

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Desarrollo para la Salud: Un análisis etnográfico del Impacto Sociocultural de la  
Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en la Comunidad de

Parpacalle

(San Salvador, Cusco)

Tesis para optar por el Título de Licenciada en Antropología que presenta:

Valeria Villafuerte Wilson

Asesora: Norma Belén Correa Aste

Octubre del 2016

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	I
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	I
<b>I. ESTUDIAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: APROXIMACIÓN AL ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	1
<b>1. Estado del Arte: Trayectoria e Investigación de la Promoción de la Salud como Estrategia Transnacional de Desarrollo</b> .....	2
1.1. Promover la Salud como recurso básico para la Vida Comunal, Familiar e Individual.	2
1.2. Tecnologías de Promoción de la Salud: Trayectoria y Relevancia del enfoque de Vivienda Saludable .....	4
1.2.1. Manejo de la Iniciativa Vivienda Saludable: Latinoamérica y Perú. ....	8
1.3. Experiencias de investigación sobre la Promoción de la Salud en Latinoamérica. ....	12
<b>2. Marco Teórico: Desarrollo y Salubridad</b> .....	19
2.1. Definición de Desarrollo.....	19
2.1.1. Visiones de Desarrollo: El “Enfoque de la Lógica Social Enraizada” .....	23
2.2. La Antropología y el estudio de la Salud .....	26
2.2.1. Definición de Salubridad.....	35
<b>II. MARCO METODOLÓGICO: METODOLOGÍA Y LUGAR DE INVESTIGACION</b> .....	39
<b>1. Objetivos de la Investigación</b> .....	40
<b>2. Metodología de Investigación</b> .....	41
<b>3. San Salvador: Distrito Modelo de Gestión Pública en la Región</b> .....	46
3.1. Caso de Estudio: La Comunidad de Parpacalle.....	55
<b>III. LA IMPLEMENTACIÓN DE COMUNIDAD, VIVIENDA Y FAMILIAS SALUDABLES: EJECUCIÓN Y AGENTES INVOLUCRADOS</b> .....	64
<b>1. Agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia: Estrategias de intervención</b> .....	66
1.1. Oficina Municipal de Saneamiento Básico Rural (OMSABAR) .....	67
1.2. Junta Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS).....	72
1.3. Gobierno Comunal .....	77
1.4. Precisiones sobre otros Agentes de Promoción en Parpacalle. ....	79
<b>2. Ejecución de la Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en Parpacalle</b> .....	82
<b>3. Teoría de Cambio: Estrategias para la Transformación</b> .....	91
<b>4. Conclusiones</b> .....	97

<b>IV. EL ESTÁNDAR DE SALUBRIDAD EN LA VIDA COTIDIANA DE LA POBLACIÓN: ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN LOCAL</b> .....	106
<b>1. Receptores de la Intervención: Comunidad, Familia e Individuos</b> .....	107
<b>2. Adaptar la Diversidad a un Estándar: Apropiación Local del Cambio</b> .....	111
2.1. Generación.....	119
2.1. Género.....	122
<b>3. Arena Política: Estrategias de Interacción entre los Involucrados</b> .....	129
<b>4. Conclusiones.</b> .....	137
<b>V. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SALUBRIDAD Y LA EXPERIENCIA DE VIDA A NIVEL COMUNAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL</b> .....	146
<b>1. La Salubridad en la Actualidad</b> .....	147
1.1. Nociones sobre Comunidad y Vivienda Saludable.....	149
1.2. Parpacalle ¿Comunidad Saludable?.....	154
<b>2. Transformación Social y Experiencia de Vida en Parpacalle.</b> .....	159
2.1. Calidad de Vida en la Actualidad.....	162
2.2. Parpacalle como Atractivo Turístico.....	166
2.3. Reducción del Índice Local de Alcoholismo.....	171
<b>3. El componente de Vigilancia: Límites entre lo público y lo privado</b> .....	175
<b>4. Conclusiones.</b> .....	182
<b>CONCLUSIONES</b> .....	191
<b>Reflexiones Finales</b> .....	205
<b>ANEXOS</b> .....	212
<b>Anexo N°1: Entrevistas Realizadas</b> .....	213
<b>Anexo N°2: Imágenes de Parpacalle antes de la Intervención</b> .....	214
<b>Anexo N°3: Guía de Verificación del Saneamiento Intradomiciliario</b> .....	217
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	219

## DIAGRAMAS

Diagrama 1: La intervención como Arena Política .....	135
---	-----

## ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Estrategia intersectorial para la Promoción de la Salud.....	4
Ilustración 2: Dimensiones de la Vulnerabilidad según Nichter .....	32
Ilustración 3: Mapa del Distrito de San Salvador, Comunidades Campesinas y Distritos aledaños .....	47
Ilustración 4: Croquis de la Comunidad de Parpacalle.....	56
Ilustración 5: Parpacalle, Vista desde la parte alta .....	57
Ilustración 6: Parpacalle, Sector lateral .....	58
Ilustración 7: Parpacalle, Entrada a la Comunidad .....	59
Ilustración 8: Parpacalle, Cultivos de Maíz.....	61
Ilustración 9: Parpacalle, Carta de Restaurant de comida típica.....	61
Ilustración 10: Bateas Familiares y Utensilios de Aseo.....	84
Ilustración 11: Baños Saludables.....	85
Ilustración 12: Microrrelleno Sanitario de Residuos Inorgánicos.....	86
Ilustración 13: Fernanda, pintura mural y embarrado. Vivienda Saludable.....	87
Ilustración 14: Indira, Cocinas e Instalaciones saludables .....	84
Ilustración 15: Funciones y espacios en una Vivienda Saludable .....	94
Ilustración 16: Tachos de Basura a la entrada de Parpacalle .....	114
Ilustración 17: Fragmento Guía para la verificación del Saneamiento Intradomiciliario (SID) .....	178

## TABLA

Tabla 1: Densidad de la data.....	42
Tabla 2: Perfil de las familias seleccionadas .....	45
Tabla 3: Cifras de Pobreza en San Salvador, durante la intervención .....	49
Tabla 4: Cifras de Desnutrición Crónica en San Salvador.....	50
Tabla 5: Etapas de Gestión de la Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables.....	52
Tabla 6: Programas Sociales en San Salvador (2016) .....	54
Tabla 7: Sobre los Agentes Involucrados.....	65
Tabla 8: Funciones y acciones de OMSABAR .....	71
Tabla 9: Instrumentos de Gestión para JASS.....	74
Tabla 10: Otros sectores y sus Acciones para la Salubridad .....	81
Tabla 11: Resultados de Encuesta sobre Hábitos de Higiene .....	117

## AGRADECIMIENTOS

*Hay hombres que luchan un día y son buenos. Hay otros que luchan un año y son mejores. Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos. Pero hay quienes luchan toda la vida, esos son los imprescindibles.*

Bertolt Brecht

En principio, el trabajo de campo no hubiese sido posible sin la apertura que la población de la Comunidad de Parpacalle tuvo a mi propuesta de investigación. Agradecerles a ellos, principalmente a las cinco familias que me acogieron a diario en sus hogares, permitiéndome conocer de cerca la experiencia que ha significado para ellos la intervención de Comunidad, Vivienda y Familia Saludables. Con ellos, agradezco infinitamente a los miembros de la Oficina Municipal de Saneamiento Básico Rural, por esos dos meses en los que hicieron posible que me inserte a sus actividades cotidianas. Quedo agradecida, además, con Roger Valencia y Laura Paliza, por su hospitalidad, cariño y posada en el centro poblado de San Salvador.



Creo que la Tesis, desde el comienzo fue un reto grande para mí, tal vez por momentos se veía inalcanzable, pero fue tomando forma y ahora sí puedo decir que he logrado lo que quería. Quiero agradecer a mi asesora, Norma Correa, por su paciencia y recomendaciones en cada etapa del proceso, ha sido un camino largo.

A mis padres, agradecerles por regalarme la educación que soñaba, por ser mi fuerza a cada instante, y por enseñarme siempre que todo es posible. Cuando decidí mudarme de Cusco para estudiar, tal vez ellos, pero yo no tenía la más mínima idea de que ésta era la primera gran decisión de mi vida. Esta Tesis es el fruto, no sólo del tiempo que le dediqué investigando y escribiendo, sino que condensa varios años del esfuerzo conjunto que significa tenerme lejos de casa. Imprescindible en esta historia ha sido mi bisabuela, Paulina, a ella queda agradecerle, hasta el cielo, el trabajo de una vida por dejarnos un futuro mejor.



*A Nicolás y Micaela, porque las estrellas son el límite, y éste es sólo el primer paso.*

## INTRODUCCIÓN

*La vivienda influye favorablemente en los procesos restauradores de la salud e incentiva la actividad creadora y el aprendizaje, cuando sus espacios funcionales reúnen las condiciones apropiadas de facilitación para los que fueron diseñados y cuando la conducta humana los utiliza inteligentemente. (OPS 1999: 3-4)*

Desde hace dieciséis años, la Vivienda ha sido reconocida por la Organización Panamericana de la Salud como espacio primigenio para el desarrollo comunal, familiar e individual. Es por esta razón que en el Perú, al igual que en otros países, los programas de Saneamiento Básico y Vivienda Saludable tienen cada vez mayor alcance, principalmente en el espacio rural. En este contexto, a 48km de Cusco, el distrito de San Salvador fue el escenario donde se aplicó por primera vez la estrategia del Proyecto de Saneamiento Básico Ambiental para la Sierra Sur (SANBASUR) que tuvo como objetivo proveer de



agua y desagüe a la población, y, más adelante, promover modificaciones en el modelo de vivienda para reducir los riesgos de enfermedad en niños y adultos.

Se trata de un proyecto que, a partir de esta experiencia piloto, ha ido escalando los diferentes niveles de gobierno; primero, como parte de las políticas adoptadas a nivel regional, y actualmente, como política nacional, desde los sectores de vivienda y salud. En este contexto, esta Tesis es una aproximación etnográfica a la vivencia de una de las comunidades del distrito de San Salvador, Parpacalle. El principal objetivo de la etnografía es conocer los impactos sociales y culturales que la intervención de Comunidad, Vivienda y Familia Saludables ha tenido sobre este espacio, en tres dimensiones: comunal, familiar e individual.

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en un total de nueve semanas, entre febrero y abril del año 2013. A través de entrevistas semiestructuradas, observación, participante y no participante, y encuestas familiares, fue posible tener un acercamiento directo a los diversos actores, discursos y realidades sobre las que ha influido la intervención. Considerando conocerla desde la perspectiva de la gestión del desarrollo local y, sobretodo, desde la experiencia de familias e individuos que han tenido que adaptar los cambios propuestos a su estilo de vida cotidiano.

La Tesis se organiza en cinco capítulos, en estos se presenta el diseño de la investigación, teórico y metodológico, y se da respuesta a las preguntas específicas de la investigación. El primer capítulo, muestra el enfoque teórico y las

tradiciones de pensamiento de la disciplina en las que se enmarca el estudio. Siguiendo la línea de estudios de Antropología del Desarrollo y Antropología Médica, se definen los conceptos de desarrollo y salubridad que son de carácter transversal en el presente texto.

El segundo capítulo, muestra el marco metodológico y el contexto en el que se ha desarrollado la investigación. Considerando la expansión de este tipo de intervenciones en el mundo rural, el estudio se realiza sobre un caso emblemático lo que nos ha permitido conocer a profundidad los efectos de la intervención a nivel comunal y, sobretodo, en el ámbito familiar e individual. Luego de una mirada al enfoque metodológico, el capítulo se complementa con la caracterización del Distrito de San Salvador y la comunidad de Parpacalle, como espacio pionero en la implementación de la intervención estudiada.

El tercer capítulo, muestra la trayectoria del proyecto, haciendo énfasis en los agentes encargados de su ejecución y, posteriormente, de la vigilancia. La investigación evidencia que la implementación de Comunidad, Vivienda y Familia Saludables establece una arena política, en la que interactúan dos grupos de agentes: promotores y receptores. Este capítulo se dedica a analizar el rol de los agentes promotores, más adelante llamados de Gestión, Promoción y Vigilancia, para luego entender la trayectoria del proyecto en Parpacalle y la lógica bajo la que se determinan las acciones en la intervención.

Este grupo, incluye agentes exógenos y endógenos, respecto a la comunidad. En este sentido, la Oficina de Saneamiento Básico Rural (OMSABAR), el Gobierno Comunal y la Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), son los principales encargados del proyecto que se implementa en dos momentos: Saneamiento Básico y Comunidad Saludable.

El cuarto capítulo se enfoca en el análisis de las estrategias de adaptación que la población tiene respecto a la intervención, desde tres dimensiones. En el nivel comunal, el colectivo, por consenso, estructura un aparato disciplinario que, a través de medidas punitivas y de recompensa, busca asegurar la sostenibilidad de los cambios propuestos por la intervención. A nivel familiar, se halló que la colectividad logra que cada familia e individuo acepte las propuestas de la intervención, sin refutar, es decir que su discurso se equipara con lo que plantea la intervención. Sin embargo, encontramos que son la dinámica familiar y variables, como el género y la generación, los factores que influyen directamente sobre el ejercicio efectivo de la salubridad.

El capítulo final, cierra el panorama de la investigación, aproximándose a los efectos que tiene sobre la localidad y la experiencia de vida de la población. El estudio evidencia, como principal efecto, que actualmente el funcionamiento de la comunidad se mide en relación a su capacidad de ser constantemente un espacio saludable, ya sea a nivel de comunidad o de hogares. El discurso de salubridad

instaurado por la intervención, en este sentido, es la regla sobre la que la población misma determina si su comunidad, vivienda y familia son saludables.

Al mismo tiempo, la población considera que el hecho de que Parpacalle sea reconocida como comunidad saludable, permitiría que se beneficien de industrias turísticas, como pasantías y turismo vivencial. A raíz de estas posibilidades, la comodidad y oferta de servicios con las que cuentan actualmente, la población considera que su calidad de vida ha mejorado, dándoles la posibilidad de acceder, con mejores herramientas, al campo laboral y mejorar su economía.

Por otro lado, las medidas de vigilancia respecto al estilo de vida de la población, tiene como principal efecto una relación constante de la intervención, ahora política pública, con el ámbito privado, familias e individuos. En sentido, la investigación evidencia que, los pobladores aceptan la presencia constante de los agentes promotores, porque en ambos grupos se ha normalizado la noción de que sin vigilancia, la población no tiene la capacidad de mantener un estilo de vida saludable.

Haciendo un balance de la investigación, consideramos que esta etnografía es un aporte importante a la gama de estudios de las ciencias sociales sobre el desarrollo y la salud, por dos motivos. En principio, porque es un acercamiento a una experiencia pionera en el campo del desarrollo de proyectos de Saneamiento Básico Ambiental y Comunidad Saludable, lo que nos permite conocer los

orígenes de este tipo de intervención, y también, sus principales aciertos y desaciertos.

Al mismo tiempo, cabe resaltar que esta etnografía no pretende ser una evaluación del resultado de la intervención, sino que busca conocer cómo es que una iniciativa de desarrollo, pública o privada, incide en la vida cotidiana y el imaginario de las personas implicadas en su aplicación. Bajo esta lógica, tiene en la mira evidenciar los efectos que tiene la intervención más allá de su objetivo directo, en este caso, más allá de la construcción de espacios saludables o la práctica cotidiana de la salubridad. Así, la Tesis ha logrado profundizar sobre las implicancias que tiene ésta intervención en espacios primigenios de la sociedad, como son el individuo, la familia y la comunidad.

Cabe resaltar que, debido a las medidas punitivas que comúnmente se aplican cuando la población no cumple o no conoce los lineamientos de la intervención, hubo dificultades para recoger las nociones propias que los actores tienen respecto a la salubridad. Comúnmente su discurso es un fiel reflejo de lo propuesto por la intervención, pues, hay cierto recelo con la posibilidad de que estén siendo juzgados de acuerdo a lo que mencionan. Sin embargo, ésta es una dificultad que fue disminuyendo a lo largo de la investigación, de forma tal que el discurso de la población se fue complementando con la observación no participante y el acercamiento a las prácticas entorno a la salubridad, a partir del estudio de cinco familias.

La presente investigación evidencia que, efectivamente, se han logrado cambios básicos, indispensables para la salud local, haciendo posible que la población tenga una nueva perspectiva en cuanto a la salubridad y su propio desarrollo. Sin embargo, al ser una iniciativa que tiene como principio proveer de comodidades básicas a una población para que puedan desarrollar capacidades; encontramos que éste enfoque se ve opacado por los mecanismos de vigilancia que utiliza. Los promotores piensan y actúan asumiendo, de raíz, que la población tiene poco interés y capacidad para adecuar su estilo de vida a lo saludable. Así, se pueden observar cambios reales cuya sostenibilidad depende, y seguirá dependiendo, de la existencia del aparato de desarrollo local y sus medidas punitivas, pues, contrariamente a lo propuesto en un inicio, se trata de una iniciativa que no apuesta por la autonomía de las personas.



## **I. ESTUDIAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: APROXIMACIÓN AL ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.**

El presente capítulo tiene como objetivo introducir al lector a la problemática estudiada en la Tesis. Está compuesto por dos secciones en las que hacemos referencia al estado del arte y marco teórico.

En principio, el Estado del Arte, revisa la trayectoria de la Promoción de la Salud como enfoque y tecnología para el desarrollo. Se considera que la salud es un recurso básico para el ser humano, de todas las culturas. Bajo esta lógica, se presenta la iniciativa de Vivienda Saludable como un modelo estándar, básico que permitiría que la población tenga los recursos necesarios para mejorar su vida en otros aspectos: social, económico, político u otro. Para complementar el panorama, y entender el enfoque de la presente investigación, ésta sección incluye una revisión de estudios sobre la promoción de la salud realizados en Latinoamérica.

Luego, el marco teórico está constituido por dos conceptos: desarrollo y salubridad. Para efectos de la investigación, la delimitación de estos conceptos se hizo a partir de la revisión del aporte de dos enfoques de la disciplina, la Antropología del Desarrollo y la Antropología Médica.

## **1. Estado del Arte: Trayectoria e Investigación de la Promoción de la Salud como Estrategia Transnacional de Desarrollo**

Esta primera sección, muestra los antecedentes de la Promoción de la Salud, y la trayectoria de la iniciativa de Vivienda Saludable. En principio, se define el enfoque transnacional de la Promoción de la Salud como estrategia de desarrollo, implementada a través de tecnologías, de acuerdo a la necesidad de cada población. Ejemplo de estas tecnologías es el enfoque de Vivienda Saludable, que se posiciona como una forma de acción para la promoción de la salud, que se ha ido expandiendo en el Perú y otros países de la región. Por último, esta sección revisa experiencias de investigación en Latinoamérica relacionadas a la promoción de la salud.

1.1. Promover la Salud como recurso básico para la Vida Comunal, Familiar e Individual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo la primera “Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud” en Ottawa, el año 1986. Producto de esta reunión, fue presentada la denominada “Carta de Ottawa”, la misma que plantea los lineamientos de política para conseguir el objetivo “salud para todos en el año 2000”. Este documento es considerado, por varios estudios, como aquel en el que se determinó una serie de lineamientos de política en

relación a la promoción de la salud, entre los cuales se encuentra la iniciativa de Comunidad y Vivienda Saludable (Ciuffolini y Jure 2006; Araujo y Gross 2011).

Desde entonces, se considera la salud, más allá del padecimiento y la enfermedad, como una cualidad necesaria para el desarrollo cotidiano de la población. Por esta razón, la promoción de la salud no solamente se enfoca en el ámbito médico sino que debe realizarse de forma intersectorial, se busca “paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad” (OMS 1986: 1) como componentes necesarios para la salud humana. Se reconoce, entonces, que todos tenemos “salud potencial”, este es un recurso individual y social; por ello, promover la salud contribuye significativamente a la calidad de vida del ser humano.

El objetivo principal: “alcanzar la equidad sanitaria” (OMS 1986: 1), pareciera que se trata solamente de una política enfocada a la construcción sanitaria para instituir espacios que favorezcan a la salud y no que la perjudiquen. Sin embargo, es un campo de acción que necesita que las instituciones promotoras (privadas y públicas) trabajen de forma conjunta con la población y otros actores que tengan injerencia en la zona. Para lograr dicho objetivo, la OMS propone el desarrollo de una estrategia intersectorial, como se aprecia en la siguiente ilustración:

Ilustración 1: Estrategia intersectorial para la Promoción de la Salud.



Fuente: Elaboración propia a partir de Organización Mundial de la Salud (1986)

Según este enfoque, “la promoción de la salud tiene injerencia en el futuro de los individuos, ya que plantea la acción conjunta de los miembros de la sociedad; de tal manera que, la salud pueda vivirse cotidianamente en cada comunidad” (OMS 1986: 3). Para lograr que la salud sea una cualidad cotidiana en la vida de los individuos, es necesario que se trabaje desde diversos enfoques: socio-ecológico, educativo, participativo y de saneamiento.

## 12 Tecnologías de Promoción de la Salud: Trayectoria y Relevancia del enfoque de Vivienda Saludable

En 1987, la OMS realizó una “Reunión Consultiva sobre La Vivienda: Sus implicancias para la salud” (Appleton 1987). En ella, se discutió sobre la situación mundial de la vivienda vinculada a la salud. Producto de esta reunión, fue creado

un documento en el que se estipulan los principios sanitarios que evalúan y proponen mejoras en la vivienda, debido a los reconocidos efectos que tienen en la salud de sus ocupantes.

El documento comienza explicando que “el hacinamiento, la suciedad y la degradación son los signos visibles del problema mundial de la vivienda. Menos visible, pero igualmente devastadora, es la cuota cruel de muertes y enfermedades directamente atribuibles a las terribles condiciones de vida de una cuarta parte de la población mundial” (Appleton 1987: 2). Así, se establecen líneas estratégicas integrales para conseguir la meta de “Salud para Todos en el Año 2000”, entendiendo el problema, no sólo desde diversas ópticas, sino también desde la variedad de formas en las que se presenta.

Se define que una Vivienda Saludable es aquella que:

*...brinde protección contra lesiones evitables, envenenamientos o padecimientos crónicos [...] ayude al desarrollo social y psicológico de las personas y minimice tensiones psicológicas y sociales relacionadas con el ambiente de la vivienda [...], provea acceso a los centros de trabajo, educación, a los servicios necesarios y a los lugares de diversión que fomentan un buen estado de salud. El uso que dan los moradores a su vivienda maximiza su impacto positivo sobre la salud (OPS 1999: 150)*

Siguiendo estos lineamientos, en 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció como eje importante de las políticas de promoción de la salud, la implementación de Viviendas Saludables para las Américas. Hacia el año 1999, la división de Salud y Ambiente de dicha organización, se encargó de la



elaboración del “Documento de Posición de la OPS sobre Políticas de Salud en la Vivienda”, que se trataba de un espacio en el que la Organización analizaba la importancia de la vivienda para el ser humano, la situación social en la región americana, el lugar que ocupaba la vivienda saludable en el desarrollo de estos países y la orientación de las políticas sociales en este rubro.

El documento parte de una reflexión ecológica de la relación entre los seres vivos y el ambiente, manifestando que el segundo, cuenta con una serie de características (“estresores”) que, en interacción con los seres vivos, regulan su adaptación; es decir, que tiene influencias directas sobre su desarrollo. En el caso del ser humano, parte de su adaptación al ambiente, es su instalación en un espacio que él escoge junto a su pareja o familia, donde pueda efectuar sus principales funciones sociales, biológicas, psicológicas o de sustento. Se trata de un espacio al que denominaremos “vivienda”. La vivienda, entonces, es un área delimitada de la que los miembros de la familia se apropian, y en la cual se construye el hogar, lugar donde convergen las actividades individuales y familiares. Se trata de un espacio elemental y constitutivo de la comunidad, ya que es a partir del conjunto de ellas que se puede considerar un territorio o espacio mayor en común. (OPS 1999).

Las comunidades son formadas por viviendas, lo que permite a los individuos acceder a “redes técnicas” de recursos y servicios; la política de vivienda, por ende, trasciende el espacio familiar, incluyendo, dentro de sus



intereses, mejoras del entorno común. Como espacio físico y social, la vivienda se construye de acuerdo a la interacción de los recursos sociales, económicos, políticos y culturales de la familia. En vínculo directo con la cultura local, se determina la estructura, funciones y uso de la vivienda.

El análisis de la OPS (1999), hace visibles una serie de enfermedades relacionadas al consumo doméstico del agua, la contaminación al interior de la vivienda por hacinamiento, sistemas rudimentarios de cocina y crianza de animales. Se encuentran una serie de microbios y bacterias que contribuyen a la adquisición de enfermedades respiratorias, dermatológicas y gástricas. Entonces, se reconoce que las condiciones desfavorables en la vivienda o la comunidad tienen efectos sobre la salud, principalmente de mujeres, niños, ancianos y discapacitados,

En tal sentido, la iniciativa de Vivienda Saludable no solamente tiene efectos en las familias o estructuras del hogar, sino que busca generar “espacios saludables”. Esta es una política que, a partir de un esfuerzo conjunto entre la población y organizaciones públicas o privadas, busca mejorar “la sucesión de los ambientes habituales o escenarios que el hombre enfrenta o con los cuales convive en el curso cíclico de su vida: la vivienda, la escuela, el trabajo, la ciudad, el municipio” (OPS 1999: 193).

Como política social básica, éste enfoque habilitaría positivamente a la población para el desarrollo de sus funciones básicas. Por ello, intervenciones de

desarrollo enfocadas a Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, suelen ir acompañadas de un componente educativo para proponer, mejorar y mantener estilos de vida saludables a nivel grupal e individual. La sostenibilidad de este tipo de proyectos, según las organizaciones internacionales mencionadas, está relacionada con la generación de un vínculo político, de coordinación constante entre los promotores y la población.

#### 1.2.1. Manejo de la Iniciativa Vivienda Saludable: Latinoamérica y Perú.

Durante la reunión realizada por la OPS en 1999, se reconocieron deficiencias en las condiciones de vida en América. En este sentido, se plantea la necesidad de mejorar aspectos como vivienda y saneamiento ambiental básico, principalmente en zonas rurales y urbano-marginales. Se declara que las características de asentamiento en estos espacios tienen influencia negativa sobre la salud, debido a que “las deficiencias en la vivienda y el saneamiento constituyen un determinante reiterado del exceso de mortalidad y una característica sistemáticamente vinculada a los niveles de pobreza, el rezago socioeconómico y la inequidad territorial en América Latina y el Caribe” (OPS 1999: 21)

Con el objetivo de lograr un espacio de discusión y análisis sobre la problemática en Latinoamérica, se han creado “Centros de Salud y Vivienda”, los cuales estarían articulados por una “Red Interamericana de Centros de Salud en la Vivienda”. Desde múltiples perspectivas disciplinarias e intersectoriales, la Red se

convirtió en un espacio importante para contribuir con mejoras en la capacidad institucional de intervenir en este ámbito de la salud (Red VIVSALUD 2002). Los primeros países en constituir sus redes nacionales fueron Perú y Brasil, luego, se fueron adscribiendo otros países de Latinoamérica.

En el Perú, considerando el panorama general de las políticas públicas, Carlos Eduardo Aramburú (2013) sitúa este tipo de iniciativas en el eje de políticas enfocadas a la protección de la pobreza. Para el autor:

*Hoy se reconoce, como parte central de la política social, la importancia de promover capacidades laborales y productivas (programas habilitadores) y de apoyar oportunidades de ingreso y empleo para los más pobres (programas promotores). La evidencia establece que los programas protectores deben orientarse a las poblaciones más vulnerables (...) y ser anticíclicos (Aramburú 2013: 35)*

Sostiene que las iniciativas de saneamiento básico ambiental y viviendas saludables son parte del conjunto de programas enfocados a la protección social. Según su punto de vista, la política social que se encuentran bajo este eje “tiene(n) por finalidad proteger la salud de las personas y ampliar el acceso a servicios básicos de los más pobres y vulnerables” (Aramburú 2013: 73).

En este panorama, en el país, la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Ricardo Palma, constituyó la Red de Vivienda, Ambiente y Salud (Red VAS), en 1999. Esta institución tiene funciones que van, desde la investigación hasta la definición de estrategias técnicas para la aplicación de la iniciativa de Vivienda Saludable.

Con la colaboración de centros de investigación y organizaciones públicas y privadas, el año 2000 en la Red, se elaboró un diagnóstico sobre la salud y la vivienda en el Perú. Encontraron que, si bien, el Gobierno Peruano a través del Ministerio de Vivienda considera desde 1990 la problemática de la vivienda como parte de la política nacional, no se posiciona como prioritaria pues esta institución es absorbida por el Ministerio de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción, como un viceministerio.

Sin embargo, en ese tiempo, se realizaron una serie de intervenciones realizadas en zonas urbano-marginales a través de entidades como ENACE y FONAVI, que luego pierden injerencia en el campo de la Vivienda. Por esta razón, el año 2000, cuando se constituyó la Red VAS, se encontró un contexto caótico en relación a las políticas de Vivienda, así, a través de ella se buscaría mejorar esta situación.

En este contexto, se ha encontrado que la Promoción de la salud, al año 2006, en el Perú se consideraba como:

*...un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos, a tener mayor control sobre la salud y mejorarla. En tal sentido, involucra a personas, familias y comunidades en un proceso de cambio orientado a modificar las condicionantes y determinantes de la salud. (MINSA 2006: 19)*

La ejecución de este tipo de iniciativas, en un primer momento, estuvo a cargo del Ministerio de Salud, que se dedicó a su implementación haciendo énfasis en el componente de salud a través de ciertos ejes temáticos como

“alimentación y nutrición, higiene y ambiente, habilidades para la vida, salud mental y cultura de paz, educación sexual y reproductiva” (MINSA 2006: 20). No obstante, en la actualidad, encontramos que este tipo de programas va conectado a la implementación de Saneamiento Básico Ambiental, a cargo del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, en muchos casos, dejando de lado la promoción de la salud que este tipo de proceso implica. Adicionalmente a las políticas públicas, hay varias instituciones peruanas de carácter privado que han hecho intervenciones en este campo: Soluciones Prácticas, CARE Perú, Cáritas Perú y el Grupo PUCP.

El Proyecto de Saneamiento Básico Ambiental para la Sierra Sur (SANBASUR), es un ejemplo de este tipo de iniciativas, como proyecto piloto se ejecutó en el distrito de San Salvador. Se trata de una iniciativa conjunta entre la Cooperación Suiza y el Centro Bartolomé de las Casas, en coordinación con la Municipalidad Distrital. Como su nombre lo explica, la iniciativa de SANBASUR, al inicio, estuvo enfocada en la implementación de Saneamiento Básico; sin embargo, una vez reconocida la potencialidad de la población para realizar este tipo de proyectos, se amplió la experiencia a la implementación de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. Una vez implementado el proyecto piloto, esta iniciativa pasó a ser parte de las políticas de la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento, institución a través de la cual, se llevó la iniciativa a otras provincias de la Región Cusco, e incluso, el modelo de intervención está siendo aplicado en otras regiones del país.



### 1.3. Experiencias de investigación sobre la Promoción de la Salud en Latinoamérica.

La investigación social dedicada específicamente a la promoción de la salud enfocada al análisis del desarrollo de iniciativas como la estudiada en la presente investigación, es escasa, tanto en Latinoamérica como en el Perú. Generalmente, en el campo de las ciencias sociales, los estudios vinculados a este tema, suelen hacer un ejercicio de sistematización y diagnóstico de este tipo de experiencias. En este acápite, se hace un acercamiento a estudios que analizan iniciativas de promoción de la salud y la posición que tienen los promotores respecto a la población con la que trabajan.

En Bolivia, el año 2000, se realizó un estudio titulado: “Saneamiento y Cultura: Síntesis de un Estudio Antropológico sobre Saneamiento en el Área Rural de Bolivia”, publicado por el Banco Mundial. Este estudio fue el resultado de una iniciativa conjunta de varias organizaciones internacionales como UNICEF, Banco Mundial, PNUD y el Programa de Saneamiento Básico Rural (PROSABAR). Tenía como objetivo conocer los factores sociales, culturales y económicos que influían en el uso de letrinas en comunidades rurales bolivianas, puesto que se encontró que a pesar de la gran inversión en la instalación de estos servicios, la población rural no los utilizaba.



La investigación se llevó a cabo en catorce comunidades agrupadas de acuerdo al grupo étnico al que pertenecían, quechua, aimara, moxeño o guaraní. En principio, el estudio muestra sus características sociales y culturales: población, economía, organización territorial y cosmovisión; este panorama se complementa con el análisis sobre la implementación del programa de saneamiento, haciendo énfasis en el vínculo entre la salud y las costumbres locales respecto a la disposición de excretas y residuos sólidos. Además muestra los hallazgos entorno a la percepción de la población al respecto de los resultados del programa y las razones por las que no se usaban las letrinas.

Sus hallazgos hacen posible que el estudio afirme que hay “falta de promoción”, pues en varios casos la instalación de letrinas no iba acompañada de información sobre su funcionamiento y uso. En este caso en particular, la promoción se enfocó a la provisión del servicio de agua; sin embargo, al no ser una iniciativa local, sino requerimiento del diseño de la intervención, no tuvo el impacto esperado. Adicionalmente, se vinculan las fallas del proyecto a “deficiencias técnicas” en relación a la adaptabilidad del sistema a las condiciones particulares del clima y el terreno, la mayoría de instalaciones se vieron afectadas por el sol y la lluvia.

Respecto a la dimensión cultural, se encontró que la negación sobre el uso de las letrinas se debía a que su instalación no se había hecho siguiendo los esquemas tradicionales de las comunidades para la construcción de la vivienda.

Esta fue una de las principales razones por las que la población no las utilizaba. Además, encontraron que había una serie de creencias sobre la oscuridad, el tamaño de la fosa, los peligros de los olores y otros factores culturales, que influyen en el rechazo respecto a la utilización de las letrinas. Todos estos hallazgos fueron utilizados para formular recomendaciones a las organizaciones encargadas del Saneamiento Básico en Bolivia, con la finalidad de mejorar la eficacia de este tipo de intervención.

En Perú, María Amalia Pesantes (2002a, 2002b, 2003), presenta una investigación sobre la cultura sanitaria en comunidades de Andahuaylas, a través de ella analiza sus implicancias en varias dimensiones. A raíz de su Tesis de Licenciatura: “Repensando las potencialidades, responsabilidades y retos de la antropología médica en el Perú: Reflexiones a partir de una investigación sobre cultura sanitaria en comunidades campesinas de Andahuaylas” (Pesantes 2002a), publica una serie de artículos relacionados con el lugar de la salubridad en estas comunidades.

La autora plantea como premisa de su investigación, que los conocimientos y hábitos alrededor de la limpieza son determinantes para la salud de la población. Considera, por ello, que es importante no sólo buscar mejoras de la salud mediante la educación, sino, de igual forma, entender las particularidades históricas y sociales sobre las que se está trabajando. Su investigación, recoge la percepción de campesinos y campesinas alrededor de las “noción de limpieza y

suciedad”, encuentra que si bien la población se interesa por mantener la limpieza en su hogar, como la higiene personal, las condiciones de pobreza no permiten que ellos se preocupen por la higiene y su vínculo directo con la salud.

Las nociones de suciedad que la población campesina maneja no son del todo distintas a la occidental, pues ellos suelen asociar la suciedad a nivel corporal: sudor, fatiga, olor. Esto, la lleva a afirmar que “las prácticas de higiene que cada grupo humano promueve y valora, están directamente relacionadas no sólo a su conocimiento o desconocimiento de la teoría científica de la propagación de las enfermedades sino a su entorno físico, a sus tradiciones, costumbres y actividades, y a su forma de entender y ordenar el mundo que los rodea” (Pesantes 2002b:228)

Pesantes encuentra que las diferencias entre las nociones de suciedad en la población urbana y en la rural se dan por grados distintos de tolerancia hacia ella. Señala que si bien las concepciones culturales alrededor de la limpieza tienen correspondencia en la cultura occidental; en el caso específico que investigó, había factores sociales y laborales que impedían una preocupación constante alrededor del tema de la limpieza. Las discrepancias entre la población rural y urbana, respecto del tema, generan problemas de discriminación en los centros urbanos, como Lima, que fue el foco de la migración serrana. Por lo general, los prejuicios llegan a las zonas rurales junto con el personal de salud, quien juzga los

hábitos de higiene de la población local al no conocer las particulares de su sociedad y su cultura.

El año 2003, en coordinación con Nicolás Marinof, Carolina Samanez y Carlos Centurión, María Amalia Pesantes presenta la sistematización de la experiencia de ProAnde en la intervención de saneamiento básico y hábitos de higiene que realizó en 25 comunidades de Andahuaylas. Al inicio, el documento, hace un análisis del contexto, especificando la metodología con la que se implementó el proyecto, su estrategia operativa y los factores socioculturales que influyen en el cambio de los hábitos de higiene, clasificándolos en una escala de dificultad de cambio. Además, presenta los impactos de la intervención en varias dimensiones: servicios de saneamiento, hábitos de higiene, equidad de género, organización comunal, aprendizaje de la población y facilitadores.

Luego, se estipula un manual para la implementación de saneamiento básico a partir del modelo PHAST que utilizó ProAnde, se presentan las metodologías participativas de educación sanitaria, y la formulación de este modelo. Una tercera parte presenta instrumentos para que puedan ser utilizados en una réplica de esta experiencia.

El panorama de investigaciones que trabajaron temas relacionados, se complementa con los hallazgos de publicaciones que evidencian el rol que los promotores tienen en intervenciones relacionadas a la promoción de la salud. Se

trata de investigaciones que reconocen el poder de los promotores respecto al proceso de desarrollo, y su influencia sobre las decisiones de los involucrados.

El estudio titulado “Pueblos Indígenas y Programas de Transferencias Condicionadas” (Correa y Roopnaraine 2014) se enfocó en analizar la intervención y los efectos que el Programa Juntos tiene en comunidades andinas y amazónicas del Perú. Entre los efectos socioculturales que la investigación encuentra en las comunidades estudiadas, se hace referencia a la implementación de Comunidades y Viviendas Saludables, como una intervención complementaria a JUNTOS. Encontrando que si bien se trataba de un proyecto independiente del Programa, la población asumía que era parte de las condicionalidades exigidas por sus promotores.

Norma Correa y Terry Roopnaraine (2014) reconocen tres nudos de conflicto entre la población y las intervenciones de Comunidades y Viviendas Saludables. En primer lugar, la población expresa incomodidad pues ellos tienen que invertir sus propios recursos en la modificación de sus viviendas. Señalan, además que los promotores las critican constantemente, hecho que no sólo aumenta su incomodidad, sino que también genera un temor de las madres a ser eliminadas del Programa Juntos. Al mismo tiempo, según sus testimonios, la lógica de transformación que propone no tiene correspondencia con la cultura y el contexto local.



