorporar las guías de atención y prevención de enfermedades infantiles prevalentes y enfermedades crónicas en sus protocolos de atención básica. Una vez más todos los países manifestaron que es necesario dar prioridad a la reorientación de los servicios de salud mental hacia un modelo sanitario asentado en la comunidad, y a la promoción de la salud en todos los ámbitos, especialmente entre los grupos de población vulnerables (niños, adultos mayores y víctimas de violencia y

desastres). (M.T. CERQUEIRA, C. CONTI, A. DE LA TORRE Y J. IPPOLITO-SHEPHERD, 2003:39)

En el Perú, entre los antecedentes de la incorporación de la estrategia de Promoción de la Salud y la creación del Programa de Municipios y Comunidades Saludables, se encuentran detallados en un documento que elabora el MINSa:

A partir de la década de los 70 - 80 el Ministerio de Salud (MINSa) incorpora en sus diferentes programas contenidos de orden social con la finalidad de impulsar el desarrollo comunitario. Como resultado de la Conferencia de Alma Ata (1978) se recobró la importancia de la participación comunitaria en los programas de salud, aunque se menciona que, aún bajo la asistencia técnica del sector salud en las decisiones de la comunidad, esto no logró contribuir a impulsar procesos de empoderamiento comunitario. (MINSa, 2006:19)

Más adelante en el año 1996, el Ministerio de Salud en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud desarrollaron las primeras acciones para impulsar las comunidades saludables, ello a partir de la celebración del Día Mundial de la Salud, lo que desencadenó la firma de una "Declaración de la Iniciativa de Comunidades Saludables" por instituciones, organismos sociales de base, entidades de la sociedad civil, la comunidad universitaria y municipios constituyéndose en el buen inicio de la conformación de una Red de Municipios y Comunidades Saludables; sin embargo, la implementación tuvo un carácter operativo desde el nivel nacional sin articulación con el nivel regional. (Programa Municipios y Comunidades Saludables/ MINSa, 2005:14)

Posteriormente con la creación de la Dirección General de Promoción de la Salud, la implementación adopta un carácter nacional, y se incorpora al Plan Estratégico de Promoción de la Salud 2003 - 2006 como una línea de acción. Además paralelamente, se conforma la Red de Municipios y Comunidades Saludables, integrada por 30 municipios de Lima y Callao, cuya secretaría técnica es asumida por la Dirección General de Promoción de la Salud - MINSa, contando con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y agencias cooperantes en el marco de alianzas estratégicas a fin de promover políticas municipales saludables en algunos ejes temáticos tales como: violencia familiar, cultura de tránsito, medio ambiente, y otros. (Programa Municipios y Comunidades Saludables/ MINSa, 2005: 14)

Durante el año 2003, se realizaron talleres sobre Políticas Municipales Saludables de Juventud, de Mujer y Equidad de Género, y Adulto Mayor, en el marco de las actividades de la Red de Municipios y Comunidades Saludables, los cuales reunieron a alcaldes, regidores y sociedad civil para un análisis y discusión de propuestas consensuadas de legislación municipal a favor de la población. (Programa Municipios y Comunidades Saludables/ MINSa, 2005:14)

Finalmente, la base legal sobre la cual se respalda la incorporación de la promoción de la salud y el desarrollo del Programa de Municipios y Comunidades Saludables desde el Estado Peruano es:

1. Constitución Política del Perú
2. Ley General de Salud, N° 26842
3. Ley del Ministerio de Salud, N° 27657

4. Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2002-SA
5. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, N° 27867
6. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, N° 27813
7. Ley de Bases de Descentralización, N° 27783
8. Ley Orgánica de Municipalidades, N° 27972
9. Modelo de Atención Integral de Salud, RM N° 729-203 ADM
10. Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012.
11. Resolución Ministerial N° 457-2005/MINSA, que aprobó el Programa de Municipios y Comunidades Saludables.

2.2.2 La promoción de la salud en el marco del empoderamiento social y el ejercicio de los derechos ciudadanos.

El despliegue de acciones orientadas a la promoción de la salud; es decir, a la toma de medidas que "no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar general" (Leavell &Clark, 1976:19), enfatizando en la adopción de estrategias de transformación de las condiciones y estilos de vida mediante un abordaje intersectorial; implica propiciar avances en el desarrollo sostenible de la salubridad de la población, analizando y combatiendo las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que padecen las personas.

En efecto, ha sido demostrado a nivel mundial que el enfoque médico tradicional (intramural) por sí sólo no es suficiente para mejorar las situaciones de salud complejas en las poblaciones más vulnerables o debilitadas por los determinantes sociales de la salud.

Por ello la participación comunitaria y el ejercicio de los derechos de las personas se encuentran estrechamente ligados al empoderamiento ciudadano; el cual es entendido como el proceso mediante el cual las personas obtienen control de sus decisiones y acciones relacionadas con su bienestar personal y social; expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y de su comunidad.

En este sentido, la transversalización del enfoque basado en derechos (EBD) se convierte en una herramienta para analizar y superar posteriormente el enfoque tradicional de ayuda y atención asistencialista del sector salud, y la focalización en la realización de obras de infraestructura, características típicas de un enfoque basado en necesidades y contrarias al fomento de una cultura de promoción de la salud entre la ciudadanía y las instituciones del sector.

De esta forma, se espera que aquellas personas, incluyendo a las organizaciones sociales y la sociedad civil, dejen de ser imaginados como consumidores o beneficiarios del apoyo nacional y/o internacional para pasar a ser considerados como ciudadanos, quienes apropiándose, exigiendo y ejerciendo de forma plena y responsable sus derechos llegan a construir y ejercer su ciudadanía (Alza, 2014), siempre vigilantes de la generación y cumplimiento de las políticas públicas por parte de sus autoridades locales, regionales y nacionales.

Para tal efecto, el empleo de determinados principios asentados por la comunidad internacional podría significar una herramienta útil para las organizaciones sociales, instituciones públicas y privadas, y sociedad civil en general al momento de realizar aquellas acciones de vigilancia y control de las políticas públicas, exigir el cumplimiento de las obligaciones estatales, y promover al mismo tiempo el fortalecimiento de la ciudadanía y el empoderamiento social.

Principios transversales de ejercicio de:

Principio de Igual y No Discriminación. - Exige que las acciones desarrolladas se encuentren orientadas a combatir la discriminación y desigualdad entre las personas y comunidades, mediante la implementación de prácticas responsables que involucre a niños, niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores y población vulnerable en general; y acciones de incidencia política dirigido a las entidades de gobierno con las que el proyecto se vincule. (Alza, 2014).

Principio de Progresividad y No Regresividad. - Contempla el aseguramiento del cumplimiento de los objetivos trazados por el proyecto, la identificación clara de los derechos que se busca promover, y mediante el establecimiento de los recursos necesarios para la implementación de las medidas planificadas; todo ello con el

permanente seguimiento de la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales que el proyecto contemple. (Alza, 2014).

Principio de Participación Ciudadana. - Significa que las personas ejerzan su derecho a una participación activa, libre y provechosa en las decisiones que les afectan directamente, mediante: a) la identificación de los actores claves como los titulares de obligaciones, los titulares de derechos, grupos en condiciones de vulnerabilidad y otros actores como organizaciones de la sociedad civil, y b) a través de la promoción de mecanismos de concertación y diálogo entre dichos actores. (Alza, 2014).

Principio de Transparencia y Rendición de cuentas. - Busca suscitar la adopción de una cultura de responsabilidad en los actores sociales, establecer mecanismos para el acceso democrático de las decisiones tomadas dentro de los organizaciones sociales e instituciones del Estado, así como desarrollar capacidades en los titulares de obligaciones para propiciar dicho acceso a la ciudadanía y los mecanismos eficientes de reclamo. (Alza, 2014).

Finalmente, en el marco de la implementación de la metodología de Municipios y Comunidades Saludables, se busca ejercer la ciudadanía y que se manifieste el empoderamiento social de los diversos actores sociales, para contribuir a la generación de Municipios Saludables, observándose aquello en el momento cuando sus ciudadanos, organizaciones sociales y sus instituciones locales adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar constantemente las condiciones de salud y el bienestar de todos sus habitantes, ya que, un “municipio saludable” es un espacio territorial en el cual las políticas públicas han logrado desarrollarse y afianzar entornos y estilos de vida saludables en las personas, familias y comunidades, y han sido formuladas con la participación de su población. Por ello se reconoce la necesidad de involucrar a las autoridades locales y regionales, a las organizaciones locales, a los líderes y dirigentes comunales, y a los ciudadanos en general en torno a la idea de mejorar las condiciones de salud y bienestar.

Por su parte la conformación de Comunidades Saludables a través del ejercicio de los derechos ciudadanos implicaría el fortalecimiento de las capacidades de gestión, de negociación y liderazgo de las comunidades, así como el trabajo articulado y horizontal con sus respectivas autoridades locales y regionales en los procesos de planificación

local, implementación, evaluación y toma de decisiones.

2.2.3 Enfoque de Género:

El enfoque de género en el marco de la promoción de la salud hace referencia a las diversas necesidades de la mujer y del hombre en todas las etapas en las que se desarrollan políticas y programas. Ello nos permite identificar cómo se diferencian los resultados, experiencias y riesgos sanitarios en función a la edad, la condición social, el aspecto cultural, la dimensión política y el género.

La atención a la salud de la mujer se ha venido centrando hasta ahora en los problemas que ésta sufre durante el embarazo y el parto. El enfoque de salud pública basado en el género nos ha servido para comprender mejor los problemas sanitarios de la mujer y determinar de qué forma abordarlos en mujeres de todas las edades, para así formular estrategias de promoción de la salud y prevención más eficaces, lo que a su vez ha generado mejoras de la salud de la mujer en muchos países. (OMS, 2007:1)

El objetivo fundamental es lograr la equidad, es decir el mismo acceso a derechos y oportunidades entre hombres y mujeres. En ese sentido una política pública de este tipo debería implicar las siguientes medidas de acción contempladas en la RM 638-2006/MINSA:

a). Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y varones como grupos diferenciados. b) Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de cada sexo y en cada contexto socioeconómico. c) Buscar una justa y equitativa distribución de responsabilidades, poderes y beneficios entre hombres y mujeres en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud. (RM 638-2006/MINSA)

2.2.4 Concepto de participación comunitaria:

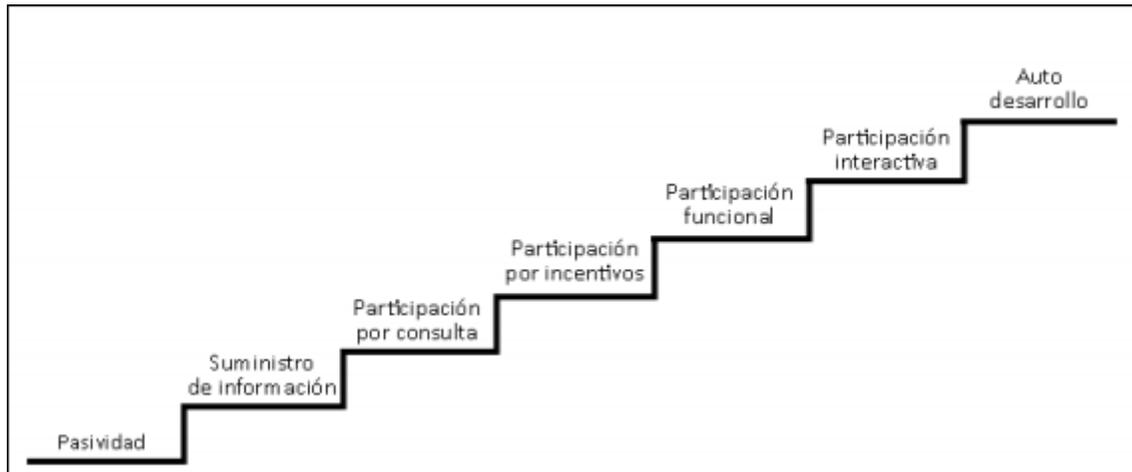
El proyecto MCS II trabaja para la promoción de la salud y la estrategia se ha centrado en fortalecer a las organizaciones comunales para lograr una adecuada gestión local de la salud, empoderar a las personas y la comunidad en general para el autocuidado de la salud a través de las prácticas saludables.

La promoción de la salud se traduce en prácticas de buen gobierno y en una mayor transparencia en la distribución equitativa y manejo de los recursos.

Muchas veces se desea determinar en qué medida una gestión territorial de la salud es mejor que otra. Para poder ayudarnos a estimar el nivel de participación Geilfus en su gráfica "La escalera de la participación" plantea una herramienta para identificar el

desarrollo participativo por cada actor.

Grafico N°09: Escalera de participación



Fuente: Geilfus, F., 2002. 80 Herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico planificación, monitoreo, evaluación.

Lograr instrumentar esquemas verdaderamente participativos en programas o proyectos de gran alcance es el gran reto de la política social y de muchos de los programas que buscan combatir la pobreza en el Perú, muchos fracasos se deben a una falta de participación real de todos los actores involucrados.

“La participación no es un estado fijo: es un proceso mediante el cual la gente puede ganar más o menos grados de participación en el proceso de desarrollo.” (Frans Geilfus, 2002)

En su Grafico podemos observar como un individuo puede avanzar gradualmente desde un estado de pasividad hasta el auto desarrollo, siendo determinante la posibilidad y oportunidad que tienen los diversos actores para tomar decisiones y el grado de poder adquirido para ser parte de las decisiones políticas.

Para lograr el éxito de los individuos según el autor debemos tener presente el grado de organización de las personas, la flexibilidad de la institución y la disponibilidad de todos los actores por modificar ciertas actitudes y métodos de trabajo.

A continuación, se describen los niveles de participación:

Pasividad: Las personas participan cuando se les informa; no tienen ninguna incidencia en las decisiones y la implementación del proyecto. **Suministro de información:** Las personas participantes respondiendo a encuestas; no tiene posibilidad de influir ni siquiera en el uso que se va a dar de la información.

Participación por consulta: Las personas son consultadas por agentes externos que escuchan su punto de vista; esto sin tener incidencia sobre las decisiones que se tomarán a raíz de dichas consultas.

Participación por incentivos: Las personas participan proveyendo principalmente trabajo u otros recursos (tierra para ensayos) a cambio de ciertos incentivos (materiales, sociales, capacitación); el proyecto requiere su participación, sin embargo, no tienen incidencia directa en las decisiones.

Participación funcional: Las personas participan formando grupos de trabajo para responder a objetivos predeterminados por el proyecto. No tienen incidencia sobre la formulación, pero se los toma en cuenta en el monitoreo y el ajuste de actividades.

Participación interactiva: Los grupos locales organizados participan en la formulación, implementación y evaluación del proyecto; esto implica procesos de enseñanza- aprendizaje sistemáticos y estructurados, y la toma de control en forma progresiva del proyecto.

Auto-desarrollo: Los grupos locales organizados toman iniciativas sin esperar intervenciones externas; las intervenciones se hacen en forma de asesoría y como socios (Frans Geilfus, 2002:3).

De la misma forma el autor Sherry Arnstein en su gráfico de participación manifiesta que a mayor grado de poder por parte de la ciudadanía obtenemos un mayor nivel participativo consciente.

El autor establece 8 grados en la escalera en donde podemos identificar los procesos de participación genuinos hasta los menos creíbles.

En general, se espera que los ciudadanos tiendan a participar más en los procesos de participación de los 3-4 últimos peldaños y que se alejen de los niveles bajos de la escalera. Quizás la falta de éxito de los procesos de participación se basa en que los actores encargados de la implementación de los programas no han sabido que hacer para que la población suba más allá de los primeros peldaños.

Grafico N°10: Participación de Arnstein



Fuente: Arnstein, Sherry, 1969, "A Ladder of Citizen Participation". Journal of the American Planning Association.

A continuación, se describen los niveles de participación elaborados por Arnstein Sherry en el año de 1969, los cuales hemos tomado como referencia teórica para el análisis de nuestros resultados:

Nivel de la no-participación

- Peldaño 1: Manipulación. Representa la distorsión de la participación como herramienta de quienes detentan el poder. Se trata de engañar a la población en un supuesto proceso de participación en el que no se les informa correctamente y tampoco se les consulta de forma adecuada.
- Peldaño 2: Terapia. Quienes administran esta forma de participación "asumen que la falta de poder es sinónimo de enfermedad mental" y, bajo ese supuesto, crean un entorno dónde la ciudadanía se desahogue o se les trate, pero sin atender a su expresión.

Nivel del formulismo

- Peldaño 3: Información. Se establece un canal unidireccional en el que se facilita información de sus intenciones, pero sin dar opción a la réplica. Informar a la ciudadanía de sus derechos, responsabilidades y opciones puede ser el primer y más importante paso para legitimar su participación. Sin embargo, si se trata de un canal unidireccional, en el que no hay lugar a la negociación, la participación no se completa.
- Peldaño 4: Consulta. Se crea un entorno de expresión de la ciudadanía y atención a la misma, aunque sin el compromiso de tratar, tener en cuenta e incorporar sus opiniones a las decisiones finales.
- Peldaño 5: Aplacador. Se aceptan algunas propuestas de la ciudadanía que sirvan como muestra de las intenciones de quienes ostentan el poder, pero sin permitirles ser partícipes reales de las decisiones globales.

Nivel de la participación:

- Peldaño 6: Colaboración. Es un proceso de negociación derivado de las demandas ciudadanas pero conducido por una minoría poderosa en todos sus ámbitos.
- Peldaño 7: Delegación de poder. En este peldaño, la ciudadanía cuenta con ámbitos en los que su opinión prevalece sobre la minoría poderosa.

- Peldaño 8: Control ciudadano. En el que la ciudadanía participa sin tutelaje. (Arnstein, Sherry, 1969:216- 224)

Otra forma de analizar la participación es a través de la “Teoría del cambio”, el cual es un enfoque integral de lo que el proyecto necesita para lograr un estado armónico en las condiciones que suponemos sustentan dicho cambio.

El enfoque presenta diversas dimensiones de cambio con el propósito de generar dinámicas integrales de pensamiento-acción, en el siguiente gráfico N° 10 podremos observarlas.

Gráfico N° 11: Dimensiones de cambio



Fuente: Iñigo Retolaza Eguren, 2010, “Teoría del cambio”

A continuación se menciona cada una de las dimensiones de cambio postuladas por Iñigo Retolaza en su obra Teoría del cambio:

- Transformación personal. Procesos de formación de individuos basados en el contexto y la experiencia, actividades para promover la práctica reflexiva en el campo profesional, reconocimiento y gestión de nuestras múltiples identidades, explicitación y cambio de modelos mentales, introspección y desarrollo personal.
- Transformación de relaciones. Generación y facilitación de espacios de encuentro multiactor, espacios de diálogo, iniciativas de concertación de agenda, espacios para la deliberación y la conversación pública, resolución y/o gestión de conflictos, intercambio de experiencias basadas en contextos situados, procesos de aprendizaje-acción participativos, etc.
- Transformación de patrones culturales. Campañas de sensibilización y comunicación masiva, incidencia sobre medios generadores de opinión, cambios de percepción sobre el otro, acciones dirigidas a segmentos concretos de la población según problemática a tratar,

actividades dirigidas a cambio de patrones culturales y sociales.

- Transformación estructural. Apoyo a procesos constituyentes, incidencia en el desarrollo legislativo de temas clave, promoción de procesos de control social sobre política pública, apoyo al desarrollo institucional de órganos públicos, apoyo a procesos de descentralización orientados al desarrollo social y la reducción de la pobreza, reformas educativas y de salud, cambio de modelos económicos, cambio y/o (re)creación de instituciones formales y no formales, etc. (Retolaza, 2010: 8).

Otro análisis interesante para la participación comunitaria es el del análisis de posicionamiento e interés. Para ello buscamos identificar el posicionamiento del actor en base a su interés con respecto al cambio deseado. Existen tres categorías: dinamizadores, flotadores y bloqueadores.

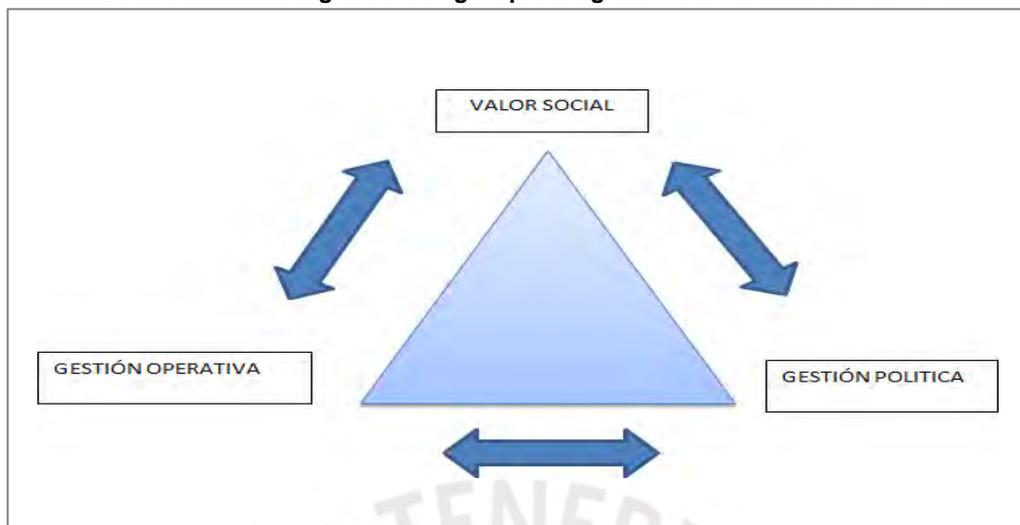
A continuación, mencionamos el concepto de cada uno de ellos:

- Dinamizadores: son los actores comprometidos en contribuir al cambio deseado y se ubican en el círculo interior. Existe mayor afinidad en sus intereses y resulta medianamente fácil establecer espacios de relacionamiento y alianzas estratégicas entre ellos.
- Los bloqueadores: son los actores que están en contra del proceso debido a que sus intereses se ven afectados negativamente. Otra posibilidad es que obstaculicen el proceso por no disponer de la información necesaria que les ayude a entender que hay posibilidades de incorporar sus intereses. Asimismo, pueden estar obstaculizando el proceso por una cuestión de inercia y rivalidad histórica con los dinamizadores o la temática de cambio.
- Los flotadores: son los actores que se encuentran en una situación intermedia: no obstaculizan decisivamente pero tampoco apoyan de manera decidida. (Retolaza, 2010:19-20)

2.2.5 Concepto de Gerencia Social:

Una Gerencia Social estratégica enfrenta diversos desafíos para producir valor público²⁵. El autor Mark H. Moore plantea un esquema para determinar el valor público de una organización basado en un triángulo para la empresa privada y una modificación del mismo triángulo para una organización con fin social.

Grafico N°12: Triangulo estratégico para organizaciones sin fines de lucro



Fuente: Curso Liderazgo y Equipos de alto rendimiento MGS, 2014,22

Los elementos que conforman una organización privada son: la supervivencia de la organización que ofrece un producto o servicio, la segunda arista corresponde al valor social que se generan cuando los consumidores reciben el producto o servicio, y en tercer lugar los resultados financieros de la organización. Para la organización privada su centro de atención se enfoca en los resultados financieros dado que de ello depende toda la cadena.

Para las organizaciones públicas Mark H. Moore plantea una modificación de dos elementos que son la gestión operativa y la gestión política, los cuales junto a la creación del valor social lograrán cambios significativos.

Después de analizar el cuadro de Mark H. Moore, Karen Mokate & José Jorge Saavedra en su obra "Gerencia Social: Un enfoque integral para la gestión de políticas y programas" concluyen que la diferencia significativa entre las organizaciones no gubernamentales y las empresas radica en que las primeras tienen que enfocarse en la pregunta

²⁵ Definición del valor público: Mark H. Moore señala que valor público es la capacidad que tiene el gobierno, sus instituciones y fundamentalmente los gerentes públicos para satisfacer los deseos o aspiraciones de los "ciudadanos" para el establecimiento de una sociedad bien ordenada en donde lo justo, eficiente y la rendición de cuentas de la empresa pública existan. (Moore, 1995)

¿Estamos produciendo valor público? Sin embargo, esto no es todo, una organización no lucrativa también debe enfocar su atención en su financiamiento para asegurar su futura supervivencia y su capacidad creadora de valor.

A continuación, tomaremos en cuenta para el análisis posterior los postulados de Karen Mokate & José Jorge Saavedra:

- Desafío 1: El objetivo final de las organizaciones que promueven el desarrollo social en los ámbitos públicos radica en crear valor público por medio de su gestión. No obstante, el logro de la creación de valor público no es fácilmente reconocible; el mismo concepto de VP es muy ambiguo.
- Desafío 2: Los recursos destinados a la creación de valor público, que son limitados o escasos frente a las necesidades y deseos públicos, se asignan por un proceso político que determina qué es prioritario. La asignación de dichos recursos debe regirse por procesos políticos que discernen lo que es valioso para el público
- Desafío 3: Los ciudadanos tienen la voz determinante sobre lo que genera valor público y lo que se debe priorizar. Estas elecciones son expresadas a través de los procesos de deliberación y representación política. Por ello, las organizaciones que proponen generar valor público responden a varios mandantes.
- Desafío 4: Los que ejercen Gerencia Social interactúan con individuos y comunidades que toman múltiples papeles en su relación de intercambio con las organizaciones que generan valor público. Por tanto, los gerentes sociales gestionan servicios pertinentes y de calidad a los clientes, beneficiarios y obligados, pero a su vez tienen la obligación de informar, responder, rendir cuentas y tratar a todos con el respeto correspondiente a su capacidad de ciudadanos.
- Desafío 5: El alcance de la gestión pública está compuesto por un carácter de coordinación de las redes inter organizacionales lo que llamaremos “macro gestión” y un proceso organizacional interno que denominaremos de “micro gestión”.
- Desafío 6: Los beneficios generados a través del ejercicio de la Gerencia Social no deben entenderse como la entrega de productos y servicios únicamente, sino como los impactos de esos productos y la calidad de los procesos que conducen a su entrega y su adecuado uso. (Karen Mokate & José Jorge Saavedra, 2006:11).

