

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GERENCIA SOCIAL



**ANÁLISIS DEL PERFIL DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD
PARA LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD,
EN EL MARCO DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO ARTICULADO
NUTRICIONAL DEL PUESTO DE SALUD DE LLIUPAPUQUIO,
PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN GERENCIA SOCIAL

PRESENTADA POR:

MABEL SILVIA AMBÍA HURTADO

ASESORA:

MAG. AMELIA FORT CARRILLO

LIMA – PERÚ

2015

RESUMEN EJECUTIVO

En el Perú, la desnutrición crónica infantil constituye uno de los más graves problemas de salud pública que atenta contra los derechos humanos fundamentales de miles de niños y niñas de familias generalmente asentadas en poblaciones, sobre todo, en zonas rurales, en condiciones de pobreza y exclusión, invisibles a las acciones del Estado. Ante esta situación, el país ha ensayado la aplicación de programas sociales y proyectos, de corte asistencialista cuyo principal componente fue el enfoque alimentario.

En la última década el Estado peruano atendiendo a la presión y compromiso con la comunidad internacional como la Declaración de los Objetivos del Milenio, ha reformulado sus intervenciones a través de la Programación Estratégica de Presupuesto por Resultados, en cuyo marco se ha diseñado y actualmente viene implementándose el Programa Articulado Nutricional (PAN) con la finalidad de reducir los altos niveles de desnutrición crónica infantil. Sin embargo, este programa no ha tomado en cuenta las competencias del personal de salud, principal ejecutor de la política, a través de la red asistencial que oferta servicios de salud a nivel nacional, poniendo en riesgo el logro de los objetivos del Programa.

En ese sentido, la presente investigación tiene por finalidad conocer el perfil de competencias del personal de salud para la aplicación del enfoque de Promoción de la Salud, en el marco del Programa Estratégico Articulado Nutricional del Puesto de Salud de Lliupapuquio.

La metodología está basada en una estrategia cualitativa de tipo etnográfico con muestreo no probabilístico. El tipo de investigación es el estudio de caso.

La tesis analiza los factores vinculados a las competencias, obstáculos y oportunidades de fortalecimiento de capacidades con enfoque en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como la identificación y análisis de los factores motivacionales que influyen en el desempeño del personal de salud, en el

proceso de implementación de las principales políticas relacionadas con la salud de la población.

Desde una perspectiva de la gerencia social el aporte de la presente investigación, es proponer estrategias en la gestión y desarrollo del recurso humano, principal ejecutor de la política, mediante la identificación de las limitaciones y oportunidades para conseguir los objetivos del Programa.

El estudio se realizó en el Centro Poblado de Lliupapuquio, ubicado en el distrito de San Jerónimo, provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac.



INDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	2
INDICE	4
AGRADECIMIENTOS.....	7
DEDICATORIA	8
CAPÍTULO I.....	11
INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Preguntas de investigación	13
1.3. Justificación.....	14
1.4. Objetivos de la investigación	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1 Teoría de las competencias.....	17
2.1.1. Antecedentes del concepto	17
2.1.2. Definición	18
2.1.3. Elementos:	19
2.1.4. Relevancia del modelo de competencias.....	20
2.2 La motivación humana	21
2.3 Enfoque de Gestión Por Resultados.....	24
2.4 Programa Articulado Nutricional (PAN)	26
2.4.1 Antecedentes del Programa	26
2.4.2 Principales Acciones del Programa	27

CAPÍTULO III.....	29
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO	29
3.1. Características generales del Centro Poblado de Lliupapuquio.....	29
3.1.1. Ubicación geográfica.....	29
3.1.2. División geográfica	29
3.1.3. Antecedentes históricos	30
3.1.4. Actividad Económica	30
3.1.5. Características de la población.....	31
3.1.6. Índice de Desarrollo Humano (IDH).....	32
3.1.7. Composición de la población por edad y sexo.....	32
3.1.8. Indicadores de salud infantiles	33
3.1.9. Características de las viviendas	34
3.1.10. Servicios básicos.....	34
3.1.11. Servicio de educación	35
3.1.12. Analfabetismo	37
3.1.13. Servicio de salud.....	38
3.1.14. Organización comunal.....	39
3.1.15. Organizaciones Sociales de Base	40
CAPÍTULO IV	41
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
4.1. Tipo de investigación.....	41
4.2. Unidades de análisis	41
4.3. Fuentes de información	42
4.3.1. Fuentes de información primaria	42
4.3.2. Fuentes de información secundaria.....	42
4.4. Técnicas de recolección de información.....	43
4.5. Población y muestra.....	44

CAPÍTULO V	46
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	46
5.1. Identificación de las competencias del personal de salud para la ejecución del Programa	46
5.1.1. Conocimientos del personal de salud sobre el modelo lógico del Programa Articulado Nutricional (PAN) en el marco de la Promoción de la Salud.....	46
5.1.2. Habilidades del personal de salud para el trabajo comunitario e intersectorial	48
5.1.3. Actitudes del personal de salud para el trabajo comunitario	58
5.2. Identificación y análisis de los obstáculos y oportunidades del personal de salud para la ejecución del programa	68
5.2.1. Gestión del servicio de salud con enfoque de promoción de la salud.	68
5.2.2. Gestión para el fortalecimiento de capacidades en Promoción de la Salud .	73
5.3. Identificación y análisis de los factores motivacionales que influyen en el nivel de desempeño del personal de salud.	80
CAPÍTULO VI	84
CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....	84
6.1. Hallazgos y conclusiones preliminares	84
6.2. Propuesta de mejora	87
ANEXOS	92
BIBLIOGRAFÍA.....	102

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos al personal de salud del Puesto de salud de Lliupapuquio; a los funcionarios de la Dirección Ejecutiva de Salud Apurímac II, Red Sondor, Microrred San Jerónimo, a los docentes y directores de las instituciones educativas por haberme facilitado valiosa información.

Asimismo, expreso mi sincera gratitud a mi asesora, por sus consejos en el proceso de redacción de este documento.

Mi reconocimiento especial a la Maestría de Gerencia Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú a sus directivos, docentes, personal administrativo, por haber contribuido con excelencia en mi formación profesional, así como afianzar mis deseos de construir un país más equitativo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis al compañero de mi vida y a nuestras hijas para que continúen nuestra lucha por mejorar la vida.

También quiero dedicar este trabajo, de manera especial a los pobladores, autoridades, promotores de salud, a las lideresas de los programas sociales del Centro Poblado de Lliupapuquio, porque sin su amabilidad y sencillez para comunicar su sabiduría, sus experiencias, reflexiones y aspiraciones, estas páginas probablemente no hubieran sido escritas.

PRESENTACIÓN

Las alteraciones del crecimiento y desarrollo temprano tienen efectos trascendentales en la vida de las personas y en el desarrollo del país. La desnutrición crónica es el indicador que refleja mejor estas alteraciones, puesto que sus efectos son irreversibles en el desarrollo, físico, intelectual, emocional y social de las personas, por su afectación de órganos, especialmente el cerebro, que adquiere un mayor desarrollo entre la gestación y los tres primeros años.

Como sostiene el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef),

[...] garantizar un buen comienzo en la vida para todas las niñas y niños y una maternidad saludable para todas las mujeres es por tanto un problema de derechos, una prioridad de país, una responsabilidad que compete al gobierno, a la sociedad civil, a los padres, y a cada uno de quienes en una u otra forma tienen la tarea de evitar la muerte y mejorar la calidad de vida de los niños que sobreviven¹.

Surge entonces la pregunta: ¿cuántos niños padecen desnutrición crónica o cuántos están en riesgo de padecerlo hoy? La respuesta será el indicativo del grado de desarrollo que tendremos en el futuro.

Ante esta situación a efectos de reducir el alto porcentaje de la desnutrición crónica infantil, el Estado peruano viene implementando el Programa Articulado Nutricional (PAN) en el marco de la gestión estratégica por resultados, cuyo objetivo central es reducir la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años de 25% a 16% al 2011, a nivel nacional. Esta situación es más grave en Departamentos como Apurímac, cuya cifra es de 39.3% según reporte de INEI-ENDES 2011.

No obstante, en la presente tesis se presenta un estudio de caso para hacer un análisis de las competencias, oportunidades y limitaciones para desarrollar un trabajo comunitario con enfoque de Promoción de la Salud, así como indagar sobre la influencia de los factores motivacionales en el desempeño de sus funciones,

¹ Cf. UNICEF. Un buen inicio en la vida. Primera edición. Lima. Bellido Ediciones EIRL 2005, p 3.

análisis que permita proponer estrategias para la operativización del nuevo Modelo de Atención Integral Basada en Familia y Comunidad, que prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La presentación de la investigación, se ha dividido en seis capítulos. En el primero se detalla el planteamiento del problema, en el que se incluye la justificación de la investigación, el objetivo general y los objetivos específicos así como las preguntas de investigación. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico referencial, en el que se incluye la teoría de las competencias, el enfoque de gestión por resultados y finalmente aspectos sobre el Programa Articulado Nutricional. En el tercer capítulo se hace una descripción detallada del ámbito de estudio. En el cuarto capítulo se presenta el diseño de la investigación, en el que se describe el tipo de investigación, las unidades de análisis, las fuentes de información, las técnicas de recolección de información y la población y muestra. En el quinto capítulo se presenta el análisis de resultados, los mismos que están organizados en respuesta a las preguntas de investigación. En el capítulo de seis se presenta los hallazgos y conclusiones preliminares y en la sección de propuestas, se plantean estrategias para la operacionalización del nuevo Modelo de Atención integral de Salud con enfoque en Familia y Comunidad (MAIS-BF) que privilegia el cumplimiento de actividades de promoción de la salud. Finalmente se incluye una sección de anexos y la bibliografía consultada para la elaboración del documento.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década, el Perú, ha logrado avances significativos en el crecimiento de la economía lo que ha permitido disponer de importantes recursos económicos, sin embargo según datos del Banco Mundial, el gasto total en salud es de 4.3 % del PBI en el 2007, inferior a Chile, que dispone de un 6.2% de su PBI, en el mismo año. Estas cifras reflejan la situación de los servicios de salud que pese a los esfuerzos desplegados han mejorado poco; la introducción de nuevos enfoques de gestión y de mayores recursos en el sistema de salud ha producido un aumento de la productividad y mejoras en la infraestructura sanitaria.

Estos cambios, introdujeron el enfoque de la calidad de los servicios, sin embargo la falta de sostenibilidad de estos servicios y su inconexión con las necesidades estratégicas de salud, han contribuido al bajo nivel de servicio del sistema de salud peruano (MINSA 2005). En razón de lo señalado el Ministerio de Salud debe reorientar la prioridad y los recursos hacia la salud colectiva y hacia el primer nivel de atención, cambiando la visión curativa a una de tipo comunitario, preventivo promocional que tenga en cuenta los perfiles epidemiológicos, el contexto sociocultural de las poblaciones rurales, las que su vez reportan los más altos niveles de pobreza extrema, inequidades de género y barreras culturales para el desarrollo de la participación social (Guzmán 2001).

La principal fuente de generación de ineficiencia está referida a las limitaciones del personal de salud para implementar Programas Estratégicos como el Articulado Nutricional, cuyo modelo lógico contempla actividades preventivo promocionales, así como estrategias de intervención que propician la participación activa de la comunidad, organizaciones sociales de base, articulación con otros sectores del

Estado como Educación, Agricultura, ONG y el Gobierno Local, en el marco del proceso de descentralización.

En este sentido, a efectos de reducir el alto porcentaje de la desnutrición crónica infantil, el Estado peruano viene implementando el Programa Articulado Nutricional (PAN) en el marco de la gestión estratégica por resultados, cuyo objetivo central es reducir la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años, a nivel nacional. Sin embargo, en la comunidad de Lliupapuquio, un Centro Poblado situado a 12 Km del distrito de San Jerónimo en la provincia de Andahuaylas, Región Apurímac, este Programa no está logrando resultados significativos; entre los factores causales identificados, se encuentra el limitado nivel de competencias del personal de salud para el trabajo comunitario, intersectorial, articulado y sinérgico con otros programas sociales e instituciones del sector público y privado que pueden aportar a luchar contra las causas determinantes de la desnutrición crónica.

Lo señalado guarda relación con las limitaciones en el fortalecimiento de capacidades con enfoque de gestión de competencias. Otro factor identificado es la motivación del personal de salud, el mismo que puede estar influenciado por las condiciones laborales, para brindar un servicio con calidad y calidez a la población infantil.

Desde una lógica diacrónica del enfoque sobre el análisis de políticas, la investigación está ubicada en la fase de la implementación, que es la etapa donde las políticas se concretizan en un determinado ámbito geográfico y cuya ejecución es facilitada por un conjunto de actores sociales.

La forma de investigación que se utilizará es el estudio de caso, el cual permitirá identificar y realizar un análisis profundo de los nudos críticos, las potencialidades y posibilidades de la institución para replantear las estrategias y alcanzar las metas. En tanto que desde una lógica sincrónica, está concentrada en el componente de la operacionalización del programa, con énfasis en la valoración de las competencias del recurso humano para implementar el programa, por medio del cual se analizará su ejecución y los cambios sociales que genera. Su aporte es a nivel micro, pues

está circunscrita en el Centro Poblado de Lliupapuquio, Distrito de San Jerónimo, Provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac.

Sin lugar a dudas, la importancia que reviste considerar las competencias del personal del Ministerio de Salud, ente rector en la implementación del Programa Estratégico Articulado Nutricional, con enfoque de promoción de la salud, es una condición necesaria para asegurar los resultados del Programa. En este contexto surgen las preguntas:

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta general

¿Cuáles son los factores vinculados a las competencias del personal de salud del Puesto de Lliupapuquio, que favorecen o limitan la aplicación del enfoque de promoción de la salud en el marco del Programa Articulado Nutricional, cuyo objetivo es disminuir la desnutrición crónica en niños menores de cinco años?

Preguntas específicas

- ¿Qué perfil de competencias tiene el personal de salud para la ejecución del Programa?
- ¿Qué obstáculos y oportunidades tiene el personal de salud para adquirir competencias en promoción de la salud?
- ¿Qué factores motivacionales influyen de manera positiva o negativa en el nivel de desempeño del personal de salud?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El aporte de la presente investigación busca contribuir en el análisis de las condiciones en las cuales opera el recurso humano de instituciones ejecutoras de programas sociales, su perfil de competencias para el trabajo comunitario, los obstáculos y oportunidades para su formación, su nivel de motivación y compromiso con el cambio social. En razón de lo señalado, se ha planteado proponer estrategias para la operacionalización del componente de Gestión del nuevo Modelo de Atención Integral Basada en Familia y Comunidad (MAIS- BFC), que privilegia la Promoción de la salud.

Asimismo busca aportar en la generación de lineamientos de política de gestión de recursos humanos con enfoque de competencias en promoción de la salud de los recursos humanos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), como ente rector del sector y principal ejecutor de las políticas de salud en el país.

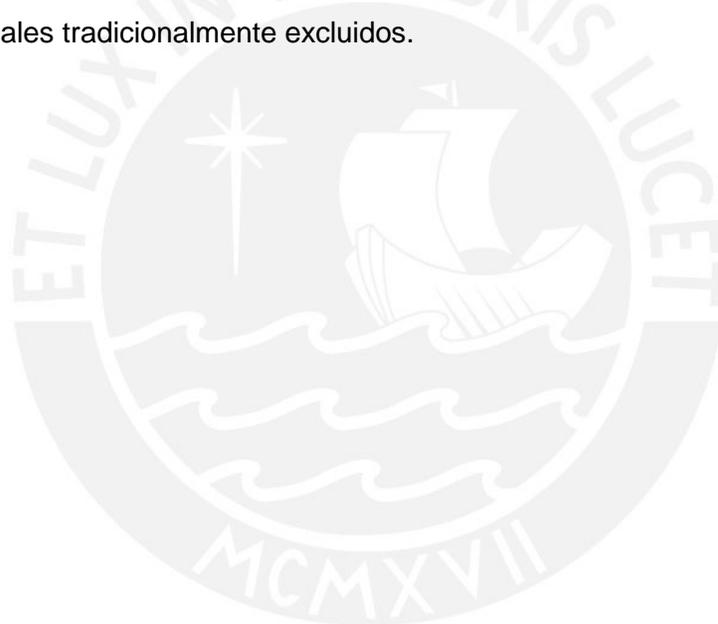
Son aún escasas las investigaciones realizadas para valorar las competencias de los ejecutores de programas orientados a resolver los problemas de salud pública, en particular la desnutrición crónica infantil, que afecta mayoritariamente a las poblaciones rurales de nuestro país, que asociado a las condiciones de pobreza y pobreza extrema en la que vive la gran mayoría de los niños, representa un factor que limita el desarrollo equitativo y sostenido del país.

En tal sentido, el programa Articulado Nutricional (PAN), como parte de los Programas Estratégicos, ha sido diseñado para reducir los altos índices de la desnutrición crónica infantil, al mismo tiempo que apunta a producir cambios significativos en la realidad social de los sectores más pobres y mejorar con ello sus oportunidades y calidad de vida en la sociedad.

No obstante, luego de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud celebrada en octubre de 2005 en Toronto, Canadá, uno de cuyos desafíos plantea, colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, para una distribución equitativa de los profesionales de salud en las

diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población. Sin embargo, pese los compromisos asumidos en materia de recursos humanos en salud, el Ministerio de Salud aún no ha logrado operacionalizar el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en los órganos desconcentrados, como es la DISA Apurímac II.

Por lo tanto, la presente investigación centra su aporte en la urgente necesidad de la gestión de recursos humanos en salud con una correcta combinación de conocimientos, habilidades y actitudes para la ejecución de políticas y programas que concentran sus esfuerzos y recursos a favor de la salud materno infantil, ello, a su vez, aumentará las posibilidades desarrollo humano de estos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos.



1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

Identificar los factores vinculados a las competencias del personal de salud del puesto de salud Lliupapuquio que favorecen o limitan el ejercicio de la promoción de la salud en el marco del Programa Articulado Nutricional, cuyo objetivo central es disminuir la desnutrición crónica infantil, para proponer lineamientos de política de gestión de recursos humanos con enfoque de competencias en promoción de la salud.

Objetivos Específicos

- Identificar las competencias del personal de salud para la ejecución del Programa.
- Identificar y analizar los obstáculos y oportunidades del personal de salud para la ejecución del Programa.
- Identificar y analizar los factores motivacionales que influyen en el nivel de desempeño del personal de salud.
- Proponer estrategias para la operacionalización del componente de Gestión del nuevo Modelo de Atención integral Basada en Familia y Comunidad (MAIS- BFC).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍA DE LAS COMPETENCIAS

2.1.1. Antecedentes del concepto

El surgimiento del concepto competencia data desde el surgimiento de las primeras organizaciones en las cuales surgió la necesidad de preguntarse ¿qué características debe tener el personal de una organización para asegurar su éxito?. Teniendo en cuenta esta interrogante, es necesario determinar el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que ejercerán una importante influencia como factores del éxito de una determinada organización.

Hacia el año 1973 el Departamento de Estado norteamericano decidió tomar los servicios de un reconocido psicólogo investigador David Mc Lelland para realizar un estudio orientado a mejorar la selección de su personal, el resultado de su investigación reportó que las competencias, conocimientos y habilidades de las personas son determinantes para que cumplan sus funciones apropiadamente en un determinado puesto de trabajo.

La investigación mencionada, marcó el comienzo del uso del enfoque de competencias como un indicador de desempeño, extendiéndose su uso principalmente en el campo laboral y empresarial para la selección del personal, evaluación, capacitación y aplicación de procesos de mejora del desempeño laboral.