En esta línea, Carmen Yon (2000) estudia la implicancia de la cultura local, el entorno social y médico en las decisiones que mujeres quechuas y aymaras toman respecto a su salud reproductiva. Analizando el rol de los promotores de salud en cuanto a la salud reproductiva de mujeres quechua y aymara, encuentra que hay cierta dificultad de parte suya para recurrir a los promotores. La autora encuentra que hay una distancia social y cultural entre ambos actores, lo que hace que las mujeres expliquen que acuden al establecimiento de salud como última instancia.

Si bien reconocen que es ahí donde pueden acceder a métodos para la planificación familiar, prefieren no acudir con regularidad pues muchas veces los promotores de salud no las escuchan, y terminan obligándolas a usar anticonceptivos, sin resolver las dudas que tienen entorno a su uso. Ellas “ven limitadas sus posibilidades de elegir, ser escuchadas, entender y ser entendidas.” (Yon 2000: 197), además que las campañas de promoción no se adecúan al contexto porque no incluyen a la población masculina quienes serían los principales opositores al uso de métodos anticonceptivos.

Al igual que en el caso estudiado por Correa y Roopnaraine (2014) hay un halo de condicionalidad, criticismo y medidas punitivas que hace que la población se sienta presionada y no encuentren beneficio en este tipo de intervenciones. Los hallazgos de estas investigaciones, en cuanto al rol de los promotores, tienen similitud a los que presentamos en la presente investigación, en los que se



evidencia la existencia de un aparato punitivo que genera incomodidad en la población, pero que es considerado como el único método de posible aplicación para la sostenibilidad de los cambios que se buscan.

La presente investigación, en este panorama, es un aporte a la gama de estudios que buscan conocer la experiencia de implementación e impacto que tienen las intervenciones relacionadas a la promoción de la salud. Estudiar la implementación de Saneamiento Básico Ambiental y Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, si bien sigue la línea trazada por estudios anteriores, tiene un enfoque etnográfico que permite conocer los matices del impacto social y cultural que un instrumento de política pública, tiene sobre la vida cotidiana de una comunidad, y, al mismo tiempo, de familias e individuos.

## **2. Marco Teórico: Desarrollo y Salubridad**

El Marco Teórico se ha diseñado según la trayectoria de tradiciones antropológicas previas. Bajo esta lógica, la presente sección muestra, la definición de los conceptos de desarrollo y salubridad, en relación a teorías que se han trabajado anteriormente en las corrientes de Antropología del Desarrollo y Antropología Médica.

### **2.1. Definición de Desarrollo**

Para comenzar, es necesario mencionar, que el desarrollo es considerado como una dimensión social, equivalente a otras, como la económica y la política, hecho por el que será abordado en la presente investigación a partir de estudios previos relacionados a la Antropología del Desarrollo. En este sentido, James Ferguson (2004) explica que “desarrollo” es un término de uso cotidiano, y, al mismo tiempo, de difícil definición, para él se trata de un “concepto de valor central como lo fueron el de civilización o Dios en otros tiempos” (1994: 3). Por esta razón, el considera que es una noción vagamente cuestionada a pesar de las diversas modalidades a través de las que se ejecuta.

En este panorama, encontramos que “convencionalmente (*desarrollo*) puede referirse a mejoras en el bienestar, estándares de vida y oportunidades (...) y que, puede hacer referencia al proceso histórico de industrialización, modernización o globalización” (Edelman y Haugerud 2005: 11). Para efectos de la investigación, se retoma la definición que Olivier de Sardan hace respecto al concepto, planteando que “existe desarrollo basado simplemente en el hecho de que hay actores e instituciones que toman el desarrollo como un objeto o un fin al que dedican tiempo, dinero y competencia profesional. Es la existencia de esta “configuración desarrollista” la que define la existencia misma del desarrollo” (2005: 25).

El desarrollo, entonces, es un campo susceptible de análisis antropológico por la serie de implicancias que tiene en la sociedad. Estudiarlo como una

dimensión social, según Olivier de Sardan (2005) es relevante pues es una forma de cambio social que tiende a generar interacción entre agentes que tienen estatus, recursos y objetivos diferentes. Por ello, no debe estudiarse sin analizar “las dinámicas sociales, los procesos endógenos, y procesos informales de cambio” (Olivier de Sardan 2005: 24) que implica en un espacio determinado.

Olivier de Sardan (2005) propone estudiar el desarrollo desde el “enfoque de la lógica social enraizada”. Entendiendo que, al tratarse de un campo social, en el desarrollo encontramos “un abanico de varios tipos de acciones que se definen así mismas como constitutivas del desarrollo, sean hechas por promotores o beneficiarios; sin embargo, muestra variaciones en sus definiciones, significados y prácticas” (Olivier de Sardan 2005:2).

Para efectos de la investigación, entendemos el concepto de desarrollo como un espacio de interacción social, en palabras de Olivier de Sardan (2005), una “arena política”, es decir, “...un espacio en el que ocurren los conflictos reales entre actores que se relacionan alrededor de un interés común” (Olivier de Sardan 2005: 190). Así, la naturaleza de la intervención estudiada, nos lleva a afirmar que el desarrollo necesita de la participación social y el conflicto para ejecutarse.

En este sentido, retomamos la definición que Parés hace sobre el concepto de “participación social”, al que entiende como el conjunto de “prácticas políticas y sociales a través de las cuales se pretende incidir sobre alguna dimensión de aquello que es público” (Parés 2009:71). En el contexto de la promoción de la

salud, se considera una necesidad intrínseca generar espacios en los que la propia población se haga protagonista del cambio que propone la intervención (Menéndez 1998:14).

Al mismo tiempo, este espacio de interacción genera situaciones de conflicto, entendiendo esta noción como una unidad de análisis que es transversal y común la vida social, siendo un indicador directo del cambio social (Gluckman 1978) Consideramos que reconocer al desarrollo, como un espacio de conflicto, nos permite visibilizar la diversidad de nociones, estrategias y poder, a través de las que se relacionan los agentes involucrados.

Entender el desarrollo, entonces, implica también conocer las características particulares de los involucrados, ya sean promotores o receptores. Bajo esta lógica, estrategia, noción y poder son aristas elementales del concepto que nos permitirán analizar los matices del impacto social y cultural de la intervención en el contexto estudiado.

Al respecto, Olivier de Sardan (2005) afirma que los involucrados actuarán en el desarrollo a través de grupos estratégicos, cuyos miembros comparten ciertas características que los permiten agruparse y posicionarse en la arena política. En este sentido, la estrategia representa la manera en que los sujetos entienden algo y lo ponen en práctica. En cambio, el concepto de noción, según este autor, se refiere principalmente a la percepción que los sujetos tienen respecto a la realidad (Olivier de Sardan 2005)

Al mismo tiempo, es necesario conocer la capacidad de influencia o poder que tienen los agentes o grupos estratégicos sobre el desarrollo. Para Olivier de Sardan (2005) todos los actores, sin excepción tienen algún grado de poder. Es decir, sean promotores o receptores, tienen la capacidad de actuar o no actuar de acuerdo a los esquemas propuestos, en este caso, por la intervención. Al mismo tiempo, se reconoce que hay sujetos con poder institucionalizado, que tiene que ver con el grado de capacidad de acción que la sociedad o el aparato de desarrollo otorga a ciertos agentes.

### 2.1.1. Visiones de Desarrollo: El “Enfoque de la Lógica Social Enraizada”<sup>1</sup>

El desarrollo ha sido estudiado desde varios enfoques en la Antropología, como se menciona anteriormente, la presente investigación retoma el enfoque propuesto por Olivier de Sardan. Entendiendo que es a partir del análisis etnográfico de experiencias particulares que se puede entender un proceso de desarrollo con todos los matices que implica.

El “enfoque de la lógica social enraizada” rescata de las corrientes con las que discute el hecho de que ambas visibilizan el juego de poder que implica el desarrollo como proceso social. En este sentido, el autor propone que el desarrollo no se trata de una empresa incuestionable, sino que es un producto del proceso histórico y social por el que ha pasado la humanidad en las últimas décadas. Se

---

<sup>1</sup> Olivier de Sardan (2005): The Entangled Social Logic Approach



preocupa por estudiar la relación entre el discurso y la práctica del desarrollo en la sociedad.

El autor propone la realización de investigaciones etnográficas que utilicen un enfoque de investigación que el autor denomina “interaccionismo metodológico”, que tiene como “objetivo (e)l de aprehender los hechos de desarrollo en toda su complejidad” (Olivier de Sardan 2005: 4); debido a eso, el desarrollo es entendido como una característica particular e importante del contexto a estudiar. Sin embargo, esta propuesta busca ir más allá e intenta entender las diversas formas que asumen los cambios sociales que el desarrollo plantea, pues considera que todas las dimensiones de la sociedad se ven afectados por él.

Olivier de Sardan (2005) discute con corrientes previas a la suya: “populista”<sup>2</sup> y “deconstructivista”, con el objetivo de construir un método de investigación y análisis que permita conocer el desarrollo como un proceso social.

En este sentido, en primer lugar, discute con la corriente de investigación participativa o, como él la denomina, “populista”. El precursor de esta corriente, Robert Chambers (1983), plantea la problemática del desarrollo resaltando la visión desde la que se incluye a una población beneficiaria en cualquier intervención de este campo. Señala que el desarrollo rural se proyecta desde las

---

<sup>2</sup> Traducción propia de lo que Olivier de Sardan (2005) define como “Populism”.

esferas urbanas de la sociedad, ello lo lleva a afirmar que, desde una perspectiva externa, esta población es vista en extrema necesidad.

Bajo esta lógica, los proyectos de desarrollo no incluyen el conocimiento local en su implementación. Chambers (1983) considera que la agencia y capacidad de la población local, el conocimiento popular, debe ser la base de los proyectos de desarrollo. Esta corriente tiene dos ramas a resaltar: la ideológica, que plantea la necesidad irrefutable de que el conocimiento popular sea rescatado y utilizado en las intervenciones de desarrollo; y la metodológica que entiende que debe analizarse el conocimiento local, sin idealizar su valor, pues los actores sociales redefinen la intervención en relación a su cultura y sociedad.

Al respecto del enfoque “populista”, Olivier de Sardan (2005) propone que se trata de una línea de investigación que, en su afán por exaltar las bondades del conocimiento local, llega a ser “ilusoria e inocente, sino francamente demagógica – su preocupación es promover que la investigación sobre los campesinos sea hecha por los campesinos mismos, enfoque en el que los investigadores cumplirían el mero rol de facilitadores” (2005:9)

En segundo lugar, Olivier de Sardan (2005) discute con la corriente “deconstructivista”, entre cuyos representantes reconoce a Ferguson (1994) y Escobar (1998). James Ferguson (1994) hace un estudio sobre la industria del desarrollo en Lesotho (África); en él plantea que la empresa del desarrollo suele formular sus intervenciones a partir del discurso que construyen sobre su

definición particular del término. Por esta razón, plantea la necesidad de analizar el origen de la problemática: el discurso, y partiendo de él, conocer su funcionamiento y los efectos que tiene en el plano práctico. El estudio empírico que realiza le permite adoptar una posición crítica en relación a las intenciones y efectos de la industria del desarrollo en Lesotho.

Arturo Escobar (1997) retoma este planteamiento desde una posición crítica del desarrollo. Propone que, como dimensión social, el desarrollo es un producto histórico inventado por los países del Primer Mundo, puesto que, consideraron que el Tercer Mundo se encuentra en desventaja económica y social frente a Occidente. Según el análisis que realiza este autor, el desarrollo es una estrategia mediante la cual los países hegemónicos limitan la agencia de aquellos que identifican como “países en vías de desarrollo”, con el objetivo de mantener su posición política y económica (Escobar 1997). Para él “el discurso y la estrategia de desarrollo produjeron lo contrario: miseria y subdesarrollo masivos, explotación y opresión sin nombre” (1997:21). A través del análisis del discurso, el autor propone visibilizar las “pretensiones de dominación” de la industria de desarrollo.

En relación a este enfoque, Olivier de Sardan (2005) critica la posición de Escobar, pues plantea que su aproximación teórica propone, de raíz, que el desarrollo es negativo. Explica que el análisis del discurso no es suficiente para afirmar que el desarrollo no es beneficioso. Sucede que muchas veces, el discurso

está lleno de estrategias retóricas que ayudan a las entidades involucradas a conseguir el apoyo económico necesario.

## 22 La Antropología y el estudio de la Salud

El acercamiento a la salud, desde la Antropología, tiene varias aristas; en principio, se refiere a un análisis sistemático de la salud y la enfermedad (Good 2003). La Salud, es un ámbito social común a todas las civilizaciones del mundo, puede ser considerada de carácter universal y, suele ser abordada de acuerdo a la historia y cultura particular de cada grupo humano. Byron Good, Michael Fisher, Sarah Willen y otros (2010) explican:

*Todas las sociedades han desarrollado cuestionamientos y significados alrededor del padecimiento de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, y toda cultura ha desarrollado cuerpos de conocimiento especializados, con técnicos o sanadores y distintas formas terapéuticas orientadas a gestionar el cuerpo humano, el tratamiento del padecimiento relacionado a la enfermedad, y proveer de cuidados a aquellos que sufren (Good, Fisher, et al. 2010: 1)*

La Antropología Médica, según esta fuente, surge en los años cincuenta. Sus primeros estudios buscaban complementar el trabajo de los expertos de la salud pública. Luego, en los años setenta, fueron utilizadas las teorías clásicas de la Antropología como la fenomenología, interpretativa y simbólica, con el propósito de comparar sistemas médicos tradicionales. En los ochenta, se amplió el objeto de estudio de la antropología médica, comenzando a estudiarse el sistema de salud occidental, el sistema biomédico. En diálogo con las teorías

posestructuralistas, existe una corriente de antropólogos médicos que, adoptan una posición crítica respecto a la desigualdad en el acceso a los servicios de salud.

En los noventa, se dio un diálogo entre la antropología y la medicina, la investigación se volcó al área clínica; adicionalmente a ello, los investigadores se involucraron con el desarrollo de la salud global y participaron de intervenciones de salud, sobre todo en países en vías de desarrollo (Good, Fisher, et al. 2010: 1-3). “Desde sus orígenes, la literatura antropológica sobre la “medicina tradicional” se ha vinculado a la crítica de las teorías biomédicas, así como a los médicos, los especialistas de la salud pública y medicina tal como se ejerce en nuestra sociedad” (Good 2003: 62)

De esta forma, al inicio, la Antropología de la Salud, se caracterizó por la crítica que sus investigadores hacían sobre la concepción del sistema biomédico respecto a las comunidades que atendía, pues no se ocupaba de conocer el “sistema cultural” local, razón por la que las políticas de salud pública no tenían éxito. La principal contribución de esta corriente fue el reconocimiento de otros sistemas de salud como válidos, a la par que el sistema biomédico; es decir, funcionales al contexto social en el que se desarrollan. Así, la medicina tradicional es comparada con la biomédica-occidental, y el antropólogo suele adoptar una doble posición en la que:

*...los análisis críticos de la medicina y su reproducción de las relaciones de poder dominante son a menudo yuxtapuestas al*



*compromiso de los antropólogos para ampliar la presencia y beneficios de la medicina y los esfuerzos para fomentar una práctica más humana. Esta yuxtaposición y el papel dual de muchos antropólogos como críticos y partícipes comprometidos en la labor de la medicina de aportar una virtud especial a la crítica cultural de la antropología médica (Good 2003: 65)*

La salud, entonces, se trata de un campo social que genera posiciones encontradas en la disciplina; de un lado, se reconoce que es un sistema de disciplina y vigilancia social (Foucault 2013) y, del otro, hay una necesidad imperante de que la población mundial tenga acceso a él. Entre la visión crítica y la participativa, existe una amplia gama de estudios y perspectivas de análisis.

Para efectos de esta investigación, se presentan algunos estudios representativos de la Antropología Médica, considerados antecedentes importantes de la perspectiva que queremos adoptar. Las aproximaciones a las que haremos referencia son la Antropología en vínculo con la Epidemiología, y el análisis de la salud desde su dimensión corpórea.

La ciencia epidemiológica es aquella que se ocupa de conocer las causas del padecimiento y enfermedad. Por lo general, hace un análisis biológico cuantitativo de la problemática; sin embargo, aproximadamente desde la mitad del siglo XIX, la Antropología da nuevos alcances sobre el análisis de la enfermedad, cuando Durkheim (1897) hace un estudio sobre el suicidio, analizando la problemática de forma cuantitativa y cualitativa. A partir de este estudio, se especifican las causas y se formulan propuestas de solución al problema.

La contribución del análisis social, es aquella en la que los factores de un padecimiento o enfermedad se amplían, más allá de los factores patológicos. Se reconoce una “multicausalidad” en los problemas de salud. Los factores sociales se reconocen como importantes, un ejemplo de ello: las condiciones de vida. Así, este enfoque se posiciona como novedoso para la época, a partir de él se proponen fórmulas de prevención.

No obstante, Eduardo Menéndez (1999) explica que hasta la actualidad, no hay una convergencia funcional entre los estudios antropológicos y epidemiológicos. La epidemiología, por lo general reconoce causas biológicas y bioecológicas, y analiza datos cuantitativos. La antropología, en cambio, se enfoca en analizar “grupos naturales,” lo que hace posible reconocer factores socioculturales que tienen efectos directos sobre la salud en la sociedad. Además, reconoce que la enfermedad y el padecimiento son construcciones sociales, explicando también que “mientras la socio-antropología coloca en la perspectiva del actor los elementos sustanciales de la utilización de los servicios de salud, las ciencias médicas siguen colocando el eje de sus preocupaciones en dichos servicios más allá de las apelaciones a los puntos de vista del actor” (Menéndez 1999: 48)

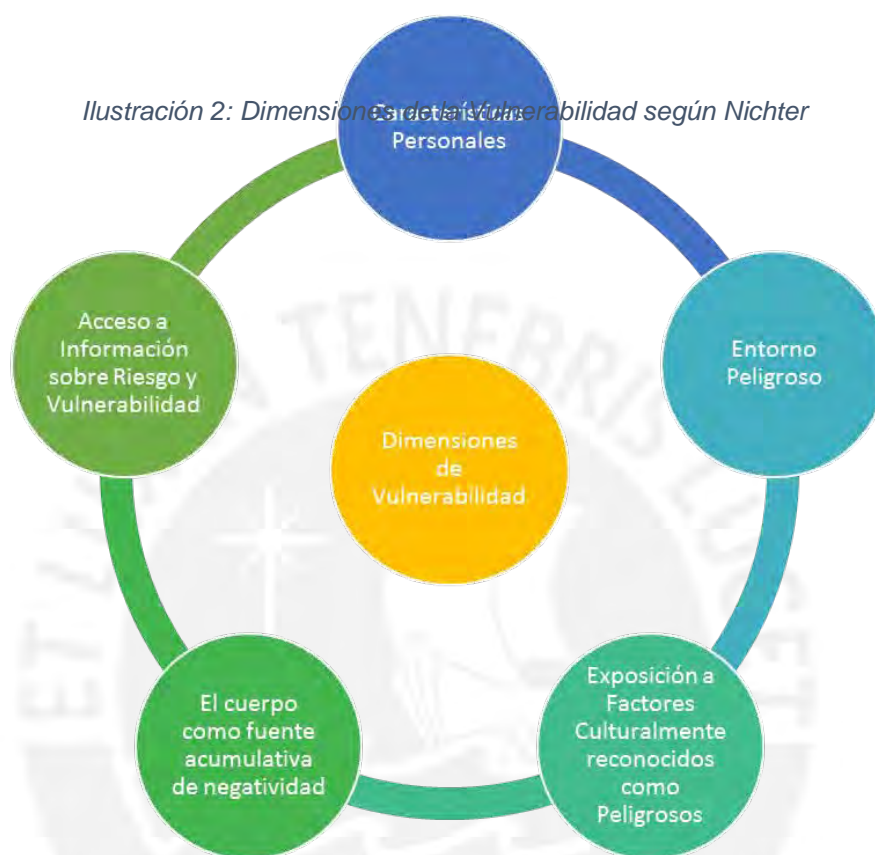
Este autor analiza la categoría “estilo de vida”, que se refiere a las características de un contexto como factores para el origen o permanencia del padecimiento. El autor pone como ejemplos, la adicción al tabaco o al alcohol,

puesto que en estos casos la promoción de la salud desde el enfoque de riesgo no necesariamente es funcional en todos los estratos sociales. Es decir que, explicar los riesgos que traen los hábitos nocivos, no será suficiente para que la población cambie su “estilo de vida”, como se espera.

Se amplía la concepción alrededor del concepto de “estilo de vida”, afirmando que ésta vincula los comportamientos individuales a la salud y a la enfermedad. Sin embargo, están supeditados a las condiciones de vida del individuo o grupo social, por tanto, existen factores que están fuera del control o la aspiración de la población. Por ello, se debe “entender el comportamiento individual como perteneciente a un sector cultural particular (...) la elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan” (Menéndez 1999: 57)

Nichter (2006), por su parte, trabaja las nociones de vulnerabilidad y riesgo, vinculadas a la forma en la que los individuos apreciamos nuestra exposición hacia la enfermedad. La vulnerabilidad es entendida como “la percepción real de estar expuesto a algún tipo de padecimiento o desgracia. Es un estado de debilidad, miedo y preocupación” (Nichter 2006: 110). El riesgo, en cambio, suele ser vinculado al “peligro, causalidad o incertidumbre. En epidemiología, *por ejemplo*, el riesgo se refiere a una probabilidad calculada, la probabilidad de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de cierta población expuesta a factores de

riesgo (o de protección) específicos, comparada con una población de referencia”



(Nichter 2006: 110).

Fuente: Elaboración propia a partir de Nichter (2006)

Ante una situación de riesgo, la vulnerabilidad depende principalmente de la cultura del individuo y si, de acuerdo a ella, se siente en riesgo o no. La ilustración anterior hace referencia a las cinco dimensiones de vulnerabilidad que Nichter

reconoce como criterios bajo los que cada individuo evalúa su exposición al peligro. En este sentido, resalta que la vulnerabilidad es medida en relación a factores sociales, culturales, ambientales, corporales y de acceso a la información.

La salud, desde la antropología, también ha sido abordada desde su dimensión corporal. Nancy Scheper Hughes y Margaret Lock (1987), proponen que el cuerpo debe abordarse “simultáneamente, como un artefacto físico y simbólico producido natural y culturalmente, y anclado en un momento histórico particular” (1987: 7). Las autoras recopilan teorías clásicas antropológicas a partir de las cuales formulan tres unidades de análisis del cuerpo: individual, social y político.

El cuerpo individual, es analizado desde la rama fenomenológica de la disciplina. Este enfoque es importante en la presente investigación, pues nos permite entender el vínculo de la población con la intervención como una “experiencia vivida”. Es decir la vivencia del individuo en relación con su cuerpo, en sí mismo y respecto al mundo. Específicamente, en el caso de la salud, entiende que la experiencia del individuo se ve afectada según el estado de su cuerpo, saludable o en padecimiento (Good 2003).

El cuerpo social, por su parte, es estudiado desde el estructuralismo y simbolismo, que entienden que los aspectos de la vida social tienen equivalencia en el cuerpo y sus estados. En este sentido, la salud se asocia a la armonía social en tanto la enfermedad tiene relación con el desorden o caos. En complemento de



los anteriores, el cuerpo político, se entiende desde una perspectiva post-estructuralista, como lo plantea Foucault (2013), se trata de una organización social cuya función es regular y vigilar todos los niveles de la sociedad.

Thomas J. Csordas (1994), a las dimensiones del cuerpo reconocidas por otros autores, añade la noción de “embodiment”; con la cual, en principio, se refiere a la forma en que el cuerpo asume la cultura. Considera el cuerpo como una dualidad objeto/sujeto, siendo éste un objeto de análisis para disciplinas como la medicina y la biología, y, a su vez, un sujeto, porque a través de sí mismo canaliza la experiencia individual. Para Csordas, siempre que la Antropología entienda solamente la dimensión biológica del cuerpo y lo vea solamente como un espacio de acción de la cultura, no se reconocerá como factor constitutivo de ella, se afirmará como “pre-cultural”. El autor tiene un planteamiento alternativo: “el cuerpo como una fuente de subjetividad, y la mente como el lugar para la objetivación” (Csordas 1994: 9)

La relación entre cuerpo y salud, puede verse ejemplificada por el análisis de Byron Good (2003), quien a partir del estudio de un caso clínico de padecimiento de dolor crónico, explica la relación que la enfermedad tiene con el individuo, ya que ésta influye directamente sobre su “mundo vital”. La noción de “mundo vital” se refiere al espacio en el que el individuo se desarrolla cotidianamente, experiencia que aprehende utilizando su cuerpo como medio en su relación con el mundo, como fuente de subjetividad. Cuando la enfermedad es

tal que afecta la dimensión corpórea del individuo, la experiencia de vida cambia, tanto por la dimensión operacional que implica una enfermedad, como por el padecimiento que genera.

### 2.2.1. Definición de Salubridad

Se ha visto anteriormente, que la antropología ha abordado y contribuido al estudio de la salud como dimensión social. Siguiendo la línea teórica de los estudios mencionados, es necesario definir el concepto de Salubridad, pues la intervención analizada, a partir de él, pretende incidir en el plano objetivo y subjetivo de comunidades, familias e individuos.

La Antropología, desde una perspectiva teórico- simbólica, ha tenido un acercamiento al término de salubridad a través de conceptos como pureza e higiene. Estos se han identificado conceptos equivalentes al término salubridad y perspectivas teóricas que contribuyen a su definición, en dos dimensiones: práctica y simbólica. Para comenzar con una definición simple del término, podemos hacer referencia al significado que la Real Academia de la Lengua Española (RAE) le otorga: “salubridad” es una característica atribuible a aquello que es beneficioso para la salud.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Definición de “Salubre”. RAE – REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. <http://dle.rae.es/?id=X7JpKtJ> (Fecha de consulta: viernes 14 de noviembre del 2014)

Bajo esta lógica, empezaremos por definir el concepto a partir del estudio que Mary Douglas (1970) hace sobre la pureza y el peligro en sociedades primitivas. Para ella, la higiene es un ejemplo desde el que se puede conocer las nociones culturales que se tienen alrededor de la pureza en una sociedad. Explica:

*La higiene [...] aparece como una excelente ruta en la medida que podemos seguirla. La suciedad, tal como la conocemos, consiste esencialmente en desorden. No hay suciedad absoluta: existe sólo en el ojo del espectador. Evitamos la suciedad no por temor pusilánime y menos aún por espanto o terror religioso. Tampoco nuestras ideas sobre la enfermedad dan cuenta del alcance de nuestro comportamiento al limpiar o evitar la suciedad. La suciedad ofende el orden. Su eliminación no es un movimiento negativo, sino un esfuerzo positivo por organizar el entorno. (Douglas 1970: 14)*

Entonces, entendiendo la higiene como un concepto equivalente a salubridad, la anterior cita contiene varias características generales que retomaremos para definirla. Primero, la ausencia de salubridad es el desorden; en este sentido, es una cualidad que podría atribuirse a personas o lugares. Segundo, no es una cualidad absoluta, es un concepto dinámico que cambia de acuerdo a la sociedad o al individuo que la define. Tercero, contrariamente a lo que afirma la RAE, la actitud de la sociedad y sus miembros respecto a la salubridad, no está necesariamente vinculada con su preocupación alrededor de la salud. Evitar la suciedad o insalubridad tiene que ver con un esfuerzo personal y colectivo por mantener el orden. Entendido, para efectos de la investigación, en tres niveles: individual, social y político<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Equivalente a las nociones de cuerpo propuestas por Scheper-Hughes y Lock (1987)

La dimensión práctica o instrumental, como la llama Mary Douglas (1970), se refiere a aquella en la que “pureza” y “peligro” son categorías reguladoras de la sociedad y la experiencia individual. Retomando las unidades de análisis propuestas por Scheper – Hughes y Lock (1987) respecto al cuerpo, la salubridad es un concepto que se aplica de forma directa en el colectivo y los individuos que lo conforman.

En cuanto al cuerpo político, la salubridad es una categoría que cumple un rol normativo en la sociedad pues hace evidente los riesgos a los que se exponen quienes no cumplen con esta norma. Mary Douglas considera que “el universo entero se encuentra sometido a los intentos que hacen los hombres para obligarse los unos a los otros a un buen comportamiento cívico” (1970: 16) Es decir, se construyen categorías simbólicas que obligan a los individuos a moderar sus acciones, una acción constante en la intervención que analiza la presente investigación.

Así pues, el concepto de salubridad no solamente tiene efectos en la comunidad sino también en los individuos que la conforman. Por ello, su aplicación refleja, de igual manera que en el anterior caso, el concepto de “cuerpo individual” (Scheper – Hughes y Lock 1987) pues se convierte en un mecanismo regulador y ordenador para la experiencia de vida individual. En relación a ello, Douglas señala: “las ideas acerca de la separación, la purificación, la demarcación y el

castigo de las trasgresiones tienen por principal función la de imponer un sistema a la experiencia que, de por sí, es poco ordenada” (1970:17).

Respecto del cuerpo individual, además, es importante recuperar la noción de “embodiment” que plantea Csordas (1994); para entender el concepto en dos planos: objetivo y subjetivo. Por lo tanto, la salubridad es un concepto que el individuo debe “encorporizar” de acuerdo con normas establecidas por su sociedad. De esta manera, la salubridad puede tener efectos sobre su percepción acerca del mundo, ya que el cuerpo es una “fuente de subjetividad” a través de la cual construimos nuestra experiencia de vida. Como regulador de experiencia, el concepto de salubridad tiene efectos directos sobre la experiencia cotidiana individual.

Por último, la dimensión simbólica del concepto, equivalente al cuerpo social en el esquema de Scheper – Hughes y Lock (1987), tiene que ver con la manera en que “algunas contaminaciones se emplean como analogías para expresar una visión general del orden social” (Douglas 1970: 16). Es decir que, la insalubridad o desorden en las viviendas o falta de higiene se considera como un indicador del funcionamiento: la salubridad es equivalente al desarrollo ordenado de la sociedad y la insalubridad al desorden o caos social.



## II. MARCO METODOLÓGICO: METODOLOGÍA Y LUGAR DE INVESTIGACION

El presente capítulo tiene como objetivo explicar el marco metodológico sobre el que se planteó la Tesis. Está compuesto por tres secciones, en las que se hace referencia a los objetivos de la investigación, la metodología y el lugar de investigación.

Inspirada en las contribuciones académicas de Olivier de Sardan (2005), el objetivo principal de la presente investigación es conocer el impacto social y cultural que la intervención de Comunidad, Vivienda y Familia Saludables tiene sobre un espacio social como Parpacalle, entendiendo que se trata de un lugar pionero en cuanto a la ejecución de la intervención. La investigación, bajo este objetivo, profundiza sobre la manera en que una política pública o iniciativa de desarrollo incide en la vida cotidiana de individuos, familias y comunidades.

En este sentido, el presente capítulo muestra los objetivos, general y específico de la investigación. Luego, se explica el proceso metodológico seguido durante la investigación de campo, el tiempo de investigación y los instrumentos utilizados para el recojo de información. Este acercamiento directo a la experiencia de agentes promotores y receptores, nos permite entender la trayectoria, las estrategias de adaptación y los consecuentes efectos de la intervención.

Por último, éste capítulo contiene una sección en la que se retrata el espacio donde se llevó a cabo la investigación. Se muestran las características generales del distrito de San Salvador y, más adelante, de la comunidad de Parpacalle. Además de ello, se explica el proceso de implementación de las intervenciones de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, reconociendo a San Salvador como el distrito pionero en la implementación de este proyecto.

### **1. Objetivos de la Investigación**

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer los impactos socioculturales que la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables tuvo en la comunidad de Parpacalle, en tres niveles: comunal, familiar e individual. Para ello, la investigación gira entorno a tres objetivos específicos.

En principio, la investigación propone conocer la trayectoria de la intervención estudiada. De forma tal que se describa y analice el desarrollo que

tuvo el proyecto, haciendo énfasis en los agentes involucrados, sus estrategias y la direccionalidad de la intervención.

Una segunda dimensión, tiene como objetivo analizar las estrategias de adaptación que tuvieron los receptores de la intervención: comunidad, familias e individuos. Se busca entender las estrategias de respuesta que cada grupo estratégico tuvo frente a la intervención, y cómo van redefiniendo lo que se les propone.

Por último, se tiene como objetivo entender la manera en que la intervención tuvo influencia sobre la transformación social respecto a la salubridad y la experiencia de vida, en los tres niveles ya mencionados: comunal, familiar e individual. Para ello, se explora el vínculo entre la propuesta de la intervención y los resultados obtenidos. Se hace énfasis en conocer los cambios que la intervención ha generado en la localidad de Parpacalle, tanto respecto a las nociones de salubridad y la experiencia cotidiana de la población local.

## **2. Metodología de Investigación**

El desarrollo de la investigación tiene un enfoque etnográfico para el que se llevó a cabo un trabajo de campo que duró un total de nueve semanas comprendidas entre febrero y abril del 2013. La estadía en el distrito de San Salvador fue de ocho semanas, con visitas diarias a la comunidad de Parpacalle. En el primer espacio de investigación, el centro poblado de San Salvador, capital

del distrito, se recogió información general sobre el proceso investigado y su aplicación en la actualidad. Luego, con la finalidad de conocer la naturaleza de dicho proceso y los cambios que ha generado en la población, se seleccionó un espacio reducido de aplicación: la comunidad de Parpacalle, ubicada a cinco kilómetros del centro poblado, capital del distrito.

Durante el trabajo de campo se aplicaron diversas técnicas de recojo de información, se trabajó con entrevistas semiestructuradas, encuestas familiares y observación, participante y no participante. Luego de un ejercicio inicial de acercamiento a la comunidad, los instrumentos se fueron afinando según el contexto encontrado en el espacio investigado. A continuación se puede apreciar la densidad de la información recogida, según los instrumentos aplicados.

Tabla 1: Densidad de la data

Instrumento	Lugar	Actores / Eventos	Cantidad	Total
<b>Entrevistas Semi estructuradas</b>	Cusco (Región)	PRONASAR	1	27
		ONG CARE	1	
	San Salvador (Distrito)	Centro de Salud	2	
		Funcionarios Municipales	5	
		Ex funcionarios municipales (Implementación del proyecto)	2	
		Familias (Muestra)	8	
	Parpacalle (Comunidad)	JASS	4	
		Gobierno Comunal	2	
		Programas Sociales	1	
		Escuela Local	1	

<b>Observación No Participante</b>	Parpacalle (Comunidad)	Hogares (Muestra)	10	10
<b>Observación Participante</b>	San Salvador (Distrito)	Capacitación a Funcionarios de OMSABAR	1	6
		Capacitación a miembros de JASS (Todas las comunidades)	1	
	Parpacalle (Comunidad)	Visitas de Diagnóstico	2	
		Faenas	2	

*Fuente: Elaboración Propia*

Con el objetivo de conocer a la población y definir las familias con las que se trabajaría durante la investigación, se utilizó un formato de visita adaptado de la Guía de Visita Intradomiciliaria con la que trabaja la Oficina Municipal de Saneamiento Básico Rural (OMSABAR). De forma exploratoria, durante la primera semana de investigación estas encuestas se aplicaron de forma aleatoria a miembros adultos de algunas familias de la comunidad de Parpacalle. Como se puede observar en la anterior tabla, se aplicaron 14 encuestas, recogiendo información inicial sobre el discurso de la población respecto a la salubridad. Tratándose de un instrumento que, en su mayoría, contenía preguntas de tipo cerrado, éste dejó de ser aplicado pasada la primera semana, pues a partir de él se identificó a los actores con los que se pudiera aplicar los otros instrumentos.

En este sentido, las entrevistas y la observación fueron las principales técnicas utilizadas para el recojo de información. Se hicieron entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de conocer a profundidad las implicancias de la intervención a nivel comunal, familiar e individual. En el caso de la observación,



ésta fue de carácter participante y no participante, según el nivel en el que se aplicó el instrumento.

A nivel distrital y comunal, se entrevistaron a funcionarios públicos y particulares que participan o participaron de la intervención como agentes de gestión, promoción y vigilancia, en la región, el distrito o la comunidad. Al mismo tiempo, se hizo observación participante y no participante, en momentos específicos como las capacitaciones de OMSABAR y JASS, visitas de diagnóstico a comunidades del distrito y faenas para el mantenimiento del sistema comunal de agua.

A nivel familiar e individual, para conocer de cerca las percepciones y prácticas locales respecto a la salubridad, se seleccionaron cinco familias con las que se trabajaron entrevistas semi estructuradas y observación no participante. Respecto a la observación no participante en el ámbito comunal y, sobretodo familiar, se puede decir que en cada visita se buscó hacer un registro de eventos específicos que pudieran ejemplificar las prácticas locales, respecto a la salud y la salubridad. Sobre las familias, se hizo observación no participante en un total de diez oportunidades, aprovechando las visitas que cotidianamente se hacían a las familias de la muestra. Para el registro de estas observaciones se utilizaron notas de campo y fotografías.

Considerando que la intervención buscó disminuir los niveles de desnutrición infantil, en principio, el criterio de selección para las familias con las

que se trabajó fue que tuvieran niños a su cuidado. En segunda instancia, se buscó que la muestra estuviera compuesta por familias con características diversas en cuanto a su composición, hecho que fue recogido en las encuestas familiares utilizadas al inicio del campo. A continuación, se puede apreciar las características de cada una de las familias de la muestra.

Tabla 2: Perfil de las familias seleccionadas

Familia	Miembros	N°	Observaciones
I	Padres	2	Padres jóvenes, entre 21 y 23 años. Hijos, uno de 4 y otro de 4 meses. El padre no vive permanentemente en Parpacalle, pues trabaja fuera de la comunidad. La vivienda comparte patio con la vivienda de la familia del esposo. Su vivienda aún no está terminada, se observó que no han separado a sus animales del lugar de cocina y descanso.
	Hijos	2	
II	Padres	2	Padres con edad que oscila los 40 años. Es la familia con vivienda mejor adornada en la comunidad. La hija mayor tiene una niña de seis años, el otro hijo, estudiante de secundaria, se encontraba trabajando fuera de la comunidad.
	Hijos	2	
	Nietos	1	
III	Padres	2	Padres con edad que oscila los 30 años. Es la familia más numerosa de la comunidad. El padre se encontraba trabajando fuera. La madre se hace cargo de sus hijos, con la ayuda de los niños mayores (12 y 10 años), quienes colaboran con la limpieza y con el cuidado de los menores (5, 3 y 1 años)
	Hijos	5	
IV	Padres	2	Padres con edad que oscila los 30 años, ambos asentados en la comunidad. Es una de las familias más proactivas de la comunidad, participan de la organización local: vaso de leche, gobierno comunal. Tienen un pequeño negocio de abarrotes, volvieron de Cusco a vivir en la comunidad cuando comenzó la intervención.
	Hijos	3	

V	Padres	2	Padres con edad que oscila los 30 años, ambos asentados en la comunidad. Madre es hija de quien fue el primer presidente de JASS durante la implementación del proyecto. Se notó una preocupación constante por el cuidado de sus niños y la limpieza de su hogar.
	Hijos	2	

*Fuente: Elaboración Propia*

### 3. San Salvador: Distrito Modelo de Gestión Pública en la Región

El distrito de San Salvador se ubica a 48km de la ciudad del Cusco, está conformado por doce comunidades campesinas, cinco anexos y un centro poblado o capital del distrito. Según los datos que maneja el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) al 2014 , el distrito tiene una población de 5,620 habitantes, en una extensión aproximada de 128.28 km<sup>2</sup>. Se trata de un distrito accesible, ya que existen dos vías de carretera desde donde se puede llegar al lugar. La primera, hacia el sur de Cusco, donde se encuentra un desvío desde el sector de Huambutio. También, es posible acceder allí, mediante un desvío existente a la entrada del pueblo de Pisac , en el Valle Sagrado de los Incas.

