

Reporte de la línea de base

Author

MSH

Date of Publication

April 2011

Development Objective

La salud materno-infantil (SMI) y la planificación familiar (PF) han mejorado en niños menores de 2 años, gestantes y mujeres en edad fértil (MEF) en el ámbito de intervención del proyecto.

Suggested Keywords

HCM II, Peru, MSH, Spanish

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development and under the Leader with Associates Cooperative Agreement GPO-A-00-05-00024-00.

The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

HCM II

Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155
Telephone: (617) 250-9500
<http://www.msh.org>



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PERU

MUNICIPIOS Y
COMUNIDADES
SALUDABLES II



PROYECTO MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

INFORME DE LINEA DE BASE

Abril, 2011

INDICE

GLOSARIO	4
I. RESUMEN EJECUTIVO DE LA LINEA DE BASE	5
I. ANTECEDENTES.....	10
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
III. ÁMBITO DE ESTUDIO	12
IV. METODOLOGÍA.....	13
4.1 Diseño de la Metodología Cuantitativa.....	13
4.1.1 Población del estudio:.....	13
4.1.2 Marco muestral y diseño muestral del estudio:	14
4.1.3 Unidades de Muestreo	14
4.1.4 Tamaño de la Muestra:	15
4.1.5 Dimensiones e indicadores de estudio:	16
4.1.6 Instrumentos de recolección:.....	19
4.1.7 Validación De Instrumentos	19
4.1.8 Control De Calidad En La Generación De La Información	20
4.1.9 Procesamiento De Datos.....	20
4.1.10 Técnicas De Análisis.....	20
4.2 Metodología Cualitativa	21
4.2.1 Diseño Muestral Cualitativo:.....	21
4.2.2 Dimensiones a evaluar	24
4.2.3 Instrumentos De Recolección	24
4.2.4 Validación de instrumentos y capacitación.....	25
4.2.5 Procesamiento de Datos	25
4.2.6 Análisis de la Información	25
V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
5.1 Características de la población estudiada:.....	26
5.2 Marco de resultados a nivel de efecto según áreas de salud	29

5.2.1	Nutrición Infantil	29
5.2.2	Salud Infantil.....	35
5.2.3	Salud Sexual y reproductiva: Planificación familiar.....	48
5.2.4	Salud materna	57
5.3	Marco de resultados a nivel de resultados intermedios según componentes del proyecto	66
5.3.1	Resultado Intermedio 1: Prácticas comunales más saludables en mejora de la SMI y adopción de PF/SR.....	66
5.3.2	Resultado Intermedio 2: El enfoque de MCS II ha sido adoptado por instituciones de los sectores público y privado.	89
5.3.3	Indicadores del R2: El enfoque de MCS II ha sido adoptado por instituciones de los sectores público y privado.	104
5.4	Decisión de monitoreo de los indicadores de efecto según resultados de la línea de base (según tabla de decisiones de LQAs).	105
5.4.1	Resultados de la línea base a nivel de de nutrición infantil	105
5.4.2	Resultados de la línea base a nivel de de salud infantil	106
5.4.3	Resultados de la línea base a nivel de salud sexual y reproductiva por área de supervisión	107
5.4.4	Resultados de la línea base a nivel de salud materna por área de supervisión.....	108
VI.	CONCLUSIONES.....	109
VII.	BIBLIOGRAFÍA	111
VIII.	ANEXOS.....	113

GLOSARIO

USAID	:	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
CRED	:	Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED)
CUI	:	Código Único de Identificación (CUI)
DNI	:	Documento Nacional de Identidad (DNI)
ETL	:	Equipos Técnico Locales (ETL)
EDA	:	Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
EESS	:	Establecimiento de Salud (EESS)
UNICEF	:	Fundación de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
GL	:	Gobierno Local (GL)
IRA	:	Infección Respiratoria Aguda (IRA)
JVC	:	Junta Vecinal Comunal (JVC)
MCS	:	Municipios y Comunidades Saludables (MCS)
MSH	:	Management Sciences for Health (MSH)
MINSA	:	Ministerio de Salud (MINSA)
MEF	:	Mujeres en Edad Fértil (MEF)
MAC	:	Método Anticonceptivo (MAC)
LME	:	Lactancia Materna Exclusiva (LME)
LB	:	Línea de Base (LB)
ODL	:	Oficina de Desarrollo Local (ODL)
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud (OPS)
OMS	:	Organización Mundial de la Salud (OMS)
PPFF	:	Planificación Familiar (PPFF)
PDA	:	Programa de Desarrollo Alternativo (PDA)
TRO	:	Terapia de Rehidratación Oral (TRO)
SMI	:	Salud Materna Infantil (SMI)
SR	:	Salud Reproductiva (SR)
SRO	:	Salas de Rehidratación Oral (SRO)
UPM	:	Unidad Primaria de Muestreo (UPM)
USM	:	Unidad Secundaria de Muestreo (USM)
GIVS	:	Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS)

I. RESUMEN EJECUTIVO DE LA LINEA DE BASE

Management Sciences for Health ha desarrollado este estudio de línea de base del proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) II, en el marco del convenio con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que recoge las lecciones de aprendizaje de una primera experiencia y en esta nueva intervención se tiene como objetivo el aumento del uso de prácticas y servicios de salud materno infantil (SMI) y planificación familiar (PF) así como salud reproductiva (SR) en las comunidades de su ámbito de intervención, a partir de la implementación de un modelo de intervención validado que aborda las practicas de salud desde el espacio familiar, comunal, local y regional, para ello se trabajará en asocio con instituciones públicas y privadas, orientándonos a la sostenibilidad del modelo.

El Objetivo general del estudio fue: Determinar el valor inicial para los indicadores de efecto y resultados intermedios del Proyecto Municipios y Comunidades Saludables II en las regiones de San Martín, Ucayali y Ayacucho.

La metodología del estudio: Se aplicó el método observacional descriptivo, desarrollando una metodología de triangulación, la metodología cuantitativa aplicó el método de muestreo Lot quality assurance sampling, o muestro por lotes para aseguramiento de calidad (LQAs); así mismo para medir los resultados intermedios se ha realizado un estudio documentario y en el caso de la metodología cualitativa se ha desarrollado el método de estudio caso múltiple que ha permitido explorar y explicar las aproximaciones de las percepciones de los hechos desde los actores que están involucrados en la intervención del proyecto.

El diseño muestral tuvo dos fases, en la primera se estratificó a las comunidades por áreas de supervisión y se seleccionó aleatoriamente las comunidades (primera unidad de muestreo) por medio de un muestreo aleatorio simple. La segunda fase consistió en un mapeo de familias elegibles y la selección al azar de las viviendas elegibles (segunda unidad de muestreo) con niños en el rango de 0 a 5 meses y de 6 a 23 meses al interior de las comunidades previamente seleccionadas.

A nivel cualitativo el muestreo fue “teórico” o intencionado basado en las necesidades de la información que alcance explicaciones de los indicadores, cuidando la selección de casos extremos para reducir sesgos.

El tamaño de la muestra del estudio observacional descriptivo ha sido de 683 casos, con tres sub grupos de estudio: niños de 0 a 5 meses de edad (163 casos), niños de 6 a 23 meses de edad (179 casos) y mujeres en edad fértil (341 casos), se ha cuidando los criterios de validez de estimación, para ello se ha tomado como un nivel de precisión entre +/-6% a +/- 8% (según sub-población del estudio) y un nivel de confianza de 95%, cuidando tener una muestra conservadora y fiable, siguiendo el método del LQAS. Para el caso del estudio documentario ha sido en base al número de comunidades (170), distritos (21) y regiones (3) que representan el universo de ámbito.

A nivel del estudio cualitativo se tuvo una muestra de 62 entrevistas entre individuales (42) dirigida a personal de salud, autoridades de gobiernos locales, funcionarios de Oficinas de Desarrollo Local y grupos focales a JVC y ETL(20).

Análisis e interpretación: Los datos han sido analizados en SPSS aplicando un análisis univariado y bivariado de las prevalencias de los principales indicadores, el cual servirá como referencia para posteriores evaluaciones. Además se ha desarrollado un proceso de análisis por áreas de supervisión según LQAs, identificando criterios de decisión para priorizar las intervenciones según resultado promedio.

El análisis cualitativo se ha realizado con la ayuda de un aplicativo ATLAS.TI, que ha permitido organizar los contenidos según categorías de análisis y proceder a su interpretación en función con los indicadores de resultado intermedio, buscando asociaciones de hechos y argumentos que están explicando determinados comportamientos y significados en el proceso que involucra cada indicador.

Resultados:

- A nivel del estado nutricional se encontró que un 9.6% de niños de 0 a 23 meses de edad tienen desnutrición crónica, siendo mayor en el grupo de niños comprendidos en el rango de 6 a 23 meses de edad con un 13.4% según parámetros de OMS, este comportamiento sigue la tendencia de déficit de talla que ocurre durante los primeros 2 años de vida, con énfasis a partir del periodo de inicio de ablactancia, posterior a este periodo es difícil la recuperación según referencias internacionales en América Latina y el Caribe⁽¹⁾. Es preciso mencionar que el bajo porcentaje de desnutrición en la LB, estaría siendo producto de un efecto de las intervenciones previas que se tuvo con el proyecto de MCS I, en razón a que las comunidades de esta nueva intervención son comunidades donde se intervino en años anteriores. En este escenario será importante el desarrollo de un estudio caso-control en distritos con características similares de la intervención anterior para determinar el efecto de la primera intervención que sustente estos resultados de la línea base.
- La LB muestra un valor de 88.3 por ciento de niños y niñas de 0 a 5 meses de edad que han recibido lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas y en el caso de la ENDES 2010 en el ámbito rural reporta un 83.9 por ciento.
- Según la norma de CRED vigente desde diciembre 2010, se ha determinado un mayor nivel de exigencia en la frecuencia de comidas sólidas-semisólidas en el niño de 6 a 23 meses por día, en la LB se encontró que solo el 36.6 por ciento de niños de 6 a 23 meses de edad han recibido de 5 a más comidas sólidas o semi-sólidas por día. Es importante mencionar que hasta fines del año 2010 la ENDES midió la frecuencia de 3 a más comidas sólidas o semi-sólidas en niños y niñas de 6 a 23 meses, el reporte ENDES 2009 en zona rural encontró este indicador en un 85.1 por ciento, mientras que la LB encontró un 93.7 por ciento de niños y niñas que consumen de 3 a más comidas sólidas o semisólidas por día.
- El acceso de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad a programas nutricionales alcanza a un 78.2 por ciento de los niños, destacando su participación en el Programa Integral Nacional (PIN) que es canalizado por PRONAA e implementado por los establecimientos de salud en el nivel local.
- La práctica de tratamiento de rehidratación oral (TRO) frente a episodios de diarrea en niños de 0 a 23 meses según la línea base se halló que solo el 37.6 por ciento ha tenido acceso a un tratamiento adecuado de rehidratación oral; la ENDES 2009 reporta un 57.9 por ciento en zona

¹ Organización Panamericana de la Salud. "La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y El Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio" Washington, D.C.: OPS ©2008 ISBN 978-92-75-33259-7

rural, esta situación plantea la necesidad de enfatizar acciones que promuevan la práctica de TRO en casos de diarrea.

- La práctica de busca de atención de proveedor de salud en casos de que el niño de 0 a 23 meses de edad presente IRA según la línea de base se da en un 72.7 por ciento de los casos, la ENDES 2009 reporta esta práctica en el 74.6 por ciento en niños de 0 a 5 años en el ámbito rural, este comportamiento estaría relacionado a la percepción de un mayor riesgo de complicación en casos de IRA u otro factor importante a explorar.
- El control de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 12 meses de edad en la línea de base se encontró en 27.6 por ciento, mientras que según la ENDES 2010 el 44.2 de niños y niñas de 0 a 36 meses de edad tuvieron sus controles de CRED de acuerdo a su edad en la zona rural del país; es importante tener en cuenta que la medición de la LB se realizó en función a la frecuencia de controles establecidos en la norma nacional de CRED publicada en diciembre del 2010, donde se propone 13 controles al primer año de edad, el cual difiere del parámetro utilizado por la ENDES 2010.
- Inmunizaciones en niños de 0 a 12 meses de edad con vacunas básicas para su edad en la línea de base se encontró un 75.2 por ciento, a mientras que la ENDES 2010 reporta este indicador en un 60.5 por ciento en zona rural del país, siendo significativas las diferencias con los resultados de la LB.
- El nivel de pobreza en el grupo estudiado alcanza al 69 por ciento de las familias de niños de 0 a 23 meses y de mujeres entre 15 a 49 años, en este grupo el aseguramiento en salud por algún tipo de seguro del MINSA es alto llegando a 84.8 por ciento en niños de 0 a 23 meses y de 92 por ciento en mujeres, aun hay una brecha de población vulnerable (madre-niño) que debe acceder a su derechos de aseguramiento en salud.
- La identidad según Código Único de Identificación (CUI) que es el mismo código asignado del DNI en todo niño, en la línea de base se encontró en solo el 24.5 por ciento y por otro lado, un 17.8 por ciento de niños no tiene partida de nacimiento, esta situación de derecho a la identidad debe ser una prioridad a ser abordada por los gobiernos locales en los ámbitos de intervención del proyecto.
- Mas del 50 por ciento de viviendas de niños de 0 a 23 meses no cuentan con agua potable, determinante crítico que contribuye a la prevalencia de enfermedades principalmente EDAs, de otro lado, el consumo a agua segura se encontró en 72.1 por ciento en la línea de base, lo que evidencia que han desarrollado prácticas para tratar el agua para consumo humano.
- El uso de métodos anticonceptivos modernos reportados por la línea de base llega a solo el 55.4 por ciento de mujeres entre 15 a 49 años o sus parejas sexuales según la línea de base, siendo mayor a la ENDES 2010 que reporta un 43.4 por ciento en zona rural. Esto guarda cierta relación con el alto porcentaje de mujeres con corto espacio intergenesico (menor a 3 años) que llega a 84.8 por ciento, estos valores expresan la prioridad de abordar un conjunto de estrategias comunicacionales, educativas y de acercamiento a los servicios de planificación familiar para promover practicas de planificación familiar seguras en base a decisión informada de la mujer y su pareja.

- Del grupo de mujeres que usan MAC moderno según la LB el 91.5 por ciento han continuado usando el método posterior a su primera consulta de control de uso del método y por otro lado, el 91.0 por ciento tiene preferencia por el método anticonceptivo moderno que actualmente usan, estos datos reflejan que la decisión de haber elegido algún MAC moderno estaría contribuyendo a la continuidad del mismo, así como la consejería que alcanza al 62.8 por ciento de la población encuestada, lo que orienta a continuar planteando acciones informativas que acerquen a las mujeres y/o sus parejas a los servicios de planificación familiar para la consejería que permite un proceso de concienciación para una toma de decisiones con información completa sobre métodos anticonceptivos.
- De acuerdo a los resultados de consejería post parto de la LB, se encontró que un 76.5 por ciento de mujeres tuvo este servicio después de su parto a su último hijo vivo, esto evidencia que es una oportunidad el periodo de post-parto para promover concienciación vía consejería en planificación familiar, siendo importante promover las visitas para continuar el proceso de concienciación en planificación familiar informada.
- La salud materna está reflejada en 3 indicadores, el primero ha sido atención prenatal que en la línea de base reportó un 68,1 por ciento siendo menor a la ENDES 2010 que reportó un 74.7 por ciento, mientras que el segundo indicador – parto asistido por personal calificado- en la LB se encontró en 88.3 por ciento y la ENDES 2010 reportó un 63.7 en zona rural y el tercer indicador - atención pos parto por personal calificado – alcanzó a 93.3 por ciento en la línea de base, estos datos reflejan priorizar acciones en la promoción del cuidado durante el embarazo y desarrollar acciones para mantener los otros 2 indicadores.
- El embarazo en adolescentes es una preocupación que se refleja en los resultados de la línea de base que reportó que un 22.9 por ciento de madres son adolescentes, cifra mayor a la ENDES 2009 que reportó para el ámbito rural nacional un 18.4 por ciento.
- A nivel de la gestión comunal se encontró en forma recurrente un reconocimiento en el manejo de las herramientas –diagnóstico comunal, plan comunal y ficha de vigilancia comunal de salud madre-niño- así como el desarrollo de acciones educativas y de vigilancia de prácticas de salud en sus comunidades por las JVC, identifican que el compromiso e interés de sus integrantes es clave para el desarrollo de su rol y funcionamiento; de otro lado, identifican que la apertura de las autoridades locales es importante para aportar a los planes de trabajo comunal, asistencia técnica a comunidades, siendo por ello necesario abordar temas de fortalecimiento organizacional, liderazgo, gestión participativa y vigilancia ciudadana.
- La línea de base reportó que la mayor proporción de índice de capital social (83 por ciento) se concentra en un nivel medio, la dimensión más crítica es confianza social producto de malas experiencias en las gestiones de líderes y autoridades, que estaría contribuyendo a bajo niveles de compromiso en el quehacer colectivo; a nivel de capacidad y eficacia colectiva casi el 50 por ciento alcanza un índice alto y respecto a la dimensión de sentido de colectividad solo un 13 por ciento tiene un alto índice, situación que se estaría relacionando con el poco interés por los problemas colectivos de salud, el escaso sentido de integración y cooperación mínima.
- A nivel de la gestión local se observa la necesidad de mayor fortalecimiento de sus capacidades a los Equipos Técnicos Locales, previsión de recursos para cumplir con las funciones de asesoría de los ETL a las JVC, acompañamiento por especialistas y un factor que

influye en la sostenibilidad de estos espacios es la voluntad política que se ve afectada en parte por una visión sesgada de las autoridades sobre las intervenciones en salud centradas en “apoyo tangibles-obras” y de otro lado, el cambio de gestiones ediles demanda inversión de tiempo, recursos e implica riesgo de desarticulación de los ETLs.

- La perspectiva de sostenibilidad desde los discursos de los actores que intervienen en el modelo de intervención pasa por varias condicionantes que deben ser tomadas en cuenta como: (i) la rotación de autoridades es un riesgo para la continuidad de las actividades de los ETL, (ii) la escasa compromiso de ciertas autoridades y los sectores para participar en forma concertada y continua, (iii) poca previsión de recursos para continuar las actividades de los ETL a futuro, (iv) los pocos espacios de reforzamiento de las capacitaciones y fortalecimiento de la organización interna de ETL y JVC.

I. ANTECEDENTES

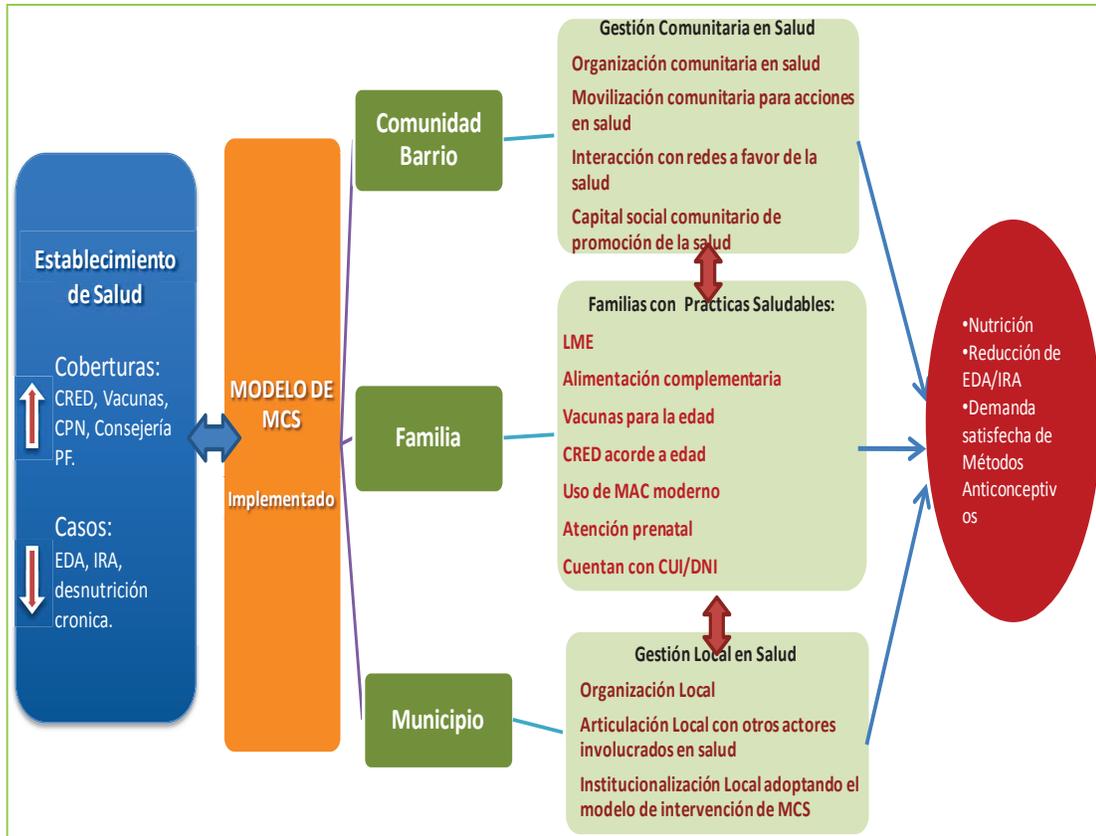
El proyecto Municipios y Comunidades Saludables (MCS) II que se desarrolla en el marco del convenio con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Management Sciences for Health y que viene de una primera experiencia, está tomando las lecciones aprendidas y se ha planteado un nuevo reto que tiene como objetivo el aumento del uso de prácticas y servicios de salud materno infantil (SMI) y planificación familiar (PF) así como salud reproductiva (SR) en las comunidades de su ámbito de intervención, que parte de revisión y enfoques mejorados de la primera experiencia de intervención sobre municipios y comunidades saludables, buscando un modelo de intervención que sea adoptado por las instancias públicas y privadas en el ámbito local, regional y local.