Para analizar la política pública en la Gerencia Social nos enfocaremos en el círculo de la política planteado por Karen Hardee que desagrega cada uno de los componentes donde se desenvuelve el proyecto y los ordena alrededor de un problema. Este modelo nos permite ver el dinamismo que tiene cada componente de forma individual, su relación con los otros componentes y con el problema en sí.

En base a este análisis cada una de las seis “Ps” señala criterios importantes de la política que necesitan ser considerados para el complejo análisis del problema o el área de interés a evaluar.

Gráfico N°13: El círculo de la política



Fuente: Karen Hardee & Imelda Feranil & Jill Boezwinkle & Benjamín Clark, 2004, El círculo de la política: Marco para el Análisis de los Componentes de Planificación Familiar, Salud Reproductiva, Salud Materna y Políticas de VIH/SIDA

A continuación, describimos los componentes del círculo de la política: (Karen Hardee & Imelda Feranil & Jill Boezwinkle & Benjamín Clark, 2004:11)

- Problemas que surgen y requieren atención de la política.
- Personas que participan en la política y PLACES (ámbitos) que representan.
- Proceso de formulación de políticas.
- Etiqueta del Precio de la política (costo de opciones de la política y forma cómo se asignan los recursos).
- Paper producido (leyes y políticas actuales).
- Programas que son el resultado de llevar a cabo políticas y su PERFORMANCE (rendimiento) para alcanzar las metas y objetivos de la política

Todo este planteamiento está inmerso en un contexto político, social, cultural y económico.

3 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Por su naturaleza, el desarrollo de la investigación es de tipo aplicada y su análisis de corte descriptivo, con lo cual se busca brindar soporte para el despliegue de futuras intervenciones de desarrollo social, análogas al proceso de implementación de la metodología de Municipios y Comunidades Saludables el cual implicó la promoción de la articulación de diversos actores sociales en un ámbito territorial común para generar y promover el empoderamiento de la población y autoridades respecto a la promoción de la salud.

En cuanto a la estrategia metodológica elegida se optó por el enfoque cualitativo, en vista de sus bondades y características que permitieron acercarnos al imaginario de los actores involucrados, permitiéndonos a su vez, comprender la esencia de las buenas prácticas y perspectiva de aquellos actores sobre la aplicación de la metodología MCS en las regiones de San Martín y Ucayali, así como los factores intervinientes en dicho proceso, para finalmente proponer recomendaciones destinados a fortalecer la sostenibilidad de futuras intervenciones de desarrollo social.

Las variables empleadas para el presente estudio son las siguientes:

- Motivaciones de las familias de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables.
- Motivaciones de las comunidades (JVC) de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables.
- Organización comunitaria para la implementación de la metodología.
- Limitaciones en la implementación de la metodología MCS en los tres en los tres escenarios saludables.
- Razones de los gobiernos locales para participar del proyecto USAID/ MCS II y adoptar su metodología.
- Elementos clave generados por la aplicación de la metodología MCS para promover una activa participación entre JVC y GL.

Respecto a las fuentes de información, éstas se dividen en cuatro grupos: a) Las familias que fueron beneficiarias del proyecto USAID/ MCS II, b) los dirigentes de las Juntas

Vecinales Comunes de las regiones estudiadas, c) los gobiernos locales de San Martín y Ucayali participantes del proyecto y d) los especialistas del proyecto actual MCS II y el MINSA en promoción de la salud.

Se utilizó dos técnicas de recojo de información:

- a) Entrevistas semi estructuradas dirigidas a los representantes de los gobiernos locales, responsables de la promoción de la salud, a un especialista del proyecto USAID/MCS II, y a un especialista del Ministerio de Salud.
- b) Los grupos focales fueron aplicados a las familias beneficiarias del proyecto y a los representantes de las Juntas Vecinales Comunes.

Ámbito

El estudio corresponde a las regiones de San Martín y Ucayali en donde el proyecto USAID/MCS II intervino en tres provincias en la Región San Martín y dos provincias en la Región Ucayali durante el periodo 2011 - 2015. En la Región San Martín (Lamas, Picota y Huallaga) y en la Región Ucayali (Padre Abad y Coronel Portillo) Los mismos que pueden observar con mayor detalle en los cuadros N° 11 al N° 14.

Así, los criterios generales utilizados para la selección de la muestra fueron:

Los distritos que participaron del proyecto USAID/MCS II, siendo para el caso de la Región San Martín los distritos de: Saposoa, Caynarachi y Tres Unidos, en donde se realizó un total de 12 grupos focales y 6 entrevistas semi estructuradas.

En cuanto a la Región Ucayali se decidió elegir a los distritos de: Curimaná, Irazola y Campo Verde, en los cuales se realizó un total de 8 grupos focales y 7 entrevistas semi estructuradas.

Mientras que en la ciudad de Lima se realizó 2 entrevistas semi estructuradas a un especialista temático en promoción de la salud involucrado en la implementación de la metodología MCS II del MINSA y de la ONG MSH.

En cuanto a los criterios específicos por cada fuente de información fueron los siguientes:

Cuadro N° 10: Criterios específicos por fuente de información

Población Objetivo	Criterio de Selección
Familias	Representantes de familias que participaron del proyecto USAID/ MCS II y estuvieron comprometidas en la implementación de la metodología de familias saludables
Miembros de las JVC	Integrantes de las Juntas Vecinales Comunal que estuvieron en el cargo por lo menos 1 año.
Autoridades de gobiernos locales (Alcalde/Gerente Municipales/ Regidor).	Alcaldes, Gerentes de Desarrollo Social o Regidores que estuvieron tuvieron por lo menos un año en la gestión municipal y estuvieron involucrados en la ejecución del proyecto MCS II.
Especialista del proyecto USAID/MCS II, y a un especialista del Ministerio de Salud.	Especialista temático en promoción de la salud involucrado en la implementación de la metodología de MCS II en su institución (MINSA) y en la comunidad (ONG MSH)

Fuente: Proyecto USAID/ MCS II
Elaboración propia, 2015

Cuadro N°11: Metodología de la Investigación

Tipo de Investigación	El diseño de investigación será de tipo aplicada por cuanto persigue fines inmediatos de relevancia para la Gerencia Social. Mientras que, por su nivel de análisis será de tipo descriptiva ya que busca caracterizar los aspectos fundamentales de las buenas prácticas de la aplicación de la metodología de MCS, ¿Y la forma? Mientras que por su forma será de tipo comparado, en vista que se busca determinar las principales características, similitudes y diferencias en la aplicación de la metodología MCS en las comunidades bajo estudio de las regiones de San Martín y Ucayali.	
Estrategia Metodológica	Cualitativa	Dado que buscamos extraer lecciones aprendidas de los actores claves para la implementación de esta metodología.
Fuentes de Información y Unidad de análisis	Fuentes	Unidad de Análisis
	Familias: Con niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil (15 a 45 años de edad)	Motivaciones en el proceso de adopción de la metodología de familias saludables
	Comunidades: Dirigentes de las Juntas Vecinales Comunales (JVC) de tres comunidades de la Región Ucayali y San Martín respectivamente.	Motivaciones en el proceso de adopción de la metodología de comunidades saludables
	Municipios: Dos gobiernos locales en cada Región.	Motivaciones en el proceso de adopción de la metodología MCS
	Especialistas del sector Salud: MINSA y Proyecto USAID/MCS II	Sostenibilidad de la metodología MCS
Evaluación final del proyecto USAID MCS I Guías, manuales y documentos normativos elaborados por los gobiernos locales, regionales y gobierno central (MINSA).		Efectividad de los resultados de la intervención metodológica

Técnicas de Recojo de Información	<p>Entrevistas semi estructuradas al personal de salud o alcaldes o funcionarios en los distritos de Saposoa, Caynarachi, Tres Unidos, Curimaná, Irazola, Campo Verde. También entrevistaremos al responsable del programa de USAID Municipios y Comunidades Saludables II y Comunidades Saludables del MINSA.</p> <p>Grupos Focales a las familias y dirigentes de las Juntas Vecinales en los distritos de Saposoa, Caynarachi, Tres Unidos, Curimaná, Irazola, Campo Verde.</p> <p>Revisión documentaria del proyecto USAID/ MCS Fase I, II y del MINSA.</p> <p>Ver detalles en el cuadro N° 11,12,13,14 y 15</p>
-----------------------------------	--

Fuente: Proyecto USAID/ MCS II
Elaboración propia, 2015

Cuadro N°12: Metodología de la Investigación

	GRUPO FOCALES A FAMILIAS Y DIRIGENTES DE JVC				
	PROVINCIA	DISTRITO	COMUNIDAD	N° GF Familias	N° GF JVC
REGION SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	SAN REGIS	1	1
			CHAMBIRA	1	1
	LAMAS	CAYNARACHI	SANTA ROSA DE DAVICILLO	1	1
			BONILLA	1	1
	PICOTA	TRES UNIDOS	BELLO HORIZONTE	1	1
			SAPOTILLO	1	1
	TOTAL DE GRUPOS FOCALES				6

Elaboración propia, 2015

Cuadro N°13: Metodología de la Investigación

	ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD				
	PROVINCIA	DISTRITO	COMUNIDAD	N° de entrevistas al personal de salud	N° de entrevistas a Alcalde o funcionario
REGION SAN MARTÍN	HUALLAGA	SAPOSOA	SAN REGIS	1	1
			CHAMBIRA		
	LAMAS	CAYNARACHI	SANTA ROSA DE DAVICILLO	1	1
			BONILLA		
	PICOTA	TRES UNIDOS	BELLO HORIZONTE	1	1
			SAPOTILLO		
	TOTAL DE ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD				3

Elaboración propia, 2015

Cuadro N°14: Metodología de la Investigación

REGION UCAYALI	GRUPO FOCALES A FAMILIAS Y DIRIGENTES DE JVC				
	PROVINCIA	DISTRITO	COMUNIDAD	N° GF Familias	N° GF JVC
PADRE ABAD	CURIMANA	NUEVA MERIBA	1	1	
		IRAZOLA	VIRGEN DEL CARMEN	1	1
CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	2 DE DICIEMBRE	1	1	
		NUEVA TUNUYA	1	1	
TOTAL DE GRUPOS FOCALES				4	4

Elaboración propia, 2015

Cuadro N°15: Metodología de la Investigación

REGION UCAYALI	ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD				
	PROVINCIA	DISTRITO	COMUNIDAD	N° de entrevistas al personal de salud	N° de entrevistas al alcalde / Funcionario Municipal
PADRE ABAD	CURIMANA	NUEVA MERIBA	1	1	
		IRAZOLA	VIRGEN DEL CARMEN	1	1
CORONEL PORTILLO	CAMPO VERDE	2 DE DICIEMBRE	1	1	
		NUEVA TUNUYA	1		
TOTAL DE GRUPOS FOCALES				4	3

Elaboración propia, 2015

Cuadro N°16: Metodología de la Investigación

Entrevistas de profundidad a Especialistas	
Personal	N. de entrevistas
Responsable del programa de USAID Municipios y Comunidades Saludables II	1
Responsable del programa Comunidades Saludables del MINSA	1
Total de entrevistas	2

Elaboración propia, 2015



4 RESULTADOS O HALLAZGOS

4.1 Motivaciones de las familias de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables

4.1.1 Valoración sobre la utilidad de las herramientas para ser familia saludable (Diagnostico familiar y tablero de autoevaluación)

El proyecto MCS II tiene como parte de la metodología la estrategia de familias saludables (EFS), la cual, a su vez, entre sus acciones y objetivos busca desarrollar en dichas familias su capacidad de visualizar y plasmar de forma gráfica o escrita la visión de desarrollo que desean hacer realidad en el futuro; esperando, además, que dicho anhelo se convierta en el motor para la movilización de los recursos y acciones de todos los miembros de las familias.

En las diversas comunidades el uso del diagnóstico familiar, así como el tablero de autoevaluación ha significado un elemento clave para generar una consciencia de cambio en las familias, las cuales, a partir de haber explicitado sus deseos internos por mejorar sus condiciones de vida mediante este instrumento, vienen exhibiendo hoy en día de forma clara y asertiva su anhelo de cambiar sus condiciones y estilos de vida actuales por otros que les genere mayor bienestar general.

Para iniciar este plan de mejora es primordial identificar en dónde estamos y qué cambios deseamos generar, para ello la metodología de Familia Saludables aplica la herramienta llamada tablero autodiagnóstico que permite a las familias identificar su situación y plantearse las mejoras de forma escrita o a través de dibujos

Basándonos en la teoría del cambio para sustentar el logro de las familias que han modificado sus hábitos saludables podemos inferir que las familias han logrado la transformación personal con el apoyo de dichas herramientas. Las familias han logrado una práctica reflexiva que las ha llevado a un cambio de mentalidad, de esta forma muchas familias se han logrado convertir en personas empoderadas en el autocuidado

de la salud y su entorno, cumpliendo con el objetivo de esta metodología que es que las familias se comprometan y gestionen mejoras en su vida diaria a favor de su salud.

Así mismo, el desarrollo de esta toma de conciencia acerca de la necesidad de realizar cambios en las familias ha motivado la adopción de compromisos específicos para hacer realidad el futuro deseado; evidenciando así, una actitud de cambio transformativo de las familias, entendiéndose esto como aquella situación en la que aquellas atraviesan un proceso de des aprendizaje o liberación paulatina de ciertos patrones de conductas, hábitos y formas de percibir la realidad que obstaculizan la probabilidad de cristalizar nuevas y mejores realidades más justas y equitativas para ellas y su familia.

La mayoría de los participantes mencionan que la utilidad más grande que han percibido de esta metodología es la identificación de sus problemas más importantes (problemas de entorno familiar), para planificar sus proyectos de cambios. Destacan reconocimiento de prácticas de salud ineficientes, así como mejoras a sus propias viviendas para tener un entorno más saludable.

“Para ver las cosas que no realizaba, mi niño mayormente dormía así, claro. Pensaba que así iba a dormir, pero la idea que se divide. Aunque no con tablas pero si con trapos.”
(Grupo Focal Comunidad Davicillo – San Martín)

“De lo que estás viviendo, ahora tratas pues de mejorar en tu hogar a superarte más. Por ejemplo, que cosas yo necesitaba después de hacer el tablero para mejorar un poquito más, hacer un jardín tal vez, tener una cocinita, hacer un ejemplo que cosas”
(Grupo Focal Comunidad Nueva Mérida – Ucayali)

“En mi caso, yo no he participado, han dado por familias.”
(Grupo Focal Comunidad Nueva Tunuya - Ucayali)

“A nosotros nos hado hace tiempo a cada hogar, nos han dicho para dibujar en casa y así nos dijeron.”
(Grupo Focal Familia Comunidad Davicillo- San Martín)

“Allí está, cómo hacer el micro relleno, un cuarto aparte para los niños, mantener limpio mí casa, todo en orden.”
(Grupo Focal Familia Comunidad Sapotillo - San Martín)

Así mismo, se ha identificado que algunas familias no han utilizado esta herramienta. Por ejemplo, un caso importante a mencionar es la comunidad Dos de Diciembre

perteneciente a la Región Ucayali en la que la mayoría de las entrevistadas no recordaba con claridad la metodología ni su finalidad.

*“No me recuerdo, No recuerda ya, Me olvidado de todo ya ja, ja
Había una vez que hemos hecho, Pero yo no estaba en ese tiempo
Yo he hecho eso, ahí estaba la Yuly”
(Grupo Focal Familias Comunidad 2 de Diciembre – Ucayali)*

Al analizar los diez grupos focales de las dos regiones se observó que, si bien las familias no comprenden las nomenclaturas o nombres de las herramientas, si comprenden su utilidad y en la mayoría de los casos han logrado identificar sus problemas principales y las mejoras que les gustaría implementar.

Entre los problemas más importantes referidos por las familias destacan: la necesidad de mejora en su economía familiar, baja calidad y acceso educativo para sus hijos, ausencia de servicios básicos (agua y saneamiento) y determinadas prácticas de salud como la tenencia de DNI, lavado de manos, biohuerto.

Es interesante identificar a través de los resultados de la investigación de las dos regiones, que la Región de Ucayali muestra necesidades insatisfechas tales como el acceso al agua y desagüe y educación de calidad, necesidades de subsistencia a diferencia de la Región San Martín que muestra mayor interés por resolver problemas relacionados a las prácticas y entornos saludables.

4.1.2 Valoración sobre la utilidad de las herramientas para ser familias saludables (normas de convivencia y tablero de compromisos).

En cuanto al tablero de compromisos, se llegó a percibir que la opinión mayoritaria sobre la utilidad de este instrumento radica en poner de forma explícita cuáles han sido precisamente, los compromisos que aquellas han decidido adoptar y cumplir, pudiendo ser observados por todos los miembros del hogar, sirviendo de esta forma de recordatorio permanente para las familias.

Finalmente, la utilidad señalada para el tablero de normas de convivencia, se encuentra asociada a que éste, sirve para la difusión y puesta en práctica de valores y reglas de

convivencia que ayudan a las familias a generar un ambiente de mayor armonía y felicidad para todos sus miembros sirviendo además, para que cualquier miembro del hogar pueda recordar a los demás cuáles han sido los acuerdos a los que se ha llegado entre todos, los cuales deben de ser cumplidos.

En ambas regiones las familias en general han logrado mejorar su trato para relacionarse entre ellas. Sin embargo, se observa diferentes avances por tipos de familias, algunas familias han llegado a establecer normas de convivencia tanto para el reparto de las tareas domésticas entre los miembros de la familia, así como reglas de trato y conducta al interior del hogar con miras a una convivencia más sana. Como también es interesante resaltar que algunas mujeres mencionan que en sus familias las reglas de convivencia específicas en el área doméstica no son aplicadas por los hombres dado que ellos están trabajando, pero si brindan ayuda en tareas de corte físico, no todos logran equilibrar el cumplimiento de las normas de convivencia entre los géneros, como finalmente también existen otras familias que tienen escasos avances o no deciden participar en el proyecto, como lo especificaron los representantes del establecimiento de salud.

*“Yo soy la que se queda en la casa, y es complicado cumplir con todas las tareas del tablero, porque es trabajo, vamos a la chacra, más la casa, también necesitamos que el marido haga el corral para cumplir”
(Grupo Focal Familia Comunidad Saposoa – San Martín)*

*“Siempre en el hogar hay esos momentos que nos intercambiamos de palabras, Ya sabemos eso. Pero ahí se arregla”
(Grupo Focal familia Comunidad Nueva Tunuya- Ucayali)*

La utilidad de esta herramienta entre las familias participantes se debe a que muchas familias han logrado interiorizar de forma transversal el enfoque de derechos y han logrado el control de sus decisiones y acciones para mejorar su bienestar personal y el de su familia, a través del tablero de compromisos y las normas de convivencia el cambio es tangible. El que varias familias se comprometan en la toma de decisiones para el mejoramiento de su propia salud y la de su familia es un gran avance.

“Eso es para nosotros, es como una guía y poder salir adelante pues porque nosotros no estamos saliendo adelante... Para mí no pensaba que era así y poder tener que cumplir y así poco a poco estamos haciendo y no un 100% y el vecino también ve lo que estoy practicando y como dice la señora Angélica y todos debemos cumplir en hacer.”

(Grupo Focal Familia Comunidad de Bonilla – San Martín)

“...y si se ha visto el cambio y ahora se ve comunidades que cuenta con centros instituciones educativas saludables con puesto de salud saludables la familia saludable entonces da gusto el trabajo que uno a echo con el tiempo se ve como le dio yo desde el 2006 vengo trabajando lo que es comunidades saludables”

(Entrevista de profundidad Establecimiento de salud Campo verde- Ucayali)

4.1.3 Valoración sobre la adopción de prácticas saludables en el cuidado de la salud de los niños menores de 2 años y mujeres en edad fértil (MEF)

El programa MCS II busca el cumplimiento de 7 prácticas saludables para que finalmente evidenciamos resultados en la mejora de la salud de las comunidades.

Explorar sobre el cumplimiento de dichas prácticas hechos sobre el contexto en el que se desarrollan y si se han consolidado las estrategias de intervención a nivel comunal, de gobiernos locales y regionales, así como las perspectivas de estos actores para que finalmente evidenciamos resultados entre los principales sobre el proceso de transferencia, expansión y sostenibilidad (TES) de la metodología MCS.

4.1.3.1 Resultados respecto al consumo de agua segura.

La realidad del país sobre el acceso a agua potable en zonas rurales del país es aún crítica, de otro lado, los estudios sobre el consumo de agua segura han demostrado que se puede prevenir enfermedades.

El proyecto MCS II promueve la práctica del consumo de agua segura a través del agua hervida, clorada y el SODIS (desinfectar el agua con la exposición al sol). Todas las madres entrevistadas mencionaron conocer esta práctica saludable y utilizarla con excepción de una entrevistada que mencionó que su familia no deseaba beber el agua debido a que el sabor cambiaba cuando la hervía con leña.

*“...Importante tomar agua hervida para los niños.
(Grupo Focal Comunidad 2 de Diciembre- Ucayali)”*

“..es importante tomar agua hervida en casa, si es importante porque, para que no se enfermen de la diarrea, porque el agua no hervida tiene bichos . (Grupo Focal Comunidad Nueva Meriba - Ucayali)”

*“Todos damos agua hervida, agua clorada y porque no le damos agua de rio simplemente porque está sucio está contaminada
(Grupo Focal Familia Comunidad Saposoa – San Martín)”*

4.1.3.2 Resultados respecto a la vigilancia y desarrollo del infante (CRED)

La desnutrición crónica es resultado de la carencia de energía y nutrientes esenciales para el crecimiento de los niños y niñas, ello puede ocurrir en las siguientes situaciones por ejemplo: interrupción de la lactancia materna exclusiva, inicio tardío de alimentos complementarios a partir de los 6 meses, frecuencia y consistencia inapropiada de alimentación, episodios constantes de enfermedades como EDA/IRAS²⁶ que se acompaña de prácticas inadecuadas de reducción de alimentos o lactancia materna y otros determinantes del entorno como acceso a servicios básicos y servicios de salud.

El proyecto MCS II buscó que, las madres controlen la salud de sus hijos, los lleven cada mes a sus controles médicos, sean pesados y medidos como parte del control de su crecimiento. En este punto el proyecto también buscó medir la tenencia de DNI del recién nacido para que pueda acceder a los servicios de salud.

La participación de las entrevistadas respecto a la vigilancia y desarrollo del infante se ubica en el peldaño cinco “participación funcional” de la escalera del modelo que propone Geilfus. Se observó que si bien las madres no han participado en la formulación del proyecto si fueron informadas y consultadas sobre su participación para cumplir esta práctica. Ellas han interiorizado la importancia de esta práctica, comparten la idea y finalmente realizan la acción de vigilancia.

“Porque es importante tener DNI para el SIS si no tienes DNI no me ayudan (Grupo Focal Familia Comunidad de Bonilla – San Martín)”

“..Llevan sus controles mensuales para ver cómo están. A veces, hay niños que no suben de peso, están desnutridos. Mala alimentación de la madre, dice. (Grupo Focal Familia Comunidad Chambira – San Martín)”

“...es importante llevar al niño a sus controles, para que ven su peso su talla. Nosotros le hemos llevado” (Grupo Focal Comunidad 2 de Diciembre- Ucayali)

²⁶ Infecciones respiratorias agudas (IRAS) y Diarreicas (EDAS). Este grupo de enfermedades son la principal causa de consulta en los servicios de salud.

4.1.3.3 Resultados respecto a la promoción de la lactancia materna.

La lactancia materna provee todos los nutrientes necesarios para la mayoría de niños menores de 6 meses, diferentes estudios de OMS/OPS evidencia que la lactancia materna protege contra las infecciones de las vías gastrointestinales y muestra que no hay déficit en el crecimiento, por ello, está asociada a la reducción de la mortalidad/morbilidad infantil y mejora del desarrollo infantil.

Asimismo, a nivel de las familias entrevistadas, apreciamos que todas ellas cumplen de forma satisfactoria con la regla de decisión. Todas las mujeres que participaron en los grupos focales tanto de la Región San Martín como en la Región Ucayali, mostraron estar informadas respecto a la práctica de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses.

4.1.3.4 Resultados respecto a la alimentación completa.

La alimentación complementaria es importante en el periodo que va de los 6 a los 24 meses de edad, etapa en la que el niño es muy vulnerable, dado a que diferentes estudios evidencian que es cuando muchos niños/as empiezan a tener problemas de crecimiento y que elevan la proporción de desnutrición crónica. En este periodo el niño/a requiere mayores valores de energía, es por ello importante cuidar la frecuencia de las raciones de alimentos, así como la cantidad teniendo en cuenta que la consistencia sea sólida o semisólida.

Por ello, en el proyecto priorizó abordar las prácticas sobre la alimentación complementaria en los niños entre 6 a 23 meses edad, cuya medición se realizó a través del indicador – cinco comidas sólidas o semisólidas al día.

*“Comen 5 veces, se les da verduras, fruta, se les lava las manitos. Se les da sus frutas lavadas, en la casa se le da menestras, cuando tengo leche le doy leche, si le doy refresco se lo preparo con agua hervida.
(Grupo Focal Familia Comunidad Sapotillo – San Martín)”*

Encontrando que no todas las familias cumplen con esta regla, en San Martín y en Ucayali sólo la mitad de los entrevistados manifestaron cumplirla, sin embargo, todas las entrevistadas manifestaron cumplir con un mínimo de frecuencia de 3 comidas sólidas o semisólidas al día.

Todas las entrevistadas manifestaron conocer el hecho que el infante debe comer hasta cinco veces al día, pero en la práctica no todas llegan a aplicarlo. Las entrevistadas de la Región Ucayali tienen un menor grado de cumplimiento en estas prácticas en comparación a la Región San Martín, sobre todo respecto a la edad propicia para empezar a alimentar a sus hijos.

Otra observación a mencionar corresponde al cumplimiento de la edad adecuada en la que los infantes deben iniciar el consumo de alimentos sólidos; así algunas entrevistadas manifestaron iniciar la alimentación de sus hijos antes de los seis meses de edad.