2.1.2. Definición²

La visión moderna de las organizaciones, considera como activo principal, a las personas, en tal sentido las competencias se definen como un conjunto integrado y coherente de conocimientos habilidades y actitudes aplicadas para realizar con eficiencia el trabajo comunitario. De acuerdo con los lineamientos de política de promoción de la salud del Ministerio de Salud del Estado peruano, los mismos que forman parte del modelo lógico del Programa Articulado Nutricional estos contemplan:

Conocimientos sobre enfoques transversales: equidad en salud, equidad de género, interculturalidad, ciudadanía, participación y empoderamiento social, intersectorialidad y desarrollo de alianzas, descentralización y desarrollo local, comunicación y educación para la salud, abogacía.

Habilidades comunicativas para la coordinación con municipios, escuelas y otras instituciones del ámbito local para favorecer el desarrollo de entornos y estilos de vida saludables. Facilitar condiciones que favorezcan la articulación con los procesos de descentralización y fortalecimiento de capacidades en el ámbito municipal y comunitario. Promover la participación activa de la comunidad mediante el trabajo con agentes comunitarios de salud así como de las organizaciones sociales en la promoción de la salud y el desarrollo local.

Actitudes: disposición al trabajo, adaptabilidad, capacidad de intervención, disposición a la cooperación, honradez, rectitud, altruismo, espíritu de equipo, responsabilidad, empatía³.

² Cf. MINISTERIO DE SALUD (2011) Competencias laborales para la mejora del desempeño de los recursos humanos en salud. Lima

³ Cf. MINISTERIO DE SALUD. Modelo de abordaje para la promoción de la salud. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 04 de marzo de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>

2.1.3. Elementos⁴:

Para que una persona muestre los comportamientos que componen las competencias incluidas en los perfiles requeridos en su trabajo, es necesaria la presencia e interacción de los siguientes elementos:

. **Saber**, conjunto de conocimientos de carácter técnico orientados a la propia realización del trabajo. Se incluye además el carácter social, orientado a las relaciones interpersonales.

. **Saber hacer**, es el conjunto de habilidades que permiten poner en práctica los conocimientos que se poseen. Entre ellas se puede distinguir las habilidades técnicas, habilidades sociales, habilidades cognitivas. Todas estas distintas habilidades deben expresarse convenientemente de acuerdo al contexto en el que se encuentre la persona.

. **Saber estar**, concierne al conjunto de actitudes y comportamientos de los trabajadores los cuales deben ser coherentes con la cultura, visión, valores, normas de la organización.

. **Querer hacer**, atañe a un conjunto de aspectos motivacionales enteramente personales por las cuales las personas deseen o no realizar tareas propias de su función. Se trata de factores de carácter interno como: el afán por demostrar ser competente, identificación con la tarea y/o externo como: pago por horas extras, días libres, beneficios sociales, entre otros. Estos factores contribuyen a que el trabajador se esfuerce o no por mostrar una competencia.

⁴ Cf. GIRALDO, Claudia Creación de un modelo de evaluación de desempeño bajo la teoría de las competencias. Tesis para optar el título de Psicóloga. Medellín: Universidad de Antioquia. Consulta: 5 enero 2013. p.47
<<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/258/1/CreacionModeloEvaluacionDesempe%C3%B1oTeoriaCompetencias.pdf>

. **Poder hacer**, en este punto es necesario distinguir dos factores uno, desde el punto de vista individual: referido a la capacidad personal, las habilidades y atributos personales; y dos desde el punto de vista situacional: el cual se refiere a las facilidades o dificultades que pueden encontrar las personas para cumplir las tareas encomendadas, los mismos que están determinados por la disponibilidad o no de medios y recursos.

La confluencia de todos estos elementos determina la competencia, a la vez que este comportamiento se hace visible para los demás y consecuentemente permite establecer niveles de desempeño de las personas, tanto en el campo personal y/o profesional.

2.1.4. Relevancia del modelo de competencias.

El actual contexto de globalización y desarrollo tecnológico plantea nuevos desafíos a las empresas, exigiendo que sean cada vez más competitivas, ello implica elevar sus rangos de productividad, calidad, servicio e innovación para igualar las profundas brechas sociales y para asegurar el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales como a la salud y la educación.

Los altos estándares que se proponen se podrán lograr si las personas de una organización alinean su desempeño laboral con los objetivos y estrategias institucionales acompañadas por la necesidad de incrementar sus habilidades a través de procesos de fortalecimiento de capacidades y desarrollo permanentes.

En este escenario, el modelo de competencias emerge como una alternativa viable y lógica para buscar ventajas competitivas en el equipo de trabajo, rescatando las mejores habilidades de las personas y buscando potencializarlas a favor de los objetivos y estrategias organizacionales.

Este modelo puede ser considerado como una propuesta de aplicaciones múltiples dentro de la organización, pues permite intervenir, capacitar y gestionar al recurso humano, con una metodología de análisis de los procesos que otorga amplia información para gestionar adecuada y eficazmente los nudos críticos generando al mismo tiempo valor agregado a los recursos, los productos y/o servicios ya existentes en la organización.

Por lo tanto resulta importante, en la medida en que logra altos niveles de rendimiento en las personas destacando en la correspondencia que hay entre el desarrollo socioeconómico y la capacidad de las personas para construirlo. En síntesis, el modelo de competencia se encarga de generar procesos de aprendizaje continuo, analizando, al mismo tiempo, las formas de cómo poder enfrentar y gestionar el cambio; por lo tanto, el modelo de competencias es una estrategia que permite al área de recursos humanos el diseño de los procesos de selección, gestión del desempeño, capacitación, motivación laboral y desarrollo, entre otros, a favorecer al cumplimiento de los objetivos organizacionales⁵.

2.2 LA MOTIVACIÓN HUMANA⁶

2.2.1 Definición

Es una característica de la psicología humana que contribuye al grado de compromiso de la persona; es un proceso mediante el cual se activa, orienta, dinamiza y mantiene el comportamiento de los individuos hacia la realización de objetivos esperados.

⁵ GIRALDO, Claudia, op.cit. p. 53

⁶ Cf. CHIAVENATO Idalberto. Administración de los recursos humanos. Octava Edición. Editorial McGraw Hill/Interamericana Editores. Consulta: 11 de febrero de 2013. 2007.p. 47
< http://xlibros.com/wp-content/uploads/2014/04/Administracion-de-recursos-humanos.-CHIAVENATO-8th_redacted.pdf >

Por tanto, la motivación hace que una persona actúe y se comporte de una forma particular. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos con que las personas decidan con qué energía actúan y en qué dirección la encauzan.

En este sentido, existen tres premisas que explican la naturaleza del comportamiento humano:

- El comportamiento es causado, existe una causa interna o externa que origina el comportamiento humano. Tanto la herencia como el ambiente influyen de manera decisiva en el comportamiento de las personas.
- El comportamiento es motivado, en todo comportamiento humano existe una finalidad; los impulsos, deseos necesidades o tendencias, motivan el comportamiento de las personas.
- El comportamiento está orientado hacia objetivos, hay una finalidad en todo comportamiento humano, puesto que hay una causa que lo origina.

2.2.2 Teorías que explican la motivación

La motivación ha sido estudiada e investigada por muchos especialistas interesados en el tema; cada una de ellas expone en cierta medida, lo que a las personas les resulta importante y que a su vez está en relación del entorno laboral en el cual se desempeñan.

En esta ocasión se mencionará sólo las principales teorías motivacionales, las mismas que han sido clasificadas en: a) Teorías de contenido: aquellas cuyo principal tema gira en torno a los factores internos de la persona, es decir consideran aspectos como sus necesidades, aspiraciones y el nivel de satisfacción, entre ellas se encuentran:

La Jerarquía de necesidades de Maslow, Teoría bifactorial de Herzberg y la Teoría de las necesidades aprendidas de Mc Clelland; y b) Teorías de proceso: son las que estudian o tienen en cuenta el proceso de pensamiento por el cual la persona se motiva, dentro de ellas están incluidas: Teoría de la expectativa de Vroom, Teoría del establecimiento de metas de Locke y la teoría de la equidad de Adams.

A fin de contribuir con los objetivos de la presente investigación se hará referencia la Teoría bifactorial de Herzberg, por sus importantes contribuciones en procesos de reorganización institucional que tengan como objetivo la ejecución de Programas eficientes y eficaces que permitan la generación de valor social.

2.2.3 Teoría de los Factores de Herzberg⁷

El enfoque de la teoría de Herzberg basa su teoría en el ambiente externo, muestra al individuo como un ser proactivo, el cual se orienta a sus objetivos personales, en cuyo logro las condiciones de trabajo son determinantes para la adquisición del compromiso de las personas con el trabajo, está en gran medida afectado por las oportunidades que las condiciones laborales ofrecen para satisfacer logros personales.

En ese sentido Herzberg sostiene que existen dos factores que explican la motivación de los trabajadores.

• Factores higiénicos

Se refieren a las condiciones en el ambiente de trabajo, “comprenden las condiciones físicas y ambientales de trabajo, el salario, los beneficios sociales, las políticas de la empresa, el tipo de supervisión, el clima de las relaciones entre la dirección y los empleados, los reglamentos internos, las oportunidades existentes”⁸.

⁷ CHIAVENATO Idalberto. Op. cit. p. 53

⁸ CHIAVENATO Idalberto. loc. cit.

Tradicionalmente, los factores descritos han sido considerados por las empresas para lograr motivar e incentivar por la labor desempeñada a los trabajadores; sin embargo, los factores higiénicos poseen una capacidad muy limitada para influir en el comportamiento de los empleados, pues aun cuando estos factores son óptimos sólo se consigue evitar la insatisfacción o evitar de cierto modo algún desbalance en el clima organizacional. Por otro lado cuando las condiciones ambientales de trabajo son precarias suele producir insatisfacción y desmotivación en los trabajadores.

• Factores motivacionales

Está referido a las funciones, tareas y deberes relacionados con el cargo que ejerce la persona, según Chiavenato “producen un efecto de satisfacción duradera y un aumento de la productividad muy superior a los niveles normales. El término motivacional incluye sentimientos de realización, de crecimiento y reconocimiento profesional, que se manifiestan por medio de la realización de tareas y actividades que ofrecen desafío, un gran desafío y tiene bastante significación para el trabajo”⁹. Cuando los factores motivacionales son óptimos, elevan la satisfacción, de modo sustancial; cuando son precarios, provocan la pérdida de satisfacción. Por estas razones, se denominan factores de satisfacción.

2.3 ENFOQUE DE GESTIÓN POR RESULTADOS¹⁰

El Presupuesto Público es uno de los principales instrumentos de gestión estatal, en especial de la gestión de corto plazo, ya que a través de él se asignan los recursos financieros disponibles para las diversas actividades y proyectos a ejecutar.

⁹ Ibídem

¹⁰ Cf. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF) 2008. Presupuesto por Resultados. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 18 de noviembre de 2012.
<http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>

De esta manera, el presupuesto resulta ser un puente entre lo que se quiere hacer y lo que efectivamente se hace ya que si no hay asignación de recursos o los recursos que se asignan no son suficientes, las actividades o proyectos no se podrán realizar, no se tendrá la cobertura necesaria, los servicios no tendrán la calidad adecuada, o los proyectos de inversión se paralizarán o ejecutarán más lentamente, aumentando sus costos financieros.

Teniendo en cuenta la importancia de este instrumento, en los últimos años se han venido produciendo diversos esfuerzos para mejorar la gestión presupuestaria del Estado y por ende del conjunto de la gestión pública. Así, la Ley de Presupuesto para el año fiscal 2007 incorpora un capítulo específico que establece la aplicación de la metodología de presupuesto por resultados.

El propósito de ésta metodología tiene como propósito, el cambio, el fortalecimiento de la eficacia y equidad del gasto público, para contribuir a la mejora del desempeño del Estado respecto al bienestar de la población, en particular de los pobres y excluidos, la adopción de esta metodología constituye un avance para mejorar los procesos de programación, formulación y ejecución presupuestal.

En tal sentido, la metodología del Presupuesto Por Resultados pone a la persona humana y su bienestar en el centro de la acción del Estado, a través de sus órganos descentralizados como los gobiernos regionales y locales.

En esa línea, la Ley de Equilibrio Financiero y la Ley de Presupuesto para el 2007, establecen la prioridad en la infancia y en las zonas rurales y urbano-marginales de mayor pobreza del país y define las actividades prioritarias para ello a través del diseño y la ejecución de programas estratégicos, uno de los cuales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), cuyo objetivo principal es reducir la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años.

2.4 PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL (PAN)¹¹

2.4.1 Antecedentes del Programa

La desnutrición crónica infantil es reconocida como una de las principales problemas de salud pública que afrontan los países en vías de desarrollo como Perú, donde el 34.8% de la población se encuentra en situación de pobreza y el 11.5% en pobreza extrema según datos de INEI – ENDES 2011, la cual principalmente está asentada en las zonas rurales donde, además, existen limitaciones en la oferta a los servicios de salud y educación de calidad y con pertinencia cultural; insuficientes servicios básicos de agua y electricidad, así como carencia de servicios de alcantarillado y disposición adecuada de residuos sólidos.

Al respecto, los estudios científicos han demostrado que durante la gestación y los primeros años de la infancia ocurre la mayor parte del desarrollo cerebral de los niños, es durante este periodo adquieren la capacidad para pensar, comunicarse y socializar con los demás y se forman las bases de los valores y comportamientos que los acompañarán el resto de sus vidas (Unicef 2005).

Los niños cuyas familias sobreviven en condiciones de pobreza encuentran a diario muchas limitaciones para recibir una adecuada nutrición, estimulación y cuidados de salud e higiene, afectando su crecimiento y desarrollo durante los primeros años de su vida, estas circunstancias adversas los ponen en situación de alta vulnerabilidad para alcanzar todo su potencial, dificultando su desarrollo físico, cognitivo y socio emocional.

El resultado de estas carencias en la primera infancia, se traducirán más tarde en fracaso escolar, desempleo, bajos ingresos económicos, incremento de la criminalidad.

¹¹ Cf. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF) 2008. Programa Estratégico Articulado Nutricional. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 18 de noviembre de 2012.
<http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>

Teniendo en cuenta estas consideraciones, ha quedado demostrado que la inversión en programas que favorezcan la atención integral de la primera infancia es la decisión más acertada que un país puede tomar para ofrecer a todos los niños y niñas las mismas oportunidades de lograr el desarrollo pleno de sus potencialidades y cortar un eslabón de la cadena de eventos que los sitúan dentro del círculo intergeneracional de la pobreza y la desigualdad¹².

En nuestro país, desde la década de los 90 las cifras de la desnutrición crónica se han mantenido inalterables pese al gasto de onerosas sumas de dinero para revertir esta situación, a través de programas con enfoque netamente alimentario y asistencialista.

En la actualidad mediante el enfoque de gestión por resultados, el Estado peruano ha diseñado y viene implementado “el Programa Articulado Nutricional (PAN) forma parte de los Programas Presupuestales Estratégicos orientados a la protección de la infancia y busca reducir la desnutrición crónica infantil de 25% que era la proporción en el 2006 a 16% en el 2011. El diseño del PAN se basa en el Enfoque de Gestión por Resultados y supone una programación presupuestal basada en la planificación estratégica”¹³

2.4.2 Principales Acciones del Programa¹⁴

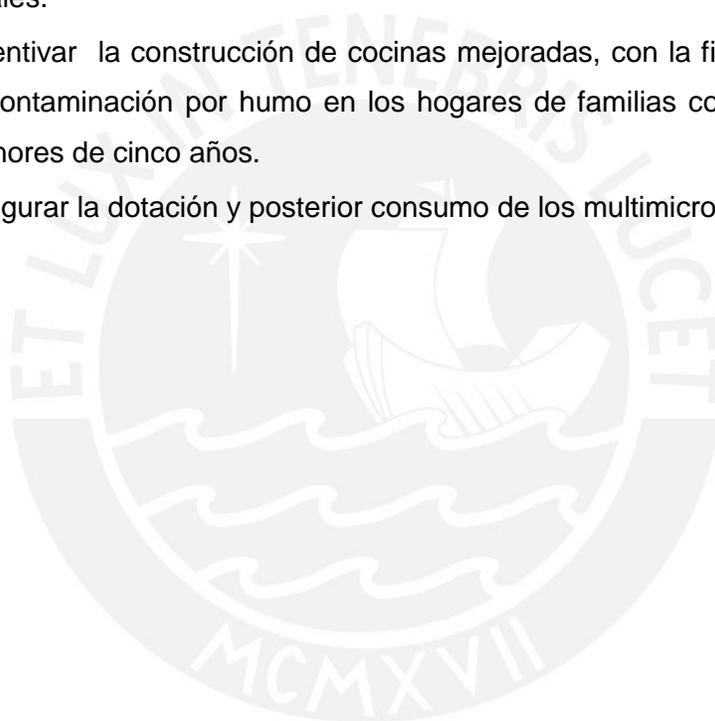
- Mejora de la capacidad operativa de los servicios de salud a través de la contratación de más personal, así como dotar a los establecimientos de insumos, medicinas y equipamiento en general.
- Aumento del presupuesto del SIS (Seguro Integral de Salud) para ampliar la cobertura de atención a los niños que no están asegurados.

¹² Cf. VEGAS, Emiliana y Lucrecia Santibáñez (2010) La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo. Washington DC.

¹³ MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF). Óp. Cit. p.4

¹⁴ Ídem. p.18

- Incremento en la asignación presupuestal del Programa Juntos, para beneficiar a las poblaciones que no reciben aún el incentivo económico.
- Mejorar las estrategias comunicativas para la prevención y promoción de las prácticas saludables a nivel de familias, escuelas, comunidades y municipios.
- Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano a través de la cloración, así como de la disposición final de los residuos sólidos.
- Desarrollo de proyectos de agua y saneamiento básico para las zonas rurales.
- Incentivar la construcción de cocinas mejoradas, con la finalidad de reducir la contaminación por humo en los hogares de familias con madres y niños menores de cinco años.
- Asegurar la dotación y posterior consumo de los multimicronutrientes.



CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CENTRO POBLADO DE LLIUPAPUQUIO¹⁵

3.1.1. Ubicación geográfica

El Centro Poblado de Lliupapuquio (a 3505 msnm.) Es uno de los cinco centros poblados menores del distrito de San Jerónimo, situado en la provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac, a una distancia de 12 Km de la zona urbana de San Jerónimo, el recorrido a pie es de un promedio de 90 minutos, mientras que en carro es de 45 minutos.

3.1.2. División geográfica

Geográficamente el Centro Poblado de Lliupapuquio está dividido en 7 sectores, los cuales a su vez tienen distintos pisos ecológicos.

- Yuncaya 3857 msnm
- Ñahuincucho 3595 msnm
- Atunpucro 3536 msnm
- Central 3505 msnm
- Pacobamba 3497msnm
- Ollabamba 3340 msnm
- HuallucanCHA 3285 msnm

¹⁵ Cf. Municipalidad del Centro Poblado de Lliupapuquio. 2012. Plan de desarrollo concertado con enfoque saludable 2012- 2016. Documento de trabajo. Andahuaylas.

3.1.3. Antecedentes históricos

El nombre del Centro Poblado proviene de dos voces quechuas:

Lliupa: que significa de todos

Puquio: manantial, ojo de agua

Su denominación se debe a que en las zonas altas del Centro Poblado se encuentra un conjunto integrado de lagunas, entre ellas destacan en importancia por su caudal: Wachwaccocha, Paccoccocha, Antaccocha, Yanachallhuayocc, Pampawasi; las mismas que dan origen al Río Chumbao el mismo que abastece de agua para consumo humano y para regadío del fértil valle del mismo nombre, atravesando a su paso los tres distritos más importantes de la provincia: San Jerónimo, Andahuaylas y Talavera.