Desde esta dinámica, se ha previsto que el modelo de intervención interviene en diferentes espacios: (i) en primera instancia se tiene el espacio familiar, al cual se llega por medio del liderazgo de las Juntas Vecinales Comunes (JVC), se fomenta el empoderamiento de las personas para el autocuidado de su salud y se promueve la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables dentro de los miembros de las familias a través de diferentes acciones educativas como sesiones, campañas informativas, vigilancia comunal, entre otras, (ii) el segundo espacio es el ámbito comunitario se promoverá la apropiación gradual y uso de la metodología y herramientas de MCS II, fortaleciendo la estructura comunitaria y la participación comunitaria para el cambio conductual en el cuidado de la salud del niño y la madre sobre la base del fortalecimiento del capital social y la gestión comunitaria para desarrollar acciones que mejoren el entorno y las condiciones de los determinantes de la salud en las familias. Esta intervención requiere la participación de las familias, el fortalecimiento de la gestión comunitaria y su articulación con los gobiernos locales. (iii) un tercer espacio son los gobiernos locales, a través del fortalecimiento de sus capacidades, se busca mayor compromiso y manejo de herramientas de gestión en salud que les permita adoptar las estrategias y herramientas del modelo de intervención y acompañar el proceso en las comunidades y expandir a otras comunidades de su jurisdicción. (iv) en el ámbito regional se busca la participación de agentes de instituciones públicas y privadas, promoviendo el fortalecimiento organizacional, desarrollo del liderazgo y de capacidades de gestión en todos los niveles, abordando mecanismos de expansión vía nuevas alianzas públicas y privadas y mecanismos de sostenibilidad vía adopción del modelo dentro de las normas y políticas regionales.

Management Sciences for Health (MSH) trabajará en alianza con el Gobierno Peruano y otros socios locales fortaleciendo capacidades y asumiendo un rol de facilitador del proceso en trabajo sinérgico con los aliados en el nivel nacional, regional y local.

Una síntesis del modelo de intervención del Proyecto MCS II se muestra en la Figura N° 1, la cual, incluye los resultados intermedios y finales esperados al término de la intervención en el 2015.

Figura N° 1. Modelo lógico conceptual para explicar el impacto potencial del Proyecto MCS II



II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo general

Determinar el valor inicial para los indicadores de efecto y resultados intermedios del Proyecto Municipios y Comunidades Saludables II en las regiones de San Martín, Ucayali y Ayacucho.

Objetivos específicos

- Establecer las características principales de la población objetivo del proyecto, según marco de desempeño.
- Determinar el comportamiento de las prácticas de Salud materno infantil, salud sexual y reproductiva y planificación familiar en las comunidades de intervención del proyecto.
- Determinar el índice de capital social comunitario en los ámbitos de intervención.
- Explorar el valor inicial y el proceso de gestión comunitaria en salud en los ámbitos de intervención.
- Explorar el valor inicial y el proceso de gestión local en salud en los ámbitos de intervención.

III. ÁMBITO DE ESTUDIO

El proyecto está circunscrito en 3 regiones geográficas con sedes administrativas según áreas de influencia del proyecto que están distribuidas de la siguiente manera: Sede de Aguaytía, Sede de Ayacucho Sede de Pucallpa y sede de San Martín. Un total de 170 comunidades serán beneficiarias de las actividades del proyecto, circunscritas en el ámbito de 21 distritos y pertenecen al área de cobertura de servicios de salud de 64 establecimientos de salud del Ministerio de la Salud (MINSa). En la línea de base (LB) se trabajó sobre un total de 156 comunidades identificadas, que contaban con información sobre población al momento del diseño del protocolo ⁽²⁾. Ver Tabla N° 1.

Tabla N° 1
Distribución de las comunidades de intervención del Proyecto MCS II

² Las 14 comunidades restantes se encontraban en proceso de identificación y selección.

Oficina	Provincias	Distritos	Comunidades	Establecimientos de Salud
Aguaytía	2	3	44	12
Ayacucho	3	6	32	10
Pucallpa	3	4	40	19
San Martín	4	8	40	23
Total		21	156	64

Fuente: Sistema de Información Municipal SISMUNI, Diagnóstico Comunal 2006 - 2010.

IV. METODOLOGÍA

El estudio de línea de base del proyecto MCS II ha aplicado el método observacional descriptivo, desarrollando una metodología de triangulación, la metodología cuantitativa tuvo como propósito identificar el comportamiento de los eventos de salud materno infantil y de salud sexual y reproductiva expresados vía los indicadores de efecto previstos en el proyecto, estableciendo el punto de referencia de las posibles variaciones en el tiempo de intervención que reflejaran los resultados finales esperados con la intervención del proyecto, el método de muestreo aplicado ha sido el Lot quality assurance sampling, o muestro por lotes para aseguramiento de calidad (LQAs)⁽³⁾; cabe precisar que se ha realizado complementariamente un estudio documental para los indicadores del resultado 1, 2 y 3 previsto en el proyecto, en el caso de la metodología cualitativa se ha desarrollado el método de estudio caso múltiple que ha permitido explorar y explicar las aproximaciones desde los actores involucrados en la intervención del proyecto respecto a los hechos o condiciones que se requiere abordar en la gestión comunal y local desde el modelo de intervención del proyecto para contribuir a los efectos finales esperados en el proyecto.

4.1 Diseño de la Metodología Cuantitativa

4.1.1 Población del estudio:

El estudio de LB abordó a tres sub-grupos poblacionales, que son la población objetivo del proyecto:

- Niños menores de 6 meses (0-5 meses con 29 días),
- Niños de 06 a 23 meses(6-23 meses con 29 días),
- Mujeres en edad fértil (MEF), de 15 a 49 años

³ WHO. Monitoring immunization services using the Lot Quality Technique. WHO/VRD/TRAM/96.01.

4.1.2 Marco muestral y diseño muestral del estudio:

Según el ámbito poblacional del proyecto el marco del estudio se ha organizado en 8 áreas de supervisión, estas áreas de supervisión han sido definidas en función a tres criterios:

- a) Accesibilidad a las comunidades independiente de su estructura de influencia geopolítica de los distritos.
- b) Tamaño proporcional de población por área de supervisión.
- c) Las áreas de supervisión tienen personal responsable del acompañamiento durante el proceso de intervención.

Así mismo, no se tenía un censo que delimite en forma apropiada los elementos de la población en estudio, no se contaba con listado con el nombre de cada uno de los residentes de las comunidades, por tal razón, se aplicó un diseño muestral utilizando los padrones comunales.

El diseño muestral tuvo dos fases, en la primera se estratificó a las comunidades por áreas de supervisión y se seleccionó aleatoriamente las comunidades por medio de un muestreo aleatorio simple.

La segunda fase consistió en la selección de las viviendas de las comunidades seleccionadas en la primera fase, para ello se tomó en cuenta los registros comunales de las familias (padrón comunal) y croquis de ubicación de las viviendas con niños en el rango de 0 a 5 meses y de 6 a 23 meses al interior de cada comunidad a través de un “mapeo de familias elegibles” ⁽⁴⁾, y se seleccionó por medio de un muestreo aleatorio simple a las viviendas a ser encuestadas, se tomó en cuenta el criterio de “reemplazo” en caso de no encontrar la cuota de muestra definida en cada comunidad, tomando a la comunidad más cercana del ámbito de estudio.

4.1.3 Unidades de Muestreo

Las unidades de muestreo se ha organizado en dos niveles en primer término la unidad primaria de muestreo (UPM) a nivel de comunidades y luego la segunda unidad de muestreo (USM) ha sido las viviendas que albergan a la población en estudio según las siguientes características definidas:

- a) Unidad Primaria de Muestreo (UPM)
Una UPM es una comunidad o sector de la comunidad, que es el área geográfica conformada por un promedio de 30 viviendas particulares, en el caso de haber comunidades con número mayor a 90 viviendas se trabajará por sectores. En el caso de este estudio está constituido por las 156 comunidades priorizadas en la intervención inicial del proyecto.

⁴ La selección de familias elegibles según subgrupos de estudio ha sido priorizada en este estudio debido a que en la mayoría de las comunidades donde se interviene las comunidades tienen la característica de ser dispersas, donde la distribución geográfica de los hogares dista unas de otras entre quebradas, cimas, laderas) principalmente en las regiones de selva.

b) Unidad Secundaria de Muestreo (USM)

La USM es la vivienda particular que alberga a la familia con niños de 0 a 5 meses de edad, con niños de 6 a 23 meses de edad y MEF dentro de la UPM.

4.1.4 Tamaño de la Muestra:

En la determinación del tamaño de la muestra se ha cuidado los criterios de validez de estimación, para ello se ha tomado como un nivel de precisión +/- 8% y un nivel de confianza de 95%, cuidando tener una muestra conservadora y fiable, siguiendo el método del LQAS, determinando una primera estimación de la muestra suficiente de 150 unidades de observación por cada sub-muestra.

Siguiendo la técnica LQAS, se partió con un nivel de error (menor +/- 8% para este caso) con un n=19 por área de supervisión, asegurando que la muestra sea practica y fiable en su representatividad a las sub-poblaciones en estudio, concluyendo en una muestra mínima de 152 unidades de muestreo, para cada sub grupo de estudio, que hacia un total de muestra de 456 casos.

<p>TMF = 19 x 8 Áreas Supervisión = 152 Unidades de muestreo mínimo por sub grupo de estudio</p> <p>TMT = 152 casos x 3 sub grupos = 456 casos</p>
--

A este tamaño de muestra (456 casos) se ha aplicado un 10% adicional de casos para cubrir la tasa de no respuesta que podría haberse encontrando en campo o de error en el recojo de encuesta en campo.

En la Tabla No. 2 se presenta un resumen del tamaño de la muestra aplicada en las diferentes sub poblaciones del estudio de Línea de Base, según área de supervisión, sede administrativa y total del ámbito del proyecto, la muestra final aplicada ha sido de 683, con un nivel de precisión que se encuentra entre +/- 6 al 95% para MEF y +/-8 al 95% para niños de 0 a 5 meses y 6 a 23 meses.

Tabla N° 2
Distribución de la muestra según área de supervisión y sub –grupo de estudio

SEDE ADMINISTRATIVA	ÁREA DE SUPERVISIÓN	MADRES CON NIÑOS DE:		MUJERES EN EDAD FÉRTIL:	TOTAL
		0 - 5 meses	06 a 23 meses	Mujeres de 15-49 años	
Ayacucho	Área de Supervisión No 1	23	21	44	88
	Área de Supervisión No 2	19	21	40	80
San Martín	Área de Supervisión No 3	19	23	42	84
	Área de Supervisión No 4	18	25	42	85
Ucayali	Área de Supervisión No 5	20	22	42	84
	Área de Supervisión No 6	23	24	47	94
Aguaytia	Área de Supervisión No 7	20	21	41	82
	Área de Supervisión No 8	21	22	43	86
TOTAL		163	179	341	683

A partir de cada área de supervisión se seleccionó a las comunidades siguiendo el procedimiento de muestreo al “azar”, utilizando el intervalo de muestre por cada área de supervisión y una tabla de números aleatorios y luego se selecciono al azar a los 683 casos. Así mismo, es importante mencionar que los resultados de los indicadores a nivel de sede administrativa y áreas de supervisión serán solo referenciales dado que el tamaño de la muestra resulta insuficiente para proporcionar inferencias estadísticas a este nivel.

4.1.5 Dimensiones e indicadores de estudio:

El proceso de la evaluación inicial denominada línea de base del proyecto se ha delimitado según los resultados esperados en el marco de desempeño del proyecto.

La medición cuantitativa vía encuesta se ha desarrollado en base a los indicadores de efecto y en el caso particular del resultado 1 relacionado a la gestión comunal en salud se ha medido dos indicadores claves relacionados a vigilancia comunal por JVC y capital social. A continuación en la tabla N° 3, se detalla los indicadores de este estudio.

TABLA No 3

Dimensiones de Análisis de Indicadores de Efecto y Resultado

Dimensión	Indicador	Unidad de Análisis
Nutrición Infantil	% de desnutrición crónica en niños de 0 a 23 meses de edad.	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de niños y niñas de 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna exclusiva durante las últimas 24 horas	Niños de 0 a 5 meses de edad
	% de niños entre 6 y 23 meses de edad que reciben 5 comidas sólidas o semi- sólidas al día.	Niños de 6 a 23 meses de edad
	% de niños de 6 a 23 meses de edad que se benefician de los programas de nutrición.	Niños de 0 a 23 meses de edad
Salud Infantil	% de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta que recibieron una solución de rehidratación oral (SRO) y/o fluidos rehidratantes caseros recomendados.	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad con tos en las últimas dos semanas que buscaron atención de proveedor de salud.	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de niños entre 0 a 12 meses de edad que cuentan con sus controles CRED para su edad.	Niños de 0 a 12 meses de edad
	% de niños entre 0 y 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas para su edad.	Niños de 0 a 12 meses de edad
	% de niños pobres entre 0 meses y 23 meses de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA.	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con partida de nacimiento/CUI(DNI).	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de niños entre 6 y 23 meses de edad que viven en una vivienda que tiene agua potable.	Niños de 6 a 23 meses de edad
	% de niños entre 6 y 23 meses de edad que consumen agua segura.	Niños de 6 a 23 meses de edad
	% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que utilizan, o cuyas parejas sexuales utilizan	

Salud sexual y reproductiva	actualmente, cualquier forma moderna de anticoncepción.	MEF
	% de mujeres de 15 a 49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún Método Moderno Anticonceptivo.	MEF
	% de mujeres de 15 a 49 años de edad o sus parejas que tienen preferencia por el Método Moderno Anticonceptivo que actual que usan.	MEF
	% de nacimientos con espacio intergenésico de por lo menos tres años uno de otro.	MEF
	% de mujeres entre 15 y 49 años de edad que reciben consejería en Planificación Familiar.	MEF
	% de mujeres que reciben consejería en PF después de dar a luz.	MEF
Salud Materna	% de madres de niños entre 0 y 23 meses de edad que tuvieron seis o más atenciones prenatales cuando estaban embarazadas con su menor hijo.	Madre de niños 0 a 23 meses
	% de niños entre 0 a 23 meses de edad cuyo nacimiento fue asistido por personal calificado.	Niños de 0 a 23 meses de edad
	% de madres con niños entre 0 a 23 meses de edad que recibieron un control post-natal por parte de personal de salud calificado dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del hijo menor.	Madre de niños 0 a 23 meses
	% de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres.	Adolescentes (15 a 19 años)
	% de mujeres pobres entre 15 a 49 años con cobertura de seguro de salud del MINSA	Madre de niños 0 a 23 meses
Gestión comunal en salud	% de familias con niños entre 0 a 23 meses que reciben visitas de seguimiento por JVC.	Madres de niños 0 a 23 meses, MEF, gestantes.
	Índice de capital social	Adulto responsable de salud de la familia.

La medición cuantitativa de los indicadores a nivel de resultados 1, 2 y 3 se ha desarrollado en base a una ficha de verificación por fuente secundaria según medios de verificación

existentes en el nivel local. En el **anexo Nº 1**, se detalla los indicadores de resultado intermedio medidos por fuente secundaria.

4.1.6 Instrumentos de recolección:

Los indicadores establecidos en el marco de desempeño, fue la base para la elaboración de los instrumentos de recolección, constituida para la parte observacional descriptivo (cuantitativa) por cuestionarios, en su mayoría contiene preguntas estandarizadas de la Encuesta ENDES en función a los indicadores de efecto, relacionados a la medición de salud del niño y la MEF, las preguntas que se han añadido se refieren a la sección de capital social⁽⁵⁾, que a su vez se ha basada en el estudio de Sandoval y Col. (1998)⁽⁶⁾. En resumen se aplicó los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario para niños de 0 a 5 meses
- Cuestionario para niños de 6 a 23 meses
- Cuestionario para mujeres en edad fértil
- Cuestionario de reemplazo EDA/IRA

Los dos primeros cuestionarios han estado estructurados según (i)preguntas generales de hogar, (ii)preguntas sobre los temas de salud: datos generales de la informante⁽⁷⁾, historia de nacimiento, información sobre embarazo, parto, Alimentación del niño, inmunizaciones y CRED, EDA/IRA, Antropometría y en el caso de MEF la unidad de planificación familiar y (iii)preguntas de capital social. **Ver anexo Nº 2.**

Para la parte de estudio documental se ha aplicado una ficha de verificación, que contiene los indicadores de resultado. **Ver anexo Nº 3.**

4.1.7 Validación De Instrumentos

a) Prueba Piloto para definición de los instrumentos de Recolección:

Para garantizar la confiabilidad del indicador, se sometió al procedimiento de validación del instrumento ajustado al contexto local, dado que son instrumentos validados por la ENDES con ajustes a las variables de estudio.

b) Capacitación en uso de los instrumentos

Considerando que la capacitación es una actividad determinante en la calidad de los datos que se recogió, se tomó las provisiones necesarias para que todo el personal de campo

⁵ El informante para el módulo de capital social será definido después de la prueba piloto, en base a criterios de representatividad.

⁶ Sandoval G y Col. (1998). Estudio sobre las instituciones locales en Bolivia. Washington DC: World Bank

⁷ En el caso de los niños de 0 a 23 meses la informante ha sido la madre.

esté debidamente entrenado, capacitándose a 4 supervisores de campo, 4 antropometristas y 12 encuestadores de campo (3 encuestadores por región).

La capacitación se realizó durante dos días, por un periodo de 8 horas diarias en cada sede administrativa. Esta capacitación fue eminentemente práctica y comprendió los siguientes aspectos:

- Explicación del estudio.
- Manejo de los instrumentos
- Aplicación de instrumentos en campo

4.1.8 Control De Calidad En La Generación De La Información

I-Etapa de Control de calidad: El insumo para el levantamiento de información que se ha construido fueron:

- Guía del encuestador.
- Guía del supervisor.
- Guía de Metodología de la operación de campo.
- Guía del codificador e ingreso de datos.

II-Etapa de Control de calidad: Los documentos que serán utilizados principalmente para el uso y análisis de las encuestas será:

- Información metodológica básica.
- Variables agregadas y errores muestrales.

III-Etapa de Control de calidad: El analista de base de datos realizó reportes que permitió el cruce de información para evaluar consistencia de data, que incluyo el proceso de integración de archivos, consistencia de datos, reestructuración de los datos.

4.1.9 Procesamiento De Datos

En las regiones el personal del proyecto encargado del acompañamiento del trabajo de campo realizó la verificación de consistencia de calidad de información recogida en campo y luego se proceso la data en la base de Census and Survey processing System (CSPRO) a través de mascarar previamente elaboradas por un especialista y luego se exporto a Statical Analysis Sotfware (SPSS) para el análisis respectivo.

4.1.10 Técnicas De Análisis

Los formatos de las encuestas, fueron sometidos a procedimientos de limpieza de la información, luego se generó los reportes con información válida, procesada por el programas estadístico-matemático (SPSS versión 15).

En un primer momento se calculó los diferentes indicadores previamente definidos para cada una de los indicadores comprendidos en el estudio. Posteriormente para uso de monitoreo se ha calculado la cobertura de cada indicador por área supervisión.

Los datos han sido analizados desde la perspectiva de análisis univariado y bivariado de las prevalencias de los principales indicadores, el cual servirá como referencia para posteriores evaluaciones, pues su importancia radica en el carácter descriptivo de este estudio basal.

Se desarrolló un proceso de análisis por áreas de supervisión en función a los promedios por cada indicador, identificando criterios de decisión para priorizar las intervenciones según resultado promedio y umbral de intervención que se espera alcanzar a medio término y al final de la intervención. Para ello, se utilizó tablas de decisiones de LQAS según tamaño de muestra por área de supervisión y promedio de cobertura alcanzada ⁽⁸⁾ en todo el ámbito del proyecto.

4.2 Metodología Cualitativa

La metodología cualitativa que se ha aplicado ha sido de tipo exploratorio, descriptivo, analítico que busca identificar y describir los significados que determinan la gestión comunitaria en salud y la gestión de los gobiernos locales en la promoción de prácticas saludables en salud materno infantil, salud sexual y reproductiva: planificación familiar.

4.2.1 Diseño Muestral Cualitativo:

a) Marco Muestral Cualitativo:

El Marco muestral cualitativo fue determinado por dominios en función a los escenarios donde se desarrollan los tres componentes del proyecto, e interactúan los actores que está involucrados en los resultados intermedios esperados del proyecto, con excepción de los niños menores de 23 meses y sus madres.

- Escenario 1: Comunidad priorizada por el proyecto
- Escenario 2: Gobiernos locales del ámbito del proyecto
- Escenario 3: Gobiernos regionales del ámbito del proyecto

b) Tipo de Muestreo

En el estudio cualitativo se uso muestreo “teórico” o intencionado basado en las necesidades de la información que se buscó explorar en el grupo de población intervenida por el proyecto.

⁸ http://www.coregroup.org/conf_reg/lqas_series.cfm

Con este diseño se busco las explicaciones del espacio simbólico de los actores claves según escenario y el espacio discursivo sobre los temas explorados en la línea de cada indicador intermedio según cada unidad de muestreo, buscando captar el “potencial polarización y coincidencia”⁹) en relación a los temas inmersos en el proceso de fortalecimiento del capital social desde la gestión comunal y la gestión de gobiernos locales/regionales en la promoción de prácticas saludables salud materno infantil, salud sexual y reproductiva: planificación familiar.

c) Unidades de Análisis:

La unidad de análisis cualitativo está determinada por UMP que vienen a ser las comunidades/distritos y las UMS que son cada uno de los actores que están involucrados en los escenarios de intervención del proyecto, según se detalla a continuación:

- A. Población Objetivo 1: Miembros de las JVC
- B. Población Objetivo 2: Autoridades de gobiernos locales(Alcalde o funcionarios ediles)
- C. Población Objetivo 3: Personal de desarrollo social de los GL(responsable de la Oficina de Desarrollo Local)
- D. Población Objetivo 4: Autoridades de gobiernos regionales (Presidente o funcionarios de la dirección de desarrollo social)
- E. Población Objetivo 5: Personal de salud encargados de promoción de la salud a nivel de EESS y/o gerentes de EESS.
- F. Población 6: Integrantes de ETL del GL (donde intervienen las autoridades, funcionarios ediles, salud, representantes de otros sectores y la sociedad civil).

d) Criterios de elección

- Para definir las comunidades estudiadas, se determinó tres criterios por sede de intervención del proyecto
 - Tipo de comunidad de intervención: PDA, No PDA, Post-erradicación
 - Nivel de calificación de comunidad saludable: Avanzado, intermedio y básico y sin intervención previa/no participo de calificación.
 - Accesibilidad a EESS: EESS en la comunidad y comunidad sin EESS en su ámbito territorial.Buscando que las comunidades seleccionadas tengan los diversos tipos de características, cuidando los extremos.
- Para definir la unidad de muestreo en cada uno de las 5 poblaciones objetivo se ha definido los siguientes criterios:

⁹ Dávila, A., Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, Delgado, J. M., Gutiérrez (coordinadores), J., Síntesis, Madrid, 1999.