La brecha identificada que resiste el cambio de conducta en las mujeres para lograr una adecuada alimentación de sus hijos se refleja en el cuadro de transformación de patrones culturales de la Teoría del Cambio, el proyecto buscó promover el cambio de sus creencias, costumbres y hábitos respecto a la alimentación del infante y hasta el momento no ha tenido mucho éxito en la mayoría de las entrevistadas debido a que ellas tienen naturalizados ciertos hábitos y no creen que sea necesario cambiarlos a pesar de conocer la información, ello refleja que el proceso de cambio se encuentra en la fase de satisfacción. En esta fase las mujeres no generan dinámicas de cambio ya que no son conscientes de la necesidad del mismo.

Se necesita sensibilizar y generar acciones específicas para que las mujeres avancen hacia la fase de renovación.

“Todas venimos alimentando bien a los niños, poniéndoles sus vacunas si venimos haciendo eso. (Grupo Focal Familia Comunidad Dos de Diciembre – Ucayali)”

“Mi hijo a los 4 meses ya comía plátano maduro, yo le sacaba las ramitas y comía nomás (Grupo Focal Familia Comunidad Nueva Tunuya – Ucayali)”

4.1.3.5 Resultados respecto al control prenatal

Las causas que limitan el acceso de las gestantes al establecimiento de salud, antes, durante y después del parto, son diversas, entre las cuales, se encuentran: la distancia a los EESS, la disponibilidad de recursos en los EESS para una atención de calidad y así como la presencia de creencias, prácticas culturales y status de la mujer para decidir por

una atención oportuna y de calidad, el proyecto MCS II promueve el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

Todas las entrevistadas de la Región San Martín, así como de la Región Ucayali mencionaron haber tenido por lo menos algunas atenciones prenatales durante el primer trimestre de todos sus embarazos, aquellas mujeres que llevaron mayores números de controles prenatales fueron las que tuvieron un parto institucional

Este cambio de conducta se enmarca en la transformación personal de la Teoría del Cambio que incluye patrones culturales, como se puede observar no ha sido sencillo lograr el cambio. La vida de cada mujer, su estructura de valores, creencias y hábitos son características de una dinámica subjetiva que influye en su comportamiento personal y social en cada Región.

En los grupos focales se identificó que en la Región de Ucayali se presenta la menor cantidad de asistencia a un centro institucionalizado de salud para el control pre-natal y el posterior parto, entre los motivos identificados se encuentran: el temor y rechazo hacia los centros de salud y su apego cultural al ser asistidas por parteras.

“..Porque lo tenemos en la casa y no en la posta, porque no vamos, pues porque da miedo dicen que nos amarran y nos ponen suero, dicen que nos amarran. (Grupo Focal Familia Comunidad Nueva Mérida – Ucayali)”

“Por vergüenza. Yo porque tenía miedo ir al hospital. (Grupo Focal Familia Comunidad Virgen del Carmen – Ucayali)”

“Una tiene que tomar sus controles, debe tomarse una ecografía para ver si el bebe esta normal. Una mamá gestante come cinco veces al día. Come ensaladas. (Grupo Focal Familia Comunidad Bello Horizonte – San Martín)”

4.1.3.6 Resultados respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos.

Es importante que las intervenciones en planificación familiar partan de un enfoque de derechos y de intervención holística, identificando sus necesidades de cuidado de salud reproductiva, la conducta social que permita una elección libre según sus preferencias y que la efectividad del método garantice la continuidad del uso de determinado método anticonceptivo

Las mujeres entrevistadas mencionaron conocer diferentes tipos de métodos anticonceptivos como las pastillas, las ampollas y los preservativos, varias mencionaron utilizarlos para no tener más hijos. Respecto al tipo de método anticonceptivo que usaba la mayoría mencionaba a los inyectables y en segundo lugar a la píldora anticonceptiva.

Al parecer es un tema muy personal para ellas dado que fueron muy concisas al responder. Algunas mencionaron que ciertos métodos como las ampollas no son bien recibidos en su organismo. También mencionaron al Papanicolaou como una práctica de cuidado femenino.

“Nos planificamos. Nos cuidamos con las ampollas, las píldoras, preservativo. (Grupo Focal Familia Bello Horizonte – San Martín)”

“La planificación familiar, es no tener más hijos. Cuidarnos con ampolla. Hay varios métodos para el cuidado de la mujer. (Grupo Focal familia Chambira – San Martín)”

4.1.3.7 Resultados respecto a la atención del parto en un establecimiento de salud.

Durante la realización de los grupos focales las entrevistadas embarazadas estaban conscientes de la necesidad de acudir a los establecimientos de salud, alimentarse bien, así como la necesidad de dar a luz en un centro de salud.

En este punto el proyecto buscó promover una transformación de los patrones culturales con la intención que las mujeres gestantes realicen un parto institucional.

En los resultados se observa que las creencias y elementos culturales están muy arraigados en las pobladoras y se encuentran en la fase de satisfacción según la Teoría del Cambio, pues cuentan con una creencia arraigada respecto a que dar a luz con la ayuda de una partera es una buena práctica.

Asimismo, todas las mujeres en edad fértil reafirmaron la importancia de asistir a sus chequeos como una información que tienen presente, sin embargo, en las regiones de San Martín y Ucayali, no muchas mujeres lo practican. Algunas de ellas mencionan que algunos de sus hijos habían nacido con ayuda de las parteras y otros en los establecimientos de salud. Al comparar el servicio algunas mencionaron que se sentían más cómodas con una partera. La mayoría de mujeres entrevistadas ya tenían más de un hijo.

*“Yo en Tarapoto, di a luz en el hospital, al mayor en el hospital, al segundo en mi casa.
(Grupo Focal Familia Comunidad Bonilla – San Martín)”*

*“En el control de las gestantes me decían en la posta. Y en el tiempo cuando he tenido a mis hijos era diferente en mi casa con la comadrona que te ayudaba un poco. La comadrona es mejor que el doctor”
(Grupo Focal Familias Comunidad Nueva Tunuya – Ucayali)”*

4.1.4 Valoración de los cambios logrados a partir del uso de la metodología de familias saludables

Las comunidades que demostraron adoptar e implementar de forma más eficiente la metodología de comunidades saludables, exhibiendo rasgos de contar con un capital social más consolidado, y cuyas familias, en su mayoría, lograron interiorizar y ejercer el conjunto de prácticas saludables fueron considerados por el proyecto USAID/ MCS II como comunidades modelo, siendo estas las siguientes: San Regis, Bonilla y Santa Rosa de Davicillo en la Región San Martín, y la comunidad de Nueva Tunuya en la Región Ucayali.

Así, estas comunidades que presentaron un mejor desempeño en el marco de la implementación de la metodología MCS sirvieron como referencia para otras que llegaron a visitarlas, tanto provenientes de la misma Región o de otros ámbitos geográficos.

De esta forma, durante los grupos focales realizados a las familias, representantes de establecimientos de salud y juntas vecinales comunales se pudo observar que, las familias que muestran un cambio en sus conductas y hábitos son aquellas quienes vienen poniendo en práctica acciones como: hervir el agua, lavarse las manos y realizan una modificación de su entorno (mejoras en las viviendas). Asimismo, ellas evidencian un sólido respaldo de sus alcaldes, EESS y JVC.

Las familias exitosas han ejercido sus derechos gracias a la participación comunitaria. Al sentirse orgullosos de sus logros de bienestar personal, familiar y social por sus propias decisiones tomadas lograron transformarse en ciudadanos que han expresado sus necesidades y se han movilizado para responder a las mismas, dejando de ser beneficiarios y ejerciendo poco a poco su ciudadanía.

Es interesante apreciar que en la Región San Martín como en la Región Ucayali las familias valoran más los cambios producidos alrededor de mejoras físicas al hogar como lo son la división de cuartos, la ampliación de la vivienda, la construcción de un relleno sanitario, mejora de la estructura física de la vivienda como poseer piso, techo y jardín, así como mejoras en la actividad agrícola.

Se observa que las familias valoran más los cambios tangibles y físicos a los cambios blandos como la comunicación al interior del hogar, la división de tareas el entorno de respeto entre otros. Asimismo, las familias también perciben que llevan una vida más ordenada y se sienten satisfechos por ello. El orden para ellos está comprendido en la limpieza que ahora tiene su hogar y las mejoras del mismo.

Las familias, al parecer vienen comprendido que los hábitos saludables los llevan a tener menos enfermedades, si bien para muchos de los que participaron en el proyecto cambiar sus conductas ha sido muy difícil, quienes han logrado interiorizar estos cambios se sienten más orgullosos de ellos mismos por el reto que han enfrentado.

*“Yo he hecho mi casa grande, mi letrina. ¿Qué más? colocamos luz, ¿qué más? De mi estaba construido mi casa, pero faltaba hacer las divisiones, pero si he avanzado poco a poco y aun así me falta todavía.
(Grupo Focal Familias Comunidad Nueva Mériba – Ucayali)”*

*“Es un cambio de vida con los niños. Es como dicen la limpieza, más que todo a lo ordenado, mejora de la casa y menos enfermedades.
(Grupo Focal Familia Comunidad Davicillo – San Martín)”*

4.1.5 Valoración de la relación de las familias con su red comunitaria de salud local Los servicios de salud han sido el eje de las intervenciones en salud, esta concepción ha tenido dificultades y limitaciones para mejorar la salud y para implementar las acciones de promoción de la salud debido a que en las áreas rurales hay déficit de servicios de salud, escasez de recursos humanos y porque el personal de salud presenta predominantemente una formación asistencialista.

Considerando esta situación, el proyecto MCS II se basó en la organización comunitaria ya que la reconoce como la forma más efectiva para actuar sobre los determinantes sociales que afectan la salud.

De esta forma se esperaba que los servicios de salud tengan un rol complementario para mejorar la salud, dado que el poder deber ser ejercido desde el propio ciudadano basado en un enfoque de derechos, sin embargo el sector salud aún tiene un papel muy importante en las comunidades que no se encuentran en un nivel de desarrollo de participación medio o insipiente. En estas zonas tanto las juntas vecinales, los gobiernos regionales y las familias esperan que sea el sector salud quien capacite y de seguimiento a las mismas, cargándoles muchas veces su trabajo diario.

Así, se identifica que, en las comunidades de un nivel de desarrollo u organización de participación incipiente o pasivo, es decir las personas están informadas porque el proyecto MCS II se preocupa por hacerlo, pero no necesariamente actúan (Frans Geilfus, 2002) en estas comunidades el protagonismo del EE. SS es más necesario.

A diferencia del caso anterior, en comunidades dónde se ha desarrollado más la participación entre sus actores, el sector salud es visto como un complemento y apoyo de la comunidad, los representantes de la salud incluso capacitan a los promotores locales (pobladores de la misma comunidad) en prácticas básicas como primeros auxilios o poner inyectables.

En todos los grupos focales realizados a las familias, ellos reconocen al personal de salud como los que les mostraron la posibilidad de participar de esta metodología por primera vez, así como quienes les explican cómo utilizar sus herramientas por primera vez. Es importante mencionar que en el establecimiento de salud también reciben información respecto a la metodología.

En el marco de la metodología MCS II, los servicios de salud tienen que tener los insumos y suministros necesarios para proporcionar educación para la salud, consejería y atención clínica con calidad y calidez. Sin embargo, en la práctica ello no se cumple porque todos mencionan la existencia de la escases de recursos para realizar un

monitoreo más permanente, falta de recursos humanos con un perfil adecuado para que se dedique exclusivamente a esta metodología, un mayor apoyo por parte del MINSA y del gobierno local.

Mokate & Saavedra destaca la creación del valor público como eje central. Para lograr ello la Gerencia Social trabaja con múltiples actores involucrados en la promoción del desarrollo, como es el caso del proyecto MCS II, sin embargo, es evidente que el proyecto no logró trabajar de forma simultánea objetivos de gestión con los diversos actores ni se enfocó en el financiamiento pues en todos los casos no se asegura una futura supervivencia del proyecto.

En líneas generales se observa una participación más activa de los puestos de salud en la Región San Martín que en la Región de Ucayali.

Esta estrategia involucró también la capacitación permanente como una actividad indispensable en el desarrollo del proyecto USAID/ MCS II y la implementación de su metodología de familias saludables, contemplándose su desarrollo en los diferentes momentos de la ejecución de este proyecto para facilitar la generación de estilos de vida saludables.

En la Región San Martín observamos que los establecimientos de salud han contribuido al desarrollo del proyecto en las diversas comunidades.

La población reconoce al establecimiento de salud al momento de la implementación del proyecto, durante el seguimiento y comprende la importancia de los tableros de compromisos y normas.

*“A mí me enseñó la enfermera y me explico cómo es.
(Grupo Focal Familia Comunidad Bonilla – San Martín)”*

*“Bueno, me gusta la sinceridad ante todo, a veces nos vamos de viaje; mi señora a veces se queda y uno se va ordenando, conforme va avanzando ¿por qué me voy a engañar?; no he hecho yo; todo se hace en coordinación con las enfermeras. En coordinación con ellos, hemos hecho ese plan.
(Grupo Focal familias San Regis – San Martín)”*

En la Región de Ucayali si bien algunos pobladores de los grupos focales reconocen la labor de los centros de salud, al mismo tiempo algunas comunidades reconocen como facilitadores al personal de USAID y otros piden mejoras a los establecimientos de salud.

*“Bueno yo digo la verdad en mi caso a mí me ha ayudado la técnica, la señorita Anita, si ella me ayudado.
(Grupo Focal Familias Comunidad Nueva Tunuya – Ucayali)”*

*“Me gustaría tener un puesto de salud, pero eso le conviene a Santa Rosa, y cada uno escoja su propia atención para asegurarse en olivos o en otro lugar porque bien claro sabemos que aquí solo habrá una enfermera técnica nada más y si queremos atendernos de otras enfermedades es negativo”
(Grupo Focal Familias Comunidad Virgen del Carmen – Ucayali)”*

Sólo en la población de la comunidad “2 de diciembre” y “Nueva Meriba” en la Región Ucayali no reconocen al establecimiento de salud en el proceso de implementación del proyecto, hecho que se contrastó al conversar con el representante de salud de esas zonas quien nos indicó que sólo pudo visitar durante el año 1 o 2 veces a las comunidades por la distancia geográfica de su puesto de trabajo y los horarios.

“No todas las madres recibieron sus tableros, y las que recibieron se olvidaron de llenar y no hicieron una evaluación (Grupo Focal Familias Comunidad 2 de diciembre – Ucayali)”

*“...Si hemos trabajado en las familias pero muy poco .Dos reuniones nada más y solamente para complementar un poquito la información, a veces no se le encuentra ni a la mama sólo a la abuelita. Para trabajar en caserío a veces no va a estar la familia completa porque ellos no tienen profesión ¿viven de su productos en sus chacras no? Entonces salir a hacer de repente las charlas en las noches es un poco complejo para nosotros”
(Entrevista de profundidad Centro de Salud – Micro Red campo Verde)*

4.2 Motivaciones de las comunidades (JVC) de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables

4.2.1 Valoración sobre el manejo y utilidad de herramientas de Diagnóstico Comunal, Plan Comunal y Ficha de Vigilancia Comunal.

Para entender el proceso de adopción de las herramientas de gestión comunal, y por ende de la propia metodología de comunidades saludables, se ha considerado relacionarla a la comprensión del modo de participación de la población, y la valoración

que logran asignarle a este proceso, lo cual se llega a manifestar a través de los momentos en que la población interviene en la elaboración, uso y evaluación de la aplicación de dichas herramientas de gestión comunal, con la intención de trabajar en aras de conseguir mejores condiciones de salud y de desarrollo en general.

Así, en cuanto al proceso de elaboración de las herramientas de gestión comunal de la metodología de comunidades saludables, se ha podido evidenciar, a raíz de los testimonios recogidos de las diferentes Juntas Vecinales Comunes (JVC) de las regiones de San Martín y Ucayali, la existencia de un patrón de participación similar de la población; el cual consiste en que, son principalmente los miembros de las juntas directivas de las JVC con el apoyo ocasional de los líderes comunitarios existentes (pastor evangélico, Presidente de APAFA, Vaso de Leche, Club de madres, etc.) quienes en conjunto o a través de equipos de trabajo asumen la tarea de elaborar tanto el diagnóstico comunal como el plan comunal, por considerar éste, un modo más eficaz en relación a la intención de involucrar a toda la población en dicha actividad. En ese sentido, se puede considerar que el nivel de participación de dicha población adquiere un carácter funcional (Geilfus, 2002), en la medida que, su participación se desarrolla asistiendo a las asambleas comunales, opinando sobre las necesidades y aspiraciones que la comunidad posee, pero sin tener una incidencia en la formulación de los planes y diagnósticos comunales.

De esta forma, una vez elaborados ambos instrumentos, pasan a ser validados por el conjunto de la población, a través de su presentación en una asamblea comunal, invitando generalmente al personal del EE.SS., representantes del sector educativo y de los gobiernos locales con la intención de dotar de mayor legitimidad dicho acto liderado por los dirigentes de las JVC

“La ves que lo hicieron son los de la JV que se han reunido, no estaba todavía nombrado la promotora de salud y nosotros tuvimos que hacerlo y la enfermera me pidió para que llene y, luego coordinamos con el profesor para que rellene, la población no participó.”
(Grupo Focal Virgen del Carmen – Ucayali)

“¿cómo se han organizado ustedes para hacer su diagnóstico y plan de comunidades saludables? Primero para organizarnos se ha convocado a una asamblea general, y de ahí nosotros sacamos las problemáticas y una vez que armamos eso, luego vemos como es el diagnóstico.”
(Grupo Focal JVC San Regis – San Martín)

“Los siete que somos en la directiva, para atender ese diagnóstico a veces trabajamos dos, sabemos cómo es el trabajo para mí es un dolor de cabeza. Nos decían para llenar, yo les buscaba y no estaban ellos, se tenía que hacer de dos”

(Grupo Focal JVC Chambira – San Martín).

Por otro lado, el proceso de aplicación de la Ficha de Vigilancia Comunal, por su propia naturaleza de ser un instrumento de recopilación de datos de cada familia, el cual se realiza de forma individual en cada vivienda sobre el estado del cumplimiento de las prácticas de salud de los niños menores de dos años, mujeres en edad fértil y/o gestantes, se llegó a observar que la población asume con mayor naturalidad que dicha responsabilidad sea de la junta directiva de las JVC, siendo más apreciada aún si es realizada con la presencia de un representante del EE.SS..

Sin embargo, en el caso de la Región Ucayali, se llegó a recoger testimonios de que algunas familias optan por no brindar información de forma directa al ser visitadas por sus dirigentes y personal de salud, y mostrar ante ellos sus condiciones y estilos de vida, (prácticas de salud para el cuidado de los niños menores de dos años y controles prenatales para las mujeres gestantes), evidenciando con ello cierta desconfianza, recelo, y desconocimiento de la utilidad del seguimiento de la ejecución de las prácticas saludables.

“Ósea después de llenar esto ya nosotros lo hacemos presente a la asamblea después de llenar esto nos llevamos nuevamente al programa de desarrollo alternativo y ellos venían y hemos rellenado”

(Grupo Focal de San Jorge - Ucayali)

“Nos juntamos los 5 de la directiva está el promotor de salud, el presidente de APAFA, el presidente del vaso de leche, es un trabajo difícil porque cuando vamos a las casas las madres nos dice porque preguntan y no lo he encontrado y es otra pérdida de tiempo.”

(Grupo Focal de Dos de Diciembre - Ucayali)

Finalmente, y aún a pesar de las particularidades en cada Región, se ha llegado a vislumbrar de forma general que luego de haber sido formulados los instrumentos de gestión comunitaria (Diagnóstico comunal, Plan Comunal y Ficha de Vigilancia de la Salud madre – niño), el nivel de participación y organización de los miembros de las JVC para realizar la tarea de evaluación o actualización de los mismos, se desarrolla de una forma menos homogénea y clara en relación a las etapas anteriores. De esta manera,

esta situación denota en el caso de las comunidades de las regiones de San Martín y Ucayali, una débil cultura de evaluación de las acciones y objetivos planificados inicialmente; así como una ausencia de continuidad en el nivel de participación en la evaluación de la gestión comunal.

Por otro lado, respecto a la importancia y utilidad de las herramientas de gestión comunitaria que los representantes de las JVC llegaron a valorar mencionan que, en el caso del **diagnóstico comunal** su relevancia corresponde al hecho de que éste instrumento les ha permitido principalmente llegar a conocer aspectos básicos y concretos de sus poblaciones de forma ordenada, tales como:

- a) Las condiciones materiales o de infraestructura de sus espacios públicos y comunitarios como sus locales comunales, parques, jardines, calles, vías de acceso, II.EE. EE.SS., letrinas, rellenos sanitarios.
- b) Datos demográficos, como saber el número de niños y niñas que existen, mujeres gestantes la cantidad total de familias presentes en la comunidad, identificar cuáles son los recursos naturales que posee, límites geográficos, fechas festivas, entre otros.
- c) Identificar sus principales necesidades o problemas que afectan a la comunidad vinculados al estado o ausencia de los servicios básicos, condiciones de salud de los niños y las familias de las comunidades.

Además, la tenencia de dicha información en todos los casos es bien vista y apreciada por los dirigentes comunales; declarando además que, a partir de aquella información, las JVC pueden utilizarla para mejorar la organización y gestión de iniciativas de desarrollo que realizan frente a sus gobiernos locales, regionales o establecimientos de salud básicamente.

“Nos ha servido para hacer emprender a la gente y a nuestro pueblo en su rol de trabajo. Este diagnóstico lo hemos puesto para ejecutarlo una meta, tres meses, seis meses o un año. Hemos hecho compromiso ahora, el diagnóstico tiene que estar estipulado antes de hacer... a base del diagnóstico nosotros sacamos que cosa nos va a hacer falta hacia el futuro, qué cosa nos va a hacer engrandecer a nuestro pueblo y que cosa nos afecta; de tal manera que nosotros estipulamos que cosa es factible para ponerlo de prioridad”

(Grupo Focal JVC San Regis – San Martín)

“Si por ahí vienen y me preguntan cuánta población tienes y no sé yo como autoridad sería algo lamentable entonces a mí me interesa saber cuántos niños varones y cuántas niñas mujeres, cuantas cabezas de familia”

(Grupo Focal JVC Dos de Diciembre – Ucayali)

Por el lado del **plan comunal**, la valoración común que recibe de parte de los diferentes representantes de las JVC que fueron entrevistados, expresa que aquella herramienta simboliza la legitimidad de las cosas que se desean hacer en la comunidad, permitiendo priorizar y organizar de forma coherente aquellos objetivos comunales, plasmando su calendarización, los responsables y recursos necesarios para la ejecución de las actividades necesarias para lograrlos; es decir, que se aprecia una valoración positiva sobre el rol del plan comunal como instrumento de gestión de iniciativas de desarrollo comunal, y no únicamente como un plan comunal de salud. Sin embargo, a pesar de ello, aún se aprecia que la planificación de las actividades para un periodo anual o superior es un valor y capacidad que eventualmente suele contraponerse con la urgencia de la realización de acciones no previstas o que se entienden que son de ejecución constante por parte de las comunidades y por ende no necesitan ser plasmadas en un plan.

En ese sentido, se podría señalar que, las organizaciones sociales organizadas bajo el marco de las JVC aún necesitan transitar por el cambio colectivo interno, de su intersubjetividad o transformación de sus patrones colectivos de pensamiento y acción (Teoría del Cambio –PNUD, 2010), que aún no permiten valorar del todo la importancia de las transformaciones de mediano y largo plazo.

¡Claro! el plan comunal ha sido un arma para poder concretizar lo que nosotros nos hemos propuesto, lo trabajamos más las autoridades de la comunidad; también nos ha servido de mucho porque mediante el plan estamos haciendo las gestiones para las obras. Para nosotros ha sido un documento Importante.”

(Grupo Focal JVC Nueva Meriba – Ucayali)

“La población lo que quería era que se haga no que se vea no, Que el plan que se ha hecho se haga realidad no, pero no se ha podido llegar a eso.”

(Grupo Focal JVC Nueva Tunuya – Ucayali)

“¿Será muy importante que vayan cumpliendo con su plan o lo ven como una obligación?

Es muy importante porque de acuerdo a este plan se puede hacer cualquier tiempo de gestión. Todo el pueblo está en la obligación de hacer esto”

(Grupo Focal JVC San Regis – San Martín)

No obstante, se debe destacar algunas particularidades sobre la valoración que realizan las JVC según la Región de la que se hable; así tenemos que, para el caso de la Región Ucayali se pudo verificar que el total de los dirigentes con los que se llegó a conversar mostraron una buena opinión sobre el diagnóstico comunitario como instrumento que ayuda a mejorar su gestión dirigenal, no todos ellos logran identificar las diferencias entre el diagnóstico y el plan comunal, describiendo las características de ambos instrumentos sin mayor distinción clara entre ellos dos.

Por su parte, al explorar acerca de la utilidad de **la Ficha de Vigilancia Comunal de la salud madre – niño (FVC)** desde la percepción de las integrantes de las JVC, mostró que es considerada como un instrumento importante para la comunidad y la dirigencia, en función de que, gracias a él se puede realizar el seguimiento de las condiciones de salud de la población, principalmente enfocado en el monitoreo del estado de crecimiento y desarrollo, derecho a la identidad (DNI), y estado nutricional de los niños y niñas de la comunidad (Control CRED y Vacunas al día), mientras que en el caso de las madres gestantes, su valor se encuentra relacionado a la posibilidad de brindar orientación a las madres adolescentes y primerizas sobre su cuidado personal en la etapa de gestación. Sin embargo, si bien es cierto que la Ficha de Vigilancia Comunal de la salud madre - niño contempla el seguimiento de las prácticas de salud de las mujeres en edad fértil (conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar), su utilidad desde la perspectiva de las JVC en ambas regiones, es menor con respecto al resto de prácticas de salud monitoreadas con dicho instrumento, por cuanto muchos líderes y dirigentes comunales encuentran dificultad (rechazo e inhibición de las mujeres en declarar) al momento de intentar realizar el seguimiento del conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil.