La ubicación del distrito, y sus comunidades, se pueden apreciar en la siguiente ilustración:

Ilustración 3: Mapa del Distrito de San Salvador, Comunidades Campesinas y Distritos aledaños.



Fuente: Fragmento de Mapa elaborado por la Gerencia de Planeamiento, Presupuesto y Acondicionamiento Territorial. GOBIERNO REGIONAL CUSCO. [http://www.drc-cusco.gob.pe/dmdocuments/derecho-pueblos/calca/mcp\\_calca.pdf](http://www.drc-cusco.gob.pe/dmdocuments/derecho-pueblos/calca/mcp_calca.pdf) (Fecha de consulta: viernes 8 de enero del 2016)

Según las cifras que maneja el MIDIS, tal cual observamos en la ilustración anterior, en San Salvador hay un 77% de población rural. Como principales actividades económicas encontramos la agricultura y la crianza de animales mayores y menores. En la zona, primordialmente, se produce papa, maíz y kiwicha.

La kiwicha es un cereal andino de carácter exportable cuya producción se incentivó y aumentó considerablemente en los últimos años pues es parte de la

proyección municipal para dinamizar la economía del distrito y generar nuevas cadenas productivas. La crianza de animales, se enfoca principalmente en la ganadería y la crianza de cuyes o gallinas, en ambos casos, para el consumo familiar. Desde hace algunos años, la municipalidad viene incentivando la crianza de cuyes, tanto para el propio consumo como para el comercio. Según lo observado durante la investigación, es una actividad económica aún incipiente.

De igual forma, en algunas comunidades, se ha introducido el turismo vivencial como resultado final de las intervenciones de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. Para ello, se ha capacitado a la población en atención turística y producción artesanal, así como en la renovación e instalación de infraestructura cuyo enfoque es la recepción de turistas nacionales y extranjeros.

A nivel regional y nacional, el distrito de San Salvador es conocido debido al Santuario del Señor de Huanca, el mismo que está ubicado en la comunidad del mismo nombre; reconocido como uno de los santuarios católicos más visitados en la Región Sur y considerado como su mayor atractivo turístico. Durante el mes de setiembre, el lugar es visitado por un mayor número de fieles católicos en peregrinación, pues se celebra su aniversario; sin embargo, todos los fines de semana suele ser frecuentado por visitantes.

Entre otras cosas, el constante flujo turístico incorporó el desarrollo de actividades relacionadas a la comercialización de alasitas, en la dinámica económica local. Adicionalmente a ello, hay un crecimiento en la oferta de



servicios gastronómicos, varias familias han ido instalando restaurantes de comida típica desde la comunidad de Parpacalle, hasta la entrada del centro poblado de San Salvador.

La implementación de la Iniciativa de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables comenzó el año 2004, con un ritmo constante de ampliación hasta el 2010, tiempo en el que se logró cumplir con la misma en 8 comunidades. Esta iniciativa se ha reconocido a nivel regional como modelo y experiencia piloto, razón por la que se ha ido aplicando en otras provincias del Cusco y otras regiones del país. Desde entonces, hasta la actualidad, la gestión municipal de San Salvador mantiene una política de promoción de la salud y desarrollo económico a partir de este programa, ya que se han visto cambios importantes en las cifras de desnutrición y pobreza.

Para conocer la situación a la que se enfrentó la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, podemos observar las cifras que presenta la base de datos del Mapa de Pobreza de dos años: 2007 y 2009.

*Tabla 3: Cifras de Pobreza en San Salvador, durante la intervención*

Año	Población	Porcentaje de Pobreza (%)			No Pobre	Coeficiente de Gini	Número de Pobreza
		Total de Pobreza	Pobreza Extrema	Pobreza No extrema			
<b>2007</b>	5388	79.9	49.9	29.6	21.0	0.34	422
<b>2009</b>	5588	84.4	49.0	35.4	15.6	0.25	131

*Fuente: Mapa de Pobreza en el Perú 2007 y 2009*

Como se puede observar en la tabla, con un crecimiento poblacional estimado de doscientas personas, se dio un cambio respecto al nivel de pobreza total que aumentó en cuatro puntos porcentuales. Se observa que la pobreza extrema, sin embargo, se redujo en parte y no aumentó. Todo ello ha repercutido para que el posicionamiento de San Salvador en el ranking de pobreza, haya mejorado considerablemente en tan solo dos años. Coincidentemente, fue en aquellos años que la Iniciativa de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables amplió su alcance hacia una mayor cantidad de comunidades.

Haciendo una línea de base, los promotores de la iniciativa, encontraron que era imperativo reducir los problemas de salud más recurrentes en la zona, generalmente relacionados a la falta de salubridad en las comunidades rurales. Así, entre sus principales objetivos, se propuso mejorar los niveles de desnutrición crónica, pues se encontró que esta problemática tenía relación directa con las carencias sobre servicios básicos e insalubridad, sobretodo, en las comunidades campesinas. A continuación podremos apreciar extractos de cifras del Mapa de Desnutrición de los años 2007 y 2009, años en los que la intervención empezó sus acciones.

*Tabla 4: Cifras de Desnutrición Crónica en San Salvador*

Año	Total de Niños	Desnutrición crónica en niños menores de cinco años		Coeficiente de Variación (%)
		Valor Absoluto	(%)	
<b>2007</b>	654	314	48.1	7.1
<b>2009</b>	714	305	42.6	4.8

*Fuente: Mapa de la Desnutrición Crónica en el Perú 2007 y 2009*

Como se puede observar, existe una reducción en el porcentaje de niños menores de cinco años que padecen de desnutrición crónica. Puesto que se trata de un tema en el campo de la salud, de difícil mejoría, es aceptable el cambio ocurrido en San Salvador en el transcurso de dos años, al no haber aumentado la cifra o incluso al disminuir el número, a pesar del aumento poblacional.

De esta forma, en alianza con la Cooperación Suiza para el Desarrollo (COSUDE), bajo el marco del Proyecto SANBASUR, el Municipio comenzó con la intervención en la comunidad de Siusa. El proyecto, en principio, estuvo enfocado en la instalación de Saneamiento Básico Ambiental en cada comunidad de San Salvador; sin embargo, una vez que SANBASUR traspasó sus competencias al municipio, se vio por conveniente ampliar la intervención a Comunidad, Vivienda y Familias Saludables utilizando el enfoque participativo propuesto por el proyecto. La experiencia tuvo resultados positivos, razón por la que otras comunidades empezaron a solicitar su realización.

A continuación se pueden observar las cuatro etapas en las que se implementó la intervención en el distrito:



Tabla 5: Etapas de Gestión de la Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables

Etapas de Gestión del Proceso	
I: Fortalecimiento del área técnica de Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se crea el área municipal para la gestión del Saneamiento (OMSABAR)</li> <li>• Gestión planificada a través del Plan Operativo Anual</li> <li>• Se contrató más personal que se dedicaría exclusivamente a la implementación y seguimiento del saneamiento básico.</li> </ul>
II: Intervención integral del Saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto Piloto en Siusa</li> <li>• En cada domicilio se instaló: agua potable, sistema de eliminación de excretas y microrrelenos sanitarios.</li> <li>• Se trabajó en conjunto con el personal de salud y las instituciones educativas de la zona.</li> <li>• La sostenibilidad del proyecto se busca a través de la participación: El "componente social" supone la realización de talleres o capacitaciones antes, durante y después de la obra.</li> <li>• Paralelamente el personal de OMSABAR se iba capacitando en temas de gestión local participativa.</li> </ul>
III: Promoción de familias y comunidades saludables (2005-2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La experiencia se replica en otras comunidades a cargo de la Municipalidad. SANBASUR transfiere el proyecto a los gestores locales.</li> <li>• Además de la instalación de servicios se promueve mejoras en las viviendas: separación de ambientes, instalación de cocinas mejoradas, alacenas y estantes, mejoramiento de fachadas.</li> <li>• Se realizan concursos para incentivar el esfuerzo de las familias, se entregaron premios monetarios y certificación como "viviendas y familias saludables"</li> </ul>
IV: Desarrollo económico local a partir de la gestión del saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las comunidades saludables se ven con potencial turístico: se promueve el turismo vivencial.</li> <li>• La población aprende a prestar servicios turísticos, se generan cadenas productivas relacionadas a él: productos agrícolas andinos, productos artesanales.</li> <li>• Esta posibilidad de negocio es vista por la población como una ventaja importante del proceso.</li> <li>• Son pocas las comunidades en las que se ha logrado esta etapa.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Municipalidad Distrital de San Salvador (2010)

De este modo, la intervención estuvo acompañada de un complemento pedagógico en el que se trabajaron temas de salubridad, salud y desarrollo comunal, llamado el "componente social". Las familias de cada comunidad

participaron de talleres y capacitación técnica que permitiría la sostenibilidad del proyecto. Una vez logrados los objetivos del proyecto en materia de salubridad, la municipalidad amplió sus horizontes realizando actividades de promoción para el desarrollo económico.

En Siusa, se propuso la implementación de infraestructura para el turismo vivencial, aspecto del proyecto que fue observado positivamente por el resto de comunidades que comenzaron a demandar el desarrollo del proyecto. Además, se buscó generar nuevas cadenas productivas como la crianza de cuyes y la producción de kiwicha. Se cree que, una vez que la población cuenta con servicios básicos, es posible que se desarrolle de mejor manera en otros ámbitos sociales: económico, educativo, religioso, cultural o político.

Luego del proyecto piloto, la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento (DRVCS) del Ministerio de Vivienda adoptó el proyecto SANBASUR como política regional; en adelante, el resto de intervenciones realizadas en San Salvador se hacen en cofinanciamiento entre el Gobierno Regional, el Distrital y la Comunidad Campesina donde se aplique. La iniciativa se ha replicado en otras localidades a nivel regional y nacional.

Respecto al desarrollo social, actual, del distrito, se han consultado fuentes estadísticas, sobre los índices de pobreza y desnutrición. Las cifras que maneja el MIDIS contemplan un 84.4% de pobreza con un 49.0% de pobreza extrema (2009). Asimismo continúa reconociendo una tasa de desnutrición crónica de



42.6%(2009)<sup>5</sup>. Al 2016, como se observa en la siguiente tabla, encontramos que se están implementando varios programas sociales en el distrito.

Tabla 6: Programas Sociales en San Salvador (2016)

Programas Sociales	Cobertura
<b>Cuna Más</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niñas y Niños atendidos en el Servicio de Cuidado Diurno</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Familias atendidas en el Servicio de acompañamiento a Familias</li> </ul>	115
<b>Juntos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogares afiliados</li> </ul>	577
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogares abonados</li> </ul>	567
<b>Foncodes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuarios estimados</li> </ul>	1845
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyectos culminados</li> </ul>	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyectos en ejecución</li> </ul>	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogares Haku Wiñay – Proyectos en ejecución</li> </ul>	450
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogares Haku Wiñay – Proyectos culminados</li> </ul>	0
<b>Pensión 65</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Usuarios</li> </ul>	265
<b>Qali Warma</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños y niñas atendidos</li> </ul>	827
<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituciones Educativas</li> </ul>	20

Fuente: MIDIS – Dirección General (Web: [www.midis.gob.pe/mapas/infomidis](http://www.midis.gob.pe/mapas/infomidis), Fecha de Consulta: 27.07.16 )

### 3.1. Caso de Estudio: La Comunidad de Parpacalle

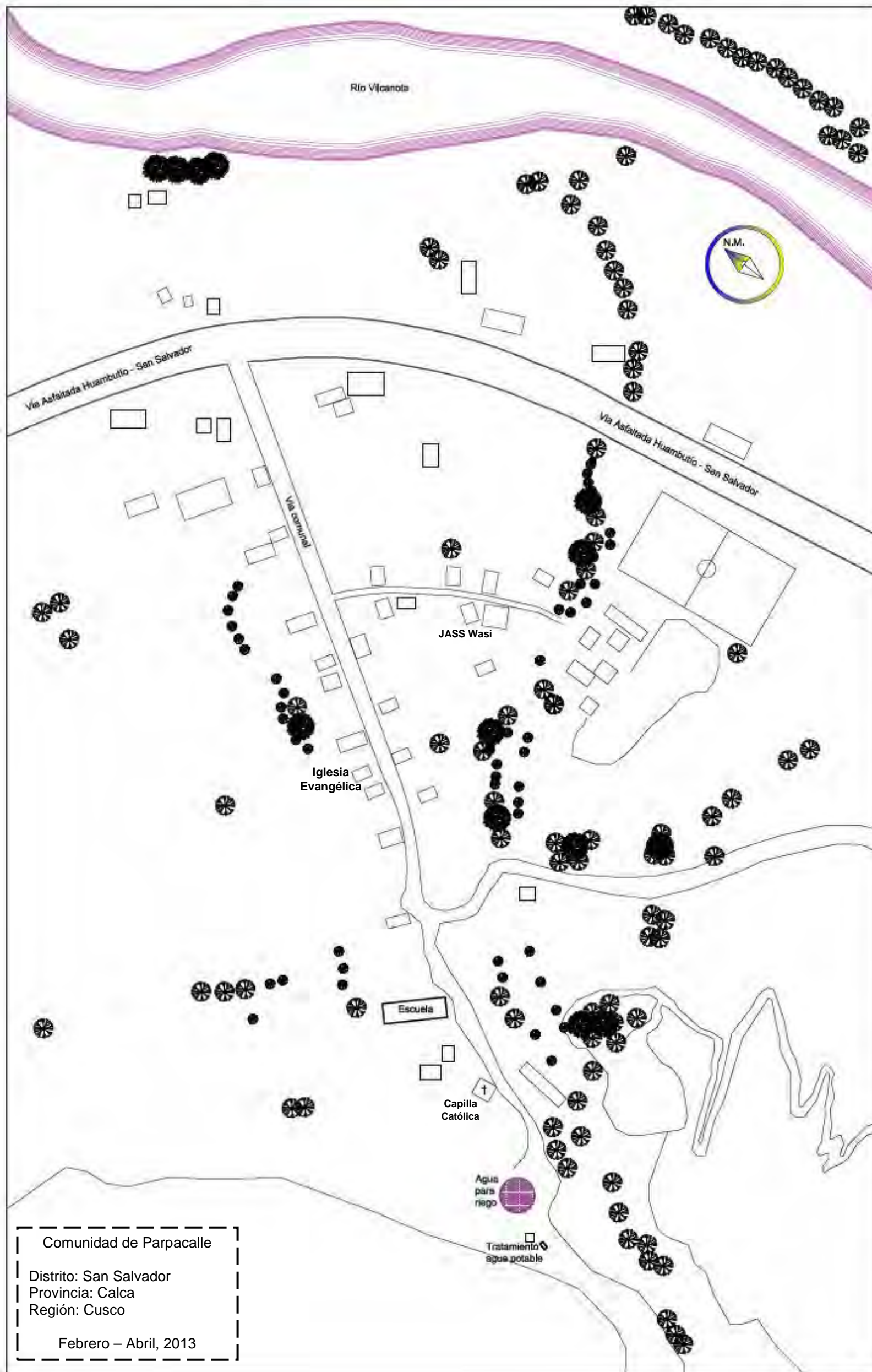
<sup>5</sup> Base de Datos, Lineamientos para la lucha contra la Desnutrición Crónica Infantil (DCI). En: <http://www.midis.gob.pe/mapas/infomidis/> (Fecha de consulta: 26.07.16)

Parpacalle es una comunidad ubicada a pie de carretera, a una altura similar a la del Valle Sagrado de los Incas (aprox. 3020 msnm). Hace aproximadamente treinta años, se reubicó en el lugar donde se encuentra hoy en día, según el relato local, anteriormente residían en el sector de Llacnoc o Llachoc. Muchas familias migraron a Parpacalle en busca de mejor acceso a servicios de salud y educación, pues dicho sector se ubica a varias horas de caminata, por la parte alta de donde ahora residen.

Según los testimonios recogidos, la migración tuvo como resultado el abandono de terrenos agrícolas más amplios y más productivos que los que tienen en Parpacalle. En la actualidad, algunas familias aún realizan sus actividades agrícolas en el sector de Llachoc, razón que los ha llevado a solicitar al gobierno la realización de obras que articulen vialmente Parpacalle con dicho lugar; sin embargo, esta solicitud fue rechazada debido a que ambos sectores se encuentran ubicados dentro del ámbito de la Reserva Natural del Apu Pachatusan, lo que restringe la modificación de sus terrenos.

A continuación se pueden apreciar un croquis de la distribución espacial de la comunidad que es complementado con una serie de fotografías de sus diferentes ángulos.

Ilustración 4: Plano de la Comunidad de Parpacalle



Fuente: Elaboración propia, 2013



*Ilustración 5: Parpacalle, Vista desde la parte alta*



*Fuente: Elaboración Propia, 2013*



*Ilustración 6: Parpacalle, Sector lateral.*



*Fuente: Elaboración Propia, 2013*



*Ilustración 7: Parpacalle, Entrada a la Comunidad*



*Fuente: Elaboración Propia, 2013*

Como se puede observar, la distribución de la Comunidad consta de una calle principal y calles aledañas. En el croquis se puede apreciar la ubicación de espacios como la Escuela, el JASS Wasi, y dos lugares religiosos, una Capilla Católica y una Iglesia Evangélica. Asimismo, en la parte inferior del croquis, que representa la parte alta de la comunidad, se observa el Reservorio de agua para riego. En un espacio más alto, se pueden ver las Instalaciones de Tratamiento para la cloración del agua, sistema instalado durante la intervención de Saneamiento Básico Ambiental que provee de agua clorada a toda la comunidad.

Se observó durante el trabajo de campo, las labores de la población están claramente diferenciadas por roles de género aceptados localmente. De esta manera, encontramos que la población masculina realiza actividades al exterior, en mayor medida que las mujeres, quienes, en principio, son responsables de las tareas del hogar. Sin embargo, ante un contexto en el que la producción agrícola es escasa, el ingreso económico familiar es insuficiente, por lo que se hace necesario buscar otras actividades para aportar al hogar.

En el pasado, tradicionalmente los varones adultos se dedicaban solamente a la agricultura, en sus propios terrenos o haciendo mita con otros comuneros. Actualmente, han encontrado trabajo en el campo de la construcción y la industria extractiva, actividades principalmente físicas. Las mujeres, por su parte, se dedican al trabajo doméstico y al cuidado de los niños en el hogar. A estas actividades se han adicionado algunas relacionadas al comercio, como la administración de restaurantes, venta de comida en otros espacios, o tiendas de abarrotes en la localidad.



Ilustración 8: Parpacalle, Cultivos de Maíz



Fuente: Elaboración Propia, 2013



Ilustración 9: Parpacalle, Carta de Restaurant de comida típica.

Fuente: Elaboración Propia, 2013

Observamos que, si bien hay un cambio en las perspectivas respecto a roles de género, las actividades femeninas aún se relacionan con las tareas domésticas como cocinar o administrar recursos, sólo que en esferas más amplias que la familiar. En el caso de ambos, la movilidad es constante hacia San Salvador u otras localidades, debido a que la producción local no es suficiente para el abastecimiento de los componentes de su dieta básica, lo que ha diversificado las ocupaciones de la población local.

Encontramos también que, es común que los jóvenes de la localidad contribuyan con la economía familiar buscando trabajo fuera de ella. El tipo de trabajo en el que se enrolan, depende de las oportunidades que encuentren, no hay una diferenciación clara de género en su caso. Incluso se observó que los escolares aprovechan la época de vacaciones para salir de la localidad y buscar trabajo temporalmente.

De manera conjunta, la población se dedica a la crianza de animales, mayormente enfocada al autoconsumo. Encontramos que, respecto a la crianza de cuyes en la localidad, son pocas las familias que pertenecen a la Asociación de Crianza de Cuyes del distrito, esto les ha permitido comenzar a comercializar con estos animales y mejorar su economía. El cuidado de animales tanto mayores como menores, es realizado por aquel miembro de la familia que ya esté capacitado para hacerlo, es decir que madre, padre e hijos, aproximadamente desde los 9 años, se turnan para realizar esta tarea.

La intervención de Comunidad, Vivienda y Familias saludables se llevó a cabo en Parpacalle entre el año 2008 y 2011, el capítulo dos comprende un acercamiento a la trayectoria de esta iniciativa para este caso particular.





### III. LA IMPLEMENTACIÓN DE COMUNIDAD, VIVIENDA Y FAMILIAS SALUDABLES: EJECUCIÓN Y AGENTES INVOLUCRADOS

El presente capítulo se dedica a presentar los hallazgos de la investigación respecto a la trayectoria de la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables para el caso específico de Parpacalle. Buscamos responder al primer cuestionamiento planteado por la Tesis: *¿Cómo fue la trayectoria de la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en la comunidad de Parpacalle?* Para ello, el capítulo se divide en tres secciones en las que se enfatizan los actores promotores, sus estrategias y la direccionalidad detrás de los cambios que ellos proponen.

El desarrollo de la intervención en Parpacalle se llevó a cabo entre los años 2007 y 2010; tanto entonces como ahora, se pueden distinguir dos tipos de agentes involucrados. Los primeros, relacionados a la Gestión, Promoción y Vigilancia, entre los que encontramos organizaciones distritales y locales, responsables directas de la implementación de la intervención. En interacción con ellos, encontramos a los agentes receptores, es decir, la población objetivo que actúa en tres niveles: comunal, familiar e individual. La tabla, a continuación, ilustra la conformación de ambos tipos de agentes:

Tabla 7: Sobre los Agentes Involucrados



Fuente: Elaboración Propia

Dada la naturaleza participativa de la intervención, la población cumple roles en ambos grupos de agentes; por ello, este capítulo se enfoca solamente en conocer a profundidad las características, estrategias y agendas de los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia. Es en el siguiente capítulo donde se hará un análisis del rol de la población como agente receptor.

Para comenzar, el capítulo se ocupará de presentar a los protagonistas de la gestión, promoción y vigilancia de la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. Más adelante, describirá el escenario: la trayectoria de la intervención en la comunidad de Parpacalle. Por último, conociendo a los personajes involucrados y el espacio donde interactúan, buscaremos analizar la teoría de cambio, es decir, la línea de transformación sobre la que se ha llevado a cabo la intervención en esta comunidad.

## **1. Agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia: Estrategias de intervención.**

Los agentes a los que dedicamos esta primera sección, son el colectivo responsable de la intervención en dos momentos: implementación y seguimiento. En los tres casos, presentados a continuación, encontramos como característica común un vínculo con el sistema de gobierno a nivel distrital o comunal. Se podrá observar, de acuerdo a la clasificación de poder que reconoce Olivier de Sardan (2005), que se trata de agentes que tienen un poder institucionalizado relacionado a que son reconocidos como representantes importantes para la organización política local. Por ello, se posicionan con la responsabilidad de gestionar, promocionar y vigilar el desarrollo de la intervención.

Este grupo está conformado por tres actores clave, el primero vinculado al gobierno distrital: la Oficina Municipal de Saneamiento Básico Ambiental Rural (OMSABAR). Luego, la Junta Administradora de Servicios de Saneamiento que tiene una posición de intermediario entre el anterior agente y la población local. El tercero, el Gobierno Comunal en sí mismo, conformado por la Directiva y Asamblea Comunal. Por último, para complementar este panorama, se precisa el rol que agentes de los sectores como salud, educación y promoción social cumplen respecto de la intervención.

### 1.1. Oficina Municipal de Saneamiento Básico Rural (OMSABAR)

La OMSABAR es una entidad del Gobierno Local encargada de la administración del Saneamiento Básico. Se establece como una oficina con el objetivo de *“fortalecer la gestión municipal para posicionarla como prestadora de servicios básicos”* (Municipalidad de San Salvador 2010: 9). Inicialmente, se instala como subgerencia de la Gerencia de Desarrollo Local; luego, como una oficina independiente. Desde el inicio de la intervención, la Oficina se encargó de las tareas relacionadas a la organización, supervisión y mantenimiento.

Antes de su apertura, los funcionarios municipales de la Oficina participaron de talleres para mejorar sus competencias de gestión del Saneamiento Básico. Por ejemplo, la encargada de la Oficina el 2013, también fue la encargada al momento de la implementación entre los años 2004 y 2010, participó del Diplomado de Saneamiento Básico Ambiental. Componente educativo parte de la estrategia de SANBASUR, en coordinación con la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC).

Luego del proyecto piloto, la formación profesional de los funcionarios de la oficina, permitió que la estrategia de SANBASUR se transfiriera a su responsabilidad. Así, entre los años 2004 y 2010, la Municipalidad a través de la OMSABAR logró que la intervención se aplicara en ocho comunidades campesinas. En el año 2011, junto con el nuevo periodo de gobierno, la oficina se

cerró hasta mediados del 2012, año en el que empezó a retomar sus funciones. Al inicio de la intervención, la Oficina estaba conformada por una encargada y un promotor social por comunidad, es decir, contaba con ocho funcionarios. En la primera fase de la intervención, ellos se encargaron de gestionar sus principales aristas: desarrollo de obras y aplicación del “componente social”.

El 2012, se reabrió la Oficina contando con una encargada y dos promotores sociales; este nuevo periodo se enfocaría en retomar el contacto con las comunidades y sus JASS. La escasez de personal, sin embargo, no permitió la continuidad de sus funciones de seguimiento y supervisión, tanto de los sistemas de agua y desagüe, como de la salubridad a nivel familiar y comunal. Desde febrero del 2013, la Municipalidad volvió a contratar, como encargada de la Oficina a quien estuviera a cargo entre los años 2004 y 2010, con el objetivo de reordenar la Oficina, la cual retomó sus funciones completando el equipo de promotores sociales a cinco. Constatamos, en referencia al personal contratado, que se habían buscado personas con experiencia profesional en el área de saneamiento.

La encargada consideró que los logros del proyecto habían decaído con la ausencia de la Oficina en las comunidades, por lo cual se programaron actividades de capacitación y mantenimiento en cada comunidad durante el primer trimestre del año, con miras a reposicionar y repotenciar la intervención. El primer evento que pudimos observar fue la capacitación de personal de OMSABAR. Un representante de PRONASAR, como primera sesión, buscó familiarizarlos con



instrumentos que la legislación nacional para el saneamiento estipula como necesarios para la gestión del proceso. El segundo evento que observamos fue la capacitación de los miembros de JASS comunales, espacio donde se transmitió lo aprendido en el taller con PRONASAR, haciendo énfasis en las tareas <sup>6</sup> que debían cumplir como gestores del sistema de saneamiento básico.

Debido a la ausencia de OMSABAR, desde el año 2011, en el caso de Parpacalle, encontramos que la mayoría de pobladores entrevistados señalaba que la intervención se encontraba incompleta en su comunidad. Esto se debía a que, una vez realizados los concursos para la evaluación de Viviendas Saludables, se debía haber comenzado con la política de seguimiento para afianzar los aprendizajes de la población; sin embargo, el cambio de autoridades había truncado esta fase de la intervención.

El desarrollo de la investigación, tanto en el ámbito comunal como distrital, hizo posible realizar acompañamiento a las actividades de los promotores sociales, en Parpacalle, otras comunidades y en la misma oficina. Como lo habíamos mencionado, este agente se encontraba retomando sus funciones, por lo que no se pudo observar el resultado de sus primeros esfuerzos. Sin embargo, se realizó observación participante de dos acciones de OMSABAR en relación a las comunidades:

---

<sup>6</sup> Ver Tabla 1: Instrumentos de Gestión para JASS

- *Diagnóstico situacional de cada comunidad:* Se acompañó la visita de los promotores sociales a las comunidades. Observamos el registro de falencias de las instalaciones de agua y desagüe, en el reservorio y en cada vivienda. El diagnóstico arrojó como resultado que la mayoría de comunidades, desde mucho tiempo atrás, no había realizado trabajos de mantenimiento de la infraestructura de saneamiento. Estos resultados se presentaron en el taller con las JASS y a partir de ellos, se realizó un cronograma para las faenas de cada comunidad.
- *Faenas comunales:* Se realizó una faena en cada comunidad con el objetivo de dar mantenimiento, limpieza, pintado y refacción a los sistemas comunales de agua, desde la captación hasta el reservorio. Quedó pendiente el desarrollo de actividades de mantenimiento en las instalaciones domésticas de agua y desagüe.

En relación a las acciones observadas a lo largo del trabajo de campo, se identificaron como funciones y acciones de OMSABAR, las que presentamos a continuación:

Tabla 8: Funciones y acciones de OMSABAR

Funciones	Acciones
<b>Gestión</b>	Coordinación constante con JASS.
	Distribución de materiales para el mantenimiento de las instalaciones del Sistema de Saneamiento.
<b>Promoción</b>	Capacitación a miembros de JASS y población de Comunidades Saludables.
	Organización de faenas para el mantenimiento del Sistema de Saneamiento.
<b>Vigilancia</b>	Verificar periódicamente el nivel de cloración del agua.
	Evaluar el mantenimiento del sistema de agua en sus tres fases: captación, reservorio y bateas familiares.
	Vigilancia periódica Intradomiciliaria.
	Supervisión del trabajo de JASS.

Fuente: Elaboración propia

Observamos en la tabla que, al retomarse la intervención, la OMSABAR continuó sus funciones de vigilancia en mayor medida que las de gestión y promoción. En principio, se debió a que la Oficina necesitaba evaluar el estado de

los servicios en cada comunidad. Adicionalmente, es importante resaltar que las funciones que retomara son las de la última etapa de la intervención. Por ello, pudimos observar en mayor medida, aquellas actividades que se quedaron truncas cuando cerró la Oficina, su objetivo era afianzar la conducta de salubridad en la población respecto de la comunidad y sus viviendas.

Como agente de vigilancia, la Oficina supervisa la calidad, mantenimiento y estado del sistema de agua en cada comunidad, todo ello en un nivel técnico y en coordinación con la JASS. La OMSABAR, además, se posiciona como la entidad encargada de controlar y vigilar las actividades locales para la salubridad. Debido a eso, evalúa las prácticas de la población respecto a la limpieza y el orden, en la comunidad y en cada vivienda, buscando afianzar el aprendizaje de la comunidad alrededor de la salubridad, sobretodo en relación a la salud de la población.

Al ser un agente de gestión, la Oficina realiza tareas operativas relacionadas a la intervención, instalación y mantenimiento de los sistemas de agua y desagüe. Se encarga de coordinar acciones en favor de la salubridad, y provee los materiales necesarios a cada comunidad. A manera de acompañamiento, realiza tareas de promoción como capacitaciones y faenas, en las que la población se involucra en la construcción de espacios saludables.

## 1.2. Junta Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS)

Con el objetivo de generar una organización comunal que permita a la población asumir de forma directa tareas administrativas, operativas y de mantenimiento para el uso de los servicios de agua y desagüe, es creada la JASS. Una organización de poder institucionalizado reconocida por el Estado, que, en la figura de la OMSABAR, determina su estructura y funciones. La Junta está conformada por un total de siete miembros: Presidente, Secretario, Vocales, Tesorero, Gasfitero y Almacenero, los que son elegidos por un periodo de dos años. Las actividades que realiza están supeditadas a las funciones que la normativa estatal le otorga; de acuerdo a ella, encontramos que actúa en tres dimensiones: gestión, promoción y vigilancia.

Como agente gestor, la legislación establece una serie de tareas reconocidas dentro de un esquema de administración oficial, es decir que, maneja una serie de instrumentos que son evaluados periódicamente por los promotores sociales de OMSABAR. Se trata de formatos que son utilizados para mantener un control organizado de los recursos, actividades y miembros de la asociación de usuarios del sistema de saneamiento. Se reconocen entre ellos:



Tabla 9: Instrumentos de Gestión para JASS

<p><b>Control de Bienes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talonario de recibos de Ingresos y Egresos</li> <li>• Control de Recaudos</li> <li>• Libro de Caja</li> <li>• Libro de Inventario</li> </ul>
<p><b>Asociación de Usuarios de Agua</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrón de Asociados</li> <li>• Estatuto y Reglamento</li> <li>• Libro de Actas</li> <li>• Acta de reconocimiento de la Junta por parte de la Municipalidad</li> </ul>
<p><b>Acciones en la Comunidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Anual de Trabajo</li> <li>• Cuaderno de Verificación y Supervisión</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Documento de Capacitación PRONASAR (2013)

Como se puede observar, hemos clasificado cada instrumento de acuerdo a la función que cumple dentro de un esquema más amplio de gestión. Una primera categoría, agrupa todos los instrumentos encargados del control de bienes, que sirven para un manejo ordenado de recursos materiales y económicos. La segunda categoría, agrupa los instrumentos que reconocen a la población como una asociación de usuarios del servicio de agua; es decir, son documentos que permiten registrar a los miembros y sus decisiones. Adicionalmente, respecto de sus acciones en la comunidad, la JASS tiene un documento con un plan de trabajo anual y otro en el que se registra cada visita a las familias locales.

Al respecto de sus funciones de promoción y vigilancia, encontramos que están interrelacionadas debido a que la JASS es el nexo entre la comunidad y la municipalidad. A través de ella, la población participa de la intervención desde dos

perspectivas, como agentes de promoción y como receptores. Durante las primeras etapas del proceso, esta organización contribuyó con la capacitación de la comunidad en temas de salubridad, luego, esta se tradujo en un rol de vigilancia constante del mantenimiento de la limpieza y el orden comunal y familiar. Por ello, en la actualidad, su rol principal es asegurar que la comunidad cumpla con los compromisos que tiene respecto a la intervención.

En Parpacalle el trabajo de la JASS comenzó en las primeras etapas de la iniciativa en el año 2007, ahí contribuyó en la aplicación del componente social, asumiendo un rol promotor y de vigilancia antes, durante y después de su ejecución. Según el testimonio del presidente de JASS durante esta primera etapa, esta línea de acción benefició el desarrollo de la intervención por la familiaridad entre los miembros de JASS y la población; sin embargo, al adoptar una posición fiscalizadora, bajo la que cotidianamente se encargaba de evaluar el estado de las viviendas de sus vecinos, se generaron conflictos en la comunidad.

Durante el trabajo de campo, observamos a la JASS cumpliendo el periodo de trabajo 2012-2014. Pudimos constatar en la capacitación de JASS, que a diferencia del resto de comunidades, la JASS de Parpacalle está conformada mayoritariamente por mujeres. Ellas se encargan de las tareas administrativas de la Junta y son dos varones quienes realizan el trabajo operativo: gasfitería y almacenaje.

Según el testimonio de los miembros de JASS al momento de la investigación, encontramos que el trabajo de la Junta había sido continuo hasta mediados del 2012, por falta de coordinación interna, en ese momento dejaron de hacer visitas intradomiciliarias. Al conversar con el primer presidente de JASS, hallamos que, respecto a esta situación, percibe que la Junta ha dejado de cumplir sus obligaciones, a pesar de que aún realizan sus funciones de recaudo y operación del sistema. Esto, nos da luces de que en la comunidad se evalúa el trabajo de la Junta a partir de su función de vigilancia domiciliaria, creemos que se trata de un espacio primordial de interacción entre estos agentes.

Como organización, la JASS es un agente de carácter endógeno que contribuye al empoderamiento de la población respecto de la intervención. Los individuos que se hacen miembros de JASS cumplen roles como agentes de gestión, promoción y vigilancia. En este sentido, la rotación de cargos hace posible que más personas se involucren con la intervención desde esta posición, observamos que este aspecto otorga un sentido de responsabilidad a la población, lo que contribuye a la continuidad del proyecto. Por otro lado, la relación de familias e individuos con los miembros de JASS es cotidiana y familiar, lo que permite que la salubridad a nivel doméstico sea evaluada y trabajada de forma interna.

### 1.3. Gobierno Comunal

La Directiva y Asamblea comunal son los agentes que conforman el Gobierno Comunal. A través de él, la población se organiza para tomar decisiones conjuntas, establecer normas de convivencia y resolver problemáticas locales. Ambas son consideradas como parte de la organización local, ya que en asamblea se deciden aspectos importantes del desarrollo de la comunidad, y es la directiva la figura de gobierno que deberá gestionar, promocionar y verificar que se cumplan estas decisiones. En este sentido, la directiva se encarga de establecer vínculos con otros niveles de gobierno para la implementación de cualquier intervención de desarrollo, el ejemplo más claro de ello es el caso aquí estudiado.

En Parpacalle, se pudo observar que el gobierno comunal posee un rol de gestión y vigilancia para la iniciativa de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables; como gestores, pues se encarga de solicitar la implementación de la intervención en el marco del Presupuesto Participativo Municipal 2008. Como población organizada, automáticamente se compromete a cubrir el 60% del costo total del proyecto; la Directiva Comunal regula y asegura la participación de la población como mano de obra comunal.

Desde un inicio, la asamblea es el espacio donde la población establece normas y sanciones que aseguran la participación de la sus miembros para la implementación y sostenibilidad del proyecto. Se busca una repartición equitativa

del trabajo en las obras de instalación de los servicios de saneamiento, por ello, la aplicación de normas se hace de forma igualitaria, sin tomar en consideración las particularidades familiares o personales de cada comunero. Esto causa efectos en el desarrollo de la intervención en algunos hogares; por ejemplo, encontramos viviendas de mujeres en edad avanzada que no contaban con familiares en la comunidad, que al no tener la capacidad de participar como fuerza de trabajo, no podían realizar las modificaciones comunales y domésticas propuestas. En algunos de estos casos se logró instalar agua y desagüe; sin embargo, la implementación del esquema de Vivienda Saludable no fue efectiva en su totalidad.

Con el objetivo de asegurar la participación masiva de la población local, en asamblea se esclarecieron sanciones para quienes no cumplieran con su cuota de trabajo en la intervención. Entre estas sanciones, durante y después de la obra, se daban multas<sup>7</sup> para quienes no participaran de las faenas, asambleas o tuvieran retrasos en su aporte de cuotas de agua. Luego de la implementación del sistema de agua, en la etapa de Viviendas Saludables, se determinó como sanción una multa para aquellos que no mantuvieran la limpieza ni el orden en sus hogares; en caso este problema persistiera, se estableció como sanción máxima el corte del servicio de agua.