- Población Objetivo 1: Miembros de las JVC que tiene más de un año en la junta.
- Población Objetivo 2: Autoridades de gobiernos locales (Alcalde, funcionarios ediles) de las comunidades seleccionadas según criterios de inclusión de comunidades.
- Población Objetivo 3: Personal de desarrollo social de los GL(responsable de la Oficina de Desarrollo Local) previendo que en enero han asumido nuevos equipos de gobierno regional no se priorizara condición sobre tiempo laboral o experiencia en la temática.
- Población Objetivo 4: Autoridades de gobiernos regionales (Presidente, funcionarios de la dirección de desarrollo social) previendo que en enero han asumido nuevos equipos de gobierno regional no se priorizara condición sobre tiempo laboral o experiencia en la temática.
- Población Objetivo 5: Personal de salud encargado de promoción de la salud a nivel de EESS que tienen más de un año de trabajo en los ámbitos de intervención y gerente actual del EESS.
- Población Objetivo 6: Miembros de las ETL que tiene más de un año en el equipo.

e) Método de Selección

El método de selección fue por conveniencia, cuidando para cada caso cumplir con los criterios de inclusión antes descritos, se evito casos extremos, para ello, se elaboró una preselección al azar de las comunidades y distritos donde se recogería la información para cada tipo de actor.(Ver detalle en el protocolo).

f) Tamaño de la Muestra

Se cuenta con un tamaño de muestra referencial, siguiendo los criterios de inclusión, en todo el proceso, además se tuvo en cuenta el método de saturación (Bola de Nieve).

Teniendo en cuenta los criterios de agrupación de cada actor se conto con la siguiente muestra:

- 16 Grupos Focales de JVC
- 08 Grupos Focales de ETL
- 28 Entrevista individual autoridad/funcionarios de municipios
- 26 Entrevista individual a personal de salud
- 06 Entrevista individual autoridad/funcionario regional

En base a esta muestra en campo se logro aplicar un total de 62 entrevistas según criterios de inclusión por cada actor, según detalle de la Tabla Nº 4

Tabla N° 04
Total de muestra de entrevistas cualitativas aplicadas
LB-MCS II, 2011

SEDE	Tipo de entrevista/actor					
	Entrevista a grupal JVC	Entrevista a grupal ETL	Entrevista a individual Autoridad municipal	Entrevista a individual funcionario de ODL	Entrevista a individual Personal de salud	Entrevista a individual representante gobierno regional
Ayacucho	3	1	02	02	03	1
Aguaytia	3	2	02	01	02	0
Pucallpa	4	2	03	03	08	2
San Martin	4	3	01	02	06	2
Total	14	8	08	08	19	5

4.2.2 Dimensiones a evaluar

El proceso de la evaluación cualitativa se delimito según el marco de desempeño de resultados intermedios por componente, clasificando en cuatro niveles de evaluación según sus dimensiones estudiadas.

El **primer nivel de evaluación** fue centrado a aproximarse a explorar los procesos según los indicadores de gestión comunal salud de acuerdo a tres dimensiones: (i) organización comunal, (ii) movilización comunal en salud y (iii) interacción de redes, en el Anexo N° 4 se detalla las dimensiones del estudio cualitativo.

El **segundo nivel de evaluación** se centró a aproximarse a explorar los resultados en función a sus indicadores de capital social comunitario en promoción de la salud, sus dimensiones fueron: sentido de colectividad, capacidad colectiva, eficacia colectiva y confianza social. Ver Anexo N° 4.

El **tercer nivel de evaluación** se centró a aproximarse a explorar los resultados en función a sus indicadores intermedios de gestión local en salud, sus dimensiones fueron: organización, articulación e institucionalización. Ver Anexo N° 4.

El **cuarto nivel de evaluación** se centró a aproximarse a explorar las percepciones del personal de salud en función a la dinámica de la interacción en la gestión comunal y local de salud, según el modelo de intervención del proyecto. Ver Anexo N° 4.

4.2.3 Instrumentos De Recolección

Se utilizó guías de entrevista individual y grupal Ver anexo N° 5, desarrollándose en total 05 guías de recojo de información.

- Guía de grupos focales para JVC
- Guía de grupos focales para ETL
- Guía de grupos entrevista individual a autoridad/funcionario municipal

- Guía de grupos entrevista individual a personal de salud
- Guía de grupos entrevista individual a autoridad/funcionario regional

Las guías se estructuraron en función a las dimensiones abordadas según los niveles de evaluación que se detallan en el anexo N° 4.

4.2.4 Validación de instrumentos y capacitación

Prueba Piloto para definición de los instrumentos de Recolección:

A nivel cualitativo se validó la guía de grupo focal y entrevista, los cuales fueron adecuados a nivel de uso del lenguaje y comprensión de las preguntas orientadoras.

Se capacito a los 03 entrevistadores locales de campo en el abordaje del estudio y la aplicación de los instrumentos cualitativos.

4.2.5 Procesamiento de Datos

Se grabo las entrevistas grupales e individuales, luego se procedió a la codificación de los textos, parafraseo y organización en base a categorías de análisis por cada tipo de actor entrevistado partiendo de la raíz de las dimensiones previstas en el estudio.

4.2.6 Análisis de la Información

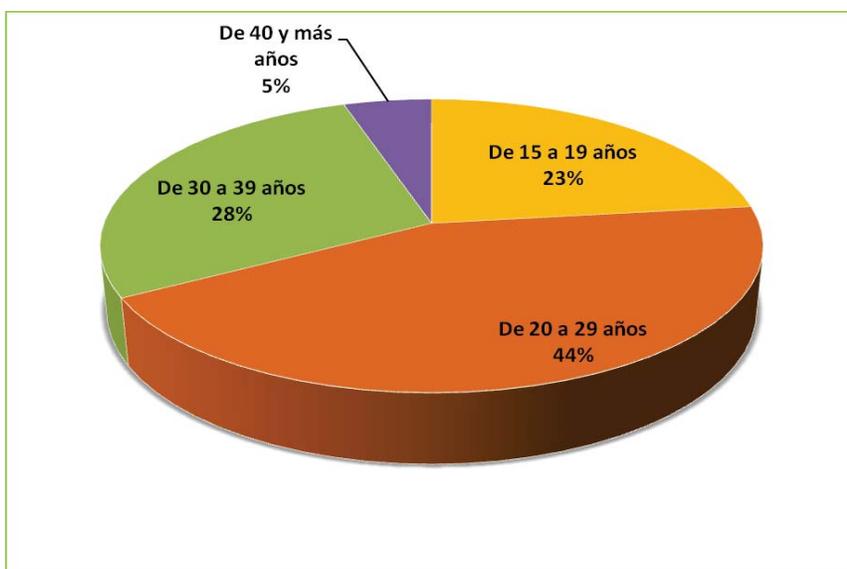
El análisis se ha realizado con la ayuda de un aplicativo ATLAS.TI, que ha permitido organizar los contenidos según categorías de análisis y proceder a su interpretación en función con las dimensiones e indicadores de resultado intermedio, así mismo, se buscó asociaciones de hechos y argumentos que explican determinados comportamientos y significados en el proceso que involucra cada indicador.

V. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Características de la población estudiada:

El cuestionario de la encuesta del estudio de Línea de base del Proyecto Municipio y Comunidades Saludables II fue aplicado a Mujeres con niños en el rango de edad de 0 a 5 meses de edad y de 6 a 23 meses de edad, alcanzando a aplicar 342 cuestionarios, que se distribuye según grupo etario de mujeres entre 15 a 49 años de edad, siendo mayor el grupo de mujeres entre las edades de 20 a 29 años con un 44 por ciento, seguido del grupo de mujeres entre las edades de 30 a 39 años con 28 por ciento, mayor detalle se observa en la Grafica No 01.

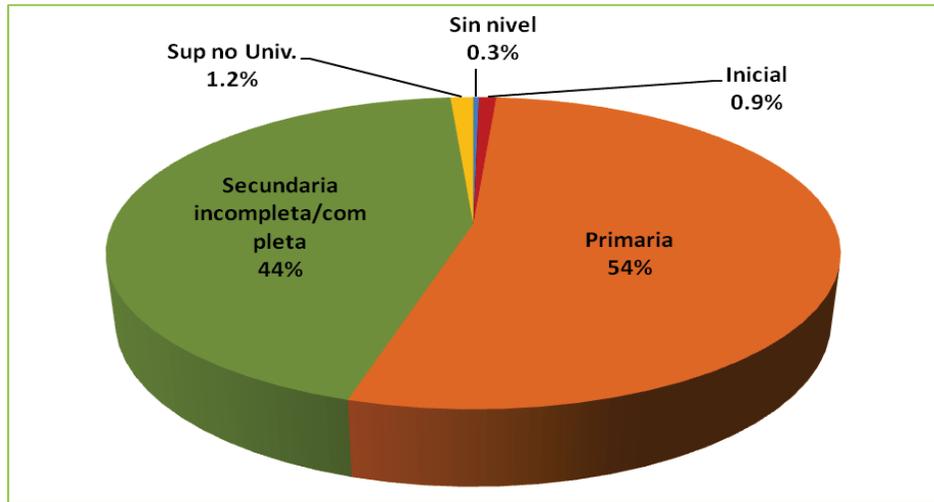
Grafica N° 01:
Distribución de mujeres con niños de 0 a 5 meses y 6 a 23 meses encuestadas según grupo etario, LB-MCSII 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

El grado de instrucción de las mujeres encuestadas en este estudio, se concentran en mayor proporción en el nivel primara con 54 por ciento, seguido de estudios de secundaria en un 44 por ciento, según se observa en el grafico No 02.

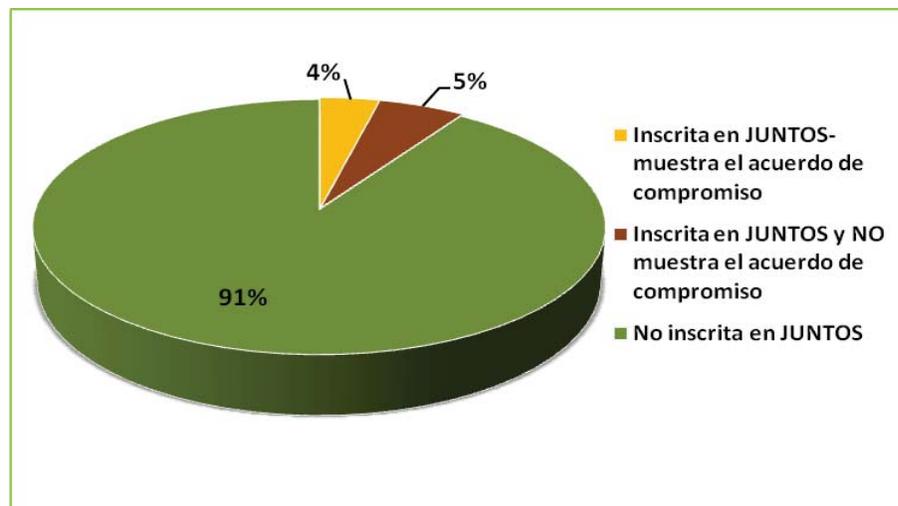
Grafica N° 02
Distribución de mujeres con niños de 0 a 5 meses y 6 a 23 meses encuestadas según grado de instrucción cursado, LB-MCSII 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Se observa que el 9 por ciento de las madres de niños de 0 a 23 meses de edad encuestadas están inscritas al programa social JUNTOS según se observa en la grafica No. 03. En su mayoría las madres inscritas corresponden a las áreas de intervención de la región Ayacucho, que represente al 34.5 por ciento de las madres encuestadas en este ámbito.

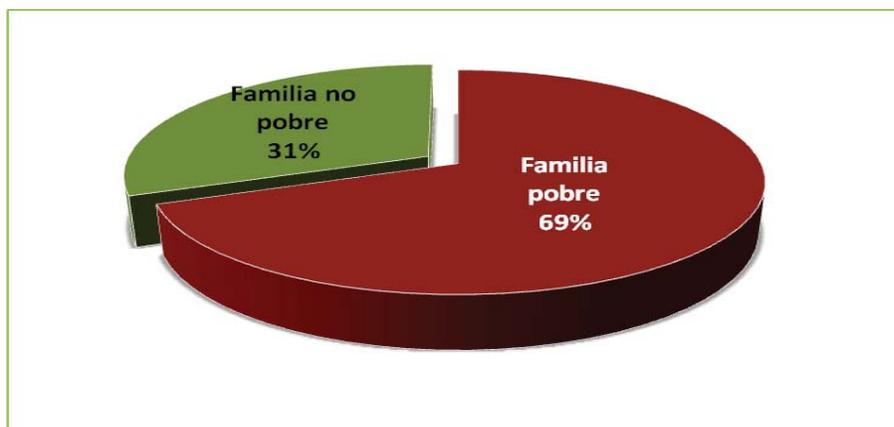
Grafica N° 03:
Distribución de mujeres con niños de 0 a 5 meses y 6 a 23 meses encuestadas según grado de instrucción cursado, LB-MCSII 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Se observa que el 69 por ciento de las familias con niños de 0 a 23 meses de edad encuestadas se encuentran en situación de pobreza (medido según necesidades básicas insatisfechas), Ver grafica N° 06.

Grafica N° 04
Distribución de familias con niños de 0 a 5 meses y 6 a 23 meses encuestadas
Según pobreza, LB-MCSII 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

5.2 Marco de resultados a nivel de efecto según áreas de salud

5.2.1 Nutrición Infantil

Estado Nutricional

Indicador N° E.1: % de desnutrición crónica en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad

La desnutrición crónica es resultado de la carencia de energía y nutrientes esenciales para el crecimiento de los niños, que ocurre cuando se interrumpe la lactancia materna exclusiva, inicio tardío de alimentos complementarios a partir de los 6 meses, frecuencia y consistencia inapropiada según edad de los niños, episodios constantes de enfermedades como EDA/IRAS que se acompaña de práctica inadecuada de reducción de alimentos o lactancia materna y otros determinantes del entorno como edad de la madre, grado de instrucción acceso a servicios básicos y servicios de salud.

Esta situación orienta que el conjunto de intervenciones se oriente a contribuir en reducir la desnutrición crónica en el grupo de niños de 6 a 23 meses, etapa más vulnerable en el crecimiento del niño.

En la medición del estado nutricional de los niños de 0 a 23 meses de edad según medición antropométrica, se encontró que el déficit de la talla para la edad (desnutrición crónica), alcanza al 9.6% por utilizando el Patrón Internacional de Crecimiento Infantil referido a los lactantes y niños pequeños según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰. En el caso del grupo de niños de 0 a 5 meses de edad se observa que solo el 5.5 por ciento de niños y niñas tienen desnutrición crónica, mientras que el grupo de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad presenta un 13.4 por ciento de desnutrición crónica en el ámbito de estudio. Ver tabla N° 5.

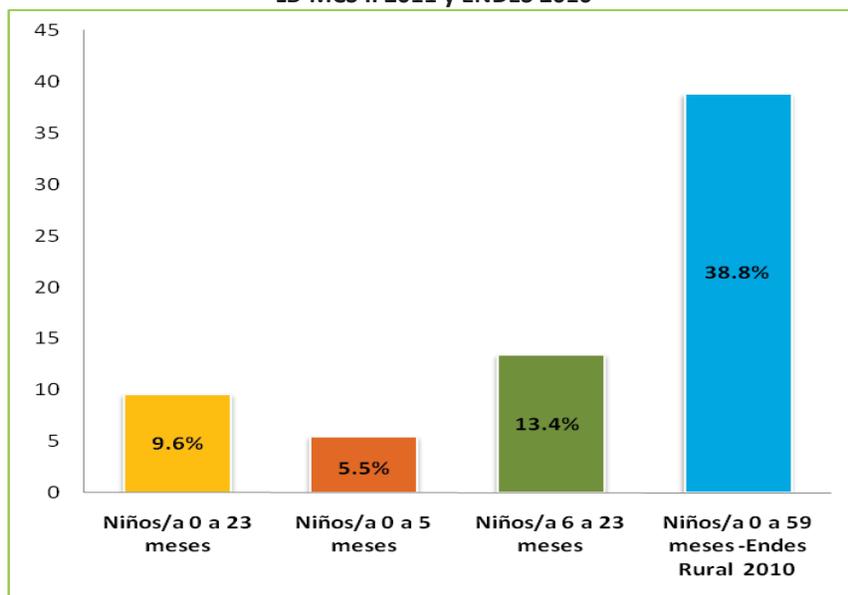
A nivel de la característica de sexo, se observa que existe una mínima diferencia entre niñas y niños que tienen desnutrición crónica, alcanzando a un 9.6 por ciento en niños y 9.7 por ciento en niñas.

¹⁰ La evaluación del estado nutricional se hace comparando la población en estudio con el patrón tipo establecido como población de referencia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El patrón internacional es útil porque facilita la comparación entre poblaciones y subgrupos en un momento dado a través del tiempo. La proporción de niños que están por debajo de dos desviaciones estándar con respecto a esta población de referencia se utiliza como indicador del nivel de desnutrición en la población en estudio.

La situación de este indicador - desnutrición crónica - a nivel país según reporte de la ENDES 2010 alcanza aún al 23.3 por ciento de niños y niñas menores de 5 años, y en el ámbito nacional rural alcanza al 38.8 por ciento de niños menores de 5 años. Ver grafico Nº 5. (1).

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños 0 a 23 meses de edad que han tenido una talla para la edad inferior a menos dos desviaciones estándar de la norma de referencia internacional de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, que ha correspondido a 33 casos y teniendo como denominar el total de niños en el rango de edad de 0 a 23 meses evaluados en antropometría, que alcanzó a 342 casos.

Grafica Nº 05
Distribución de niños/as con desnutrición crónica según edad
LB-MCS II 2011 y ENDES 2010



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Tabla N° 05
Distribución de niños/as de 0 a 23 meses con desnutrición
Crónica (Patrón OMS)
LB-MCS II 2011

Desnutrición crónica		Total	
		N	%
Estado nutricional niños/a 0 a 23 meses	Total	342	100
	Niño/a con desnutrición crónica	33	9.6
	Niño/a no desnutrido	309	90.4
Estado nutricional niños/a 0 a 5 meses	Total	163	100
	Niño/a con desnutrición crónica	9	5.5
	Niño/a no desnutrido	154	94.5
Estado nutricional niños/a 6 a 23 meses	Total	179	100
	Niño/a con desnutrición crónica	24	13.4
	Niño/a no desnutrido	155	86.6
Sexo Hombre	Niño con desnutrición crónica	17	9.6
	Niño no desnutrido	160	90.4
Mujer	Niña con desnutrición crónica	16	9.7
	Niña no desnutrido	149	90.3

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Lactancia Materna Exclusiva

Indicador N° E.2: % de niños y niñas de 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna exclusiva durante las últimas 24 horas

La lactancia materna provee todos los nutrientes necesarios para la mayoría de niños menores de 6 meses, diferentes estudios de OMS/OPS evidencia que la LME protege contra las infecciones de las vías gastrointestinales y muestra que no hay déficit en el crecimiento, por ello, está asociada a la reducción de la mortalidad/morbilidad infantil y mejora del desarrollo infantil (2).

En el estudio de línea de base se encontró que el 88.3 por ciento de niños y niñas de 0 a 5 meses de edad ha recibido lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas antes de la encuesta según reportan las madres encuestadas. Ver tabla N° 6

Los resultados de este indicador a nivel nacional según ENDES 2010 es de 68.3 por ciento de niños/as menores de 5 meses y en el ámbito rural nacional está en un 83.9 por ciento, valor inferior en 4.4 puntos porcentuales a los resultados obtenidos en la línea base. Ver Gráfico N° 6.

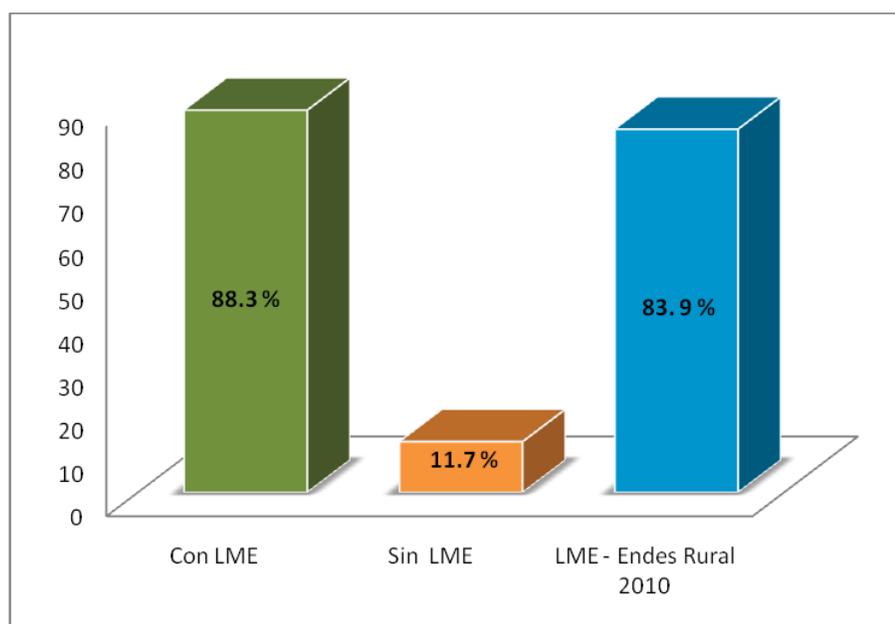
El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 0 a 5 meses de edad, que han recibido solo leche materna en la últimas 24 horas antes de la encuesta aplicada a su madre, que ha correspondido a 144 casos y ha tenido como denominador al total de niños de 0 a 5 meses de madres encuestadas, que alcanzó a 163 casos.