En tiempo pre inca, estas tierras estuvieron ocupadas por los Chankas, quienes destacaban por su gran espíritu guerrero, al punto que pusieron en jaque al poderoso Imperio Inca, finalmente en la batalla de Yahuarpampa las huestes Chankas comandadas por el general Anccohuayllo, fueron derrotados por el ejército del Inca Pachacutec, a partir de este hecho, se inicia el periodo de la mayor conquista y expansión del territorio del gran Imperio Inca.

Como parte de su legado histórico, aún hoy en día es posible apreciar los petroglifos de Llamachayocchuaycco, situados dentro de Lliupapuquio, los cuales hace pocos años atrás, fueron puestos en valor por la Municipalidad de Andahuaylas para promocionar visitas turísticas, así como para fines de investigación arqueológica. Posteriormente en la época de republicana es reconocida como Centro Poblado de Lliupapuquio el año 1776.

3.1.4. Actividad Económica

La principal actividad económica es la agricultura, destacando el cultivo de papa, maíz cebada, habas, arvejas, olluco y oca, la producción es sobre todo para el autoconsumo de las familias y los excedentes se comercializan en el mercado local.

Otra actividad a la que se dedica la población es al pastoreo de ganado vacuno criollo, ovejas y cerdos. La producción de carne y leche es muy limitada, generalmente es dispuesto para consumo familiar con excepción de los cerdos y las ovejas las cuales son comercializadas en la feria dominical de Andahuaylas.

En tiempo de siembra y cosecha de papas, tanto varones como mujeres se dedican al peonaje en las tierras de cultivo de empresarios que se dedican a la producción comercial, principalmente de papa, en grandes extensiones.

El trueque es usado aún como una forma ancestral de intercambio de productos sin la mediación de dinero entre comerciantes de Andahuaylas y de otras zonas aledañas quienes intercambian principalmente productos de pan llevar como arroz, azúcar, fideos, pescado, frutas por cereales y tubérculos producidos en la zona.

3.1.5. Características de la población

Lliupapuquio es un Centro Poblado de origen rural, el idioma materno predominantemente es el quechua, el cual es usado, tanto de manera doméstica y amical, como en reuniones formales como las asambleas comunales, talleres del presupuesto participativo, entre otros eventos. El español es usado como segunda lengua.

Como depositaria del legado cultural y organizacional de las culturas Inca, Chanka y española, el cual se manifiesta en las diferentes manifestaciones culturales como el trabajo del colaborativo y recíproco a través del sistema del ayni y la minka; el trueque como una forma de actividad comercial sin la mediación de dinero, el culto y respeto a la Mamapacha (madre tierra), por la cual los pobladores hacen uso racional y eficiente de los recursos naturales.

Entre las costumbres españolas heredadas, se encuentra el festejo de los carnavales el mismo que a su vez coincide con la época de cosecha de sus principales cultivos como la papa, olluco, maíz.

Otra costumbre española es la corrida de toros denominada “toro pukllay”, en el cual no se lastima ni sacrifica al animal sino sólo se juega con él a torearlo. También se da importancia al desfile cívico en el cual participa toda la población en cabezada por las autoridades. Estos eventos se llevan a cabo en el mes de julio, con ocasión de conmemorar el aniversario patrio.

3.1.6. Índice de Desarrollo Humano (IDH)

El índice de desarrollo humano del distrito de San Jerónimo, en el cual está comprendido el Centro Poblado de Lliupapuquio, es de 0.4382¹⁶

3.1.7. Composición de la población por edad y sexo

El centro poblado de Lliupapuquio tiene una población de 4560 habitantes según el censo realizado por el Puesto de salud en el año 2011, la mayor concentración de personas están entre las edades de 18 a 40 años, Población Económicamente Activa.

Lliupapuquio es uno de los centros poblados importantes del distrito de San Jerónimo a nivel de población, desarrollo económico y sus grados de incidencia en la política pública del distrito.

A continuación vamos a presentar un cuadro con los grupos etareos, los cuales han sido registrados en el establecimiento de salud.

¹⁶ El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador estadístico compuesto que mide el adelanto medio del país en lo que respecta a la capacidad humana básica, representada por las tres oportunidades humanas más importantes y permanentes a través del tiempo: esperanza de vida al nacer, tasa de alfabetización adulta e ingreso per cápita mensual. Está clasificado por niveles: Alto: entre 0,800 - 1,000. Medio entre 0,799 - 0,500 y Bajo entre 0,499 - 0,000. INEI <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0341/ca2.htm>.

Cuadro N° 3.1
Población por grupo de edad

Grupos de edad	Número
Menores de 1 año	108
1 año	114
2 años	118
3 años	119
4 años	120
5 años	122
6-9 años	485
10-13 años	397
14 años	96
15-17 años	276
18-19 años	188
20-24 años	477
25-29 años	394
30-34 años	353
35-39 años	294
40-44 años	230
45-49 años	166
50-54 años	143
55-59 años	105
60-64 años	81
65 más	174
Total	4560

Fuente: Puesto de Salud de Lliupapuquio 2012

3.1.8. Indicadores de salud infantiles¹⁷

Las enfermedades que se presentan con más frecuencia en los niños y niñas menores de cinco años de Lliupapuquio son las Infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedad diarreica aguda (EDA), las parasitosis y la anemia.

Durante el año 2011 se presentaron dos casos de muertes en niños menores de cinco años, cuyas causas fueron aspiración broncopulmonar y por malformación congénita. También damos a conocer la tasa de desnutrición crónica infantil que es de 47%¹⁸.

¹⁷ Indicadores de Salud infantiles 2012. Puesto de salud Lliupapuquio.

¹⁸ Ibídem

3.1.9. Características de las viviendas¹⁹

El número total de viviendas es de 900 distribuidas en los diferentes sectores que lo componen. El material de construcción que predomina es el adobe con techos de calamina y teja; respecto a los pisos el 100% de viviendas tiene piso de tierra e igual porcentaje tiene cocina que funciona a leña.

El número de habitaciones de las viviendas en su gran mayoría consta de dos a tres y son además de uso múltiple con reducidos espacios con poca luz y ventilación, situación que evidencia condición de hacinamiento. Una característica común es que sus animales están en un espacio contiguo a la vivienda como el patio interior o trasero de sus viviendas, convirtiéndolo en un espacio insalubre que repercute negativamente en la salud de sus ocupantes.

3.1.10. Servicios básicos²⁰

Lliupapuquio cuenta con servicio de energía eléctrica las 24 horas, sin embargo hay aún un 22% de población ubicada en los sectores más lejanos como Yuncaya y Ñahuincucho que aún no cuentan con el servicio.

El lugar mencionado tiene cobertura de línea de las principales empresas de telefonía móvil debido a la ubicación estratégica de las antenas debido a la cercanía con la capital de la provincia; asimismo cuenta con servicio de telefonía fija a través de cabinas telefónicas situadas en el sector central del Centro Poblado.

En Lliupapuquio no existe una emisora local propia, sin embargo llega con bastante nitidez la señal de radio emisoras ubicadas en Andahuaylas. La señal de algunos canales nacionales de televisión abierta es captada a través de una antena parabólica.

¹⁹ Municipalidad del Centro Poblado de Lliupapuquio. Óp. Cit p. 36.

²⁰ *Ibíd*

San Jerónimo posee una amplia red de transporte vial que conecta a los principales centros poblados y comunidades a través de trochas carrozables, las mismas que son mantenidas por La Municipalidad y se encuentran en regular estado de conservación; el tiempo aproximado que toma desplazarse con carro es de 45 minutos. Asimismo la población utiliza caminos de herradura para desplazarse a pie o con sus acémilas a la capital de distrito, cuyo tiempo de recorrido es 2 horas en promedio.

La población de Lliupapuquio cuenta con un sistema de abastecimiento regular de agua, las fuentes de abastecimiento provienen de manantiales aledaños que disminuyen ligeramente su caudal en los meses de estiaje. El mantenimiento de los sistemas de agua así como la cloración lo realizan los miembros de la Junta Administradora de Agua (JASS) con la supervisión del personal de salud. Sin embargo existe un 7% de población sin acceso al servicio de agua²¹.

El 100%²² de la población no cuenta con servicio de desagüe, sólo una parte tiene silo seco hecho de manera artesanal y con material de la zona, incluso éstos no son mantenidos adecuadamente.

3.1.11. Servicio de educación

El nivel de escolaridad alcanzado en una determinada población guarda estrecha relación con las oportunidades laborales que tendrán las personas. En el área rural se estima que más del 50%²³ de alumnos tienen retraso escolar o no han culminado sus estudios primarios. Con respecto a la mejora de la calidad educativa no se tienen una evaluación integral y sistemática del impacto de los programas de formación y capacitación docente, persistiendo los problemas relacionados de la diferencia de la calidad educativa en el área rural con respecto a la urbana.

²¹ *Ibíd*

²² Municipalidad del Centro Poblado de Lliupapuquio. *Ídem*, p.38.

²³ *Ibíd*

La población escolar de los centros poblados y comunidades campesinas en el ámbito de la provincia de Andahuaylas, es atendida con escuelas multigrado unidocente y otras tantas polidocentes, cada cual con sus propias singularidades. Pero todas ellas comparten a la vez problemas comunes como la precaria infraestructura, mobiliario, y equipamiento limitado y en algunos casos inexistente, aislamiento, pobreza extrema, altas índices de desnutrición infantil, persistencia de enfermedades relacionadas con el inadecuado saneamiento básico, así como de las condiciones inadecuadas de las viviendas, problemas como la extra edad, deserción y bajo nivel de logro educativo.

Así, el porcentaje de población de Lliupapuquio de 15 años y más con primaria incompleta es de 21%, mientras que la cifra de niños y niñas de 3 a 5 años que no asisten a Centro Educativo Inicial es de 25%²⁴. Este porcentaje de deserción escolar es uno de los más altos del país.

El siguiente cuadro muestra las modalidades, niveles y ubicación de las instituciones educativas ubicadas en Lliupapuquio.

²⁴ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Mapa de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil desde la perspectiva de la pobreza. Documento de trabajo. Lima 2010, p.14

Cuadro N° 3.2

Instituciones educativas ubicadas en el centro poblado de Lliupapuquio según niveles y modalidad de atención

Nombre y/o número de la IE	Comunidad /Sector	MODALIDAD		NIVEL			
		UNI DOCENTE	POLI DOCENTE	PRONOEI	INICIAL	PRIMARIA	SECUNDARIA
1. IEP N° 54161 “Guerreros Chankas”	Lliupapuquio	-	X	-	-	X	-
2. IEP N°54166 Virgen del Carmen de Ollabamba	Ollabamba	-	X	-	-	X	-
3. IEP N° 54727- Ñahuincucho	Ñahuincucho	-	X	-	-	X	-
4. I.EI. Ñahuincucho	Ñahuincucho	X	-	-	X	-	-
5. IEP Yuncaya	Yuncaya	X	-	-	-	X	-
6. IEI N° 263 Lliupapuquio	Lliupapuquio	-	X	-	X	-	-
7. IEI 340 Yuncaya	Yuncaya	X	-	-	X	-	-
8. IEI N° 339 Ollabamba	Ollabamba	X	-	-	X	-	-
9. IES – Señor de los Milagros	Lliupapuquio	-	X	-	-	-	X
10. PRONOEI Pacobamba	Pacobamba	X	-	X	-	-	-
11. PRONOEI Atumpucro	Atumpucro	X	-	X	-	-	-
TOTAL	22	06	05	02	04	04	01

Fuente: Municipalidad del Centro Poblado de Lliupapuquio Plan de desarrollo concertado con enfoque saludable 2012- 2016

3.1.12. Analfabetismo

A pesar que en las últimas décadas el analfabetismo en la provincia de Andahuaylas ha ido disminuyendo, en el distrito de San Jerónimo la población analfabeta aún continúa en un número bastante alto, 4175 analfabetos la mayoría mujeres, lo que representa un 25.13%, según el Censo de Población y vivienda del 2007²⁵.

²⁵ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Mapa de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil desde la perspectiva de la pobreza. Loc.cit

El número de mujeres analfabetas en el área rural del distrito de San Jerónimo es de 3201 que representa un 67.39%, en comparación de los varones analfabetos de 1549²⁶; en tanto que el porcentaje de mujeres analfabetas mayores de 15 años en Lliupapuquio es de 70%²⁷. Estas cifras guardan relación directa con el los altos niveles de desnutrición crónica en los niños y niñas así como de los índices de pobreza y extrema pobreza.

3.1.13. Servicio de salud

El centro Poblado de Lliupapuquio cuenta con un puesto de salud de nivel I 2, el cual se encuentra ubicado en el sector central, su infraestructura es de adobe, las paredes están revestidas con yeso, el techo es de calamina y el piso de cemento pulido, posee 7 ambientes en los cuales funciona el servicio de medicina, obstetricia, odontología, control de crecimiento y desarrollo, una sala situacional, un ambiente para el almacenamiento de historias clínicas familiares, un tópico y un ambiente para servicios higiénicos.

El Puesto no cuenta con ninguna unidad vehicular, por lo cual el personal de salud debe desplazarse a pie en caso de que se presentara alguna emergencia. Actualmente la Municipalidad Distrital de San Jerónimo está ejecutando un proyecto de ampliación de la infraestructura e implementación del puesto de salud.

El Puesto de salud además de tener deficiencias en su equipamiento e implementación no cuenta con la cantidad necesaria de personal de salud para la atención a los usuarios del servicio causando malestar por los tiempos de espera prolongados para la atención. Este problema sucede, sobre todo, con las madres de los niños menores de cinco años quienes acuden a los controles de crecimiento y desarrollo de sus niños mensualmente ya sea como

²⁶ Ibíd

²⁷ Municipalidad del Centro Poblado de Lliupapuquio. Op.cit

parte de los compromisos por pertenecer al Programa Juntos entre las beneficiarias y entre las madres que no pertenecen al programa.

El primer centro de referencia es el centro de Salud de San Jerónimo ubicado en la capital del distrito.

Cuadro N° 3.3

Número de personal que labora en el puesto de salud de Lliupapuquio según modalidad de contrato

Personal	Número	Modalidad de contrato
Médico	01	SERUMS
Obstetra	01	CAS
Enfermera	02	01 CAS y 1 SERUMS
Cirujano dentista	01	SERUMS
Técnico en enfermería	02	1 CAS y 1 nombrado
Total	07	

Fuente: Puesto de Salud Lliupapuquio 2012

3.1.14. Organización comunal

Está conformada por Municipalidad del Centro Poblado Menor de Lliupapuquio la misma que está regida por las leyes que reconocen como instancias que forman parte de la jurisdicción de las Municipalidades Distritales.

El representante de la alcaldía menor junto con sus cinco regidores son elegidos mediante voto popular por un periodo de dos años. Otra instancia reconocida por su representatividad es la Junta Directiva Comunal, la cual la encabeza el presidente comunal y sus demás miembros, entre los que se encuentran: teniente gobernador, agente, fiscal, juez, secretario, tesorero, vocales.

En las comunidades como Ollabamba y Yuncaya tiene su propia Junta Comunal.

En estas organizaciones los acuerdos a los que se arriban son tomados por la Asamblea la cual es la máxima instancia democrática de toma de decisiones reconocida de manera oficial por los pobladores del Centro Poblado.

3.1.15. Organizaciones Sociales de Base

Las organizaciones sociales existentes en Lliupapuquio, representan en su mayoría a los programas sociales nacionales como: Programa Vaso de Leche, Programa JUNTOS, Programa Wawa Wasi (hoy CUNA MAS), los mismos que tienen su dirigencia en cada sector y son elegidas mediante votación entre las beneficiarias, con excepción del Programa Wawa Wasi cuyas representantes son elegidas de acuerdo a sus propios criterios por la coordinadora del Programa.

Las otras organizaciones comunales está conformada por la Junta Administradora de Agua (JAAS) y el Comité de Regantes, y los Miembros de Seguridad Ciudadana, de igual manera, tiene a sus representantes en cada sector los cuales son elegidos por voto popular para un periodo de dos años.

Otras organizaciones privadas son la Asociación de productores de leche, quienes son un grupo de 15 integrantes, quienes se formaron con la asesoría de la municipalidad distrital, con la finalidad de proveer leche fresca a las beneficiarias del Programa Vaso de Leche.

CAPÍTULO IV

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El Estudio de caso es una de las formas de investigación cualitativa que permite observar, explorar y analizar exhaustivamente un caso. Aplicada a la gerencia social, se trata de experiencias de los actores sociales, durante la implementación de una determinada políticas, programa y/o proyectos.

Esta estrategia metodológica aplicada a la presente investigación permitirá observar, explorar y analizar las experiencias, así como las percepciones, motivaciones, dimensiones, de las personas. El estudio de caso nos permitirá conocer otros aspectos, los cuales son importantes para comprender cómo influyen las competencias del personal de salud para el trabajo comunitario, las condiciones en las cuales trabajan y los factores motivacionales en el personal de salud, que tiene a su cargo la implementación del Programa Articulado Nutricional PAN, cuyo objetivo central, la disminución de los altos índices de la desnutrición crónica en comunidades pobres y rurales, como Lliupapuquio.

4.2. UNIDADES DE ANÁLISIS

Las unidades de análisis están constituidas por el personal que atiende en el establecimiento de salud: enfermeras, técnicos en enfermería, obstetra, odontólogo y médico del Puesto de salud del Centro Poblado de Lliupapuquio. Programa de fortalecimiento de capacidades en promoción de la salud.

4.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

4.3.1. Fuentes de información primaria

- **Personal de salud del puesto de salud Lliupapuquio**

Está constituido por dos enfermeras, dos técnicos en enfermería, odontóloga, obstetrix y médico del puesto de salud.

- **Funcionarios de la Dirección de Salud DISA Apurímac II:**

Jefe de Recursos Humanos de la Dirección de salud DISA Apurímac II, Jefe de la Oficina de Desarrollo de Capacidades de la DISA Apurímac II, Director Ejecutivo de Promoción de la Salud de la DISA Apurímac II, Responsable de Promoción de la salud de la Microred de salud San Jerónimo, Responsable de Promoción de la salud de la Red Sondor.

- **Representantes de organizaciones de la comunidad:**

- ❖ Presidente del Centro Poblado de Lliupapuquio
- ❖ Alcalde del Centro Poblado de Lliupapuquio,
- ❖ Directores de instituciones educativas Inicial, Primaria, Secundaria
- ❖ Agentes comunitarios de salud,
- ❖ Presidenta del Comité de Vaso de Leche,
- ❖ Presidenta Programa Juntos,
- ❖ Representantes del Programa Wawa Wasi,
- ❖ Presidente de la Junta de Agua y Servicios de Saneamiento (JASS),
- ❖ Padres y madres de niños menores de cinco años.

4.3.2. Fuentes de información secundaria

Plan para el desarrollo de capacidades en salud 2012-2015 - Dirección Ejecutiva de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos de la Dirección de Salud Apurímac II.

4.4. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas que se emplearán son la entrevista estructurada, entrevista semi estructurada, grupo focal y la revisión documental. La entrevista estructurada estará dirigida al personal de salud del Puesto de Lliupapuquio con la finalidad de recabar información respecto a los conocimientos sobre el modelo lógico del Programa Articulado Nutricional (PAN) en el marco de la Promoción de la salud.

La entrevista semi estructurada igualmente se aplicará al mismo personal de salud del Puesto de Salud Lliupapuquio para obtener información más amplia, respecto las habilidades del personal de salud para el trabajo comunitario e intersectorial, actitudes individuales del personal de salud para el trabajo comunitario, organización del servicio de salud para la aplicación del enfoque de promoción de la salud y sobre los factores motivacionales que influyen en su desempeño laboral.