¿Cada cuánto tiempo se juntan y dicen vamos a ver esta ficha, cómo vamos?

Si, lo hacemos varias veces al mes; también en emergencias con casos de niños, por ejemplo, un niño desnutrido vamos a su casa, lo controlamos. También cuando las mamas están gestando, hacer seguimiento de su control, muchas quieren ir al hospital y no al puesto de salud según manifiestan las técnicas, las enfermeras, entonces nosotros vamos y le explicamos cuales son los riesgos y se les indica que al asistir al centro está protegiendo su salud

(Grupo Focal JVC San Regis- San Martín)

“Nos ha servido mucho porque hay muchas madres que son adolescentes, muchas no conocen lo que debe ser criar un niño, como cuidarse durante al embarazo y asistir a sus controles, y algunas caen

embarazadas y no van a sus controles y es necesario que vayan a sus controles. Hay madres primerizas y no saben cómo es, como criar y para eso es esto”
(Grupo Focal JVC Dos de diciembre – Ucayali)

4.2.2 Valoración sobre el nivel de cumplimiento de su plan de acción comunal en salud en forma participativa.

El trabajo articulado entre la población y los dirigentes de las JVC se vislumbra a partir de los procesos de coordinación-organización, ejecución de las acciones contempladas dentro de los planes comunales y la vigilancia que se realiza de las prácticas de salud de la madre y el niño en cada comunidad.

Así, en cuanto **al grado de avance de la ejecución de los planes comunales**, si bien se aprecia que en las dos regiones la población de las diferentes comunidades ponen de manifiesto su respaldo hacia sus dirigentes y las acciones que han sido planificadas bajo la dirección de aquellos, a través principalmente de: participación en las faenas comunales, asistencia a charlas de capacitación o movilización ante las autoridades locales para solicitar algún apoyo, apreciamos que la ejecución de estos planes comunales no se desarrolla de forma homogénea a nivel de las dos regiones bajo estudio (San Martín y Ucayali); por ello, y en base a las declaraciones recogidas mediante los grupos focales llevados a cabo se evidencia que, para la Región de Ucayali, el avance en la ejecución de los planes comunales se ha llegado a desarrollar en menor medida en comparación a lo declarado por los representantes de las JVC de la Región San Martín, aunque no por ello no se aprecie avances en la realización de actividades comunales gracias a la aplicación del Plan Comunal como herramienta de gestión utilizada por la JVC.

Sin embargo, la diferencia entre ambas regiones puede explicarse en cierta medida por los contextos políticos y sociales algo más adversos en la Región Ucayali, y el menor grado de involucramiento tanto de la propia población como de sus dirigentes para dichos casos. Así, sobre este último punto, se podría mencionar que en la Región Ucayali se ha llegado a observar un mayor grado de participación por incentivos y funcional (Teoría del Cambio – PNUD, 2010) de su población en el momento de la ejecución de los planes comunales.

“¿El plan de trabajo dice que se va a hacer durante todo el año? Nosotros hemos priorizado algunas actividades como tener el agua limpia y lo hemos logrado; formar faenas en las comunas, ver otras actividades hacia más allá; y se está obteniendo resultados, no podemos cambiar de la noche a la mañana tienes que ir despacio y se va a conseguir cosas...”
(Grupo Focal JVC Davicillo – San Martín)

“Mediante faenas las faenas, ya tenemos el local para el colegio inicial, ¿Que más hicimos sin necesidad de un plan, a ver?, ¡Hicimos pues el famoso huairuro en el colegio, ¡El Huairuro la oca, Eso también hicimos pues!, las plantas, los comedores, hicimos un local que iba servir tres en uno comedor, almacén y dirección del colegio con nuestro propio esfuerzo. ¿Y qué otra cosa hicieron?, bueno para nuestra salud mejorar nuestro campo deportivo.”
(Grupo Focal JVC Nueva Tunuya – Ucayali)

Por otro lado, en cuanto al modo como las JVC vienen mejorando su capacidad de auto reflexión sobre la importancia del cumplimiento de las metas comunales para generar mayores y mejores condiciones de salud y vida en general para sus poblaciones, observamos que ello se viene propiciando mediante tres aspectos:

- a) Por un lado se encuentra la constatación directa de los cambios favorables que viene produciendo la puesta en marcha del ejercicio de las prácticas saludables a nivel de familias y la mejora de los entornos comunitarios,
- b) Por el otro se identifica los logros alcanzados a través de la aplicación de la metodología comunidades saludables y sus instrumentos de gestión respectiva,
- c) Finalmente se encuentra el grado de involucramiento de la propia población y otros actores en la revisión de los avances alcanzados en el plan comunal.

Así, **en el primer caso, la verificación de la mejora de las condiciones de vida de las familias** mediante las visitas de hogares que realizan los dirigentes en compañía de los miembros del personal de salud, o a través de la simple percepción de que en la actualidad se encuentra disminuyendo los casos de niños y niñas con episodios de diarreas o con desnutrición, así como lograr distinguir que los entornos de las comunidades se encuentran cada vez más ordenados, con menos presencia de basura en los espacios públicos o que la cantidad de animales domésticos que deambulan libremente por la comunidad se ha reducido, son los hechos que vienen reforzando la conciencia entre los líderes y dirigentes, al igual que entre la población, acerca de la

importancia de cambiar ciertos aspectos, antes no tomados en cuenta ni vinculados directamente con el estado de la salud de las personas.

“Se criaban chanchos sueltos, lo dejaban por allí y ahora ya no. Los caballos, de todo lo hacen. En ese aspecto, la gente ya limpia sus cuentas, están sembrando jardín en sus casas, están limpiando sus hogares. También nos damos cuenta porque visitamos las casas junto con la enfermera, en las charlas a las señoras les enseñamos como se lavaban las manos, y han aprendido,”
(Grupo Focal de Bello Horizonte – San Martín)

“Es muy importante para nuestros hijos no, como el teniente dice, que tiene hijos también, no solamente por mis hijos trabajo, sino por los hijos de los demás, para que puedan estar al lado de sus padres, más seguros, con mejor salud y bien educados desde chicos.”
(Grupo Focal de Nueva Meriba – Ucayali)

En cuanto a la aplicación de las herramientas y metodología de comunidades saludables, y su relación con la mejora de la capacidad de auto reflexión de las JVC en el cumplimiento de las metas comunales, tenemos que –en base a las entrevistas realizadas a los dirigentes y líderes de diversas comunidades- la aplicación del diagnóstico y el plan comunal principalmente, vienen propiciando cierta conciencia crítica sobre los factores que posibilitan y limitan la puesta en marcha de sus iniciativas de desarrollo comunal, el tipo de necesidades que son prioridad para la comunidad, pero principalmente cuales son las repercusiones sobre la población de alcanzar o no las metas programadas.

Así, es sobre este último punto, donde se ha logrado percibir precisamente un cierto nivel de cambio de actitud de las JVC sobre la consecución e importancia de llegar a alcanzar dichas metas y su correlación con el bienestar general de su población; es decir, se aprecia la manifestación en cierta medida del principio de “Progresividad y No Regresividad” (Alza, 2014) en la defensa de los derechos de su población, al enfocarse en el cumplimiento de los objetivos trazados en su plan comunal, muchos de los cuales fueron establecidos contando con la participación del Gobierno Local (por ejemplo, proyectos elegidos en el presupuesto participativo), así, los dirigentes asumieron el rol de fiscalizadores en el cumplimiento de los acuerdos suscritos tanto al interno de la propia comunidad como con otras entidades (GL y EE.SS. generalmente)

Asimismo, entre las actitudes observadas por parte de los miembros de las JVC frente al incumplimiento o retraso de las acciones de los planes comunales, resalta la consideración de llegar a cumplirlas a pesar de que sea necesaria su reprogramación y la búsqueda de nuevas estrategias; ya que existe la consideración de parte de dichos dirigentes de que, al ser incluidas determinadas acciones con sus respectivos objetivos y metas dentro de la planificación de la comunidad, estas representan un aspecto importante por mejorar y es menester ser atendido.

“Con las actividades que no se han realizado ¿Qué hacen?”

Rpta.- nos preguntamos, porque no podemos lograrlo, porque si no es cosa de presupuesto, sino de mano de obra, entonces se puede realizar, hagámoslo, póngase en la cabeza que lo vamos a logra y así será...”
(Grupo Focal de San Regis – San Martín)

“¡Si no logramos algo que hemos planificado, tenemos que buscar otras estrategias pues! ya no con el municipio, sino quizás con el gobierno regional u otra institución”

(Grupo Focal de Nueva Tunuya - Ucayali)

Respecto a la participación de la comunidad y su EE.SS. en la revisión de los avances conseguidos en base al plan comunal, se observa la existencia de ciertas particularidades según la Región de la que se trate; así, en el caso de la Región Ucayali se ha llegado a estimar que, en cuanto a la frecuencia de revisión del cumplimiento de los planes comunales, éstos llegan a ser examinados en un plazo máximo de seis meses, momentos en los cuales las autoridades comunales llegan a convocar a la población a una asamblea comunal para poder compartir los resultados de la gestión y obtener aportes al respecto. Sin embargo, la periodicidad de revisión del avance varía en cada comunidad, no logrando establecerse tiempos homogéneos y pautas claras para su realización en ninguna de las dos regiones; con lo cual se puede decir que el principio de Transparencia y Rendición de cuentas (Alza, 2014), todavía no ha sido internalizado de forma completa por parte de los líderes y dirigentes en la gestión para el desarrollo comunal, ni por la misma población como defensa de sus derechos a la transparencia y rendición de cuentas.

En cuanto al rol del EE.SS en dicha revisión, se distingue una valoración positiva sobre la misma, por cuanto aquella participación constante del personal de los EE.SS. con el fin de ayudar a mejorar las condiciones de salud de la población y realizar un trabajo

conjunto con los líderes y dirigentes comunales es bien recibida por las JVC de la Región Ucayali, y revela la existencia de una relación cercana entre dicha entidad de salud y la población.

Sin embargo, a través de las declaraciones vertidas por los representantes comunales, se destaca que, si bien esta participación constante de los EE.SS. es positiva para toda la comunidad y ha permitido que sus representantes lleguen a tener un espacio dentro de los procesos de evaluación de los planes comunales realizados en asamblea comunitaria, ello no implica que dicha acción de evaluación se encuentre condicionada a su presencia, pero si favorecida en cierta medida.

“Más antes hemos tenido pues hará hace unos tres años, yo te voy a decir un promedio de 3 años hemos hecho en el pueblo”

(Grupo Focal de Virgen del Carmen - Ucayali)

“Y el establecimiento de salud ¿ha participado? Si ha participado en agosto o junio a participado la señorita, ¿Qué es lo que ha hecho ella?, Nos ha informado sobre los niños para la vacuna, Y sobre una actividad que va hacer.”

(Grupo Focal de Nueva Meriba - Ucayali)

En la Región San Martín por su parte, se describe también un escenario en el cual se percibe una buena aceptación de la labor de sus EE.SS. y su contribución al desarrollo comunitario, así como una estimación relevante -aunque con matices según la comunidad de la que se trate- acerca de la participación de la población en el proceso de evaluación de los planes comunitarios. Sin embargo, es en esta Región donde se ha logrado percibir un mayor grado de reflexión por parte de sus autoridades y población en cuanto a sus retos futuros y metas a conseguir.

De esta forma, se puede clasificar los anhelos de superación identificados en distintas declaraciones de dirigentes comunales en dos niveles, por un lado, se presenta la necesidad de superación de las necesidades básicas tales como: el acceso de agua potable y servicio de alcantarillado, contar con educación de calidad, adecuada lotización de las propiedades comunales, y la mejora en la atención del servicio de salud.

Por otro lado, aquella necesidad manifiesta de querer involucrar a una mayor parte de la población, denota un interés por lograr que la población alcance una participación más

interactiva (Geilfus 2002), en los aspectos de gestión comunitaria para precisamente lograr cubrir y superar dichas necesidades y brechas sociales, así como para lograr incrementar el ejercicio de las prácticas saludables y el cuidado del entorno comunitario, fomentando la adopción de la responsabilidad de las familias como los primeros agentes de cambio de la comunidad.

*“¿Cuáles son sus retos que piensan afrontar en el siguiente año?
Pasando por todas las dificultades, el reto es incluir a más familias, para que tengan una familia saludable. Y seguir participando pese a las limitaciones de tiempo, ese sería el reto principal.”
(Grupo Focal de Bonilla – San Martín)*

*“Se está notando claramente, porque antes que hubiera esta junta vecinal vivíamos en desorden y cuando teníamos la junta vecinal, y más cuando MSH ha entrado con familias saludables, los hijos tomaron conciencia y se hicieron mejoras ahora hay aseo, letrinas, hábitos de higiene.”
(Grupo Focal de Bello Horizonte – San Martín)*

4.2.3 Valoración de la importancia de conocer los avances/ logros y retos a partir del empleo de la metodología de comunidades saludables

En cuanto a la valoración del conocimiento de los avances y retos a partir de la implementación de la metodología de comunidades saludables por parte de las JVC participantes del proyectos USAID/ MCS II de San Martín y Ucayali, se pueden mencionar que dicho aspecto no se centra únicamente en la perspectiva de la utilidad e importancia del Plan Comunal como instrumento de gestión, sino que se complementa con los aspectos de vigilancia comunitaria de las prácticas saludables de las mujeres en edad fértil y los niños menores de 2 años de edad, y factores facilitadores y adversos que identifican las propias JVC para la implementación de la metodología de comunidades saludables

Así, en relación a la vigilancia comunal que se realiza de las **prácticas de salud de la madre y el niño**, acción que es realizada en las diferentes regiones mediante el trabajo coordinado entre los dirigentes de las JVC y la participación frecuente del personal de los EE.SS. y los promotores de la salud muestra que, a partir de este seguimiento constante para el cumplimiento de las prácticas saludables, las familias declaran que ellas vienen cumpliendo con la mayor parte de sus compromisos asumidos, y reconocen al mismo

tiempo la importancia de esta labor de seguimiento y orientación realizado por sus autoridades comunales y personal de salud.

Así, se aprecia que la labor de vigilancia desarrollada por parte de los miembros de las JVC, acompañados por algún miembro del sector salud y los talleres de sensibilización dirigido a las comunidades, viene favoreciendo el desarrollo de una valoración positiva del trabajo que realizan los dirigentes de las JVC; sin embargo, es en la Región de Ucayali donde se muestra que esta imagen no llega a cumplirse del todo, ya que según declaraciones recogidas de esta Región, el menor grado de cohesión social presente en muchas de las comunidades y la ausencia de liderazgos fuertes, ha suscitado que algunas familias no vengán asumiendo con firmeza la puesta en marcha de estas prácticas saludables.

*“En las capacitaciones no dicen que debemos hacer vigilancia pero no lo cumplimos Nadie, A veces señorita nos piden mucho o a veces se molestan están comiendo 5 veces está tomando agua hervida eso no más va a preguntar y encima dice hay no me gusta el agua hervida encima me dicen”
(Grupo Focal de Nueva Tunuya - Ucayali)*

*“y como siempre la ignorancia nos ha causado muchas cosas porque desconocemos muchas cosas y nos trata de desunir, la invocación sería talleres de asociatividad y se llamen a una reunión y un video en una ciudad porque se construyeron mediante la unión ver de otros países y concientiza a la población.”
(Grupo Focal de Nueva Meriba - Ucayali)*

4.2.4 Valoración de las JVC sobre su red comunitaria de salud

Para analizar el tipo de valor que las diferentes JVC muestran en relación a otras organizaciones o instituciones sociales, es necesario antes describir el tipo de relación que las JVC vienen desarrollando con aquellas.

Así, la relación identificada entre las JVC de las dos regiones en relación a los diferentes tipos de organizaciones o instituciones sociales puede ser analizada en función al nivel o alcance de intervención de aquellas dentro de las comunidades; de esta manera, por un lado se encontrarían todas aquellas organizaciones sociales comunitarias que se ubican dentro del ámbito o jurisdicción de las JVC, tales como los vasos de leche, comedores populares, APAFA, club deportivos, club de madres, rondas de seguridad entre otras; mientras de otro lado, se encontrarían todas aquellas entidades o instituciones que tienen

como ámbito de intervención un radio mayor al territorio de las JVC, llegando a contar con un alcance distrital, regional o nacional; así, entre ellas se encuentran los gobiernos locales, entidades del Ministerio de Salud, Programas sociales y/o regionales, etc.

En el primer caso, la relación percibida entre las JVC y las organizaciones sociales comunitarias descritas anteriormente muestra que, de forma general dicha relación se encuentra mediada en base a la urgencia del asunto a tratarse y a la magnitud o relevancia de aquel para toda la comunidad.

Así por ejemplo, en el caso de que alguna organización comunitaria como los vasos de leche, APAFA o club de madres llegará a necesitar en algún momento el apoyo de su JVC, la forma de proceder más común identificada de las JVC consiste en tomar decisiones de forma inmediata al respecto, siempre y cuando no se trate de alguna circunstancia que demande dar a conocer a la totalidad de la comunidad vía la realización de una asamblea comunal para tomar una decisión bajo la aprobación de la población.

Sin embargo, es preciso mencionar que, si bien este proceder ha sido dado a conocer por medio de los líderes y dirigentes entrevistados de las dos regiones para el presente estudio; también se llegó a percibir particularidades propias de la dinámica de las JVC en la Región San Martín.

Así, se pudo vislumbrar que parte de las comunidades intervenidas en el marco del proyecto USAID/ MCS II no exhibían una articulación interna fortalecida; es decir, a pesar de la existencia de organizaciones sociales comunitarias en su interior tales como vasos de leche, clubes de madres, APAFA, ACLAS y otras, no siempre ellas o sus directivos fueron considerados por parte de las JVC para los asuntos de interés de toda la comunidad, con lo cual se estaría observando cierto distanciamiento entre algunas JVC y sus organizaciones sociales comunitarias existentes, y con ello el poco asentamiento del capital social colectivo en dichas comunidades y la presencia de cierto grado de atomismo social.

“La JVC no coordina con el vaso de leche o con el club de madres. A partir de estos dos meses la presidenta del vaso de leche, es una institución muy aparte de la JVC.”
(Grupo Focal JVC Chambira – San Martín)

*“se mandó oficios de la APAFA a la municipalidad por una necesidad que eran los baños; la idea es acercarnos más pero, nos falta más comunicación. Nosotros deberíamos ir como JVC y no cada uno, aquí se dice una cosa pero cuando vas allá en el municipio no es igual. Si necesitamos algo para la APAFA es parte del pueblo, si necesitamos algo para el Vaso de leche, es parte del pueblo; todo deberíamos articular y hacer un solo pedido
(Grupo Focal JVC Sapotillo – San Martín)*

*“En la comunidad las organizaciones que existen son el Vaso de Leche, la APAFA, el club deportivo, sobre el vaso de leche siempre invitan al tendiente y algún punto a aclarar
Con el club deportivo se conversa con el presidente, así es la comunicación acá.”
(Grupo Focal de Virgen del Carmen - Pucallpa)*

Por otro lado, se encuentra el tipo de relación entre las JVC con entidades o instituciones externas a ellas, pero que realizan algún tipo de intervención dentro de su jurisdicción; de esta manera, entre aquellas instituciones o entidades con los cuales las JVC de ambas regiones se logran relacionar con mayor frecuencia e intensidad son: los gobiernos locales, los establecimientos de salud local, los programas sociales del Estado Peruano (Foncodes, Cuna Más, JUNTOS), con las cuales buscan alcanzar algún tipo de apoyo o colaboración para la realización y emprendimiento de acciones de desarrollo comunitario.

Asimismo, en cuanto a la vinculación existente entre las JVC y los Gobiernos Locales, cabe destacar que gran parte de la interacción que se da entre ambos se realiza por medio de la participación de los dirigentes comunales en los procesos de presupuesto participativo que anualmente las municipalidades realizan, por cuanto dichos espacios de participación formal representan para las JVC la posibilidad de que sus iniciativas o proyectos de desarrollo logren ser ejecutadas. En ese sentido, muchos de los dirigentes entrevistados declararon poseer una valoración positiva sobre este espacio que las municipalidades ponen a disposición de la población, ya que algunos de sus proyectos presentados no solo fueron tomados en cuenta, sino que también fueron priorizados y ejecutados finalmente. Hecho con el cual se estaría apreciando una manifestación del poder ciudadano en su modo de partenariado (Arntsein, 1969) o negociación y diálogo para llegar a un acuerdo conjunto entre las JVC y el GL.

Sin embargo, cabe destacar también que, producto de esta incursión en este espacio formal de concertación ciudadana, algunos de los miembros de las diversas JVC vienen interiorizando lo que implica comprender y respetar las reglas de participación de este tipo

de espacio de dialogo, tales como entender que existen límites de solicitud de fondos, criterios de priorización para la priorización de los proyectos de inversión presentados y la corresponsabilidad de la población misma ante ellos; es decir, se llega a observar rasgos de ejercicio del principio de ciudadanía.

“Ya entonces ¿en temas de carretera y el inicial han llevado? No esa carretera ninguna municipalidad lo va hacer porque es costoso por eso que hemos llevado al gobierno regional sabes con cuanto es alto y en Pucallpa 7 millones con 800 no alcanza a cualquier municipalidad y ojala que esos documentos puedan salir” (Grupo Focal JVC Nueva Tunuya - Ucayali)

“uno entiende que uno puede pedir y pedir al municipio y al alcalde, pero no es así porque para cada proyecto hay un presupuesto que viene, eso es lo que he logrado entender, Cuando fuimos a la reunión, el presupuesto participativo es por puntos” (Grupo Focal de Sapotillo – San Martín)

Asimismo, se encuentra la valoración que desarrollan las diversas JVC sobre su coordinación y trabajo conjunto con sus respectivos EE.SS., lo cual implica previamente un reconocimiento positivo de la labor de dicha institución en su quehacer de promoción de la salud y la mejora de los determinantes sociales de la salud, aunque con cierta heterogeneidad en cuanto a la calidad de atención de las mismas según la Región de que se trate.

Además, una especial valoración que se le asigna a la relación entre las JVC y los EE.SS. radica en los beneficios directos o valor público que ésta puede acarrear para la población; hecho que a nivel de las dos regiones (aunque con mayor notoriedad en la Región San Martín) viene siendo estimada de forma positiva, reconociendo la labor de transmisión de conocimientos y orientaciones dirigidas a las personas mediante las charlas sobre prácticas saludables, demostraciones públicas y los cuidados, y trabajo que realizan con las madres y las gestantes.

“Con el establecimiento de salud hemos solicitado el apoyo de la enfermera, ella hace las visitas a las casas, nos acompaña, va junto con un miembro de la junta vecinal a visitar a las casas de la comunidad.” (Grupo Focal JVC Chambira – San Martín).

“Y ustedes cuando se atienden en un puesto de salud ¿a dónde van? A Curimaná porque nosotros pertenecemos allí. ¿Y cómo es la atención? Según los que van dicen que es pésima. Contra los doctores no hay problema es con las enfermeras.” (Grupo Focal JVC Nueva Meriba – Ucayali)

Ahora bien, es en la Región Ucayali donde se logró identificar, a raíz de las declaraciones recogidas de sus representantes comunales, la existencia de una valoración diferencial respecto a su relación con sus EE.SS., la misma que se encontraría en función a si se trata del vínculo existente entre el EE.SS. con la comunidad organizada, o del EE.SS. con cada uno de los pobladores cuando estos últimos solicitan algún tipo de atención en salud de aquella. Así, para el primer caso, llegó a estimarse que la relación se da por lo general de forma cordial, ya que el EE.SS. busca a la población para la realización de sus campañas de salud y demás acciones de promoción; mientras que, cuando alguna persona acude a dichos centros en busca de atención, no siempre es tratada de forma cordial o adecuada por parte del personal de dicha institución.

Y ¿ustedes han solicitado apoyo?

Si claro de tiempo en tiempo nos dan unas cuantas medicinas, de esa parte sería más bueno que hubiera un personal de salud

Yo un tiempo he presentado mi solicitud al ministerio de salud y me han negado porque dice que tiene que tener una buena población. Y de acuerdo a la cantidad y según eso una enfermera puede trabajar no puede dice si son pocos.”

(Grupo Focal JVC Dos de Diciembre - Ucayali)

“Mayormente el puesto de salud trabaja solicitando las visitas integrales, viene con todo su equipo y la población acude, vienen psicólogos

(Grupo Focal JVC Nueva Tunuya - Ucayali)

4.3 Organización comunitaria para la implementación de la metodología

4.3.1 Participación de las mujeres en las JVC

A raíz del diálogo establecido con los dirigentes y líderes comunales, tanto hombres como mujeres de las diferentes JVC de las regiones de San Martín y Ucayali, se logró recoger la perspectiva existente sobre la participación de las mujeres al interior de las JVC, la cual de forma general puede ser concebida mediante una valoración positiva por gran parte de la población de las diferentes comunidades donde el proyecto USAID/ MCS II logró intervenir y fomentar su metodología de MCS.

De esta forma, entre las características identificadas sobre esta valoración se encuentran la actitud de fomento y apertura de las JVC para la inclusión de las mujeres en los asuntos y cargos directivos de las JVC, aspecto que viene aportando al paulatino proceso de

revalorización de las experiencias, conocimientos y perspectivas de las mujeres en la gestión comunal, pero sobre todo, a la transformación de las relaciones de poder entre ambos géneros, buscando con ello modificar la forma como, tanto hombres como mujeres se definen a sí mismos y se relacionan con los otros.

Así, por ejemplo, se ha podido observar que en ciertas circunstancias las mujeres han llegado a ser la cabeza de la organización comunal, ya sea por elección directa como presidentas de la JVC o por coyunturas donde el presidente de la misma se encontraba ausente, situación que permitió a las mujeres asumir el liderazgo y conducción de la comunidad. En ese sentido, actualmente se aprecia que –en menor o mayor medida según la Región de la que se hable- la participación de las mujeres dentro de la organización comunitaria viene ganando terreno, tal como se observa en el proceso de designación de cargos dentro de las juntas directivas, espacio donde cada vez más dicha delegación de cargos es vista, más que por la condición de género de las personas, por las capacidades y experiencia de aquellas para ocupar un determinado cargo.