Tabla Nº 06
Distribución de niños/as de 0 a 5 meses según LME
LB-MCS II 2011

Lactancia Materna Exclusiva	Total	
	n	%
Tiene LME	144	88.3
No tiene LME	19	11.7
Total	163	100

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafica Nº 06
Distribución de niños/as de 0 a 5 meses según LME
LB-MCS II 2011 y ENDES 2010



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Alimentación del lactante y niño

Indicador N° E.3: % de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos cinco comidas sólidas o semi- sólidas al día.

La alimentación complementaria es importante en el periodo que va de los seis a los 24 meses de edad, etapa en el que el niño es muy vulnerable, dado a que diferentes estudios evidencian que es cuando muchos niños/as empiezan tienen problemas de crecimiento y que elevan la proporción de desnutrición crónica. En este periodo el niño/a requiere de requisitos mayores de energía y es por ello importante cuidar la frecuencia de las raciones de alimentos, así como la cantidad teniendo en cuenta que sea de consistencia sólida o semisólida adaptándose a sus requerimientos y habilidades alimentarias(3).

Por ello, en el proyecto se ha priorizado abordar las practicas sobre la alimentación complementaria en los niños entre 6 a 23 meses edad, que se medirá a través del indicador – cinco comidas sólidas o semisólidas al día – encontrándose en el estudio de línea base que solo el 36.9 por ciento de niños y niñas reciben al menos 5 comidas al día según reportaron las madres encuestadas, ver Tabla No. 07; sin embargo a nivel de la frecuencia de mínimo 3 comidas sólidas o semisólidas al día la mayoría se cumple en el 93.7 por ciento y en el caso de la ENDES 2009 a nivel rural alcanza solo al 85.1 por ciento de niños de 6 a 23 meses que consumen de 3 a mas comidas solidas o semisólidas por día.

A nivel de la característica de sexo, se observa una mínima diferencia entre niñas y niños que reciben al menos 5 comidas solidas o semi-solidas en el día, alcanzando al 36.6 por ciento de niños y al 37.2 por ciento de niñas.

Para medir este indicador, se determino el cálculo a partir del numerador de lactantes y niños en el rango de edad de 6 a 23 meses de edad que recibieron mínimo 5 comidas solidas o semisólidas al día, que ha correspondido a 66 casos y teniendo como denominador al total de niños de 6 a 23 meses de madres encuestadas, que alcanzó a 179 casos.

Tabla N° 07
Distribución de niños/as de 6 a 23 meses según frecuencia de comidas al día
LB-MCS II 2011

Alimentación complementaria		Total	
		n	%
Frecuencia de comidas por día	Total	179	100
	De 5 a mas comidas por día	66	36.9
	Menos de 5 comidas por día	113	63.1
Sexo			
	Hombre		
	De 5 a mas comidas por día	34	36.6
	Menos de 5 comidas por día	59	63.4
Mujer	De 5 a mas comidas por día	32	37.2
	Menos de 5 comidas por día	54	62.8

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Participación en programa nutricional

Indicador N° E.4: % de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que se benefician de los programas de nutrición.

Respecto a la participación de los niños de 6 a 23 meses de edad que se benefician de programas nutricionales en el ámbito de intervención del proyecto, se encontró que el 78.2 por ciento de niños y niñas tienen acceso a programas nutricionales según reportan las madres encuestadas.

A nivel de la característica de sexo, se observa que existe un mayor acceso a programas nutricionales en los niños, alcanzando el 80.6 por ciento a diferencia de las niñas que solo el 75.6 por ciento accede a estos programas. Ver Tabla No. 08.

Para medir este indicador, se determinó el cálculo a partir del numerador de niños y niñas en el rango de edad de 6 a 23 meses de edad, que participan de algún programa de apoyo nutricional, que ha correspondido a 140 casos y teniendo como denominador al total de niños de 6 a 23 meses de madres encuestadas, que alcanzó a 179 casos.

Tabla N° 08
Distribución de niños/as de 6 a 23 meses según acceso a programa nutricional
LB-MCS II 2011

Acceso a programa nutricional		n	%	
Acceso a programa nutricional	Total	179	100	
	Niño/a con acceso programa de nutrición	140	78.2	
	Niño/a sin acceso a programa de nutrición	39	21.8	
Sexo	Masculino	Con acceso programa de nutrición	75	80.6
		Sin acceso a programa de nutrición	18	19.4
Femenino	Con acceso programa de nutrición	86	75.6	
	Sin acceso a programa de nutrición	65	24.4	

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

5.2.2 Salud Infantil

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Indicador N° E.5: Diarrea – Uso de Tratamiento de Rehidratación Oral: % de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta que recibieron una solución de rehidratación oral (SRO) y/o fluidos rehidratantes caseros recomendados.

Las enfermedades diarreicas agudas es el resultado de una alteración en el mecanismo de transporte de agua y electrolitos, la evidencia científica ha demostrado que la práctica del tratamiento de rehidratación oral (TRO) con sales de rehidratación u otros líquidos caseros corrige el déficit de agua y electrolitos.(5) UNICEF y la OMS vienen promoviendo desde los 70' la TRO que ha evitado muertes por causa de EDA, para ello recomiendan el conocimiento y la promoción apropiada de las terapias para el tratamiento en el hogar(4)(5).

En el proyecto como parte de las practicas de cuidado de la salud del niño se fortalecerá las capacidades para la práctica de TRO en el hogar, el indicador que evidenciará los resultados será – tratamiento de rehidratación oral, incluyendo líquidos caseros cuando un niño o niñas presentan episodio de diarrea- en la medición de la línea de base se encontró que este indicador se encuentra en un 37.6 por ciento según reportaron las madres encuestadas. Ver Tabla No. 08.

A nivel de la característica de sexo, se observa que no existen diferencias significativas entre niños y niñas con EDA que tuvieron tratamiento de rehidratación oral (38.3 por ciento) en relación a los niños con EDA que tuvieron TRO que alcanzan el 36.9 por ciento. Ver Tabla No. 09.

En relación al tratamiento de EDA con TRO la ENDES 2009 (6), reporta que a nivel nacional el 66.7 por ciento de niños/as con EDA han recibido tratamiento de rehidratación oral y en el ámbito rural nacional alcanza al 57.9 por ciento, la región San Martín presente la más alta proporción de EDA con TRO de 67.5 por ciento en relación a Ayacucho y Ucayali, cabe precisar que estos valores se han estimado en el grupo de niños menores de 5 años de edad, en relación con los resultados de la línea base (37.6 por ciento en el grupo de niños de 0 a 23 meses de edad), es una prioridad promover la práctica de TRO de EDA en los ámbitos de intervención del proyecto. Ver grafica N° 7.

Para medir este indicador, se determinó en el cálculo como numerador a los niños de 0 a 23 meses de edad que han presentado episodio de diarrea mayor a 3 veces en 24 horas con una duración menor a los 15 días en las dos últimas semanas antes a la encuesta, que ha correspondido a 91 casos y teniendo como denominador al total de niños de 0 a 23 meses de edad que han presentado EDA, que alcanzó a 242 casos.

Tabla N° 08
Distribución de niños/as de 0 a 23 meses con EDA que recibieron TRO
LB-MCS II 2011

EDA con tratamiento de rehidratación oral		Total	
		n	%
Tratamiento de EDA	Total	242	100
	Niño/a con EDA sin TRO	151	62.4
	Niño/a con EDA y con TRO	91	37.6
Sexo Masculino	Niño con EDA sin TRO	77	63.1
	Niño con EDA y con TRO	45	36.9
Femenino	Niña con EDA sin TRO	74	61.7
	Niña con EDA y con TRO	46	38.3

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafica N° 07
Distribución de niños/as de 0 a 5 meses según LME
LB-MCS II 2011 y ENDES 2010

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Indicador Nº E.6: % de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad con tos en las últimas dos semanas que buscaron atención de proveedor de salud.

La detección y manejo de los casos de IRA es importante para contribuir a reducir la mortalidad infantil por incidencia de neumonía —principal causa de muerte entre las enfermedades de las vías respiratorias— que por evidencia de estudios es cinco veces más frecuente en los países en desarrollo (7). La OMS/UNICEF/PNUD ha determinado un conjunto de estrategias para reducir la incidencia de IRA vía educación y en caso de presentarse los casos ha enfatizado en la evaluación por personal de salud para una adecuado diagnóstico y tratamiento, así como reducir el uso inadecuado de antibióticos.

El proyecto orientará sus esfuerzos en promover la práctica del uso de servicios de salud frente a los casos de IRA. Para ello el indicador que evidenciará el conjunto de intervenciones a favor de esta práctica será el porcentaje de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad con infección respiratoria aguda que han tenido atención por proveedor de salud, obteniéndose en la línea de base que el 72.7 por ciento de los niños que han presentado episodio de IRA han demandado atención por proveedor de salud, según reportan las madres encuestadas. Ver Tabla Nº 10.

A nivel de la característica de sexo, se observa que existe una menor proporción de niños con IRA que tuvieron atención por un proveedor de salud (69.0 por ciento) en relación a las niñas con IRA que tuvieron atención por un proveedor de salud que alcanzan el 76.8 por ciento.

Según la ENDES 2009 se observa que el porcentaje de niños/as menores de 5 años con IRA que acude a un proveedor de salud para el tratamiento es de 72.1 por ciento en el nivel nacional y de 74.6 por ciento en el nivel rural Nacional, situación que evidencia comportamiento similar con los resultados de la línea de base en el grupo de niños de 0 a 23 meses. Ver gráfica Nº 8.

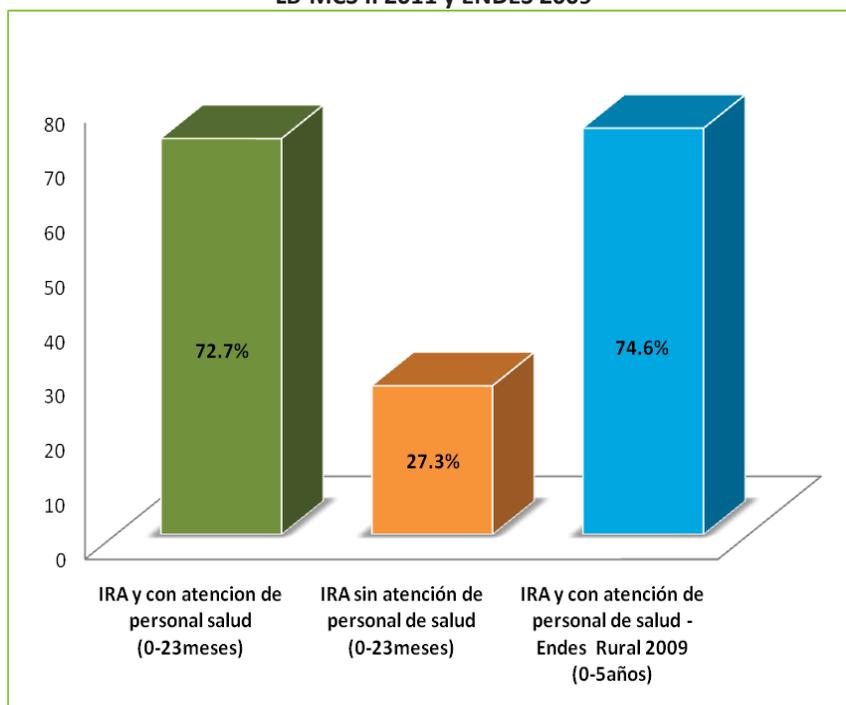
El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 0 a 23 meses de edad, que han presentado tos además de respiración agitada o dificultad para respirar, y que han demandado atención de un proveedor de salud, lo cual corresponde a 173 casos y teniendo como denominador al total de niños de 0 a 23 meses de edad que presentó tos además de respiración agitada o dificultad para respirar que alcanzó a 238 casos, según refieren las madres encuestadas.

Tabla Nº 10
Distribución de niños/as de 0 a 23 meses con IRA que tuvo atención
por proveedor de salud,
LB-MCS II 2011

Niños con IRA que tuvo atención de proveedor de salud		n	%
Tratamiento de IRA por proveedor de salud	Total	238	100
	IRA y con atención de proveedor salud	173	72.7
	IRA sin atención de proveedor de salud	65	27.3
Sexo Masculino	IRA y con atención de proveedor salud	87	69
	IRA sin atención de proveedor de salud	39	31
Sexo Femenino	IRA y con atención de proveedor salud	86	76.8
	IRA sin atención de proveedor de salud	26	23.2

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafica Nº 08
Distribución de niños/as con IRA que recibió atención por proveedor de salud
LB-MCS II 2011 y ENDES 2009



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Crecimiento y desarrollo infantil (CRED)

Indicador N° E.7: % de niños y niñas de 0 a 12 meses de edad que tienen control de crecimiento y desarrollo para su edad.

El crecimiento y desarrollo durante los primeros 3 años de vida tiene un valor clave para el desarrollo de capacidades, es el periodo en el cual madura las funciones del cerebro y de otros órganos a una velocidad acelerada y su bloqueo genera limitaciones para el desarrollo en las otras etapas de la vida.

Esta situación demanda la importancia de promover practicas de control periódico del crecimiento y desarrollo, que genere las condiciones para la practicas en el cuidado de la salud y nutrición del niño y las practicas de crianza orientadas a la madurez de los movimientos gruesos, movimientos finos adaptativos, lenguaje y persona social, condiciones que son promovidos en los servicios de salud y la participación activa de la familia previamente informada (8).

El proyecto está orientado a través de un conjunto de estrategias para generar/fortalecer la práctica del control de los niños menores de 2 años, con el fin de realizar un seguimiento de la evolución de los niños, que será medido a través del indicador – niños/as con control de CRED de acuerdo a su edad – siguiendo los parámetros de la norma del MINSA, con énfasis en el primer año de vida. Al respecto, se encontró que solo el 27.6 por ciento de niños y niñas de 0 a 12 meses de edad tienen sus controles de crecimiento y desarrollo para su edad, según reportan las madres encuestadas. Ver Tabla N° 11.

A nivel de la característica de sexo, se observa que existe una mayor proporción de niños con CRED completo para su edad de 31.1 por ciento en relación a las niñas con CRED completo para su edad, que es menor y alcanza al 23.9 por ciento. Ver Tabla No. 10

Respecto al control de CRED la ENDES 2010 presenta en el nivel nacional el 40 por ciento y en el ámbito rural nacional el 44.2 por ciento, en el caso de regiones Ayacucho presenta la más alta proporción (52.3 por ciento) en relación a San Martín y Ucayali que alcanzan una menor proporción entre 45.3 y 37.3 por ciento respectivamente. Ver Gráfica No. 7. Cabe precisar que estos valores se han estimado en el grupo de niños de 0 a 36 meses de edad, en el caso de la línea base la proporción de control CRED es significativamente menor a la ENDES, lo que evidencia una baja demanda de control CRED en los ámbitos de intervención del proyecto. Ver grafica N° 9.

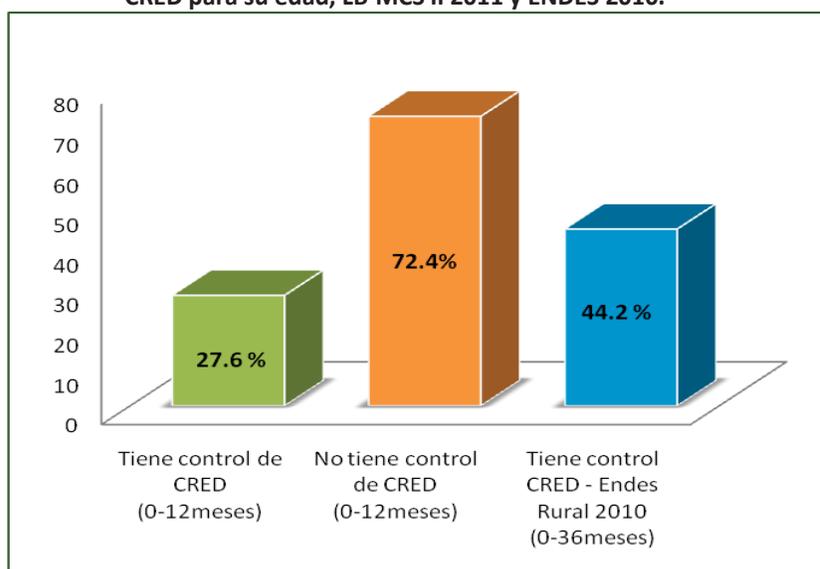
El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 0 a 12 meses de edad, que han cumplido con sus controles de CRED de acuerdo a su edad, según esquema de controles del MINSA, lo cual corresponde a 66 casos y teniendo como denominador al total de niños de 0 a 12 meses de edad de madres encuestadas, que alcanzó a 239 casos.

Tabla Nº 11
Distribución de niños/as de 0 a 12 meses según control de CRED para su edad, LB-MCS II 2011

Control de CRED		n	%
Control de CRED	Total	239	100
	Tiene control de CRED	66	27.6
	No tiene control de CRED	173	72.4
Sexo			
	Masculino		
	Tiene control de CRED	38	31.1
	No tiene control de CRED	84	68.9
Femenino			
	Tiene control de CRED	28	23.9
	No tiene control de CRED	89	76.1

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafico Nº 09
Distribución de niños/as según control de CRED para su edad, LB-MCS II 2011 y ENDES 2010.



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Vacunación infantil

Indicador N° E.8: % de niños y niñas de 0 a 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas para su edad.

Un conjunto internacional liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lanzaron la Visión y Estrategia Mundial de Inmunización (GIVS) para el decenio 2006-2015, una de sus 4 estrategias es “Llegar a todos los distritos”, que se orienta a la solución de los problemas locales frente a la inmunización infantil enfatizando la participación de las comunidades con el fin de garantizar el adecuado funcionamiento de los servicios de inmunización(9).

En esta orientación desde el proyecto se buscará promover la práctica de demandar la inmunización de los niños/as a los servicios de salud según calendario de vacunación e incidir a que los servicios de salud prioricen estrategias de vacunación especialmente en zonas alejadas, el indicador que medirá estos resultados es – niños de 0 a 12 meses de edad cuentan con vacunas completas para su edad- encontrándose en la línea de base que el 75.2% de niños cuenta con sus vacunas para la edad según referencia y/o verificación de carnets. Ver Tabal N° 12.

Respecto a la vacunación la ENDES 2010 presenta en el nivel nacional el 67.3 por ciento y en el ámbito rural nacional el 60.5 de proporción de niños menores de 12 meses que cuentan con vacunas completas básicas para su edad⁽¹¹⁾, en el caso de regiones Ucayali presenta la más baja proporción que se encuentra en 62.9 por ciento. En relación a San Martín y Ayacucho que tiene mayores niveles de alcance entre 67.4 y 62.9 por ciento respectivamente, en relación con los resultados de la línea base la proporción de niños y niñas con vacunas básicas completas para su edad es mayor (75.2 por ciento), sin embargo aun es necesario reducir la brecha del 25% que no tiene acceso a este servicio, evidenciando aun presencia de inequidad en acceso a inmunizaciones. Ver grafica N° 10.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 0 a 12 meses de edad, que han cumplido con el calendario de vacunación básica según lineamientos del MINSA, lo cual corresponde a 173 casos y teniendo como denominador al total de niños de 0 a 12 meses de edad de madres encuestadas, que alcanzó a 230 casos.

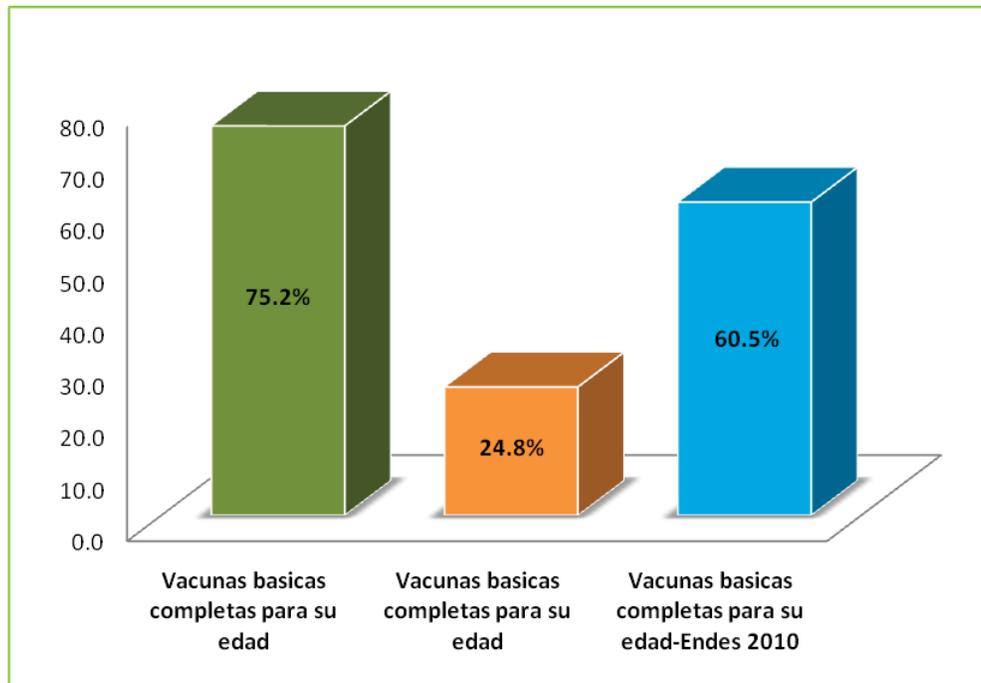
¹¹ Vacunación básica comprende 1 Dosis de BCG, 3 Dosis de DPT, 3 Dosis contra la Poliomeilitis y 1 Dosis contra el Sarampión.

Tabla N° 12
Distribución de niños/as de 0 a 12 meses de edad con vacunas básicas completas para su edad, LB-MCS II 2011

Vacunas básicas completas para la edad	Total	
	n	%
Niño/a tiene vacunas básicas completas para su edad	173	75.2
Niño/a no tiene vacunas básicas completas para su edad	57	24.8
Total	230	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafico N° 10
Distribución de niños/as de 0 a 12 meses de edad con vacunas básicas completas para su edad, LB-MCS II 2011 y ENDES 2010.