La técnica de la entrevista semi estructurada se empleará para obtener información de los funcionarios de la Dirección de salud Apurímac II sobre aspectos relacionados con la organización del servicio de salud para la aplicación del enfoque de promoción de la salud, así como respecto a la organización de los eventos de fortalecimiento de capacidades dirigidos al personal de salud.

De igual modo esta misma técnica se empleará para recabar información de los representantes de las organizaciones de la comunidad de Lliupapuquio, agentes comunitarios de salud, padres y madres de niños menores de tres años, respecto a las habilidades y actitudes del personal de salud de Lliupapuquio para el trabajo comunitario.

La técnica del grupo focal estará dirigida para complementar la información proporcionada en las entrevistas semiestructuradas, lo cual a su vez, permitirá triangular la información proporcionada en las entrevistas semiestructuradas. Está dirigida al equipo completo de salud que trabaja en el puesto de Salud de Lliupapuquio.

Finalmente, se utilizará fuentes de información secundaria, para ello realizaremos la revisión documental del Plan para el Desarrollo de Capacidades en Salud 2012-2015 - Dirección Ejecutiva de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos de la Dirección de Salud Apurímac II.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Universo:**

El universo estaría constituido por 83 trabajadores de salud, de los establecimientos de salud del Ministerio de salud del distrito de San Jerónimo y Microred de salud San Jerónimo, al cual pertenece el Puesto de salud de Lliupapuquio.

- **Método de muestreo**

Por tratarse una investigación de tipo cualitativa, se utilizará el muestreo no probabilístico y, dentro de éste, el método por juicio o conveniencia.

- **Tamaño de muestra**

El tamaño de la muestra está constituido por 07 trabajadores de salud del Puesto de Salud de Lliupapuquio: 02 enfermeras, 02 técnicos en enfermería, 01 médico, 01 obstetra, 01 odontólogo; de un total de 8 médicos, 25 enfermeras, 13 obstetras, 05 odontólogos, 23 técnicos en enfermería, los mismos que están distribuidos en los otros siete establecimientos de salud ubicados en el distrito de San Jerónimo.

Con respecto a los representantes de las organizaciones de la comunidad, está representado por el alcalde del Centro Poblado de Lliupapuquio, Presidente de la Junta Directiva Comunal, Presidente de la Junta de agua y servicio de saneamiento (JASS), 06 agentes comunitarios de salud, 02 presidentas del comité de Vaso de Leche, 02 representantes de Programa Wawa Wasi, 04 presidentas del Programa Juntos, 04 padres y 04 madres de niños menores de tres años, Directora de la Institución Educativa Inicial, Director de la Institución Educativa Primaria, Director de la Institución Educativa Secundaria.

Para esta investigación también se ha considerado a los funcionarios de la Dirección de Salud Apurímac II: Funcionario de la Dirección Ejecutiva de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos, Funcionario de la Oficina de Desarrollo de Capacidades de la DISA Apurímac II, Funcionario de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, Responsable de Promoción de la Salud de la Red Sondor, Responsable de Promoción de la Salud de la Micro red de Salud San Jerónimo.



CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

5.1.1. Conocimientos del personal de salud sobre el modelo lógico del Programa Articulado Nutricional (PAN) en el marco de la Promoción de la Salud.

El Estado peruano a través de la aprobación de la Ley 28927- Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2008-, Capítulo IV, incorpora los elementos básicos para la introducción del Presupuesto por Resultados, con la finalidad maximizar la inversión presupuestal como acción del Estado sobre la población en situación de pobreza, extrema pobreza y exclusión, ubicada en zonas rurales como Lliupapuquio, ha priorizado la aplicación de los instrumentos de diseño de intervenciones claves para el desarrollo humano como son la desnutrición infantil, la mortalidad materna y neonatal, la comprensión lectora, el acceso a servicios sociales básicos y la identidad de las personas, estableciendo una ruta para su progresiva implementación en todas las entidades de la administración pública peruana y en todos los niveles de gobierno (MEF 2008).

Así, uno de los programas estratégicos es el Programa Articulado Nutricional (PAN) cuyo principal ejecutor es el Ministerio de Salud (MINSA) y sus órganos descentralizados a nivel regional, local y comunal.

En tal sentido, los resultados de la aplicación de un cuestionario al personal de salud del Puesto de Lliupapuquio, dan cuenta de la falta de manejo de conceptos que sustentan el enfoque de presupuesto por resultados.

En la recolección de información encontramos que 5 de los 7 encuestados coinciden en que es una estrategia para la reducción de la pobreza extrema en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. Consecuentemente sucede lo mismo al preguntárseles respecto a las finalidades del Programa

Estratégico Articulado Nutricional (PAN), creen que el Programa tiene la finalidad de otorgar presupuestos para la contratación de los recursos humanos en salud y para mejorar los servicios de salud con prioridad en zonas rurales.

Seguidamente, los resultados de la encuesta aplicada para conocer la aplicación de enfoques transversales para las actividades de Promoción de la Salud en el marco del PAN, las respuestas varían entre: promoción de la alimentación y nutrición saludable, habilidades para la vida, promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, salud sexual y reproductiva, higiene y ambiente, los cuales son los ejes temáticos que aborda la Promoción de la Salud para el logro de Familias, Comunidades y Municipios Saludables.

Finalmente, los resultados de la encuesta respecto al manejo de las estrategias claves para la promoción de la salud, dan cuenta de su relativo conocimiento y aplicación de la comunicación y educación para la salud, la cual que se viene implementando por años a través de las charlas, las mismas que actualmente se denominan sesiones educativas. Otra estrategia que mencionan algunos es la abogacía, descrita como un conjunto de acciones dirigidas a las autoridades municipales de los Concejos Municipales Menores, así como los Gobiernos Locales.

La intersectorialidad es otra estrategia mencionada, la cual permite sumar esfuerzos para el logro de objetivos en común. Sin embargo no mencionan la estrategia de participación comunitaria que es pieza clave para asegurar el empoderamiento y sostenibilidad de las actividades para la adquisición de hábitos saludables en la población.

Las razones de los limitados conocimientos del personal de salud respecto a los Programas Estratégicos con enfoque de presupuesto por resultados, las finalidades del Programa Articulado Nutricional PAN, los enfoques transversales de la Promoción de Salud y las estrategias claves para la Promoción de la Salud, dan cuenta de que la currícula de formación

profesional en salud está pensada en la atención intrahospitalaria, con énfasis en el tratamiento recuperativo de la salud.

Se han minimizado las asignaturas relacionadas a la Salud Pública y más aún sus contenidos no incorporan los conceptos ni temas actuales de las Políticas Públicas que privilegian la promoción y la prevención de salud como factor clave para evitar la morbilidad de las poblaciones de niños y madres con mayores factores de vulnerabilidad.

5.1.2. Habilidades del personal de salud para el trabajo comunitario e intersectorial.

Gran parte de la política de promoción de la salud debe aplicarse a nivel comunitario, con participación activa e informada de los diferentes actores presentes en la comunidad, como: ONG, municipios, escuelas, autoridades comunales, organizaciones sociales lideradas por mujeres, así como los promotores y promotoras de salud (Francke 2006).

Al respecto, los estudios demuestran la importancia de un enfoque multisectorial en la resolución de los problemas de salud los cuales, generalmente son de alta complejidad, por tanto resulta difícil que puedan ser resueltos por acciones exclusivas del sector salud.

En ese sentido, tal afirmación es corroborada por un investigador social, quien manifiesta :

[...] la revisión de la mayoría de casos muestra cómo las intervenciones desde fuera del sector salud pueden tener impacto sobre la salud materno infantil inclusive superior al de las intervenciones sectoriales

específicas, las que además han mostrado cierta incapacidad para llegar a los grupos más desfavorecidos ²⁸

En tal sentido, personal de salud del puesto de Lliupapuquio ha tomado contacto con diferentes organizaciones de la comunidad, entre ellas a las autoridades comunales y organizaciones sociales de base con la finalidad de informar respecto a la alarmante situación de la desnutrición de los niños de la comunidad, tal como dan cuenta sus testimonios recogidos mediante entrevistas.

“Según la información del personal de salud de la Posta de salud el 80 a 85% de los niños tienen desnutrición crónica en Lliupapuquio.... Casi la mayoría seguro habrán unos cuantos que no tienen desnutrición. ...es por falta de una buena alimentación no mejoran su peso y talla, los niños no crecen, los niños se enferman frecuentemente, porque no soporta su cuerpo. En la escuela los niños no rinden eso quiere decir que los niños no captan cuando el profesor enseña, no atiende las clases está distraído”. (Presidente de la Junta Directiva Comunal Lliupapuquio)

En tanto que el alcalde de Lliupapuquio añade otras causas de la desnutrición

[...] “Los campesinos más se preocupan en sus chacras. Las cosechas no rinden tanto, por ejemplo la papa ahora está barato y ya no les sale ya (a cuenta) por falta de un empleo, por falta de ingresos económicos.... Las consecuencias de la desnutrición crónica es más que nada en el estudio, los niños no graban como debe ser, tienen retardo mental”.

[...] “de mi parte yo creo que no es así porque desde antes nosotros éramos 7 hermanos y yo creo que no había esa dificultad cuando el profesor te enseña con amor si captas si aprendes y otra dificultad es que los niños tienen otro idioma materno y los profesores enseñan en

²⁸ VALDIVIA, Martín y Juan Díaz 2007 “La salud materno-infantil en el Perú”. En GRUPO DE ANÁLISIS PARA EL DESARROLLO (GRADE). Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: Fondo editorial.

castellano, entonces eso es un poco dificultoso y eso le culpa a la desnutrición o a la anemia”

De igual manera con las lideresas y madres beneficiarias de los programas sociales:

“Sobre la desnutrición nos dan charlas en la posta para decirnos a todas que nuestros niños tienen anemia, tienen bajo peso y cuando los niños tienen anemia bajan de peso y no pueden recuperarse fácilmente y nos dicen que les hagamos comer sangre, carnecita”. (Presidenta del Comité Programa vaso de leche sector Pacobamba).

“Dice en la comunidad de Lliupapuquio hay bastantes niños desnutridos seguro por eso es que hay apoyo para los niños de Wawa Wasi, porque los niños están en rojo (se refiere al crecimiento por debajo de la curva normal de crecimiento de talla/edad). La desnutrición es cuando el peso y talla falta porque desde el embarazo por falta de alimento el niño ya nace desnutrido, cuando no come le da anemia y no le da ganas de comer y baja de peso. Para evitar eso y para que no les dé gripe debe comer fruta y verdura, y para que no tengan desnutrición se debe comer carne, pescado, queso para que aumente de peso, leche y huevos para que aumente de talla”. (Presidenta del comité Programa vaso de leche sector central y madre cuidadora de Wawa Wasi)

Tal como se evidencia, la información sobre los factores que inciden en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, la información proporcionada por el personal de salud, tiene un enfoque netamente alimentario e inmediatista, a ello añaden que las madres son muy descuidadas.

En tanto que las evidencias científicas demuestran que la desnutrición es un problema complejo y multicausal, depende de la integralidad de factores como: la nutrición, la salud, la higiene, la estimulación y la protección contra daños, los cuales están directamente relacionados con el ambiente en el cual el niño, se gesta crece y desarrolla (UNICEF 2005).

Al respecto el presidente de la Junta Administradora de Agua y Saneamiento (JASS), menciona:

[...] “he escuchado hablar de la desnutrición crónica, es...por falta de alimentación y aunque se alimenta no mejora, eso es lo que comentan el personal de salud en una Asamblea a los padres y madres de la comunidad. Por eso el agua debe estar clorado... limpio, los niños deben tomar agua hervida a pesar que está clorado. Dice de 100 niños del 97% están desnutridos así nos han informado los de salud.”

Sin embargo, pasada esta fase no se ha llegado a acuerdos concretos con los actores presentes en la comunidad para evitar la presencia de nuevos casos y reducir la incidencia de la desnutrición crónica.

No se analizó otros factores determinantes como la mejora de prácticas de nutrición, salud, higiene, y estimulación del desarrollo a nivel de las familias de la comunidad, como tampoco se tuvo en cuenta los factores que limitan el acceso y la calidad de la atención de gestantes y niños al servicio de salud y otros servicios relacionados como el acceso al agua segura y la falta del servicio de saneamiento básico, mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de las viviendas, en el cual se incluya ambientes libres de humo.

[...] “después de ello no nos hemos reunido entre autoridades, ni tampoco el Alcalde, Presidente de la comunidad se ha interesado, sólo nos hemos quedado con la recomendación de los que han capacitado que no llevemos a vender nuestros productos porque son muy alimenticios. Tampoco hemos hecho un plan de trabajo ni nada después de la charla”. (Ex Presidente de la comunidad)

“Han hecho visitas domiciliarias pero no sé qué resultados habrán encontrado no me han informado. Hemos acordado para este año continuar con las visitas domiciliarias, pero no hemos hecho ningún plan de trabajo”. (Alcalde del Centro Poblado)

“En este año en el mes de enero nos hemos reunido todos las autoridades junto con las representantes del Programa Juntos y nos hemos puesto de acuerdo para que nos informe a toda la población sobre qué es la desnutrición, por qué de dónde viene... Pienso que como aquí en el campo nosotros vivimos de nuestra agricultura de nuestra ganadería...¿ de eso viene la desnutrición?... ¿Será porque vivimos en el campo y no en la ciudad? Yo creo que nos falta más orientaciones, capacitaciones. Además cuando el personal de salud capacita sólo hace llamar a las madres... a ellas nomás les capacita”. (Presidente de la Junta Directiva Comunal)

En tanto que con los docentes de las instituciones educativas han desarrollado actividades puntuales para incentivar hábitos saludables como el lavado de manos, cepillado dental, disposición de residuos sólidos en los alumnos.

De acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud, en una escuela saludable se promueve una cultura de salud, estilos de vida y espacios saludables a través de una gestión participativa y democrática de la comunidad educativa en la que están incluidos los alumnos, docentes y padres de familia (MINSA s/a).

[...]” Dentro del plan de trabajo estaba previsto la elaboración de tachos de basura, pozo para almacenar las basuras..... También lavado de manos y biohuertos se ha sembrado cebolla, betarraga y otros productos para esto mismo hagan en sus casas e incrementen el uso de verduras para variar su dieta”. (Directora de institución educativa inicial)

“En ese plan estaba contemplado, la higiene personal de los, niños, la limpieza del local escolar, elaboración de los jardines, huertos. “Las enfermeras nos han hecho la demostración del lavado de manos primero para los docentes y luego para los niños. Hace tres o cuatro años eran más dejados pero ahora está habiendo bastante incidencia”. (Docente Institución Educativa Primaria)

“Como parte de las actividades del plan de trabajo, está considerado la implementación con tachos de basura en cada aula y a nivel de la institución educativa. Pero la dificultad para mantener limpios los ambientes de la institución es que no hay personal de servicio, otras actividades no se cumplieron debido a que carecemos del abastecimiento de agua. Otra acción que hemos realizado, son pozos uno para plásticos y otro para papeles para luego quemarlos”. (Ex Director de institución educativa secundaria)

Respecto a las formas de incentivar la elección, formación y participación de los agentes comunitarios de salud (ACS), usualmente conocidos como promotores de salud, no se respeta la libre y democrática elección de la comunidad, sino que se ha tomado la estrategia de atribuirse la decisión de nombrar a las presidentas del Programa Juntos, para que asuman directamente el cargo de promotoras de salud, lo cual deslegitima el sistema de elección de autoridades comunales, por tanto la Asamblea y la población mayoritariamente masculina desconoce quién o quiénes son los promotores de salud, con excepción de un promotor en particular, quién además asume el cargo de conserje del local del puesto de salud y recibe una pequeña propina de parte de la alcaldía del centro poblado menor.

La decisión unilateral de parte del personal de salud para la designación de las presidentas del Programa Juntos como promotoras de la salud, es debido a que ellas tienen poder de convocatoria.

Otras razones para que se nombren agentes comunitarias de salud a las integrantes del programa JUNTOS es porque la transferencia de dinero a las usuarias del Programa está condicionado al cumplimiento de ciertos compromisos como que la madre debe acudir al establecimiento de salud para los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) de los niños y niñas menores de cinco años, y en el caso de las gestantes, para los controles prenatales, así como la atención del parto en un establecimiento de salud.

Al respecto, según el actual modelo de atención integral basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) aprobado recientemente por el MINSA²⁹, los agentes comunitarios de salud (ACS), asumen un rol protagónico en el fortalecimiento de la relación entre la comunidad, el establecimiento salud y demás actores sociales, contribuye a una adecuada prestación de servicios, por medio de la capacitación a la comunidad en la prevención de enfermedades, entre otros temas (MINSA 2011).

Sin embargo, esta forma de enfocar la contribución de trabajo voluntario del promotor de salud no hace más que extender los servicios recuperativos y preventivos antes que buscar reducir los factores de riesgo, que son gran parte de la raíz del problema de la desnutrición crónica (Francke 2006).

“Trabajo 4 años desde que entré a ser beneficiaria y presidenta del programa Juntos, me eligieron las madres beneficiarias del Programa, cuando sometieron a votación me eligieron en presencia de la señora de la Posta de salud, como soy muy activa me dijeron que yo continúe en el cargo”. (Promotora de salud sector Ñahuincucho)

“Soy además de Promotora de salud, lideresa del Programa Juntos. Soy promotora desde el 2010. Me han elegido las madres beneficiaras del programa Juntos en una reunión y las señoras de la posta estaban ahí también, las enfermeras son las que me han puesto, no ha sido mediante elección comunal ” .(Promotora de salud sector Pacobamba)

[...] “los doctores no más en una reunión con madres les dijeron ellos son vuestros promotores, pero sin conocimiento de la Asamblea de la comunidad. Ellos nos han dicho apóyennos, ayúdenos. Eso pues debió ser con conocimiento de la comunidad, porque nos dicen: por su cuenta pues habrán entrado diciendo, por eso es que no nos valoran, porque justamente para sentirme valorado, debería tener una credencial para poder hablar a la comunidad en las reuniones por ejemplo cuando hay reuniones de Juntos, para que me permitan hablarles, si no hay ninguna

²⁹ El Documento Técnico Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, fue aprobado por el Ministerio de Salud según Resolución Ministerial el 14 de junio de 2011.

credencial mi palabra pierde valor por sí misma”. (Promotor de salud sector central)

Los tres testimonios anteriores dan cuenta de la falta de observancia que le da el personal de salud a los protocolos para la elección de representantes comunales como es el caso del promotor de salud, ello se traduce en la falta de respaldo de la población y la poca valoración de su contribución voluntaria a favor de la salud de población.

Además de la elección democrática en una Asamblea Comunal en presencia de las autoridades en cada centro poblado y con el consenso de la mayoría de los pobladores, exigen un reconocimiento formal a través de una credencial para efectos de otorgarle la autoridad necesaria como representante de su comunidad ante los demás actores presentes en la comunidad.

[...] “no sé quiénes serán los promotores de salud, ¿no es el que cuida la posta?. A él seguramente lo han elegido en una asamblea toda la comunidad para que avise cuando hay una emergencia o cuando estamos mal, sobre todo en las noches, cuando no está presente el personal de salud “. (Madre de niño menor de cinco años)

“¿Creo que ya no hay promotores de salud aquí en la comunidad? Los años anteriores si he visto pero este año no (no existen) más bien hay más trabajadores de salud y creo que ya no forman a los promotores. Antes sí se elegía a los promotores en Asamblea, nosotros pedíamos que hayan promotores para que cuando haya cualquier emergencia ellos lleven a los enfermos”. (Padre de niño menor de cinco años)

Existe la percepción equivocada que debido al incremento de personal de salud ya no es necesaria la participación de los agentes comunitarios de salud, además es reconocido su rol utilitario para trasladar a los enfermos que requieren de una atención de emergencia durante las noches cuando el personal de salud no se encuentra en el establecimiento de salud.