“Nombramos como presidenta a una mujer que lidera muy bien, es muy apreciada, inclusive le dicen la madre (risas) porque es accesible, porque tiene un carácter, que manda, y se le obedece pues, y la gente a veces no actúa bien y ella reclama y ubica a los demás.”

(Grupo Focal de Bonilla – San Martín)

“Yo veo a las mujeres, anteriormente hemos tenido como presidenta de la comunidad a dos mujeres, como presidenta como autoridad acá en la comunidad la señora Dionisia y luego la profesora, las mujeres son iguales no a veces las mujeres pueden conducir mejor.”

(Grupo Focal de Mariscal Cáceres - Ucayali)

Ahora bien, si bien es cierto que se ha identificado avances importantes respecto a la participación de las mujeres dentro de las JVC, destacando el caso de la Región San Martín donde se observa un grado mayor de avance en relación a este aspecto, es preciso señalar también que, dicha incursión de las mujeres dentro de la organización comunal muestra que se desarrolla aún hoy en día bajo un enfoque de segmentación de roles y funciones en virtud de la atribución de características que se hace de las personas según al sexo al que pertenecen. Así por ejemplo se ha reconocido que muchos hombres conciben que las mujeres suelen ser más responsables con la administración del dinero por su condición de mujer y madre. Así, dicha visión compartida por muchos dirigentes

parece ser que es uno de los factores que media al momento de delegar ciertas funciones a las mujeres en el ámbito comunal por lo que, uno de los cargos que frecuentemente es asociado como idóneo para las mujeres, es el de tesorera de la JVC.

Del mismo modo, la función de asistente o acopiadora de los acuerdos y manejo de la información de la comunidad son designados a las mujeres por medio del cargo de Secretaria; en cuanto al rol de fiscalización, también viene a ser una responsabilidad donde las mujeres son recurrentemente requeridas, aduciendo que ellas actúan con mayor transparencia y confiabilidad en contraste a muchos hombres, finalmente se encuentra la figura de las vocales como figura de apoyo a la gestión de las JVC en determinadas acciones y momentos que se requiere.

“Por lo general las tareas que hacen las mujeres se relaciona con el cargo, toman notas de la junta o también hacen otras actividades para la JVC... Las otras actividades que hacen es que siempre están en la cocina y cuando hay una actividad una parrillada y otros cargos ya no hay pues”
(Grupo Focal de Santa Rosa de Guinea – Ucayali)

“Ahora las mujeres están participando un poco más, aquí tengo el cargo de vicepresidenta de la JCV, de verdad que no he ejercido a fondo mi cargo; porque debo organizarme un poco más, valorar más la responsabilidad que hemos asumido nosotros como junta, a veces quieres hacerlo, pero a veces no tienes tiempo.”
(Grupo Focal JVC Sapotillo – San Martín)

Principales dificultades

En relación a la identificación de las limitaciones existentes para la participación de las mujeres dentro de las juntas directivas de las comunidades, se ha podido observar principalmente aspectos internos a la dinámica social y cultural de las comunidades como a la perspectiva y educación de las propias personas antes que a factores externos, las cuales mantienen y reproducen dichas dificultades. Así, entre los aspectos más recurrentes se encuentran:

Cultura Machista en las comunidades.- una de las principales limitaciones que poseen las mujeres para participar de forma más decidida y constante dentro de la vida comunal es referido a causa de las restricciones que muchos hombres instituyen a sus esposas e hijas por celos o temores de que las primeras puedan frecuentar a otra pareja amorosa o considerar que no es lugar adecuado para una mujer en el caso de las segundas; en

todo caso, a raíz de este aspecto el nivel de involucramiento y participación en los asuntos comunales de las mujeres estarían condicionadas por la venia o voluntad de los hombres cabeza de familias; aspecto con el cual se evidenciaría la necesidad de cambio en los hombres a nivel transformación personal, es decir, la necesidad de dar un giro a los modelos mentales de aquellos, así como la necesidad de realizar una transformación tanto ontológicas como epistemológicas respecto a la manera como se entiende la realidad, incluyendo las relaciones de género; y la manera de pensar sobre las cosas (patrones y relaciones conductuales. (TEORÍA DEL CAMBIO RETOLAZA EGUREN, 2010).

Autolimitación de las mujeres en asumir cargos directivos. - Asimismo, otra de las limitaciones identificadas, corresponde a la auto exclusión o auto marginación de las propias mujeres en poder participar activa y protagónicamente en las actividades de las comunidades y proponerse o proponer a sus congéneres para asumir cargos principales en las JVC; de esta manera se estaría reforzando el proceso de delegación de funciones de cargos menores o asistenciales dentro de las JVC para las mujeres. Así mismo, un aspecto vinculado a esta auto exclusión se encuentra relacionado a la perspectiva de las mujeres de contar con una menor formación académica y experiencia en temas de gestión comunal en contraste con la de los hombres.

“el problema que de repente puede suceder, así si hablamos hay que hablar claro las cosas, hay hombres celosos, mucho le celan a su mujer, mucho le cuidan a su mujer y le dicen: ¡No, tú no vas tienes que atenderme!, seguro te vas con tal fulano, tienes que cocinar, tienes que lavar, Así pasa joven. Por eso, todas esas cosas influyen para que muchas mujeres se limiten, a una mujer se le dice señorita, señora quiero que seas promotora de salud, y responden no mi marido no quiere, eso es así, Dile a mi marido, si mi marido quiere voy,”

(Grupo Focal JVC Nueva Meriba – Ucayali)

“Entonces para cerrar esto, me queda claro que ustedes si convocan a las reuniones y en la asamblea se pide que voten libremente ¿no es así? Así es, pero lamentablemente las mujeres no se proponen a ellas mismas, por eso es que al final hay más hombres en los cargos de la comunidad, y dejan a las mujeres los cargos como secretarias o vocales.”

(Grupo Focal JVC Dos de Diciembre – Ucayali)

“¿Durante las reuniones, usted aporta con mensajes, con ideas? o simplemente escucha Rpta.-sí, en las sesiones tienes que hablar, aportar, lo que quieres, de apoyar a la autoridad, de anotar, de decir así vamos haciendo los informes así del pueblo, de rondas.”

(Grupo Focal JVC San Regis – San Martín)

4.4 Limitaciones en la implementación de la metodología MCS en los tres escenarios saludables

4.4.1 Debilidades y amenazas de las familias para implementar la metodología de familias saludables

Las lecciones aprendidas del proyecto MCSII en la intervención familias, permiten identificar las causas del éxito, así como las limitantes de esta intervención en áreas de difícil acceso.

La estrategia de MCS permitió establecer una relación más cercana entre autoridades locales y poblaciones excluidas, promoviendo su inserción en los procesos de desarrollo local para poder llegar a la participación de las familias.

Fortalezas y oportunidades:

- ✓ El involucramiento del personal de los sectores salud y en algunas comunidades del sector educación en la implementación de la estrategia desde el enfoque de promoción de salud
- ✓ La actuación sobre determinantes de la Salud (letrinas, rellenos sanitarios, viviendas mejoradas, organización comunal, promoción de valores, etc.) permitió generar un ambiente favorable para la adopción de prácticas saludables y contribuir al desarrollo de cada ámbito de intervención
- ✓ El acompañamiento y seguimiento permanente a las comunidades modelo permitió generar un ambiente de confianza y credibilidad, facilitándose de esta forma la implementación de la estrategia

Las familias mencionan como principal elemento que fortalece el deseo de participar en el proyecto a la forma como realizan la convocatoria: A través de charlas y reuniones en su comunidad con la facilitadora de USAID (resaltando el trato femenino), el apoyo del establecimiento de salud y el representante de las JVC, posteriormente la motivación para escuchar y aprender la metodología recae en el trato amable y dinámico de las facilitadoras.

Una de las comunidades mencionó que los incentivos de regalar objetos que apoyan el proyecto fueron muy bien vistos entre las familias y representó un enganche para que estas deseen participar.

“Yo veo que sí le toman interés, las personas trabajan se alegran cuando reciben incentivos; algunos no tienen una tetera en casa digamos, no todos también vienen y falta de eso no hacen hervir su agua. Hubo un año que regalaban teteras, baldes.

(Grupo Focal Familias Comunidad Sapotillo – San Martín)”

Para mantenerse en el tiempo la clave es la supervisión constante del proyecto, su fortaleza se encuentra en el monitoreo y el sentimiento de respeto y reconocimiento que obtiene cada familia primero entre los miembros de su propia familia al ver los cambios logrados y posteriormente el de la comunidad.

“Y cuando quieres convertirte en una familia saludable los miembros de tu familia te apoyan. (Grupo Focal Familias Comunidad Dos de Diciembre – Ucayali)”

La transferencia de responsabilidades a la población, a través de la elaboración de sus instrumentos de gestión permitió que ellos asuman el compromiso de sus acciones en beneficio propio y de la comunidad.

Como limitantes de la implementación de la metodología de familias saludables, los entrevistados de algunas comunidades tanto de San Martín como de Ucayali mencionaron que, desearon una mayor capacitación. Asimismo, explicaron que la metodología no fue efectuada necesariamente por todos los miembros de la familia, por lo que a veces la mujer fue quien terminó haciendo todo y necesitó más apoyo del esposo. Un punto muy importante fue la decisión y voluntad de las familias por participar en el proyecto, característica que era compartida por todos.

Finalmente, varias familias mencionaron que el horario de las charlas/capacitaciones no debió cruzarse con horarios complicados para ellas como la hora de preparar el almuerzo, también sienten que algunos aspectos de las herramientas están pensados en las zonas urbanas y no se acerca a su realidad.

“Algunos son difíciles y algunos son fáciles, porque nosotros no practicamos Y algunos que no entendemos porque hay preguntas que son de la ciudad nosotros somos de chacra. (Grupo Focal Familias Comunidad Nueva Tunuya – Ucayali)”

“Mira cómo ha sido esa vez han venido acá y varios se han hecho anotar y ahí habido una reunión y cuantos nos hacemos escribir y nos hacemos anotar pero de ahí ya no vienen Grupo Focal Familias Comunidad Virgen del Carmen – Ucayali)”

Cuadro N° 17
Factores internos y externos que facilitaron o limitaron la implementación de la metodología de familia saludables

	Facilitadores	Limitantes
Factores Internos a las familias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de conciencia de las familias, que este cambio será para su bien. ▪ Sentimiento de orgullo al ver cómo ha cambiado su hogar en el tiempo, orgullo por sus propias mejoras a la vivienda. ▪ Fuerza del dirigente de la JVC para promover las familias saludables en su comunidad. (Ayuda más si una de las dirigentes principales es una mujer) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca voluntad para querer cambiar sus hábitos saludables, muchas familias no participan porque no desean comprometerse a un proyecto que implica cambios en sus hábitos y costumbres y que serán monitoreados. ▪ Necesidad de aprobación del esposo u hombre del hogar. Finalmente, ellos no realizan muchas acciones en pro de la implementación de la metodología, pero son determinantes para que su familia forme parte del proyecto. ▪ Muchas mujeres trabajan en la chacra y en el hogar al mismo tiempo, sienten que la metodología les da más trabajo pues presienten que todos los cambios serán operados por ellas solas.
Factores externos a las familias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La presencia de una JVC sólida que cuente con un promotor de salud que monitoree constantemente a las familias. Dado que las costumbres las cambias en el tiempo. ▪ Contar con facilitadoras mujeres dinámicas que promueven la metodología y contagian el sentimiento de querer ser parte de ella. ▪ Que desde los municipios la promueven y asignen un presupuesto especial para ello. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitados recursos con los que cuentan algunos centros de salud por lo que falta personal para realizar seguimiento a las familias constantemente. ▪ Geografía difícil, algunos poblados son muy lejanos en Ucayali y el centro de salud no llega constantemente por lo que en esas zonas la vigilancia de las JVC es vital. ▪ Falta de importancia de este proyecto dentro de las Juntas vecinales. La mayoría de personas que integran las juntas son hombres y ellos priorizan otros proyectos económicos no el de MCS, por ende no le dieron toda la fuerza necesaria.

Elaboración propia, 2015

4.4.2 Debilidades y amenazas de las JVC para implementar la metodología de comunidades saludables

Factores facilitadores

El factor interno más resaltante que ha facilitado el cumplimiento de las acciones y metas establecidas dentro del accionar comunal corresponde a la toma de conciencia y voluntad de un gran número de personas por cambiar paulatinamente sus condiciones actuales de vida y brindar con ello un mejor futuro a sus hijos, todo ello expresándose mediante la realización de faenas comunales para emprender algún proyecto o iniciativa para el beneficio de todos; el tiempo que los dirigentes invierten en realizar las gestiones comunales ante diversas entidades públicas y privadas; así como la existencia de algún fondo comunal (generado por cuotas, penalidades, ingresos por realización de actividad económicas, peaje comunal, entre otros.) destinado para dichas gestiones.

Asimismo, por el lado de los factores externos a las comunidades corresponde: la realización de visitas guiadas de unas JVC hacia otras que muestran un mejor desempeño y gestión comunitaria; poniendo en marcha y comprobando así, uno de los conceptos claves y estructurales de la Teoría Social Cognitiva, el cual corresponde al aprendizaje observacional; el cual gracias a los diferentes estudios realizados, ha quedado demostrado que los modelos o pautas de comportamiento son imitados por una población de forma más sencilla cuando las propias personas tienen la posibilidad de observar dichos estilos de comportamiento en comunidades con similares condiciones y realidades a la suya. (Schunk, 1987)

También, se logró percibir la valoración positiva de los dirigentes comunales sobre el respaldo que les brindó el proyecto USAID MCS II, el personal de salud, así como también el apoyo que los gobiernos locales que les otorgaron ya sea de forma directa a través de sus GDS/ ODS o por medio de los procesos de presupuesto participativo.

“Las capacitaciones que hemos tenido y las orientaciones como de parte de la municipalidad y de USAID porque lo que nos han capacitado nos ha servido para algo para participar a hacer pedidos o reclamos en cuestión de gestiones.”(Grupo Focal JVC Nueva Meriba – Ucayali)

“La JVC solicita a la municipalidad y también la municipalidad viene o también en emergencias solicitamos. Antes por ejemplo no había CUNA MAS, se le ha solicitado al municipio porque había niños” (Grupo Focal de Sapotillo – San Martín)

Factores limitantes

Entre los factores internos a las JVC que han representado algún tipo de límite o restricción para la ejecución de las actividades programadas y el cumplimiento de los objetivos se aprecia tres aspectos recurrentes en las dos regiones.

- a) Por un lado se encuentra la poca voluntad por participar en programas o proyectos sin esperar recibir algún beneficio material o beneficio inmediato, evidenciando con ello la existencia de una cultura asistencialista, participación condicionada por incentivos y visión de corto plazo en parte de la población; además de una actitud de bloqueo (TEORÍA DEL CAMBIO, RETOLAZA EGUREN, 2010) de algunos miembros de la comunidad que obstaculizan la implementación de la metodología MCS al no llegar a comprender los beneficios que ella puede representar en sus vidas.
- b) Una limitada capacidad económica de las familias y comunidad en general, la cual, según las declaraciones de los dirigentes y líderes comunales, representa una de las principales restricciones para poder emprender las acciones de desarrollo contemplado en los tableros saludables de las familias y planes comunales.
- c) Escaso involucramiento y presencia de una actitud interés de los jóvenes en participar de las actividades comunales, incluyendo a los programas y proyectos que son fomentados desde el sector público como privado.

Mientras que por el lado de los factores externos que han representado cierto grado de limitación para la consecución de los objetivos programados, igualmente se ha podido asociar principalmente a dos aspectos:

- a) La poca voluntad política y rotación de algunas autoridades locales y representantes del sector salud a nivel local y distrital.
- b) los limitados recursos con los que cuentan algunas instituciones públicas para brindar apoyo a las comunidades.

Así, respecto a la primera consideración, las JVC de las dos regiones han llegado a manifestar que siendo el apoyo político de sus autoridades locales un factor de suma importancia al momento de emprender acciones de desarrollo comunal, salvo las

excepciones en cada caso; la falta o intermitencia de este respaldo político sigue significando hoy en día uno de los principales obstáculos al momento de incrementar su eficacia de gestión para el desarrollo que es emprendida por las diversas autoridades comunales.

“y como siempre la ignorancia nos ha causado muchas cosas porque desconocemos muchas cosas y nos trata de desunir, la invocación sería talleres de asociatividad y se llamen a una reunión y un video en una ciudad porque se construyeron mediante la unión ver de otros países y concientiza a la población.”
(Grupo Focal JVC Nueva Meriba - Ucayali)

“La implementación de esta metodología y el uso de las herramientas ¿dependen de los recursos económicos? Rpta. Sí, por la falta de un espacio, un terreno amplio o dinero directamente de la comunidad. La economía es lo que falta para hacer más cosas, es lo principal.”
(Grupo Focal de Lamas – San Martín)

“Si, los pedidos son pocos porque también el establecimiento de salud no tiene presupuesto, sólo acudimos por cualquier dificultad para que nos oriente o consejerías de los adolescentes lo hacen.”
(Grupo Focal JVC Nueva Mériba - Ucayali)

Cuadro N° 18
Factores internos y externos que facilitaron o limitaron la implementación de la metodología de comunidades saludables

	Facilitadores	Limitantes
Factores Internos a las JVC	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia y voluntad de líderes, dirigentes y familias por cambiar paulatinamente sus condiciones actuales de vida y brindar con ello un mejor futuro a sus hijos. • Existencia de algún fondo comunal ((generado por cuotas, penalidades, ingresos por realización de actividad económicas, peaje comunal, entre otros.) destinado para dichas gestiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca voluntad por participar en programas o proyectos de parte de la población, aunado a una cultura asistencialista, de planificación de corto plazo, y actitud reactiva frente a los cambios de estilos de vida. • Limitada capacidad económica de las familias y comunidades para emprender acciones de desarrollo contemplado en los tableros saludables de las familias y planes comunales de las JVC. • Escaso involucramiento e interés de los jóvenes en participar de las actividades comunales, incluyendo a los programas y proyectos.
Factores externos a las JVC	<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia de visitas guiadas hacia otras JVC consideradas modelo, material didáctico y amigable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca voluntad política y rotación de algunas autoridades locales y representantes del sector salud a nivel local y distrital no permite

	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia técnica y sesiones de sensibilización constante por parte del personal del proyecto USAID MCS II, el personal de salud y GL para implementar la metodología de comunidades y familias saludables. • Apoyo del GL para la formulación y ejecución de proyectos de inversión pública a través de los espacios de Presupuesto Participativo, y ayuda directa hacia las comunidades. 	<p>afianzar la implementación de la metodología de comunidades saludables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitados recursos con los que cuentan algunas instituciones públicas para brindar apoyo a las comunidades (GL, Sector Salud)
--	--	--

Elaboración propia, 2015

4.4.3 Debilidades y amenazas de los municipios para implementar la metodología de municipios saludables

Factores facilitadores

Los factores internos más importante identificados corresponden por un lado al alineamiento de los planes de trabajo de los ETL/ CDS con las prioridades institucionales y planes de desarrollo concertado de los gobiernos locales; mientras que, por el otro lado se encuentra la progresiva priorización de proyectos de inversión pública orientados a abordar los determinantes sociales de la salud que vienen siendo considerados por los Gobiernos Locales tanto dentro de su gasto directo en el distrito como dentro de los procesos de presupuesto participativo.

“antes era su loza deportiva, no había mucha variedad, pero aplicándole esta metodología la población se reúne, planifica sus ideas, ya te hablan del tema de salud, incluso nosotros tenemos una partida para atender en salud y ellos nos piden por decirte, nosotros trabajamos con el puesto de salud, sino el puesto de salud no puede atender, evacuamos a Pucallpa y en emergencias hacemos fumigación sobre el dengue, comunidades que han construido letrinas, tienen agua y desagua, tienen tanques, hacer un tanque y cosas así.!

(Entrevista Gerente de Desarrollo Social distrito de Curimaná, Padre Abad - Ucayali)

En cuanto a los factores externos, se encuentra la existencia de la normatividad emitida desde el Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de la Salud de San Martín y Ucayali a favor de la promoción de la salud y adopción del programa de Municipios y Comunidades Saludables.

Del mismo modo, el rol del personal de los EESS en cada distrito donde se buscó implementar la metodología MCS fue clave en momentos tales como: brindar al equipo municipal el soporte metodológico y experiencia de trabajo comunitario, realizar el acompañamiento a los miembros de las JVC para que éstos últimos logren completar la ficha de vigilancia de la salud madre niño (visitas domiciliarias), o ejecutar las campañas de promoción de la salud de forma coordinada con el Gobierno Local.

Factores limitantes

Si bien la existencia de las Gerencias de Desarrollo Social, los Equipos Técnicos Locales o Comités de Desarrollo Social en cada distrito ha permitido contar con cierto apoyo en la implementación de la metodología de MCS, la carencia de recursos económicos, logísticos y el limitado personal especializado presente en todos los Gobiernos Locales no ha permitido que aquellos logren alcanzar un mayor protagonismo en la ejecución de las acciones de promoción de la salud a nivel de todo su ámbito territorial.

“como le dije antes, con el personal que tenemos ahora no alcanza, no son permanente tampoco, no podemos llegar a todas las comunidades y aplicar la metodología oportunamente, pero aun así vamos teniendo buenos resultados porque es buena esta metodología; ¡y claro! también nos apoyamos con el personal de salud que tiene experiencia en el tema comunitario.”

(Entrevista Teniente Alcalde distrito de Pongo de Caynarachi, Lamas – San Martín)

Cuadro N° 19
Factores internos y externos que facilitaron o limitaron la implementación de la metodología de municipios saludables

	Facilitadores	Limitantes
Factores Internos a los municipios	<ul style="list-style-type: none"> • Los planes de trabajo de las ETL están alineados a los planes de desarrollo concertado. • Se evidencia un avance en la formulación y ejecución de proyectos de inversión pública PIP para abordar los determinantes sociales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • La carencia de recursos económicos y humanos especializados en las Gerencias de Desarrollo Social y ETL/ CDS genera una débil capacidad de incidencia política y de capacidad de acción operativa a favor de la promoción de la salud
Factores externos a los municipios	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad proveniente del MINSA y DIRESA a favor de la promoción de la salud. • Apoyo de los EESS en las acciones de promoción de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotación de personal municipal y de los EESS. • Poca continuidad de los programas y proyectos sociales.

Elaboración propia, 2015

4.5 Razones de los gobiernos locales para participar del proyecto USAID/ MCS II y adoptar su metodología

4.5.1 Valoración de la metodología MCS para ser adoptada y replicada

El proceso de adopción y réplica de la metodología de Municipios y Comunidades Saludables por parte de los seis Gobiernos Locales de las regiones de San Martín y Ucayali, da cuenta del análisis de los aspectos que influyeron en la decisión de aquellos en participar e involucrarse en la implementación de la metodología MCS.

En primer lugar, se logró identificar cómo la metodología MCS logró ayudar a mejorar la articulación y gestión de los GL en relación a su trabajo con sus respectivas comunidades, tema en el cual se destacan dos aspectos:

Por un lado los entrevistados declararon que la metodología MCS propicio en ellos un mayor involucramiento tanto de funcionarios como de algunos regidores en la implementación directa de la metodología y trabajo comunitario (seguimiento de los

planes comunales, de los proyectos de inversión público, de las prácticas saludables, entre otros), generando estrechar con ello las relaciones con los líderes, dirigentes comunales y población en general, así como el reconocimiento de sus autoridades distritales por parte de la población.

Por el otro lado, la promoción –desde la metodología MCS- de la conformación y el reconocimiento de las Juntas Vecinales Comunales como los órganos de gobierno comunal, que representan a la población de un caserío, comunidad, centro poblado o barrio; llegó a significar para los Gobierno Locales, la existencia de un aliado estratégico, el cual en muchos casos para ambas regiones, logró ayudar y complementar el trabajo municipal, ya que al llegar a constituirse las JVC como agentes de cambio de sus respectivas poblaciones, algunas asumieron responsabilidades de seguimiento, control y gestión tanto de la implementación de las metodología de comunidades saludables, es decir adoptaron los principios de participación ciudadana y de rendición de cuentas (Alza, 2014), incluyendo a las iniciativas de desarrollo comunal diversas, y no centrándose únicamente en el aspecto o dimensión de la salud, la cual ya no recaía únicamente en la figura del agente municipal, sino en el conjunto de dirigentes comunitarios que contempla la JVC.

“nosotros como municipalidad los apoyamos con los cables y ellos han generado sus recursos para poner sus postes, para sembrarlos, para ver un técnico, para hacer la gestión de la instalación ahí por ejemplo va una ayuda donde nosotros no hemos podido hacer, pero ellos si como junta vecinal”
(Entrevista Alcalde Pongo de Caynarachi – San Martín)

“el año pasado y este año han estado viniendo continuamente, quieren su reconocimiento, su junta vecinal... todas las comunidades en general están interesadas, saben y se les ha empoderado que el presidente de junta vecinal es el alcalde de su comunidad, que él es el único que puede venir a gestionar”
(Entrevista Gerente de Desarrollo Social de Saposoa – San Martín)

“Se está empoderando a la población, el empoderamiento de todo esta metodología acompañado de otras prácticas que nosotros como institución no damos permite que estas comunidades puedan desarrollarse no es un desarrollo vertical sino horizontal en todos los procesos de desarrollo productivos, salud, educación.”
(Entrevista Gerente de Desarrollo Social de Curimaná – Ucayali)

En segundo lugar, se obtuvo declaraciones y opiniones de los funcionarios entrevistados respecto a la idoneidad de la metodología para que pueda ser aplicada al contexto y realidad de las diferentes comunidades, tanto de la Región San Martín como de Ucayali. Así, entre las principales opiniones se obtuvo que, en líneas generales los funcionarios de los cuatro Gobiernos Locales consultados, declararon que la metodología de MCS resulta de fácil comprensión y practicidad para los miembros de las comunidades y familias; sin embargo reconocieron a su vez que, uno de los elementos fundamentales para asegurar que las personas logren transitar desde lo que se puede denominar como condición de actores flotadores hacia agentes de cambio o actores dinamizadores, transformando con ello sus patrones culturales para naturalizar y poner en práctica los contenidos tanto de familias como de comunidades saludables, recae principalmente en poder brindarles un seguimiento y asesoramiento constante y adecuado, buscando con ello el reforzamiento de sus aprendizajes y pleno ejercicio.