El sistema de vigilancia, se aplica en dos instancias. En principio, los promotores de JASS u OMSABAR advierten a las familias de las mejoras que

---

<sup>7</sup> Las multas pueden variar entre 30, 35 o 50 soles dependiendo de la norma trasgredida.



deben realizar en el manejo de la salubridad en un plazo establecido; luego, en caso no se cumplan o mejoren los aspectos recomendados, se pasa a coordinar con la Directiva Comunal el tipo de sanción a aplicarse. En el caso de Parpacalle, encontramos que la aplicación de sanciones no era común, ya que la población se esfuerza por no quebrantar las normas pues no tienen los medios económicos para enfrentar una multa o la consecuente suspensión del servicio de agua.

Como se puede observar, tanto la directiva como la asamblea comunal cumple un rol importante para la sostenibilidad del proyecto; si bien no son promotores directos del desarrollo de la intervención, actúan como tales al asegurar que se mantengan los esquemas de comportamiento que el proyecto promueve. Es a través de la organización local, que la población asume como responsabilidad propia el desarrollo de la intervención en todas sus etapas. Por otro lado, su poder de cohesión social e independencia respecto de otras entidades de gobierno, hace que no sólo cumpla un rol vigilante respecto a la población sino también en relación a las entidades exógenas y endógenas que tienen injerencia sobre la localidad, como la Municipalidad.

#### 1.4. Precisiones sobre otros Agentes de Promoción en Parpacalle.

Dada la naturaleza de la intervención, en el diseño de la investigación se consideró posible la participación de otros sectores del gobierno involucrados en su administración y promoción.; no obstante, no encontramos mayor participación

de los sectores de salud, educación y promoción social. Como entidad nacional, el gobierno regional participó de la intervención aportando un porcentaje del financiamiento, mas no tuvo injerencia directa en su aplicación. A continuación presentamos las acciones mínimas en relación a la salubridad, que encontramos en cada sector mencionado:



Tabla 10: Otros sectores y sus Acciones para la Salubridad

Sectores	Actores	Acciones para la Salubridad
<b>Salud</b>	Centro de Salud - San Salvador	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un Encargado de Salubridad, quien evalúa periódicamente el nivel de cloración del agua.</li> <li>• Evalúa periódicamente la salud de los beneficiarios de JUNTOS.</li> </ul>
<b>Educación</b>	Escuela Saludable - Parpacalle <sup>1</sup>	Se trabajaron temas de salud, higiene y salubridad al inicio de la intervención, luego dejó de ser prioritario.
<b>Promoción Social</b>	Vaso de Leche	Beneficiarios reciben mensualmente: 600gr de siete harinas, un tarro de leche grande y otro pequeño. Se piensa capacitar a la población en la preparación saludable de alimentos.
	JUNTOS	Pocas familias son beneficiarias en Parpacalle, a ellos se les exige un control periódico de salud.
	Pensión 65	Sólo tiene dos beneficiarios, no tiene enfoque claro para la salud.

<sup>1</sup> Biblioteca manejada por el Instituto Machupicchu, los niños asisten en las tardes a realizar sus deberes escolares.

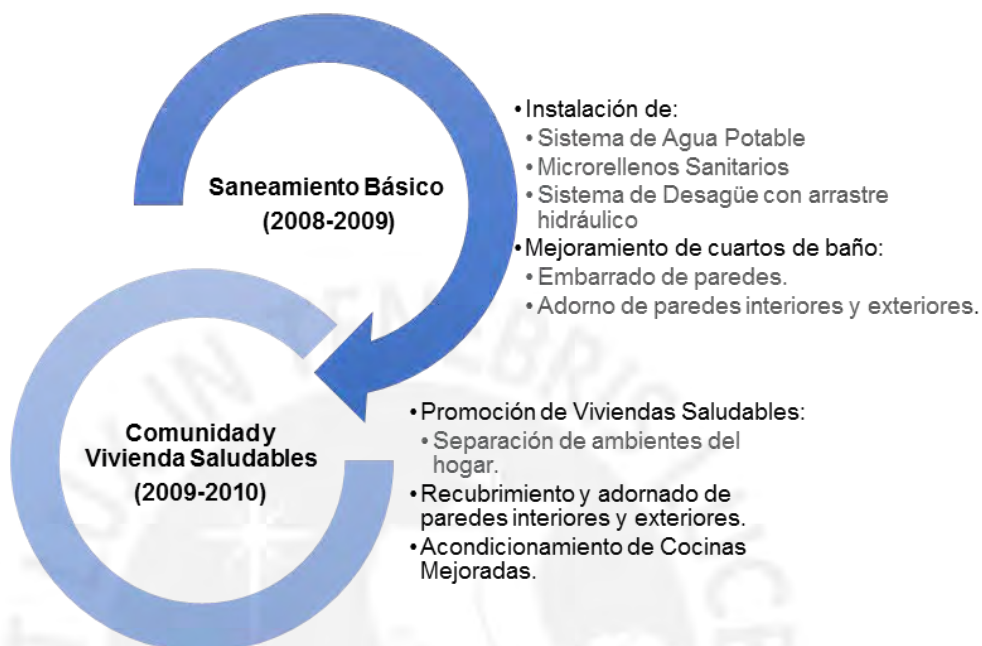
Fuente: Elaboración Propia

Observamos que existe una política clara relacionada a la iniciativa de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, en ninguno de los sectores mencionados. Ello se debe a que, durante su implementación se hicieron alianzas principalmente entre el gobierno distrital y comunal, razón por la que no se encontraron estrategias intersectoriales que contribuyeran con los objetivos de la intervención.

## **2. Ejecución de la Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en Parpacalle.**

En Parpacalle, la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables se llevó a cabo entre los años 2007 y 2010, tiempo en el que SANBASUR ya había pasado sus funciones a la OMSABAR. Hallamos que la iniciativa se realizó en dos etapas: Instalación de Saneamiento Básico Ambiental, y construcción de Viviendas Saludables. El gráfico que se muestra a continuación, presenta las principales acciones para cada etapa:

Gráfico 1: Implementación de la Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en Parpacalle.



Fuente: Elaboración Propia

Como se observa, la primera etapa fue dedicada a la adaptación de sistemas sanitarios en la localidad: agua, desagüe y desechos sólidos. El sistema de agua se construyó en tres fases o espacios: captación, reservorio y bateas. La primera, capta el agua desde un manante mediante canales, dirigiéndola hacia el reservorio. El tanque del reservorio tiene un sistema de cloración que debe pasar por mantenimiento cada dos meses.

Para el uso familiar, en cada vivienda se instaló una batea, lavaderos de cemento que pueden ser apreciados en la siguiente ilustración:



Ilustración 10: Bateas Familiares y Utensilios de Aseo



Fuente: Elaboración propia, 2013

La organización de la vivienda fue modificada, entre la primera y segunda etapa de intervención. Para comenzar las mejoras para una adecuada distribución de excretas, se instaló un sistema de desagüe de arrastre hidráulico interconectado a un pozo séptico, proceso que fue acompañado por la construcción de cuartos de baño.

Para el mejoramiento de los cuartos de baño se utilizó como estrategia, la implementación de concursos en los que se evaluaba limpieza, embarrado y pintura mural. El esfuerzo de las familias fue premiado con la entrega de dinero en

efectivo o utensilios y productos de limpieza. A continuación, podremos observar los resultados del trabajo local en cuanto a los baños.

*Ilustración 11: Baños Saludables*



*Fuente: Elaboración Propia, 2013*

Para una adecuada distribución de residuos, además, se instalaron microrellenos sanitarios, hoyos subterráneos donde se desechan los residuos sólidos clasificados en orgánicos e inorgánicos.

*Ilustración 12: Microrrelleno Sanitario de Residuos Inorgánicos*



*Fuente: Elaboración Propia, 2013*

Esta primera etapa dio indicios del entusiasmo y potencial de participación de la población, por lo que la intervención amplió su alcance a la implementación de Vivienda Saludable.

Así, la segunda etapa de la intervención se enfocó en la construcción y asesoramiento para lograr que las viviendas locales se adecuaran al modelo estándar de vivienda propuesto por los promotores. Cada familia adecuó o construyó nuevos espacios en sus viviendas, de acuerdo a la función que cumplirían en el desarrollo cotidiano de sus actividades; por esta razón, en la



mayoría de ellos se instalaron sistemas para ordenar las pertenencias de la familia, como repisas o colgadores<sup>8</sup>.

En ese momento también se utilizó como estrategia el desarrollo de concursos, los cuales, al igual que en el caso de los baños, evaluaban el trabajo familiar de embarrado y pintura mural al interior y exterior de la vivienda, como se aprecia en la siguiente ilustración:

*Ilustración 13: Fernanda, pintura mural y embarrado. Vivienda Saludable*



*Fuente: Elaboración Propia, 2013*

---

<sup>8</sup> Ver Ilustraciones 10 y 14

De acuerdo a la información recopilada, consideramos que el espacio donde se hicieron mayores modificaciones fue la cocina. Antes de la intervención, en la mayoría de casos, se trataba de un espacio en el que se realizaban diversas tareas cotidianas, aparte de su función básica para la alimentación. Con la colaboración de agentes externos encargados de capacitar y realizar acompañamiento técnico a la población, se hicieron nuevas instalaciones en la cocina, como fogones mejorados, refrigeradores ecológicos, repisas y alacenas; tecnología ecológica, que puede ser observada en la siguiente ilustración. Todas ellas son utilizadas con la finalidad de mejorar el manejo de la salubridad para una alimentación limpia, por ende, saludable en cada familia.



Ilustración 14: Indira, Cocinas e Instalaciones saludables

Fuente: Elaboración Propia, 2013

El desarrollo de las obras de Saneamiento Básico Ambiental y Vivienda Saludable estuvo acompañado del “componente social” en tres etapas: antes,



durante y después de la obra. En Parpacalle, esta dimensión se aplicó dentro de un periodo total de nueve meses, tres meses en cada etapa del proyecto. Conversando con quien fuera la promotora social del proyecto en la comunidad de Parpacalle durante estas etapas, encontramos las temáticas a las que se enfocó cada una de estas fases del componente. La primera, implementada desde el año 2007, presentó el proyecto y familiarizó a la población con la problemática que se buscaba superar.

En Parpacalle, según el registro municipal, se logró la instalación de servicios básicos y modificaciones para vivienda saludable en 53 viviendas, al momento de la intervención, el total de unidades domésticas de la comunidad. Durante la investigación pudimos observar que, había viviendas donde no se habían realizado las modificaciones propuestas por la intervención por diversas razones. A continuación presentamos los casos encontrados:

- a. Familia local que no residía permanentemente en Parpacalle: La comunidad no autorizaba la instalación de servicios de agua y desagüe.
- b. Jóvenes recién casados: Construcción reciente sin finalizar, aún no se habían solicitado los servicios a la comunidad.
- c. Mujer Viuda: No se modificaron los ambientes de su vivienda por falta de mano de obra familiar.
- d. Mujer Viuda: La vivienda no contaba con instalaciones de desagüe porque la mujer no había participado de la instalación comunal.
- e. Varón Viudo: Vivienda sin cocina, explicaba que no le daría uso.

Por otro lado, durante la obra, el componente social tuvo dos aristas de capacitación: técnica y social. De esta manera, la población participó de talleres para la instalación y mantenimiento de los servicios de agua y desagüe. Paralelamente, se realizaron sesiones de capacitación social con temáticas como salud, salubridad, autoestima, familia, niñez, violencia y alcoholismo. La promotora encargada de Parpacalle durante la intervención, nos explicó que la temática se había trabajado de acuerdo a la problemática encontrada en cada comunidad; según su testimonio, en Parpacalle la incidencia de alcoholismo era muy alta antes de la intervención.

Al finalizar la obra, se realizaron talleres para reforzar temáticas trabajadas anteriormente. Sin embargo, en Parpacalle, a diferencia de las comunidades donde la intervención se había llevado a cabo antes, el acompañamiento terminó de forma abrupta con el cambio de la administración municipal el 2010. Dicho acompañamiento fue la principal estrategia para vigilar, controlar y promover el mantenimiento de la salubridad en cada vivienda. Según la encargada de la OMSABAR, las fallas actuales en el mantenimiento de la salubridad en las comunidades se deben a que no se ha continuado con el seguimiento aproximadamente por dos años.

La presente investigación coincidió con el reposicionamiento de la OMSABAR y JASS en el distrito, a inicios del 2013. Encontramos que, estas entidades iban retomando sus funciones principalmente de gestión y vigilancia,

dado que el proceso para afianzar los aprendizajes de la población se vio truncado en el 2010. Esta estrategia de seguimiento tiene como objetivo contribuir a la sostenibilidad de la intervención; para ello, se revisa la calidad del agua, el mantenimiento del sistema comunal, y en cada vivienda se evalúa periódicamente la limpieza y el orden.

El desarrollo de la intervención en Parpacalle se llevó a cabo en tres años, comenzando por la instalación de servicios de agua y desagüe, y culminando con el ordenamiento de la vivienda. Encontramos que la vivienda se fue modificando de acuerdo a las funciones que debía cumplir en este contexto particular, más adelante haremos referencia a estas funciones, analizando la lógica de cambio con la que se relaciona.

### **3. Teoría de Cambio: Estrategias para la Transformación.**

Hasta este punto, el desarrollo del capítulo nos ha mostrado una descripción exhaustiva de los involucrados y la trayectoria de la intervención en Parpacalle. Esta última sección busca analizar las estrategias de implementación de la intervención para encontrar la direccionalidad de cambio que propone. Para ello, partimos del planteamiento inicial de la intervención, lo que los agentes de Gestión, Vigilancia y Promoción definen como desarrollo, los objetivos de la intervención, y la teoría detrás de las transformaciones propuestas.

Como explica Ferguson (1994) sobre el desarrollo, descubrimos que la intervención se origina como tal, en la definición del concepto de desarrollo hecha por la Municipalidad, como entidad responsable del proceso. En palabras de Reynaldo Quispitupa, alcalde entre los años 2003 y 2010: "...entendemos por desarrollo, en el grupo político que tenemos, como transformar la Realidad a una nueva, a una distinta". Por ello, la intervención "se enmarca en un proceso de transformación social, política y económica, como resultado de la formación de capital humano y social" (Municipalidad de San Salvador 2010: 6)

En conversaciones con los protagonistas de la gestión durante su implementación, como Reynaldo Quispitupa, Edith León (Personal de SANBASUR 2003-2007) y la encargada de OMSABAR (Encargada de OMSABAR 2003 -2010, 2013), hallamos que el desarrollo de la intervención tuvo como objetivo generar cambios sustanciales en la forma de vida local. Se buscó transformar el espacio comunal y familiar en lugares saludables que permitieran que la población mejorara su autoestima, para luego, con mejores herramientas, pudieran insertarse en el campo de la producción y el trabajo, que los llevarían a mejorar su economía. Reynaldo Quispitupa menciona:

*Ahora al nivel del tema de saneamiento lo que hemos hecho es casi todas las comunidades, el 65% de la población cuenta con agua sana y segura. Pero no solamente eso, sino que también la gente, la casita que se ha hecho, por más humilde que sea con sus propios recurso sea acogedora. Digno para que viva la gente. Si tú te construyes tu casita te cuesta, y de lo que te has construido vives con satisfacción, pero si lo vuelves más acogedor vives con más comodidades. Eso hemos hecho que la gente mejore, viviendas mejoradas en las comunidades campesinas (Alcalde de San Salvador 2003-2010)*

Bajo esta lógica, se puede afirmar que, antes de la intervención había falencias en el esquema tradicional de vivienda, a las que se asociaban los altos índices de desnutrición crónica, principal razón por la que la Municipalidad decidió iniciar el proyecto. Asimismo, más allá de sus efectos sobre la salud, las carencias locales fueron vistas en relación a los bajos índices de participación política y desarrollo económico comunal.

Debido a eso, una vez lograda la etapa de Saneamiento Básico y Vivienda Saludable, se buscó generar cadenas productivas para insertar a la población en el mercado local, incluso en el regional. Explica el ex alcalde que la intervención dio agua sana, segura, de calidad y trabajó el tema del desarrollo económico local para que la gente contara con recursos que le permitiera acceder a los servicios que se ofrecían en la localidad, como agua, salud y transporte.

Como hemos visto, a la modificación de los sistemas de agua y desagüe, se añade la transformación del espacio doméstico. Se diseña un estándar de vivienda que responde principalmente al desarrollo de actividades cotidianas de la familia: alimentación, descanso, trabajo y producción. El siguiente gráfico muestra la relación funcional de cada actividad y la modificación correspondiente:



Ilustración 15: Funciones y espacios en una Vivienda Saludable



Fuente: Elaboración Propia

Podemos observar en el gráfico, la intervención y sus estrategias concretas para lograr una transformación en la infraestructura de una vivienda local. Desde una lógica familiar, se cambia el esquema doméstico, puesto que antes de la intervención, a diferencia del modelo propuesto, las viviendas en la zona se caracterizaban por contar con un solo ambiente agrupando espacios: cocina, dormitorio, crianza de animales y almacenamiento de bienes. Según el esquema propuesto, sin la necesidad de subvencionar estos cambios, la municipalidad realizó talleres en los que se capacitó a la población en cuanto a una adecuada distribución en la vivienda. La estrategia de concursos permitió que la población se involucrara e hiciera efectivas las modificaciones sugeridas.

Los cambios en la infraestructura local, fueron acompañados por una serie de talleres en los que, en principio, se trabajaron temas relacionados al manejo de la salubridad: limpieza de la vivienda, adecuado manejo de alimentos e higiene personal. Estos talleres buscaron generar un cambio en la conducta de salubridad de la gente local, con el objetivo de que las instalaciones fueran utilizadas de forma correcta y que su uso fuera sostenible en el tiempo.

El modelo de salubridad, en este sentido, tiene que ver con el concepto de “pureza” que explicamos en el marco teórico, ya que como componente pedagógico, se busca que la población aprenda que, un ambiente saludable es aquel que está limpio y ordenado. Para ello, se tratan las paredes mediante la técnica del embarrado, que reduce la cantidad de tierra y polvo en los ambientes

del hogar, y, por otro lado, se instalan armarios, alacenas, repisas y otras tecnologías para mantener el orden de los bienes familiares.

En los testimonios de la población local, encontramos que estos talleres fueron acompañados de otros en los que se trabajaron temáticas locales, entre las que se recordaban más: Género, Infancia y Alcoholismo. Los talleres de género buscaron incentivar la participación equitativa de varones y mujeres en el desarrollo de la comunidad. En cuanto a Infancia, se trabajó principalmente el tema de la desnutrición crónica y la importancia de la salubridad para la salud infantil. En el caso de Parpacalle, se encontró que el alcoholismo era uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la intervención, de esta forma, para reducir su incidencia, se utilizó como estrategia la realización de talleres con la población.

En este sentido, descubrimos que, si bien la transformación social que acompaña la intervención tiene que ver con el comportamiento respecto a la salubridad, se consideró, al mismo nivel de importancia, el generar cambios en la sociedad en la que se estaba aplicando la intervención. Es decir que los esquemas de vivienda y comunidad saludable, no solamente se relacionan con el ejercicio de limpieza y el orden de cada familia, sino con la conducta de la población respecto de otros temas que afectan el espacio de interacción cotidiana, como se observó con el alcoholismo.

La teoría de cambio con la que opera la intervención, incluye, entonces, un componente de infraestructura que tiene como objetivo, mejorar las condiciones de vida de la población para generar ambientes saludables. Esta arista está acompañada de talleres, que comprende dos ramas: salubridad y desarrollo social, ambos buscan generar cambios en la conducta local para contribuir a la sostenibilidad de la salubridad en las familias y la comunidad. Como vimos al inicio de esta sección, la intervención propone transformación desde la definición de desarrollo que manejan los promotores de la misma; en secciones posteriores, analizaremos el impacto de esta perspectiva en la población y en los resultados de la intervención.

#### **4. Conclusiones**

A lo largo de este capítulo, se presentan los hallazgos de la investigación en relación a los Agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia, el desarrollo de la intervención y la teoría de cambio que traza su línea de acción. Así, buscamos responder a la primera pregunta específica de investigación sobre la trayectoria de la intervención, haciendo énfasis en los agentes promotores, el escenario donde actúan y la lógica con la que operan.

De acuerdo a lo encontrado, afirmamos que este grupo de agentes a los que hemos denominado de Gestión, Promoción y Vigilancia, cuentan con un poder institucionalizado otorgado por la legislación peruana y comunal, siendo

reconocidos a partir de ella. En este grupo de agentes, hemos identificado tres principales: OMSABAR, JASS y el Gobierno Comunal, que incluye a la asamblea que lo avala. El primero tiene un nivel de injerencia distrital, el segundo tiene un rol de intermediario entre el primero y la población local, y el último es el gestor comunal en sí mismo.

Durante la investigación, casualmente, la OMSABAR estaba en un momento de cambio de mando. Sobre su trayectoria, encontramos que es el agente principal respecto al manejo de la intervención en San Salvador. De acuerdo con el diseño de la estrategia SANBASUR, una vez acabado el proyecto piloto, se entregan las funciones de gestión, promoción y vigilancia a esta entidad del gobierno municipal.

Desde el inicio de la intervención, hasta el año 2010, OMSABAR fue su principal responsable; sin embargo, con el cambio de gobierno, la Oficina fue cerrada para reabrir en el año 2010, con menos funcionarios, por tanto, con menos capacidad de acción. Para el año 2013, la Oficina volvía a ser liderada por quien fuera encargada durante la primera etapa de la intervención. Como agente de gestión, se encarga de coordinar constantemente con la JASS y distribuir los materiales necesarios para el mantenimiento de los sistemas de saneamiento. Siendo un agente de promoción, organiza sesiones de capacitación y acciones para el mantenimiento del sistema comunal, faenas. Pudimos ver en la investigación, que realiza más acciones de vigilancia, como primer paso para



retomar sus funciones. Es así como, se ocupa de revisar periódicamente el nivel de cloración del agua, el mantenimiento del sistema en sus tres etapas, supervisa el trabajo de JASS y el ejercicio de la salubridad en las viviendas locales.

La JASS es una organización local enfocada en gestionar, promocionar y vigilar las acciones de la población respecto a salubridad a nivel comunal y familiar. Tiene un poder institucionalizado, ya que es reconocida formalmente por la legislación peruana en torno al saneamiento, como la representante de las juntas de usuarios de agua y saneamiento. Además, desde su fundación, la comunidad ha reconocido su importancia para el manejo del proceso.

Asimismo, hallamos que sus acciones están relacionadas a la gestión que la avala; de modo que, debe llevar a cabo funciones de gestión para el control de los bienes, registro de los miembros de la asociación, asambleas y reglamento, y un programa para el desarrollo de acciones en la comunidad. Luego, respecto a sus funciones de promoción y vigilancia, se relacionan entre ellas, pues la JASS cumple el rol de nexo entre la comunidad y la municipalidad. Es la organización mediante la cual la población se compromete con la intervención, siendo promotores y receptores.

Una particularidad de la JASS en Parpacalle es, que está formada, en su mayoría, por mujeres que se encargan del trabajo administrativo de la organización. Durante la investigación, al igual que la OMSABAR, la Junta se encontraba retomando sus funciones. Sin embargo, esto deviene en problemas en

la comunidad pues se alega dejadez de su parte, ya que se ha dejado de lado su función de vigilancia domiciliaria, a pesar de que siguen cumpliendo sus funciones administrativas.

Pudimos constatar que la JASS se ha posicionado como una organización social importante en la comunidad de Parpacalle. Siendo de carácter endógeno, la población asume, de forma rotativa, la responsabilidad de responder por la salubridad a nivel comunal y familiar. Su cercanía a la población, por un lado, le permite trabajar de forma interna las falencias de la intervención, y por otro, genera conflictos por la posición evaluadora que asume en algunas de sus funciones.

En cuanto a dimensión comunal, encontramos que la directiva y asamblea comunal llevan a cabo acciones de gestión y vigilancia. Como primer acercamiento a la intervención, la población solicita, a través de la Directiva, la realización de ella; luego, durante la implementación, se ve obligada a formular normas y sanciones respecto a la intervención y la salubridad, con el objetivo de asegurar la participación de la población. De esta forma, contribuye con la consolidación de un sistema de vigilancia que, se aplica desde el inicio de la intervención hasta la actualidad.

Señalamos que, el involucramiento de esta instancia de gobierno con los objetivos de la intervención es importante, puesto que tiene efectos sobre su sostenibilidad. A través de ella, toda la población asume responsabilidad respecto

a la intervención en cada una de sus etapas. Además, como representante de la población local, la directiva cumple un rol vigilante también en relación a las entidades exógenas y endógenas de la localidad, como OMSABAR y JASS. Asimismo, mostramos que, si bien hay una serie de otros ámbitos de organización e intervención social en la localidad, los únicos involucrados en materia de salubridad son los agentes ya mencionados.

La intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables se aplicó entre los años 2007 y 2010, cuando la OMSABAR ya se encontraba a cargo del Saneamiento en la mayoría de comunidades del distrito. Se tuvieron dos etapas: instalación de Saneamiento Básico Ambiental y construcción de Viviendas Saludables.

Al inicio, la intervención se ocupó de la instalación de sistemas de agua y desagüe en cada vivienda de la comunidad; eso incluía la construcción de cuartos de baño que fueron el primer incentivo para la siguiente etapa. Esto generó muestras de la motivación por parte de la población para adornar y para embarrar de la mejor manera estos espacios, de modo que, se organizaron concursos para premiar su esfuerzo.

Luego, en la segunda etapa se realizaron talleres para asesorar a la población sobre el modelo de Vivienda Saludable. Finalmente, para promover la transformación de las viviendas, de igual forma que antes, se organizaron concursos cuyos premios eran para las casas mejor cuidadas y mejor adornadas.

La mayoría de viviendas fueron modificadas, un porcentaje mínimo no logró las modificaciones, debido a que había varias mujeres mayores viudas que vivían solas, que no tenían la fuerza de trabajo necesaria para participar en cada etapa.

Advertimos también, que el espacio de la vivienda que más modificaciones había tenido era la cocina, pues, antes de la intervención, había sido el espacio donde estaba concentrado el desarrollo de funciones familiares cotidianas. Además de ser un espacio para la alimentación, éste se utilizaba para el descanso y la crianza de animales. Actualmente, cuenta con instalaciones que facilitan el mantenimiento de la salubridad: cocinas mejoradas, refrigeradores ecológicos, repisas y alacenas. Además, se han hecho nuevos ambientes en las viviendas para el desarrollo del resto de funciones. En contradicción al registro municipal, que menciona que todas las viviendas locales en Parpacalle cuentan con servicios de agua y desagüe<sup>9</sup>, encontramos que hay cinco casas que no han sido modificadas y no cuentan con este servicio.

Por otro lado, de forma paralela al desarrollo de las obras, la intervención incluye un componente social que se enfoca en la capacitación técnica y social de la población. Entonces, entre el 2007 y el 2010, la población participó de numerosos talleres para aprender sobre el manejo de salubridad a nivel técnico y familiar; asimismo, se dio importancia a trabajar temas generales con la población, como salud, autoestima, familia, niñez y violencia. A ello, se sumaron sesiones

---

<sup>9</sup> 53 viviendas en total, según el registro municipal

sobre alcoholismo, como una forma de adaptar el programa del componente a la particularidad de la comunidad donde éste era un problema evidente.

Luego de estas etapas, la intervención planteaba realizar seguimiento de las diversas modificaciones de infraestructura y comportamiento; sin embargo, debido al cambio de gobierno distrital, esta etapa se vio interrumpida, por lo que no hubo una política de reforzamiento que consolidara el proceso de cambio. Al momento en el que se llevó a cabo la investigación, se estaban retomando las funciones de vigilancia tanto de JASS, como de OMSABAR, con miras a que se pudieran fortalecer los logros del proyecto.

En la última sección del capítulo, se ha analizado la perspectiva de desarrollo que los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia aplican en esta intervención. De acuerdo al discurso de los implicados, encontramos que, desde un inicio, se concebía el desarrollo como un proceso de transformación social, política y económica. Esta definición explica el enfoque del proyecto, pues se busca generar cambios sustanciales en la forma de vida local, a partir de la promoción e instalación de sistemas para espacios saludables.

Se buscó tener impacto sobre la autoestima de la población local, de manera que sus viviendas se convirtieran en un factor de orgullo que pudiera ser utilizado, en adelante, para mejorar otros aspectos de su vida. En esta misma línea, las modificaciones de saneamiento y vivienda saludable buscaron reducir el índice de desnutrición crónica infantil. Además, se consideró que el logro del



proyecto en materia de salubridad, podría ser beneficioso para la participación política y el desarrollo económico local. Así, una vez implementada la obra y componente social de la intervención, se buscó generar cadenas productivas locales.

Las modificaciones se hicieron con el objetivo de que, cada espacio de la vivienda cumpliera con funciones específicas del desarrollo cotidiano familiar. Identificamos entre ellas: alimentación, descanso, trabajo y producción. Para la etapa de vivienda saludable, se promocionó el modelo mediante talleres para la población, conocimientos que fueron siendo aplicados sin necesidad de ser subvencionados por la municipalidad. Los talleres, además, trabajaron temas relacionados al manejo de la salubridad, buscando generar un cambio en el comportamiento local tanto a nivel comunal como familiar.

La salubridad se fue definiendo de acuerdo al estándar de limpieza y orden que se instauraba. De esta forma, el componente pedagógico se enfocó en trabajar con la población, las formas correctas para llevar a cabo acciones en pro de la limpieza y del orden en las viviendas, y de higiene personal para cada miembro de la familia. Por otro lado, para contextualizar las temáticas trabajadas, se realizaron talleres de Género, Infancia y Alcoholismo con el objetivo de mejorar las relaciones interpersonales en la comunidad, generando un ambiente limpio y saludable, también respecto a la convivencia.

En conclusión y respondiendo a la pregunta *¿Cómo fue la trayectoria de la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en la Comunidad de Parpacalle?* Afirmamos, en principio, que los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia son los principales encargados del desarrollo de la intervención, en su implementación y luego de ella, para lograr su sostenibilidad. En este sentido, observamos el tema dentro de un contexto particular como Parpacalle, donde la intervención se llevó a cabo en la última etapa del gobierno que iniciara este proyecto, de tal forma que la etapa de reforzamiento se vio afectada por el cambio de mando distrital. Alegamos, entonces, una trayectoria interrumpida de la intervención que se venía retomando, en el tiempo en el que se hizo la investigación.

Como agentes promotores de la transformación, explicamos que este grupo de actores define el desarrollo como un mecanismo de transformación en varios niveles. Así, se realizan obras para la modificación de sistemas de saneamiento y viviendas saludables, que son acompañadas por un componente pedagógico. Considerando que, hasta antes de la intervención, la población no conocía lo suficiente sobre temas relacionados a la salubridad y otros de género social, lo que devenía en un comportamiento que afectaba el desarrollo de su comunidad; entonces, se busca cambiar las estrategias en cuanto a la limpieza y el orden de las viviendas, y, respecto a la higiene personal de la población. Por otro lado, se enseña a la población sobre temas generales de convivencia y desarrollo, cuyo cambio resulta ser necesario para la salubridad y la salud en comunidad, familias e individuos.

#### **IV. EL ESTÁNDAR DE SALUBRIDAD EN LA VIDA COTIDIANA DE LA POBLACIÓN: ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN LOCAL**

El presente capítulo se enfoca en conocer las estrategias de adaptación de los agentes receptores de la intervención, diferenciándolos en tres niveles: comunal, familiar e individual. A partir de los hallazgos de la investigación, se busca responder a la segunda pregunta específica de la Tesis: *¿Cuáles han sido las estrategias de adaptación de la comunidad, familias e individuos en relación a la Intervención de Comunidad, Vivienda y Familia Saludables?* Para ello, dividimos el capítulo en tres secciones en las que analizaremos el rol de la población como agente receptor en la intervención, sus estrategias de adaptación y el campo de interacción donde confluyen sus estrategias con las de los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia.

Como se ha visto en el anterior capítulo, la población participa de la intervención como agente de Gestión, Promoción y Vigilancia a través del gobierno comunal y la JASS. El desarrollo de la intervención ha buscado, a través de estas entidades, generar un sistema sostenible y participativo para la operación y administración del sistema de agua y las instalaciones para la salubridad, como son las Viviendas Saludables. Dado que, ya dimos a conocer esta dimensión de la población, la primera sección del capítulo se dedicará a caracterizar a la población

como agente receptor, sosteniendo que ésta actúa en tres niveles: comunal, familiar e individual.

Teniendo un panorama general de la población, la segunda sección analizará las estrategias locales de adaptación, encontrando que se definen a partir de las características particulares, familiares o individuales. La última sección, buscará analizar el espacio de interacción de los receptores y promotores de la intervención, en su calidad de arena política. Se reflexiona sobre sus componentes tomando en cuenta puntos de convergencia y divergencia entre las estrategias de los involucrados.

### **1. Receptores de la Intervención: Comunidad, Familia e Individuos**

Esta primera sección presenta a la población como agente receptor respecto a la intervención. A continuación, exponemos sus principales características en tres niveles: comunal, familiar e individual.

En un inicio, Parpacalle acogió la intervención con el compromiso de cumplir la cuota de trabajo necesaria para su realización. Observamos que, actualmente este grupo se caracteriza por ser una comunidad organizada que, a pesar de las dificultades durante la intervención, ha logrado una sostenibilidad en los componentes del proyecto. En palabras del Responsable de la Escuela-

Biblioteca Saludable de Parpacalle <sup>10</sup> *“esta comunidad fue modelo, para fines del 2010, ya para el 2011 nos sacó el ancho, porque vieron todo esto, al frente la comunidad de Siusa”*. Al posicionarse como tal, la población como colectivo, a través de sus organismos de gobierno, encontró mecanismos de control y vigilancia para lograr la sostenibilidad de los cambios.

En la sección del primer capítulo dedicada a la Estrategia Operativa<sup>11</sup>, se muestran las características generales de la población de Parpacalle. Sobre ella, para esta sección, cabe resaltar su organización en relación al desarrollo de sus actividades cotidianas. Encontramos que, dada la escasez de terrenos para la agricultura, la población masculina diversificó su campo laboral cambiándolo por actividades fuera de la comunidad, relacionadas a la construcción y a la industria extractiva. En el caso de las mujeres, ellas solían dedicarse únicamente al trabajo doméstico y al cuidado de los niños, más, frente a una situación económica desfavorable, varias optaron por laborar en el campo del comercio gastronómico y el de abarrotos.

A nivel familiar, la población debe enlazar estas particularidades sobre su ocupación con los requerimientos de la intervención, es decir que, conviene que la división del trabajo se adecúe a una nueva exigencia. Las familias locales son la población objetivo, pues son vistas como receptoras directas de la intervención, ya que se busca generar el acceso a la salubridad en cada vivienda local. Para

---

<sup>10</sup> Representante del Instituto Machupicchu.

<sup>11</sup> Capítulo 1, sección 3.



efectos de la investigación, consideramos una familia como equivalente a una unidad doméstica, sin hacer referencia a su definición más amplia relacionada a la consanguinidad.

Observamos en la comunidad tres grupos etarios claramente diferenciados: adultos mayores, adultos de mediana edad e infantes, es decir: abuelos, padres y niños. Según nuestras observaciones, hay cuatro tipos de unidades domésticas:

- Pareja de Adultos Mayores
- Adulto Solo (Viuda /Viudo)
- Pareja de Mediana Edad con Niños
- Pareja de Adultos Mayores e hijos adultos con niños.

Cada familia tiene características distintas, más adelante haremos el análisis de cómo estas características tienen efectos sobre la adaptación de la población a la intervención. El enfoque familiar del proyecto, encuentra en cada familia un grupo estratégico, es decir que sus intereses, características y poder definen su forma de actuar respecto a la intervención.

La iniciativa de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, incluye a la población principalmente bajo dos esquemas. El primero, como mano de obra, que se materializa en trabajo comunal a través de faenas para la instalación, operación y mantenimiento de los sistemas de agua y desagüe. En segundo lugar,

los talleres educativos son un espacio de participación local a partir del cual la población se relaciona con la intervención.

Si bien el enfoque de estos talleres es comunal, creemos que tiene una dimensión individual, dado que el aprendizaje sobre las temáticas trabajadas se relaciona directamente con las características individuales de quien atiende a ellos. A ello se adiciona la noción de poder que revisamos en el marco teórico, entendiendo que cada miembro de la población cuenta con un poder en tanto pueda decidir participar o no participar, accionar o no accionar en favor de la intervención.

Es decir que, si bien existe un grado de participación que está mediada y condicionada por las normas de la intervención, veremos más adelante que el poder de hacer o dejar de hacer es la principal fuerza de la población y los resultados están condicionados a este poder. Bajo esta lógica, no se puede afirmar que la población es exclusivamente beneficiaria de la intervención ya que la subvención del gobierno es parcial. Se trata de un proceso participativo, por el cual cada individuo tiene capacidad de agencia y recepción, debido a que cada uno encuentra los recursos necesarios para lograr los objetivos de la intervención que se han posicionado como una exigencia comunal.

Entonces, para resumir, tenemos una comunidad encargada de asegurar, como ya se había explicado, la participación de sus miembros para el desarrollo de la intervención. Ellos, a nivel familiar, tienen características particulares que

tendrán efectos directos sobre la forma en la que se apropian de las exigencias y propuestas de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. La participación, sin embargo, no sólo está mediada por mecanismos de control sino también por estrategias, interés y poder de los individuos involucrados. De esta forma, encontramos que, en su dimensión individual, la población tiene capacidad de agencia y recepción, lo que le otorga el poder de participar o dejar de hacerlo.

## **2. Adaptar la Diversidad a un Estándar: Apropiación Local del Cambio**

La Intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables, es una iniciativa que, entre sus principales objetivos, busca mejorar la calidad ambiental del espacio en el que la población lleva a cabo sus actividades cotidianas. En este sentido, es necesario un proceso adaptativo mediante el cual, comunidad, familias e individuos conjuguen sus ocupaciones con los requerimientos y propuestas de la intervención. A continuación, analizamos las principales estrategias de la población para adaptar su experiencia cotidiana a la intervención.

De acuerdo a lo que hemos encontrado en la investigación, la comunidad cumple roles de ambos grupos estratégicos: promotor y receptor. Así, la adaptación comunal está relacionada a la forma en que la comunidad se organiza, como colectividad, para responder a las exigencias del proyecto. El proceso de adaptación comunal se puede analizar entendiéndolo desde ambas posiciones, pues, al tratarse del mismo agente, sus funciones se hacen complementarias.

En principio, como vimos en el segundo capítulo, a través de Gobierno Comunal, la primera estrategia local es formular un sistema de normas y sanciones con el objetivo de regular y asegurar la participación de la población. De acuerdo a lo trabajado teóricamente en el concepto de salubridad, entendemos que el estándar propuesto por la intervención, tiene una función equivalente al concepto de “cuerpo político” de Scheper-Hughes y Lock (1987). Es decir que, la población deberá desarrollar estrategias que le permitan adaptar el estándar, que, al ser un sistema normativo en sí mismo, también deberá adaptarse ordenando la experiencia cotidiana local respecto a la limpieza, el orden y la higiene personal.