[...] “no sé quienes serán los promotores. Creo que ellos (se refiere al personal de salud) eligen al promotor cuando les hacen llamar a la posta y entre las señoras de JUNTOS eligen. No eligen en nuestra presencia, ni tampoco nos hacen llamar para convocar a una Asamblea”. (Ex presidente de la Junta directiva comunal)

Las jornadas de capacitación a los promotores de salud está a cargo tanto del personal de salud del puesto de salud Lliupapuquio, pero ha habido capacitaciones centralizadas en la Microred de San Jerónimo, las mismas que originaron algunos inconvenientes para la asistencia a las capacitaciones relacionadas con las facilidades para el transporte desde la comunidad como para su retorno. Estas dificultades ocasionan desmotivación para el trabajo voluntario, más aún cuando no se tienen en consideración que en condiciones de pobreza no se puede sacrificar los exiguos recursos económicos de los promotores.

“Nosotros vamos a capacitarnos con nuestro propio dinero o a veces las madres del Programa Juntos tienen que poner un aporte de 50 céntimos para nuestros gastos cuando comunican que en San Jerónimo hay capacitaciones. Ya va a ser un año que no me convocan para ir a las capacitaciones en San Jerónimo, sólo me hacen llamar para ir a la capacitación que convocan aquí en la Posta de Lliupapuquio. La última capacitación fue el pasado 19 de marzo de este año”³⁰. (Promotora de salud sector Pacobamba)

“Las capacitaciones duran todo el día, no nos reconocen el pasaje de ida y vuelta por eso van los que quieren. Antes sí nos daban pasaje, ahora ya no, luego con tanto reclamo recién nos vienen a recoger la camioneta del centro de salud. Cuando gastamos 6 soles el pasaje de ida y vuelta eso no reconoce la comunidad. No nos reconoce ni exonera la comunidad, sino asistimos nos cobran multa”. (Promotor de salud sector central)

³⁰ La capacitación a la que hace referencia el testimonio es en el año 2012.

“Una vez nos han capacitado en San Jerónimo y nos dieron pasajes, pero en otra vez fuimos con nuestro propio pasaje”. (Promotora de salud sector Ñahuincucho)

El contenido temático de las capacitaciones no está concebido bajo una planificación previa, no tienen una visión de formación integral, carece de objetivos en función de un diagnóstico previo de prioridades para el corto y mediano plazo. Su función se limita primordialmente a la convocatoria de madres con niños menores de cinco años para su control de crecimiento y desarrollo y a la captación de madres gestantes, como parte de los compromisos asumidos por ser beneficiarias del Programa de Apoyo a los Más Pobres (JUNTOS).

Respecto a ello, el documento técnico para el trabajo con agentes comunitarios de salud, explicita que la propuesta de fortalecimiento comunitario no sólo consiste en la transferencia de conocimientos, sino que busca promover su derecho ciudadano a participar en el cuidado de la salud y ocupar un espacio importante a nivel comunitario, busca fortalecer sus capacidades y potencialidades para el liderazgo y constituirse en un actor de desarrollo local, incorporándose en otros espacios de participación ciudadana, como la Mesas de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, Comités de Coordinación Regional, Comisión Nacional de Voluntariado Comunitario y otros que posibiliten el ejercicio de la ciudadanía, deberes y derechos (MINSA 2007).

[...] “la última vez que fui a la capacitación fue en diciembre del año pasado (2011), y fue sobre que las gestantes no estaban cumpliendo con los controles, que había casos de neumonía, que nosotras deberíamos exigir para que vengan a la posta. Las capacitaciones son en la posta”. (Promotora de salud sector Atumpucro)

“Cuando mandan tareas para hacer no podemos lograr hacer todo lo que nos piden, por ejemplo ellas nos dijeron que debemos llevar en papel los

nombres de las gestantes, cuántos meses tienen; pero las señoras se ocultaban, ninguna nos quería decir nada, rumoreaban diciendo: ¿para qué ellas quieren saber si estamos gestando o no? qué les importa a ellas que estemos como estemos, diciendo se molestaron con nosotras y ese papel no hemos presentado a las señoras de la posta”. (Ex Promotora de salud sector Pacobamba)

Los testimonios dan cuenta de que las capacitaciones a los promotores de salud son de corte utilitario, con énfasis en el reporte de casos de gestantes nuevas y niños enfermos, restando así su liderazgo y su participación activa como ciudadanos y agentes de cambio con capacidades para promover el desarrollo de sus comunidades.

Carecen de un sistema de acompañamiento posterior a las capacitaciones, tal como reportan las entrevistas a los agentes comunitarios de salud.

[...] “para hablar en las asamblea, me doy una escapadita, voy rapidito nomás, siempre voy sola... no me acompañan los señores de la posta, porque no saben cuándo será la reunión o a veces son los domingos las asambleas y ahí un ratito aprovecho”. (Promotora de salud sector Central)

5.1.3. Actitudes del personal de salud para el trabajo comunitario

La disposición para realizar trabajo comunitario extramural de parte del personal de salud se ve notablemente limitada porque no encuentran las facilidades necesarias para desarrollar actividades preventivo promocionales debido principalmente a la demanda de atención asistencial en el Puesto de salud, la falta de movilidad para desplazarse a las comunidades distantes y en algunos casos el desconocimiento de la lengua local para comunicarse con los pobladores. En general, le restan importancia al conocimiento de la cultura local, así como el idioma nativo, manifestando que son ellos los que se perjudican por no saber comunicarse en idioma español. En efecto, la diferencia cultural pareciera explicar muchas de las barreras observadas en el

acceso a los servicios de salud, sin embargo el Ministerio de Salud invoca la práctica de la interculturalidad en la práctica de atención al usuario, especialmente en aquellos situados en las zonas andinas rurales, las cuales estuvieron excluidas por décadas y en las cuales persisten problemas de salud como la desnutrición el cual debe ser abordado integralmente con respeto a la cultura local, y la medicina tradicional, con mucha significación en las justas reivindicaciones de los pueblos originarios e indígenas como Lliupapuquio (Ramírez 2010).

“A pesar que Lliupapuquio es un lugar cercano a la ciudad, sigue siendo arraigado, muy primitivo todavía ellos tiene una cultura diferente a pesar que estamos cerca a la ciudad, la crianza de los niños todavía es a la antigua, no es una comunidad civilizada, educada. Las personas de la comunidad primero confían en la medicina tradicional y ya cuando no resulta recién acuden al establecimiento de salud”. (Profesional no médico del Puesto de salud)

Como es posible notar en las afirmaciones del personal de salud, no menos significativo es el conflicto que se suscita en las personas de origen étnico quechua que han accedido a la educación superior universitaria, y que al retornar a su provincia natal convertidos en profesionales o técnicos en salud, por efecto de las influencia del conocimiento, la urbanización y nuevas experiencias, cuestionan el empirismo de muchas prácticas tradicionales, adoptando una postura crítica de superioridad que muchas veces se traduce en actitudes despreciativas o de mal trato a los usuarios de los servicios de salud.

Asimismo situaciones de desencuentro o conflicto se da con los profesionales de salud, quienes mayoritariamente proceden de ciudades y manifiestan abiertamente desconocer los modelos culturales locales y, sobre todo, cuentan con una formación sumamente biomédica, formación en la que entre lo científico y la creencia existe una gran brecha que impide cualquier tipo de acuerdo entre ambos conocimientos (Ramírez 2010).

“Con respecto a la cultura el idioma... el ser quechua hablante es una dificultad para ellos, sí. La idiosincrasia de la gente de aquí... las personas del campo tratan de curarse con medios naturales o creen en las cosas antiguas. Con respecto a la medicina alternativa andina, no conozco mucho de eso. De personas que se dedican a curar solo he escuchado que hay uno en central. No veo la necesidad de integrarlos al sistema de salud, porque el tipo de medicina que practicamos en los centros de salud es diferente.

No hablo quechua yo no soy de acá, yo soy de Lima, en la universidad no enseñan quechua, porque en Lima no se practica. El quechua es un idioma que en Lima y en otros lugares no se practica, todos los libros y todo está en castellano, el quechua es para que conversen entre ellos, pero tienen que saber castellano. Si tú acostumbras a hablar el idioma que tienen para llegar, por una parte es bueno porque puedes llegar a la población, pero por otra parte acostumbras a que no progresen, yo no tengo nada en contra del idioma, pero la mayoría de cosas se manejan en castellano y se lee y escribe en castellano, ya las cosas no se hacen en quechua, cuando bajan a Andahuaylas al hospital, el médico que viene no te habla en quechua te habla en castellano, la dificultad que tienen es que no entienden las indicaciones, no sigue el tratamiento, no siempre se puede estar buscando un traductor, en todo caso, para la periferia se debería buscar personal de salud que hable quechua.

No vas a encontrar un médico que hable quechua”. (Profesional médico del Puesto de salud)

“No entiendo ni hablo quechua, pero sí creo que el personal de salud debería saber el idioma, en mi caso lo he sentido y ha sido una necesidad para mí, porque me he cohibido de hablarles, explicarles, de recomendarles muchas cosas y convencerlos que vengan aunque sea dos veces al año, pero no he podido, para mí si ha sido un gran necesidad saber hablar”. (Profesional no médico del puesto de salud)

“No hablo tanto quechua pero entiendo perfectamente, creo que en las consejerías me hago entender con las madres. Pienso que es esencial que el personal de salud hable el quechua, sino la mamá no me va a

entender y va a seguir la desnutrición y la anemia. Los serumistas³¹ no hablan nada de quechua además en mi consultorio tengo mis dibujitos y con eso les enseño a las madres”. (Profesional no médico del puesto de salud)

Al respecto la iniciativa promovida por la Organización Panamericana de Salud (OPS) denominada, Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015 señala que los recursos humanos constituyen la base del sistema de salud, además que son los principales ejecutores de las políticas de salud. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial para el aseguramiento del acceso equitativo a los servicios de calidad a toda la población (OPS 2005).

En este contexto el Ministerio de Salud viene implementando la reforma del sector, uno, de cuyos componentes es el fortalecimiento del primer nivel de atención con énfasis en la atención primaria de salud, mediante el cual se busca dotar servicios de salud a los grupos de poblaciones de extrema pobreza, situados en zonas rurales del territorio nacional, favoreciendo acciones con enfoque de prevención y promoción que conlleven el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos sociales socialmente excluidos. Para iniciar con el proceso se desarrolló un estudio de línea de base el cual incluyó visitas de campo a los establecimientos de salud, en una de cuyas conclusiones menciona:

El primer nivel de atención no está asumiendo en forma adecuada su rol de ser la puerta de entrada al sistema de salud por su débil funcionamiento y su interrelación con los otros niveles de atención, expresión que refleja las debilidades del sistema de salud peruano, lo que restringe la solución de las demandas y necesidades de la población a menos del 80%, teniendo esta última un comportamiento orientado a buscar atención principalmente cuando siente haber perdido la salud, es decir cuando está enfermo, motivando un comportamiento similar en los

³¹ Se refiere al profesional de salud que presta sus servicios en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, denominado SERUMS por espacio de un año luego de haber obtenido su titulación.

servicios de salud dirigido a tender el daño, rebasando por ende su capacidad de atención y resolución (MINSA 2011).

“Soy responsable de Familias Saludables desde el año pasado, sobre la forma de designarnos la responsabilidad era ... casi obligándonos porque nadie quiere llevar Promoción de la Salud porque es de mucha responsabilidad y si uno quiere trabajar como debe ser, es muy trabajoso, se requiere mucho tiempo. Y además que tenemos otros programas que llevar y poniendo en porcentaje, más nos dedicamos a la parte asistencial. Otras dificultades son los horarios, porque para reunirlos o visitarlos tendríamos que madrugar 5 o 6 de la mañana, cuando vamos después de las 8 de la mañana ya no les encuentras hasta pasadas las 5 de la tarde cuando vuelven de sus chacras. No tenemos una movilidad, nos demoramos más en caminar que cumplir con la actividad”. (Técnico de salud del Puesto de salud Lliupapuquio)

“Necesito de la compañía de alguien como el promotor de salud para que me guíe. Yo solo he salido pocas veces porque la mayoría del Sector de Atumpucro habla quechua”. (Profesional médico del Puesto de salud)

Asimismo, pese a la existencia de la ley 23330, la cual literalmente señala que el objetivo del SERUMS está orientado a desarrollar actividades preventivas promocionales en establecimientos de salud ubicados en los ámbitos rurales y urbanos marginales de país.

“No nos han dado Programas a los serumistas, porque son cargos de mayor responsabilidad y los debe llevar personal de planta”. (Profesional no médico del Puesto de salud)

Tal normativa no se cumple debido a que la demanda del trabajo asistencial desborda sus capacidades para operar fuera del establecimiento.

“Una dificultad es el reducido número de personal de salud, no se abastecen para hacer actividades preventivo promocionales, no es fácil salir cuando hay sobrecarga de pacientes en el establecimiento de salud.

“El médico menciona que la particularidad de la población que es demasiado grande, la demanda de atención sobretodo en las mañanas no permite realizar actividades y te imposibilita ausentarte del puesto por varias horas, además necesitas de la compañía de alguien como el promotor de salud para que te guíe. Yo solo he salido pocas veces porque la mayoría del Sector de Atumpucro habla quechua”. (Grupo Focal con personal de salud Lliupapuquio)

Frente a esta situación, se optó por la sectorización, mediante sorteo, como una estrategia mediante la cual todo el personal de salud se responsabilice de un sector de la jurisdicción del Centro Poblado. Esta última estrategia tampoco funcionó debido a que según la programación de la DISA para las actividades de Promoción de la Salud a partir del año 2011 es el 100% de familias con niños menores de tres años del total de la población adscrita.

“Hemos realizado muy pocas actividades extramurales, con la comunidad misma muy pocas, más hemos trabajado con la escuela y con el colegio, los Wawa Wasi, y con las mamás de Juntos. Cada mes se les da charlas sobre violencia familiar y otros temas más, en los Wawa Wasi, se da charlas sobre higiene, lavado de manos.

Las charlas se dan en el frontis de la posta. En los colegios se dan a los padres, alumnos y a los docentes”. (Profesional de salud del Puesto de Salud Lliupapuquio)

Con respecto a la disposición que tiene el personal de salud para el trabajo comunitario, según lo manifestado por las autoridades, no hay una coordinación previa para incluir los temas de salud en la agenda de la Asamblea de la comunidad, la participación del personal de salud se ve interrumpida por los pobladores, quienes exigen calidad de atención, y trato respetuoso sobre todo a las mujeres quechua hablantes, quienes para cumplir las citas del control de crecimiento y desarrollo y el calendario de vacunación de sus niños, tienen que acudir desde tempranas horas del día,

siendo el promedio del tiempo de espera para la atención de aproximadamente cuatro horas.

Para afrontar estas dificultades, el nuevo modelo de atención integral de salud formulado desde el Ministerio de Salud, estipula que:

“Las normas de atención de salud vigentes reconocen que la discriminación por motivos de género, raza etnia u otros factores en un determinante social de la salud...De allí surge la obligación de velar por que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles -en particular- a estos grupos en estado de vulnerabilidad...Según esta lógica, se han identificado como grupos prioritarios para la protección y garantía de sus derechos, las mujeres, las niñas y niños pobres de los grupos andinos y amazónicos que viven en zonas rurales...” (MINSA 2011).

Para que el control de crecimiento y desarrollo de los niños sea exitoso debe ser de calidad, ello implica no sólo preparación técnica sino también las actitudes que tiene el personal encargado de la atención para con la madre, pues ello determinará en gran medida la decisión de la madre para acudir o no al servicio de salud, esto será posible, siempre en cuando, ella sienta confianza en la persona que la atiende, entienda el lenguaje que le hablan, siente que escuchan atentamente los problemas en la crianza del niño y finalmente buscar alternativas de solución con la participación de la madre teniendo en cuenta sus costumbres y recursos (UNICEF 2005).

Respecto a las dificultades que las madres de los niños tienen para conseguir atención en el establecimiento de salud, las autoridades mencionan:

“A nosotros las autoridades nos llegan muchas quejas del personal de salud, dicen que no atienden bien, no atienden rápido, las madres hacen colas para la atención de sus niños desde las cinco de la mañana. Por ello nosotros (autoridades) hemos llamado la atención de los trabajadores de salud y ellos ahora ya casi no nos escuchan. El personal de salud dice

que la atención para cada niño es de 40 a 45 minutos por persona, entonces sólo pueden atender a 6 o 7 niños por día”. (Presidente Junta comunal de Lliupapuquio)

“Cuando van las señoras con los niños no les atienden bien, llegada la hora de atención, entre ellos tienen reuniones que duran una o dos o tres horas y no hay atención. De las 8:00 am que llegan, la atención recién inicia a las 10:00, 10:30 am recién hay atención y hasta eso uno tiene que esperar, no atiende oportunamente.... a veces en nuestro delante vemos que a las señoras no les atienden porque no saben ni entienden quechua, dicen ¡espera un rato! Y las señoras ya tienen miedo de volver a insistir, en cambio para los varones que sabemos hablar en castellano y exigimos, la atención es más rápida”. (Ex presidente de la comunidad de Lliupapuquio)

“Para este año nos han quitado a dos enfermeras y tenemos que ir a hacer cola para el turno desde las 4 de la mañana para el control de peso y talla. Ahora con eso de Juntos, tenemos que llevar mensualmente al control porque de lo contrario nos sancionan cortando la pensión y con esa amenaza las señoras se llenan en la posta. La atención demora demasiado y cuando reclamas se molestan, por ejemplo las que vamos a las cuatro de la mañana alcanzamos atendernos a las 12 del mediodía, si no vas a esa hora te quedas hasta las 5 de la tarde”. (Madre cuidadora de Wawa Wasi)

Aunque han habido avances en los últimos años respecto a reducir las barreras de acceso a los servicios de salud de parte de la población de las zonas rurales, los testimonios dan cuenta de que aún persisten las barreras idiomáticas, culturales, administrativas las cuales constituyen limitaciones al mismo tiempo que origina desmotivación y desánimo para que las madres lleven a sus niños para sus controles de crecimiento de niño sano.

Asimismo da cuenta de un trato discriminatorio a las mujeres para quienes la atención no es pronta ni con el mejor esmero, lo cual ha originado el reclamo

de las autoridades, pero sin respuestas concretas de parte del personal de salud ante la demanda de la población por una mejor atención.

El trabajo con las lideresas de los programas sociales se limita a recordarles los compromisos asumidos al ser beneficiarias del Programa Juntos, y para aprovechar estas reuniones para ubicar a los niños que no han asistido al control o faltan vacunar para de esta manera cumplir las metas en vacunación o controles de crecimiento y desarrollo.

“Nos hemos reunido con las señoritas de la posta dos o tres veces en el año. Ellas vienen a nuestras reuniones por propia iniciativa cuando falta vacunar niños o para que vayan a la posta para su control, con una lista vienen y aprovechan la reunión para vacunarnos a nosotras también. (Ex presidenta del Programa Juntos sector central)

“No coordinamos con el personal de la posta, tampoco ellos nos proponen para trabajar, además no tenemos mucho tiempo con los quehaceres de la casa, los animales, la chacra. Este año la atención en la posta ha mejorado, los años anteriores nos trataban mal, nos decían: ustedes sólo sirven para traer hijos a este mundo,. No queremos que hablen mal de nosotros a los que tienen esas costumbres sea profesor o personal de salud llevamos los reclamamos a San Jerónimo para que los cambien”. (Presidenta de Vaso de leche sector Pacobamba)

Asimismo las lideresas de los programas sociales ven cómo sus esfuerzos se diluyen cuando la única estrategia planteada para la mejora de la situación nutricional es las visitas domiciliarias a las madres beneficiarias de los programas sociales y por el contrario sólo crean resentimiento y frustración entre ellas.