“el tema de los tableros, en alguna familias no funciona, en la mayoría sí. Cuando le das para hacer la metodología, solo no lo hacen pero cuando hay un seguimiento si lo hacen y responden muy bien y les gusta.”

(Entrevista Oficina de Desarrollo Social de Tres Unidos – San Martín)

“Yo creo que la metodología se está desarrollando en la zona de acuerdo a la idiosincrasia a su geografía, a su superficie a su relieve creo que en eso no tenemos inconvenientes implantando otras novedades en el pueblo lo que se debe hacer implantando estas metodologías de poder trabajar en conjunto con las comunidades no hemos tenido ningún inconveniente.”

(Entrevista Gerencia de Desarrollo Social de Curimaná – Ucayali)

4.5.2 Valoración de la metodología MCS para contribuir a la promoción de la salud

En relación a la valoración de la metodología de MCS para contribuir a la tarea de promoción de la salud a nivel comunitario por parte de los Gobiernos Locales, se recogió declaraciones de los representantes de los seis gobiernos locales que menciona que la metodología MCS al contener el elemento de promoción de prácticas saludables y gestión de los determinantes sociales de la salud ya hace hincapié en que, dicha tarea se realice mediante la articulación entre el sector salud (Redes, Micro redes y Establecimientos de Salud) y los gobiernos locales, y al interior de aquellas mismas instituciones, tal como lo describe Mokate Saavedra en su quinto desafío para la gestión pública, en el cual declara que: “El alcance de la gestión pública está compuesto por un

carácter de coordinación de las redes inter organizacionales lo que llamaremos “macro gestión” y un proceso organizacional interno que denominaremos de “micro gestión”. (Mokate & Saavedra, 2006:11); en ese sentido, tanto la macro como micro gestión se erigen como fundamentales en la labor de promover la promoción de la salud.

No obstante, al ser consultados acerca de qué institución vendría a ser la principal responsable de la promoción de la salud, todas las autoridades de los gobiernos locales consultados indicaron que es el sector salud quien debe estar a cargo, en donde los gobiernos locales representarían una figura de apoyo al desarrollo de las acciones o inversiones específicas, tales como: contratación de personal de salud dentro de su jurisdicción, delegar a responsables del gobierno local para que acompañen y coordinen las labores conjuntas con los EE.SS. o Micro redes, poner a disposición equipos y movilidad para el trabajo conjunto entre el personal municipal y de salud, y direccionando cada vez más los proyectos de inversión pública a temas de promoción de la salud local e infraestructura social (por ejemplo Centros de Vigilancia Comunitaria)

Sin embargo, entre las principales limitaciones que posee el sector salud para encabezar dicha labor, desde la perspectiva de los funcionarios municipales, se encuentra representada por la alta rotación del personal SERUM y el poco compromiso de algunos trabajadores nombrados para realizar un trabajo extra mural (promoción de la salud en las comunidades) priorizando las atenciones o trabajo intramural en los propios EE.SS.

“el tema en nuestro sector no es un tema de la metodología que hemos podido sostener; sino que a los puestos de salud aquí en nuestra jurisdicción, vienen personales que hacen su SERUMES. Entonces, están solamente un año, van rotando el personal en estos puestos y eso es a veces todo el trabajo que alguien está haciendo se trunque

(Entrevista Alcalde Delegado Pongo de Caynarachi – San Martín)

Asimismo, desde la postura del especialista en promoción de la salud del Ministerio de Salud que fue consultado, adhiere a las limitaciones antes descritas, el aspecto del carácter poco vinculante de las normas y estrategias emitidas a favor de la promoción de la salud cuando se hace referencia a los niveles distritales.

“La promoción de la salud es un compromiso declarativo, pero muchas veces no hay carácter de obligatoriedad. Descansa mucho en la incidencia, en la abogacía que haga el gobierno local en sus comunidades”

(Especialista de Promoción de la Salud – MINSA)

Sin embargo, el MINSA pone en valor el aporte que la metodología MCS II ha hecho a la promoción de la salud, destacando entre ellos el abanico de herramientas metodológicas (caja de herramientas) las cuales ya han sido probadas en campo desde la primera fase de intervención del proyecto (2006 – 2010) en diversas regiones del país.

“Durante los años anteriores estuvimos en proceso de reuniones con MSH en el que estábamos tratando de sintonizar en el tema de cuáles son los aspectos que desde el nivel nacional consideramos relevante y de qué manera las herramientas o los instrumentos que se puedan desarrollar pueden ser adaptados, desde lo que se ha trabajado en su experiencia en primer lugar y en segundo lugar una vez creo yo que podamos llegar a esa adecuación a ese acuerdo de instrumentos tendríamos nosotros que entrar con fuerza en la fase de capacitación al personal de las regiones”

(Entrevista a Representante del MINSA)

Finalmente, en cuanto al rol de las comunidades en la labor de promoción de la salud, la perspectiva de los funcionarios de ambas regiones coincide en manifestar que, el primer paso es asegurar que las familias y comunidades puedan conocer y poner en prácticas la metodología de familias y comunidades saludables, para lo cual el reconocimiento municipal de las JVC y el seguimiento de parte de sus autoridades comunales, locales y representantes del sector salud resulta de suma importancia para logra generar cambios en los estilos de vida de la población a favor de una cultura de auto cuidado.

“las juntas vecinales hacen el esfuerzo, incluso antes que nosotros vayamos, porque la evaluación ha sido de sorpresa, pero ya tenían bien ordenada sus casas, entonces la estrategia ha trabajado bien, sin necesidad a que nosotros tengamos que decir que iremos tal día, ellos ya estaban listos, incluso se resentían cuando el equipo no iba a calificarlos.”

(Entrevista Gerencia de Desarrollo Social de Saposoa – San Martín)

4.5.3 Valoración de la metodología MCS para fortalecer capacidades técnicas y de gestión del personal municipal y de la comunidad

A raíz de las declaraciones vertidas por los funcionarios municipales, la implementación de la metodología de MCS representó la adquisición de nuevos y complementarios

conocimientos para el desarrollo de la gestión municipal desde un enfoque territorial de la salud que implicó una activa participación de las comunidades organizadas (JVC).

Así, el primer paso en el fortalecimiento de las capacidades técnicas y de gestión de las autoridades municipales (recursos inmateriales) fue el proceso de capacitación y asistencia técnica, el cual en todos los casos consultados obtuvo una buena apreciación, resaltando la sencillez y practicidad de los contenidos de los tres escenarios saludables (familias, comunidades y municipios saludables) y la importancia del acompañamiento del personal del proyecto USAID/ MCS II; asimismo, se destaca el papel de guía u hoja de ruta para la intervención comunitaria que significó la metodología de MCS tanto para las propias autoridades distritales como para los líderes y dirigentes comunales.

En ese sentido, en el caso municipal, los facilitadores designados por los gobiernos locales representaron uno de los soportes principales para la implementación de la metodología de MCS en las comunidades; llegando involucrar en algunos casos la participación directa de regidores municipales y funcionarios de las oficinas/ gerencias de desarrollo social como tales; aspecto que se pudo visualizar principalmente en los Gobiernos Locales de Pongo de Caynarachi e Irazola, en San Martín y Ucayali respectivamente.

“mis colegas regidores van hacer ese trabajo directamente, nosotros como autoridades, no solamente presenciamos o decimos quiero hacer esto sino nosotros también vamos y hacemos con la junta vecinal, trabajamos con ellos, ¡es un compromiso!”

(Entrevista Alcalde Delegado Pongo de Caynarachi – San Martín)

Por otro lado, desde el fortalecimiento de las capacidades técnicas y de gestión de las comunidades, los funcionarios entrevistados manifestaron que, además de contar con las JVC como organización comunitaria reconocida y legítima con quien coordinar trabajos conjuntos, la presencia de los agentes comunitarios de salud también representó un aliado importante al momento de trabajar el tema de promoción de la salud dada su cercanía con la población y su labor ad honorem. Sin embargo, los representantes municipales de los Gobiernos Locales de Tres Unidos e Irazola (San Martín y Ucayali respectivamente) reconocieron la falta de apoyo tanto en equipamiento como en

fortalecimiento de las capacidades de aquellos agentes comunitarios de salud - principalmente por parte del sector salud- para un mejor desarrollo de sus actividades.

De igual forma, los representantes de los distritos de Irazola y Curimaná en la Región Ucayali particularmente, añadieron que la puesta en marcha de los conocimientos adquiridos no sólo significó mejorar aspectos de la gestión comunitaria en sus respectivas jurisdicciones, sino también suscitó el fortalecimiento de las capacidades de los funcionarios municipales para realizar gestiones de desarrollo ante instituciones regionales y nacionales, tales como Ministerios, Gobierno Regional de Ucayali, programas sociales y proyectos de inversión público orientados a la promoción de la salud, todo ello en el marco del tema de promoción de las prácticas saludables y la gestión de los determinantes sociales de la salud.

“tú como autoridad siempre necesitas tener algo a que regirte, entonces la metodología que se está aplicando eso está bien y es fácil de aplicarlo y práctico, la necesitamos de todas maneras.”

(Entrevista Alcalde Delegado Pongo de Caynarachi – San Martín)

“la educación que nos ha brindado la asistencia técnica que nos ha brindado MCH no ha enseñado también a nosotros para que podamos hacer las gestiones de alto nivel, inclusive para el mejoramiento de la infraestructura de que funcionen los programas sociales que bien compartiendo del gobierno central que funcionen todo ello pero que funcionen dentro del marco de buenas prácticas de la salud.”

(Entrevista Alcalde de Irazola – Ucayali)

4.5.4 Valoración de la metodología MCS para alinearse con las prioridades institucionales, normatividad regional y/o nacional

Por su parte, la metodología de MCS conocida por cada uno de los funcionarios municipales entrevistados puso en evidencia que, aquella se encontraba alineada tanto a las prioridades institucionales como a la planificación estratégica de los Gobiernos Locales (Planes de Desarrollo Concertado Distrital), por considerarla que aborda uno de los temas centrales en el desarrollo de sus pueblos en la gestión pública y se esgrime como una hoja de ruta para lograr materializar los objetivos de salud y el componente de desarrollo social en última instancia.

Así mismo, los funcionarios municipales, principalmente de la Región San Martín, fueron quienes lograron resaltar el hecho de que sus acciones en temas de promoción de la salud también se encontraban enmarcadas o alineadas a las políticas regionales y

nacionales existentes en temas de salud y nutrición, mostrando con ello una actitud de continuidad y sostenibilidad, aunque también de deseo por recibir mayor acompañamiento desde dichas esferas.

“Bueno para nosotros esta metodología es muy buena y nosotros tenemos que seguir haciendo las réplicas para que funcione de las buenas prácticas, además ya se ha incorporado en los planes de desarrollo que tiene la población o el mismo distrito, en el eje del desarrollo social está contemplado todos estos trabajos que debe de enmarcar la municipalidad de Irazola.”

(Entrevista Alcalde de Irazola – Ucayali)

4.5.5 Valoración sobre la Institucionalización y sostenibilidad de la metodología MCS

Al ser consultados los funcionarios municipales de los seis Gobiernos Locales (Irazola, Curimaná, Campo Verde, Tres Unidos, Saposoa y Caynarachi) acerca de la sostenibilidad de la metodología de MCS desde los Gobiernos Locales, aquellos lograron distinguir tres ejes fundamentales que deben ser tomados en cuenta para ello.

La Sostenibilidad Política, entendida como todas aquellas acciones orientadas a generar alianzas estratégicas entre los GL y el sector Salud principalmente, y la formulación y ejecución de políticas o normas favorables a la implementación de la metodología de MCS a nivel local, significó desde la perspectiva de los funcionarios municipales diversos resultados.

Así, en la Región San Martín, el caso más resaltante correspondió al Gobierno Local de Pongo de Caynarachi, cuya Alcalde comentó que el distrito suscribió una ordenanza de implementación del “Programa de Acciones Integrales para Mejorar la Nutrición Infantil” – PAIMNI, suscrita durante el anterior gobierno regional, el cual enfatizaba el cuidado y prevención de la desnutrición infantil en los niños menores de cinco años de edad.

También manifestó la importancia de la existencia de ordenanzas municipales orientadas a salvaguardar la salud de su población (Recojo de inservibles, vigilancia de focos infecciosos contra el Dengue, mejora prácticas en salud), todo con lo cual representaba el marco normativo mínimo y necesario para la adecuada implementación de la metodología de MCS

En el caso de la Región Ucayali, si bien los tres funcionarios de los distritos mostraron similitudes en los avances de su marco normativo para promover estilos de vida saludable y acciones de desarrollo local, el representante del Distrito de Campo Verde llegó a señalar que el Gobierno Local actualmente viene privilegiando dentro su planificación distrital de mediano plazo (Plan de Desarrollo Concertado) el eje estratégico que aborda los temas de salud, priorizando los aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud como: el saneamiento básico rural, la limpieza pública, el tratamiento adecuado de los residuos sólidos, el apoyo e inversión en programas alimentarios con un enfoque de atención equitativa, mediante alianzas con instituciones públicas y privadas y la continuidad de la promoción de la salud a través de un trabajo conjunto con las JVC y personal de salud del distrito.

Así, en menor o mayor medida, se logró apreciar mediante las declaraciones de los funcionarios municipales, que sus respectivos Gobiernos Locales vienen implementando acciones y normas como base para el desarrollo social de sus comunidades, enfatizando –aunque no con exclusividad- los temas relacionados a la prevención de la desnutrición infantil, adopción de prácticas saludables, gestión de los determinantes sociales de la salud y el reconocimiento legal de sus respectivas Juntas Vecinales Comunales mediante ordenanzas municipales.

Sin embargo, no se logró apreciar con la misma intensidad a través de su discurso la noción política que implica la capacidad de convocar y comprometer a diversos actores con sus respectivos intereses y necesidades, tratando de promover con ello un clima general en donde aquellos actores puedan coadyuvar a la implementación de la metodología de MCS; es decir, que más allá de la iniciativa de los gobiernos locales por formular y promulgar el marco normativo necesario, no se reconoce una clara estrategia de gestión política movilizadora que involucre a otros actores -además del sector Salud- como otros Gobiernos Locales vecinos o el propio Gobierno Regional, significando ello una tarea pendiente a nivel de la capacidad operativa de aquellos Gobiernos Locales (Curso Liderazgo y Equipos de alto rendimiento MGS, 2014,22)

La Sostenibilidad Técnica - Financiera, Por un lado, vinculada a la capacidad de comprensión, manejo y aplicación de la metodología de MCS por parte de las autoridades municipales, así como a la capacidad de disponer y ejecutar los recursos necesarios para ello. Este aspecto también evidenció avances como diferencias a nivel de los Gobiernos Locales según la valoración de cada uno de sus representantes.

Así, en el caso de las autoridades de la Región San Martín, los funcionarios del Gobierno Local del distrito de Tres Unidos, perteneciente a la Provincia de Picota, aún presentarían la necesidad de seguir fortaleciendo sus capacidades técnicas en la metodología de MCS, reconociendo inclusive que por sí solos el personal municipal (incluyendo a regidores y a la Oficina de Desarrollo Social) no podrían implementar la metodología dentro del marco de prevención y promoción de la salud de su población sin previo monitoreo y asistencia técnica de parte de personal especializado.

*“No, sólo creo que no, de todas maneras necesito la ayuda de alguien
Pregunta: Más o menos dirías tu ¿Cuánto es tu conocimiento de la metodología, de una escala del uno al cien por ejemplo?; Rpta.- yo considero que de la metodología lo manejamos en un 65%”
(Entrevista funcionario Oficina e Desarrollo Social de Tres Unidos – San Martín)*

Sin embargo, los funcionarios de los Gobiernos Locales de los distritos de Caynarachi y Saposoa lograron manifestar que, si bien no todo el personal municipal conoce y maneja la metodología, los responsables directos de su implementación si se encuentran mejor capacitados para asumir el liderazgo de dicha tarea, aspecto que se manifestaría mediante el voto de confianza otorgado por sus alcaldes distritales para que sus áreas de desarrollo social pueda ejecutar de forma directa la metodología de MCS, brindándoles facilidades logísticas como financieras.

*“nosotros estamos comprometidos, quizás nuestro alcalde directamente no porque ya él tiene otro nivel de gestión, pero nos ha brindado las posibilidades a nosotros de hacerlo, así acá inmediatamente le decimos alcalde estamos haciendo esto, muy bien nos dice!, y el alcalde nos da unos ajustes, si está bien esto, pero háganlo de esta forma entonces nos ha servido como metodología por mas allá es un compromiso nuestro.
(Entrevista funcionario de Pongo de Caynarachi – San Martín)*

Por su parte, en la Región Ucayali, también se identificó la necesidad de las autoridades municipales vinculadas a la implementación de la metodología de MCS de los distritos de Curimaná, Irazola y Campo Verde, de seguir recibiendo asesorías y asistencia

técnica para fortalecer sus conocimientos, a pesar de que en algunos casos los funcionarios entrevistados declararon tener experiencia trabajando el tema de promoción de la salud y articulación con los EE.SS. antes de la llegada de la metodología de MCS a sus distritos, tal es el caso del Gobierno Local de Curimaná, cuyo Gerente de Desarrollo Social mostraba conocimientos generales de la promoción de la salud en sus cuatro fases.

“Particularmente diría que para mí ha sido enriquecedor lo de los estilos de vida y entornos saludables, nos ha quedado en la mente para seguir transmitiendo de repente a la gente que de alguna manera no pudo participar, entonces tratamos de capacitar a un dirigente o autoridad para que valla a su pueblito y en su pueblito trate de transmitir las buenas prácticas”

(Entrevista Alcalde de Irazola – Ucayali)

“Quien te habla ya viene trabajando hace años en este tema he trabajado en varias municipalidades...cuando recién se estaba implementando la metodología ya conocíamos el proceso, E: ¿Viene aplicando entonces las estrategias que aprendió? Rpta: ¡Si!

E: Y en estas asistencias ¿considera que ha logrado aprender mucho poco, regular?

Rpta: Regular porque necesitamos más

(Entrevista Gerencia de Desarrollo Social de Curimaná – Ucayali)

En vista de ello, se puede mencionar que se identificó que la capacidad operativa (Moore, 1998) de los gobiernos locales presenta aún hoy en día limitaciones tanto en su aspecto de recursos económicos, humanos y materiales, además de las capacidades técnicas del personal encargado de implementar la metodología MCS

En cuanto a la Sostenibilidad Social, relacionada a la generación de una participación informada de las familias y autoridades comunales, y al desarrollo de redes sociales a partir de la interacción de las JVC con sus Gobiernos Locales y otros actores sociales; las declaraciones de los funcionarios municipales consultados mostraron las siguientes opiniones.

Por el lado de las autoridades distritales de la Región San Martín, se llegó a conocer que actualmente las JVC reconocidas legalmente y que vienen recibiendo el seguimiento del personal municipal y de salud, han logrado establecer relaciones de cooperación y coordinación con las organizaciones sociales de base de su jurisdicción, tales como los

vasos de leche, clubes de madres y APAFA principalmente para trabajar en aras de la mejora de la nutrición de los niños y niñas en edad escolar.

En ese sentido, el rol de las JVC es considerado como fundamental y estratégico al erigirse como un aliado para el despliegue de las acciones municipales en la comunidad, resaltando su empoderamiento puesto de manifiesto a través de la autogestión de iniciativas de desarrollo sin la necesidad -muchas veces- de recurrir a ayuda del Gobierno Local u otras entidades, como en el caso de las comunidades de Yumbatos, Alianza y Pongo en el distrito de Caynarachi.

No obstante, algunos funcionarios comentaron también, que pese a la mejora de determinadas comunidades en su rol de agentes de cambio, aún es necesario la dotación de incentivos materiales a algunas otras organizaciones sociales de base y JVC para que en conjunto puedan desarrollar sus actividades; hecho con el cual se estaría evidenciando la existencia de un tenue capital social aún hoy en día entre las comunidades que implementaron la metodología de comunidades saludables, el cual depende todavía de determinados incentivos extrínsecos para su funcionamiento.

“Si y se está haciendo, esta junta vecinal con el personal de municipalidad están trabajando en los comités de vaso de leche, club de madres en las APAFAS, en los tres niveles educativos, inicial, primaria y secundaria, es fácil de articular con salud, con educación, con organizaciones de base.”
(Entrevista funcionario de Pongo de Caynarachi – San Martín)

Por su parte, en la Región Ucayali, los entrevistados resaltaron la importancia del contenido educativo de la metodología de comunidades y familias saludables, por cuanto es considerada como un elemento básico para el cambio de estilos de vida de la población y acercamiento entre las comunidades y las autoridades distritales, por cuanto a partir del empleo de los instrumentos de gestión comunal (Diagnóstico Comunal, Plan Comunal y Ficha de Vigilancia de la Salud Madre – Niño) las autoridades distritales declaran que, pueden llegar a conocer mejor las necesidades y expectativas de sus comunidades.

“La política se implantaba ahora se alinea a las instituciones para poder escuchar desde el campo hacia la ciudad ahí juega un papel importante el agente comunitaria, sin ellos que tipo de trabajo haríamos.”
(Entrevista Gerencia de Desarrollo Social de Curimaná – Ucayali)

4.6 Elementos clave generados por la aplicación de la metodología MCS para promover una activa participación entre JVC y GL

Movilización comunal en la implementación de la metodología de Comunidades Saludables

La exploración realizada acerca de la movilización comunitaria que desarrollan las comunidades de las regiones de San Martín y Ucayali para alentar y comprometer a sus respectivas poblaciones para que adopten nuevos estilos de vida, prácticas saludables y una gestión comunitaria inclusiva, democrática y planificada, puede llegar a evidenciarse desde la postura que la población y sus dirigentes poseen sobre la efectividad de las Juntas vecinales Comunales para dirigir dicho proceso.

a) Desde la posición de la comunidad

Consultados los pobladores de las dos regiones bajo estudio se pudo constatar que, la importancia y valoración que otorgan a las JVC en su papel movilizador se encuentra mediado por las siguientes consideraciones:

Efectividad en la consecución de resultados para la comunidad.- Por un lado se encuentra que, la población de cada una de las diversas comunidades valora el grado del trabajo desempeñado por las JVC, en función del nivel de éxito en la gestión y ejecución de obras de diversa índole (incluidas o no en los planes comunales) que sus dirigentes logren conseguir en beneficio de toda la población; situación que a su vez, puede incitar o detener el respaldo e involucramiento de las personas en la ejecución de las actividades futuras propias de las JVC o las desarrolladas en coordinación con instituciones del sector público y/o privado; mostrando una vez más con ello rasgos de una participación por incentivos o condicionada antes que una valoración íntegra por la institucionalidad de la organización comunal.

*“Mayormente las salidas que hacíamos eran de a dos, de a tres, generalmente dos; como junta vecinal nos movilizábamos en un vehículo, propio mío y la población decía necesitan gasolina y algo de alimento, entonces decía aquí está, disfruten; mientras ustedes trabajan sus gestiones nosotros estamos acá pendientes de lo que traen ustedes para ver si están funcionando como autoridades,
(Grupo Focal JVC San Regis – San Martín)*

“En si nosotros estamos trabajando bien, Más que todo en toda la población hay elogio de las autoridades cuando hacemos algo pues” (Grupo Focal JVC Dos de Diciembre - Ucayali)

Gestión democrática, transparente, y reconocimiento municipal de las JVC.- Por otro lado, se ha logrado identificar que las JVC son apreciadas y seguidas por la población en la medida que aquellas simbolizan la organización formal de la comunidad ante sí mismas y ante el Estado (Gobierno Local, Regional, programas estatales), siendo sus dirigentes aquellas personas que tienen por función representar a la comunidad y velar por sus intereses, todo bajo el marco de una delegación del poder democrático, y el compromiso de parte de la población en brindar apoyo a la gestión de sus respectivas JVC.

Sin embargo, en parte de las JVC de la Región Ucayali, se identificó el único caso de malestar por parte de algunos pobladores respecto a la valoración negativa que poseen sobre sus representantes comunales, ello en base a experiencias negativas previas de dichos pobladores, quienes manifestaron haber experimentado las consecuencias de los actos de corrupción y aprovechamiento de los cargos dirigenciales de algunos líderes del pasado. En ese sentido, a partir de las declaraciones recogidas, se deja entrever la existencia de un manto de desconfianza aún presente hoy en día en parte de la población acerca de la transparencia del accionar de sus dirigentes, situación que mina el prestigio no solamente de los dirigentes de turno, sino también de la propia existencia y razón de ser de las JVC, y la voluntad de continuar desarrollando acciones en favor de la población.

Nos falta renovar la JVC ante la Municipalidad, por eso algunos se han distanciado, si funcionaria se vería por todos los males que hay acá en el caserío, por las gestiones porque como miembros de la JVC nadie nos podría impedir participar por decir en APAFA, en vaso de leche a lo que no sucede con las autoridades porque se creen autónomos que nadie puede intervenir en ellos no, en caso de los profesores por ejemplo si funcionaria la JVC vería por esa situación, por eso es importante esa JVC.”
(Grupo Focal JVC Virgen del Carmen - Ucayali)

*“¿para ustedes es importante que lo hayan reconocido?
Rpta.- si, muy importante... y a través de esta nosotros vamos a tener la preferencia de seguir gestionando más adelante y con la resolución vamos a pedir las diferentes fuentes, no solo la provincia, la Región y algunas embajadas. Esa es la importancia para que este pueblo crezca, que no esté como esté; ahora si se está viendo el cambio ya, que poco a poco estamos mejorando.”*
(Grupo Focal JVC San Regis San Martín)

b) Desde la posición de los dirigentes comunales de las JVC

Consultados los propios líderes y dirigentes sobre el modo como valoran y conciben el rol y trabajo de las JVC, se ha podido observar que dicha apreciación se enmarca mucho en

la relación que desarrollan con sus gobiernos locales y la evaluación que a partir de ello realizan sobre la importancia de las JVC para el desarrollo de sus comunidades.