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Aseguramiento de Salud Infantil

Indicador N° E.9: % de niños y niñas pobres de 0 meses y 23 meses de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA.

A través de las políticas de aseguramiento en salud se busca desde el marco de la equidad lograr el acceso a un servicio de salud y de calidad de los sectores de población más desfavorecidas como parte de sus derechos en salud, la actual política de aseguramiento del país demanda el esfuerzo conjunto, entre las estrategias para reducir la inequidad en el acceso a servicios de salud está el inicio de la afiliación de población pobre y en extrema pobreza de esta forma tengan asegurados sus riesgos en salud y se reduzca la barrera económica para acceder a servicios de salud, para ello se requiere población informada e incidencia para cumplir con la política de aseguramiento en ámbitos vulnerables como las de zonas rurales que concentran alto porcentaje de pobreza(10).

En este sentido, el proyecto tiene la orientación de acercar la demanda a los servicios de salud, siendo vital su aporte en informar y vía incidencia canalizar el aseguramiento de la población pobre de los ámbitos de intervención, este resultado se mide a través del indicador - niños y niñas pobres(según índice de necesidades básicas insatisfechas-Ver anexo N° 05) de 0 meses y 23 meses de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA- el cual en el estudio de línea de base alcanzó al 84.8 por ciento según reportaron las madres encuestadas. Ver Tabla N° 13.

A nivel de la característica de sexo, se observa que existe una menor proporción de niñas afiliadas a seguro de salud MINSA de solo el 82.9 por ciento en relación a los niños con seguro de salud que alcanzan el 86.5 por ciento.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 0 a 23 meses de edad pobres, que tienen algún tipo de seguro del MINSA, lo cual corresponde a 201 casos verificados según código de afiliación y teniendo como denominador al total de niños de 0 a 23 meses de edad de familias pobres, que alcanzó a 237 casos.

Tabla N° 13
Distribución de familias pobres con niños de 0 a 23 meses según afiliación del niño/a al seguro MINSA, LB-MCS II 2011

Afiliación al seguro del MINSA		Total	
		n	%
Afiliación a seguro	Total	237	100
	Niño/a afiliado a seguro	201	84.8
	Niño/a no afiliado a seguro	36	15.2
Sexo			
	Hombre		
	Afiliado	109	13.5
	No afiliado	17	86.5
Mujer	Afiliado	92	82.9
	No afiliado	19	17.1

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Identidad del niño

Indicador Nº E.10: % de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que cuentan con partida nacimiento/CUI(DNI).

El derecho a la identidad permite mayor garantía para cumplir con los otros derechos fundamentales de la persona y el no tenerlo podría vulnerar aún más las inequidades en salud, educación, participación, protección, principalmente en zonas alejadas.

En el Perú, para reducir la brecha de no identidad se ha creado el Código Único de Identificación (CUI) que será el mismo de su DNI, este código ha sido incorporado a las partidas de nacimiento con el fin de tener un control desde el momento del nacimiento (11).

El proyecto se une a esta prioridad de derecho del niño y promoverá en las familias la importancia del registro de los niños que nacen y de incidir en los gobiernos locales la promoción de este derecho, para ello el indicador a medir este logro es - niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que cuentan con CUI – que en la línea base alcanzó solo al 24.5 por ciento de las madres encuestadas - ver Tabla Nº 14.

De otro lado, se encontró que aún un 17.8 por ciento de las madres encuestadas refiere que su niño/a no cuenta con partida de nacimiento – ver Tabla Nº 15. Según la ENDES 2010 el 7.2 por ciento de niños aun no están inscritos y no cuentan con partida de nacimiento y en el ámbito rural nacional se encuentra en esta situación alcanza al 9.2 por ciento, con preocupación Ucayali el 30.9 por ciento de niños no cuenta con partida de nacimiento.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 0 a 23 meses de edad, que tienen el CUI en su partida de nacimiento y teniendo como denominador al total de niños de 0 a 23 meses de edad de madres encuestadas, que alcanzó a 342 casos.

Tabla Nº 14
Distribución de niños de 0 a 23 meses que tienen CUI/DNI
LB-MCS II 2011

Tenencia de CUI/DNI	n	%
Tiene CUI	84	24.5
No tiene CUI	258	75.5
Total	342	100

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Tabla N° 15
Distribución de niños de 0 a 23 meses que tienen CUI
LB-MCS II 2011

Tenencia de partida de nacimiento	n	%
Tiene partida nacimiento y muestra	93	27.2
Tiene partida nacimiento y no muestra	188	55
No tiene partida de nacimiento	61	17.8
Total	342	100

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Acceso a agua potable y segura

Indicador N° E.11: % de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que viven en una vivienda que tiene agua potable.

La protección de la salud requiere entre diferentes condiciones el abastecimiento de agua de consumo libre de microbios patógenos o por exposición a sustancias químicas no aptas al consumo humano. La OMS considera que el agua es clave en la salud pública y que demanda cuidados en la protección de las fuentes, en el proceso de tratamiento y la gestión de la distribución y manejo intradomiciliario, para ello se considera importante el empoderamiento local que promueva mejoras en el acceso a agua potable como un determinante clave en la promoción de la salud (12).

El proyecto vía mecanismos de advocacy y fortalecimiento de capacidades en liderazgo busca promover condiciones que faciliten acceso a agua potable, este aporte se medirá vía el indicador - porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que viven en una vivienda que tiene agua potable – en la línea base alcanzó al 43.6 por ciento según reportan las madres encuestadas. Ver Tabla N° 16.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de niños de 6 a 23 meses de edad, que corresponde a 78 casos que viven en una vivienda con acceso a agua potable proveniente de red pública dentro de la vivienda o fuera de la misma y teniendo como denominador al total de niños de 6 a 23 meses de edad de madres encuestadas, que alcanzó a 179 casos.

Tabla Nº 16
Distribución de viviendas según acceso a agua potable,
LB-MCS II 2011

Vivienda con agua potable	n	%
Vivienda con agua potable	78	43.6
Vivienda sin agua potable	101	56.4
Total	179	100

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Indicador Nº E.12: % de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que consumen agua segura.

La realidad del país sobre el acceso a agua potable en zonas rurales del país es aun crítica, de otro lado, los estudios sobre el consumo de agua segura han demostrado que puede prevenir enfermedades, entre las métodos destacan el hacer hervir el agua (Blake 1993), el uso de envases plásticos de 20 litros con boca estrecha, tapa y grifo⁽¹²⁾, así como mediante el tratamiento del agua con desinfectante de hipoclorito producido in situ (Quick, 1994, Quick, 1998). También se ha demostrado que la desinfección solar del agua almacenada reduce la incidencia de enfermedades diarreicas (Conroy, 1996).(13)

Frente a estas evidencias, el proyecto promoverá la práctica del consumo de agua segura a través de la práctica de agua hervida, clorada y SODIS, involucrando a las autoridades comunitarias en la promoción de esta práctica, que se medirá los resultados a través del indicador - niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que consumen agua segura en su vivienda - que en la línea de base alcanzó al 72.1 por ciento según reportan las madres encuestadas. Ver Tabla Nº 17.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en como numerador al número de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad, que corresponde a 129 casos que consumen agua tratada que proviene de la red pública o no pública, que se le da un tratamiento antes de consumir y teniendo como denominador al total de niños de 6 a 23 meses de edad de madres encuestadas, que alcanzó a 179 casos.

Respecto al consumo de agua segura según la ENDES 2010 presenta en el nivel nacional el 91.5 por ciento y en el ámbito rural nacional el 82.2 por ciento, en el caso de regiones Ayacucho presenta la más alta proporción (98.8 por ciento) en relación a San Martín y Ucayali que son menores entre 80.1 y 73.7 por ciento respectivamente, cabe precisar que estos valores se han estimado en el grupo de niños de 0 a 36 meses de edad, en el caso de la línea base la

¹² En Bolivia, dos estudios demostraron una reducción estadísticamente significativa en la contaminación del agua con E. coli y una disminución de 44% en las enfermedades diarreicas mediante el uso de envases plásticos de 20 litros con boca estrecha, tapa y grifo.

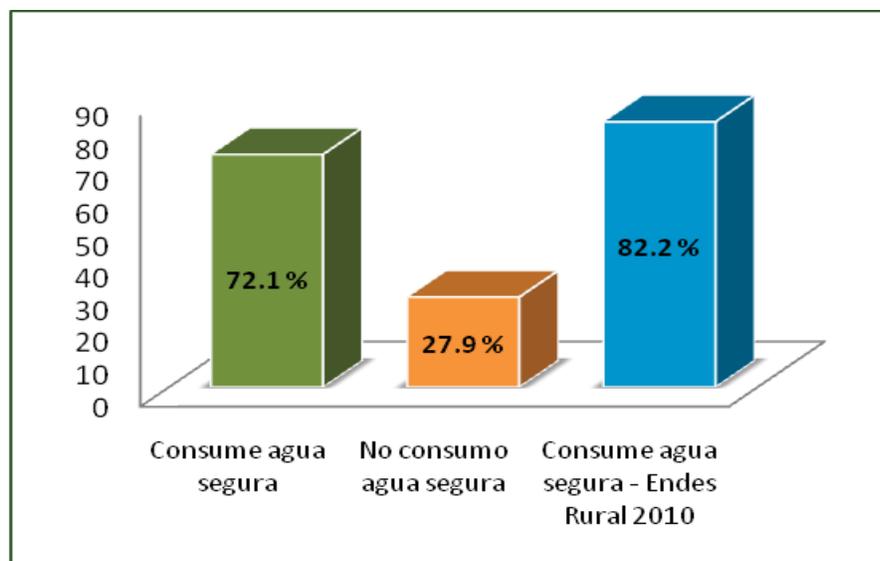
proporción encontrada es inferior en 10 puntos porcentuales, situación que demanda priorizar practicas de tratamiento intradomiciliario de aguas para el consumo humano y a nivel de la comunidad promocionar esta práctica.

Tabla Nº 17
Distribución de niños 6 a 23 meses según consumo de agua segura, LB-MCS II 2011

Consumo de agua segura	n	%
Consume agua segura	129	72.1
No consumo agua segura	50	27.9
Total	179	100

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafico Nº 11
Distribución de familias que consumen agua segura LB-MCS II 2011 y ENDES 2010



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

5.2.3 Salud Sexual y reproductiva: Planificación familiar

A nivel internacional se reconoce que la salud sexual y reproductiva, que incluye la planificación familiar es reconocida como una intervención clave para mejorar las condiciones de salud de la mujer y de los niños/as, al promover la oportunidad de cuidados reproductivos en base a la decisión informada de la mujer y su pareja.

Siendo por ello importante que las intervenciones en planificación familiar partan de un enfoque de derechos y de intervención holística, identificando sus necesidades de cuidado de salud reproductiva, la conducta social que permita una elección libre según sus preferencias que van a variar según las circunstancias, percepciones y las interpretaciones individuales condicionadas por el entorno socio cultural y de las preferencias y efectividad del método se garantizará la continuidad del uso de determinado método anticonceptivo (14)(15).

El proyecto tiene como un elemento clave la promoción de prácticas de salud sexual y reproductiva con énfasis en planificación familiar, para ello se ha identificado conjunto de indicadores que evidenciaran los resultados de la intervención en esta línea temática, a partir de los cuales se ha realizado la medición de la línea de base y los resultados demandan desarrollar estrategias para incrementar el uso de métodos anticonceptivos según preferencias que asegure la continuidad de uso y efectividad.

Prevalencia de uso de Anticonceptivos:

Indicador Nº E.13: % de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan, o cuyas parejas sexuales utilizan actualmente, cualquier forma moderna de anticoncepción.

El porcentaje de MEF o cuyas parejas sexuales utilizan algún tipo de método moderno de anticoncepción, alcanzó al 55.4 por ciento según reportan las mujeres unidas y no unidas que han sido encuestadas en la línea de base – ver Tabla No. 18. En el caso de las MEF unidas se encontró que un 58 por ciento usan MAC moderno y en el caso de las MEF no unidas el 31.8 por ciento usan MAC moderno.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos moderno en mujeres en unión se encontró en la ENDES 2010 que a nivel nacional alcanza al 50.5 por ciento y en el ámbito rural nacional al 43.4 por ciento, en el caso de regiones donde interviene el proyecto no hay mayor diferencia, puesto que, se encuentran en el rango de 42 a 47 por ciento. Ver grafico Nº 12.

En relación con los resultados de la línea base sobre el uso de MAC modernos, se observa que la brecha de uso, aún es alta, detrás de esta cifra existen diversos factores que estarían influyendo en estos resultados percibidos desde la demanda según como la encuesta como: miedo a efectos secundarios, se encuentran en periodo de post parto/lactancia, actualmente sin actividad sexual y por problemas de salud; una de las principales razones estaría relacionado a estrategias de información poco efectivas en relación a métodos, servicios no acordes al contexto cultural, entre otras; lo cual demanda priorizar desde el proyecto estrategias de información contextualizadas al entorno socio cultural y acciones de incidencia

vía las JVC para mejorar los servicios de planificación familiar en las zonas de intervención del proyecto.

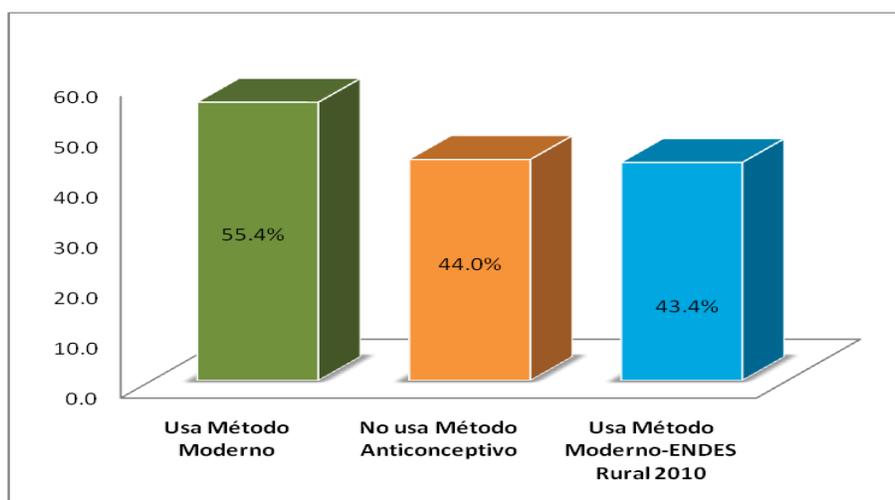
El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad unidas y no unidas, que refieren ellas o su pareja sexual que utiliza algún tipo de método moderno de anticoncepción, que corresponde a 189 casos y teniendo como denominador al total de MEF unidas y no unidas encuestadas, que alcanzó a 341 casos.

Tabla Nº 18
Distribución de MEF según uso de método anticonceptivo
LB-MCS II 2011

Uso de métodos anticonceptivos	Total	
	n	%
No usa Método Anticonceptivo	150	44.0
Usa Método Moderno	189	55.4
Usa Método Tradicional	2	0.6
Total	341	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafico Nº 12
Distribución de MEF según uso de método anticonceptivo moderno
LB-MCS II 2011 y ENDES 2010



F
 uente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Respecto a la edad de las MEF que usan algún MAC moderno, el 46.6 por ciento se concentra en el grupo de 20 a 29 años de edad y el 26.7 por ciento en el grupo de 30 a 39 años de edad, siendo el grupo de madres adolescentes que usan en menor porcentaje MAC moderno, grupo que debe ser priorizado en las intervenciones de planificación familiar. Ver tabla N° 19.

En cuanto al otro extremo de los grupos etarios (40 y más años de edad), al igual que para el caso de las y los adolescentes, se precisa que la comunidad organizada implemente las acciones de vigilancia para que más mujeres (especialmente mayores de 40) puedan acceder a servicios de SSR acordes a su cultura y contexto. Por otro lado, cabe mencionar el énfasis que se dará en el componente comunicacional, a los mitos y creencias sobre los métodos anticonceptivos (énfasis en lo que respecta a la continuidad de la fertilidad).

Al respecto, el proyecto MCS tanto para el grupo de adolescentes (15 a 19) como para las MEF mayores de 40 años, el proyecto MCS abordará acciones de información en SSR con la participación de actores clave de la comunidad involucrados en la promoción del ejercicio de una salud sexual y reproductiva saludable, a su vez, acompañará acciones de incidencia en los espacios donde las JVC se articulen con los EESS para analizar algunos factores que repercutan en la SSR y/o propuestas a favor de la misma.

Tabla N° 19
Distribución de MEF que usan algún método anticonceptivo moderno según edad, LB-MCS II 2011

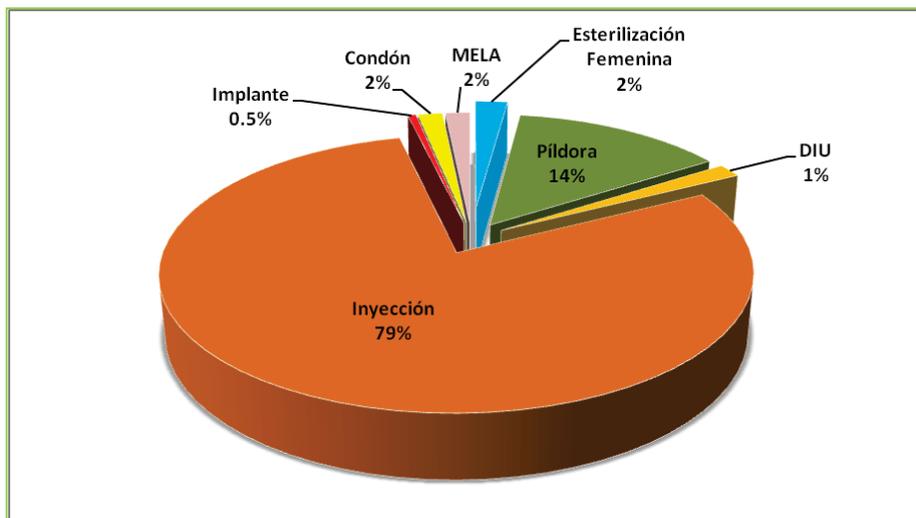
Uso de MAC Moderno según edad	Total	
	n	%
De 15 a 19 años	41	21.7
De 20 a 29 años	88	46.6
De 30 a 39 años	50	26.5
De 40 y más años	10	5.3
Total	189	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Respecto al tipo de método anticonceptivo que usan las MEF y/o sus parejas sexuales, se encontró que el 78 por ciento utiliza el método de inyectables, resultado similar al promedio nacional (la ENDES 2009 también reporta como método de mayor uso al inyectable con un 57,2 por ciento), seguido con un 13.6 por ciento de MEF que usan la píldora anticonceptiva. Ver grafica N° 13.

Será importante explorar las percepciones sobre la preferencia de métodos anticonceptivos en los ámbitos de intervención a fin de implementar de manera participativa con la comunidad, estrategias informativas y de acercamiento a los servicios de planificación familiar.

Grafico N° 13
Distribución de MEF según tipo de método anticonceptivo moderno que usan
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Continuidad de MAC

Indicador N° E.14: % de mujeres de 15 a 49 años de edad o sus parejas que tienen continuidad de algún método moderno anticonceptivo.

El porcentaje de MEF o cuyas parejas sexuales continúan usando un MAC moderno después de su primera consulta de control, alcanzó al 91.5 por ciento según reportan las mujeres encuestadas. Ver Tabla N° 20.

El comportamiento de continuidad de MAC moderno según grupo etario, guarda similitud con el uso de MAC, prevaleciendo el mayor porcentaje en el grupo de 20 a 29 años de edad con 47.4 por ciento, seguido en el grupo de 30 a 39 años de edad con 25.4 por ciento – ver Tabla No. 21. Se observa que el grupo de madres adolescentes sigue siendo el grupo que menos continuidad tiene en el uso de métodos anticonceptivos, es importante tener en cuenta que la continuidad se relaciona en parte, al índice de fallos de uso, el cual según estudios llega a ser hasta de 20% en adolescentes y usuarias con bajo nivel socio-cultural⁽¹³⁾. Por otra parte, la ENDES 2009, refiere como una de las principales causas para no continuar con el uso de método anticonceptivo, a los efectos secundarios.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad unidas y no unidas, que refieren que ellas o su pareja sexual continúan usando el MAC posterior a su primera consulta de control de uso de método anticonceptivo, lo que corresponde a 144 casos y teniendo como denominador al

¹³ Índice de Pearl de los métodos anticonceptivos más utilizados. Fuente World Health Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO, 2009.

total de MEF entre 15 y 49 años de edad unidas y no unidas, que usan MAC moderno encuestadas, que alcanzó a 189 casos.

Tabla Nº 20
Distribución de MEF que continúan usando algún método anticonceptivo moderno después de su primer control de uso
LB-MCS II 2011

Continuidad Método Anticonceptivo Moderno	Total	
	n	%
No continua con MAC	16	8.5
Continua con MAC	173	91.5
Total	189	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Tabla Nº 21
Distribución de MEF que continúan usando algún método anticonceptivo moderno después de su primer control de uso según edad, LB-MCS II 2011

Continuidad de MAC moderno según edad	Total	
	n	%
De 15 a 19 años	39	22.5
De 20 a 29 años	82	47.4
De 30 a 39 años	44	25.4
De 40 y más años	8	4.6
Total	173	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Preferencia de MAC modernos:

Indicador N° E.15: % de mujeres entre 15-49 años de edad o sus parejas que prefieren el Método Moderno Anticonceptivo moderno que actualmente usan.

El porcentaje de MEF o cuyas parejas sexuales tienen preferencia por el método anticonceptivo que actualmente utilizan, alcanzó al 91.0 por ciento según reportan las mujeres encuestadas, -Ver Tabla N° 22 -, es importante destacar que la preferencia depende en parte de las opciones de métodos disponibles que se ofrece y de la información que se da desde los servicios de salud y así como de condiciones de salud de la mujer, creencias y otros factores propios de cada grupo cultural (16).