“La coordinadora ha dicho que nos vamos a juntar con los de la posta y los de Juntos para andar aunque sea de casa en casa, desde los años pasados....Las madres Guías son las que hacen visita para ver qué cocinan, cómo comen, pero algunas las madres nos dice, que tanto nos

fastidia, nosotros criaremos pues a nuestros hijos como sea, será para nosotros”. (Tesorera del comité de Wawa Wasi)

“El año pasado hemos ido de visita hasta casa en casa para ello nos repartimos entre los miembros secretaria, tesorera, vocal”. (Presidenta Programa JUNTOS)

Los padres de familia de los niños menores de cinco años manifiestan haber sido informados respecto al Programa Familias Saludables, impulsado por la Municipalidad Distrital de San Jerónimo, en el periodo de 2010 y 2011.

El mencionado proyecto contempló la instalación de biohuertos y la construcción de piletas, pero manifiestan desconocer los criterios que han tenido para elegir a las familias beneficiarias.

“Eso ha empezado el 2010, han hecho sus biohuertos, han hecho su lavadero, han construido un pozo para que echen papeles. Mi familia también estaba considerada ahí estábamos. Han elegido cuando ha venido una ingeniera de San Jerónimo, y en la asamblea los que querían acoplarse a eso entraban, el que quiere trabajar con familias saludables....Cuando nos hablaban de la desnutrición dice que hay que dar de comer el apio, la betarraga, lo que es verduras y comiendo todo eso los niños ya no estarían desnutridos... sí eso nos han dicho... La madre desde el embarazo tiene que alimentarse para su niño, más que nada de su biohuerto”. (Padre de niña menor de cinco años)

“Si he escuchado sobre el Programa Familias Saludables, eso trabajan para los niños, hacen huertos y para que mejores tu casa, es para recoger la basura y quemarlo, los zapatos viejos, los trapos. Yo también soy parte del programa y tengo que vivir separado de los animales... las ollas de la cocina deben estar en su sitio y en orden... El estiércol de nuestros animales lo usamos para hacer compost y con eso sembramos. No sé cómo me habrán elegido, pero ya mi nombre estaba considerado en la lista del ingeniero de San Jerónimo...hemos trabajado hace unos tres años y ahora nos han dicho que todo eso ya se terminó que ya no va a seguir”. (Madre de niño menor de cinco años)

Asimismo, está ejecutando un proyecto relacionado con la crianza de cuyes, con la finalidad de mejorar sus ingresos económicos y a la vez mejorar la seguridad alimentaria, pero no ha habido coordinaciones previas con el establecimiento de salud ni con los directores de las Instituciones Educativas.

Por otro lado el Programa Juntos ha impulsado, entre sus beneficiarias, la construcción de cocinas mejoradas.

“El programa Juntos nos ha hecho nuestras cocinas cuando hemos dado un aporte de 140 soles, también que hagamos nuestro letrina, también nos han dicho que hagamos nuestro huerto, han dicho que tengamos limpia y ordenada nuestra casa, eso mismo nos han dicho en la posta cuando había reparto de papillas”. (Madre de niño menor de cinco años)

El conjunto de estas acciones aisladas de parte de los diferentes sectores del Estado, demuestra la falta de consenso y articulación, lo cual produce confusión entre la población beneficiaria e ineficiencia en la inversión pública.

5.2. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS OBSTÁCULOS Y OPORTUNIDADES DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

5.2.1. Gestión del servicio de salud con enfoque de promoción de la salud.

A partir del año 2011 , la DISA Apurímac II, ha contratado personal para Promoción de la Salud para la Redes y Micro redes de Salud, pero sin previa evaluación de perfil profesional para que desempeñe esa labor, lo que principalmente destaca que debe tener ese personal es el simple interés voluntario para realizar trabajo comunitario, el mismo que es incentivado con

una retribución económica que incluye un porcentaje adicional de acuerdo a la lejanía del establecimiento de salud con respecto a la capital de la provincia.

Según el investigador en temas de salud, Pedro Francke, el sistema de salud peruano, en la última década se encuentra en franca tendencia de convertirse en “un sistema de pobres para pobres. Aquí la pobreza no refiere sólo a magros ingresos del personal sino a sus bajas competencias profesionales. La baja calidad de los nuevos profesionales de salud redundaría también en el bajo capital humano para el desarrollo del país, pues tanto los que atienden como los atendidos se verían limitados para el desarrollo de las potencialidades que poseen”. Este sombrío panorama en materia de gestión de los recursos humanos para el Estado peruano, es a la vez uno de los desafíos críticos para el desarrollo de los recursos humanos en salud propuesto por la iniciativa a la acción de Toronto, es “colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados” (OPS 2005).

Los testimonios presentados dan cuenta de las el manejo limitado para el reclutamiento y retención del personal de salud contratado para el Área de Promoción de la Salud.

“A partir del año 2011 se ha contratado personal para promoción de la salud en cada Microrred, antes no, sólo se designaba entre el personal asistencial alguien que haga el trabajo de promoción porque no a todos les gusta hacer ese trabajo, porque hay que desplazarse a pie por caminos de trocha y había muchas debilidades por eso...Para contratar a algún personal nuevo, se evalúa su file un poco de experiencia y si viene un personal diciendo quiero promoción la tengo que captar sí o sí y no la debo dejar ir porque, sobre todo si tiene las ganas, sobre todo eso, y viene a ofrecerse.... Para evitar la alta rotación del personal hemos optado por aumentar un poco el sueldo a los que trabajan en zonas más alejadas, para que no abandonen el trabajo por una opción mejor y también les hemos ampliado el plazo de su contrato hasta diciembre de modo que genere estabilidad”. (Funcionario Promoción de la Salud DISA Apurímac II)

“Para elegir a los responsables de promoción de la salud en los establecimientos de salud es un poco difícil encontrar personal que tenga una actitud en Promoción de la Salud, pero hay gente que se inclina para trabajar y dice yo voy a trabajar, como voluntario y viendo un poco su trabajo se le contrata, otro criterio no hay... en realidad hay muy poco personal que le guste trabajar en Promoción de la salud y sí aceptan luego de un mes así ya están renunciando”. (Funcionario Promoción de la salud Red de Salud Sondor)

Sin embargo, el personal contratado no dispone del 100% de su tiempo para hacer actividades relacionadas a la Promoción y prevención sino que destina un 30% aproximadamente de su tiempo a realizar actividades asistenciales propias de su profesión.

“Ahora el personal contratado tiene 30 % de asistencial y 70% Promoción. La DISA dispone en el contrato de trabajo que sea exclusividad, pero en el servicio, tú eres enfermera y tienes que hacer la labor asistencial de enfermería”. (Funcionario Promoción Microrred de salud San Jerónimo)

El presupuesto para la Dirección de Promoción es insuficiente, por lo cual se tiene dificultades para destinar recursos para movilidad local, alimentación de los participantes a talleres, y para la compra material de escritorio.

“Las capacitaciones con la JASS por ejemplo duran todo el día y no hay presupuesto ni para cubrir la alimentación de los participantes y yo he tenido que cubrir con mi dinero”. (Técnico de Salud puesto de salud de Lliupapuquio)

Se cuenta con indicadores de Promoción de la Salud en las tres Áreas: Familias, Comunidad e Instituciones Educativas, sin embargo por criterio de los anteriores directores en el 2010 y 2011, se han quitado los indicadores para evaluar los sistemas de Vigilancia Comunitaria que es una estrategia validada en Apurímac por el Programa Buen Inicio de UNICEF para vigilar el

crecimiento y desarrollo de los niños desde la gestación con la participación activa de la comunidad.

Los esfuerzos del Estado peruano para aplicar el enfoque de atención primaria y de promoción de la salud han cobrado especial importancia precisamente porque fomenta la participación activa de la población a favor de la salud, cuyos efectos se verán reflejados en el logro de cambios efectivos y sostenibles de prácticas no saludables (Francke 2006).

Pero en instituciones como el MINSA y sus órganos desconcentrados en las regiones, la designación de los funcionarios son cargos de confianza, muchas veces sin una experiencia previa, genera inestabilidad, alta rotación de los cargos directivos, lo que resulta en que cada administración haga el aprendizaje desde sus cargos, ello produce desalineamiento estratégico institucional

“Existen indicadores de salud en Promoción de la Salud, entre ellas están las de Municipalidades saludables, Instituciones Educativas Saludables, Comunidad y Familias Saludables y para este año se ha incorporado el tema de Centros de Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo Temprano, que el año pasado y el anteaño lo habían quitado, eso pasó porque depende de cada gestión cómo se organiza en el trabajo de promoción de la salud. Para este año se ha incorporado porque es una necesidad y para evaluar cómo se va involucrando el personal de salud, así como la familia, la población y los agentes comunitarios”. (Funcionario de Promoción de la salud Red de Salud Sondor)

“Los indicadores de promoción de la salud ahora están bien, son manejables, pero todos los indicadores son de resultado, sería bueno que le agreguen indicadores de proceso”. (Funcionario de Promoción de la Salud Microrred de salud San Jerónimo)

“Respecto al nivel de articulación con otras Instituciones que tienen objetivos comunes, tuvimos reuniones con Juntos, Wawa Wasi, Programa

Conjunto, Organización No Gubernamental (ONG) Kusi Warma, a principios de año pero luego ya no hemos vuelto a reunirnos para llenar datos para el Programa Juntos, que es fastidioso llenar para el personal de salud, pero es un gancho para atraer a las madres al establecimiento condicionadas por el dinero y ahora todas cumplen, es un mal necesario pero a la larga a quién favorece es al personal de salud, porque tengo a mis gestantes captadas, a mis niños controlados al día y en cierta forma también nos conviene. El detalle está en que Juntos debe explicar que no es necesario embarazarse para mantenerse en el Programa. Este año no nos hemos reunido a nivel de provincia”. (Funcionaria Promoción de la Salud DISA Apurímac II)

Tal como se puede notar de las declaraciones de los funcionarios de la Dirección de Salud, la designación de los funcionarios son cargos de confianza, muchas veces sin una experiencia previa, genera inestabilidad alta rotación de los cargos directivos, lo que resulta en que cada administración haga el aprendizaje desde sus cargos, ello produce desalineamiento estratégico institucional.

Por otro lado, la función de las Redes de Salud para con las Microrredes de Salud es dar soporte técnico y acompañamiento a las actividades de éstas en cada uno de los establecimientos de salud, pero esta función se ve limitada debido a que las Redes no son unidades ejecutoras, su función se limita a acopiar y consolidar información procedente de las Microrredes para remitirla, a su vez, a la DISA.

“Las limitaciones son porque la Red no es una Unidad Ejecutora sino depende de la DISA y precisamente su rol es de hacer monitoreo y eso precisamente eso, ha faltado. Cuando yo trabajaba en establecimiento han venido a visitarme los de la Red una o dos veces en el año a la Microred”. (Responsable de Promoción de la Salud de la Red Sondor)

Con respecto a las actividades de monitoreo de las actividades relacionadas con la Promoción de la Salud, existen limitaciones para realizar trabajo adecuadamente.

“El año pasado he ido a realizar el acompañamiento dos veces, pero aprovechando ir a hacer otras supervisiones más en Materno, Funciones obstétricas y neonatales (FON), Promoción ver las fuentes auditables. Lo ideal sería ir unos tres días para comprobar in situ si en la comunidad se está llevando el trabajo o no, si de verdad las familias que informan como saludable realmente lo son, pero lo único que verificamos son los papeles (actas, auto diagnósticos, reuniones, plan de trabajo) y la otra manera es mediante las acreditaciones la evaluaciones realizadas a fin de año. Antes era solo inventos no había forma de saber si lo que informan era así o no. Aparte de tiempo para acompañar a los de la periferia, hace falta que nuestras salidas sean consideradas como producción de trabajo, porque no hay cómo registrar en el sistema de información HIS, no tiene código muchas actividades que hacemos. En la Red nos piden, pero cómo voy a informar si no hay códigos y nos dicen que lo pongamos en forma narrativa. Todos los datos se ingresan al sistema menos el de promoción de la salud y no hay como sacar un reporte de cuánto se ha trabajado”. (Responsable de Promoción de la Salud Microrred de salud San Jerónimo)

5.2.2. Gestión para el fortalecimiento de capacidades en Promoción de la Salud

Para fortalecer las capacidades del personal de salud, se cuenta con el Plan para el desarrollo de capacidades en salud , el cual tuvo un proceso de validación de todas las direcciones ejecutivas de la Dirección de Salud (DISA), su contenido programático está dividido según líneas estratégicas, una de las cuales es la de Gestión Gobierno y salud, dentro de que está considerada la Promoción de la Salud, sin embargo carece de contenido temático específico en lo que respecta a la currícula de capacitación para el personal que desempeña funciones en Promoción de la Salud.

El plan está vigente desde 2012 hasta el 2015, pero carece de financiamiento para su ejecución (Revisión documental PLAN SALUD).

“A nivel del Ministerio de Salud (MINSA) se trabaja con un Plan Salud, éste contempla prioridades como la atención de emergencias obstétricas y neonatales y la reducción de la desnutrición crónica, estas prioridades son comunes para el nivel nacional, entonces lo único que se ha hecho es la adecuación de este Plan Salud.....En esta DISA lamentablemente trabajamos desarticulados, cada quien trabaja por su lado, hay un plan general pero no tenemos estadísticas de cuántos recursos humanos están fortalecidos en determinados temas, lo que sí tenemos son facilitadores en temas de emergencias obstétricas y neonatales”.(Ex funcionario Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos DISA Apurímac II)

Al respecto los testimonios dan cuenta de la falta articulación entre las diferentes Direcciones Ejecutivas dentro de la DISA, cada una ejecuta actividades de capacitación de acuerdo a criterios propios o según disponga cada Dirección desde el nivel central. En otros casos existe desconocimiento de la existencia de un Plan para el Desarrollo de Capacidades en Salud.

“No tenemos un diagnóstico de necesidades de capacitación para el personal responsable de Promoción de la Salud, no sabemos quiénes están fortalecidos en determinadas áreas y a quienes les falta. Capacitamos de acuerdo a la necesidad de cada Área”. (Funcionario de Promoción de la Salud Red Sondor)

“Para el Diplomado de Atención Integral, organizado por el Programa Conjunto, hay un equipo básico seleccionado en cada Micro Red, para ello se ha preferido a los plazo fijo y nombrados para que tenga sostenibilidad y aplicar lo aprendido. El objetivo no lo conozco bien pero creo que es para apoyar la promoción de salud para cambiar un poco el enfoque curativo a la parte de promoción”. (Funcionario de Promoción de la Salud DISA Apurímac II)

Respecto a los criterios de selección de personal a capacitar, así como la elección del contenido temático, los testimonios dan cuenta que se elige al

personal con estabilidad laboral, pero sin tomar en cuenta que es también importante su motivación y compromiso para lo aprendido se aplique y sirva para que mejore la atención a los usuarios de los servicios de salud. De igual manera no se cuenta con un contenido curricular con enfoque por competencias, lo cual permitiría formar al personal que trabaja en Promoción de la Salud con un perfil definido.

“En el 2011, para implementar familias comunidades saludables habrán habido dos o tres capacitaciones, para uno han venido del nivel central y los otros los responsables de promoción de la DISA. Hay cursos donde sólo llaman a los responsables de la Microred y luego damos la réplica a los responsables de las áreas: familias, escuela, comunidad”
(Responsable de Promoción Microred de salud San Jerónimo)

Existe una brecha de formación y capacitación para personal que se encuentran los Puestos de Salud como Lliupapuquio, para quienes sólo se consideran réplicas con contenidos escuetos de los Talleres de Capacitación brindados para personal de las Microrredes de Salud cuya sede es la capital de distritos, generalmente. Esta forma de transmitir información no es la más adecuada, pues el personal tiene dificultades para su implementación y más aún cuando no se tiene un acompañamiento cercano de parte de los que tienen un mejor manejo de los contenidos.

Si bien es cierto que el personal de salud se capacita cada año, no se tiene un registro de las personas capacitadas, los temas en los que fueron capacitados, ni mucho menos si el aprendizaje teórico en la capacitación fue puesto en práctica o no, no hay un proceso de retroalimentación, ni acompañamiento al personal capacitado. Los reportes de las actividades se limitan a fuentes como Actas de reunión, informes y fotografías.

“Nuestra debilidad está en el acompañamiento para comprobar que tanto de lo aprendido se aplica en los establecimientos de salud, eso es lo que está faltando”. (Funcionario de Promoción de la Salud DISA Apurímac II)

“La primera limitación es la ausencia de compromiso entre las direcciones, cada quien hace lo suyo, maneja su presupuesto”. (Ex funcionario Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos DISA Apurímac II)

Además señala que tampoco se evalúa la calidad, pertinencia, ni la metodología empleada para capacitar. Por otro lado la ex directora de la unidad de capacitación manifiesta que no ha sido posible lograr consensos con los directores de las Áreas críticas como Niño, Materno y Promoción de la Salud para fortalecer las capacidades del personal operativo sobre todo del nivel I, debido a que cada cual capacita según su propio criterio.

“En octubre del año pasado se ha convocado a una reunión a todos los directores, coordinadores para formular este plan de necesidades de capacitación de la DISA con una nueva metodología, se les ha dado formatos para identificar sus necesidades de capacitación, esto también se ha incorporado al plan, con temas específicos.

La gran deficiencia ha sido con el tema de la Salud Materna, Nutrición y el Área Niño, esos temas no se han podido seleccionar porque cada coordinador quiere capacitar en los temas de ellos, entonces se genera un desorden. Cada mes hay cuatro o cinco capacitaciones y el personal se moviliza, luego de las capacitaciones no sabemos si tienen las competencias o no, eso ya se puede saber cuándo ya estás en el terreno a través del seguimiento y puedes verificar, eso es lo que falta....Dentro de las competencias de la Unidad de Capacitación es ir a supervisar, hacer seguimiento, identificar dónde requiere asistencia técnica pero no se puede hacer porque sólo trabajan dos personas y ellos no tienen el suficiente alcance para llegar a todos los ámbitos. Eso depende de la cabeza para mejorar y dar toda la oportunidad y facilidad, como por ejemplo dotar unidades móviles para desplazarse a los establecimientos de salud, darle el estipendio correspondiente para sus salidas y más recurso humano con capacidades fortalecidas. Tampoco se tiene

recursos para la compra de combustible y para este año sé que no se ha asignado ni un sol, sólo funciona documentariamente”. (Ex Funcionario de Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos DISA Apurímac II)

“Para saber si están trabajando en campo se pide un informe mensual de las actividades realizadas a los responsables, los planes de capacitación. Ves sus avances, ves su involucramiento con otras instituciones para el trabajo articulado. Para movilizarnos y hacer el monitoreo a los diferentes establecimientos durante el año pasado no se ha tenido presupuesto por ello sólo hemos salido a los establecimientos cercanos, dos veces al año” (Funcionario de Promoción de la Salud de la Red Sondor).

La Dirección de Promoción de la Salud realiza capacitaciones a demanda o según normas, directivas, metodologías que desde el nivel central se imparten y luego son difundidas en reuniones de “capacitación” a los responsables de Promoción de la Salud de las Redes y Microrredes de salud.