De esta manera, encontramos que uno de los aspectos muy estimados por parte de los miembros de las JVC consultados –al igual que los comuneros consultados-, el cual brinda respaldo y valor positivo al rol de la organización y movilización comunitaria, corresponde al registro y reconocimiento legal que otorgan los gobiernos locales a las JVC; así, mediante este acto, la expectativa de los dirigentes comunitarios conlleva la posibilidad de que sus comunidades formalizadas, puedan ser sujetos de derecho y deberes ante el Estado, contando con legitimidad para emprender acciones de desarrollo no solamente ante diversas instituciones del Estado, sino también ante instituciones privadas que solicitan que la comunidad se encuentre organizada formalmente.

“Es que el reconocimiento es la base principal para trabajar con el municipio lo cual te da apoyo y podemos trabajar conjuntamente.”

(Grupo Focal VC Nueva Tunuya - Ucayali)

“Es importante que nos reconozcan la municipalidad, porque es una partido de nacimiento que te reconocen y pueden ayudarnos.”

(Grupo Focal de Bello Horizonte – San Martín)

De otro lado respecto a la materialización de la relación entre las JVC y sus respectivos gobiernos locales presenta un elemento importante para la movilización comunitaria, y está referido al grado de estima y apoyo que los dirigentes comunales perciben de parte de sus autoridades distritales para el emprendimiento de acciones de desarrollo comunal (incluyendo la ejecución de su plan comunal). De esta forma, los dirigentes de las JVC de ambas regiones que fueron consultados al respecto, perciben que sus JVC son valoradas de forma efectiva por sus respectivos gobiernos locales, manifestándose a través del establecimiento de un diálogo directo o relación de partenariatio con ellos y la consecución de ayuda para la ejecución de sus proyectos o iniciativas comunales.

“No tenemos negación de ellos pues, siempre cuando pedimos algo siempre nos están dando”

(Grupo Focal de Dos de diciembre – Ucayali)

“La relación con la municipalidad, hay poca comunicación. Hubo proyecto con el anterior Alcalde. Ahora para que se apruebe ese proyecto se necesita una resolución vía Lamas, para que se apruebe.”

(Grupo Focal de Lamas – San Martín)

Finalmente, a partir de las declaraciones vertidas por los diferentes representantes comunales de la Región Ucayali en específico, se ha podido estimar la existencia de las relaciones más heterogéneas entre JVC y Gobiernos Locales; ello por cuanto, ciertos dirigentes comunales de dicha Región indican que si bien algunas comunidades guardan efectivamente un vínculo cordial y de trabajo conjunto con sus autoridades distritales en la gestión del desarrollo comunitario; describen a su vez, la existencia de otro grupo de comunidades cuya relación con sus autoridades distritales presenta algún tipo de conflicto, ya sea a causa de la percepción de abandono que parte de su población posee respecto a la gestión de su gobierno local, o por alguna situación coyuntural no resuelta, tal es el caso de la incompleta delimitación territorial que aún se presenta entre diferentes comunidades de la Región la cual viene significando un punto álgido sobre el cual se esgrime una serie de conflictos sociales que cada cierto tiempo cobra relevancia y enarbola los ánimos de la población.

*“Las gestiones están neutralizadas porque te voy a decir, la municipalidad ha sufrido un pequeño incidente, lo vacaron al alcalde y entro un alcalde suplente y ya no podemos nosotros trabajar así”
(Grupo Focal JVC Dos de Diciembre - Ucayali)*

*“La principal limitación es el cambio de autoridad
Este año hemos pensábamos para el centro de inicial, el comedor, pero eso prácticamente ha quedado frustrado porque decimos que el alcalde ha salido.”
(Grupo Focal JVC Dos de Diciembre- Ucayali)*

*“...a través de la municipalidad, se ha generado un gran problema como lo vuelvo a recalcar con el motivo de los límites que de repente ambos estamos equivocados; y nosotros estamos confundido o de repente lo hayan hecho políticamente porque nosotros en si antes pertenecíamos a Requena. “
(Grupo Focal de Sarita Colonia - Ucayali)*

5 CONCLUSIONES

Familias

- La puesta en marcha de las acciones del proyecto USAID MCS II a nivel de las regiones San Martín y Ucayali, acompañada de su estrategia de familias saludables, ha permitido generar un proceso de cambio progresivo en la conducta de las diversas familias que han llegado a participar del proyecto en mención, merito a la articulación que ha significado la aplicación de la metodología y a la utilidad de las herramientas de familias saludables, tales como diagnóstico familiar, tableros de evaluación, normas de convivencia y tableros de visión/compromisos. El cambio de actitud que se viene mostrando en las familias comprometidas en llegar a ser saludables, es entendido como aquella disposición positiva de las familias que han venido adquiriendo como producto de su participación en el proyecto MCS II, y ha implicado el desarrollo de un compromiso y una orientación sistemática por parte de ellas para hacer realidad sus anhelos y sueños plasmados en sus respectivos tableros de visión. - En cuanto a la participación de los diferentes miembros de las familias tanto en la elaboración como en la aplicación de los instrumentos orientados a fomentar familias saludables deja entrever que la participación de los diferentes miembros de las familias no se desarrolla de forma homogénea en ninguna de las dos regiones bajo estudio.

Apreciándose que aún la participación de las mujeres es mayor en comparación al de los esposos o el resto de su familia, hecho que se encuentra asociado al rol tradicional que les es atribuido a las mujeres por su condición de género, y que se suele reproducir y fortalecer en la interacción de los propios miembros de las familias, como al interior de las comunidades donde estas se desenvuelven.

- La visualización del proceso de apropiación de las herramientas y metodología de y familias saludables por parte de las familias de las diferentes comunidades estudiadas, logra poner de manifiesto hoy en día, mediante el reconocimiento de las familias sobre la importancia y contribución de aquellos instrumentos como hojas de ruta y compromisos asumidos para llegar a materializar sus sueños y deseos como familia; así como por medio de la constatación del modo y grado de participación de las familias

en la formulación y ejecución de aquellos instrumentos -aspecto importante en la apropiación de la metodología y herramientas de familias saludables- el cual, si bien no es uniforme entre sus miembros, si se llega a evidenciar una valoración positiva por parte de las familias que lograron adoptar un estilo de vida saludable tales como el apoyo y entusiasmo de los hijos e hijas, el respaldo en tareas de mayor complejidad y esfuerzo físico en el que participan los esposos, y el quehacer y responsabilidades diarias de las mujeres dentro del hogar.

Se evidencia que estas herramientas han permitido que muchas de las familias se organicen, identifiquen y canalicen sus principales deseos y anhelos sobre su futuro y trabajen para alcanzar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos los miembros de la familia.

- En líneas generales el proyecto USAID/ MCS II logró que las familias de las comunidades estudiadas de San Martín y Ucayali adopten –en menor o mayor medida- prácticas saludables para el cuidado de la salud de los niños < 2 años y las mujeres en edad fértil (MEF), tales como: el consumo de agua segura, la tenencia del DNI, el ejercicio de la lactancia materna exclusiva y el conocimiento respecto de diversos métodos anticonceptivos.

La adopción de dichas prácticas demostraría que el cambio efectivo y duradero (S.R Covey, 1989)²⁷ quien sostiene que los determinantes de aceptación y participación consciente y comprometida con el cambio de las personas son las dimensiones del deseo (querer), del conocimiento (saber) y la habilidad (poder), las cuales influyen en la persona, familia y comunidad para adoptar el cambio de conductas y que dio como resultado que las familias desarrollen prácticas saludables.

En base a las entrevistas realizadas a las familias podemos decir que en las comunidades modelo los cambios efectivos y duraderos estarían presentes porque se ha logrado una participación consciente que cuenta con el compromiso de los miembros de la comunidad para realizar prácticas saludables en las familias, luego

²⁷ S.R. Covey, (1989). Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. Editorial Paidós

que cada una de estas familias recibiera la información y las herramientas para poder identificar por sí mismas sus necesidades para convertirse en familias saludables e implementaran acciones que lograron mejorar su entorno y practicar los buenos hábitos saludables.

Las prácticas saludables que aún no son adoptadas por la mayoría de los pobladores de las comunidades estudiadas corresponden a la atención del parto en un establecimiento de salud y el cumplimiento del indicador – cinco comidas sólidas o semisólidas al día dirigido a los niños menores de 2 años. El proyecto no ha logrado realizar este cambio de conducta en la población, en vista que aquella presenta costumbres y creencias muy arraigadas, las cuales, según la Teoría del Cambio, se encontraría en el cuadrante denominado “transformación de patrones culturales” el cual hace referencia a la necesidad de generar un cambio de percepción sobre una problemática a tratar.

- El grado de valoración de las familias respecto a los cambios logrados a partir del uso de la metodología familias saludables difiere según el desempeño de la comunidad, así podemos observar que las comunidades modelo se caracterizan por tener una JVC muy activa y contar con el apoyo del municipio. Este tipo de comunidades suelen recibir visitas dónde las familias y las JVC pueden mostrar sus logros, ello redundo en un sentimiento de orgullo propio por los resultados logrados, así como una mayor participación por parte de las familias en el uso de prácticas saludables.

En las comunidades en las que se llegó a implementar la metodología de forma más eficiente el proyecto MCS II ha logrado construir relaciones de confianza entre los diversos actores, contribuyendo a la cohesión, el desarrollo y bienestar de la comunidad, ello nos demuestra que al fortalecer el capital social se contribuye a desarrollar prácticas saludables.

El estudio también revela dos dimensiones comunes, por un lado tenemos la valoración que realizan las familias vinculada al uso de las herramientas y metodología para llegar a superar ciertas necesidades básicas que se encuentran enmarcadas en un contexto de corto aliento o de urgencia (tenencia de DNI de los niños, acceso al

agua, mejora de los ambientes del hogar, entre otros); pero también en relación a aquellas otras circunstancias que constituyen condiciones más permanentes, pero que igualmente ameritan ser cambiadas en el mediano y largo plazo (Mayor participación de varón en la puesta en marcha de las prácticas saludables, acercamiento y mejoramiento de los servicios de salud a la población, etc.)

Por otro lado, tenemos que, si bien las familias son los actores principales en el cumplimiento de las normas y compromisos asumidos, se ha llegado a apreciar el influjo de la organización comunitaria, gobierno local y EE.SS. tanto para el acompañamiento y seguimiento en el cumplimiento de aquellas normas y compromisos como en la mejora de la capacidad de reflexión y toma de conciencia de las familias sobre su rol en el progreso de las condiciones de vida de sus integrantes.

- La relación con el establecimiento de salud es clave para el éxito del desarrollo del proyecto, la mayoría de familias entrevistadas reconocen al sector salud como el primer actor que les mostró la metodología y con quienes sienten más confianza en sus evaluaciones periódicas de cumplimiento.

Se evidencia que según el grado de participación que tiene una comunidad con la metodología, el sector salud se puede volver más o menos prescindible. Por ejemplo, en el caso de las comunidades que cuentan con una JVC sólida y existe mayor organización comunitaria, los centros de salud tienen un rol más complementario, pero igual de importante y articulado con los municipios y JVC.

Juntas Vecinales Comunes

- El fomento de la conformación de las JVC, ha permitido ir desarrollando entre las diversas comunidades, en términos generales, una forma de concebir la organización comunitaria en la que se valora los conocimientos y experiencias previas de las personas, el desarrollo de una imagen conjunta y solidaria de desarrollo comunal y la identificación y priorización de las necesidades del pueblo a través del empleo del diagnóstico comunitario, la elaboración de un plan comunal y su respectiva evaluación

para verificar el grado de avance alcanzado, y llegar a ser considerados en algún momento como una comunidad saludable.

- Sobre el grado de participación y consideración del rol de las mujeres dentro de la organización comunitaria, se ha podido observar gracias a la intervención del proyecto y las declaraciones de diferentes actores, que si bien es cierto actualmente se viene consiguiendo avances importantes respecto a la participación de las mujeres dentro de las JVC, aún hoy en día se percibe un enfoque de segmentación de roles y funciones entre hombres y mujeres en virtud de la atribución de características específicas a las personas según al sexo al que pertenecen, así por ejemplo, muchos hombres conciben que las mujeres suelen ser más responsables con la administración del dinero por su condición de mujer y madre, por lo que dicha visión media aún hoy en día en el momento de delegar ciertas funciones y cargos directivos a las mujeres.
- Sobre la consideración de la necesidad de la existencia de las JVC y la valoración que la población hace acerca de su trabajo, más allá del reconocimiento que existe en función a la elección democrática de sus dirigentes y su registro ante su gobierno local, se ha llegado a poner de manifiesto que ambos aspectos se distinguen en relación a la perspectiva que desarrollan las personas acerca del desempeño o capacidad que tienen las JVC para alcanzar resultados concretos en beneficio de la población.
- La realización de un trabajo conjunto entre las comunidades y sus dirigentes en el marco de la metodología comunidades y familias saludables se pone de manifiesto mediante la organización y ejecución de las acciones planificadas, y por medio de la vigilancia de las prácticas de salud de la madre - niño. No obstante, el nivel de involucramiento y materialización de este vínculo varía según la Región de la que se trate, poniendo de realce así, la existencia de una variación regional, local y comunal del capital social comunitario y el nivel de participación dentro de las zonas de aplicación que tuvo el proyecto USAID/ MCS II.

- Sobre el proceso de cambio de comportamiento que se impulsó a través de la promoción de la implementación de la metodología de MCS en las familias y comunidades para que aquellas asuman un rol protagónico en la prevención y mantenimiento de sus condiciones de salud, se ha podido constatar la importancia del rol de ciertos elementos clave que han llegado a contribuir a dicho fin. Así, y desde el marco de la teoría social cognitiva – TSC (Bandura, 1997), se destacan dos elementos clave, el aprendizaje observacional y el incentivo motivacional.
- Por un lado, en el proceso de dicho cambio conductual identificamos la realización de visitas guiadas de unas JVC hacia otras que muestran un mejor desempeño y gestión comunitaria; poniendo en marcha y comprobando así, el primero de los conceptos clave y estructurales de la teoría en mención, el cual corresponde al “aprendizaje observacional”; el cual gracias a los diferentes estudios realizados, ha quedado demostrado que los modelos o pautas de comportamiento son imitados por una población de forma más sencilla cuando aquellas mismas tienen la posibilidad de observar dichas pautas culturales o estilos de comportamiento en comunidades con similares condiciones y realidades a la suya. (Schunk, 1987).
- Así, gracias a estas visitas guiadas, algunas de las JVC de las dos regiones en estudio han tenido la oportunidad de realizar viajes a otras comunidades modelo evidenciando avances significativos en la adopción de prácticas saludables y mejoramiento de los determinantes sociales de la salud de otras JVC, tales como la de las comunidades de los distritos de Jepelacio, Pongo de Caynarachi y Soritor²⁸ todos ellos en la Región San Martín.
- En ese sentido, en dicho proceso de cambio de conducta de las poblaciones se ha reconocido la importancia de la generación de nuevas experiencias de aprendizaje y de dirección en el ajuste de las percepciones a través de las actividades de visitas guiadas realizadas entre las diferentes JVC de las regiones de intervención del

²⁸ Comunidades que implementaron la metodología de Familias y Comunidades Saludables mediante una intervención Especial del proyecto USAID MCS II por un lapso de 2 años.

proyecto, pero también, por medio del apoyo necesario brindado para el desarrollo de las capacidades de aquellas familias y comunidades como acción complementaria.

- Por otro lado, la estrategia de dotación de incentivos comunales a las JVC ha significado un gran aporte al proceso de interiorización de prácticas saludables y la generación de patrones culturales sostenibles para el autocuidado, lo cual se fundamenta en el segundo de los conceptos de la teoría social cognitiva, que es denominado “Incentivo motivacional” y se encuentra referido al empleo de recompensas y castigos para facilitar la modificación de comportamientos en la población (Bandura, 2002); en ese sentido, los incentivos brindados a las diferentes JVC de las dos regiones de intervención ha propiciado el reforzamiento del aprendizaje adquirido mediante la observación de otras realidades comunales además de los lazos de estima y cooperación a nivel del interior de las familias en primera instancia y los vínculos de cooperación y reciprocidad en la comunidad finalmente.
- De otro lado, los factores tanto internos como externos, de presencia común en las diversas comunidades de las dos regiones que han representado alguna traba o limitación en la normal ejecución y consecución de los objetivos comunales se pueden resumir en cuatro, los dos primeros vinculados al nivel interno de las JVC y los otros dos concebidos como elementos externos a ellas: a) La poca voluntad por participar y cambiar los estilos de vida de ciertos pobladores, b) los escasos recursos económicos con los que cuentan las familias y comunidades en general, c) La exigua voluntad política y rotación de algunas autoridades locales, y por último d) los limitados recursos con los que cuentan algunas instituciones públicas para brindar apoyo a las comunidades.
- Respecto a la participación de la población y dirigentes en los momentos de elaboración, puesta en marcha y evaluación del uso de los instrumentos de gestión, ha permitido observar que en las diferentes regiones el rol de los dirigentes de las JVC es más activo en relación a los dos primeros momentos, en los cuales asumen el protagonismo para llevarlos a cabo, mientras la participación de la comunidad se desarrolla sometiendo a validez al diagnóstico y plan comunal en las reuniones de

asamblea comunal, y por medio de la puesta a disposición de su fuerza de trabajo y compromiso para alcanzar las metas planificadas. Mientras que en el caso del proceso de autoevaluación y la capacidad de auto reflexión de dirigentes y población, ésta se evidencia como una acción menos institucionalizada, que se realiza con cierto desorden y sin una periodicidad clara u homogénea de una comunidad a otra; aunque tanto la población como los dirigentes llegan a reconocer su importancia como espacio de diálogo y crítica sobre los factores que posibilitaron y/o limitaron la ejecución de las acciones programadas y cuáles –aunque en menor medida- son las repercusiones sobre la población de alcanzar o no cumplir las metas establecidas. Mostrando así, una cultura de evaluación y ejercicio del principio de Transparencia y Rendición de cuentas (Alza, 2014) aún débil de forma general a todas las comunidades.

- En ese sentido, se aprecia que a pesar de la interiorización de la importancia de realizar acciones en favor de la mejora de las condiciones de salud de la población de forma organizada, mediante la colaboración y participación de la mayor parte de la comunidad y el apoyo de instituciones tanto públicas como privadas, aún el aspecto de la auto evaluación y desarrollo de una conciencia crítica sobre el proceso que implica llegar a conseguir cambios a largo plazo, es una tarea pendiente por desarrollar en las diferentes JVC. De este modo, se llega a estimar que aquellas se encuentran en proceso de alcanzar la capacidad conocida como auto control (Geilfus, 2002) y que obedece a poder descontar los costos de corto plazo o inmediatos de comportamiento por objetivos más lejanos y duraderos.

Municipios

- La capacidad de la metodología MCS para ser adoptada y replicada por parte de la población y los gobiernos locales ha sido posible entre otras cosas -y pese a las dificultades presentadas- gracias a: el involucramiento que ha suscitado en los funcionarios municipales por vincularse en el seguimiento de la ejecución de los planes comunales de las JVC, en el monitoreo de la ejecución de los PIPs menores y la vigilancia del cumplimiento de las prácticas de salud de la población.

- Del mismo modo, los funcionarios municipales de los 6 gobiernos locales que fueron consultados, llegaron a reconocer que la metodología de MCS presenta un esquema sencillo, didáctico y práctico que puede ser seguido por parte de la población y su propio personal; sin embargo manifestaron a su vez que, uno de los elementos fundamentales para asegurar que las personas logren interiorizar dicha metodología recae principalmente en poder brindarles un adecuado seguimiento y asesoría constante tanto al interior de sus comunidades como fuera de ellas.
- De otro lado, los espacios de concertación y diálogo multi sectorial como los Equipos Técnicos Locales o Comités de Desarrollo Social son reconocidos por los gobiernos locales en las dos regiones de intervención, principalmente a través de la emisión de la normatividad que los reconoce y regula formalmente; sin embargo, su efectivo funcionamiento se ha identificado se encuentra mediado y limitado por determinadas circunstancias comunes en ambas regiones, tales como la escases de recursos económicos con los que cuentan, dependiendo del aporte que cada institución participante pueda brindar, así también se encuentra el tema del poco compromiso que muestran algunos de sus miembros y la rotación de los representantes de las instituciones por temas laborales; y finalmente se encuentra el aspecto de las capacidades poco fortalecidas de los miembros de estos ETL/ CDS. En suma, se vislumbra una débil gestión operativa y política para el desarrollo adecuado de sus funciones y la adecuada generación de valor social.
- En la adopción de la metodología y herramientas MCS por parte de los gobiernos locales, un aspecto de gran importancia identificado es la alineación progresiva que se vienen dando entre los planes de trabajo de los ETL/ CDS con las normas y políticas de alcance distrital que se emiten; por ejemplo, se ha llegado a constatar un cierto grado de alineación entre los planes de trabajo de los ETL/ CDS y los Planes de Desarrollo Concertado de los GL en las regiones de Ucayali y San Martín.
- La metodología de PIPs menores promovida por el proyecto USAID MCS II ha sido recibida de forma positiva por parte de la mayor parte de los gobiernos locales con los que se trabaja, reconociendo éstos su practicidad y modelos tipo presentados;

ayudándolos a formular así, sus proyectos de inversión vinculados al componente de salud y fortaleciendo las capacidades de los funcionarios y autoridades sobre este tema. Sin embargo, aún hoy en día se aprecia que en dicho proceso de formulación de proyectos, los diferentes GL vienen priorizando principalmente iniciativas de infraestructura social, tal como: la construcción o rehabilitación de las redes de agua y desagüe de las comunidades, construcción de vías de comunicación, centros de vigilancia o la construcción de casas maternas. Pero, cada vez más estas obras se encuentran vinculadas al abordaje de los determinantes sociales de la salud, lo cual significa un avance en el cambio de concepción de aquellos funcionarios y autoridades por salvaguardar la salud e integridad de sus poblaciones.

- La realización de un trabajo conjunto entre los gobiernos locales y los establecimientos de salud para la adecuada implementación de los planes distritales, muestra que a nivel de las dos regiones, dicho vínculo se desarrolla principalmente mediante el apoyo que los primeros realizan a sus respectivos EE.SS. a través de la prestación de insumos básicos, y estableciendo reuniones de trabajo y coordinación para la ejecución de las actividades programadas; sin embargo, los aspectos que limitan o condicionan el éxito de dicha intervención, se ha reconocido que de forma general está asociado a: a) la voluntad política de los alcaldes para brindar respaldo a las iniciativas de salud y sociales en general, b) asignar presupuestos para llegar a implementar las acciones planificadas, y c) la aún priorización de obras de infraestructura que realizan los gobiernos locales sobre las obras que se encuentran vinculadas al desarrollo de capacidades de la población.
- Sobre la capacidad de auto reflexión de las diferentes instituciones que participan de los ETL/ CDS se ha llegado a vislumbrar que cada Región presenta particularidades en cuanto a su desempeño y compromiso tanto por realizar las acciones programadas dentro de sus planes distritales como al momento de realizar la evaluación del mismo; no obstante se puede mencionar de forma general, que a la fecha, la acción de evaluación de las acciones programas si bien se realiza de forma periódica, y con la participación principalmente de los representantes del sector salud y los gobiernos locales en cada Región; no se ha llegado a evidenciar aún la institucionalización de

dicha práctica, aspecto en el que tiene que ver la propia consideración e importancia que los diferentes actores otorgan a los ETL/ CDS en cada caso.

- En relación a la sostenibilidad de la metodología de MCS desde los Gobiernos Locales, aquellos lograron distinguir tres ejes fundamentales que sugieren deben ser tomados en cuenta; en primer lugar, se encuentra el aspecto político, el cual contempla la necesidad de brindar un marco normativo local y regional que legitime la implementación de la promoción de la salud bajo el modelo metodológico de MCS, así como para generar alianzas estratégicas entre el gobierno local y otros sectores.
- De otro lado se encuentra el aspecto técnico – financiero, el cual hace referencia a la necesidad de contar con personal capacitado y disponible dentro de los Gobiernos Locales para que implementen la metodología de MCS, así como la capacidad de disponer y ejecutar los recursos necesarios para ello.
- El tercer aspecto reconocido como necesario para brindar sostenibilidad a la implementación de la metodología de MCS hace referencia al aspecto social, es decir, promover el empoderamiento de la población mediante la dotación necesaria y adecuada de información e insumos, así como a través del fortalecimiento de los canales de diálogo entre las JVC y las autoridades municipales para prevenir la desinformación que conlleve a originar falsas expectativas o conflicto de intereses.
- Ahora bien, desde el punto de vista del MINSA, la metodología de municipios y comunidades saludables representa un gran aporte para la promoción de la salud, no obstante, se reconoce que debe existir una adecuada alineación de aquella con los lineamientos del sector salud. Asimismo, se percibe que la implementación de la metodología de MCS encuentra sus principales trabas a raíz de los limitados recursos humanos y económicos que presenta el Ministerio, repercutiendo ello en el limitado seguimiento y promoción de las prácticas saludables de la población, obligando así, a que la mayor parte del tiempo el sector salud priorice la actividad biomédica, es decir enfocarse en la curación de las enfermedades antes que en la promoción y monitoreo de una cultura de prevención de la salud.