El comportamiento de preferencia de MAC moderno que actualmente utilizan, guarda similitud con la continuidad de uso de MAC, siendo mayor en el grupo de 20 a 29 años de edad con 46.5 por ciento y en el grupo de 30 a 39 años de edad con 26.7 por ciento. Ver Tabla No. 23.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad entre 15 y 49 años de edad unidas y no unidas, que refieren ellas o sus parejas sexuales tener preferencia por el MAC moderno actual que están utilizando, que corresponde a 172 casos y teniendo como denominador al total de MEF encuestadas que usa algún tipo de MAC moderno, que alcanzó a 189 casos.

Tabla N° 22
Distribución de MEF según preferencia de MAC moderno
que actualmente usa
LB-MCS II 2011

Preferencia de MAC moderno	Total	
	n	%
No tenía preferencia/no quería usar método	11	5.8
Si era el método que quería usar	172	91.0
No era el método que quería usar	6	3.2
Total	189	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Tabla N° 23
Distribución de MEF que tiene preferencia de MAC moderno que
actualmente usa según edad
LB-MCS II 2011

Preferencia MAC moderno según edad	Total	
	n	%
De 15 a 19 años	36	20.9
De 20 a 29 años	80	46.5
De 30 a 39 años	46	26.7
De 40 y más años	10	5.8
Total	172	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Espaciamiento de embarazos

Indicador N° E. 16: % de nacimientos con espacio intergenésico de por lo menos tres años uno de otro.

El porcentaje de madres que tuvieron un espaciamiento de embarazo de 3 años y más, fue considerablemente bajo (15.2 por ciento), en relación a las que tuvieron un espaciamiento menor de embarazo (84.8 por ciento) – ver Tabla No. 24. El comportamiento de estos resultados son similares en relación a lo reportado en la ENDES 2009, la cual indica que el intervalo inter genésico de 36 a 47 meses alcanza el 14.6 por ciento a nivel nacional y en el ámbito nacional rural llega a 16.1 por ciento.

La planificación familiar es un medio para lograr espaciar los embarazos, el cual, cuando es adecuado (no menor de 36 meses ni mayor de 60) trae beneficios tanto a la salud de la madre como a la de la niña o niño (17).

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil que tuvieron espaciamiento de embarazo de 3 años y más, que corresponde a 52 casos y teniendo como denominador al total de mujeres en edad fértil encuestadas, que alcanzó a 341 casos.

Tabla N° 24

**Distribución de mujeres que tuvieron un espaciamiento de embarazo de 3 años y más
LB-MCS II 2011**

Espaciamiento de nacimientos	Total	
	n	%
Espaciamiento de 3 años y más	52	15.2
Espaciamiento menor de 3 años	289	84.8
Total	341	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Consejería en Planificación Familiar

La orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, es un proceso de intercambio de información entre usuarias, usuarios que requieren dicha información, y la persona quien presta un servicio. En este proceso se proporcionan conocimientos, despejan dudas, o ideas equivocadas, motivando la reflexión de las personas respecto a su salud o ideales reproductivos para tomar decisiones libres e informadas (18).

Se basa en los derechos sexuales y reproductivos, los cuales deben ser abordados teniendo en cuenta el entorno socio cultural y garantizando la disponibilidad de métodos a fin de promover el cambio de comportamientos en las MEF y sus parejas sexuales y que favorecerá la adopción de un método de su preferencia y la continuidad de su uso en mayor proporción.

Diferentes estudios evidencian que del total de embarazos anuales, una parte no han sido planeados, algunos de éstos llegan a ser interrumpidos por alguna complicación obstétrica que puede conllevar a la mortalidad materna, siendo clave la consejería y servicios de planificación familiar orientados a preservar vidas, ahorro de tiempos y recursos (19)

El proyecto generará mecanismos para que las Juntas Vecinales Comunes ejerzan mecanismos de vigilancia y propuestas para que los servicios de salud se adecúen lo mejor posible a las necesidades y demandas de la población. En ese sentido, se hará incidencia para asegurar la disponibilidad del servicio de consejería acorde a la población, la cultura y de las opciones de métodos de planificación familiar, a fin de optimizar las oportunidades de visita de las MEF a los EESS y en especial en el periodo post parto.

Indicador N° E.17: % de mujeres de 15 a 49 años de edad o cuyas parejas han recibido consejería en Planificación Familiar.

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que recibió consejería en planificación familiar, alcanzó al 62.8 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la línea de base – ver Tabla No. 25. Cabe aclarar que, para efectos del presente estudio, se entiende como consejería, al hecho de que el personal de salud le haya brindado alguna información sobre métodos anticonceptivos.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad o cuyas parejas han recibido consejería en PF en el último año, que corresponde a 214 casos y teniendo como denominador al total de MEF encuestadas, que alcanzó a 341 casos.

Tabla N° 25
Distribución de MEF que recibió consejería en Planificación Familiar
LB-MCS II 2011

Consejería a MEF	Total	
	n	%
Si recibió información	214	62.8
No recibió información	122	35.8
No recuerda	5	1.5
Total	341	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Indicador N° E.18: % de mujeres de 15 a 49 años de edad que han recibido consejería en PF después de dar a luz a su último hijo.

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que recibió consejería en planificación familiar en la etapa de post parto en su último hijo, alcanzó al 76.5 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la línea de base – ver Tabla No. 26.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad que después de dar a luz a su último hijo en el EESS, antes de ser dada de alta ó en el primer contacto con el EESS posterior a su parto ha recibido consejería en PF, que corresponde a 261 casos y teniendo como denominador al total de MEF encuestadas, que alcanzó a 341 casos.

Tabla Nº 26
Distribución de MEF que recibió consejería en Planificación
Familiar en la etapa de post parto
LB-MCS II 2011

Consejería a MEF en post parto	Total	
	n	%
Si recibió información	261	76.5
No recibió información	77	22.6
No recuerda	3	0.9
Total	341	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

5.2.4 Salud materna

A nivel mundial en el marco de los objetivos del milenio se busca reducir la mortalidad materna, las evidencias científicas parten de la orientación que la mayoría de muertes maternas son evitables, dado a que existen medidas preventivas, soluciones terapéuticas o profilácticas para abordar sus principales causas, partiendo de un inicio temprano de la atención prenatal, realizada por personal calificado en servicios de salud que cuentan con capacidad resolutive que reduzca hemorragias, septicemia, así como la pre-eclampsia.

Entre las causas que limitan el acceso de las gestantes al establecimiento de salud, antes, durante y después del parto, son diversas, entre las cuales, se encuentran: La distancia a los EESS, la disponibilidad de recursos en los EESS para una atención de calidad y así como la presencia de creencias, prácticas culturales y status de la mujer para decidir por una atención oportuna y de calidad, frente a esto la OMS recomienda que hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los servicios de salud y las barreras de acceso de las mujeres a los servicios de salud⁽¹⁴⁾(20).

Bajo esta orientación el proyecto tiene la premisa de orientar sus intervenciones de salud materna en el nivel comunitario promoviendo prácticas de cuidado en el periodo de embarazo desde el primer trimestre, busca de atención ante signos de alarma en el embarazo, atención de parto y post parto por personal calificado y desde acciones de incidencia a canalizar la mejora de la capacidad resolutive de los servicios de salud materna.

¹⁴ Proportion of births attended by a skilled health worker – 2008 updates. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones conexas, 2008. Tracking progress in maternal, newborn and child survival. The 2008 report. Nueva York , UNICEF, 2007.

Atención Prenatal:

Indicador N° E.19: % de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvieron seis o más atenciones prenatales cuando estaban embarazadas con su menor hijo.

El porcentaje de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvieron en su último embarazo más de 6 controles prenatales, alcanzó al 68.1 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la línea de base. Ver Tabla No. 27.

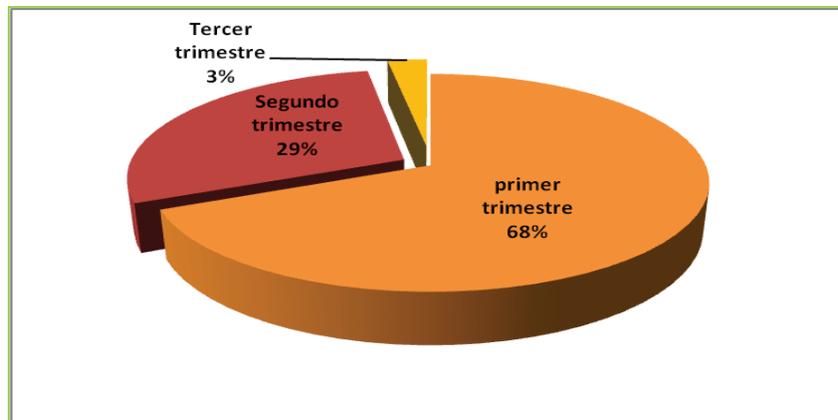
El comportamiento respecto a la demanda de atención prenatal en el primer trimestre del embarazo es alto (68 por ciento), siendo menor en el segundo y tercer trimestre de gestación (29 y 3 por ciento respectivamente), esta situación señala la necesidad de trabajar en la promoción de la atención prenatal en el primer trimestre del embarazo. Así mismo, es importante que la normatividad del Ministerio de Salud del Perú, promueve que la primera atención pre natal sea antes de las 22 semanas, a fin de hacer el diagnóstico precoz de alguna patología y lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre (21).

Tabla N° 27
Distribución de mujeres que cumplieron con 6 atenciones prenatales
LB-MCS II 2011

Atención prenatal	Total	
	n	%
Menos de 6 controles prenatales	109	31.9
6 y más controles prenatales	233	68.1
Total	342	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafico N° 14
Distribución de mujeres que cumplieron con 6 atenciones prenatales
Según trimestre de inicio de las atenciones prenatales
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Así mismo, se observa que a nivel de grupos etarios, las mujeres entre 20 a 29 años de edad alcanzan la proporción más alta de tener más de 6 atenciones prenatales (44.6 por ciento), seguido de las de 30 a 39 años (30 por ciento), en comparación al grupo de mujeres entre 15 a 19 años (20.2 por ciento) y a las mayores de 40 años (5.2 por ciento). Ver Tabla N° 28.

Existen estudios que han detectado que las principales razones o motivos que las mujeres refieren para no asistir a la atención prenatal, son; en primer lugar: El miedo y la vergüenza con 43 por ciento (por los procedimientos que causan incomodidad y temor, o van en contra de las creencias y costumbres). En segundo lugar: La falta de tiempo con 20,4 por ciento (ocupaciones, trabajos de tiempo completo o porque no reciben el apoyo de su cónyuge o de su familia). En tercer lugar están las que creen que no es necesario o que no hace falta con 16,7 por ciento (22).

En relación al bajo porcentaje de atención pre natal en las y los adolescentes, se menciona a las lecciones aprendidas contempladas en el documento “Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes” entre las cuales se considera a las limitaciones en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, pues ellas y ellos necesitan atención específica dados los cambios que experimentan, así como los tabúes, creencias y mitos existentes en su entorno, que generalmente, sanciona el interés, ejercicio y cuidado que quisieran tener para su salud sexual (23). Una de estas limitaciones tiene que ver con el perfil del personal de salud que opera en la zona, por ejemplo: En un estudio sobre la interacción entre personal de salud y las jóvenes embarazadas (15 a 19 años) durante la atención pre natal en un hospital nacional de Lima (Perú), se ha demostrado que el personal de salud femenino es más afectivo y orientador que el masculino, en la relación con las jóvenes gestantes (24).

En la práctica profesional, se percibe que en las mujeres mayores a 40 años el comportamiento de la baja asistencia a la atención prenatal responde al hecho de haber “naturalizado” tanto el hecho de la gestación, a un punto en que lo consideran como un proceso que ya no implicaría mayor riesgo, si considera a sus experiencias reproductivas previas.

Tabla N° 28
Distribución de mujeres que cumplieron con 6 atenciones prenatales según edad

LB-MCS II 2011Atención prenatal según edad	Total	
	n	%
De 15 a 19 años	47	20.2
De 20 a 29 años	104	44.6
De 30 a 39 años	70	30.0
De 40 y más años	12	5.2
Total	233	100.0

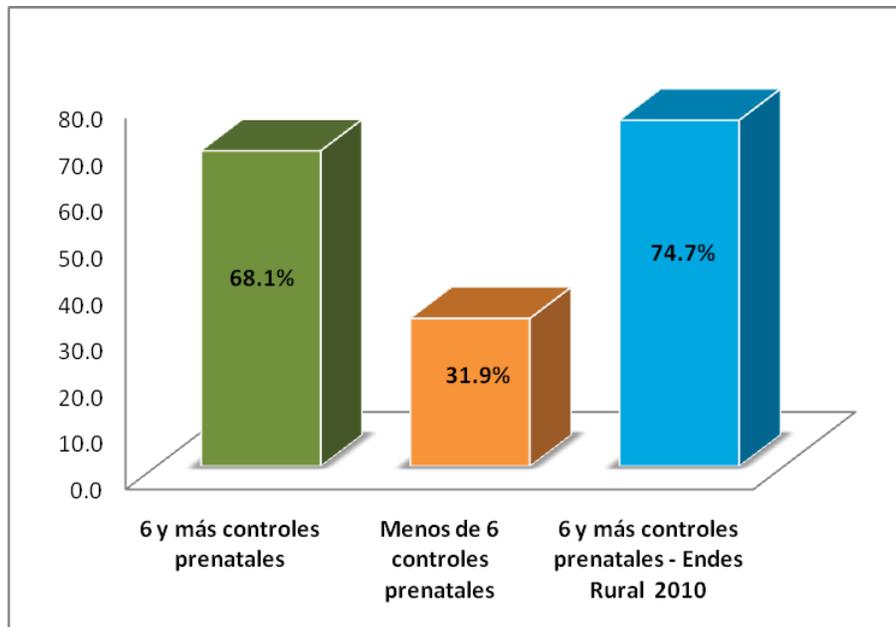
Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Respecto al número de atenciones prenatales en el último nacimiento según la ENDES 2010 presenta en el nivel nacional el 81 por ciento y en el ámbito rural nacional el 74.7 por ciento, - ver grafico Nº 15 - en el caso de regiones Ucayali presenta la más baja proporción (67.5 por ciento) en relación a Ayacucho y San Martín que alcanzan una mayor proporción entre 76.5 y 79.5 por ciento respectivamente, en relación a los resultados de la línea base se observa que en el ámbito de intervención del proyecto es menor, lo cual refleja que existe una mayor necesidad de promover la práctica de la busca de atención prenatal desde el primer trimestre de embarazo, a fin de favorecer la identificación oportuna de riesgo en la madre y el niño en forma temprana y de brindar los cuidados pre natales según norma (20); considerando derechos ciudadanos, priorizando la información, educación y comunicación de la gestante y su familia (atención pre natal re enfocada) (25).

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad con niño de 0 a 23 meses, que refieren haber tenido mínimo seis atenciones prenatales en su último hijo vivo, que corresponde a 233 casos y teniendo como denominador al total de MEF encuestadas, que alcanzó a 342 casos.

Al igual que en los otros indicadores, el proyecto facilitará las estrategias de articulación y comunicación entre la comunidad (JVC) y el establecimiento de salud, para identificar propuestas de mejora y adecuación de servicios según recursos disponibles y contextos.

Grafico Nº 15
Distribución de mujeres que cumplieron con 6 atenciones prenatales
LB-MCS II 2011 - ENDES 2010



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Atención de Parto

Indicador N° E.20: % de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad cuyo nacimiento fue asistido por personal calificado.

El porcentaje de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvo su último parto por personal calificado, alcanzó al 88.3 por ciento según reportan las mujeres encuestadas en la línea de base, la mayor concentración de partos se da por personal obstetra con 64 por ciento. Ver Tabla N° 19 y Grafico N° 16.

Respecto a la atención del último parto atendido por personal de salud “calificado” la ENDES 2010 reporta en el nivel nacional un 83.8 por ciento y en el ámbito rural nacional un 63.7 por ciento, en el caso de regiones Ayacucho presenta la mayor proporción de atención de parto por personal de salud calificado (89.7 por ciento), en relación a San Martín y Ucayali que alcanzan una menor proporción entre 73.1 y 68.5 por ciento respectivamente, con relación a la línea base la proporción de partos atendidos por personal calificado en madres con niños de 0 a 23 meses es mayor, supera los resultados de la ENDES. Ver Grafico No 17.

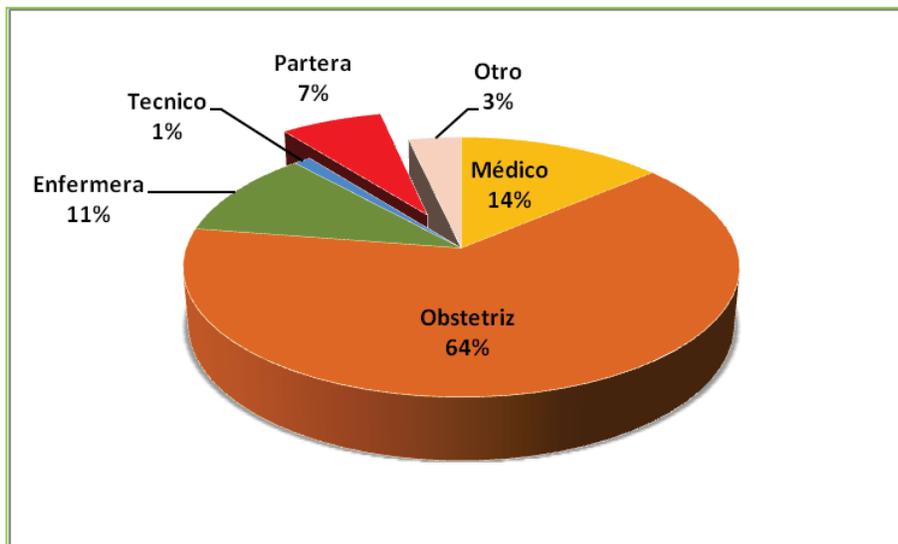
El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad con niños de 0 a 23 meses, cuyo nacimiento fue asistido por un médico, obstetras, enfermera, que corresponde a 302 casos y teniendo como denominador al total de MEF encuestadas, que alcanzó a 342 casos.

Tabla N° 29
Distribución de mujeres que tuvieron parto por personal calificado
LB-MCS II 2011

Atención de parto por personal calificado	Total	
	n	%
Atención del parto por personal no calificado	40	11.7
Atención del parto por personal calificado	302	88.3
Total	342	100.0

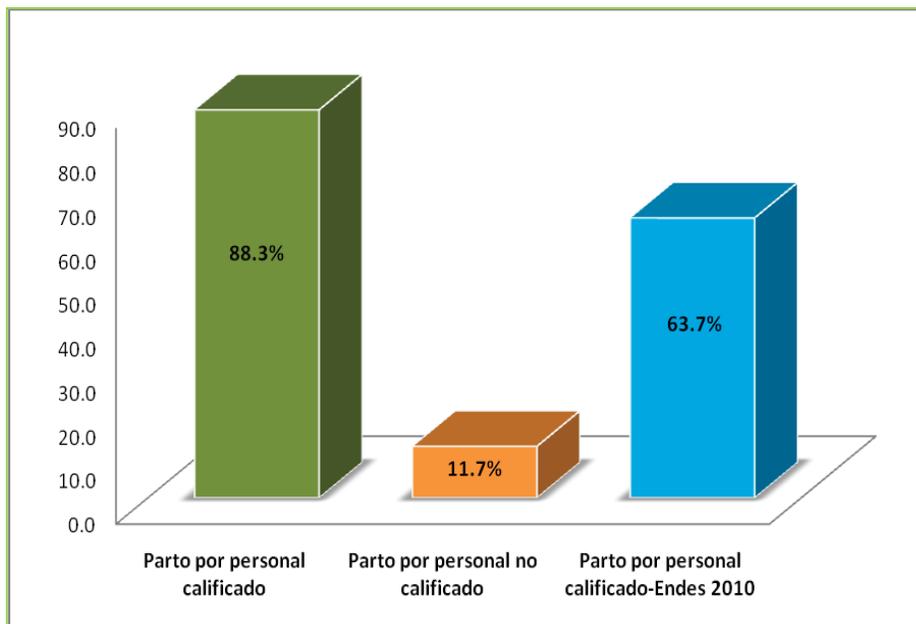
Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Grafico N° 16
Distribución de mujeres que tuvieron parto según tipo de personal que atendió
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Grafico N° 17
Distribución de mujeres que tuvieron parto por personal calificado
LB-MCS II 2011 – ENDES 2010



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Atención de Post parto

Indicador N° E.21: % de madres con niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que recibieron una atención post-natal por parte de personal de salud calificado dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del hijo menor.

El porcentaje de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvo atención post parto por personal calificado, alcanzó al 93.3 por ciento según reportan las mujeres madres encuestadas en la línea de base. Ver Tabla N° 30.

El personal calificado quien realiza el mayor porcentaje de atenciones post parto, es el obstetra, con 56.9 por ciento, seguido del personal de enfermería con un 25.5 por ciento, y en tercer lugar al personal médico en solo el 11.1 por ciento. Ver tabla No 18.

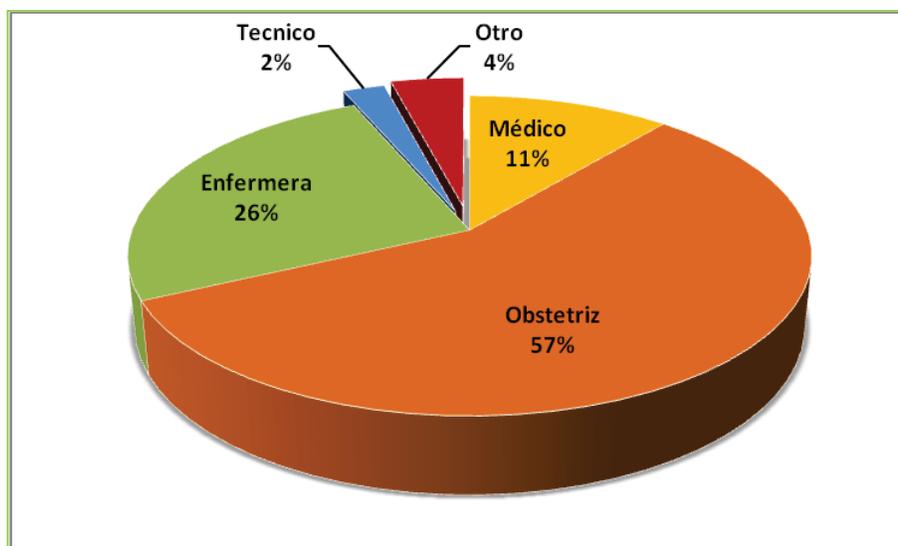
El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad con niños de 0 a 23 meses, que recibieron una atención post parto por personal de salud calificado (medico, obstetra o enfermera) dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, que corresponde a 319 casos y teniendo como denominador al total de MEF encuestadas, que alcanzó a 342 casos.