“Sobre la programación de capacitaciones, nosotros presentamos el plan de acuerdo a lo que necesitamos capacitar en cada área, pero hay cursos que vienen de Lima que vienen adicionales cuando ya se tiene lo programado. Para este año no tenemos todavía ese Plan recién nos vamos a juntar. El año pasado tampoco teníamos sólo se ha trabajado a la demanda. Como Dirección no tenemos un Plan operativo anual, si no que saldrá un documento general como DISA”. (Funcionario de Promoción de la Salud DISA Apurímac II)

El personal de salud del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) del Puesto de Lliupapuquio, no ha sido designado como responsable de Promoción de la Salud debido a que, según manifiestan ellos es un cargo de mucha responsabilidad y que necesita de alguien con alguna experiencia previa y con un contrato superior a un año para que exista sostenibilidad de las actividades realizadas para el logro de las metas en cada una de las actividades.

La única vez que les capacitaron fue para el llenado de formatos y fichas de informe de los Programas de Adulto mayor, Salud Bucal; la enfermera recibió cursos sobre Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) Clínico y antropometría. Posterior al desarrollo de estas capacitaciones no han tenido un proceso de acompañamiento en las actividades propuestas.

“Llevo los programas de Adulto Mayor y Salud Mental, he recibido capacitaciones solo para manejar esos dos programas, generalmente les dan esos programas a los médicos, no sé con qué criterios. En cuanto a calidad, puedo decir que fueron regulares, y lo dictaron entre médicos y enfermeras. Se llevó una sola vez de cada programa, las capacitaciones no son eso, en realidad son explicaciones sobre cómo deben ser llevados los programas, cómo se deben llenar los formatos, las fichas, sobre actividades promocionales. Las actividades de los programas, se basan en los indicadores, estos al final del año sólo son un saludo a la bandera, sinceramente, porque sólo son números que en realidad no dicen como están las cosas en la realidad”. (Profesional del puesto de salud)

Las jornadas de capacitación se limitan a informar respecto a las actividades que se deben reportar, así como en el acopio de esta información en los instrumentos de reporte.

El testimonio da cuenta de que la información reportada no genera mayor análisis de la situación de la salud ni mucho menos se puede utilizar esta información para proponer mejoras de atención en los servicios de salud.

“No he recibido ninguna capacitación en todo el año de parte de promoción de la salud, sólo el AIEPI clínico, y el Programa de Adolescentes y antropometría. Sería bueno que nos acompañen porque eso alienta para que uno pueda mejorar, como tenemos excesiva

demanda de pacientes hago lo que puedo, no como debería ser”.
(Profesional no médico del Puesto de Salud)

“Yo, durante el tiempo que vengo trabajando no he recibido ninguna capacitación, sólo le han invitado a la que era responsable de Promoción de la salud y en la última capacitación ha estado una compañera, pero ninguna de ellas nos ha dado la réplica, sólo me dijo sobre qué actividades hay que reportar para el informe, al final de mes yo le digo los avances y ella ya verá cómo lo justifica en el informe”. (Técnico de salud del Puesto de salud)

Algunos trabajadores de salud no han recibido capacitaciones para la ejecución de actividades preventivas promocionales sino únicamente las relacionadas a la ejecución de sus funciones e incluso éstas no son monitoreadas en campo. Al respecto el personal reconoce la importancia de la asistencia técnica para la mejora de la prestación del servicio.

“Los de Microrred no socializan lo que les capacitan no llegan a los puestos. Los Diplomados sólo son para los de Red, Microrred. A veces ni siquiera nos llegan los radiogramas y nos enteramos un día antes cuando el radiograma ha sido emitido hace una semana”. (Enfermera del Puesto de Salud)

“En las reuniones convocadas por el área de promoción, no han recibido capacitación propiamente, sino les han mostrado indicadores que deben reportar, les han mostrado experiencias de otras zonas sobre el trabajo de promoción, pero no les dicen sobre cómo empezar el trabajo, los pasos, los objetivos a lograr, eso creen que sea la causa por la cual el personal no tiene claro qué es la promoción de la salud, sobre cómo se debe trabajar en familias, comunidad e instituciones saludables”. (Grupo Focal Personal de salud Lliupapuquio)

Existen nudos críticos para que el personal de salud acceda a las actividades de fortalecimiento de capacidades, en primer lugar están las deficiencias en la comunicación, la cual no llega de manera oportuna, menos aún carece de eficacia porque se usan los radiogramas para la comunicación. En los casos donde es posible que el personal asista, no tienen un contenido programático

amplio y suficiente en el cual se pueda vislumbrar los objetivos, la metodología, y las estrategias para su implementación, básicamente se enfoca en el cumplimiento de actividades.

5.3. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FACTORES MOTIVACIONALES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD.

El Personal SERUMS y nombrado, recibe sus beneficios sociales como: gratificaciones en Navidad y Fiestas Patrias, pago por vacaciones, atención en el Seguro Social de Salud (Es Salud), afiliación a un régimen de pensiones, en tanto que el personal contratado por CAS (Contrato Administrativo de Servicios), no tienen derecho a estos beneficios excepto la atención en el seguro social de salud, el mismo que está condicionado al tiempo de contrato de servicios para generar la cantidad de aportes necesarios para generar el derecho a la atención. Los contratos pueden ser mensuales, semestrales o anuales, éste último, excepcionalmente.

Cuando eventualmente el trabajador se enferma y como consecuencia toma descanso médico, este debe ser compensado con la misma cantidad de horas no trabajadas. Coincidentemente, otra de las conclusiones de la Línea de base realizada a nivel nacional, para la implementación del plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, señala:

El desempeño y rendimiento de los recursos humanos no está en su real dimensión para alcanzar los objetivos deseados por la institución. Esto ocasionado por falta de políticas adecuadas de desarrollo de recursos humanos en los últimos años, relacionados a la dotación de recursos humanos con equidad, desarrollo de capacidad y condiciones laborales mínimas para el cumplimiento de sus funciones (MINSA: 2011).

En tanto que los trabajadores de salud de Lliupapuquio manifiestan:

“Yo tengo contrato CAS y en nuestro caso todo es limitado, recuerdo que cuando estuve hospitalizada, luego que me recuperé me han hecho pagar todos los turnos perdidos” (Técnico de salud del Puesto de Salud).

“Los beneficios sociales a los trabajadores se dan de acuerdo a ley. Las gratificaciones de acuerdo a ley, las compensaciones de acuerdo a ley y se da sólo para el personal contratado a plazo fijo o al personal nombrado. Los del régimen CAS no tienen absolutamente nada” (Funcionario Recursos Humanos de la DISA Apurímac II).

“Trabajo hace diez años, recién soy nombrada hace un año, recibo los aguinaldos. Antes no teníamos derecho a enfermarnos, peor a salir embarazada, y si eso ocurría te sacaban del trabajo, recién voy a tener vacaciones después de diez años, ¡mira cuántos años he trabajado así!” (Técnico de salud Lliupapuquio)

Las entrevistas al personal de salud reportan que trabajan siempre más de las 8 horas de trabajo diarias debido a la gran demanda de los servicios e incluso en situaciones especiales como las campañas de vacunación o para realizar los censos de salud trabajan en horario extra o en los días libres que les corresponde descanso, lo cual en muchas ocasiones no es compensado. Por el contrario cuando el trabajador se enferma y como consecuencia toma descanso médico, éste debe ser compensado con la misma cantidad de horas no trabajadas, este antiguo régimen laboral denominado Servicios No Personales ha generado sentimientos de frustración y desánimo en el personal de salud, conforme se evidencia en los testimonios.

Al respecto, el 5 de abril del 2012 mediante Ley N° 29849 establece la eliminación progresiva del régimen especial del DL 1057 y otorga derechos laborales a los trabajadores.

“Durante el tiempo que llevo trabajando me dio gastritis por comer a deshoras y hasta en algunos casos tengo que dejar de comer para terminar de atender a todas las madres de los niños, siento tanta frustración que hasta he pensado en renunciar al trabajo. Soy

responsable del Área Niño y tengo a mi cargo una población de aproximadamente 365 niños, y aunque quiera llegar a cubrir la atención del total de los niños siento que aun poniendo todo de mi parte, no se puede..., yo amo mi profesión, pero no en esas condiciones y con tal cantidad de niños”. (Profesional no médico del Puesto de salud)

Este mismo problema se manifiesta a nivel de Microrred.

“Antes yo asumía asistencial y también Promoción de la Salud (me daban 4 turnos mensuales y el resto hacía promoción de la salud) en Instituciones Educativas Saludables.

A las reuniones con docentes iba en mis días libres o escapándome de mi servicio, no hay forma de cómo se compensan los días libres trabajados...Estoy comprometida con el trabajo en promoción de la salud pese muchas veces a tener que salir de una guardia nocturna o turnos para cumplir con mi trabajo y salir de aquí para prepararme para dar las capacitaciones, porque trabajo con docentes, que son profesionales como yo, y no puedo improvisar”. (Funcionario de Promoción de la Salud Microrred de salud San Jerónimo)

El personal de salud del puesto de Lliupapuquio, manifiesta desconocer la existencia de alguna política de recursos humanos implementada desde la Dirección de Salud Apurímac II o desde el nivel nacional, la cual contemple algún tipo de reconocimiento por labor distinguida a sus trabajadores, refieren también que durante el tiempo que vienen laborando no han recibido ninguna tipo de estímulo por servicio distinguido o carta de felicitación. Pero si tienen entendido por información de terceros que el personal de la DISA, Red y Microrred realiza pasantías fuera del ámbito de la Región a experiencias exitosas en promoción de la Salud, tiene acceso a capacitación mediante Diplomados. Manifiestan desconocer los criterios de elección o designación de los beneficiarios a esos eventos.

“Se dan resoluciones de felicitación por servicios distinguidos a los trabajadores, el año pasado no hubo ni este año tampoco, específicamente lo decide la Dirección General. No han dado por el

cambio de directores, rotación del personal de las Direcciones Ejecutivas, no se han dado tiempo”. (Funcionario de la Dirección de Recursos Humanos de la DISA Apurímac II)

“No sé si den ese tipo de incentivos, pero sí sé que han ido de pasantía para aprender el trabajo de promoción en Huaccana (distrito del ámbito de la DISA Apurímac II), otro no sé. Si hubiera sí influiría, aunque sea un papel firmado, es un aliento, sino pues es como si nunca te reconocieran tu trabajo, no te toman en cuenta”. (Técnico de salud Puesto de salud Lliupapuquio)

“Sería bueno que implementen alguna forma de compensación no económica, las pocas veces que hay alguna pasantía o algún diplomado o curso de capacitación es sólo para las personas allegadas y seleccionadas a dedo y no llega para el personal de los establecimientos de salud ubicados en la zona rural, sino sólo para personal a partir de Microrred, Red y DISA”. (Grupo Focal Personal de salud)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

6.1. HALLAZGOS Y CONCLUSIONES PRELIMINARES

- Un primer hallazgo de la investigación da cuenta que el personal de salud desconoce sobre la ejecución de Programas Estratégicos como el Articulado Nutricional diseñado con la finalidad de disminuir los altos índices de desnutrición crónica infantil en poblaciones pobres y excluidas como Lliupapuquio.
- La investigación demuestra que el personal de salud ha desarrollado de forma muy limitada sus capacidades y competencias para comprender la manera en que la población de la zona rural entiende el proceso salud-enfermedad, dentro de su contexto cultural, ecológico, económico, familiar y comunal, siendo éstas condiciones determinantes en su calidad de vida. Sumada a esta visión persisten prácticas de atención poco acogedoras y carentes de sensibilidad, que establece una relación jerárquica que se ve mayormente reforzada por la carencia de recursos económicos del poblador, por su condición de analfabeto y quechua hablante.
- En los últimos años el Ministerio de Salud ha puesto especial énfasis en la incorporación de los enfoques transversales de interculturalidad, derechos y de género en documentos normativos, sin embargo los trabajadores de salud desconocen la aplicación práctica de estos principios rectores en el contacto diario con los usuarios, más aún cuando se trata de mujeres que por su origen étnico, vestimenta e idioma nativo, son atendidas sin las mínimas consideraciones de un trato cordial y gentil, lo cual repercute negativamente en el acceso de las madres y niños a los servicios de salud.
- De acuerdo a las entrevistas con el personal profesional de salud, la causa de las limitaciones para un trabajo eficaz en el primer nivel de atención, es en parte

debido a la falta de adecuación de la currícula educativa de instituciones locales y nacionales formadoras de profesionales de la salud acorde a las necesidades de los servicios de salud para poblaciones de origen rural. Este problema se evidencia más aún en el profesional médico que tienen escasa preparación para desarrollar acciones de preventivo promocionales en el ámbito comunitario.

- Si bien se ha incorporado el trabajo voluntario de los agentes comunitarios de salud en las acciones de salud, la falta de entendimiento del rol que estos agentes comunitarios de salud deben cumplir así como el limitado conocimiento de los intereses, la dinámica y la estructura social de la población y la relación vertical que se establece, obliga a que el promotor de salud se constituya simplemente, en una suerte de coordinador de las visitas de trabajo a las comunidades, y en canal de comunicación, casi siempre unidireccional, entre la población y los trabajadores de salud. Como consecuencia de ello, se pierde la posibilidad de fortalecer sus capacidades y potencialidades para el liderazgo y constituirse en un importante actor de desarrollo para su comunidad, así como también, se recorta su derecho ciudadano a la participación en el cuidado de la salud de la población a la que representa y ocupar un espacio importante a nivel comunitario.
- Respecto a las habilidades del personal de salud para abordar el problema de la desnutrición crónica a través de la convocatoria y participación de representantes de otros sectores como Educación, organizaciones sociales de base, líderes y autoridades de la comunidad, se tiene que, no obstante los esfuerzos desplegados por brindar información sobre el alto número de niños y niñas en estado de desnutrición y sobre sus efectos a corto y largo plazo en la salud y potencialidades de los niños y niñas, posterior a esta actividad no se ha planificado medidas concretas para hacer frente a este grave problema.
- La disposición para realizar trabajo comunitario extramural de parte del personal de salud se ve notablemente limitada porque no encuentran las facilidades necesarias para desarrollar actividades preventivo promocionales debido a la

reducida cantidad de personal asignada para una población de más de 4000 habitantes, ello a su vez condiciona el exceso de demanda de atención asistencial, desbordando sus capacidades para operar fuera del establecimiento de salud; se suma a esta dificultad, la falta de movilidad para desplazarse a las comunidades distantes y en algunos casos el desconocimiento de la lengua local para comunicarse con los pobladores.

- Existe una carencia total de equipos con formación en promoción de la salud y a dedicación exclusiva para desarrollar actividades preventivo promocionales, no se cuenta con un perfil de competencias específicas para la contratación del personal de salud asignado a Promoción de la Salud a nivel de Red, Microred e incluso a nivel de la Dirección de Salud Apurímac II. A ello se añade, la designación de los funcionarios en cargos de confianza, muchas veces sin una experiencia previa, ello genera inestabilidad, alta rotación de los cargos directivos, lo que resulta en que cada administración hace el aprendizaje desde sus cargos, produciendo, a su vez, desalineamiento estratégico institucional.
- Respecto a la gestión del fortalecimiento de capacidades al personal de salud en promoción de la salud, las dificultades encontradas está en la poca claridad en la transmisión de directivas dadas desde el nivel central a los equipos regionales de salud, pues si bien existe una herramienta cuyo contenido está dividido en líneas estratégicas denominada Plan Salud, el mismo que tuvo un proceso de validación de las Direcciones Ejecutivas de la Dirección de Salud Apurímac II, sin embargo, carece de contenido curricular específico para personal de salud que desempeña funciones en Promoción de la Salud, así como en las demás Áreas; por tanto no se cuenta con un Plan Curricular de capacitaciones, no se tienen identificadas a las personas que han sido capacitadas en temas específicos, tampoco existe un proceso de acompañamiento y monitoreo posterior a las jornadas de capacitación, por tanto se desconoce si todo lo capacitado pudo llevarse a cabo o no.

- Existe un alto nivel de desmotivación entre los trabajadores de salud para el trabajo comunitario por las condiciones de trabajo difíciles, caracterizadas por grandes cargas de trabajo, falta de trabajo en equipo, sueldos deficientes y pocas oportunidades de progreso personal y profesional, lo que ha condicionado la alta rotación del personal contratado mediante regímenes de trabajo flexibles, perjudicando la estabilidad laboral y los beneficios laborales y sociales mínimos como el derecho al descanso médico por salud, esta situación hace que el personal de salud se considere mal tratado en el desempeño de sus funciones, por lo que ha asumido una actitud de no compromiso con el cambio.
- La Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos de la DISA Apurímac II, no tiene ninguna política de recursos humanos que contemple el reconocimiento por labor distinguida a sus trabajadores de salud.

6.2. PROPUESTA DE MEJORA

- Para mejorar las competencias del personal de salud en la ejecución de Programas Estratégicos como el Articulado Nutricional, se recomienda que los Consejos Regionales de los Colegios profesionales de Medicina, Enfermería y Obstetricia, propicien espacios de concertación y diálogo para que las reformas y políticas de salud sean abordadas, consensuadas y difundidas para su aplicación.
- En vista de que la problemática actual en el campo de la formación de los recursos humanos en salud está centrado en la atención recuperativa, el Ministerio de Salud ha diseñado el Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria a nivel de posgrado, en tal sentido se recomienda que las Universidades del ámbito local acrediten la oferta del Programa para la modificación del modelo de atención tradicional clínico hospitalario hacia la atención primaria en salud orientada a la prevención y promoción de la salud.

- La aplicación del modelo de atención primaria de salud debe contemplar la adecuación de los servicios de salud a la dinámica social, educacional, económica, productiva, cultural, así como la visión del proceso de salud-enfermedad de la población local a la cual están dirigidos los servicios de salud.
- Si bien existe todo un marco normativo amplio internacional como la Declaración de los Objetivos del Milenio, el Llamado a la Acción de Toronto 2012-2016. En Perú, igualmente se suscribieron pactos como el Acuerdo Nacional, el Plan Nacional Concertado de Salud; por otro lado están los Lineamientos de Política de Salud 2007- 2020, y finalmente en el 2009 se aprobó el Plan Anual de Transferencia de Competencias sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales, a través del cual se les otorga la responsabilidad de formular sus propios planes de desarrollo de capacidades de acuerdo a sus propias prioridades, los cuales han tenido dificultades tanto técnicas como presupuestales para ser implementados. Para superar este problema, se recomienda que el Gobierno Regional en alianza con cooperantes internacionales y empresa privada proporcionen recursos económicos y asistencia técnica para la elaboración de los planes de capacitación, dirigidos con prioridad, al equipo básico de atención integral personal de salud de los establecimientos de primer nivel.
- Se recomienda la conformación de los Equipos Básicos de Salud, teniendo en cuenta el enfoque de competencias y con prioridad en los establecimientos de nivel I, los cuales realicen con exclusividad actividades preventivo promocionales, a los cuales se les debe dotar de la logística necesaria para desarrollar las actividades con eficiencia y calidad.
- Promover el establecimiento de políticas de incentivos, las cuales contemplen la implementación de compensaciones no económicas al personal de salud que trabaja en contextos de pobreza, para conseguir aumentar su nivel de motivación y productividad que posibiliten cambios sostenidos en los niveles de vida de las poblaciones rurales como Lliupapuquio.