6 RECOMENDACIONES

Familias

- El involucramiento de las familias en el proyecto demanda un proceso de adaptación gradual, el presente estudio evidencia que la metodología no ha logrado realizar determinados cambios de conducta en la población porque están ligados a costumbres y creencias muy arraigadas con su cultura que no benefician las buenas prácticas saludables. Es por ello que recomendamos realizar una campaña de sensibilización en aquellas comunidades que se encuentran en una fase intermedia dado que participan del proyecto, pero aún no logran adquirir determinados hábitos saludables, así como una mayor participación del varón en la metodología. La campaña de sensibilización tendría el objetivo de motivar el cambio conductual de hábitos específicos y lograr una mayor participación del varón.
- En las comunidades donde el grado de participación sea insipiente recomendamos difundir y fortalecer la imagen de la “metodología municipios y comunidades saludables” como una política del gobierno regional que responde a intereses nacionales y se sustenta en las normativas firmadas por sus alcaldes, con el compromiso de los diferentes líderes de las comunidades y otras instituciones relevantes como MINEDU, MINSA, mostrando los objetivos comunes.

Una campaña de difusión en comunidades donde la adopción de la metodología aún es insipiente le brinda un buen soporte al proceso inicial de adopción de la metodología, al mismo tiempo motiva a mantener a las pocas familias que ya pertenecen al proyecto. Recomendamos solicitar apoyo a los medios de comunicación de alcance tanto nacional como local para difundir la metodología a través de los spots publicitarios gratuitos que se brindan a la población con enfoque social para cambiar promover el cambio de los hábitos y lograr la prevención para el cuidado de su salud.

- Para lograr una mayor participación de las familias en adopción de la metodología de MCS es imprescindible llegar a la población más joven a través de las instituciones

educativas, considerando que los niños y adolescentes es la población más propensa interiorizar nuevos hábitos saludables a diferencia de los adultos. En este sentido la promoción de la metodología de comunidades y municipios saludables debería de establecer puentes de entendimiento y cooperación con las iniciativas públicas o privadas que desarrollen la estrategia de escuelas saludables, tratando temas como: educación en valores (dirigido tanto a padres de familia como a los estudiantes), ambientes saludables y promoción de la salud. Así, el involucramiento de la población estudiantil significaría contar con la posibilidad de establecer una cadena de valor respecto a la adopción de una cultura de auto cuidado desde lo niños y niñas tanto en su ámbito familiar, comunal como de educación formal.

- Las comunidades que han logrado un mejor desempeño, son las que han tenido mayor capital social y mayor compromiso por parte de sus autoridades (JVC/ Municipio). Si bien la metodología MCS está orientada a fortalecer las capacidades (empoderamiento) de las personas para que ejerzan el auto cuidado de su salud actuando sobre los factores de su entorno y promoviendo un trabajo conjunto y articulado entre todos los actores del desarrollo local, la realidad es que la participación no es similar en cada comunidad.

En base a ello sugerimos elaborar diversos planes de intervención según el nivel de desempeño. Pues el ingreso a cada comunidad debe contar con tácticas diferenciadas para implementar la metodología MCS según su nivel de participación, por ejemplo: desarrollar eventos de motivación, visitas a comunidades modelo, intensificar el acompañamiento articulado a las iniciativas y programas de desarrollo social que los gobiernos locales y Direcciones de Salud vengán implementando.

- Para reforzar la relación entre las familias y el establecimiento de salud recomendamos que para la revisión que realizan las JVC a las familias respecto al avance de la ficha madre/ niño los establecimientos de salud se comprometan a realizar un acompañamiento a estas visitas una vez cada seis meses. De esta forma habrán visitado cada comunidad por lo menos dos veces en el año y las fichas contendrán data más completa dado que las familias se sienten cómodas para brindar información

sensible como el uso de métodos anticonceptivos y las prácticas saludables de los niños menores de 2 años ante el personal del sector salud.

Así mismo para fomentar la atención del parto institucionalizado, se recomienda promover los servicios de forma culturalmente aceptable, por ejemplo, en las áreas rurales el parto vertical es comúnmente aceptado y ven en la posición del centro de salud como una barrera. Para ello el centro de salud podría incorporar a las comadronas como personal de salud preventiva con el propósito de disminuir las complicaciones de parto e incluso la muerte materna, deben capacitarlas para identificar casos complicados y la existencia de una logística de apoyo para el traslado en casos de emergencia.

Juntas Vecinales Comunales

- Ante la escasa o nula participación de la población en la elaboración de los instrumentos de gestión comunitaria (diagnóstico y plan comunal), y el predominante rol de la junta directiva al respecto, debería de asegurarse la participación de por lo menos del 70% u 80% de sus miembros en dicho proceso mediante el establecimiento de multas comunales que pueden ser subsanadas mediante un pago monetario consensuado o mediante la realización de una tarea comunal.
- De igual forma, se debería garantizar la presencia de otros líderes comunales que no formen parte de la junta directiva, pero cuya experiencia y conocimiento sobre las necesidades de la población y potencialidades de la comunidad es reconocida; ello con la intención de brindar de mayor legitimidad y representatividad al proceso de planificación para llegar a conformar comunidades saludables.
- Habiéndose observado que la población de determinadas comunidades tanto en la Región de San Martín y Ucayali llegó a asumir con mayor naturalidad y legitimidad que la vigilancia de las prácticas saludables mediante visitas domiciliarias sea realizada por parte de los miembros de la junta directiva de la JVC en compañía de un representante de los EE.SS; se sugiere que dicha práctica sea instaurada y seguida en el resto de comunidades, pudiendo incluirse la participación de los promotores locales de salud

para generar un mayor clima de confianza en las familias para brindar la información requerida.

- Para generar una mayor institucionalización del Plan Comunal entre las juntas vecinales comunales, éste no debería de restringirse únicamente a la dimensión de promoción de la salud, tanto en su tarea de fomentar el ejercicio de las prácticas saludables y la gestión de los determinantes sociales de la salud; sino que en vista del mayor potencial que representa dicho instrumento por recoger las aspiraciones e iniciativas comunales debería incluirse dimensiones de la realidad tales como: Educación, Desarrollo Económico y Medio Ambiente, complementando así, el aspecto de Salud y enriqueciendo el desarrollo integral de las comunidades.
- Ante la débil cultura de autoevaluación y rendición de cuentas de la ejecución de los Planes Comunales por parte de las JVC, se sugiere que dicha acción sea acompañada por el personal de promoción de la salud local y/o promotor de salud local y/o representantes del gobierno local mediante el establecimiento de una frecuencia consensuada con la JVC, evitándose en la medida de lo posible que forme parte de uno de los puntos de agenda de las propias asambleas comunitarias para sortear la falta de tiempo y de atención de la población.
- Asimismo, se sugiere que las JVC deben trabajar en cinco aspectos fundamentales para llegar a alcanzar una buena gestión comunitaria orientada al autocuidado de su salud: 1) arraigar el auto monitoreo de la conducta de los miembros de la comunidad sobre el adecuado ejercicio de las prácticas de salud, 2) afianzar la elaboración y la interiorización de las visiones de futuro y objetivos en su planificación comunal para poder reconocer los cambios incrementales y de largo plazo que se pueden obtener como producto del empleo de la metodología y herramientas de comunidades saludables, 3) realizar procesos de retro alimentación de la información sobre cómo realizar adecuadamente las prácticas de salud en el hogar y en la comunidad por parte de los propios comuneros, 4) proveer y saber manejar la disposición de recompensas tangibles e intangibles que puedan disponer las JVC o que les brinden otra institución a fin de evitar fortalecer o generar una cultura asistencialista en la población producto

del condicionamiento de su participación en acciones comunales por la captación de algún tipo de incentivo o beneficio mal dirigido; 5) por último se encuentra el aspecto de seguir desarrollando el respaldo, aliento y reconocimiento de los logros conseguidos o acciones por mejorar de parte de los diferentes miembros de las JVC sobre sus pares, robusteciendo al mismo tiempo el apoyo social en dichas comunidades.

- Entre las estrategias que mejores resultados ha brindado al momento de promover la interiorización y puesta en marcha de la metodología de comunidades y familias saludables, se encuentra la realización de pasantías o visitas guiadas dirigida a los miembros de las JVC para conocer los resultados de la aplicación de la metodología MCS en otras comunidades que presenten características similares. En ese sentido, este tipo de aprendizaje observacional como es denominado y avalado por la Teoría Social Cognitiva, debería seguir siendo empleado a raíz que ha demostrado ser eficaz al momento de incitar a los líderes y dirigentes que realizan la visita a adoptar modelos o pautas de comportamiento tales como: gestión comunal con abordaje de promoción de la salud y la gestión de sus determinantes sociales, y el ejercicio de las propias prácticas saludables.

Municipio

- La formalización de las Juntas Vecinales Comunes a través del reconocimiento municipal otorgado por los gobiernos locales, debe ser una práctica acompañada del monitoreo y actualización periódica de dichas JVC que los Gobiernos Locales deben de realizar con la intención de promover la construcción de una ciudadanía y cultura democrática y representativa entre la población.
- Como parte del proceso de mejora de la gestión política, la gestión operativa y la articulación horizontal entre los gobiernos locales de una misma jurisdicción provincial y regional se debería establecer, ejecutar y evaluar acciones conjuntas en el marco de la promoción de la salud e implementación de la metodología de MCS; contando además con la emisión de normas o políticas provinciales y regionales para ello.

- La incorporación de una cuota de género dentro de las JVC, de por lo menos 2 mujeres en la junta directiva, que establece la metodología de MCS representa un avance en la revaloración y promoción de la equidad de género; sin embargo, la implementación de dicha metodología debería de estar acompañada de una estrategia de sensibilización dirigida tanto a hombres como mujeres acerca de la igualdad de derechos y deberes, así como de un fortalecimiento del liderazgo comunal con la participación de ambos sexos.
- La practicidad, simpleza y orden que muestra la metodología de MCS tanto en su aspecto técnico como en su implementación de los tres escenarios saludables (familias, comunidades y municipios) le ha significado una valoración mayormente positiva por parte de los diversos actores sociales involucrados; sin embargo la experiencia de implementación de aquellas en diversas regiones del país, debería de generar la anexión y transversalización de elementos básicos del enfoque de interculturalidad tales como: a) Reconocimiento y respeto del derecho de consulta y consentimiento libre previo e informado. b) Estudio y conocimiento de las brechas e inequidades en las relaciones entre las diferentes identidades o grupos culturales. c) Conocimiento y respeto de las estructuras simbólicas de las diferentes identidades y grupos culturales. d) Reconocimiento de los mecanismos y herramientas de gestión endógenos e) Visibilizar los cambios estructurales que se presentan en el proceso de gestión pública. f) El establecimiento de los roles en corresponsabilidad entre los diferentes grupos culturales que participan en el proceso de gestión.
- Dado que la metodología de MCS aborda los escenarios de familias, comunidades y municipios de forma simultánea y mediante un enfoque de participación y gestión de una cultura del autocuidado y abordaje de los determinantes sociales de la salud de una forma interrelacionada, se sugiere que su empleo respete dicho enfoque en futuras intervenciones, ya que de elegir sólo uno o dos escenarios podría generar la obtención de resultados menos auspiciosos tanto en su efectividad como en su sostenibilidad.

7 BIBLIOGRAFÍA

ALZA BARCO, Carlos

2014 *El enfoque basado en derechos ¿Qué es y cómo se aplica a las políticas públicas? Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Barcelona. RED DE DERECHOS HUMANOS Y EDUCACIÓN SUPERIOR. *Derechos Humanos y Políticas Públicas*, pp. 51 - 78.

ARNTSEIN, Sherry

1969 *A Ladder of Citizen Participation*. JOURNAL OF THE AMERICAN INSTITUTE OF PLANNERS, Vol, 35 no. 4 pp. 216-224.

BANDURA, Albert

1987 *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: S.L.U. ESPASA

CAMRIS INTERNACIONAL

2010 *Evaluación intermedia del proyecto Municipios y comunidades saludables de USAID PERU julio 2006 - Diciembre 2009*.- USA

CERQUEIRA, M.T., CONTI, C., DE LA TORRE A., y IPPOLITO-SHEPHERD J.

2003 *La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas*. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACION Y LA AGRICULTURA

<http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/006/j0243m/j0243m05.pdf>

COVEY, S.R

1989 *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*. Buenos Aires. PAIDOS.

GEILFUS, Frans

2002 *80 herramientas para el desarrollo participativo*. 8º Edición: San José de Costa Rica. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA).

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN

2015 *Plan de Desarrollo Regional Concertado San Martin al 2021*. San Martin:

<https://www.regionsanmartin.gob.pe/OriArc.pdf?id=67424>

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI

2015 *Plan de Desarrollo Regional Concertado del Departamento de Ucayali al 2021*. Pucallpa:

http://www.regionucayali.gob.pe/transparencia/planes/plan_regional_dc/PDC_UCAYALI_2021.pdf

HARDEE Karen, Imelda FERANIL, Jill BOEZWINKLE y Benjamín CLARK

2004 *El círculo de la política: Marco para el Análisis de los Componentes de Planificación Familiar, Salud Reproductiva, Salud Materna y Políticas de VIH/SIDA*

LEAVELL HR y CLARK F

1965 *Preventive medicine for the doctor in his community. An Epidemiologic Approach*. New York: MCGRAW-HILL

MINSA

2005 *Programa de Municipios y Comunidades Saludables*, Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de la promoción de la salud.

MINSA

2006 *Modelo de abordaje de promoción de la salud*, Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de la promoción de la salud.

MOKATE, Karen y SAAVEDRA José Jorge

2004 *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas Sociales*. Washington, D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

MSH- PERU

2015 *Estrategia, Municipios y Comunidades Saludables*. Lima. MSH- Perú

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? Consulta: 01 abril 2016

<http://www.who.int/features/qa/56/es/>

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

2014 *Curso liderazgo y equipos de alto rendimiento MGS 2014*, Lima. Maestría en Gerencia Social. pp. 18 – 34.

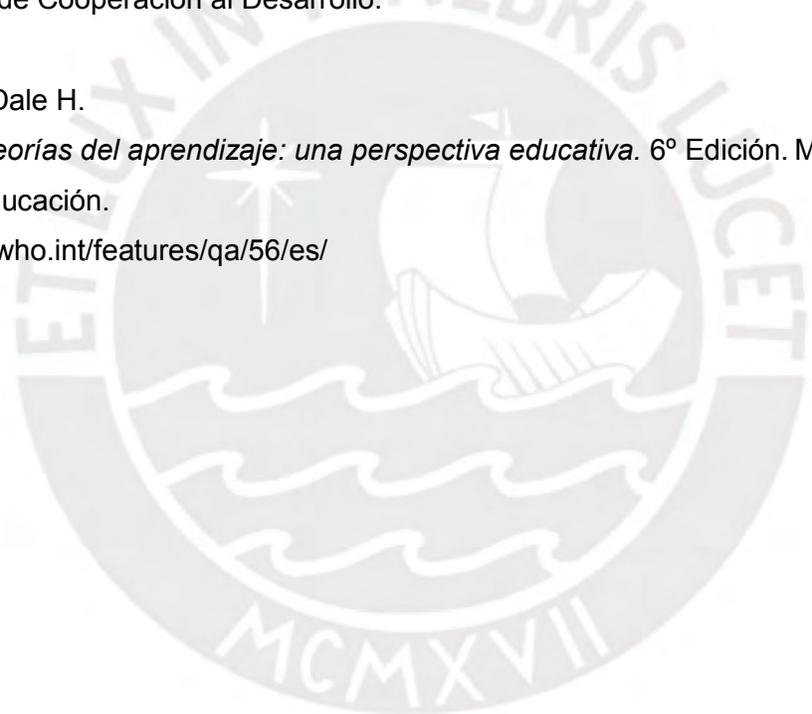
RETOLAZA EGUREN, Iñigo

2010 *Teoría del Cambio – Un enfoque de pensamiento acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*, Ciudad de Guatemala: Hivos – Instituto Humanista de Cooperación al Desarrollo.

SCHUNK, Dale H.

2012 *Teorías del aprendizaje: una perspectiva educativa*. 6º Edición. México: Pearson Educación.

<http://www.who.int/features/qa/56/es/>



8 ANEXOS

8.1 Fotografías del trabajo de campo realizado

Tableros de las familias



Tableros para ser una familia saludable, vivienda de la comunidad de Nueva Mérida, distrito de Curimaná, provincia de Padre Abad, Región Ucayali



Familia beneficiaria del proyecto USAID/ MCS II, perteneciente a la comunidad de Nueva Mérida, distrito de Curimaná, provincia de Padre Abad, Región Ucayali

Tableros de las Juntas Vecinales Comunes



Visión y Misión de comunitaria, en el distrito de Pongo de Caynarachi, provincia de Huallaga, Región San Martín



Plan comunal de la comunidad de Convento, en el distrito de Pongo de Caynarachi, Provincia de Huallaga, Región San Martín

8.1 Fotografías de las herramientas de familias saludables

USAID PERU MANUAL DE OPERACIONES MULTICOMUNITARIAS msh

Diagnóstico y Autoevaluación de Familia Saludable

¿Cómo está nuestra familia?

Familia: _____

QUE NECESITAMOS PARA TENER UNA FAMILIA SALUDABLE

Responde a las siguientes preguntas:	DIFÍCILMENTE (¿Cómo es realmente?)		FÁCILMENTE (¿Qué tan bien lo hacemos?)	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Nuestra familia ha hecho su tablero de Vision?				
2. ¿Nuestra familia ha hecho su tablero de Compromisos?				
3. ¿Nuestra familia ha hecho sus normas de convivencia familiar?				
4. ¿Nuestra familia participa en actividades comunales como reuniones, reuniones o talleres?				
5. ¿Todos los mayores de edad tienen DNI?				
6. ¿Todos los menores de edad tienen su partida de nacimiento o su DNI?				
7. ¿Nuestra vivienda tiene cuartos separados para padres, para los hijos y para las hijas?				
8. ¿Nuestra vivienda tiene baño o letrina?				
9. ¿Nuestra vivienda tiene flicón de agua (receptivo con agua limpia, jabón, toalla, cepillo)?				
10. ¿Nuestra vivienda tiene un ambiente de cocina sin fumo?				
11. ¿Mantenemos nuestra vivienda limpia y ordenada?				
12. ¿Nuestra vivienda cuenta con un lugar adecuado para lavar la ropa (fuerza con agua, jabón, alfileres, alfileres y alfileres)?				
13. ¿Nuestra vivienda tiene ventanas protegidas con malla, vidrio, tela plástica o madera?				
14. ¿Nuestra vivienda cuenta con jardines o macetas?				
15. ¿Nuestra familia tiene un tablero?				
16. ¿Nuestra vivienda está libre del ratas, pulgas, zancudos, moscas, gusanos, etc.?				
17. ¿Los chinchos, gallinas, cuyes u otros animales domésticos están en jaulas o corrales fuera de la vivienda?				
18. ¿Todos los miembros de la familia nos tratamos con cariño y respeto?				
19. ¿Los padres (padre y mamá) escuchamos y hablamos con nuestros hijos e hijas?				
20. ¿Los padres usan algún método de planificación familiar?				
21. Si hay hijos e hijas adolescentes, ¿Conocen algún método de planificación familiar?				
22. ¿Nuestra familia consume agua segura (trivela o clorada)?				
23. ¿Todos los miembros de la familia nos lavamos las manos con agua y jabón antes de comer?				
24. ¿Todos los miembros de la familia nos lavamos las manos con agua y jabón después de ir al baño?				
25. Si tenemos niñas y niños menores de 2 años, ¿Nos lavamos las manos después de cambiar los pañales del bebé?				
26. Si tenemos niñas y niños menores de 6 meses, ¿Tomamos SÓLO leche materna?				
27. Si tenemos niñas y niños de 6 a 23 meses, ¿Comer comida espesas en recipientes de plástico o sus platos?				
28. Si tenemos niñas y niños menores de 2 años, ¿Cuentan con vacunas y controles de crecimiento y desarrollo al día?				
29. Si tenemos gestantes en nuestra vivienda, ¿Acudimos al control prenatal mensual/mensual?				
30. Si tenemos gestantes en nuestra vivienda, ¿Han decidido que el parto sea atendido por un médico/a obstetra?				
31. Cuando un miembro de la familia se enferma, ¿Lo llevamos al Centro Comunal o al Establecimiento de Salud?				
32. ¿Todos los miembros de la familia saben del pasado o presentan algún problema?				

Tablero de diagnóstico y Autoevaluación de Familias Saludables proporcionado a las familias que deciden adoptar la metodología de familias saludables

USAID PERU MANUAL DE OPERACIONES MULTICOMUNITARIAS msh

Nuestras Normas de Convivencia Familiar

Familia: _____

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Tablero de Normas de Convivencia Familiar proporcionado a las familias que deciden adoptar la metodología de familias saludables

USAID PERU MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

msh

Visión de mi Familia Saludable

Familia: _____

Fecha que esperamos alcanzar nuestra visión: _____

Tablero de Visión de Familia Saludables proporcionado a las familias que deciden adoptar la metodología de familias saludables

USAID PERU MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

msh

Nuestros Compromisos para ser una Familia Saludable

Familia: _____

Fecha: _____

Nuestros Compromisos: ¿Qué haremos?	¿Quiénes lo haremos?	¿Cuándo lo lograremos?	¿Se cumplieron los compromisos?		¿Por qué? ¿Cómo lo haremos?
			SI 😊	NO 😞	

Compromisos para ser una Familia Saludables otorgado a aquellas familias que deciden adoptar la metodología de Familias Saludables

8.2 Matriz básica de consistencia

Preguntas de Investigación	Variables	Indicadores	Fuentes de Información	Técnicas de Recolección	Instrumentos
1. ¿Cuál ha sido la motivación de las familias de las regiones de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables?	2.1 Motivaciones de las familias de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables	1.1.1 Valoración sobre la utilidad de las herramientas para ser familia saludables (diagnóstico familiar y tablero de autoevaluación)	Familias	Grupo focal	Guía de GF
		1.1.2 Valoración sobre la utilidad de las herramientas para ser familias saludables (normas de convivencia, tablero de compromisos)	Familias	Grupo focal	Guía de GF
		1.1.3 Valoración sobre la adopción de prácticas saludables en el cuidado de la salud de los niños < 2 años y mujeres en edad fértil (MEF)	Familias	Grupo focal	Guía de GF
		1.1.4 Valoración de los cambios logrados a partir del uso de la metodología de familias saludables	Familias	Grupo focal	Guía de GF
		1.1.5 Valoración de la relación de las familias con su red comunitaria de salud local.	Familias	Grupo focal	Guía de GF
2. ¿Cuál ha sido la motivación de las comunidades (JVC) de las regiones de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables?	2.1 Motivaciones de las comunidades (JVC) de San Martín y Ucayali para adoptar la metodología familias saludables	2.2.1 Valoración sobre el manejo y utilidad de herramientas de Diagnóstico comunal, ficha de vigilancia y Plan Comunal.	JVC	Grupo focal	Guía de GF
		2.2.2 Valoración sobre el nivel de cumplimiento de su plan de acción comunal en salud en forma participativa.	JVC	Grupo focal	Guía de GF
		2.2.3 Valoración de la importancia de conocer los avances/ logros y retos a partir del empleo de la metodología de comunidades saludables	JVC	Grupo focal	Guía de GF
		2.2.4 Valoración de las JVC sobre su red comunitaria de salud	JCV	Grupo focal	Guía de GF
3. ¿De qué manera la población logro organizarse para implementar la metodología de comunidades saludables?	3.1 Organización comunitaria para la implementación de la metodología	3.1.1 Participación de las mujeres en las JVC	Gobierno Local/ JVC	Entrevista de profundidad	Guía de entrevista.
		3.1.2 Participación de la población en la toma de decisiones de la comunidad	Gobierno Local	Entrevista de profundidad	Guía de entrevista.
4. ¿Cuáles fueron las limitaciones identificadas en los tres escenarios en el proceso de adopción de implementación de la metodología de MCS?	4.1 Limitaciones en la implementación de la metodología MCS en los tres en los tres escenarios saludables	4.1.1 Debilidades y amenazas de las familias para implementar la metodología de familias saludables	Familias/ EE.SS.	Grupo focal	Guía de GF
		4.1.2 Debilidades y amenazas de las JVC para implementar la metodología de comunidades saludables	JCV/ EE.SS.	Grupo focal	Guía de GF
		4.1.3 Debilidades y amenazas de los gobiernos locales para implementar la metodología de municipios saludables	Gobierno Local/ EE.SS.	Entrevista de profundidad	Guía de entrevista.

5. ¿Cuáles fueron las razones por la cual los gobiernos locales decidieron participar del proyecto USAID/ MCS II y adoptar su metodología?	5.1 Razones de los gobiernos locales para participar del proyecto USAID/ MCS II y adoptar su metodología	5.1.1 Valoración de la metodología MCS para ser adoptada y replicada	Gobierno Local Especialista: MINSA y Proyecto USAID/MCS II	Entrevista de profundidad	de	Guía de entrevista.	de
		5.1.2 Valoración de la metodología MCS para contribuir a la promoción de la salud	Gobierno Local Especialista: MINSA y Proyecto USAID/MCS II	Entrevista de profundidad	de	Guía de entrevista.	de
		5.1.3 Valoración de la metodología MCS para fortalecer capacidades técnicas y de gestión del personal municipal y de la comunidad	Gobierno Local Especialista: MINSA y Proyecto USAID/MCS II	Entrevista de profundidad	de	Guía de entrevista.	de
		5.1.4 Valoración de la metodología MCS para alinearse con las prioridades institucionales, normatividad regional y/o nacional	Gobierno Local Especialista: MINSA y Proyecto USAID/MCS II	Entrevista de profundidad	de	Guía de entrevista.	de
6. ¿Cuáles fueron los elementos clave generados a partir del empleo de la metodología MCS que promovió una participación activa entre las JVC y sus respectivos Gobiernos Locales?	6.1 Elementos clave generados por la aplicación de la metodología MCS para promover una activa participación entre JVC y GL	6.1.1 Movilización comunal en el cumplimiento del Plan Comunal de salud.	JCV	Grupo focal		Guía de GF	
		6.1.2 Participación de las JVC en redes de articulación distrital/ Participación de la comunidad en la implementación de la metodología de comunidades saludables	JCV	Grupo focal		Guía de GF	
		6.1.3 Articulación de los GL con sus comunidades	Gobierno Local	Entrevista de profundidad	de	Guía de entrevista.	de