Del mismo modo, la comunidad se adapta aceptando a la JASS dentro de su esquema de organización comunal. La posición de la Junta en la comunidad es importante, porque a través de ella, la población se relaciona con la intervención como promotores del proceso. Además, es una instancia donde la junta de usuarios determina las normas de uso y mantenimiento a nivel familiar, el costo del servicio y la aceptación de nuevos usuarios.

Entonces, la población asume la existencia de un sistema normativo que, desde el Gobierno Comunal y la JASS, asegura la sostenibilidad de la intervención. Hallamos que la comunidad adopta una actitud positiva en respuesta a este sistema, al respecto observamos dos situaciones:

- La tesorera de JASS<sup>12</sup> nos explicó que la mayoría de la población cumple con las normas establecidas pues no tiene los medios para asumir las multas o sanciones que el incumplimiento de ellas suponen.
- Nos topamos con una faena organizada por la OMSABAR en la que observamos que la asistencia era masiva, hecho que era un indicio importante de la efectividad de la participación comunal.

Sin embargo, a pesar de los altos índices de cumplimiento respecto al sistema de normas y sanciones, encontramos una comunidad donde el mantenimiento de la salubridad es uno de sus mayores retos. Si bien la organización comunal asegura la participación de la población para eventos y hechos concretos, la salubridad comunal cotidiana no se ha logrado aún. Por lo observado en las visitas, podemos afirmar que no hay una preocupación constante por mantener la limpieza y orden en las calles. Un ejemplo de ello se puede ver en el descuido que presentan los tachos de basura, como se puede apreciar en la siguiente ilustración:

---

<sup>12</sup> Tesorera JASS 2012 - 2014



*Ilustración 16: Tachos de Basura a la entrada de Parpacalle*



*Fuente: Elaboración propia, 2013*

Ligado a esto, durante una conversación con la secretaria de JASS, ella menciona que antes la comunidad se organizaba para limpiar la vía pública, encargando a cada usuario una vez por semana, la limpieza y el orden del frontis de las viviendas. Esta es una tarea que, según los testimonios de los directivos de JASS, ha dejado de cumplirse por ausencia de la Junta en los últimos meses.

Entonces, hallamos que se desarrollan actividades en la comunidad para cumplir con los requerimientos de salubridad del esquema de Comunidad Saludable. No obstante, el desarrollo de estas actividades está supeditado a la

exigencia de las entidades relacionadas a la gestión, promoción y vigilancia; por lo cual, no podemos afirmar que la comunidad haya adaptado las tareas de salubridad comunal a sus actividades cotidianas.

El siguiente nivel para conocer los mecanismos de adaptación poblacional es el familiar. Encontramos que las familias deben adaptarse económicamente al desarrollo de la intervención pues las modificaciones para Vivienda Saludable no han sido subvencionadas por el gobierno. En este sentido, según el testimonio de la promotora social de Parpacalle<sup>13</sup>, cada familia tuvo un gasto aproximado de 400 soles con los que se cubrieron: construcción de nuevos ambientes, contratación de técnicos para el embarrado y decoración de muros.

Así, cada familia decidió el grado de esfuerzo que invertiría en sus viviendas, considerando los premios que podrían obtener si ganaban el concurso. Veremos más adelante que, un factor de diferenciación en la población en cuanto a este aspecto, fue la edad en las unidades domésticas. Pudimos constatar que, a pesar de estas diferencias, existía un porcentaje importante de la población que había adaptado sus viviendas de forma satisfactoria al estándar propuesto.

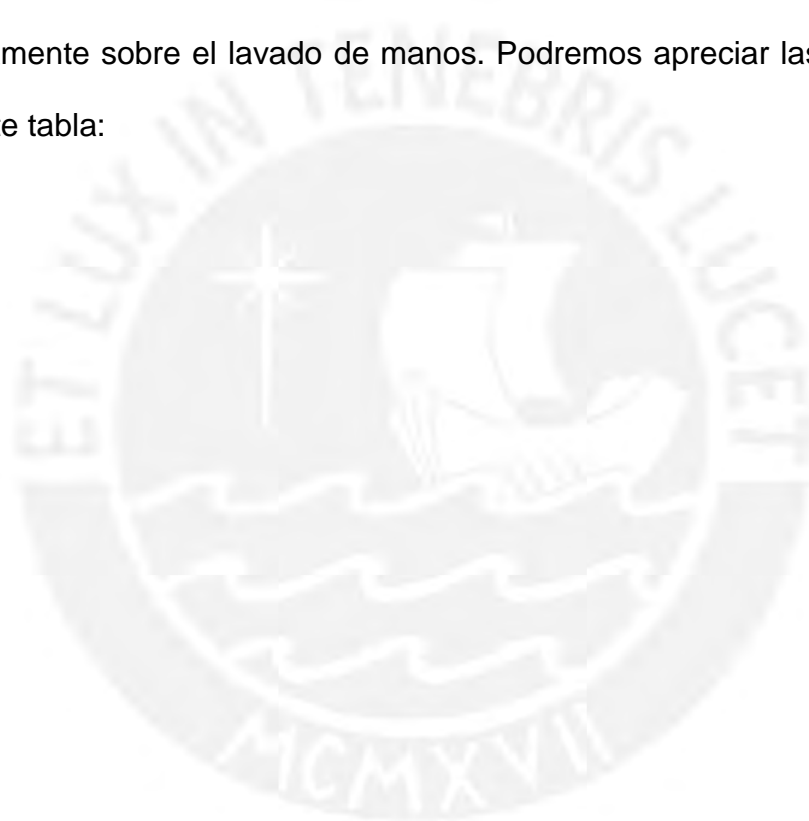
Por otro lado, las familias debían adaptar sus costumbres al modelo de comportamiento saludable que aceptaba la intervención. Para ello, debían armonizar sus actividades cotidianas con las exigencias del proyecto respecto a la

---

<sup>13</sup> Periodo 2007-2010

limpieza y al orden en sus hogares, así como a la higiene personal de los miembros de su familia.

Vimos que el discurso de la población, corresponde al estándar de salubridad que viene siendo aplicado en la comunidad. A partir de la realización de una encuesta<sup>14</sup>, se preguntó a la población sobre sus hábitos de higiene, específicamente sobre el lavado de manos. Podremos apreciar las respuestas en la siguiente tabla:



---

<sup>14</sup>Encuestas diseñadas en base al modelo de Visita Intradomiciliaria utilizado por OMSABAR. Se modificaron los componentes evaluadores del formato, y se consideró inapropiado realizar una verificación de las respuestas vertidas en el cuestionario.

Tabla 11: Resultados de Encuesta sobre Hábitos de Higiene

Sexo	Hábitos de Higiene						¿Qué utiliza para asearse?
	¿Cuántas veces se lavan las manos?	¿Después de hacer qué actividades?	¿Se lava las manos antes de preparar la comida?		¿Se lava las manos antes de comer?		
			Si	No	Si	No	
M	Todo el tiempo	Trabajar	1	0	1	0	Jabón
M	10 veces	Todo el tiempo	1	0	1	0	Jabón
M	3 a 4 veces	Trabajar	1	0	1	0	Ace / Ayudín
F	5 veces	Trabajar	1	0	1	0	Jaboncillo
F	10 a 15 veces	Baño / Cocina / Cambio de pañal	1	0	1	0	Jaboncillo
F	10 veces	Trabajar	1	0	1	0	Jabón
F	4 veces		0	1	0	1	Jabón / Ayudín
F	4 veces		0	1	0	1	Jabón
F	10 veces	Cambiar al bebé / Baño	1	0	1	0	Jabón
F	5 veces	Baño	1	0	1	0	Jabón / Detergente
F	Todo el tiempo	Trabajar	1	0	1	0	Jabón
F	10 a 15 veces	Cocinar / Comer / Servicios	1	0	1	0	Jabón
F	Todo el tiempo	Cocina	1	0	1	0	Ariel / Jabón
F	5 a 10 veces	Antes de comer fruta	1	0	1	0	Jabón
<b>Total</b>			<b>14</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	

Fuente: Elaboración Propia

Observamos que la totalidad de encuestados respondía afirmativamente respecto al lavado de manos antes de comer y antes de preparar la comida. Cuando aplicamos los cuestionarios, constatamos que la población se preocupaba por resolverlo correctamente, es decir, que correspondiera con el estándar de salubridad que se les había enseñado en la intervención. Creemos que esta reacción se debía a que, quienes, por lo general, aplicaban este tipo de cuestionarios era el personal municipal o el de JASS, reconocidos por la autoridad



para calificar positiva o negativamente los hábitos de la población en materia de salubridad. En este sentido, no pudimos verificar si la población practicaba efectivamente estos hábitos a los que hacía referencia, pero los resultados nos permitieron afirmar que la población había logrado adecuar su discurso, al estándar propuesto por la intervención.

Como podemos observar en la tabla, además, existía diversificación en las respuestas a las preguntas abiertas; encontramos que éstas variaban de acuerdo a la ocupación del encuestado. Los varones, por ejemplo, hacían referencia a que luego del trabajo debían lavarse las manos; y, por su parte, las mujeres se referían a sus ocupaciones domésticas. Sobre las veces que se lleva a cabo esta actividad en el día, la variación de respuestas fue aún mayor, pero pudimos ver que para todos era una actividad que realizaban constantemente.

A pesar de que la encuesta dio indicios del conocimiento local respecto al tema de la higiene, se utilizó el instrumento como un primer acercamiento a la comunidad. Dado que la información vertida en estos cuestionarios no se pudo corroborar, para efectos de la investigación, se registraron la mayor cantidad de datos a partir de observaciones en visitas realizadas a la comunidad. Las secciones que presentamos a continuación, muestran los factores familiares e individuales que, según lo que pudimos observar, tienen efectos sobre la adaptación del ejercicio cotidiano de la salubridad en la localidad.



## 2.1. Generación.

Encontramos que la variable Generación cumple un rol importante cuando la población se apropia de las propuestas de la intervención. En Parpacalle, se pudo observar cuatro grupos etarios: adultos mayores, adultos de mediana edad, jóvenes e infantes. El desarrollo de la intervención se enfocó a trabajar talleres con la población adulta, razón por la que la población infantil y juvenil se adaptaba, dependiendo en el ejercicio de salubridad de sus padres o de los adultos de su familia. Debido a eso, haremos referencia a los otros dos grupos poblacionales encontrados.

En la localidad de Parpacalle existe un grupo significativo de adultos mayores, entre los cuales podríamos diferenciar dos grupos: aquellos que aún tienen familia a su cargo y aquellos que viven solos o en pareja. De acuerdo a su situación particular, es que cada quien va adaptando la intervención a su vivienda y actividades cotidianas, como ya hemos mencionado. La promotora social de Parpacalle, señala:

*Los mayores eran los que tomaban más, casi no hay gente joven, porque la mayoría han salido, mayormente están los papás ya. Pero hay también jóvenes pocos había...En el tiempo que yo he estado, cuando fuimos era total...el trabajo ha sido bien duro, tenía que estar detrás de ellos, pero cambiaron, pero después de eso no sé cómo habrán continuado. Cuando yo he estado, ya estaban acostumbrados, ya viene, ya viene decían. Y cambiaron, ya encontraban cuando venía supervisor así, venía los días domingos así sin avisar y ya le encontró más o menos en regular calidad de vida, pero no así excelente, excelente no. (Promotora social de Parpacalle 2007-2010)*

Al parecer, una de las principales dificultades en el desarrollo de la intervención en Parpacalle estuvo relacionada a la alta incidencia de alcoholismo entre la población. Según el testimonio anterior, advertimos que quienes más problemas tuvieron para adaptarse a los cambios fueron los adultos mayores, en quienes la tasa de alcoholismo era más alto. De acuerdo a su experiencia, la entrevistada señalaba que existía un grupo poblacional importante de adultos mayores que había reducido sus niveles de alcoholismo, lo que había hecho posible que se logaran los cambios.

Durante la investigación, encontramos que si bien hubo un grupo de adultos mayores comprometido, aún había un segmento de esta población que no había logrado cambiar el contexto en el que vivían y sus hábitos de salubridad. Observamos también que, actualmente, los adultos mayores que tienen familia a su cargo, es decir los abuelos que contribuyen a la crianza de sus nietos<sup>15</sup>, ellos sí han adaptado el ejercicio del estándar de salubridad a sus actividades cotidianas. Por otro lado, encontramos parejas y personas solas en edades avanzadas que no tienen como principal preocupación para su vida, integrarse a los cambios realizados y al mantenimiento de ellos.

Tenemos como ejemplo, los casos de mujeres adultas mayores solas que no han podido completar las modificaciones de Saneamiento Básico y Vivienda Saludable. Por otro lado, en conversación con uno de los comuneros más antiguos, éste manifestó su incomodidad con las visitas constantes de OMSABAR

---

<sup>15</sup> Casos: Familia II y Familia de Presidenta de JASS.

a su hogar. Además, resaltó que el gobierno debería financiar las modificaciones de sus hogares, actualmente, el mantenimiento de los sistemas de agua y desagüe.

La anterior promotora social de la comunidad explica que, esta población se rehusaba a realizar los cambios en sus viviendas, pues creen que éstos eran responsabilidad de las autoridades municipales y no suya. Sin embargo, dado el cuerpo normativo que acompañó la intervención, varios de ellos tuvieron que realizar los cambios a pesar de que supusiera un mayor esfuerzo de su parte, a diferencia de la población de adultos de mediana edad. Actualmente, los mayores son quienes más inciden en el alcoholismo, un grupo poblacional que es visto tanto por los promotores como por el resto de la población, como problemático para la realización de cambios en la comunidad.

En contraste con ello, encontramos que hay un grueso sector de la población que muestra interés en los cambios que la intervención ha propuesto, sobretodo porque creen que es importante para mejorar el futuro de los niños que tienen a su cargo. En este grupo poblacional, entonces, encontramos adultos mayores con una carga de familia y adultos de mediana edad, entre los veinte y los cincuenta años. Varias de estas familias han tenido un rol activo en el proceso, como receptores y promotores de la intervención. Creemos que su participación constante se debió a que la intervención propusiera mejorar las cifras de salud que afectaban a la población infantil.

Las constantes visitas a la comunidad nos permiten afirmar que, el cuidado: salud e higiene de la población infantil, actualmente, es una de las prioridades de los adultos. Consideramos importante este hecho, ya que observando el aspecto de los niños y su comportamiento, podemos afirmar que aproximadamente 30%<sup>16</sup> de ellos no recibe un cuidado adecuado, esto lo vimos reflejado en su aspecto y en su desempeño en las actividades propuestas por el encargado de la escuela-biblioteca. Encontramos, en este espacio, en cambio, que el 70% de los niños de la comunidad tenía muchas ganas de participar de las actividades de la escuela, eran desinhibidos para interactuar entre ellos y con los adultos, lo que nos daría indicios del bajo índice de problemas de salud actualmente.

### 2.1. Género.

El género es una variable importante en el ejercicio de la salubridad, se halló que las actividades relacionadas a la limpieza y el orden en los hogares eran reconocidas por la población como ocupación propia de la mujer. Mencionamos, en el primer capítulo, que la ocupación de la población local tiene una clara diferenciación de género. Es común que los varones de la comunidad se enrolen en trabajos agrícolas fuera del hogar, sea de obra o de extracción; por su parte, las mujeres son quienes se responsabilizan de la alimentación de su familia y la

---

<sup>16</sup> Cifra calculada en función al total de niños (30) que asistía a la escuela-biblioteca durante las vacaciones escolares.

crianza de los niños. Por ello, la población femenina es quien debe adaptar el estándar de salubridad a sus rutinas diarias, sumándolo o cambiándolo.

De acuerdo a los casos que veremos a continuación, afirmamos que, si bien la intervención enseña un esquema de salubridad a la población, su aplicación no depende solamente del conocimiento que tiene de ella sino también de la situación particular en la que cada familia se encuentra para ponerlo en práctica. En el acercamiento que tuvimos a cinco familias locales, encontramos un caso particular que ejemplifica esta situación.

La familia III, conformada por el padre, la madre y cinco niños. Se trataba de un caso particular ya que ésta era una de las unidades domésticas más numerosas de la localidad, la cual, pudo ser observada en varias ocasiones. Ante la situación económica familiar, coincidentemente con la investigación, el varón se había ido a otra ciudad para trabajar temporalmente, por esa razón, la mujer había tenido que hacerse cargo del hogar, la comida y los niños.

*I: Usted ¿cuáles son las cosas que hace...en el día, se levanta y qué hace?*

*E: En la madrugada cuando levantamos, primero es levantar y lavar la mano, y...me he olvidado...claro siempre cuando levantamos a la madrugada, nos peinamos la cabeza, lavar la mano, la cabeza, los dientes y después ya sería hacer la cocina, hacer desayuno y después los niños también se levantan y preparan las cosas, ellos también hacen lo que tienen que hacer...*

*I: ¿Cómo le ayudan los niños?*

*E: Los niños se levantan y tienen que hacer sus aseos personales, después ayudar con algo, lavar los servicios...los mayorcitos más*



*que todo, los menores no. A veces ellos ayudan a hacer eso, y los demás cuidan al bebé. Entonces avanzo, poco a poco las cosas...*  
(Entrevista con Madre de Familia III)

Como se puede observar, los niños realizan sus actividades matutinas de aseo personal y luego deben ayudar a su madre en las tareas de limpieza del hogar.

En general, se ha observado que los niños de la comunidad asumen ocupaciones domésticas, pero, según lo que explica la entrevistada, en el caso de su familia, los niños tienen la obligación de ayudar porque ella no se abastece para realizar todas sus labores. La madre es la principal encargada del mantenimiento de la salubridad y la higiene de los miembros de su familia.

En el caso antes descrito, durante otra visita se observó que en ausencia de la madre, los niños no estaban preocupados por mantener su higiene personal o la limpieza del hogar:

*Los niños de la familia III se encontraban solos pues su madre había tenido que ir a San Salvador. Encontré que los niños mayores se hacían cargo de los tres más pequeños; observé que, en su condición de niños, de 12 y 10 años, no tenían como prioridad mantener el orden o la limpieza del hogar, y menos aún su higiene personal o la de sus hermanos. Quien requería mayor atención era el niño más pequeño, un niño de un año, de quien se hacía cargo su hermana de 10, mientras el hermano tostaba fideos como una forma de ayudar a su mamá...En un momento, la niña acomodó al más pequeño en el suelo para que éste se distrajera, sin percatarse de que él estaba cogiendo tierra (Notas de Observación, Cuaderno de Campo)*

Se hace evidente, ante esta situación, que los niños no tienen una conciencia relacionada con la salubridad. Probablemente, conocen sobre el uso de

los servicios y el lavado de manos, sin embargo, como cualquier otro niño estas dejan de ser tareas prioritarias si no hay un adulto que se las esté recordando.

A ello se puede añadir que, en conversación informal con la madre, ella mencionó una situación particular que le incomodaba referente a la intervención, ya que días antes, la promotora de OMSABAR había visitado su hogar mientras ella se encontraba fuera y, que a pesar de que no era responsabilidad de los niños, los había resondrado por el estado de su vivienda. Este es un punto importante, puesto que muestra que la conformación familiar influye en el orden e higiene de la unidad doméstica, lo que hace que, al ser sólo la madre quien se hace cargo, el tiempo le queda corto. Señaló que, no significaba que todo el tiempo su vivienda se encontrara descuidada sino que no siempre se podían realizar todas las tareas al mismo tiempo, así que, ante una visita sorpresiva, la promotora no debería haber evaluado su hogar, menos aún en su ausencia.

A comparación de otras madres de familia en la localidad, en este caso específico, la higiene familiar dependía enteramente del cuidado que ella brindaba a sus hijos; debido a la cantidad de niños y a la ausencia de su esposo, ella tenía más carga de trabajo que otras mujeres en la localidad.

Considerando que una de las aristas de la intervención se enfocó a mejorar el manejo de la salubridad en comunidad, familia e individuos, podría afirmarse que quienes se vincularon directamente con esta dimensión fueron las mujeres locales. Sin embargo, las mujeres entrevistadas manifestaron que, la existencia de

servicios les permitía realizar las tareas de limpieza continuamente. Así lo explicó una madre de familia:

*I: “¿Qué otras cosas han cambiado en tu familia con el saneamiento básico?”*

*E: “Es que antes...ahora como hay agua también, acá no se compra el agua también, puedes lavar a cada rato si quieres tu ropa, hacer tu higiene personal, tu higiene de tu casa, todos los días si quieres (Entrevista Madre de Familia I)*

Esto muestra que, actualmente, las familias tienen herramientas suficientes para realizar la limpieza de sus hogares e incluso para su higiene personal. A pesar de que las mujeres entrevistadas no señalaron una molestia porque sus actividades diarias hayan aumentado con las propuestas de la intervención, encontramos que, para ellas, hay una diferencia importante entre el antes y el después de la intervención, hecho que se aprecia en el siguiente fragmento de entrevista:

*I: ¿Algún cambio ha sido difícil para usted?*

*E: Lo que hacemos, embarramos, tierra conseguimos, paja. Las gentes no más no quieren para que trabajen, nosotros no más estamos haciendo...así pues.*

*I: En la casa ¿las cosas que antes hacía eran más fáciles?*

*E: Más fácil...ahora es más difícil, limpiando cada día, lavando. Si no viene mosca.*

*I: ¿Así es mejor?*

*E: Sí. Así es mejor.*

*I: ¿Qué beneficios les ha traído estos cambios, sobre todo a su familia?*

*E: Bien...claro, para que vivimos bien, sano, limpio. Ya no vivimos sucio. (Entrevista Madre de Familia V)*

Como se puede observar, la entrevistada reconoció un cambio importante en su vida y en su hogar, señalando que si bien se hacía un poco más complicado realizar las tareas relacionadas a la limpieza y el orden, pero que actualmente estaban mejor que antes. En la entrevista al padre de la misma familia, él señala:

*I: En general, ¿estos cambios les han traído otros beneficios? (en el trabajo, a su esposa en la casa...)*

*E: Claro, en los trabajos...si nos ha hecho cambio, en el trabajo, bastante trabajo tenía mi señora. Siempre ordenar la casa, el único la señora tiene que ordenar la casa y ese es su trabajo diariamente. Yo a veces voy a la chacra regreso tarde, temprano.*

*I: Y ahora ¿sería más el trabajo de su esposa?*

*E: Más fácil ya, no es mucho. (Entrevista a Padre de Familia V)*

Según la aplicación de encuestas, pudimos corroborar que resulta común escuchar a los varones señalando que, son sus esposas quienes se encargan de las labores relacionadas a la salubridad en sus hogares, como se ve con el entrevistado en la anterior cita.

Podemos afirmar entonces, que la falta de limpieza y orden en las viviendas locales no se debe al desconocimiento sobre la importancia de la salubridad, sino a las múltiples responsabilidades que deben cumplir las mujeres a diario. Todo ello tiene que ver con que ellas suelen tener otras obligaciones que cumplir, como la producción agrícola, crianza de animales y demás actividades para contribuir a la

economía de su hogar, además de la responsabilidad que implica preparar los alimentos y ocuparse de los niños.

Por otro lado, es importante señalar que la intervención plantea la necesidad de que los agentes de gestión, promoción y vigilancia realicen periódicamente un seguimiento del proceso en cada domicilio. De esta manera, se planteó el modelo de Visitas Intradomiciliarias, en las que los promotores, valiéndose de una Guía de visita formulada por el Ministerio de Salud, evalúan el cumplimiento del estándar de salubridad en las familias locales. Al inicio, estas visitas se realizaban dos veces por semana, cuando estábamos en San Salvador el personal de OMSABAR mostró intención en retomar este mecanismo. Como pudimos observar, la suciedad suele ser una eventualidad en los hogares locales, y el problema con las visitas sorpresa es que genera incomodidad en las mujeres, quienes asumen la responsabilidad total al respecto.

Por otro lado, se pudo ver que, como variable, el género se ha trabajado como un eje en los talleres, promoviendo cambios sobre la forma en que se valoraba a la mujer en la localidad, sobre ello conversamos con la madre de la familia IV, quien expresó:

*Antes también siempre ha habido marginación, siempre así a las mujeres. Que yo a pesar si he vivido, mi papá ha sido así, a veces siempre valoraba a sus hijos, porque los varones que pueden ser algo pero que en las mujeres no pues, ahora no, acá ya no hay esa marginación, ha cambiado bastante como la ley también está cambiando. Varón, mujer igual. Y también, como para eso, ahora estamos trabajando más mujeres, porque más mujeres también tenemos capacidad más o me...un poco bajo los varones. Eso es*



*pues, capacidad en todo ¿no cierto? En capacidad en todo así hemos cambiado nosotros (Madre Familia IV)*

Los cambios en materia de género, a los que se refiere la entrevistada, según observamos, son ejemplificados con el rol que cumplen las mujeres en las organizaciones locales como JASS, JUNTOS, Vaso de Leche y la Asociación de Crianza de Cuyes. En la única organización que no encontramos presencia femenina fue en la Directiva Comunal.

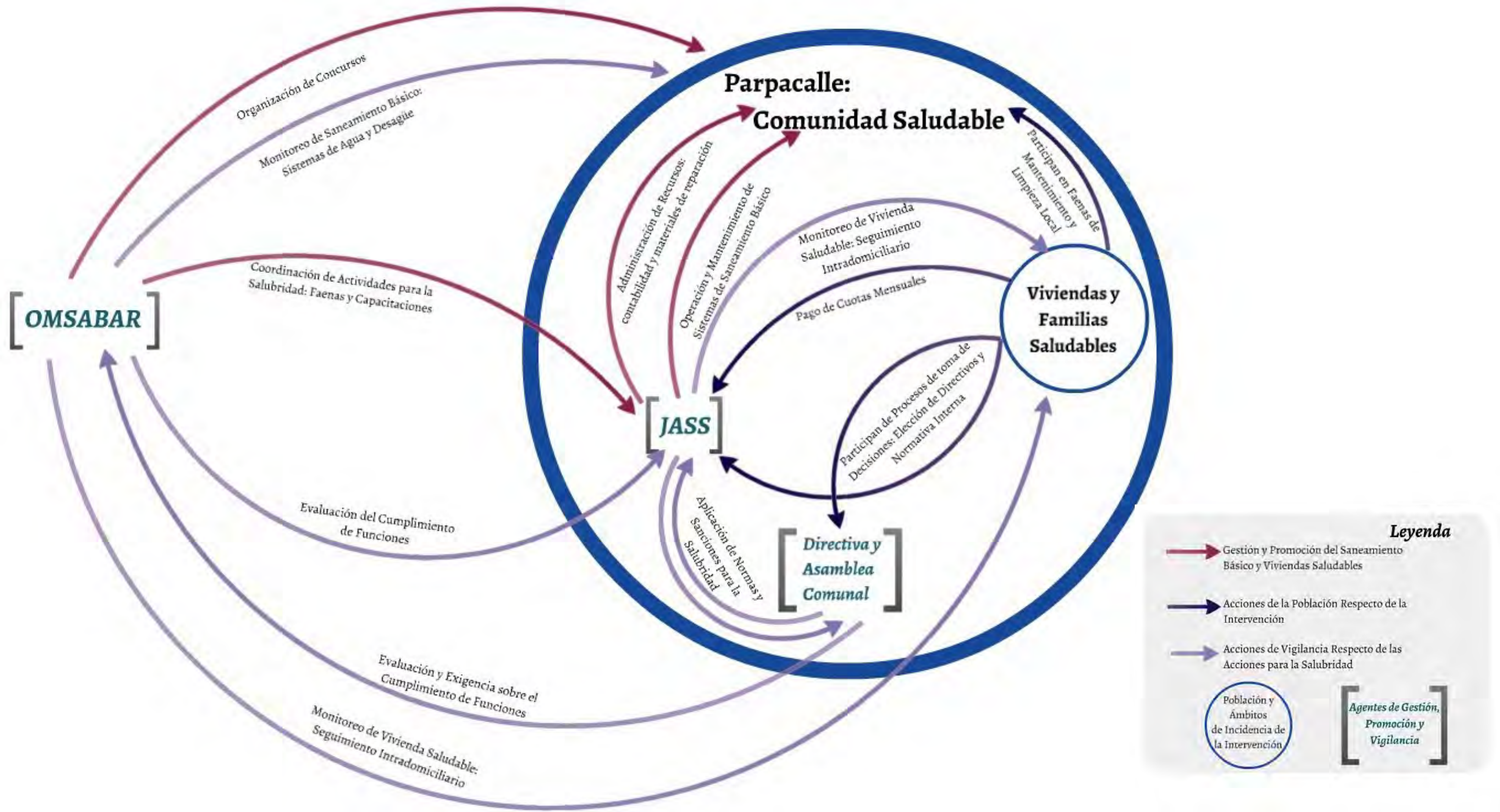
La adaptación poblacional a la intervención, en este caso, tiene dos aristas: la primera, tiene que ver con que son las mujeres quienes en mayor medida, deben asumir las tareas de salubridad a nivel familiar e individual. La segunda, es el cambio en la posición de la mujer en la localidad, cuya capacidad de participación es reconocida tanto por ellas mismas como por los varones.

### **3. Arena Política: Estrategias de Interacción entre los Involucrados.**

Tanto en el anterior capítulo como en este, hemos analizado la trayectoria y las diversas estrategias de los involucrados respecto a la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. Según el grado de poder e interés, la interacción es determinada por las estrategias que utilizan los Agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia y los Receptores.

El siguiente diagrama de flujo ilustra los principales momentos de interacción entre los agentes involucrados. Como se observa en la leyenda adjunta, diferenciamos tres tipos de acciones:

Diagrama 1: La intervención como Arena Política



Fuente: Elaboración Propia

Entendemos el concepto de “estrategia” como la manera en que se ponen en práctica o se ejercitan las propuestas de la intervención. Observamos que existen estrategias de Gestión y Promoción, de Vigilancia y de Participación Local, habiéndose establecido canales de interacción de acuerdo a lo trabajado en las secciones dedicadas a cada agente.

El primer tipo de estrategia es la que se refiere a la Gestión y Promoción de la intervención realizada por OMSABAR y JASS. A nivel municipal, se tiene como objetivo principal, la coordinación de acciones para la salubridad y organización de eventos de promoción, como capacitaciones y concursos. Las actividades se coordinan con la JASS, generando espacios para la participación de la población a través de faenas para el mantenimiento de la limpieza comunal y los sistemas de agua y desagüe. A nivel local, la JASS se encarga permanentemente de la operación y mantenimiento de los sistemas de agua y desagüe, y de la administración de recursos de los usuarios del agua: cuotas mensuales y materiales de refacción.

Encontramos al respecto de estas acciones, que no existe mayor conflicto, la población local reconoce estas prácticas como tareas comunes asociadas a estas entidades. En interacción con estas actividades, observamos una población activa en lo que se refiere a su participación. Como mencionamos anteriormente, pudimos participar de una faena donde todos los comuneros habían asistido. Adicionalmente a esto, la tesorera de JASS mencionó en su entrevista que la



mayoría de familias cancelaba sus cuotas mensuales de agua con mucha antelación, y que era muy raro que se tuviera que aplicar las multas y sanciones estipuladas en caso de incumplimiento.

El siguiente grupo de estrategias son las vinculadas al rol de vigilancia de las entidades ya mencionadas. Hallamos que la intervención, tanto antes, durante, como después de su aplicación, tiene un componente de vigilancia, de control, respecto de las actividades relacionadas a la salubridad, ejercicio y mantenimiento.

La OMSABAR se preocupa principalmente de monitorear el proceso en dos niveles: comunal y familiar. En una visión comunal, se encarga de verificar el uso y operación adecuados del sistema de agua, sobre todo la cloración y cuidado de sus instalaciones. Vimos que este nivel de monitoreo, no supone problemas para la Comunidad pues la JASS ha logrado mantenerse al día con estas actividades; en la faena se pudo constatar que, a diferencia del sistema de agua en otras comunidades, las instalaciones de agua en Parpacalle se encontraban en buen estado.

La vigilancia a nivel familiar, a diferencia del anterior caso, es uno de los principales retos de los promotores sociales desde que comenzó la intervención. En la primera etapa, el seguimiento, como lo llaman los involucrados, se tuvo que acompañar el cambio de hábitos de limpieza, orden e higiene. La Promotora Social de Parpacalle durante la intervención, menciona:

*I: ¿Del tiempo que tú has estado te sentías bien trabajando ahí?*

*E: Era un dolor de cabeza, en algunas casas cuando yo no veía avance tenía que hacer yo misma, más que todo de las viudas, porque quería lograr, porque me decían que tanto tiempo. La preocupación era más con Huancapata (Huanca) y Parpacalle, la primera avanzaba pues porque más que nada eran jóvenes, y yo me demoraba pues, tenía que suplicar todavía a la gente. Sólo tenía cuatro meses durante, los que son los baños y bateas eran cuatro meses, y otros cuatro meses era el embarrado de las casas y el seguimiento, cuatro meses a cuatro meses era.*

*I: ¿Recuerdas alguna anécdota?*

*E: Sí, un señor pues, entré y me carajeó a su regalada gana. Que esto, que aquello, que tú no me puedes obligar, que yo no voy a hacer. Y estaba tomadito y yo no me di cuenta. Y yo le decía pero no es para mí es para el bien de ustedes, le decía...a mí qué me importa...esas cosas sí había. Sólo me ha pasado esa vez, porque no quería hacer el señor, se ha puesto terco y terco. Como los dos tomaban también, su esposa y él, la comunidad ya le obligó, le dijeron que te vamos a cortar el agua, pusieron esas sanciones ahí recién pero hizo de cualquier manera...ni siquiera ha llegado a hacer su fogón. (Entrevista Promotora Social de Parpacalle 2007 -2010)*

De acuerdo a lo vertido en esta entrevista, podemos afirmar que había un gran reto de los agentes de gestión, promoción y vigilancia por acompañar a cada familia en el proceso de cambio de hábitos que exigía la intervención. En algunos casos, menciona la entrevistada, ella misma tenía que realizar estas tareas en las viviendas para lograr el objetivo trazado. En casos excepcionales, como el que relata, algunos se opusieron al cambio, el conflicto con las personas mayores, según su testimonio, era constante por dos razones: no estaban dispuestos a invertir en las modificaciones y porque el índice de alcoholismo entre ellos era mayor.



Como observamos en el diagrama, la JASS también realiza actividades de seguimiento. Encontramos, al igual que en el caso anterior, que había desacuerdo de la población por llevar a cabo las tareas que proponía la intervención para el mantenimiento de la salubridad. El ex presidente de JASS relata:

*E: Yo arreaba a los usuarios, yo mismo barría sus casas, arreglaba, como estamos recibiendo capacitación...así era el trabajo, sino qué va a cambiar, por eso tiene que estar uno que se preocupa, tiene que ser un líder de JASS. Ahora yo no veo así, está todo botado, los basureros, todo está así. [...]*

*I: ¿Cómo reaccionaba la gente?*

*E: Esa fecha pues se ponen tercos, claro, cómo se van a dejar así no más. No. A mirarme estás viniendo, a criticarme estás viniendo, así te dicen. Como estuviera incapacitado, pero ahora recién se igualan ellos mismos. (Entrevista Presidente de JASS 2007-2010)*

Observamos que al inicio hubo cierto recelo de la población a que los promotores visitaran sus hogares para criticar sus hábitos de limpieza. El entrevistado señaló que, al inicio, igual que la promotora social, él mismo tenía que realizar las actividades de limpieza en las viviendas donde no se cumplía con el estándar de salubridad.

El diseño de la iniciativa de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables tiene entre sus componentes principales la formación de agentes que se encarguen de promocionar y monitorear los cambios propuestos. A este respecto, esta entrevista pone sobre el tapete una creencia común entre los agentes de gestión, promoción y vigilancia, sin los promotores no hay cambio o el cambio no es sostenible:

*Ya estamos casi 100%, el arreglo de las casas, todavía no estamos, siempre hay personas caprichosas que no obedecen. Será un 2% así.*

*Pero siempre y cuando...con esta gestión, claro con esta gestión un poco se ha olvidado el saneamiento. Seguro no habrá presupuesto, no sé. Siempre tiene que haber seguimiento. Para eso se ha hecho taller cada mes, entonces ya no se necesitaba ni promotor así, para hacer seguimiento. Tenían que hacer seguimiento los directivos de JASS. Pero ahora no, por ahí está un poco que quiere regresar (Entrevista con Presidente de JASS 2004-2007)*

Esta afirmación también se notó en conversaciones con la encargada actual de la OMSABAR, quien señala que la ausencia de la Oficina ha significado un retraso para el ejercicio de la salubridad en las comunidades. Se sostiene que, sin el seguimiento, la población por sí sola no suele ocuparse de este tema.

Bajo esta premisa, podemos afirmar que hasta la actualidad se generan conflictos entre la población y los agentes de promoción, esto debido a que, una vez culminada la intervención, estos agentes no confían en que la población realice estas actividades sin la necesidad de que se les “arree”. Si bien actualmente se ha descontinuado el seguimiento intradomiciliario, observamos en el discurso de la OMSABAR que retomarlo es una prioridad. No pudimos reconocer que, se piense en el seguimiento como un componente temporal; al contrario, se ha convencido a la población de que efectivamente se trata de una arista cuya continuidad es inevitable<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Ver sección 3 del Capítulo IV: El Seguimiento y los Límites de la Privacidad (Pág. 172)

Un esquema importante dentro de la vigilancia local es el sistema de normas y sanciones monitoreado y aplicado por la Directiva Comunal y la JASS. Se trata de un mecanismo diseñado para ordenar la experiencia local respecto a salubridad. En la lógica del “cuerpo” introducida por Scheper-Hughes y Lock (1987), este esquema cumple la función del cuerpo político, pues como mencionamos en el marco teórico, refuerza el mantenimiento del estándar de salubridad. Se reconocen formas correctas e incorrectas de ejercer la limpieza y el orden en los hogares, como menciona Mary Douglas (1970), las personas se obligan entre sí a moderar sus acciones, en este caso específico se formulan y aplican sanciones para aquellos que no cumplan con mantener sus hogares y familias dentro de lo que estipula el estándar.

Por último, hay estrategias de evaluación y exigencia para el cumplimiento de las funciones propias de cada agente de gestión, promoción y vigilancia. En este sentido, la OMSABAR cumple un rol vigilante frente a la JASS pues periódicamente revisa el manejo de sus materiales de gestión y, de operación del sistema de agua para asegurarse que sus funciones estén siendo realizadas correctamente. Por otro lado, encontramos una figura importante para la vigilancia general de la intervención, la población, representada por su Directiva Comunal, quien tiene la potestad de evaluar y exigir el cumplimiento de funciones a agentes externos, en este caso a OMSABAR. Dado que la población es quien solicita a la Municipalidad el desarrollo de la intervención, está en su poder seguir en el

proceso o dejarlo; razón por la que la Oficina debe responder a las exigencias locales para asegurar el cumplimiento de sus objetivos.