Tabla N° 30
Distribución de mujeres que tuvieron atención de post parto
por personal calificado
LB-MCS II 2011

Atención post parto por personal calificado	Total	
	n	%
Atención por personal no calificado	23	6.7
Atención por personal calificado dentro de las 48 horas	319	93.3
Total	342	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Grafico N° 18
Distribución de mujeres que tuvieron atención de post parto
por personal calificado
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011

Embarazo en adolescente

Indicador N° E. 22: % de mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres.

El porcentaje de madres adolescentes fue de 22.9 por ciento (ver Tabla N° 31), cifra mayor a la reportada en la ENDES 2009 que corresponde a 11.1 por ciento a nivel nacional y a nivel de ámbito rural nacional 18.4 por ciento, la misma que refiere que las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas.

Las acciones que el proyecto abordará para la prevención del embarazo en adolescente, guardan estrecha relación con las mencionadas para la promoción del ejercicio de una salud sexual y reproductiva saludable, mencionada en el resultado de efecto sobre la prevalencia de uso de método anticonceptivo.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres en edad fértil entre 15 y 19 años de edad que ya son madres, que corresponde a 78 casos y teniendo como denominador al total de mujeres madres en edad fértil encuestada, que alcanzó a 341 casos.

Tabla N° 31
Distribución de adolescentes madres
LB-MCS II 2011

Salud materna en adolescente	Total	
	n	%
Madres adolescentes	78	22.9
Madres no adolescentes	263	77.1
Total	341	100.0

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Aseguramiento de salud en la mujer

Indicador N° E.23: % de mujeres pobres entre 15 a 49 años con cobertura de seguro de salud del MINSa

En el marco de buscar la equidad en las mujeres se han venido dando una serie de lineamientos que reduzca el acceso a salud, entre ellas la barrera económica ha sido una constante para que las mujeres reciban atención de salud, en este sentido, el proyecto tiene la orientación de acercar la demanda a los servicios de salud, siendo vital su aporte en informar y vía incidencia canalizar el aseguramiento de la población pobre de los ámbitos de intervención, este resultado se mide a través del indicador - mujeres pobres de 15 a 49 años (según índice de necesidades básicas insatisfechas-Ver anexo N° 5) que están cubiertas por el seguro del MINSa- el cual en el estudio de línea de base alcanzó al 84.8 por ciento según reportaron las madres encuestadas. Ver Tabla No. 32.

El cálculo de este indicador se realizó teniendo en cuenta como numerador al número de mujeres pobres, que tienen algún tipo de seguro del MINSa, lo cual corresponde a 218 casos verificados según código de afiliación y teniendo como denominador al total de mujeres pobres encuestadas, que alcanzó a 237 casos.

Tabla N° 32
Distribución de mujeres pobres según afiliación al seguro
MINSa, LB-MCS II 2011

Afiliación de la mujer al seguro del MINSa		Total	
		n	%
Afiliación a seguro	Total	237	100
	Mujer pobre afiliada	218	92
	Mujer no pobre afiliada	19	8

Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

5.3 Marco de resultados a nivel de resultados intermedios según componentes del proyecto

La medición de los resultados intermedios por componente del proyecto, se aplicó bajo un estudio documental, obteniendo los datos en función a la verificación en campo de los criterios de medición de cada indicador y tomando en cuenta la existencia de los medios de verificación que se especifica para cada caso, para ello se ha utilizado una ficha de verificación que ha sido aplicado por el equipo local del proyecto (adjunto en el Anexo N° 3).

La determinación del valor inicial de los indicadores intermedios se ha medido teniendo como universo al total de comunidades definidas como ámbito de intervención (considerando 1 JVC por comunidad que equivale a 170 comunidades, 21 distritos y 3 regiones).

En general, los resultados del conjunto de indicadores intermedios se acompañan de aproximaciones cualitativas a los procesos que se encuentran interviniendo a nivel de la gestión comunal de salud y gestión local de salud, producto del estudio cualitativo de la línea de base.

5.3.1 Resultado Intermedio 1: Prácticas comunales más saludables en mejora de la SMI y adopción de PF/SR

Los resultados del conjunto de indicadores de resultado intermedio del componente 1 tienen un nivel de avance que se oscila entre 17 a 40 por ciento, a continuación se describe los valores alcanzados a partir de la revisión de fuentes secundarias de 7 indicadores, para el caso del indicador número R.I.5 y R.I.9 su medición ha sido en el marco de los resultados de la encuesta de población, así mismo se presenta las percepciones y expectativas de los integrantes de JVC sobre los procesos que se vienen dando desde su concepción en el marco de cada indicador que se describe a continuación y se resumen en la tabla N° 33.

Indicador R.I. 1: % de Juntas Vecinas Comunales con reconocimiento vigente por las municipalidades.

Este indicador muestra que de las 170 comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención para el componente 1, el 34.7% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-1	Juntas vecinales comunales (JVCs) con reconocimiento vigente por las municipalidades.	JVC reconocidas a través de ordenanza municipal y/o resolución municipal vigente según reglamento de JVC.	59	111	34.7	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En las entrevistas realizadas a las JVC al azar de las cuatro sedes de intervención del proyecto se observa que parte de las JVC que se encuentran en un nivel básico no han logrado aun tener reconocimiento actualizado de los GL, a diferencia de las JVC de nivel intermedio o avanzado que cuenta con reconocimiento vigente, esto se corresponde con los elementos de calificación de “comunidades saludables” que en el periodo anterior aplico el proyecto MCS I.

Este proceso de reconocimiento en parte ha permitido un acercamiento de las JVC a los Gobierno locales, en determinadas zonas los miembros de las JVC consideran que les ha permitido negociar sus iniciativas, tener apoyo y en otros casos no perciben beneficios como parte del proceso de reconocimiento, no tienen presencia de su GL en sus comunidades.

Si tenemos un reconocimiento de la municipalidad; pero ellos casi no vienen a estas comunidades, para desarrollar trabajo.

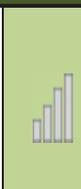
JVC Ayacucho San Cristobal

Mediante una resolución fuimos reconocidos a nivel de todo... a nivel del valle... o sea que la entidad organizadora que esta en este proyecto, nos había reconocido a cada junta... con una sola resolución donde esta las juntas vecinales... tal comunidad, así venia en esa resolución... En cuanto al... apoyo que hemos recibido de parte del municipio es poco o nada ha hecho. Ha hecho una mínima parte, solamente recuerdo, que en dos oportunidades, durante su periodo de gobierno el alcalde, nos ha invitado a una reunión, pero solamente para que nos de una charla educativa, sobre el consumo de agua hervida y casi no ha habido ese apoyo, como decir moral y material, un claro respaldo.

JVC Tarapoto MushuLlacta

Indicador R.I. 2: % de Juntas Vecinas Comunales que elaboran su diagnostico comunal, su plan comunal de salud y la ficha de vigilancia comunal de salud madre-niño.

Este indicador muestra que de las 170 comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-2	Juntas vecinales comunales que elaboran su diagnostico comunal, IMI y plan de accion comunal.	JVC elaboran y entregan su Diagnostico comunal, IMI y plan comunal al Gobierno Local para su registro en el SISMUNI.	0	170	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En las comunidades que tienen una calificación de avanzado, se observa un mayor nivel de conocimiento de las herramientas: diagnóstico y plan comunal, valoración a su aplicación y la importancia de desarrollar promoviendo la participación de la población de la comunidad. Valoran la metodología de capacitación en el uso de estas herramientas, resaltando el uso de una metodología interactiva, participativa y uso de dinámicas lúdicas.

No es tan fácil señorita pero se aprende con lo que nos enseñan se hacen juegos didácticos todo, vas conociendo a otras personas presentan con otros caseríos a otras autoridades, también no, y haces tú trabajos,

JVC Pucallpa Las Mercedes

En el diagnóstico, ahí nos dicen cuántos somos, cuántas mujeres hombres somos, que edades tienen, todo.. Bajamos a una ficha. Con eso nos permite conocer y cuando vienen los proyectos, de ahí sacamos damos esa información, toda esa información le damos a la municipalidad con su software, ¿?como le llaman?.. (Se pregunta).. Toda la información de las comunidades y JVC le baja a las computadoras y ellos sacan información. Por ejemplo, queremos proyecto de agua, de esa manera saben todo, en un archivo y pueden dar esa información . Esa información le sirve al alcalde o a otra persona para elaborar proyectos

JVC Tarapoto Bello Horizonte

En parte de las comunidades donde se entrevistó, refieren que la participación de la población en la planificación ha sido gradual, reconocen que es importante el compromiso de la población en estos procesos, perciben que aun se requiere trabajar en promover mayor involucramiento de la población.

Si es importante pero muchas veces cuando se convocan, poco o nada algunos les interesa, especialmente algunas las familias que están con sus niños que están más desnutridos, a veces no aparecen, entonces de qué sirve? Que nosotros a veces conozcamos y los demás no sepan como tienen que atender a sus niños, que debe de hacer, entonces ahí está el caso por eso es que le digo que se avanzado un 60% a un 70%.

JVC Pucallpa Vista Alegre

Respecto a la ficha de vigilancia comunal de salud madre-niño, en las comunidades más avanzadas se observa un buen conocimiento del proceso de la elaboración de la ficha de vigilancia, reconocen la importancia de vigilar periódicamente las prácticas en especial de los niños, siendo más recurrente la prioridad por la desnutrición y el acceso a agua segura.

La vigilancia es un control para que los niños no sean desnutridos, es para saber cuántas madres están gestando, cuántos niños toman agua tratada, si el niño come cinco veces al día, nos sirve para saber cómo combatir la desnutrición

crónica, y cuantas madres en edad fértil, porque de 15 a 45 años son las mujeres en edad fértil... Ese instrumento lo hacemos nosotros mismos.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Pa, este, para hace este diagnóstico, recuerdo yo por ejemplo..., las herramientas principales que sea tomado, era ver los datos de los niños, eh, de, uno, uno, en el sector, en esto pues en, en Los Olivos, y otro era en los demás caseríos, ...para hace este diagnóstico, se ha visto pues, que cantidad de niños hay acá y qué cantidad de niños atiende la posta ¿no?, ese ha sido una herramienta, otro ha sido también, ver por ejemplo, la historia del caserío, ósea primero, ¿quiénes han sido sus primeros pobladores?, ¿cómo ha empezado?, ¿y cómo casi estamos?, creo que hasta el años pasado creo ha sido eso ¿no?.

Eso ha sido esas herramientas, y lo que hemos priorizado, era recuerdo también, eh, creo, este, al menos tratar, tratar de erradicar la, a la desnutrición, o sea eso... de los niños menores de 2 a 29 meses.

JVC Aguaytia, Monte de los Olivos

En relación a la información generada en el diagnóstico comunal y la vigilancia comunal, se observa en parte que su uso en las comunidades se continua desarrollándose para implementar mejoras y en otros casos, no ha sido actualizada la información; de otro lado, la socialización de la información recogida por ambas herramientas en ciertos gobiernos locales ha contribuido a un mayor relacionamiento con sus autoridades locales.

En el caso de los EESS, parte de la información ha sido socializada, sin embargo, los integrantes de las JVC perciben que el EESS no asigna prioridad a la vigilancia que realizan y a la información reportada, refieren que el personal de salud local tiene aún poco interés para acompañar este proceso.

Bueno la verdad que te voy a decir con Franqueza en ningún momento he visto yo esas informaciones que de aquí mandaban, nunca se ha visto en el EESS, yo estaba en 5 reuniones que me ido a representar al pueblo y ninguna he visto eso.

JVC Pucallpa Vista Alegre

Indicador R.I. 3: % de Juntas Vecinas Comunales que tienen mujeres como parte de su equipo de gestión

Este indicador muestra que de las 170 comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención, el 21.2% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.1-3	JVC que tiene a mujeres como parte de su equipo de gestion.	JVC tiene como miembros a mujeres en la junta directiva.	36	134	21.2	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En las entrevistas de grupos focales, se observa que parte de los miembros varones de las JVC consideran a la mujer con iguales derechos para participar en las JVC, en las decisiones de la directiva, mientras que otro grupo las considera como "apoyo". Por su parte las mujeres miembros de las JVC se identifican con los mismos derechos que el hombre para dirigir la JVC, este hecho evidencia el fortalecimiento de sus capacidades en gestión y liderazgo, sin embargo su inclusión en las JVC aún es mínima variando entre 1 a 2 integrantes en cada directiva entrevistada.

Un elemento recurrente identificado en las mujeres que son miembros de las JVC es su antecedente de haber participado en otros espacios anteriormente o ejercen doble función, lo que refleja que las mujeres líderes es un grupo pequeño "privilegiado" en las comunidades, situación que se explica en parte por sus "miedos" a asumir un cargo, poca o nula experiencia a interactuar con grupos de varones y mujeres desde una responsabilidad social.

Es recurrente en los discursos el énfasis del rol reproductivo-doméstico que las normas sociales ha asignado a la mujer y que aun predomina, que en parte perciben como una limitación para que ejerza su rol social.

La mujer tiene un papel importante dentro de la directiva, ellas también deben tener las mismas condiciones que debemos tener nosotros, entonces trabajamos pues armoniosamente, con ellas, ni unos somos más ni somos menos, por eso es importante que estén dentro de las JVC. ..Agradecemos la participación de las mujeres, a veces la participación de las 02 mujeres que nos acompañan siempre en nuestras reuniones. Porque debemos trabajar en conjunto, aunque a veces no es fácil pues los quehaceres de su casa no les permiten.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Las mujeres trabajan, colaboran. Y las mujeres, les gusta participar en la Junta, y si les respetamos a las mujeres...

JVC Ayacucho- TUTUMBARO

Si, solo se ve a las mujeres donde si se les ve a puras mujeres cuando van a nombrar autoridad (risas), - Ah pero participan- Sabe porque, porque para que no les nombre, tienen miedo - Como así para que no les nombre?- O sea su esposo les mandan a ellas, para que el esposo no asuma la responsabilidad porque la mujer no va a ser elegida, o sea se le propone y ella dice No, "mi esposo no quiere.. Ya...listo con eso... el control esta... manipulando" (risas) - Con control!- Solo así se le ve más del 80%, -que opina usted, porque cree que es poca la participación de las mujeres, es que a veces el esposo es machista, mujer pues ahí, la mujer esta, le manda el esposo, el no se va.

JVC Pucallpa Vista Alegre

Me siento pues este un poco contenta ósea que yo estoy aprendiendo y estoy aprendiendo y quisiera aprender más y hacer algo mas en el futuro más adelante de repente no, al inicio, no quería aceptarlo decía que no se, de repente voy hacer mal las cosas, pero pues estoy aprendiendo, ayudando ahora a la comunidad.

JVC Pucallpa Las Mercedes

Indicador R.I. 4: % de Juntas Vecinas Comunales que implementan su plan de acción comunal en forma satisfactoria.

Este indicador muestra que de las 170 comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I.4	Juntas vecinales comunales (JVCs) que implementan su plan de accion comunal en forma satisfactoria.	JVC ejecuta al menos el 50% de las actividades de su plan de acción comunal anualmente.	0	170	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

Al explorar sobre las percepciones sobre el nivel de cumplimiento de sus planes de acción comunal que elaboran anualmente, se observa que en los ámbitos donde el involucramiento de la población ha sido más significativo el nivel de "avance" de las acciones programadas ha sido mayor, algunos sobrepasando el 50 por ciento según refieren los propios entrevistados.

Hemos aprendido a ir más adelante. Cualquier necesidad de la comunidad, planteamos propuesta de actividades, y para coordinar con todos los miembros de la comunidad.

JVC Ayacucho- TUTUMBARO

A partir de los discursos se evidencia varios elementos que han intervenido en el cumplimiento de sus planes comunales al momento de desarrollar las entrevistas, un primer elemento que ha influido es el “apoyo” para el financiamiento de las acciones previstas en sus planes, debido a que parte de las acciones demandan de recursos para su ejecución y las gestiones para su financiamiento no han tenido “éxito”, principalmente se refieren a las demandas alcanzadas a sus gobiernos locales, que no ha permitido concretizar cumplir sus planes comunales.

Un segundo elemento que ha influido en el cumplimiento de su planificación es el “acompañamiento” en esta acción por equipos técnicos, que no se han dado continuamente en todas las comunidades.

Como se fue avanzando, o que actividades se fue avanzando? -(silencio) - Recuerdan- el plan se ha quedado postergado a una próxima reunión que tengamos porque estaba programado en el mes de enero y dentro de las cuales todavía no hemos hecho el planteamiento para el trabajo de este año.

Bueno el año pasado si se ha programado a través del MSH...Nos dieron ahí elaboramos el plan de trabajo...Que es lo que debe desarrollarse, como y como debe de avanzar mejor dicho en los pedidos que se tiene que hacer a través del presupuesto participativo, ahí es donde hemos hecho varios puntos, pero dentro de las cuales sinceramente para decirle que ninguno de los pedidos que se hizo, se ha ejecutado...

JVC Pucallpa Vista Alegre

Un tercer elemento que ha influido en el cumplimiento de los planes comunales en zonas muy dispersas ha sido las distancias para poder llegar con las acciones educativas a toda la población de dichas comunidades y de otro lado, aun una parte de la población no ha logrado involucrarse en la dinámica de mejora de la salud, perciben que algunas familias no tienen interés por participar en forma activa en las acciones principalmente de tipo educativas.

Bueno.... Porque no querían pues!, porque no querían hacer o estar. Porque no querían cumplir, y además algunos moradores viven lejos, distantes del pueblo, por ese motivo que a veces no querían cumplir con algunas tareas.se ha venido educando a la población, unos no tienen el mismo pensamiento que uno tienen a veces, tienes que decirles como personas que cosas estamos mal, quizás estamos haciendo. Otros no cumplían con sus servicios higiénicos, lo que es el silo, tenias que llamarles, otras personas que viven lejos, lejos de aquí, este valle es extenso, y por eso otros no estaban más explicados...si, no llegaba la información más allá.. y por eso no cambian.

JVC Tarapoto MushuLlacta

Una línea de acción priorizada en los planes comunales son las actividades educativas que en parte lo ejecutan periódicamente, en los discursos es recurrente encontrar testimonios sobre el desarrollo de sesiones educativas en temas orientados a la promoción de las prácticas saludables para el cuidado del niño, resaltando los temas sobre alimentación complementaria, lavado de manos, consumo de agua tratada, prevención de EDA/IRA y cumplimiento de controles en el niño, orientados a reducir la desnutrición infantil en sus comunidades y en el caso de la salud materna predomina los temas orientados a la atención prenatal, principalmente, reconociendo que están aportando gradualmente al cambio de comportamientos.

Porque ya no estamos teniendo hijos, porque nos estamos cuidando. Porque no va a ser posible mantenerlos si es que tiene cantidad de hijos.

JVC Ayacucho Alccohuilla

Para saber cómo es tener limpio al niño, como darle comer, a los cuantos meses..., comida que calidad, que comida debe comer todo eso, y tú ves que eso ayuda a tu hija...,

JVC Pucallpa Las Mercedes

En cuanto a salud, existían las enfermedades de diarreas y multi diarreas, y tu sabes hemos aprendido con la Junta vecinal a evitar las diarreas, primero lavar las manos y comer las frutas bien lavadas, luego lavarse las manos, antes de comer lavar las manos, después de ir al baño, ahorita la desnutrición de los niños, ya no hay vómitos, diarreas, ya hay cero.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Lo importante es que siempre un grano de arena, con respecto a lo que es salud... vamos pues conociendo más lo que es... lo mejor en salud, como mejorar, como tener, evitar las enfermedades, llámese la EDA, el SIDA y otras enfermedades... En segundo lugar viendo más informaciones, lo que es no solamente de repente puede ser del agua...

JVC Tarapoto MushuLlacta

Un elemento importante que resaltaron sobre las prácticas ha sido el abordaje cultural, reconoce que la presencia de creencias y costumbres influye en las prácticas de salud, como: la desparasitación, el cuidado en la gestación y otros.

Yo quería comentarte, yo te había dicho sobre un tema, sobre un debate, en la asamblea, tomando sobre el agua hervida. Ellos comentaban que de 80 años, 90 años no hemos muerto, o sea por eso yo... y como hasta ahorita algunos hierven el agua y otros no... Esa es la discrepancia que teníamos, total y hasta ahorita... como costumbre le tienen tomar el "Oje", para los bichos. -tomamos nuestro Oje y

adiós bichos! La recomendación viene de salud saludable. Hierve el agua para que tomes... Si decimos 20 es un avance.

JVC Tarapoto MushuLlacta

Si señorita parece que ella no sabe... tienen 17 años, yo le aviso le explico hay tengo pereza no, por vergüenza de repente no sé, pero le ves tú de repente dice no ahí me van a mirar, tengo pereza no quiero ir no quiero caminar, yo le digo tienes camina, vas a tener ahí aplastado, ahí no vas a poder tener en casa tu bebe tú tienes que caminar irte camina

JVC Pucallpa Las Mercedes

En ámbitos donde intervienen otros programas como el PIN⁽¹⁵⁾, JUNTOS⁽¹⁶⁾, se observa que las JVC complementan y articulan su trabajo sobre las prácticas de salud, en los discursos se perciben que estos programas ayudan en la gestión de la promoción de prácticas de las JVC, el aporte de estos programas – alimentos ó “bonos” - promueve una alta asistencia de las madres y mayor participación del EESS por ser la instancia encargada a nivel local de estos programas.