Propuesta para la operacionalización del componente de Gestión del nuevo Modelo de Atención integral Basada en Familia y Comunidad (MAIS- BFC)³²

a. Estrategia de gestión de los recursos humanos en salud

a.1. La Dirección Ejecutiva de Recursos Humanos implementará el sistema de gestión por competencias en los procesos de selección, capacitación, retención y evaluación de los recursos humanos en salud, los mismos que sean de aplicación práctica y se adecúen a la realidad. Paralelamente se establecerá una política de bonificaciones e incentivos en función de la evaluación del desempeño y el logro de los objetivos institucionales.

a.2. Revisar la categorización por niveles de atención de los establecimientos de salud a nivel del ámbito de la Dirección de salud Apurímac II, con la finalidad de establecer la una distribución equitativa y suficiente de recursos humanos en salud para contribuir sustantivamente en la mejora de su capacidad resolutive y enfatizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, centrando su accionar en la atención integral de la persona, familia y comunidad, para evitar que los servicios de salud rebasen sus capacidades en el componente recuperativo y realicen limitadas actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

a.3. La conformación y designación de los integrantes del denominado Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria (EBS-FC) conformado por profesionales de Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia y técnicos de Enfermería para impulsar la atención basada en el marco de la implementación del MAIS-BFC, contemplará criterios que serán ser formulados con participación de representantes elegidos por personal de salud.

³² El modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en el enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población, en el que se incorpora –con especial énfasis- la dimensión preventivo promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

a.4. En el mencionado (EBS-FC), se incluirá a promotores y promotoras de salud elegidos de manera libre y democrática por la Asamblea en sus respectivas comunidades, ello le dará representatividad, legitimidad y liderazgo para la participación de los representantes de la comunidad en la solución de los problemas relacionados con la salud de sus propias poblaciones.

a.5. Concertar e involucrar a las Universidades e Institutos Tecnológicos del ámbito local que ofertan carreras de salud, en el esfuerzo de promover la especialización de los equipos a través del desarrollo de un Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), dichos centros de formación deberán acreditar como sedes docentes, a fin de garantizar la regulación de la calidad en la formación de los profesionales de salud con enfoque de competencias en salud familiar y comunitaria.

a.6 Los esfuerzos por dotar de recursos humanos competentes, será complementado con el mejoramiento de las condiciones del entorno laboral (equipamiento, construcción y mantenimiento de infraestructura), que faciliten el despliegue de las competencias adquiridas.

b. Estrategia Intersectorial

b.1 Como punto importante para asegurar la viabilidad y sostenibilidad del nuevo Modelo de Atención Primaria en Salud, es imprescindible el compromiso y el respaldo político de los sectores y actores claves del Estado y de la sociedad civil, de modo que se obtenga los recursos técnicos y financieros necesarios para su implementación, teniendo como marco el actual proceso de descentralización de las funciones del Estado a través de sus órganos desconcentrados en las Regiones, Provincia y Distritos.

b.2 Para que este proceso se agilice, es necesario el nivel central disponga de funcionarios competentes en ámbitos territoriales focalizados de acuerdo a los indicadores de salud materno infantil que guíen, acompañen y monitoreen el proceso de implementación del MAIS-BFC. Asimismo se promoverá la instalación de un Organismo que ejerza funciones de contraloría en salud para

evitar actos de corrupción entre los funcionarios designados por confianza, y al mismo tiempo, vele por la ejecución transparente, eficiente y eficaz del presupuesto por resultados.

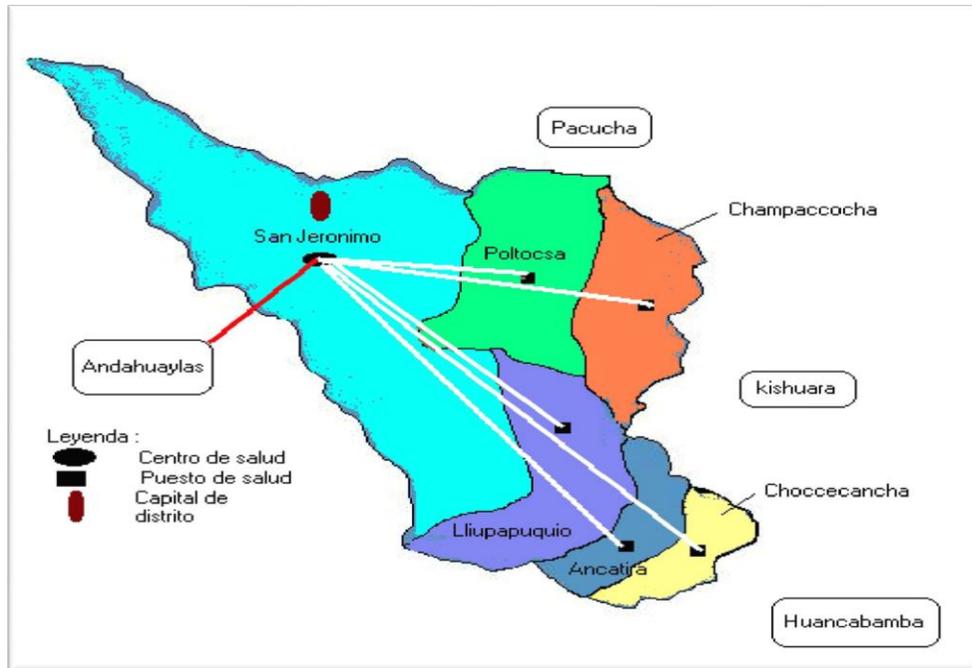
b.3 Realizar una amplia difusión, entre los alcaldes y gerentes sociales de las municipalidades, sobre las responsabilidades en materia de atención primaria de salud así como la conducción de acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sobre los determinantes sociales de salud para que sean priorizados en espacios de participación ciudadana como el Presupuesto Participativo Local.

b.4 Articular esfuerzos comunes entre las ONG locales y los gobiernos locales para propiciar espacios y mecanismos de participación ciudadana, con prioridad en las comunidades y centros poblados, en los procesos de planeamiento, vigilancia de la calidad de los servicios de salud, con enfoque de derechos, género e interculturalidad.



ANEXOS

Anexo1. Mapa del distrito de San Jerónimo con distribución geográfica de sus Centros Poblados



Fuente: Municipalidad del Centro Poblado de Lliupapuquio Plan de Desarrollo Concertado con Enfoque Saludable 2012 - 2016

Anexo 2.- Fotografías



Foto panorámica del Centro Poblado de Lliupapuquio.



Frontis del Puesto de Salud Lliupapuquio, con niños esperando ser atendidos.



Durante el trabajo de recolección de información.

Anexo 3.- GUÍA DE ENTREVISTA PARA AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

NOMBRE:

FECHA:

I.Promueve la organización y formación de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS)

1. ¿Cuántos años trabaja como ACS?
2. ¿Quién o quienes lo han elegido?
3. ¿Conoce usted cuáles son sus funciones como ACS?
4. ¿Es necesaria la presencia ACS en la comunidad? Explique ¿Por qué?
5. ¿Qué lo motiva para trabajar voluntariamente?
¿Qué facilidades le otorga el establecimiento de salud o la comunidad para realizar su trabajo?
6. ¿Cuándo fue la última vez que le capacitaron?
7. ¿Cómo fue convocado por escrito o en forma oral? ¿Con cuánto tiempo de anticipación? ¿Se han puesto de acuerdo antes sobre el día, la hora y el lugar?
8. ¿Cuántos ACS asistieron? ¿Por qué cree que asistieron pocos?
9. ¿De qué tema trataron?
10. ¿Prefiere que la capacitación sea en quechua o en castellano? ¿Por qué?
11. ¿El personal de salud que capacita toma en cuenta sus sugerencias para mejorar el trabajo con la comunidad?
12. ¿El año pasado ha trabajado con un plan de trabajo? ¿Tiene un plan de trabajo para este año?
13. ¿Conoce usted qué enfermedades son más frecuentes en los niños de la comunidad?
14. ¿Sabe qué es la desnutrición crónica?
15. ¿Sabe usted cuántos niños de la comunidad tienen desnutrición crónica?
16. ¿Conoce cuáles son sus efectos? En el caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Quién le ha socializado? ¿Cuándo fue socializada la información? ¿Usted ha entendido la explicación?
17. En general, ¿Cómo describiría usted la relación de trabajo con el personal de salud?
18. En ocasiones ¿Siente usted que le imponen la realización de actividades?

Anexo 4.- GUÍA DE ENTREVISTA PARA AUTORIDAD DE LA COMUNIDAD

NOMBRE:

FECHA:

I. Sobre trabajo coordinado con organizaciones de la comunidad

1. ¿Conoce usted qué enfermedades son más frecuentes en los niños de la comunidad?
2. ¿Sabe usted cuántos niños de la comunidad tienen desnutrición crónica?.
3. ¿Conoce cuáles son sus efectos? . En el caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Quién le ha socializado?
4. ¿Cuándo fue socializada la información? ¿Usted ha entendido la explicación?
5. ¿Usted preferiría que las reuniones se hable en quechua o en castellano? Yo creo que en quechua ¿Por qué? ¿El personal del puesto de salud se acerca a usted para coordinar la realización de alguna actividad?
6. ¿Cuándo fue la última vez que se reunió con personal de salud? ¿Qué tema se trató?
7. ¿Usted considera necesarias las reuniones con el personal de salud?
8. ¿Qué actividades han realizado conjuntamente? Explique
9. ¿Estas actividades han sido previamente preparadas en en Plan de trabajo?

II. Promueve la organización y formación de los agentes comunitarios de salud

1. ¿Usted sabe quienes son los agentes comunitarios de salud (promotor de salud) de la comunidad.
2. ¿Quién o quienes los han propuesto? ¿Cómo los han elegido?.
3. ¿Quién promueve la elección de los agentes comunitarios de salud?
4. ¿Qué criterios toman en cuenta para la elección del promotor?
5. ¿Considera necesaria la presencia del promotor de salud? ¿Por qué?.
6. ¿Qué funciones cumple el promotor de salud?
7. ¿Qué facilidades le otorga la comunidad al promotor para que realice trabajo voluntario?

III. Disposición para el trabajo comunitario

1. Cuándo el personal de salud convoca a reuniones, ¿lo hacen de forma verbal o escrita? ¿Con cuánto tiempo de anticipación le convocan a reuniones? Tres días o cuatro días
2. Se ponen de acuerdo previamente sobre la hora, fecha y lugar de las reuniones? ¿Toman en cuenta las sugerencias?
3. ¿El personal de salud asiste a las Asambleas comunales? ¿El tema que se tratará en la agenda comunal es coordinado previamente?
4. ¿Los compromisos asumidos en la Asamblea se cumplen? ¿Por qué?
5. En general ¿Cómo considera su relación con el personal de salud? ¿Cuál es la opinión de las personas de la comunidad con respecto al trato del personal de salud?
6. En ocasiones ¿Siente usted que le imponen la realización de actividades?

7. Cuando se presenta alguna emergencia y el personal de salud está fuera de su horario de atención ¿Cuál es su actitud?.
8. En el aniversario de la comunidad o la fiesta patronal y se programan actividades socioculturales, ¿El personal de salud participa? ¿Cómo participa?



Anexo 5.- GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL DE SALUD

NOMBRE:.....

FECHA:.....

I. Sobre la disposición para el trabajo en equipo

1. ¿Cómo se organizan para realizar el trabajo en la comunidad?
2. ¿Es usted responsable de algún programa preventivo promocional?
3. ¿Desde cuándo es responsable?
4. ¿Cuáles fueron los criterios para su elección?
5. ¿Tienen un plan de trabajo para intervenir en la comunidad?
6. ¿Cumple con las actividades planteadas de acuerdo al plan de trabajo?
7. ¿Qué facilita o imposibilita su cumplimiento? ¿Por qué?

II. Sobre la valoración al enfoque de promoción de la salud

1. ¿Considera importante el trabajo en promoción de la salud? Explique ¿por qué?
2. El enfoque actual de promoción de la salud considera la participación activa de la población para sostenibilidad de las acciones en promoción de la salud¿Qué opina usted al respecto? ¿Es posible lograrlo? ¿Sabe usted cómo hacerlo?

III. Talleres de fortalecimiento de capacidades recibidos

1. ¿Qué capacitaciones ha recibido en el año 2011 en promoción de la salud?
2. ¿Cómo considera usted que fueron en cuanto a calidad y organización?
3. A partir de las capacitaciones recibidas ¿Cuánto de lo que fue capacitado pudo llevar a la práctica? ¿Por qué?

IV. Sesiones de acompañamiento al personal de salud

1. ¿Recibe usted acompañamientos con posterioridad a las capacitaciones?
2. ¿Cree usted que sería importante recibir acompañamientos? ¿Porqué
3. Si los recibiera ¿Considera usted que le facilitaría poner en práctica lo aprendido?

V. Sobre factores motivacionales

1. ¿La institución otorga algún tipo de reconocimiento por servicios distinguidos a sus trabajadores? ¿cree usted que deberían implementarlo? ¿por qué?

2. ¿La institución otorga a sus trabajadores algún otro tipo de compensación no económica? .En el caso que las otorgaran ¿cómo influiría en su desempeño laboral?
3. ¿Qué beneficios sociales percibe usted? Mencione



Anexo 6.- GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIO DE SALUD

NOMBRE:.....

FECHA:.....

I. Organización del servicio de salud para la aplicación del enfoque de promoción de la salud.

1. ¿Se cuenta con indicadores de promoción de la salud en la DISA Apurímac II? ¿Cuáles son? ¿Cuál ha sido el criterio de priorizarlos? ¿Considera que se pudiera incorporar algunos más? De acuerdo a su criterio ¿Cuáles deberían incorporarse?
2. ¿Cuál es el aporte de la promoción de la salud para mejorar los indicadores de salud en el ámbito de la DISA Apurímac II?
3. ¿Qué estrategias y actividades se han implementado para posicionar la promoción de la salud en los gobiernos locales? Gestión
4. ¿En los establecimientos de salud del primer nivel se cuenta con equipos interdisciplinarios que trabajan en promoción de la salud? ¿Cuál es su nivel de interrelación con las Microredes y Redes de salud?
5. ¿Cuáles han sido los criterios para designarlos? ¿Considera usted que el personal de salud asignado a promoción de la salud tiene las competencias para desarrollar su trabajo con eficiencia en la comunidad?
6. En razón de lo anterior ¿Qué medidas se están tomando para mejorar esa situación? ¿Se ha coordinado con Recursos humanos de la DISA o con la Unidad de Fortalecimiento de capacidades?
7. El enfoque actual de promoción de la salud considera la participación activa de la población para sostenibilidad de las acciones en promoción de la salud ¿Qué opina usted al respecto? ¿Es posible lograrlo? ¿Cómo?
8. ¿Se cuenta con un plan de acción de promoción de la salud? ¿Cuáles son las herramientas de gestión con las que cuentan?

I. Participación en eventos de fortalecimiento de capacidades en promoción de la salud

9. ¿Se cuenta con un diagnóstico de necesidades fortalecimiento de capacidades de los responsables en promoción de la salud? ¿En qué se basa la programación del temario de talleres de capacitación? ¿Cómo se asegura que el personal asignado tenga las competencias básicas para desempeñarse?
10. ¿Quiénes o qué instancias de la DISA participan en la elaboración del Programa fortalecimiento de capacidades?
11. ¿Existe una alta rotación de responsables de promoción de la salud? ¿Qué estrategias se utilizan para evitar la alta rotación de responsables de promoción de la salud?

12. ¿Cómo se asegura la convocatoria a los eventos de fortalecimiento de capacidades del personal asignado a promoción de la salud?
13. ¿Cómo se asegura la aplicación de los conocimientos y prácticas impartidas en los talleres de capacitación? ¿Existe un sistema de acompañamiento? ¿Ese sistema está planificado? ¿Quiénes lo realizan?



BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA, Elizabeth
2003 “Estado de la política de promoción de la salud en el país”. En CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL CIES. Lima: Políticas de promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas. Fondo editorial.
- CHIAVENATO, Idalberto
2007 Administración de recursos humanos. Octava Edición. Editorial McGraw Hill. Consulta: 11 de febrero de 2013.
<http://xlibros.com/wp-content/uploads/2014/04/Administracion-de-recursos-humanos.-CHIAVENATO-8th_redacted.pdf >
- ESCALANTE, Giovanni
2009 Las experiencias de descentralización en salud en América latina y el Caribe como modelos alternativos para el proceso peruano. Tesis de Maestría en gerencia social. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Graduados.
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (Unicef)
2008 Lineamientos estratégicos para la erradicación de la desnutrición crónica infantil en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo. Panamá.
- 2005 Un buen inicio en la vida. Primera edición. Lima. Bellido Ediciones EIRL.
- FRANCKE, Pedro y Colaboradores
2006 “Promoción de la salud”. En CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL CIES. Políticas de salud 2006-2011. Lima: Fondo editorial.
- GIRALDO, Claudia
2004 Creación de un modelo de evaluación de desempeño bajo la teoría de las competencias. Tesis para optar el título de Psicóloga. Medellín: Universidad de Antioquia. Consulta: 5 enero 2013
<<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/258/1/CreacionModeloEvaluacionDesempe%C3%B1oTeoriaCompetencias.pdf>>

- GUZMAN, Alfredo
2001 "Atención en el primer nivel". En CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL CIES. Lima: Políticas de salud 2001-2006. Fondo editorial.
- MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)
2008 Programa Estratégico Articulado Nutricional. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 18 de noviembre de 2012.
<http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>
- 2008 Presupuesto por Resultados. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 18 de noviembre de 2012.
<http://www.mef.gob.pe/DNPP/PpR/PPSTR/APP/index.swf>
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2011 Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 27 de noviembre de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>
- 2011 Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021 Documento técnico. Lima. Consulta: 20 de noviembre de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>
- 2011 Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 18 de noviembre de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>
- 2011 Competencias Laborales para la Mejora del Desempeño de los Recursos Humanos en Salud. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 25 de noviembre de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>
- 2007 Documento técnico para el trabajo con agentes comunitarios de salud. Lima. Consulta: 14 de noviembre de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>
- 2005 Metodología para la formulación de perfiles de competencias para trabajadores del primer nivel de atención. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 04 de marzo de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>
- s/a Modelo de abordaje para la promoción de la salud. Documento de trabajo. Lima. Consulta: 04 de marzo de 2012.
<<http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/observatorio/publicaciones.html>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 2005 *Contratación de personal de salud del mundo en desarrollo.*
Documento de trabajo. Washington. Consulta 24 de julio de 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD DE LA SALUD (OPS)

- 2008 “Definición de las competencias para los equipos de Atención Primaria de Salud”. La Renovación de la Atención primaria de salud en las Américas. Documento de Trabajo. Washington, DC.
- 2005 Llamado a la acción de Toronto 2006-2015 Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Documento de Trabajo. Toronto.
- 2003 “La crisis mundial de personal sanitario”. Informe sobre la salud en el mundo. Washington DC. Consulta 26 de marzo de 2011.
<http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index4.html>
- 2001 Desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Informe Anual Promoción de la salud en las Américas. Washington DC. Consulta 24 de marzo de 2010.
<http://www.paho.org>
- 1998 Desafíos y problemas de la gestión de recursos humanos de salud en las reformas sectoriales. Documento de trabajo. Costa Rica. Consulta: 23 de agosto de 2010.
<http://www.paho.org/spanish/hsp/hsr/desafios.pdf>

MUNICIPALIDAD DEL CENTRO POBLADO DE LLIUPAPUQUIO

- 2012 Plan de desarrollo concertado con enfoque saludable 2012- 2016.
Documento de trabajo. Andahuaylas.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

- 2010 Mapa de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil desde la perspectiva de la pobreza. Documento de trabajo. Lima – Perú

RAMIREZ, Susana

- 2010 Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechuas y aymara del altiplano boliviano. Segunda edición, La Paz: OPS/OMS.

- UGARTE, Oscar
2001 “Descentralización en salud”. En CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL CIES. Lima: Políticas de salud 2001-2006. Fondo editorial.
- VALDIVIA, Martín y Juan Díaz
2007 “La salud materno-infantil en el Perú”. En GRUPO DE ANÁLISIS PARA EL DESARROLLO (GRADE). Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: Fondo editorial.
- VEGAS, Emiliana y Lucrecia Santibáñez
2010 La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe. Documento de trabajo. Washington DC.