Para terminar, encontramos que para las estrategias de la población en interacción con las otras entidades, es muy importante el grado de interés y participación que asumen como responsabilidad. Los indicadores de participación en Parpacalle son altos, pudimos observar una asamblea comunal y una faena, donde la asistencia era casi total. En tal sentido, consideramos que hay acciones concretas que la población lleva a cabo respecto a saneamiento: participación en faenas y asambleas, y pago de cuotas mensuales. Para todos los casos se encontró que hay una respuesta masiva de parte de la población, sin mayores dificultades ni conflictos.

Como vimos en párrafos anteriores, sin embargo, en lo que respecta a la interacción de la población en la dimensión de vigilancia sí se han encontrado disputas. La población señala que, en varias ocasiones, este mecanismo se ha llevado a cabo en momentos inoportunos para ellos, donde la limpieza y el orden estaban descuidados por razones ajenas a su voluntad. Además, si bien se acepta la autoridad de OMSABAR para emitir juicios, la cercanía de la JASS a la población tiene como resultado que se cuestionen sus criterios de evaluación, de igual manera que sus propias prácticas familiares de salubridad.

#### **4. Conclusiones.**

En Parpacalle el desarrollo de la intervención se llevó a cabo con el compromiso de la comunidad de cubrir la cuota de trabajo en obra que exigía la instalación de servicios. Encontramos una comunidad que es considerada un ejemplo en lo que respecta a la intervención, lo que se debe al logro de cierta sostenibilidad por parte de los mecanismos de control y vigilancia que la Directiva aplica.

Sin embargo, sobre las características de la población, tema trabajado en capítulos anteriores, es importante resaltar la división de género en la ocupación cotidiana. Es común que los varones migren temporalmente a otras zonas para trabajar, y son las mujeres quienes se hacen cargo del trabajo doméstico, crianza de los niños y, recientemente, de actividades económicas relacionadas al comercio gastronómico y de abarrotes. Por la diferenciación de género en este campo, son las mujeres quienes asumen directamente las responsabilidades alrededor de la salubridad a nivel familiar.

Afirmamos que la ocupación cotidiana de cada individuo o familia se adapta a las exigencias de la intervención. Entendiendo una familia como equivalente a una unidad doméstica, encontramos cuatro tipos de familias en Parpacalle, de tal forma que cada una tiene una adaptación distinta de acuerdo con sus características particulares. Asimismo, como grupo estratégico, cada familia conjuga interés y poder para determinar sus estrategias frente a la intervención.



El poder de la población, en todos los casos, tiene que ver con su interés en participar o dejar de hacerlo. Aunque de forma regulada, la población tiene la potestad de decidir ser parte de la intervención, lo que le otorga agencia. Por ello, consideramos que no se trata de una población “beneficiaria”, es receptora en tanto su aprendizaje dependa de sus particularidades.

Se ha visto que la población asume roles de ambos grupos estratégicos, promotores y receptores. Como colectividad se organiza para responder a las exigencias de la intervención con un sistema de normas y sanciones que regulan la participación de la población. Se trata de un “cuerpo político”, un mecanismo normativo que busca ordenar la experiencia local respecto a la salubridad. En la misma línea, la comunidad reconoce a la JASS como una organización importante en la dimensión política local. A través de ella, la población define las obligaciones y acepta nuevos usuarios.

Según el testimonio local, la normativa es asumida por la población de manera positiva, razón por la que no se han dado muchas situaciones en las que se haya tenido que aplicar las sanciones. Aun así, el mantenimiento de la salubridad a nivel comunal está supeditado a las acciones y exigencias de los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia. La ausencia de la Junta tuvo efectos sobre el trabajo colectivo para mantener la limpieza y orden del espacio público, hecho que no se llega a cumplir.

A nivel familiar, encontramos que la población se adaptó a la intervención desde varias dimensiones. En principio, tuvieron que adaptar su economía al desarrollo de la intervención pues la etapa de Vivienda Saludable no fue subvencionada por el gobierno. En este sentido, hubo familias que invirtieron más que otras, encontrando en los concursos una forma de recuperar su inversión; la mayoría de familias logró los objetivos.

Por otro lado, las familias deben adaptar sus hábitos y costumbres en función al estándar de salubridad propuesto. A nivel discursivo, la población demuestra que ha logrado adaptar este modelo en sus hogares. Encontramos una preocupación constante en los encuestados por responder correctamente el cuestionario aplicado para la investigación, debido a que suelen ser preguntas realizadas por agentes con autoridad para calificar su aprendizaje.

El tiempo de investigación no hizo posible corroborar el ejercicio de la salubridad, más allá del discurso. Sin embargo, pudimos identificar indicadores de género y generación, que son factores clave al momento de adaptar la propuesta al ejercicio cotidiano de salubridad en la localidad.

Hallamos que, el género determina a la población femenina como principal responsable de la limpieza y orden en los hogares. Una vez terminada la etapa de implementación de la intervención, son las mujeres quienes se hacen cargo de adaptar el estándar de salubridad a sus actividades cotidianas. Afirmamos que la aplicación del mismo, no sólo se relaciona con el aprendizaje que han tenido al

respecto sino que al ponerlo en práctica, se suma a las variadas ocupaciones femeninas, lo que puede afectar su aplicación cotidiana.

Concluimos en que, la responsabilidad sobre la salubridad en los hogares y la higiene de los miembros de una familia recaen en la madre. A pesar de los constantes talleres para promover este sentido de responsabilidad en cada individuo, el esquema tradicional de ocupación tiene efecto pues sólo las madres se hacen cargo de este tema, más no los padres ni los niños. Por esta razón, la conformación familiar es un punto de inflexión por el que la experiencia de cada madre es distinta.

A pesar de la fuerte carga en las actividades cotidianas femeninas, ellas afirman que la intervención les ha entregado un recurso muy importante: el agua. La oferta de servicios existente en la actualidad, facilita la limpieza y el orden en sus hogares. Es común que hagan referencia a los problemas que esta sobrecarga en sus labores les genera, sin embargo, afirman que el cambio ha sido positivo.

En la dimensión de género, como comunidad, luego de la intervención la población ha adaptado nuevos esquemas de pensamiento respecto a las diferencias de género y a las capacidades femeninas. Un hecho importante de ello, es la conformación de JASS, donde pudimos observar que mayoritariamente son mujeres. Además, las ocupaciones femeninas se han diversificado, mostrando mayor empoderamiento y emprendimiento para las mujeres.

Por otro lado, la dimensión del seguimiento es uno de los principales componentes de la propuesta al que la población se ha tenido que adaptar. A pesar de que genera incomodidad, tanto los agentes promotores como receptores, señalan que se trata de una dimensión necesaria para la sostenibilidad del cambio.

Respecto a la generación, pudimos observar que es una variable determinante en la adaptación familiar e individual a la intervención. Existe en Parpacalle una cantidad importante de adultos mayores, que viven solos o en pareja. Desde la implementación se reconoce que, esta es la población que mayores problemas ha tenido para adaptar su cotidianeidad al desarrollo de la intervención. Ligado a ello, por un lado, estuvo el poco interés de esta población en participar; por otro lado, los índices de alcoholismo eran mayores en este grupo etario.

Afirmamos, sin embargo, que la adaptación en este punto también está ligada a la conformación familiar del individuo. Diferenciamos adultos mayores con familia a cargo, quienes sí han logrado adaptarse a los cambios, a diferencia de adultos mayores solos, quienes por su edad, interés y fuerza de trabajo no se involucran con el cambio. Hasta el momento de la investigación se pudo observar personas que no habían logrado aplicar los cambios en sus viviendas.

A comparación de ellos, el grueso de la población de edades entre 20 y 50 años, encuentran en la intervención una forma de ofrecer un mejor futuro a sus

hijos. En varios casos se trata de familias que han cumplido, en algún momento, un rol importante como promotores. Así, parece que desde el inicio hubo interés por mejorar las cifras de salud que tienen mayor incidencia en los niños. Afirmamos que el cuidado de los niños se posiciona como prioritario, pues se han encontrado muy pocos niños cuyo cuidado se ve afectado por la dejadez de sus padres.

Los momentos de interacción entre los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia y los Receptores se pueden clasificar en tres tipos.

**Gestión y Promoción:** Comúnmente aplicadas por OMSABAR y JASS, quienes generan canales de coordinación para determinar acciones para la salubridad y organizar eventos particulares, para operación y mantenimiento del sistema de agua. Como promotores, suelen organizar faenas, capacitaciones o reuniones donde se trabaja el tema de salubridad con la población. Es una dimensión de la interacción que no generó mayores conflictos pues, una vez que la comunidad acepta la intervención, está de acuerdo en que estos actores se encarguen de gestionar y promover los procesos alrededor de ella.

**Vigilancia:** Para el momento en el que se llevó a cabo la investigación, encontramos estrategias de vigilancia en mayor énfasis que el resto del año. Desde la OMSABAR se hace monitoreo de la intervención a nivel comunal y familiar. A nivel comunal se hace revisión constante del nivel de cloración del agua, uso y operación del sistema de agua. En las familias, OMSABAR y JASS



realizan seguimiento intradomiciliario, se ocupan de evaluar la limpieza, el orden y la higiene personal, con el objetivo de acompañar y asegurar la transformación de hábitos que propone la intervención.

Se trata de un espacio de interacción en constante negociación, el poder de estas entidades para emitir juicios respecto del ejercicio familiar de la salubridad suele generar incomodidades en la población. Asimismo, por las particularidades familiares, el trabajo de los promotores fue aún más difícil que a nivel comunal, varios refirieron que ellos mismos tuvieron que mostrar cómo se debía limpiar y ordenar para que la población aprendiera.

Este proceso ha devenido en una creencia común entre los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia, pues en los tres niveles, se considera que sin seguimiento se desvanecen los logros de la intervención en lo que respecta al mantenimiento de la infraestructura y de la conducta. Observamos que se trata de un componente de carácter permanente, que se asume como necesario y que funciona de la mano con el cuerpo de normas y sanciones.

Por otro lado, la vigilancia se ejerce desde la OMSABAR hacia la JASS para verificar el cumplimiento de sus funciones. Al mismo tiempo, es la Directiva Comunal quien tendrá entre sus preocupaciones el desarrollo de las actividades de las anteriores entidades mencionadas, dado que, como representante de la comunidad es quien debe velar porque se siga tomando en cuenta a Parpacalle

**Participación Local:** Encontramos que en respuesta a las estrategias de gestión y promoción, la población ha logrado un alto índice de participación, por lo que se cumple masivamente con asambleas, faenas y cuotas mensuales del servicio de agua. En este sentido, esta dimensión no supuso mayores problemas pues el interés de la población por el proceso permitió que se responsabilizaran e involucraran con el desarrollo de las actividades relacionadas a la intervención.

Por otro lado, respecto a la dimensión de Vigilancia, encontramos que se han dado disputas entre agentes promotores y receptores. Principalmente, porque en muchos momentos las visitas intradomiciliarias eran sorprendidas, lo que no mostraba el mejor estado de salubridad en las familias y viviendas que se evaluaba. A ello se suma el hecho de que, se reconoce un grado importante de poder de la OMSABAR para emitir juicios sobre el ejercicio de la salubridad. Al mismo tiempo, se cuestiona el criterio de la JASS para evaluar las viviendas, pues se trata de personas que se encuentran en la misma condición.

## V. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA SALUBRIDAD Y LA EXPERIENCIA DE VIDA A NIVEL COMUNAL, FAMILIAR E INDIVIDUAL

En capítulos anteriores nos hemos ocupado de presentar a los agentes involucrados en la intervención, analizar sus estrategias respecto a salubridad y la interacción entre sí. Así, el presente capítulo se encarga de examinar y poner en evidencia la transformación social generada por la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en Parpacalle. Tiene como principal objetivo responder a la tercera y última pregunta específica de la investigación: *¿De qué manera la Intervención ha influenciado en la transformación social respecto a salubridad y la experiencia de vida a nivel comunal, familiar e individual?*

Para ello, el capítulo se divide en tres secciones. La primera, analiza las nociones que la población maneja sobre conceptos como Comunidad y Vivienda Saludables, y examina si Parpacalle ha logrado los objetivos de la intervención en este campo. La siguiente sección, explora en qué dimensiones se ha transformado la vida local en la comunidad. Así, desde el punto de vista de la población, encontramos tres esferas de cambio: calidad de vida en la actualidad, potencial de la comunidad como atractivo turístico, y reducción del alcoholismo.

Para terminar, dado que se ha constatado que la dimensión de seguimiento es un componente importante y permanente en la intervención y después de ella, encontramos que existen cambios en la percepción del espacio doméstico y el límite entre lo público y lo privado.

### 1. La Salubridad en la Actualidad

*Antes no existía Saneamiento...ni Vivienda Saludable. Era así normal. Ahora pues, más mejor, antes no es bueno (Padre Familia IV)*

En los testimonios recogidos en Parpacalle durante la intervención, se hace evidente, como en la cita anterior, que hubo un cambio sustancial en la vida local. Tanto la aplicación de Saneamiento Básico Ambiental, como la de Viviendas Saludables, son consideradas como hitos importantes en la historia actual de la comunidad.

Para comenzar, debemos conocer el esquema de salubridad local, es decir el estándar que la intervención buscó instaurar con el objetivo de reducir los efectos de la falta de salubridad en la salud local. Luego de un estudio de base,

*Los principales problemas hallados fueron: el hacinamiento de las viviendas rurales de San Salvador, sin mucho orden ni limpieza, donde la cocina, el comedor, el dormitorio y animales domésticos menores ocupaban un solo ambiente; la presencia de humo generado por el fogón tradicional a nivel del piso, sin una ventilación e iluminación adecuados, que ocasiona infecciones respiratorias y también enfermedades diarreicas y parasitarias, especialmente para la población infantil” (Municipalidad Distrital de San Salvador 2010: 21)*

Para ello, se planteó un esquema de comportamiento y pensamiento a través del cual se organizaría la experiencia de vida de una población. Según Douglas (1970), desde tiempos remotos, las sociedades antiguas utilizaron nociones de pureza y suciedad para regular la práctica de limpieza, higiene y orden. En el caso de San Salvador, un espacio saludable, puro, se evalúa bajo tres criterios:

- Uso de agua clorada
- Disposición adecuada de residuos
- Orden y Limpieza en cada vivienda

Se trata de directrices que deben ser ejecutadas y concebidas adecuadamente por la población, de tal forma que comunidad, vivienda y familias sean reconocidas como “saludables”. Por ello, la presente sección busca conocer las nociones de la población respecto a conceptos como comunidad y vivienda saludables. Posteriormente, analizaremos el rol de estas nociones dentro del concepto que la población tiene sobre su comunidad actualmente.



### 1.1. Nociones sobre Comunidad y Vivienda Saludable

*Antes vivíamos, esta comunidad era totalmente olvidado y conocido, total. Mucha desnutrición infantil había bastante y ahora, cuando hemos tenido un participación en el presupuesto participativo, hemos ganado unos puntajes y logramos ese proyecto que es sistema de agua potable. Y, con eso, ya nos hemos capacitado y, después, hemos entrado a vivienda saludable. Todo con las charlas hemos arreglado nuestras casas, con las capacitaciones todo eso (Padre Familia V)*

Como podemos apreciar en la cita al inicio de esta sección, el desarrollo de la intervención tuvo dos aristas: Saneamiento Básico Ambiental y Vivienda Saludable. Según el testimonio del entrevistado, los cambios se han realizado basándose en las herramientas aprendidas en los talleres proporcionados a la población. Se afirma también, que el componente pedagógico de la intervención fue un proceso clave para la misma, pues la población aprendió sobre salubridad y pudo ir adecuando sus casas y familias al modelo estándar propuesto.

Actualmente, de acuerdo a lo que observamos, el componente pedagógico tiene efectos sobre las nociones de la población en torno a los conceptos de Comunidad y Vivienda Saludable. Así, en su discurso encontramos que, para ellos “Comunidad Saludable” se refiere a un espacio que se mantiene limpio, que se ve bien y cuyas Viviendas se encuentran cuidadas, adornadas, limpias y ordenadas, lo que se refleja en los siguientes fragmentos de entrevista:

*...comunidad saludable, sería tener completamente nuestro fogón mejorado, nuestro microrelleno, siempre mantener limpio tanto las calles así como las viviendas (Secretaria de JASS 2012-2014)*

*...bien, vivir bonito, vivir bien. Podemos recibir otras gentes, podemos hacer más cosas para vivir bien (Presidenta de JASS 2012-2014)*

Si bien se señala la infraestructura como característica de una Comunidad Saludable, se evidencia un componente en este discurso que muestra la apropiación local del modelo de salubridad: “vivir bonito”. Entonces, se afirma que la comunidad es saludable en tanto se vea bien, y que su atractivo visual le permita recibir visitantes y diversificar el campo laboral local.

Luego, al hacer una comparación entre la comunidad de antes y la de ahora, hallamos varias personas que relacionan las características de vivienda saludable como constitutivas de una comunidad saludable. Se trata, entonces, de conceptos cuya definición se encuentra en relación constante pues, comúnmente, la población explica que el estado de las viviendas es esencial para que la comunidad sea saludable.

Respecto a los tres elementos que consideramos constitutivos del modelo estándar, encontramos que la población señala que el uso de agua clorada es una transformación importante para la salubridad local, explicando que antiguamente se consumía agua de zanjas ubicadas en las calles:

*...hasta el agua se tomaba de la zanja que no estaba bien, se tomaba sucia. Pero a lo que está hoy en día ha mejorado bastante (Tesorera JASS 2012-2014)*

*Para nosotros, como te digo, yo he vivido acá desde niña, entonces antes yo en realidad vivía con mi papá, con mi mamá [...] y antes, como dicen, nosotros no tomábamos agua clorada, tomábamos de zanjas y también así vivíamos en una casa, todos sus hijos sus camas juntos así (Madre Familia IV )*

Podemos observar además, que el ordenamiento en el esquema de la vivienda es importante. Notamos la importancia que actualmente ellos le dan a que adultos y niños ya no compartan una cama, de tal forma que el esquema de descanso ha cambiado. Mencionan que en la cocina, se concentraban todas las actividades cotidianas familiares: “Ahí se cocinaba, ahí se dormía y ahí también se criaba a los animales [...] Antes se vivía en desorden, en las casas se vivía con los animales, con los cuyes, con las gallinas, era el pueblo...desorden” (Tesorera JASS 2012-2014)

Hoy por hoy, se cree que el esquema antiguo de vivienda no era correcto, constantemente la población explica que éste ha mejorado. Señalan que la comunidad se ha ordenado, tanto a nivel individual, familiar como colectivo.

Según el discurso local, se han realizado cambios que han mejorado la salud de los individuos, sobretodo de la población infantil. El fragmento de entrevista presentado al inicio de esta sección, muestra que los cambios en la infraestructura local contribuyeron a mejoras en la salud de los niños, debido a que los índices de desnutrición y otras enfermedades se han disipado.

*...después de saneamiento básico nos ha ayudado, primeramente a tener agua potable clorada, y, de ahí, ya empieza la casa como a arreglarse, todo y ya estaba bien ya. (...) los niños también ya no estaban como antes, antes eran desnutridos (...) todos los niños de*

*Parpacalle eran así todos. Ahora ya no ya, están limpios ya. Como eran borrachos no llevaban a la posta así, ahora ya no toman entonces van (Hija Mayor Familia II)*

Como se puede observar, los conceptos de Comunidad y Vivienda Saludable, suelen construirse a partir del recuerdo que la población tiene sobre el pasado. Desde el inicio de la intervención, se reconoce el cambio, las entrevistas nos dan a entender que, para la población, un espacio saludable es aquel donde se tiene un adecuado manejo de la limpieza, el orden y el uso del agua. Esto se aplica en los tres niveles: comunal, familiar e individual: “Sí, mucho ha mejorado, ha cambiado mucho, no es como antes, como vivíamos, perro, chanco en la calle, antes vivíamos con el cuy en una sola casa, ahora ya no es así, han cambiado mucho” (Presidenta JASS 2012-2014)

Cabe preguntarse entonces, si hubo realmente un cambio en las nociones locales sobre la salubridad a raíz de la intervención. Como se observa, presentamos los testimonios de algunas mujeres de la comunidad, principalmente, porque son ellas las encargadas de mantener la salubridad y quienes responden de forma más clara sobre las características que comunidad o vivienda deben cumplir para ser saludables.

En vista de que nos topamos con un discurso que coincidía completamente con el esquema de Comunidad y Vivienda Saludable que la intervención había ideado; creemos que la transformación en el pensamiento local aún se encuentra en proceso. Nos queda duda, puesto que cabe la posibilidad de que el discurso sea un reflejo automático al tipo de preguntas formuladas, pues se encontró un

contexto donde la población es constantemente criticada por las nociones y prácticas que tienen respecto a la salubridad. El siguiente fragmento de entrevista, evidencia la duda y preocupación de la entrevistada por responder correctamente cada pregunta:

*I: Para usted ¿qué es una vivienda saludable?*

*E: Para nosotros, vivir en limpio, eso sería...me he olvidado. Nos estaba enseñando, me he olvidado, todo me he olvidado.*

*I: En general, ¿qué es lo que debería hacer uno para tener su casa saludable?*

*E: Será pues...hacer la limpieza, mantener limpio las cosas, los caños, todas esas cosas, y eso sería... ¿o sería otra cosa? no sé (Entrevista Madre Familia III)*

A pesar de que los elementos de vivienda saludable mencionados por la entrevistada son correctos, observamos que ella se encuentra tensa debido a una necesidad de que su interlocutor apruebe o desaprobe sus respuestas, como sucede con la dimensión del seguimiento intradomiciliario. Menciona ejes importantes de una vivienda y familia saludables: higiene personal, limpieza y orden en los espacios del hogar, características que antes también se habían mencionado.

A medida que fue avanzando la investigación, tuvimos más dificultades para recolectar información acerca de las nociones locales sobre salubridad. La coincidencia entre los discursos y el estándar nos lleva a afirmar que el cambio ha sido efectivo; sin embargo, creemos que el tiempo de investigación no fue



suficiente para establecer un vínculo de confianza necesaria para que la población compartiera sus nociones con la investigadora, sin temor a ser juzgada.

## 1.2. Parpacalle ¿Comunidad Saludable?

*I: “¿Ahora cómo ve usted a la comunidad?”*

*E: Ya estamos casi 100%, el arreglo de las casas, todavía no estamos siempre hay personas caprichosas que no obedecen. Será un 2% así. Siempre hay cuando no funciona la gestión local. (Presidente de JASS 2007-2009)*

A pesar de la dificultad para conocer las nociones locales de salubridad, observamos que hay un ejercicio constante de comparación entre antes y después de la intervención<sup>18</sup>. En este sentido, nos parece relevante analizar la percepción de la población respecto a su comunidad, pues encontramos en su discurso varios indicadores de evaluación sobre comunidad y vivienda saludable. Esta sección combina dichos indicadores con el testimonio local acerca de los aciertos y debilidades de la salubridad en Parpacalle en la actualidad, es decir su afirmación o negación como comunidad saludable.

Como primer acercamiento a la perspectiva local, en la encuesta se hizo una pregunta al respecto de si la comunidad era saludable o no. En ella, el 79% respondió que veía a su comunidad saludable, el resto de los encuestados (21%) tuvo una respuesta neutral. Ninguno de los encuestados afirmó que su comunidad no era saludable.

<sup>18</sup> En el JASS Wasi, se encontraron imágenes de la comunidad antes de la intervención. Para mayor referencia visual revisar Anexo N° 2: Imágenes de Parpacalle antes de la Intervención.

Creemos que relacionan el concepto de saludable, con el momento que están pasando en referencia de la intervención, ya que, se asume que la comunidad ya es saludable luego de las obras. Por otro lado, pudimos constatar que, por lo general, la gente externa que visita la comunidad, lo hace como parte de pasantías<sup>19</sup>, momentos en los que se requiere presentar a la comunidad como un caso ejemplar luego de la intervención. Estos factores, podrían reflejar un discurso montado para que los externos se lleven una imagen positiva de la comunidad; razón que nos llevó a indagar más sobre el reconocimiento de Parpacalle como saludable.

En la anterior sección se hizo evidente que había correlación entre los conceptos de comunidad y vivienda saludable, siendo el último, reflejo del primero. A continuación, podremos observar los indicadores de evaluación respecto a las viviendas, estos se extrapolan a la dimensión comunal para reafirmar la salubridad.

En primer lugar, hallamos que varias madres mencionaron que una “vivienda saludable” tiene como principales indicadores de salubridad la limpieza y el orden. Tomando en cuenta que, son ellas quienes cotidianamente se ocupan del mantenimiento de dicho aspecto, las nociones sobre salubridad que evidencian en su discurso son constitutivas de las estrategias que adoptan para mantenerla.

---

<sup>19</sup> Visitas de organizaciones o población interesada en conocer los resultados de la intervención para replicar la experiencia en otro lugar.

*I: Tú ¿qué entiendes por una “vivienda saludable”? ¿Qué es una “vivienda saludable”?*

*E: Vivienda Saludable, sería...cuando vives limpia y en orden.*

*I: ¿Qué cosas son importantes de hacer para que tu casa sea saludable?*

*E: Importante...la limpieza.*

*I: ¿Qué cosas tienen que limpiar?*

*E: Digamos, para cocinar la olla tiene que estar limpia. Y para preparar las cosas tus manos tienen que estar limpias. Y cuando entras al baño también tienes que lavarte, tu baño también tiene que estar limpio...eso será pues.*

*I: Por ejemplo, tú, en tu casa ¿cuáles son las tareas que cumples para que tu casa sea saludable?*

*E: Limpiar, las cosas que sean en orden...eso (Entrevista Hija Mayor Familia III)*

En esta entrevista, el orden y la limpieza se ligan con las prácticas de higiene que las mujeres debían cumplir antes de cocinar. Además, se señalan espacios claves en la vivienda, que se tienen que mantener limpios: cocina y baño.

Como vimos en la anterior sección, a nivel comunal se consideran los mismos criterios, una comunidad saludable es aquella que se encuentra ordenada, limpia y se ve bonita. Al respecto, la secretaria de JASS señala que la comunidad “no está al 100%, pero más o menos ha avanzado porque antes era terrible”. Para ella, una comunidad saludable es la que “mantiene limpias las calles como las viviendas”, razón que la lleva a afirmar que aún no se ha logrado el objetivo.

En segundo lugar, vimos que un indicador de vivienda y comunidad saludable es el grado de avance de las transformaciones en infraestructura.

*I: ¿Qué sería una vivienda saludable para usted? ¿Qué cosas debería tener?*

*E: Bien. Alacena, refrigeradora, fogón mejorados...así.*

*I: Entonces ¿su vivienda es saludable?*

*E: Sí.*

*I: ¿Qué son las cosas que usted tiene que hacer para mantener su vivienda saludable?*

*E: Limpiando, aseando, todo eso. (Madre Familia V)*

Observamos que, en este caso, la entrevistada hace referencia a las instalaciones de la cocina que debe tener su vivienda para ser saludable. Entonces, podemos afirmar que, este indicador evalúa la existencia de aparatos para la salubridad, como alacenas, repisas y tecnologías ecológicas para la cocina.

Como vimos en las encuestas, se considera que la comunidad es saludable porque el proceso de implementación ha llegado a su fin. Sin embargo, la tesorera de JASS 2012 -2014 señala: “Ahora lo que faltaría es acabar lo que falta, como cinco o seis casas para que pueda terminar la ordenanza”. Estas viviendas donde no se aplicó la intervención, son un factor para que no se considere que en Parpacalle la intervención haya logrado sus objetivos.

Encontramos, en tercer lugar, que los involucrados relacionan la salubridad con higiene y comportamiento individual, indicadores que van más allá de la limpieza y orden en los espacios del hogar y la comunidad, como se ha visto hasta ahora. En varias ocasiones se menciona que, el alcoholismo en Parpacalle ha sido una barrera que la colectividad ha ido superando con la intervención de

Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. Se considera que este problema tenía efectos directos sobre la preocupación de la gente por su aspecto personal, el cuidado familiar y la participación local.

*Para limpiar así, y acabar con el alcoholismo. Porque todavía se mantiene a veces es mucho. Mucho hace descuidar a las familias, a veces los hijos están sin comer, desnutridos...niños que no están bien alimentados. Eso es lo que falta acabar en la comunidad. Con eso de repente ya se puede mejorar más. Se quiere erradicar el alcoholismo” (Tesorera JASS2012-2014)*

A nivel comunal, entonces, se cree que un espacio es saludable siempre y cuando la población goce de salud. El alcoholismo, como podemos observar, es un problema cotidiano hasta hoy en día y es la razón principal por la que aún hay cierto descuido en la crianza de la población infantil.

Encontramos que la población reconoce que una comunidad saludable no sólo es aquella que ha cumplido con las modificaciones de infraestructura y conducta de salubridad que la intervención propone. En pro de ser saludable, la población de la comunidad, adulta e infantil, ha reducido al máximo los índices de enfermedad y adicción, como el alcoholismo.

Existe en Parpacalle, como lo hemos demostrado, un grupo femenino importante cuyo discurso tiene puntos de convergencia con el esquema estándar de salubridad que la intervención propone. Creemos que ello se debe a que, conceptos como comunidad y vivienda saludables, además de ser interpuestos con la intervención, se han vuelto irrefutables y relevantes en la cotidianeidad



local; esto, daría indicios de que sí hubo cambios en las nociones de salubridad que la población maneja.

Entre los testimonios, encontramos la frase “así común no más vivíamos” haciendo referencia a que anteriormente la comunidad y sus viviendas no tenían la infraestructura que hoy tienen y no conocían del uso y manejo de los sistemas de saneamiento y espacios saludables. Entendemos, luego de la investigación, que la expresión “así común” enfatiza el hecho de que en el hogar, antes, todo estaba junto: dormitorio, cocina, camas y animales. Además, muchos explicaron que no había la preocupación actual respecto del orden y la limpieza, para ellos, entonces, el cambio ha sido positivo.

## 2. Transformación Social y Experiencia de Vida en Parpacalle.

*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social de un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana (OMS 1986:1)*

Podemos apreciar en la cita inicial que el desarrollo de actividades para la promoción de la salud, en cualquier contexto, busca mejorar las condiciones de salud para que colectividades o individuos puedan desarrollarse en otras dimensiones. En este sentido, encontramos que iniciativas de desarrollo como la

que nos ocupa, buscan reducir los “estresores” ecológicos que tienen efectos sobre la salud. En el caso del ser humano, parte de su adaptación al medio ambiente es su instalación en un espacio que escoge para desarrollar sus funciones sociales, biológicas, psicológicas o de sustento. La vivienda es una forma de asentamiento que el individuo comparte con su pareja o familia (OPS 1999).

El razonamiento bajo el cual se aplicó la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en San Salvador, concurre en que una vez terminada la intervención y logrados sus objetivos, la población tiene la posibilidad de mejorar su desarrollo en otros aspectos. Como se aprecia en la cita inicial, la salud es entendida como un recurso individual y social, un aspecto importante para el desarrollo de la humanidad en otras esferas más allá de lo básico.

Desde una aproximación fenomenológica, Byron Good explica que la enfermedad tiene efectos directos en el “mundo vital” del individuo. En un caso de dolor crónico, el autor demuestra que el padecimiento afecta “el mundo de nuestras experiencias vividas, comunes e inmediatas” (Good 2003: 225) pues la enfermedad se vuelve un problema recurrente en la vida de los individuos afectados. Sucede que la enfermedad “...se convierte en un “todo”, en una experiencia de totalidad, no en una única serie de sensaciones sino en una dimensión de toda su percepción. Fluye del cuerpo al mundo social invadiendo su trabajo e infiltrándose en las actividades cotidianas” (Good 2003:228)

La experiencia del individuo, entonces, se construye a través de su dimensión corporal. La importancia de reducir los niveles de desnutrición y otras enfermedades tiene que ver con el efecto que éstas tienen en el desarrollo físico, social e intelectual de los individuos. Por ello, a pesar de la diversidad de construcciones culturales sobre la enfermedad, cada grupo humano ha buscado reducir la incidencia de enfermedades en su sociedad. Actualmente, la salud se posiciona como un factor necesario e ineludible para el desarrollo de otras dimensiones de la vida de una persona o grupo.

En el caso analizado, pudimos observar tres dimensiones sobre las que la población reconoce el cambio o transformación social, cambios que han marcado directamente la experiencia de vida local y que, si bien parten de los objetivos de la intervención en materia de Saneamiento y Comunidad Saludable, tienen un impacto más allá del campo de la salud y el desarrollo de obras.

En primer lugar, abordamos la transformación de la Calidad de Vida. Considerando los testimonios recogidos, encontramos que las mejoras realizadas tienen efectos sobre la vida de la población. Se trata de una oferta de servicios que facilita el desarrollo sin que tengan que migrar de su lugar de origen, diversificando la ocupación laboral, con un mejor ambiente social y natural que en la ciudad.

Luego, analizamos el potencial que la población identifica en Parpacalle como destino turístico. Pudimos diferenciar que se reconocen dos formas de

turismo: pasantías y turismo vivencial. La población considera que actualmente tienen un potencial turístico que podría contribuir a sus oportunidades y en los ingresos económicos locales.

Por último, encontramos que la mayoría de los agentes entrevistados, promotores y receptores, señalaban que antes de la intervención los índices de alcoholismo eran muy altos. Por esa razón, durante la intervención se tuvo que implementar estrategias desde la Directiva Comunal y la JASS para reducir la problemática. Actualmente, afirman que este índice se ha reducido, lo que contribuyó a mejorar otros aspectos de la vida comunal y familiar.

## 2.1. Calidad de Vida en la Actualidad

De acuerdo a los entrevistados, la intervención ha cambiado varios aspectos de su vida cotidiana. Los cambios en la estructura de sus viviendas, dotación de agua potable y participación en talleres han hecho posible que su vida en la comunidad tenga menos carencias.

En relación a la calidad de vida actualmente, encontramos tres formas de incidencia:

En primer lugar, el estándar que aplica la intervención ordena la experiencia local, con él, el esquema de vida cambia. Según los testimonios, esto otorga herramientas de desarrollo a la población ya que ésta goza de la salud necesaria

para realizar otras actividades. Se explica que anteriormente la población infantil y juvenil no tenía muchas oportunidades para salir adelante.

Un factor importante es la oferta de servicios, si bien se ha recargado el trabajo doméstico, hallamos que la oferta de servicios, como agua y luz, facilita el desarrollo de las tareas cotidianas a nivel familiar. Al mismo tiempo la calidad del agua que consumen ha mejorado el aspecto de la salud en niños y adultos, explican:

*Pero a lo que está hoy en día ha mejorado bastante. El agua ya no viene sucio, principalmente, se ha captado de la matriz y de ahí se lleva al reservorio, y ya no es sucia, y ahora es al domicilio que era lo más importante el agua para muchas personas que podían mejorar su calidad de vida (Tesorera JASS 2012-2014)*

*I: ¿Qué otro beneficio otra cosa buena les ha dado?*

*E: Nos ha exigido nuestra casa, ahora ya tenemos clorado, mantenemos...agua también cada mensual, ahora inter-diario están chequeando la limpieza. Todo el tiempo tenemos agua.*

*I: ¿Eso ayuda?*

*E: Donde hay agua hay vida, donde no hay agua, no hay.*

*I: ¿De dónde traían agua cuando usted era pequeño?*

*E: De ese manante que está viniendo eso tomábamos. Antes lo que estaban lavando ropas así salía a la calle, ahora es por tubo hasta abajo (Fiscal Directiva Comunal 2013)*

La oferta de servicios es una de las razones por las que la población siente que actualmente tiene una mejor vida en su comunidad, explican que pueden vivir como en la ciudad pues una vivienda con luz y agua potable les permite tener las mismas comodidades. Estas afirmaciones se hacen evidentes en el testimonio de



la familia IV quienes han vuelto a Parpacalle, luego de vivir en Cusco por varios años.

*Entonces por ese motivo también yo a los 15 años me he ido a Cusco, he acabado mi secundaria ahí (...) hemos vuelto acá, entonces, en esas fechas de verdad había bastante cambio con la ayuda de la Municipalidad de San Salvador (Madre Familia IV)*

*Entonces pensamos en eso ya, entonces venimos. Mejor pues es así, mejor, tal vez nos va ir mejor y es verdad, estamos tranquilos acá, y cuando no salgo a trabajar, también como tenemos cuycitos, nuestras cositas y hacer en la chacra también entonces ahí estoy trabajando. Traigo para los cuycitos pastito, mi ganado llevo a mejor pasto, a veces voy a hacer a donde mis compañeros a hacer ayni, así es, así se trabaja acá...así estamos viviendo acá en la comunidad (Padre Familia IV)*

Este caso particular muestra a una familia que ha decidido volver a la comunidad a raíz de la intervención ya que consideran que vivir en el campo es mucho más tranquilo que en la ciudad. En este sentido, el padre señala que en caso no tuviera trabajo, en la comunidad puede producir para autoconsumo, lo que le permite tener una vida tranquila sin preocupaciones constantes por dinero.

*I: ¿Acá es mejor vivir que en Cusco?*

*E: Porque acá tenemos...porque en Cusco ya diario tienes que...no es como acá, tienes chacra todo, en Cusco con la plata no más es, acá en cambio si quiera choclito hay. Te recoges no más y ya tienes a tu gusto. En Cusco ya está contaminado también, ya no hay arbolitos, nada, ni cerros, están pelando ya (Fiscal Directiva Comunal 2013)*

Según lo que cuenta el entrevistado, el desarrollo de la intervención facilita la vida en la comunidad. Se considera que es mejor vivir en una zona rural porque además del factor económico, que también menciona el anterior entrevistado, en el campo no hay contaminación ambiental, otra razón que favorecería a su salud.

Por otro lado, encontramos que hay un cambio importante en la manera en que se concibe el cuidado infantil. Respecto a la salud y el cuidado de los niños, pudimos observar en la escuela de Parpacalle, que apenas un porcentaje muy pequeño de ellos hacía evidente la dejadez de sus padres para con ellos. La gran mayoría asistía a la escuela en buenas condiciones de vestido e higiene, lo que nos dio indicios del tipo de cuidado infantil que se estaba ejerciendo. Una de las madres entrevistadas señalaba:

*...yo edad de mi hijo, nunca ni siquiera tomaba leche, simplemente una agua hervida o con té así, pero ahora a veces pensando en nuestros hijos diario nosotros les damos su leche o algo, pero tienen mejor atención, más que todo nos dedicamos a nuestros hijos. Por nuestros hijos, como quien dice, trabajamos por nuestros hijos, y que sea algo mejor en la vida, ya no como nosotros que hemos estado ahora...y salir adelante en...la meta es a veces educar a nuestros hijos que sean algo en la vida, eso sería (Madre Familia IV)*

Ella señala que ahora se preocupan más que antes porque sus hijos reciban mejor alimentación y cuidado. En relación con lo observado, sugerimos que contar con los recursos que la intervención les ha otorgado permite a la población ampliar el horizonte de objetivos en su vida. Encontramos, respecto al trabajo por ejemplo, que se transforman las iniciativas de negocios y existen nuevas oportunidades para la generación de ingresos.

Otro factor por el que la Calidad de Vida ha mejorado es el económico, pues las mujeres han diversificado su campo laboral. Encontramos actualmente un par de tiendas de abarrotes, administradas por madres de familia. Además, tres familias con viviendas situadas al borde de la carretera, se están insertando en la

oferta gastronómica distrital con pequeños restaurantes de comida típica. Por otro lado, varias mujeres han encontrado mercados de comercio en Cusco, donde viajan constantemente para hacer comercio gastronómico y agrícola.

*En la comunidad no hay entrada, antes así vivíamos, no sabíamos hacer nada, en la casa no más y el varón trabajaba. Por eso como ha cambiado mucho nos hemos dedicado también las mujeres a trabajar para ayudar al varón. La mayoría de la gente va a vender comida o verdura, son pocos los que no llevan nada (Presidenta de JASS 2012-2014)*

De modo que, podemos ver que las labores femeninas se han diversificado por iniciativa propia. El desarrollo de la intervención, en su última etapa, propone la promoción de cadenas productivas locales de kiwicha y quinua, de igual forma se ha trabajado el desarrollo de asociaciones de crianza de cuyes. Sin embargo, en el caso de Parpacalle se encontró que pocas familias habían ingresado a estas propuestas, las iniciativas de negocio solían ser personales y financiadas por la misma población.

## 2.2. Parpacalle como Atractivo Turístico.

En la primera sección del capítulo, advertimos que la población construye la imagen de su comunidad “saludable”, entre otros factores, en relación a la imagen que proyecta al exterior o a su atractivo turístico potencial. Encontramos que se proponen dos formas de turismo en la localidad. El primero, un programa conocido como “pasantías”, que posiciona a la comunidad como atractivo dentro de un aparato desarrollista. Una vez terminada la intervención, cada cierto tiempo la

comunidad recibe organizaciones nacionales o internacionales que llegan a San Salvador a conocer la experiencia de Saneamiento Básico y Vivienda Saludable para replicarla en otros lugares. El segundo, turismo vivencial, se ha implementado como proyecto piloto en la comunidad de Siusa, que, según observamos, es un ejemplo que otras comunidades quieren seguir.

En Parpacalle, las pasantías se realizaban continuamente, hecho que se vio afectado por el cambio de gobierno local. Los promotores originales de la intervención consideran a las pasantías como un:

*...elemento dinamizador [...] que han hecho que el nivel de compromiso de las comunidades sea cada vez mayor. No sólo de ellos, sino también de los que han venido a visitarlos, muchos han ido a visitarlos. Ahí en San Salvador eso han sido los elementos dinamizadores, han sido visitados, los han comprometido más y también a los visitantes han generado una motivación muy fuerte (Personal Gestor del Proyecto SANBASUR)*

De esta forma, las pasantías otorgan un doble beneficio. Generan ingresos a la comunidad que se visita y, por otro lado, incentivan a más personas a replicar la experiencia. En la comunidad, encontramos un testimonio que explica que asistir a una pasantía en otra comunidad los ayudó a cambiar. “La comunidad de Siusa ha sido la primera, la comunidad piloto. Ha sacado, entonces ahí hemos nosotros visitado en una pasantía esa comunidad. Saliendo de la pasantía hemos cambiado, también” (Presidente de JASS 2007-2009). Señalan también que, a raíz del cambio, la comunidad de Parpacalle se volvió un ejemplo importante de la intervención en San Salvador, de modo que se creó una expectativa importante por visitarla:

*Generaban una expectativa para venir aquí, el alcalde también se animó, pagaban 100 soles por cada delegación. Una primera parada era acá, luego a Siusa, y luego a otro para ver el sistema de cultivo. Se veía todo lo que tiene que ver con vivienda saludable, y luego hortalizas, cultivos. Mucho más planificado (Profesor del Instituto Machupicchu, Encargado de la Escuela Saludable de Parpacalle)*

Otro entrevistado señala que Parpacalle, por un tiempo, ha sido considerada mejor que Siusa y el resto de comunidades del distrito:

*Este pueblo ha sido mejor viviendas saludables, en primer lugar del piloto a nivel San Salvador. San Salvador no tiene...tiene 12 comunidades, de las 12 es mejor la comunidad de Parpacalle. Parpacalle es mejor piloto ha salido, de ahí sigue los compañeros de Siusa, de altura...ellos. Así señorita estamos nosotros, en primer lugar, nos viene las pasantías de diferentes sitios, vino de la caja mundial, los mejores jefes del Perú, de mundial mismo, de mundial vinieron acá han visto todas las casas, todo, cómo vivimos, cómo tenemos nuestras casas... (Padre Familia IV)*

Observamos un entusiasmo importante en la población al mencionar las pasantías, se cree que son importantes para mejorar la economía local. Además, hay un elemento de orgullo en el discurso de los entrevistados que señalan que Parpacalle ha sido un caso importante para la intervención a nivel distrital. El entrevistado, antes citado, afirma: “Nosotros nos sentimos de ser Parpacallinos, orgullosos” (Padre Familia IV)

Para el desarrollo de las pasantías, la población tiene que cumplir con ciertas condiciones de salubridad pues sólo las casas mejor cuidadas son visitadas. Según el testimonio de la población, su comunidad tiene que verse atractiva, de tal manera que “a veces vienen pasantías de otros sitios, entonces



por ahí, para que se vea bonito ¿no? No es como antes, como es negro no más ya las paredes” (Hija Mayor Familia II)

Se entiende que las pasantías son para que personas externas conozcan más sobre el proceso, que visitan la comunidad para ver el cambio y conocer los beneficios de la intervención. Durante una pasantía, los visitantes ven toda la comunidad, algunas casas y el JASS Wasi, donde se expone la situación de la comunidad antes, durante y después de la obra.

*Las pasantías, cuando vienen se reciben, más o menos visitan entre cuatro y cinco viviendas. La última vez han visitado a cuatro familias. Vienen 25, 15, 30 personas que llegan a pasar el día, visitan cada casa, fijándose cómo viven. A cada casa se le paga 150, que todos pagan juntos, es una entrada importante para las personas de quienes visitan sus casas (Presidenta JASS 2012 -2014)*

Como se puede observar, cada pasantía tiene un costo, el beneficio económico se reparte entre la JASS, para el fondo común y las familias que reciben visitas. La Presidenta de JASS señala que, en coordinación con la Directiva Comunal y la OMSABAR, se determina un día de pasantía. Para ese día:

*...se comunica a todos, todos tienen que hacer sus casas, limpiar sus calles, sus casas. Tenemos que ver qué casas también van a venir a ver las pasantías, escogemos más o menos 20 casas. Todos reciben...se debería hacer en rotativa, pero todavía hay señoras viudas que no tienen la posibilidad de tener sus galpones entonces siguen viviendo con sus cuyes así (Secretaria JASS 2012-2014)*

*...para eso sí, tenemos que limpiarnos todos los días, y de eso más que todo ha habido talleres, nos ha enseñado cómo podemos recibir, cómo podemos cuando vienen hacer pasar a la casa...nosotros podemos explicar o no, o es otra persona que va hacer eso...porque hay otra personas pues que sacan para exponer también, no nosotros. Nosotros dejamos abierto la casa y las demás entran y hay*

*una sola persona que viene y esa persona es la que expone...en todas las casas (Madre Familia III)*

La JASS asume la responsabilidad de exigir a la población el desarrollo de actividades que le permitan recibir pasantías. Dado que hubo cierto descuido en los meses anteriores a la investigación, la Presidenta señala:

*Ahora se está pensando volver a exigirles. De eso la gente habla, que no se preocupa, que se ha dejado, pero ahora, como ya voy a tener tiempo me voy a ocupar de eso, con una semana sin ir al Cusco puedo encargarme de los temas de la JASS. Para que todos terminen sus baños (desagües) y que se pueda recibir pasantía. Porque la gente se queja de que sólo algunos reciben, si se exige a la gente que todo se termine, entonces se podría recibir de canto, para que a todos les beneficie la pasantía. Que las personas cumplan, los que no cumplen se decidirá su sanción en asamblea. (Presidenta de JASS 2012-2014)*

La forma de proceder entonces, según la entrevistada es, que la intervención se complete en las viviendas que todavía no cuentan con todas las modificaciones. Luego, se exigirá que todos mantengan la salubridad, pues, para evitar quejas, es importante que todas las casas sean visitadas de acuerdo a un orden; de esta forma, el beneficio sería general. La hija mayor de la familia II, que tiene una de las casas mejor adornadas de la localidad, señala:

*I: Ahora, por ejemplo, para tu familia, ¿hay beneficios?*

*E: Sí, porque cuando vienen siempre nos da plata pues, cuando ven.*

*I: ¿Cuándo vienen quiénes les dan plata?*

*E: Digamos, vienen de Lima...otros...vienen, entonces ve pues, cómo está la casa, le hacen ver en esas fotos, cómo era antes, cómo era así...eso le hacen ver, entonces ya no es como era antes, entonces por ahí pues nos dan. Esas casas son conocidas no más, se escoge, los mejorcitos no más, ahí no más vienen la pasantía.*

*Sería bonito que vienen a todas las casas. Por la lluvia no más no vienen, porque a veces el carro se malogra... (Hija Mayor Familia II)*

*I: ¿Qué beneficios cree usted que el saneamiento básico le ha traído a su comunidad?*

*E: Ahora desde el municipio nos manda, pasantía recibimos, entonces ahora ya nos trae beneficio el saneamiento básico. Cada persona recibe 30 soles así, cada vivienda visitada (Fiscal Directiva Comunal <sup>2013</sup>)*

Hay una reacción común a la pregunta sobre los beneficios, en la actualidad los entrevistados suelen asociarlo al valor agregado de sus comunidades para generar beneficios económicos. Si bien aún no se han tomado acciones para hacer de la comunidad de Parpacalle un destino de Turismo Vivencial, las esperanzas de la población están en que haya cierto apoyo de la municipalidad para desarrollar esta industria:

*I: ¿En el futuro, ustedes tienen algún plan importante?*

*E: Por ejemplo a otras comunidades llega dice vivencia, turismo, nosotros queremos que algún día llegue acá.*

*I: ¿Y tienen algún plan como para trabajar eso?*

*E: No. Por ahora no todavía, pero si siempre tratamos de hacer eso, pero tendremos que siempre tener apoyo, para poder empezar a trabajar (Secretaria de JASS 2012-2014)*

Al tener este potencial, como atractivo turístico, para pasantías y turismo vivencial, los gestores y promotores de la intervención señalan que este podría ser un mecanismo mediante el cual se mejoren los ingresos económicos locales. La intervención, entonces, amplía su alcance ofreciendo a la población un modelo de vida que, por un lado, es beneficioso para su salud, y, por el otro, puede ser utilizado como fuente de beneficio económico. Siendo la industria de desarrollo de

tal alcance en la actualidad, se genera un mercado de experiencias para su propio consumo.

### 2.3. Reducción del Índice Local de Alcoholismo.

La mayoría de entrevistados a nivel comunal y distrital, señala que el alcoholismo ha sido un problema para el desarrollo de la intervención, así como antes de ella. Se relaciona su incidencia con categorías como dejadez, desorden, suciedad y enfermedad. Durante la aplicación del proyecto, esta problemática tuvo efectos sobre la participación de la población, pues no les permitía comprometerse para realizar los cambios propuestos. Mencionan los involucrados que, antes de la intervención, entre el setenta y el cien por ciento de la población adulta estaban inmersos en esta problemática. Se señala que para superarlo:

*...desde esa fecha hemos recibido talleres acá, nos hemos prohibido hasta vender alcohol. Acá tres personas, cuatro personas vendían, vendíamos, entonces decíamos nosotros mismos estamos haciendo daño a la comunidad vendiendo acá [...] acá si no puedes encontrar en ninguna tienda alcohol, ni cañazo, nada, pero venden cerveza que es muy diferente (Madre Familia IV)*

Se menciona que la población determinó tomar medidas drásticas sobre la venta de alcohol en la localidad, lo que les hizo posible reducir el problema. A ellas se sumaron los talleres que la promotora social tuvo que diseñar, ya que esto era un constante obstáculo para la implementación de la intervención.

*Las personas que no obedecen, que son así este no más ya, las personas que han recapacitado, que han estado en esos talleres,*



*que han recibido esas capacitaciones, en realidad nos está cambiando también esas cosas, nos ha cambiado bastante, por eso, siempre a veces agradecemos...siempre nos ha apoyado bastante la municipalidad. Nos ha mandado promotoras para que nos dé talleres, a niño, a varón, a mujeres nos ha dado talleres. Entonces, en eso hemos cambiado bastante, ha recapacitado la gente también bastante a todo (Madre Familia IV)*

La promotora social que trabajó entre el 2007 y 2009, señala que la problemática tuvo efectos directos sobre la duración de la intervención pues:

*...en Parpacalle no lo practicaban al 100% porque había incidencia de alcoholismo, más o menos el 70% [...] Diariamente a cada familia se le decía qué es lo que debían hacer [...] No había avance, y cuando había no era continuo, claro, unos cuantos, pero no todos. No se podía avanzar cuando estaban tomados, lo peor era que tomaban marido y mujer, entonces los niños andaban abandonados, había desnutrición 45% o 55%. [...] Los mayores eran los que tomaban más, casi no hay gente joven porque la mayoría ha salido, mayormente están los papás ya. Pero hay también jóvenes, pocos había (Promotora Social 2007-2009).*

Ante la intervención, señala la encargada de OMSABAR que Parpacalle era la comunidad “en la que más se ha visto lo del alcoholismo (...) por eso el trabajo de la promotora ha sido difícil durante la implementación” (Encargada de OMSABAR 2004 -2010).

A los testimonios de los agentes de promoción, se suman las opiniones de la población local. Se escucha en muchas entrevistas que el problema del alcoholismo ha sido un obstáculo que la comunidad ha tenido que superar para lograr los objetivos de la intervención. Explican:

*...también acá bastante había alcoholismo, alcoholismo 100% era acá. (...) Entonces había bastante, por eso también había desnutrición 70% había en esta comunidad, había, ahora hemos bajado 5% estamos esta comunidad...ese alcoholismo poco a poco*



*se ha ido quitando. Se iban a la chacra marido y mujer se tomaban, diario era eso. Diario ir a la chacra, como te digo, ahora ya no resulta chacra también, todo así esas cosas esas temporadas (Madre Familia IV)*

*I: ¿Cómo ve a las familias de la localidad? ¿Han avanzado? ¿Han cambiado su forma de vivir?*

*E: Si, porque anteriormente total era el alcoholismo, las mamás a estas horas ya estaban borrachas, descuidaban de sus niños, había mucha desnutrición hasta 90% había. Y ahora ya no es así, ahorita habrá 7% o 5%...estaban descuidados, sucios, vivían así (Secretaria de JASS 2012-2014)*

En ambos fragmentos, las entrevistadas señalan que antiguamente la población en su mayoría era alcohólica, a lo que relacionan que solía haber mucho descuido de los niños y el porcentaje de desnutrición se encontraba entre setenta y noventa por ciento. En estos testimonios encontramos que el problema estaba generalizado, sin distinción de género, ya que en ese tiempo las madres no se ocupaban como ahora del cuidado de sus hijos.

*Con lo del alcoholismo se han hecho talleres de capacitación, con un señor de la municipalidad que se encargó. La comunidad se organizó también para prohibir la venta de alcohol, pero aun así bajaban a la población y se llevaban alcohol (...) Cuando estuve no se ha logrado bajar el alcoholismo, mediante la junta y creo que han estado falleciendo, tengo entendido, me imagino que por todo eso ha disminuido (Promotora Social 2007-2009)*

La situación del alcoholismo en Parpacalle ha cambiado principalmente debido a los talleres a cargo de OMSABAR. Así mismo, parece que hay un cambio generacional, pues se señala que durante la implementación no había población joven y que las personas mayores no estaban dispuestas a cambiar sus hábitos. Sin embargo, en la investigación observamos una cantidad importante de adultos

de mediana edad con hijos menores que sí se encuentran comprometidos con la intervención.

Respecto a la situación actual se señala:

*Antes tomaban mucho, ahora ya está bajando el alcoholismo, andaban en la calle, los señores que tomaban mucho alcohol andaban sucio así, no aseaban las casas. Ahora ya están trabajando poco a poco las señoras ya no toman, unos cuantos no más siguen tomando (Presidente Comunal 2013)*

*Siempre todavía hay por más que decimos que ya no tomen, pero sigue, a no los jóvenes, sino esas personas ya de edad siempre toman. Pero ya no es como antes, antes se tomaban en la calle están carajéandose está tratándose de todo, para ellos eso era...pero ahora ya no se ve eso, se tomaran pero ya en sus casas. Se ofendían de todo te trataba así en la calle... (Secretaria de JASS 2012-2014)*

Entonces, actualmente hay una disminución importante del alcoholismo, a pesar de continuar en parte, se trata de un porcentaje menor pues la población de adultos mayores ha disminuido. Según el testimonio de la población, los adultos con familias de hijos menores, han optado por erradicar este hábito de su vida. Se calcula apenas cinco o seis personas que no han podido superar el problema, generalmente, adultos mayores.

Encontramos un caso particular con esta problemática, se trata de una familia formada por una pareja y su hijo de doce años. Observamos al respecto:

*Son varias las personas que se preocupan del abandono que ven a diario en el niño. Vimos que en la escuela y entre las madres de la comunidad se comenta que el niño tiene problemas de conducta por la poca atención que recibe de sus padres. Asimismo, una de las entrevistadas, mencionó en una conversación informal que ayudaba al niño con su alimentación pues muchas veces se asoma a su*

*vivienda preguntando por comida...* (Notas de Observación, Cuaderno de Campo)

Sin embargo, a pesar de la gravedad del problema, consideramos que la población se percata del mismo y busca incidir positivamente en él, lo que demuestra que sí hay un sector importante convencido de que el alcoholismo es un obstáculo para el desarrollo de los niños y de la localidad en sí. En este sentido, al disminuirse el problema, la población superó una de las problemáticas más arraigadas en la localidad a raíz de la intervención, prevaleciendo su interés por mejorar su experiencia de vida.

### **3. El componente de Vigilancia: Límites entre lo público y lo privado**

Como se ha visto en capítulos anteriores, el seguimiento en la intervención es un componente que se aplica en dos esferas: comunal y familiar. Esta última sección del capítulo se ocupa de reflexionar en torno a este componente, su rol en la transformación local y el alcance que tiene en la actualidad. El seguimiento a nivel domiciliario, se trata de una visita periódica realizada por un promotor que evalúa la manera en que los residentes de una vivienda mantienen la salubridad, considerando sus estrategias cotidianas al respecto de la infraestructura de sus hogares y su higiene personal.

Durante la investigación, acompañamos a los miembros de OMSABAR, en esta tarea observamos que es un espacio en el que se está buscando retomar

esta dimensión de la intervención, debido a que se cree que sin seguimiento los logros de la intervención se desactivan de forma casi automática. Encontramos, entonces, que éste se convierte en un lugar de interacción periódica entre los agentes de gestión, promoción y vigilancia, y la población. Se busca que las familias locales tengan estrategias adecuadas para el mantenimiento de la salubridad; de esta forma, los agentes promotores tienen la potestad de acceder al espacio doméstico para valorar la actitud, preocupación y dedicación que las familias tienen en torno a la salubridad.

De acuerdo a los testimonios recogidos, observamos que este mecanismo se ha dejado de lado aproximadamente durante un año. Sin embargo, durante la investigación se estaba buscando formas de retomarlo. Una primera acción fue hacer visitas a cada comunidad para levantar datos sobre el estado del sistema de agua y coordinar una faena para hacerle mantenimiento. En esta visita, la promotora social, de forma sorpresiva, fue entrando a los hogares para evaluar el estado de las bateas.

*Se dio el caso de que la promotora hizo una observación respecto del estado de la batea en la casa de una de las familias, sin estar presente la madre. Así, dejó dicho a los niños que el lavadero tenía cierto descuido, que se lo comunicaran a sus padres. Al llegar, la madre mencionó molesta que este es un tema que no está dentro del manejo de sus hijos, por lo que no está de acuerdo en ser evaluada mientras no se encontraba en su vivienda (Notas de Observación, Cuaderno de Campo)*

Respecto de esta situación, observamos dos aspectos importantes. El primero, tiene que ver con que los promotores entienden que, desde su posición,

tienen el deber de evaluar y emitir juicios sobre el estado de la salubridad y los sistemas familiares. Sucede que, sin importar la condición familiar, se sostiene que el estándar debe ser ejercido por todos sin distinción. En segundo lugar, encontramos que el comentario que la promotora puede haber hecho respecto a la vivienda, fue básicamente técnico. No obstante, la molestia que la madre expresa, muestra una actitud defensiva que puede que se deba a la manera en que proceden los promotores sociales cotidianamente.

Pudimos tener acceso al formato de seguimiento intradomiciliario<sup>20</sup> que OMSABAR y JASS utilizan para este efecto. Observamos que su diseño muestra cómo van desapareciendo los límites de la privacidad del hogar, la familia y los individuos que la componen, a cambio de la efectividad de la intervención. El formato se aboca a indagar sobre el mantenimiento de la salubridad, lo que evalúa limpieza y orden en el hogar y, de igual forma, la higiene de los sujetos que lo conforman. La evaluación sólo se hace bajo dos criterios: positivo o negativo, sin considerar, como mencionamos antes, la particularidad familiar o formas intermedias entre una y otra situación.

Como podemos observar a continuación, el segundo grupo de preguntas evalúa los hábitos de higiene, uso y limpieza de las instalaciones de agua, letrinas, vivienda y disposición de residuos.

---

<sup>20</sup> Revisar Anexo 4: Guía para la verificación del Saneamiento Intradomiciliario



Ilustración 17: Fragmento Guía para la verificación del Saneamiento Intradomiciliario (SID)<sup>21</sup>

<b>2. VERIFICACIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE</b>		
<b>AGUA</b>		
<b>2.1</b>	<b>2.1.1.</b>	¿Consumen Agua Clorada?
	<b>2.1.2.</b>	¿La Almacenan en depósitos limpios y con tapa?
	<b>2.1.3.</b>	¿Sacan el agua almacenada sin contaminarla (en jarra)?
	<b>2.1.4.</b>	¿Utilizan el agua directamente del caño?
	<b>2.1.5.</b>	¿La batea está limpia y funcionando?
<b>HIGIENE PERSONAL</b>		
<b>2.2.</b>	<b>2.2.1.</b>	¿Las personas están aseadas?
	<b>2.2.2.</b>	Lavado de manos:
		¿Tienen las manos limpias? (verificar)
		¿Se lava las manos a chorro? (verificar)
		¿Se lava las manos antes de preparar los alimentos?
		¿Se lava las manos antes de comer?
¿Utiliza javón o ceniza para lavarse? (verificar)		

Fuente: Elaborado por COSUDE, Gobierno Regional Cusco, MINSA y otros

Nos llamó la atención sobre este fragmento de la guía, el hecho de que incluyera una sección en la que se evalúan los hábitos de higiene personal. Las instrucciones para el promotor en esta sección, señalaban que era necesario verificar la higiene en las manos de quien atendiera al promotor.

Considerando los testimonios al respecto de la vida de la población antes de la intervención y el formato que se sigue para vigilar su mantenimiento, podemos afirmar que existe un cambio drástico en los límites de la privacidad familiar; no obstante, hallamos que casi no hay familias que expresen descontento con esta dimensión de la intervención. Por el contrario, se considera necesaria:

<sup>21</sup> Ver guía completa Anexo N°4

*...hemos pensado si es exigencia no es para molestarnos, ni para decir “ay no”, es para nuestro bien y para nuestros hijos, no es...para ellos más bien hay que agradecer a estas personas que nos exigen para ser mejor...hasta salud...entonces eso también compete a salud, si una higiene, una limpieza es pues salud. Si tú sigues viviendo así normal, sigue la enfermedad (Madre Familia IV)*

Podemos observar, a partir de este relato, que la población aceptó la entrada de agentes externos a sus viviendas desde el inicio de la intervención. Se vuelve criterio común que este mecanismo sea una dimensión necesaria e ineludible de la intervención. Si bien el espacio doméstico sigue siendo privado, periódicamente la población acepta la presencia de agentes de gestión, promoción y vigilancia, quienes adquieren la autoridad de juzgar positiva o negativamente la limpieza del hogar e higiene personal de sus residentes.

Por los testimonios, parece que a la población le ha costado acostumbrarse a esta política, pero que actualmente se acepta como una medida regular. En este sentido, se generan conflictos al interior de la comunidad, ya que si bien la presencia de agentes de OMSABAR es aceptada sin mayores problemas, en el caso de los miembros de JASS, la población tiene reparos sobre su autoridad para evaluar la salubridad.

*...a veces siempre incomoda que se les visite. De repente ese rato no se ha podido ordenar la casa, hasta en su caso sucede, pues no siempre está la dueña de casa, no podrían hacerlo igual. Si han venido a ver, que se llame la atención es para el bien de uno, pero claro a veces es incómodo. [...] Aunque muchos nos reciben bien, a veces hay miramientos, reclamos, que para qué vienen, si vienen siempre. Si se es parte de la Junta tienes que tener paciencia. (Tesorera JASS 2012 – 2014)*

A este testimonio se añaden las opiniones de la Secretaria y Presidenta de JASS, quien señala que muchas veces la población tiende a molestarse y cuestionar el criterio con el que los evalúan, pues al vivir en la misma comunidad, se sabe que los propios miembros de la Junta no mantienen sus casas totalmente limpias. La Junta identifica aproximadamente cinco hogares donde no se mantiene la salubridad conforme el modelo de la intervención.

Entonces, en el ámbito comunal y entre personas de la misma condición, la autoridad de la JASS se ve disminuida. En cambio, cuando se trata de agentes de OMSABAR, vemos que sus observaciones son tomadas de mejor manera, sin reclamos y con mejoras a raíz de ellas, pues se tiene mayor temor a las sanciones. Por lo observado, pareciera que una vez establecido el vínculo entre el promotor social y la población, deja de haber rechazo a la evaluación, la incomodidad se deja de lado pues la población adquiere confianza y entiende este mecanismo como rutinario.

De acuerdo a lo observado y a la propia experiencia durante la investigación, podemos afirmar que la población tiene una actitud constantemente defensiva respecto a la presencia externa en su comunidad. A pesar de ello, se acepta el mecanismo de seguimiento sin mayores reclamos, una situación que debe analizarse detenidamente.

Desde el inicio de la investigación observamos en entrevistas, encuestas y visitas casuales a la localidad, que la población presenta un temor constante a ser

reprochada o reprobada en cuanto a salubridad. Esta actitud se puede relacionar a que constantemente se busca ofrecer la mejor imagen de la comunidad, debido a que equivocarse en respuestas a preguntas sobre salubridad o estrategias que sean vistas de forma negativa, genera en la población mecanismos de respuesta inmediata respecto a estas temáticas. Son pocas las personas que al ser preguntadas sobre la limpieza en sus hogares, tengan respuestas negativas o expliquen por qué no está limpio.

Cabe preguntarse, entonces ¿cuál es el límite del seguimiento como mecanismo de vigilancia? En teoría, este es un modo de consolidar el aprendizaje de la población antes, durante y después de la obra; sin embargo, observamos que se considera como un componente de constante aplicación, un elemento para disciplinar a la población. Se trata, al mismo tiempo, de un modelo pedagógico tradicional en el que se debe vigilar constantemente al aprendiz ya que frente al mínimo descuido, éste seguramente dejará de comportarse de forma correcta.

Así, a pesar de ser una situación incómoda, la población entiende que es la forma correcta de proceder para la sostenibilidad de los objetivos de la intervención; es decir, su presencia se mantiene sin discusión alguna. Podemos observar, entonces, que las estrategias de salubridad no se encuentran consolidadas así como no se ha logrado una transformación real en este aspecto.

El tipo de política de seguimiento aplicado en esta intervención en particular, genera una dependencia en la población, lo que deja una posibilidad

abierta de que la gente actúe sin convicción real sobre lo beneficioso que es mantener espacios y personas bajo un estándar de salubridad. Un factor para ejercer la salubridad, puede ser nada más que el condicionamiento que está detrás del seguimiento y el sistema normativo que lo avala. Muchas veces sólo se busca evitar la sanción, mas no necesariamente los efectos de la insalubridad sobre la salud son reconocidos en la cotidianeidad.

#### **4. Conclusiones.**

El presente capítulo tiene tres secciones en las que se analizó la transformación en diversas dimensiones de la vida social y económica local. A partir de los testimonios recogidos, encontramos ámbitos específicos donde se considera que hubo una mayor influencia de la intervención.

Hemos explicado que la definición de salubridad actualmente parte de la concepción estándar que la intervención propuso, respondiendo a carencias que se hallaron al realizarse la línea de base del proyecto. Se trata de una forma de ordenamiento social acorde a nociones particulares de pureza que son medidas bajo tres criterios: el uso de agua clorada, la disposición adecuada de residuos, el orden y la limpieza en las viviendas.

La transformación en el campo de la salubridad y la higiene se logró mediante el desarrollo de talleres con la población. Observamos que en Parpacalle



una comunidad saludable es definida por la limpieza en el espacio público, así como por un lugar con viviendas modificadas de acuerdo al modelo: embarradas, adornadas, limpias y ordenadas. Encontramos que los conceptos de comunidad y vivienda saludable se encuentran interconectados, dado que parte de la definición de comunidad está dada por el estado de las viviendas.

En muchos casos comprobamos que la población, además, determina si la comunidad es saludable o no, comparándola con su pasado. En este sentido, se hace referencia a los mismos componentes del estándar; mencionan el consumo de agua, los cambios en la estructura de las viviendas y la reducción de enfermedades. Advertimos que la descripción coincide con el discurso de la intervención, queda una interrogante y es, que posiblemente este tipo de respuestas sean parte del aparato discursivo utilizado para mostrar respuestas correctas a personas externas.

Efectivamente existe un cambio en las nociones en tanto el esquema estándar se reconozca como correcto. El momento actual es constantemente comparado con el pasado, por lo que afirmamos que si bien hubo dificultades para recoger las nociones reales de la población respecto al tema, se ha logrado que la población identifique como acertada una forma de vida específica y distinta a la que ellos tenían.

Un siguiente nivel para reconocer las nociones de la población respecto a la salubridad fue preguntar si consideraban a Parpacalle como una comunidad

saludable. La respuesta inmediata a la pregunta solía ser afirmativa, lo que se puede relacionar con el hecho de que la comunidad tiene que ser presentada como caso ejemplar una vez culminada la intervención. Se reconocen tres indicadores de “vivienda saludable” que reflejan de igual forma el concepto a nivel comunal.

Primero, se mencionan el orden y la limpieza como prácticas básicas de una familia saludable, reconociendo espacios de uso diario como prioritarios en este aspecto. En el testimonio local, este esquema también tiene que aplicarse a los espacios comunes en la localidad, por lo que afirman que la comunidad no ha logrado ser saludable del todo.

Segundo, encontramos que para considerar una vivienda como saludable se deben haber realizado todas las modificaciones de infraestructura y tecnologías que la intervención propone. A pesar de que la intervención ya fue aplicada, se señala que aún hay casas donde las modificaciones no se han completado, lo que restaría cualidades a la comunidad para reconocerla como saludable.

Tercero, la salubridad se relaciona con salud, higiene y comportamiento individual. Encontramos que, más allá de las modificaciones de infraestructura y exigencias de limpieza y orden, la población reconoce la salubridad en relación con los aspectos propios de la salud. Se muestran testimonios que evidencian que ellos mismos observan una reducción en las cifras de desnutrición y alcoholismo. Ambos, mejorarían el desarrollo y la convivencia comunal.

Siendo la población femenina la más involucrada en las tareas para la salubridad a nivel doméstico, sus testimonios muestran un hecho: actualmente los conceptos de comunidad o vivienda saludables son relevantes e irrefutables. En el colectivo se acepta que actualmente la comunidad se ha transformado positivamente, la separación de espacios en el hogar les ha permitido ordenar su experiencia de vida.

Concluimos además, que el desarrollo de actividades para el mantenimiento de la salubridad a nivel comunal depende de la disposición de JASS y OMSABAR. Es así que, afirmamos que no existe un sentido de responsabilidad por parte de la población en este nivel, a diferencia de la esfera doméstica. En cambio, según lo observado, en las viviendas el tema de la limpieza y orden es constante. En el caso de las familias e individuos, si bien la responsabilidad recae sobre la población adulta femenina, el descuido sobre la salubridad es eventual y no necesariamente está relacionado a la falta de conocimientos respecto de su importancia.

El desarrollo de la intervención tiene como principal propósito generar un ambiente cuyas condiciones no afecten la salud de la población. De ese modo, una población que cuenta con servicios básicos y un esquema ordenado de vivienda podría tener mejores herramientas para ocuparse de otras dimensiones de su desarrollo. Ello se debe a que la experiencia del individuo se construye a partir de su dimensión corporal, que es la más afectada en caso de enfermedad o

falta de higiene. Encontramos tres espacios de incidencia de la intervención en la transformación social de Parpacalle.

Según el testimonio de la población, su calidad de vida ha mejorado en varios aspectos.

- La oferta de servicios básicos y la calidad del agua que consumen contribuyeron a mejoras en la salud y el ejercicio de la salubridad. Es un beneficio actual de su comunidad que permite que tengan las mismas comodidades que en la ciudad, con la diferencia que conseguir dinero no siempre será necesario y la contaminación ambiental será mucho menor.
- Por otro lado, el cuidado infantil se ha convertido en una preocupación mucho más arraigada que antes para los padres de familia. Se busca que la niñez tenga mejor futuro.
- Respecto a la economía doméstica, encontramos que existe una diversificación en el campo laboral femenino. Dentro y fuera de la comunidad han sido incluidas cadenas de comercio de comida, productos agrícolas y abarroses.

La segunda dimensión de transformación es que, al terminar la intervención la comunidad se convierta en un potencial atractivo turístico. Existen dos espacios desde los que se puede explotar este potencial. El primero, que ya ha sido aplicado en Parpacalle, es la modalidad de “pasantías”, visitas estructuradas de organizaciones o personas externas a la comunidad para dar a conocer la

experiencia de la intervención y que ésta pueda replicarse en otros lugares. El segundo, se proyecta que la comunidad será acondicionada para el desarrollo de una industria de turismo vivencial. En ambos casos, la población tendría un beneficio económico por haber llevado a cabo la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables y por mantenerlas en buen estado.

Las pasantías se vieron afectadas por el cambio de gobierno distrital; sin embargo, fueron un “elemento dinamizador” en la implementación de la intervención. De un lado, fue un incentivo para la población que visitó otras comunidades donde la intervención se había llevado a cabo. De otro lado, actualmente tienen un beneficio económico que genera ingresos para la población colectiva e individualmente, hecho que al mismo tiempo promueve que se mantenga la salubridad pues son escogidas las viviendas mejor cuidadas.

En las entrevistas es común que se mencionen los beneficios económicos de la intervención en la actualidad. Si bien no se estaban desarrollando pasantías cuando se visitó la comunidad, muchos señalaron que una comunidad saludable podía ser fuente de ganancias para las familias locales. La industria del desarrollo, entonces, genera un mercado del que pueden consumir sus propios agentes, al mismo tiempo que promueve el desarrollo de otras actividades económicas.

De acuerdo a lo recogido, encontramos que el alcoholismo era una problemática muy arraigada en la comunidad de Parpacalle. Varios aspectos de la vida cotidiana como la limpieza y el orden, higiene y cuidado infantil se veían



afectados por este problema. En este sentido, el alcoholismo fue igualmente un problema para la implementación de la intervención, por lo que se tuvo que adoptar estrategias para contrarrestarlo.

En principio, la colectividad optó por prohibir el comercio de alcohol en la comunidad, sin embargo fue una medida insuficiente. Por esta razón, los encargados de la intervención tuvieron que desarrollar talleres en los que la población reconociera la problemática y cambiara sus hábitos de consumo. Se encontró que quienes más consumían, y con los que se había tenido mayor dificultad eran los adultos mayores. Actualmente los índices de alcoholismo se han reducido, concluimos que esto se debe a los talleres, a un cambio generacional en la localidad y a la sensibilidad de los adultos que aún tienen niños a su cargo.

Para terminar, identificamos que la transformación social también está inmersa en la aplicación del componente de seguimiento o vigilancia que propone la intervención. Se plantea la necesidad de este componente como un reforzamiento al cambio en el ejercicio de la salubridad. Encontramos que la aplicación de este componente se había visto interrumpida, sin embargo los agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia estaban comenzando a retomarlo.

En este sentido, ambas partes aceptan las condiciones de este componente, que implica la visita periódica de los promotores de OMSABAR o JASS a sus hogares con el objetivo de verificar el mantenimiento de la salubridad, teniendo como condición la aplicación de sanciones en caso de incumplimiento.

Observamos que el desarrollo de la intervención ha logrado que la población acepte este mecanismo como de forma natural y permanente. Afirmamos que, tanto promotores como receptores, consideran que la población no se encuentra en capacidad de mantener la salubridad por sí misma, sino que necesita un componente que los obligue a mantenerse dentro del estándar.

A pesar de que en algunos momentos pueda tornarse en una situación incómoda, ésta es aceptada como necesaria. Sin embargo, es una dimensión de la intervención que genera una actitud defensiva en respuesta a situaciones en las que la gente pueda sentirse juzgada. Sin considerar las particularidades de cada familia, el formato a partir del cual se realiza este tipo de evaluación sólo tiene la opción de calificar positiva o negativamente los hábitos de salubridad. Concluimos respecto a este punto que actualmente no existe un límite claro entre el ámbito privado y el público, pues de la misma forma, ambos pueden ser sujetos de evaluación o supeditados a visita.

## CONCLUSIONES

La Tesis presenta los hallazgos de la investigación, analizando, bajo tres dimensiones, el impacto sociocultural de la intervención de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables. Las conclusiones aquí presentadas hacen un análisis de la evidencia encontrada a la luz de la teoría e investigaciones precedentes; además, se posiciona una agenda de investigación antropológica en el campo de la promoción de la salud y, para finalizar, se reflexiona sobre el aprendizaje que la experiencia analizada deja para la aplicación de futuras intervenciones de desarrollo.

El desarrollo de la investigación se hizo sobre la pregunta: ¿Cuáles han sido los impactos socioculturales de las intervenciones de Comunidad, Vivienda y Familias Saludables en la comunidad de Parpacalle a nivel comunal, familiar e individual? Los hallazgos muestran tres dimensiones de impacto social y cultural que la intervención ha tenido en la comunidad de Parpacalle. En principio, se ha encontrado que su trayectoria genera nuevos espacios, agentes y formas de interacción local. Una segunda dimensión de impacto es la adaptación de la población al modelo propuesto, pues se ha encontrado que la intervención propone un cambio radical en la vida local. Por último, se evidencia que la

población implicada reconoce una serie de efectos, directos e indirectos, que tuvieron lugar a raíz de la intervención.

La intervención, en la comunidad de Parpacalle, se desarrolló en dos etapas. Primero, se instalaron los sistemas de agua y desagüe, bajo una lógica cooperativa entre la municipalidad y la población. Con esta primera iniciativa se construyeron cuartos de baño embarrados y adornados, hecho que permitió evidenciar la potencialidad de la población como agente de cambio. La segunda etapa, valiéndose de esta potencialidad, se realizó entre el 2009 y el 2010 buscando instaurar el modelo de Comunidad y Vivienda Saludables, para modificar la estructura tradicional de la vivienda y, así, reducir el riesgo de enfermedad en niños y adultos.

Evidenciando lo que Ferguson (1994) explica sobre el desarrollo, esta iniciativa tiene como objetivo generar mejoras en la vida local de la población. La intervención, en sí, genera un aparato desarrollista, que se dedica a la implementación, y más adelante, sostenibilidad de la intervención. En este sentido, un impacto sociocultural, tiene que ver con la instauración de una “arena política” (Olivier de Sardan 2005) en la que interactúan agentes endógenos y exógenos, desde diversas posiciones. Bajo este marco conceptual, reconocemos dos grupos estratégicos involucrados.

El primero, conformado por aquellos que denominamos Agentes de Gestión, Promoción y Vigilancia, es un grupo de poder institucionalizado

(Gluckman 1978) pues son integrantes reconocidos como parte de la estructura de desarrollo local. Entre ellos encontramos a OMSABAR, JASS y el Gobierno Comunal. El segundo grupo comprende a la población local, entendida, para efectos de la investigación, en tres niveles: comunidad, familias e individuos. En este sentido, hallamos que una fracción de la población llega a asumir roles de ambos grupos al hacerse parte de JASS o del Gobierno Comunal.

Dado que la lógica del proyecto es eminentemente participativa, la población conforma una red de sostenibilidad, cumpliendo roles de ambos grupos estratégicos. Los momentos de interacción entre estos agentes, están determinados por tres tipos de labor: gestión, promoción y vigilancia.

**Gestión:** Se refiere al momento en que se coordina y el manejo de materiales para el mantenimiento de los sistemas de agua y desagüe, tareas encargadas principalmente a los miembros de JASS y OMSABAR. El Gobierno Comunal, en diálogo con la municipalidad, desde el inicio, pide el desarrollo de la intervención, asumiendo un rol regulador, que asegura la participación de la población, antes, durante y después de las obras.

**Promoción:** OMSABAR y JASS, desde sus inicios, incluyeron en sus labores la realización de talleres para trabajar temáticas relacionadas a la salubridad y, en general, a los problemas de la comunidad. En este sentido, es a través del componente de promoción que se inserta la teoría de cambio en el conocimiento local. En adelante, los promotores serán quienes organicen el



desarrollo de capacitaciones, actividades y seguimiento, para asegurar la sostenibilidad de los cambios.

**Vigilancia:** El seguimiento, como espacio de interacción entre promotores y receptores, es el más cotidiano, pues, a través de mecanismos de vigilancia, se busca afirmar la correcta aplicación del concepto de salubridad, haciendo énfasis en el nivel familiar. Fueron los agentes de poder institucionalizado, quienes, en coordinación con la población, construyeron un cuerpo de normas y sanciones que regulan el comportamiento de la población entorno a la salubridad. Según lo observado, éste es un esquema de condicionamiento, que si bien busca la sostenibilidad de los cambios, por el contrario, no permite que el ejercicio de la salubridad sea realizado de forma independiente.

La teoría de cambio que proponen estos agentes, es de carácter estándar, es decir que se construye según la definición que externos tienen sobre la salubridad y el estilo de vida ideal. Así, como lo explicaba Ferguson (1994) los cambios se hacen partiendo de la definición que los promotores del desarrollo tienen en torno a este concepto, o a la problemática que buscan enfrentar. La intervención, entonces, propone un modelo de vivienda que contenga espacios diferenciados según las funciones que deben cumplir cotidianamente: alimentación, descanso, trabajo y producción. Incluye, además, un componente social a través del que se introduce el concepto de salubridad, como variable necesaria en la rutina local. Entonces, hallamos que la intervención construye un

esquema de cambio bajo dos objetivos: transformar la estructura de vivienda local y regular el ejercicio que la población tiene alrededor de la salubridad.

En interacción con los agentes mencionados, la población en sí misma, es el segundo grupo estratégico, como agente receptor. Tanto a nivel comunal, familiar como individual, debe adaptar sus características particulares para adecuar el esquema de vida que propone la intervención. A nivel comunal, encontramos que la adaptación tiene que ver con la participación del colectivo en el desarrollo de faenas para la instalación y mantenimiento del sistema general de agua y desagüe, y, al mismo tiempo, con el cuerpo normativo que regula el ejercicio de la salubridad. Por otro lado, familias e individuos deben adaptar su economía, conformación y rutina diaria para ejercer el esquema de salubridad propuesto.

En este sentido, se corrobora el planteamiento que Mary Douglas (1970) hace sobre la pureza, que, al ser un concepto equivalente a la salubridad, se trata de una categoría sobre la que se evalúa el funcionamiento de la sociedad. Es a partir de ella que se regula el comportamiento colectivo e individual alrededor de la limpieza, instaurando, además un cuerpo político, normas y sanciones (Scheper – Hughes y Lock 1987) que buscan asegurar el ejercicio del esquema que propone la intervención.

A la luz de los hallazgos de la investigación es posible afirmar que la manera en que la población se adapta, o en términos de Csordas (1994),

“encorporiza” la teoría de cambio se da partiendo de dos variables: género y generación.

**Género:** Evidenciamos que, dado que la población local mantiene un esquema tradicional de división del trabajo, son las mujeres quienes tienen mayor cercanía al ejercicio y mantenimiento de la salubridad. Tanto a nivel comunal, como parte de JASS, como a nivel familiar, siendo madres, abuelas o hermanas mayores, las mujeres son las principales responsables de incluir el esquema en su cotidianeidad.

Cada mujer en la comunidad ha tenido que incluir el ejercicio de salubridad en cada una de sus actividades diarias: cocinar, limpiar, ordenar y criar a sus hijos. La investigación muestra que hay una transformación impuesta respecto a las costumbres femeninas locales, de forma tal que su trabajo se habría visto sobrecargado. Sin embargo, si bien hay cierta incomodidad con el componente de vigilancia, respecto a su carga laboral, las mujeres señalan que la inclusión de servicios básicos y modificaciones en sus viviendas, actualmente, facilitan el desarrollo de sus tareas. Por otro lado, encontramos que hay un cambio relevante respecto a la participación femenina en la política local. Dada la naturaleza de la intervención en Parpacalle, hallamos que la JASS está conformada, en su mayoría por mujeres. Si bien es la única organización local de este tipo, es un indicio de que su participación en el desarrollo local ha cambiado.

**Generación:** Hallamos que existen variantes entre las estrategias de adaptación local según la edad de los involucrados. Se muestran más dificultades para adaptar los cambios entre la población de adultos mayores, respecto a sus viviendas, pero sobretodo, en relación a su comportamiento. En Parpacalle, el grueso de la población adulta, entre 20 y 50 años o adultos mayores con familia a cargo, sí han logrado adaptar los cambios a su vida cotidiana. Esta actitud, según lo que se ha observado en campo, se debe principalmente a la preocupación que tienen por favorecer el crecimiento saludable de la población infantil que tienen a su cargo. Ello demuestra que la población adecúa sus nociones y prácticas de salubridad según la conformación de sus unidades domésticas y el interés que tienen en lograr el cambio propuesto.

Este panorama, posiciona a la intervención como una “arena política”, en los términos de Olivier de Sardan (2005). En principio, respecto a la gestión y promoción; debido a que la población, a través de JASS, se hace parte del aparato de desarrollo encargado de ejercer estas tareas. La interacción, en este caso, se da entre miembros de la misma comunidad, quienes juegan roles de promotores y receptores. En el caso particular analizado, como se puede observar, la participación social (Parés 2009) sostiene el sistema de desarrollo, y es a partir de ella que se podría lograr la transformación que se está buscando.

El panorama de la intervención, como “arena política”, se complementa con el espacio de interacción que genera el componente de vigilancia o seguimiento.

En este caso, se observa cierto grado de conflicto pues la población ejerce la salubridad bajo un esquema de condicionamiento y dependencia. Observamos que si bien la población acepta la presencia constante de agentes encargados de evaluarlos, demuestran incomodidad o preocupación sobre el juicio que ellos puedan fundar respecto a ellos y el estado de sus viviendas. Los agentes de OMSABAR, hacen evidente la creencia de que los logros de la intervención se desvanecerían sin este componente. Ello suscita que la población adecúe su vida al estándar de salubridad, por condicionamiento más que por convicción.

En el caso de Parpacalle, se buscó que la población transformara sus nociones y prácticas de salubridad. Durante la investigación de campo, también se pudo observar exigencia y crítica constante por parte de los promotores. Ello genera una dificultad inminente para recoger las nociones reales de la población, pues es común que utilicen el mismo discurso que tienen los promotores para explicar lo que es una comunidad o vivienda saludable, y así evitar ser juzgados negativamente.

Encontramos una correspondencia con los hallazgos que Correa y Roopnaraine (2013) tienen respecto a esta materia. Si bien encuentran que la población considera que las exigencias del programa son parte del condicionamiento de JUNTOS, la intervención de Viviendas Saludables supone una exigencia respecto a los recursos que tienen que invertir para su



implementación. Por otro lado, al igual que en Parpacalle, la población señala sentirse incómoda con estar constantemente bajo una mirada crítica.

A diferencia de los casos que abordan los estudios del Banco Mundial (2000) y Maria Amalia Pesantes (2002a, 2002b), la presente investigación encuentra que, en el caso de Parpacalle, la población acepta los cambios e incluso afirma estar de acuerdo con la práctica de la salubridad según lo propuesto por la intervención, sin embargo, se observa que, por una serie de factores personales y familiares, estas prácticas no terminan siendo ejecutadas a cabalidad. Evidenciamos que, tanto a nivel comunal como familiar, se acepta que un espacio saludable es aquel donde la infraestructura, limpieza y orden reflejan el modelo estándar propuesto por la intervención.

A nivel comunal, la responsabilidad de mantener la salubridad recae sobre JASS y OMSABAR, pues son las entidades a través de las cuales se determinan momentos específicos, en los que la población participa en el mantenimiento local. La salubridad comunal, bajo esta lógica, no se practica de forma cotidiana. En las familias, se entiende que la salubridad es responsabilidad de los miembros de la familia, en particular, de la madre.

Los hallazgos de la investigación, en este punto, tienen convergencia con lo que encuentra Maria Amalia Pesantes (2002a, 2002b) pues afirmamos que el desarrollo de acciones entorno a la salubridad está determinada por la diversidad de actividades que la población, en este caso específico, las madres, deben

realizar de forma cotidiana. Es decir, que, a diferencia de lo que proponen los agentes de OMSABAR, el ejercicio de la salubridad o falta de él, no tiene relación directa con el desinterés de la población si no la están vigilando, sino que se trata de un esquema que se adapta y readapta a la cotidianidad de las familias, principalmente de las mujeres locales.

Identificamos, a pesar de la dificultad para recoger las nociones locales sobre salubridad, que la población reconoce una serie de cambios relevantes cuando compara el antes y después de la intervención. El planteamiento general del proyecto, propone que la reducción de riesgo de enfermedad, a través del Saneamiento Básico y Viviendas Saludables, permitiría que la población cuente con salud, herramienta indispensable para desarrollar otros aspectos de su vida. Este es un aspecto que Aramburú (2013) menciona, entendiendo que la intervención, bajo la lógica de los programas sociales de protección, tiene como objetivo resguardar la salud. Sería a partir de esta reducción de los riesgos, que la población tendría la posibilidad de desarrollar sus capacidades, para lo que se pueden implementar programas habilitadores y promotores.

Desde la perspectiva local, se identificaron tres aspectos de transformación social y cultural:

**Calidad de Vida:** La población evidencia en su discurso, tres aspectos bajo los que considera que su calidad de vida ha cambiado. En principio, la oferta de servicios básicos, permite que vivan con las mismas comodidades que podrían

tener en la ciudad, con la diferencia de que vivir en su comunidad se les hace menos complicado. En segundo lugar, consideran que la intervención ha generado una preocupación constante por el cuidado infantil, pues ahora es común que los niños estén limpios y acudan al centro de salud con regularidad. Por último, la intervención tuvo efectos sobre el compromiso femenino con la economía familiar, el desarrollo de talleres ha logrado que las mujeres se involucren en actividades económicas, dentro y fuera de la comunidad, habiéndose diversificado su campo laboral.

**Potencial Turístico:** La vistosidad que genera la intervención en la comunidad, de acuerdo a los lineamientos del proyecto, tiene dos posibilidades de ser explotada. Hemos encontrado que existe la posibilidad de posicionar a Parpacalle dentro de un mercado de turismo que contribuye a la ampliación de la industria del desarrollo. Se trata de la modalidad de “pasantías”, que son visitas organizadas para personas o grupos externos que quieran conocer la experiencia de desarrollo local para replicarla en otro espacio.

Por otro lado, siguiendo el ejemplo del proyecto piloto aplicado en la comunidad de Siusa, la población menciona que su comunidad puede recibir un beneficio económico posicionándose como un destino de turismo vivencial. Se observó que los promotores locales, JASS y Directiva Comunal, plantean la necesidad de que todas las familias tengan sus viviendas en buen estado, para que todos puedan percibir un beneficio económico del resultado de la intervención.

**Reducción del Índice de Alcoholismo:** Por último, se encontró que la población identifica como un problema la existencia de alcoholismo en su comunidad. Explican que, antes de la intervención, había muchas personas que sufrían de esta adicción, lo que generaba una mala convivencia a nivel comunal. Este punto se posiciona como relevante para la población local, pues el alcoholismo es visto como una enfermedad, hecho por el que debía erradicarse para lograr el objetivo de la Comunidad Saludable. OMSABAR, en coordinación con JASS, desarrolló talleres en los que se explicó sobre el problema y donde se acordaron medidas para disminuirlo. En la comunidad, desde entonces, está prohibida la venta de bebidas alcohólicas, específicamente cañazo. Encontramos que quienes han cambiado este aspecto de su vida, ya en un plano más individual, principalmente son personas que tienen infantes a su cargo.

Además de dichos cambios, la investigación encuentra una transformación importante respecto a la percepción que la población tiene actualmente sobre los límites de su privacidad. Tanto la población, como la OMSABAR, consideran que el componente de vigilancia debe ser constante, y esto es algo que los locales han tenido que aceptar, estando de acuerdo o no. Según lo que se ha podido observar, no hay una diferencia clara entre lo privado y lo público, pues, parece ser una necesidad irrefutable el hecho de que la población sea constantemente evaluada en los tres niveles: comunal, familiar e individual.

Según el testimonio de los involucrados, la población no estaría preparada para ejercer la salubridad por sí misma y esta forma de acompañamiento, es la única que podría asegurar la sostenibilidad de los cambios. Esto tiene correspondencia con lo que encuentra Carmen Yon (2000) respecto a los proveedores de salud, pues se construye un retrato de la población, que la posiciona como un agente sin la capacidad de elegir y decidir entorno a su propia salud. En cambio, se logra establecer un espacio de interacción caracterizado por una actitud defensiva por parte de la población. Ello se debe a que el tipo de evaluación al que se ven sometidos, no sólo es constante, sino que determina si están viviendo bien o no.

Como se puede observar, los hallazgos de la investigación muestran una serie de impactos sociales y culturales, directos e indirectos. La trayectoria de la intervención involucra un impacto social, pues la población es el principal agente de cambio, siendo ellos quienes aceptan su implementación y se comprometen con su desarrollo. Así, agentes de poder institucionalizado se enfocan a regular, en adelante, el comportamiento de la población alrededor del orden y la limpieza de viviendas e higiene de individuos. La población, por su parte, debe adaptar sus recursos, organización y actividades cotidianas para hacerse parte de las exigencias de la intervención.

La adaptación al esquema se da en cada nivel. En el plano comunal, se adapta la organización y se busca generar un espacio de buen vivir. A nivel



familiar, son las mujeres quienes asumen la responsabilidad entorno a la salubridad en sus hogares. Ellas deben integrar sus actividades cotidianas al desarrollo de actividades que les permitan mantener la limpieza y orden en sus viviendas. En cuanto a lo individual, encontramos que también tiene que ver con las tareas que las mujeres cumplen respecto a la intervención. En sus casas y como parte de la JASS, las mujeres se encuentran cambiando sus roles, en varios casos se vio que son ellas quienes tienen iniciativas de negocio en la comunidad.

Según lo encontrado, los efectos de la intervención, son reconocidos en dos dimensiones: aquellos que la población identifica y los que la investigación nos ha permitido dilucidar. Respecto a lo que la población identifica, ellos explican que ha cambiado su calidad de vida, el potencial turístico de su comunidad y se ha reducido el índice de alcoholismo. Estos tres aspectos tienen una característica en común y es que los tres son parte de un nuevo esquema comunal, responden a una necesidad de ordenar la experiencia de vida local para lograr una Comunidad Saludable.

Al mismo tiempo, a pesar del esfuerzo porque Parpacalle sea una comunidad saludable, la investigación encuentra que hay una transformación importante sobre la percepción respecto a lo público y lo privado. El componente de seguimiento implica para la población un condicionamiento que establece como normal la injerencia de un agente de vigilancia que corrobore el ejercicio de la salubridad en cada vivienda, este aspecto genera incomodidad en la población y,

sobretudo, no permite que sean ellos mismos quienes aprehendan la importancia de la salubridad, sino que genera un condicionamiento de difícil superación para la sostenibilidad.

### **Apuntes para una Agenda de Investigación Antropológica**

La investigación da luces sobre el tipo de injerencia que tienen las políticas sociales o iniciativas de desarrollo, ya sean privadas o públicas, sobre la vida cotidiana de una población. Según lo que se ha observado en el campo, aún quedan puntos que pueden ser investigados desde el enfoque antropológico. En principio, es importante que la disciplina continúe acercándose a las implicancias del desarrollo en la experiencia de vida de la población. Tanto en el aspecto público, como en el privado, es importante conocer de cerca lo que significa el desarrollo para la cotidianeidad de una población, es a partir de este enfoque que se podrían identificar los matices necesarios para mejorar la efectividad en el diseño e implementación del desarrollo.

En particular, la intervención analizada tiene implicancias directas sobre el contexto doméstico. Ello nos lleva a afirmar que es necesario e importante que futuras investigaciones indaguen sobre el rol que cumple la población femenina en la implementación del desarrollo. Por un lado, pareciera que la intervención genera una carga extra en las tareas cotidianas de este grupo poblacional, sin embargo, son ellas quienes resaltan los beneficios que ha tenido. Quedaría pendiente

analizar cómo es que las mujeres adquieren protagonismo en otras esferas de su comunidad a partir de programas enfocados al ámbito doméstico.

### **Reflexiones Finales**

Las dimensiones que ha tratado la Tesis nos muestran diversos aspectos desde los cuales se evidencia la incidencia de las políticas públicas en la vida cotidiana de una población. En este último punto, reflexionamos sobre el aprendizaje que deja la intervención analizada, considerando que ha tenido aciertos y desaciertos.

En principio, explorar sobre la trayectoria de la intervención demuestra que es posible que el Estado genere mecanismos de co-gestión y co-financiamiento, permitiendo que la población asuma responsabilidades frente al proyecto. Desde la investigación, consideramos que este esquema contribuye a disminuir las intervenciones asistencialistas que, por mucho tiempo, estuvieron en boga en el Perú. Relacionado a ello, los resultados de la intervención evidencian que la población puede no sólo actuar como receptora, sino que también tiene la capacidad de hacerse cargo de su propio desarrollo. La lógica participativa de la intervención propone un nuevo esquema pues se trata de un trabajo conjunto.

Ello se evidencia cuando al conversar con los adultos mayores, ellos consideran que el Estado debería asumir todo, desde el financiamiento hasta la ejecución. En cambio, se ha podido observar que, para el resto de la población,

este no ha supuesto un problema, a pesar de la inversión económica y de tiempo que tuvieron que hacer.

Por otro lado, es importante reflexionar alrededor del mecanismo mediante el que se condiciona a la población a ejercer la salubridad. Este es un esquema que sigue el modelo tradicional de educación que, hasta la actualidad, se mantiene en las escuelas públicas. Desde el principio, la intervención parte de la premisa de que la capacidad de la población por aprender contenidos es limitada, de forma tal que sólo podrá entender y aplicar el esquema que se le presenta si se encuentran constantemente vigilados. De igual modo funciona en una escuela, el docente da su clase por dictada, el alumno debe aprender el contenido de memoria, luego es evaluado y castigado si no lo hace correctamente.

La evidencia muestra que éste es un esquema que no asegura, como se creía, la sostenibilidad de los cambios. A pesar de que a un inicio se reconoce la potencialidad de la población como agentes de cambio. La dependencia generada por este mecanismo, refuerza el estereotipo de una población rural sin capacidad analítica ni interés por su propio desarrollo, al nivel de una población infantil. Las intenciones del componente social de la intervención, si bien a un inicio fueron fortalecer las capacidades locales, luego se fue perdiendo este enfoque.

Consideramos que futuras intervenciones en este campo necesitan trabajar de forma directa con la capacidad de la población. En este sentido, proponemos incluir en el componente social una metodología activa, que permita a la población

identificar la importancia, en este caso, de la salubridad y la salud, a partir de su propia experiencia social y cultural, de forma tal que los cambios no sean ajenos a su realidad. Como se ha podido observar, la participación en la intervención se limita a la inclusión de la población en el aparato desarrollista, sin embargo, no implica la instauración de espacios en los que ellos puedan opinar o comparar su cultura con el esquema que se les propone. Ello genera que la salubridad, en la mayoría de casos, no se ejerza por convicción sino sólo por obligación.

Creemos que, además de llevar a cabo un componente social con metodología activa, dado que se ha observado una sobrecarga de responsabilidad en las mujeres respecto a la salubridad, es necesario que estas intervenciones contengan en su componente educativo las variables de género y generación. Así, consideramos necesario incluir de mejor manera a los varones, para que, al igual que las mujeres, asuman responsabilidades directas sobre el ejercicio de la salubridad. Al mismo tiempo, creemos necesaria la creación de espacios en los que la población infantil pueda aprender respecto al ejercicio de la salubridad, pues, en el tiempo, serán ellos los encargados de aplicarla en sus comunidades.

Por otro lado, la investigación nos ha permitido evidenciar que en el discurso local se afirma la necesidad de practicar la salubridad, éste es un cambio que no se evidencia en el plano práctico, es decir en el comportamiento diario de la población. En este sentido, afirmamos que, si bien la intervención busca generar un cambio en el comportamiento local respecto a la salubridad, éste no se logra



debido a que se trata de un proceso que necesita de un mecanismo que vaya más allá de un sistema de castigo y recompensa, como se ha planteado hasta ahora.

Nuestros hallazgos muestran que, si bien hay un interés de la población por ejercer la salubridad, su aplicación es ponderada continuamente con otras actividades que la población, principalmente femenina, tiene que realizar a diario. Esto demuestra que es necesario revisar la dirección con la que se propone el cambio, pues si bien se busca que la población se adapte a lo propuesto, en la práctica la población adapta lo propuesto a sus prácticas de vida ya instauradas, así, se pueden tener dificultades para ejercer la salubridad por temas relacionadas a las prioridades familiares e individuales, o las costumbres entorno al uso del tiempo y el espacio.

A la luz de los datos, como mencionamos en estos párrafos, afirmamos que es inminente el planteamiento de nuevos enfoques para la ejecución y acompañamiento de este tipo de intervenciones. Al 2015, encontramos que el Ministerio de Vivienda tiene entre sus programas dos programas que conciernen al tema aquí trabajado: el Programa Nacional de Vivienda Rural y el Programa Nacional de Saneamiento Básico Rural.

Según la información con la que cuentan ambos programas en sus sitios web<sup>22</sup> se trata de iniciativas cuyo rango de implementación es cada vez mayor. Contrariamente a lo que propone Aramburú (2013), relacionado a que este tipo de

---

<sup>22</sup> <http://www.vivienda.gob.pe/pnvr/>, <http://pnsr.vivienda.gob.pe/portal/>

políticas deben aplicarse de forma anti-cíclica cuando la economía se encuentra en recesión, a pesar del crecimiento económico, estas iniciativas parecen haberse expandido por todo el territorio. En ambos casos, se puede observar que se incluye un componente social, que tiene el mismo enfoque que el aquí analizado.

¿Qué significa la expansión de estas iniciativas? El desarrollo de este tipo de programas supone, para el desarrollo, la implementación de servicios básicos y ambientes saludables para la zona rural del país, lo que daría las condiciones básicas a la población para poder desarrollar sus vidas en otros aspectos. Sin embargo, en principio, llama la atención que, a pesar de que hay experiencias exitosas de la integración de ambas políticas, saneamiento básico y vivienda saludable, el Ministerio los mantiene separados. A esto se suma el hecho de que no hay una política multisectorial que incluya al sector salud en el desarrollo de estas iniciativas, más allá de encargarles la evaluación de la calidad del agua para el consumo humano.

Desde una mirada occidental, externa al sector rural, este tipo de políticas es ineludible pues genera las condiciones básicas para que un individuo pueda desarrollarse, hecho que se ve reflejado en nuestra evidencia, pues se han encontrado logros significativos en relación a la experiencia de vida local. Nos preguntamos entonces ¿qué es lo que falta? Encontramos, como se ha descrito durante la Tesis, deficiencias principalmente entorno a la práctica de la salubridad.

Al respecto, consideramos que si bien la estrategia de enfoque participativo ha logrado incluir y comprometer a las autoridades locales con el nuevo enfoque de vida propuesto, el mecanismo de condicionamiento que lo acompaña, no es la estrategia idónea para lograr el cambio propuesto. Bajo este panorama, es necesario replantear este tipo de iniciativas de forma tal que sea la población misma quien encuentre sus propias estrategias para integrar el ejercicio de la salubridad en sus vidas, como parte de sus convicciones y no como una obligación.

En este sentido, los hallazgos de la investigación nos alertan sobre la posibilidad de que, dado que la población actúa por obligación, el componente de vigilancia se agotará, al punto en el que se pierda toda la inversión ya hecha. Por ello, creemos que es necesario que las intervenciones, tanto en el campo del desarrollo, como de la salud, reconozcan la capacidad de la población para cambiar por sus propios medios e ideales. Ello permitirá que estas iniciativas no sean solamente un espejo de políticas dedicadas nada más a la protección, sino que fomenten el desarrollo de capacidades en la población y que, más adelante, con salud y un medio ambiente idóneo, pueda desarrollarse en otros campos.

## ANEXOS



## Anexo N°1: Entrevistas Realizadas

N°	Lugar	Actores	Cod. Entrevistados	
1	Comunidad de Parpacalle	Familias	Fam. I	FAM.I_M
2			Fam. II	FAM. II_H
3				FAM. II_P
4			Fam. III	FAM. III_M
5			Fam. IV	FAM. IV_M
6			FAM. IV_P	
7		Fam. V	FAM. V_M	
8			FAM. V_P	
9		JASS	JASS Actual	PJASS_1
10				PJASS_2
11				PJASS_3
12	JASS de Proceso		PJASS_4	
13	Gobierno Comunal	Presidente	PDC_1	
14		Fiscal	PDC_2	
15	Vaso de Leche / Pensión 65	Encargada Municipal	PPROGSOCIAL_1	
16	Escuela / Inst. Machupicchu	Profesor	PESCUELA_1	
17	Centro de Salud	Médico	PSALUD_1	
18		Personal de salud de Proceso	PSALUD_2	
19	Personas involucradas en el proceso	Promotora Parpacalle Proceso	SSPROCESO_1	
20		Ex alcalde	SSPROCESO_2	
21	Funcionarios Municipales	Encargada Actual	SSOMSABAR_1	
22		Encargada Anterior	SSOMSABAR_2	
23		Promotores OMSABAR	SSOMSABAR_3	
24			SSOMSABAR_4	
25		Alcalde	SSMUNI_1	
26	Cusco	Funcionarios Regionales	Consultor de PRONASAR en la zona	CPRONASAR_1
27		ONGs con influencia en la zona. Antes-Ahora	CARE	CONG_1



## Anexo N°2: Imágenes de Parpacalle antes de la Intervención

1. Vivienda antes de la intervención de Viviendas Saludables



## 2. Uso del Agua antes de la Intervención



## 3. Cocina antes de la intervención



#### 4. Dormitorio antes de la intervención



Fuente: SABAR PERÚ - <https://es-es.facebook.com/SABAR.Peru>



### Anexo N°3: Guía de Verificación del Saneamiento Intradomiciliario

#### Guía para la verificación del Saneamiento Intradomiciliario (SID), hábitos de higiene y enfermedades ligadas a Saneamiento. (COSUDE, Gobierno Regional Cusco, Ministerio de Salud y otros)

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Provincia: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Comunidad/Anexo/Sector: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del usuario:

Ubicación del domicilio (referencia):  
\_\_\_\_\_

N° de miembros de la familia:

Total: \_\_\_\_\_ varones: \_\_\_\_\_ mujeres: \_\_\_\_\_

#### 2. VERIFICACIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE

##### 2.1. AGUA

2.1.1. ¿Consumen agua clorada?

2.1.2. ¿La almacenan en depósitos limpios y con tapa?

2.1.3. ¿Sacan el agua almacenada sin contaminarla (en jarra)?

2.1.4. ¿Utilizan el agua directamente del caño?

2.1.5. ¿La batea está limpia y funcionando?

##### 2.2. HIGIENE PERSONAL

2.2.1. ¿Las personas están aseadas?

2.2.2. Lavado de manos

- ¿Tienen las manos limpias? (verificar)
- ¿Se lava las manos a chorro? (verificar)
- ¿Se lava las manos antes de preparar los alimentos?
- ¿Se lava las manos antes de comer?
- ¿Utiliza jabón o ceniza para lavarse? (verificar)

##### 2.3. LETRINAS

2.3.1. ¿Tienen letrinas o baño?

2.3.2. ¿La letrina o baño está limpio? (verificar)

2.3.3. ¿Usan letrina o baño?

2.3.4. ¿Se lavan las manos después de usarla?

##### 2.4. VIVIENDA

2.4.1. ¿La cocina está limpia y ordenada? (Observar)

2.4.2. ¿Los utensilios de cocina están limpios y protegidos (observar)

- 2.4.3. ¿Usan el corral para los animales mayores y menores?  
 2.4.4. ¿El patio y alrededor de la vivienda están limpios? (sin heces)

**2.5. DISPOSICIÓN DE BASURA**

- 2.5.1. ¿Entierran la basura o la echan en el microrrelleno sanitario? (observar)

**TOTAL:** En este punto se realiza la sumatoria de los puntajes obtenidos por la familia en los rubros antes mencionados.

*“Calificación: En la calificación de cada uno de los ítems registrar con el N°1 (un punto) si la respuesta o conducta observada es positiva, y 0 (cero), si es negativa o no está presente”*

**3. PRESENCIA DE ENFERMEDADES EN EL MES ANTERIOR**

**3.1. EDA**

- 3.1.1. ¿Se presentó diarrea en menores de 5 años? N° de casos  
 3.1.2. ¿Se presentó diarrea en mayores de 5 años? N° de casos

**3.2. ENFERMEDADES DE LA PIEL**

- 3.2.1. ¿Se presentaron enfermedades de la piel entre menores de 5 años? N° de casos  
 3.2.2. ¿Se presentaron enfermedades de la piel entre mayores de 5 años? N° de casos

**Nota:** El material presentado en el presente anexo es la copia fiel del modelo de visita domiciliaria ideada por el proyecto y desarrollada hasta la actualidad por los promotores de la OMSABAR. Cada familia tiene una ficha y se hacen visitas que deberían ser más o menos una vez a la semana.



**BIBLIOGRAFÍA**

APPLETON, Brian

1987 Una Agenda para la Acción, Vivienda y Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

De:<http://www.bvsde.paho.org/eswww/fulltext/vivienda/vivisalu/vivisalu.html>

ARAMBURÚ, Carlos E.

2001 Los desafíos de la lucha contra la pobreza extrema en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico. 289pp.

2013 “Economía, desigualdad y Políticas Sociales en el Perú”. En: Aramburú, Carlos E. (coord.) Políticas Sociales en el Perú. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Pp. 17 – 76.

ARAUJO, Ana Isael y Giovanna GROSS

2011 Sistematización del Proyecto “Viviendas Saludables en cinco caceríos de la zona rural de Cajamarca” lecciones aprendidas en la gestión concertada entre comunidad rural, sector salud y empresa

privada. Lima: PUCP- Tesis de Magistratura en Gerencia Social.  
92pp.

BANCO, MUNDIAL, PROGRAMA DE AGUA Y SANEAMIENTO, UNICEF

2000 Saneamiento y cultura: Síntesis de un estudio antropológico sobre saneamiento en el área rural de Bolivia. Lima: Banco Mundial. Prograa de Agua y Saneamiento. 19pp.

CIUFFOLINI, María Beatriz y Huberto JURE

2006 “Estrategias de comprensión integral del proceso salud/enfermedad: Aportes desde la perspectiva de Vivienda Saludable” En: Astrolabio, No. 3, Noviembre 2006.

Recurso

Electrónico: <http://www.astrolabio.unc.edu.ar/articulos/viviendasaludable/articulos/ciuffolini-jure.php>

CHAMBERS, Robert

1983 Rural Development: Putting The Last First. Essex: Longmans Scientific and Technical Publishers.

COLMEGNA, Paula y Alejandro ISLA comp.

2005 Política y poder en los procesos de desarrollo: debates y posturas entorno a la aplicación de la antropología. Buenos Aires: De Las Ciencias, FLACSO. 305pp.

CORREA, Norma y ROOPNARAINÉ

2014 Pueblos Indígenas y Programas de Transferencias Condicionadas: Estudio etnográfico sobre la implementación y los efectos socioculturales del Programa Juntos en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú. Lima: BID: PUCP: IFPRI. 111pp.

CSORDAS, Thomas J. ed.

1994 Embodiment and experience: the existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press. 305pp.

DOUGLAS, Mary

1970 Pureza y Peligro: Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. México: Siglo Veintiuno. 243pp.

EDELMAN, Marc & Angelique HAUGERUD eds.

2005        The anthropology of development and globalization: from classical political economy to contemporary neoliberalism. Malden, Oxford: Blackwell. 406pp.

ESCOBAR, Arturo

1998        La invención del tercer mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo. Barcelona: Norma. 475pp.

FERGUSON, James

1994        The Antipolitics machine: Development, Depoliticization, and Bureaucratic Power in Lesotho. Minesota: Cambridge University Press. 320pp.

FOUCAULT, Michel

2013 [1963]        El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. 2da ed, 2da reimpresión. Buenos Aries: Siglo Veintiuno Editores.

GLUCKMAN, Max

1978 Política, derecho y ritual en la sociedad tribal. Madrid: Akal. 377pp.

GOOD, Byron

2003 Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra. 375pp.

GOOD, Byron ed.

2010 A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities. Chichester: Wiley-Blackwell. 559pp.

SCHEPER-HUGHES, Nancy y Margaret M. LOCK

1987 “The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology”. En: Medical Anthropology Quarterly, Vol. 1, pp. 6-40.



MENÉNDEZ, Eduardo

1999 “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes” En: Estudios Sociológicos 46, pp. 37-61

Recurso virtual:

<http://www.ciesas.edu.mx/biblioteca/BIBLIOGRAFIAS/DA-%20REARTES-OSORIO/36.%20R-O.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ

2005 Guía de Implementación del Programa Familias y Viviendas Saludables. Lima: MINSA. 97pp.

2006 Programa de Familias y Viviendas Saludables. Lima: MINSA. 32pp.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SALVADOR

2010 El agua y el saneamiento ambiental dinamizadores del desarrollo económico. Experiencia de Gestión en la Municipalidad Distrital de san Salvador 2004-2009. Sistematización por: YEPEZ, Nay Ruth. Cusco: MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN SALVADOR

NICHTER, Mark

2006 “Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica” En: Desacatos 20, pp. 109-132.

Recurso virtual: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/139/13902005.pdf>

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre

2005 Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change. London: Zed books. 243pp.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

1951 Measures for the Economic Development of Under- Developed Countries: Report by a Group of Experts Appointed by the Secretary – General of the United Nations. New York: United Nations. 120pp.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

1986 Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Ottawa: OMS. 4pp.

Recurso Electrónico:

<http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp->

[content/themes/tema\\_memorias\\_confpes2012/downloads/Cursos/LA](http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/LA)

[APLICACION DEL ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALE](#)  
[S/Materiales\\_y\\_documentos/ottawachartersp.pdf](#)

1989 Health principles of housing. Ginebra: OMS. 44pp.

Recurso

Electrónico: [http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9241561270\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9241561270_eng.pdf)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

1999 Documento de Posición OPS sobre políticas de Salud en la Vivienda.

Washington, D.C. La Habana: OPS.

Recurso Electrónico:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/posicion/posicion.html>

PARÉS, Marc coord.

2009 Participación y calidad democrática: Evaluando las nuevas formas de democracia participativa. Barcelona: Ariel. 471p.

PÉREZ, Artemio

2011 “La experiencia del distrito de San Salvador, Cusco” En: Políticas de promoción económica en municipalidades rurales. Pp.90-113

PESANTES, María Amalia

2002a Repensando las potencialidades, responsabilidades y retos de la antropología médica en el Perú: Reflexiones a partir de una investigación sobre cultura sanitaria en comunidades campesinas de Andahuaylas. Lima: PUCP- Tesis de Licenciatura en Ciencias Sociales. 197pp.

2002b “Ideas, sensaciones y objetos asociados a la suciedad en el campo”. En: Anthropologica, Vol. 20, No. 20 (2002)

Recurso

Electrónico: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/articulo/view/522/512>

2003 Metodologías Participativas en Educación Sanitaria: Una Adaptación de PHAST para Comunidades Rurales Andinas del Perú. Apurímac: ProAnde.

### RED VIVIENDA SALUDABLE (Red VIVSAL)

2002 Folleto: Red Interamericana de Vivienda Saludable. OPS.

Recurso

Electrónico: <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/iniciativa/folleto.pdf>

### RED PERUANA DE VIVIENDA, AMBIENTE Y SALUD (Red VAS)

2000 Documento interno: Diagnóstico sobre Salud en la Vivienda en el Perú. Lima: Red VAS.

TOMMASOLI, Massimo

2003 El desarrollo participativo: Análisis sociales y lógicas de planificación. Madrid: IEPALA. 217pp.

YON, Carmen

2000 Preferencias reproductivas y anticoncepción: Hablan las mujeres andinas. Lima: Movimiento Manuela Ramos. 295pp.