Tenemos huevos, tenemos carne, matamos gallinitas para comer, tenemos cereales, como haba, alverjita... segundo de trigo, quinua, de menestras como frejoles, lentejitas, pallar. Segundo de quinua, carne de res, de pescado congelado, que venden aquí, pollo... más anteriormente recibían capacitación de JUNTOS sobre cómo preparar alimentos, porque ellas (madres) como cobran podrían preparar para sus hijitos.

JVC Ayacucho Alccohuillca

Nosotros este estamos este en el PIN, que es del puesto de salud no, ahí siempre tenemos cada los 26, tenemos este reuniones sesiones demostrativas de depresión anemia todo eso ahí nos enseñan a lavar las manos a preparar los alimentos ahí si nos juntamos pues todos los caseríos.

JVC Pucallpa Las Mercedes

¹⁵ PIN

¹⁶ JUNTOS

Indicador R.I. 5: % de familias con niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que son vigilados en sus prácticas de SMI, SR/PF por sus Juntas Vecinas Comunales.

Este indicador muestra que de las 342 madres con niños en los rangos de 0 a 23 meses de edad encuestadas, el 17 por ciento refirió haber tenido por lo menos una visita de seguimiento por representantes de la JVC o el promotor de salud en los últimos seis meses antes de la encuesta.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-5	Familias con niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que son vigiladas en sus prácticas de SMI y PF/SR por su JVC	Cuando la familia han sido visitas por su JVC para verificar el cumplimiento de al menos 5 prácticas saludables de SMI, PF/SR .	58	284	17.0	

Fuente: Encuesta de LB 2011.

En parte de las JVC entrevistadas se encontró que las acciones de vigilancia en salud de la madre y el niño continúan desarrollándose en forma periódica, en los discursos se evidencia mecanismos que vienen usando para cumplir con las prácticas de vigilancia como: convocatorias con anticipación, invitación al EESS donde la dinámica de trabajo ha sido coordinado, comunicación en caso de incumplimiento a la autoridad comunal, encontrando que el “control social” es importante en estos procesos.

Bueno primeramente como líderes que somos de acá del caserío, de madres gestantes a veces no se quieren ir a su control o hacerse un primer control de madre gestante y uno como promotora que somos del pueblo, se les incentiva a esa persona que debe acudir a su control y a veces la señora no quiere,...le decimos: tú tienes que ir vete ya, y a veces están más lejos

JVC Pucallpa Las Mercedes

Exactamente para eso veíamos nosotros...hemos sufrido mucho----- hoy ya---- las madres gestantes todas están yendo a sus controles, todas están siguiendo sus controles.

JVC Pucallpa Vista Alegre

En ese momento nos ha ayudado bastante el USAID, Comunidades saludables que tenía convenio con Salud, pero siempre toda esta información, a veces no podíamos sacar porcentajes...todo nos da Salud dice “0”% de desnutrición crónica, en 2008 tuvimos 01% de desnutrición crónica, en el 2009 creo que es..0% de desnutrición de esa manera es que venían gente de otros lugares, pasantías para ver.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Nos ha servido de ver, cuanto de niños desnutridos hay en Los Olivos, cuanto están en menos así, más, avance, eso, cuánto, de repente, hasta ahorita, ha bajado, ha disminuido ya pues.

JVC Aguaytia Monte de Los Olivos

Para los niños, pesamos y tallamos, y para las madres hacemos sesiones demostrativas, como preparar la comida. Incluso tenemos el control... pedimos a salud que haga los talleres, y a las mamas las convocamos con auto parlantes con anticipación...usamos jabón, toalla, balanza, tallimetro, esos son las herramientas, el kit de sesiones tenemos un buen equipo. Aquí se hace todo, eso a su vez, se lleva un control de las mamas, las convocamos para ver el peso y talla de los niños.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Si, casa por casa para verlo primeramente su relleno sanitario, su letrina, y donde he podido encontrar un noventa % que todos estaban ordenados, había un % que no estaban todavía, no llegaban y algunos todavía no lo hicieron.

JVC Pucallpa Vista Alegre

Hacemos el seguimiento, la mamá si estaba gestando, cuanto tiempo de gestación tiene, cual es la fecha probable de parto, si ya está preparado para su parto, quien lo va acompañar al parto, con quien va a quedar su hijo. O sea se le hacía...

JVC Pucallpa Vista Alegre

Ya casi diarrea no nos producen mucho, mayormente por la calidad de atención que uno se les brinda, que uno se les orienta, ellos ya han disminuido los casos de EDAS, IRAS, no tanto. Algunos casos, por eso nosotros notificamos cada IRA. Uno, dos por semana o no también... y diarreas un caso, eso se está informando todas las semanas.

JVC Tarapoto MushuLlacta

Indicador R.I. 6: % de comunidades que alcanzan y se mantienen en el nivel de avanzado de “comunidades saludables”.

Este indicador muestra que de las 170 comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-6	Comunidades que alcanzan y se mantienen en el nivel de avanzado de 'comunidades Saludable.	Las comunidades “saludables” son aquellas que alcanzan el estandar de nivel avanzado establecido en las cinco líneas de promoción de la salud por un periodo minimo de 3 años. La calificación se corresponde a la lista de chequeo.	0	170	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

El proceso de calificación de comunidades saludables que el proyecto MCS en el periodo anterior midió, tiene como criterios parte de los indicadores antes descritos y que a la fecha de medición no se han cumplido, lo cual lleva a modificar el status de la calificación que en su momento obtuvieron las comunidades y a la fecha se encuentran en “0”.

Indicador R.I. 7: % de Juntas Vecinales Comunes que gestionan propuestas orientadas a la mejora de SMI y SR/PF de sus comunidades en espacios de concertación y/o decisiones locales.

Este indicador muestra que de las 170 comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención, el 14.7% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-7	JVC gestionan propuestas orientadas a la mejora de SMI y PF/SR de su comunidad en espacios locales.	JVC que elaboran y presentan propuestas orientadas a la mejora de la SMI y PF/SR al GL u otras instancias, o participan en el proceso de presupuesto participativo ó presentan sus experiencias en espacios públicos (GL y otros).	25	145	14.7	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En comunidades con mayor desarrollo se observa movilización y mayor efectividad en sus demandas de la junta a su GL, situación que se encuentra en proceso en comunidades intermedias o de inicio.

Esa información, da un diagnostico y eso le damos la información a la Municipalidad y eso a la vez a Salud, y que hacemos cuando un niño no está registrado, para que nos diga que hacer, la JVC se compromete, Pues a veces hay un pago y le decimos al alcalde que no nos cobre pedimos y registrar a ese niño en el registro civil.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Bueno, nosotros como, en salud, este más que todo, hemos visto no, para, la, este, de la posta su, la ampliación, para que lo, gestionó, para que puede hacer, ampliación de la posta, arreglo de ese local.

JVC Ayacucho Alccohuillca

Un elemento que influye en el desarrollo de iniciativas viene siendo la dinámica de funcionamiento de las JVC, se observa que parte de las JVC entrevistadas han seguido sus reuniones a nivel de directiva y en otros casos, por situaciones de "conflictos de interés internos" no están teniendo corum para sus reuniones, situación que limita desarrollar propuestas y trabajo coordinado. Además que se percibe un sentimiento de "desconfianza" entre los miembros y la población que limita la gestión comunal de salud.

Hay personas que se les llama a una reunión del pueblo y no quieren venir se hacen de rogar y ya vamos a cambiar de teniente a agente, no quieren no aceptan que sea él y a las finales ya uno a veces somos reelegidos., la reunión dicen después ya salen hablando, así es la realidad, ósea a veces acordamos una cosa para hacer algo de repente a pedir un apoyo y otros dicen que no dicen ósea se contradicen así por eso no se puede trabajar.

JVC Pucallpa Las Mercedes

El desarrollo de iniciativas tiene una tendencia hacia demandas en la línea de infraestructura física como servicios de saneamiento, lozas deportivas, entre otras obras, siendo menor las propuestas a nivel de desarrollo de capacidades comunitarias en salud.

Vamos a poner, refacción de carretera, perímetro de la losa deportiva que se ha caído por las lluvias, perímetro del panteón, refacción de la iglesia católica.

JVC Ayacucho Alccohuillca

A partir de los diferentes discursos se observa diferentes avances a nivel de la capacidad de gestión de los líderes de las JVC, varía según la dinámica interna de funcionamiento de las JVC y del desarrollo que han alcanzado sus integrantes, en algunos lugares vienen gestionando servicios para la población según la identificación de sus necesidades en nutrición, saneamiento u otros temas.

Nosotros por ejemplo, nosotras, yo acá y la señora, pertenecemos ¿no?, a la junta vecinal Miraflores, que tiene más o menos ya como, cuarto año de creación, tiene resolución municipal, reconocimiento por parte de la autoridad de acá del pueblo,

todo, este, viendo no, la necesidad nosotros de crecer como junta vecinal, que hayan nuevas instituciones ¿no?, en nuestra junta vecinal, hemos creado el comité vaso de leche, con el fin pues, de beneficiar también a los niños que, porque antes había una sola, un solo comité, pero nosotros hemos decidido formar nuestro propio comité del vaso de leche, todos somos el mismo pueblo, para que no se vaya, llegue el beneficio ahí, a todos.

JVC Aguaytia Monte de Los Olivos

Un elemento que identifican en forma recurrente en la gestión es la articulación con los gobiernos locales, al respecto una parte de las JVC entrevistadas perciben que aun existe distanciamiento que lo relacionan a las demoras en la respuesta a sus gestiones y al poco “interés” que muestran las autoridades locales, otro grupo refiere que han alcanzado una buena relación con su Gobierno Local, valorando la atención y respuesta favorable a sus demandas.

Te cansa estar yendo, más de dos mes y un mes creo sigue se cansa de ir otra vez, se acuerda se vuelve a ir otra vez ahí recién le atienden,...no señorita nunca vienen por acá, nunca vienen por acá debieran de venir los alcaldes también apoyar o sus representantes que vengan no pasan no más de frente y nunca entran..,

JVC Pucallpa Las Mercedes

El municipios nos han dado esos alcances que debemos también consumir el agua hervida y algunos otros temas mas.... el municipio nos da buenas orientaciones... no hemos tenido prácticamente... mala atención, siempre nos atendían. En algunas cosas cuando iban a gestionar las delegaciones que se hacía, si siempre nos han atendido.

JVC Tarapoto MushuLlacta

Mayormente nos reunimos entre toda la Junta Vecinal, y acordamos para que día podemos acercarnos al alcalde, para averiguar si el proyecto sigue avanzando y luego visitamos para averiguar. Nos juntamos unos dirigentes y venimos a averiguar. Si en caso, dice que no, debemos seguir persiguiendo, estamos ahí. Mientras no persigas no consigues, Sino se olvidan.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

En los discursos de los entrevistados el tema de participación en espacios públicos en representación de la JVC se observa que aun es puntual, solo algunos han sido convocados para participar en el espacio de presupuesto participativo, otro grupo refieren no haber sido convocados por sus autoridades del gobierno local.

Se identifica la importancia del acercamiento de los líderes comunales al GL para tener mayor opción de negociación y ser escuchado en sus demandas, de otro lado, consideran importante tener reconocimiento de registros públicos para canalizar sus propuestas de inversión pública.

Como te digo cuando era agente he participado en presupuesto participativo y de ahí ha demorado el proyecto ha salido recién a salido están haciendo costos, si he participado.

JVC Pucallpa Las Mercedes

Eso (a inscripción en registros públicos) es un trámite costoso, pero es importante que te reconozcan y te identifiquen como organización para participar y salgan nuestras propuestas, debemos estar en la comuna, nunca nos han invita a sesión de comuna, aun que la ley dice que no nos pueden votar, eso nos ha permitido participar dentro del presupuesto participativo.

JVC TarapotoBello Horizonte-presidente.

Indicador R.I. 8: % de Establecimientos de Salud que han implementado mecanismos de vigilancia comunal en SMI y SR/PF consensuando con JVC.

Este indicador muestra que de los 70 establecimientos de salud que se encuentran dentro de la jurisdicción de comunidades identificadas como parte del ámbito de intervención en el componte 1, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-8	Establecimientos de salud que han implementado mecanismos de vigilancia comunal en SMI-PF/SR consensuando con JVC.	EESS implementa mecanismos de VC cuando cumplen con estos 4 criterios: 1) El personal de salud participa en la elaboración, implementación y seguimiento del plan de acción comunal en sus comunidades de captación; 2)Agentes de salud comunal están registrados y activos; 3) Sistema de referencias comunal ha sido establecido y está en uso. 4)El EE.SS. concierta con la JVC de cada comunidad que aplica la estrategia del Proyecto vía reuniones trimestrales.	0	75	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En relación a la gestión de la salud comunitaria entre los EESS y la JVC, se observa que algunas JVC han desarrollado capacidades para negociar e incidir a favor de la salud de su población y vienen realizando sus propias coordinaciones con los EESS de su jurisdicción.

Esta articulación con los servicios de salud en una parte de las JVC se ve limitada por la desconfianza que se ha generado a partir del incumplimiento de los compromisos de visitas a la comunidad asumidas en determinado momento y que no se han hecho efectivas por el personal de salud.

De otro lado, un elemento que es relevante en la articulación con los EESS, y que es valorado por los miembros de las JVS es la "empatía" e "interés" que muestra el personal de salud sobre los problemas de salud de la comunidad, el acercamiento vía visitas a la comunidad, lo cual contribuye a la confianza en la relación con el EESS.

Nuestra relación es regular, recién anteanoche nos hemos reunido, hemos hecho un acta para hacer tal cosa, el acta es para saber que acuerdos se ha tomado antes, los acuerdos cumplidos. Comprometernos entre ellos y nosotros, para hacer tal cosa, tal día vamos a estar acá, y ahí está el compromiso.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Le pedimos ayuda, pues son los profesionales en el tema, ellos nos orientan a nosotros, y a su vez, servimos de colaboración, ellos diagnostican, por ejemplo que enfermedad le trae tener el chanchos, el de salud va a explicar, de manera más detallada, ... nunca nos han dicho NO, nos dicen que Si pero a veces también no venían.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Al puesto de salud? O sea te digo, de repente ellos ya en el puesto de salud dábamos charlas anteriormente estaba a cargo... había un licenciado en enfermería que era Frank, trabajábamos más coordinadamente, el Frank venia constantemente acá a este pueblo, a averiguar constantemente, a averiguar que estamos haciendo, eso hacia.... Y estaba la señora Carola, ella también sabia como están las mamás, cuantos embarazos ha habido, me daba esa lista, por ejemplo nosotros mensualmente hacíamos un informe al puesto de salud, lo cual ya no se está haciendo ese informe.

JVC Pucallpa Vista Alegre

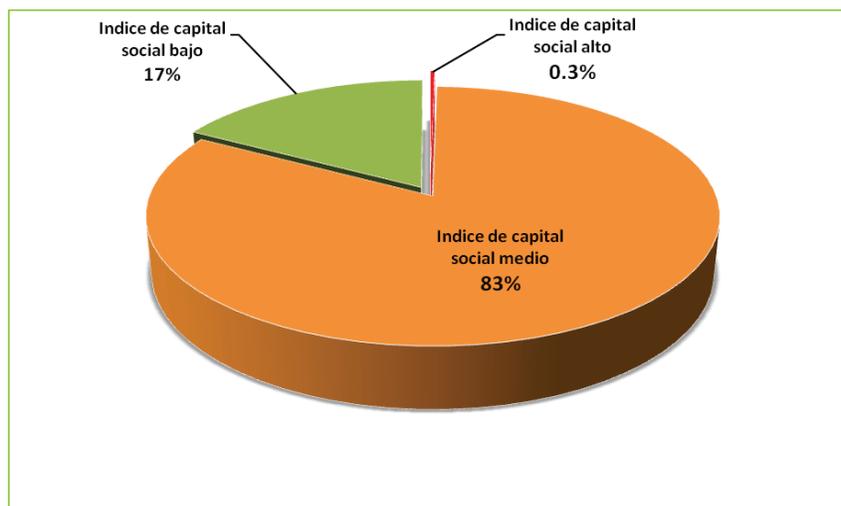
Indicador R.I. 9: Índice Alto de capital social comunitario en promoción de la salud

El capital social comunitario en promoción de la salud que se aborda en el proyecto municipios y comunidades saludables II se aborda desde dimensiones de análisis, una primera dimensión aborda el sentido de colectividad entendida como el conjunto de sentimientos de pertenencia e integración a una comunidad expresada en ser parte de las necesidades y soluciones a los problemas de salud en la comunidad y el interés por emprender compromiso personal a favor de toda la colectividad, la segunda dimensión es

capacidad colectiva que aborda diferentes características de la comunidad relacionadas a la integración de la población en redes comunitarias que les permite en el tiempo desarrollar/fortalecer sus capacidades, sentido de cooperación en redes a las que pertenecen y alcanzar un nivel de participación en la toma de decisiones de interés colectivo, la tercera dimensión que se incluye es eficacia colectiva entendida como el conjunto de capacidades que los miembros de la comunidad alcanza para tener cambios favorables a su desarrollo en este caso de salud, que privilegia la movilización y cohesión social a favor de la salud de la colectividad⁽¹⁷⁾ y la cuarta dimensión es confianza social⁽¹⁸⁾, que aborda (i) la importancia del respeto, reconocimiento y confianza a la red comunal, (ii) identificación con la colectividad y las redes comunales y (iii) valoración al soporte de sus representantes.

La medición del capital social comunitario en promoción de salud esta expresado en índices, la cual refleja que el capital social a nivel de las comunidades del ámbito de estudio de línea de base del proyecto Municipios y Comunidades Saludables II, alcanza en mayor proporción un índice de capital social medio con un 83 por ciento, seguido por un 17 por ciento que tiene un índice de capital social bajo y solo el 0.3 por ciento tiene un alto índice de capital social. Ver Grafica N°19.

Grafico N° 19
Distribución del índice de capital social comunitario en promoción de salud
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Respecto a la dimensión de sentido de colectividad se observa que la población aun se encuentra en procesos de fortalecer sus sentimientos de identificación con las necesidades de salud y las soluciones en forma “individualizada” y respecto al “interés” por contribuir en la salud colectiva es

¹⁷ Adaptada del estudio Social capital and health promotion in Latin America, Jaime C Sapag y Ichiro Kawachi, Rev Saúde Pública 2007;41(1):139-49.

¹⁸ Adaptada del paper de Kawachi, I.(2000). The World Bank's Email. Discussion Group on Social.Capital, documentado en la QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCION DE LA SALUD por OMS/OPS, Consultora Helena Restrepo, México, D.F., México 5 al 9 de junio de 2000.

otro criterio que se gradualmente se está promoviendo, en este sentido, la mayor proporción de la población alcanza el sentido de colectividad en un nivel de índice medio (72 por ciento). Ver gráfica N° 20.

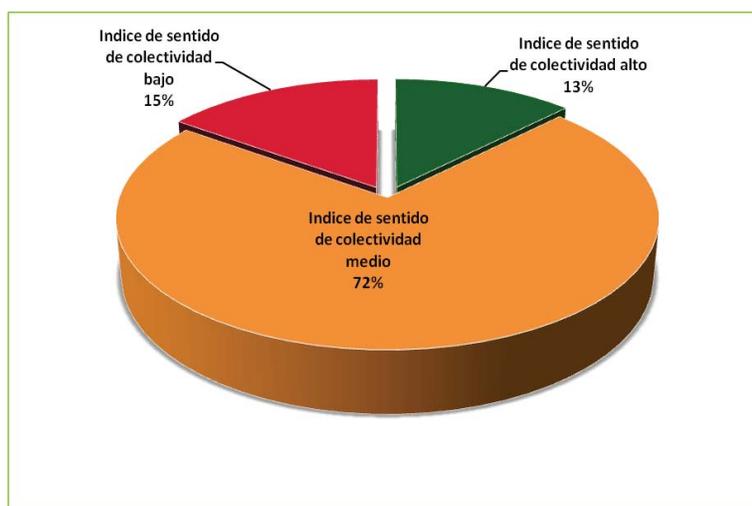
En parte de los integrantes de las JVC entrevistados se observa un alto sentido de colectividad que los ha llevado a asumir responsabilidades dentro de la directiva de las JVC, aportando su compromiso, interés por la salud colectiva, de otro lado, el hecho de que “otros no quieren asumir los cargos” evidencia que aun está en proceso el desarrollo del sentido de colectividad.

Yo me anime porque queremos un cambio para nuestro caserío como nadie quería aceptarlo yo si acepte... para de repente si nos invitan a una reunión ahí se va y te preguntan qué es lo que cosa falta en tu caserío de repente quieres tener algo más entonces tu ya vas aprendiendo mas para que vayas diciendo que cosas quiere uno tener acá de repente nos falta un pozo o nos falta ver la ampliación de la posta o un jardín de niños que no hay acá todo eso para uno ver señorita si nadie quiere aceptarle. JVC Pucallpa Las Mercedes

Bueno como todo el tiempo aun desde que siempre uno se quiere mejoría de nuestro caserío, quien no quiere ver a su caserío ordenado un parquecito un jardín de repente todo, unas calles bonitas, con sus jardines al frente.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Gráfico N° 20
Distribución del sub-índice de sentido de colectividad del capital social comunitario en promoción de salud LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

En relación con la dimensión de capacidad colectiva se observa que no están identificados con su participación en organizaciones comunitarias de sus localidades, la cooperación en salud es otro elemento que aun se encuentra en desarrollo y hay mayor reconocimiento sobre su participación

en espacios de decisión comunal en salud, identifican que su decisión es tomada en cuenta, el índice que se alcanza en esta dimensión se concentran en mayor proporción en el nivel bajo con un 50 por ciento y en nivel intermedio en 48 por ciento, siendo mínimo el nivel de índice alto. Ver grafica N° 21.

Por otro lado, en los discursos de los integrantes de las JVC se identifico que la participación de toda la población es gradual, de esta manera se evidencia la importancia de alcanzar legitimidad social por parte de los integrantes de la JVC para promover participación colectiva.

En este caso cuando era el principio, tu sabes la comunidad cuando hay este tipo de acuerdos ellos le ven nuevo, no todos participan. Cuando es nuevo todo es difícil, pero cuando va yendo las cosas va mejorando... y también he informado así en las asambleas, cuando ellos tienen que mejorar la calidad de vida para poder sobresalir mejorar la calidad de vida.

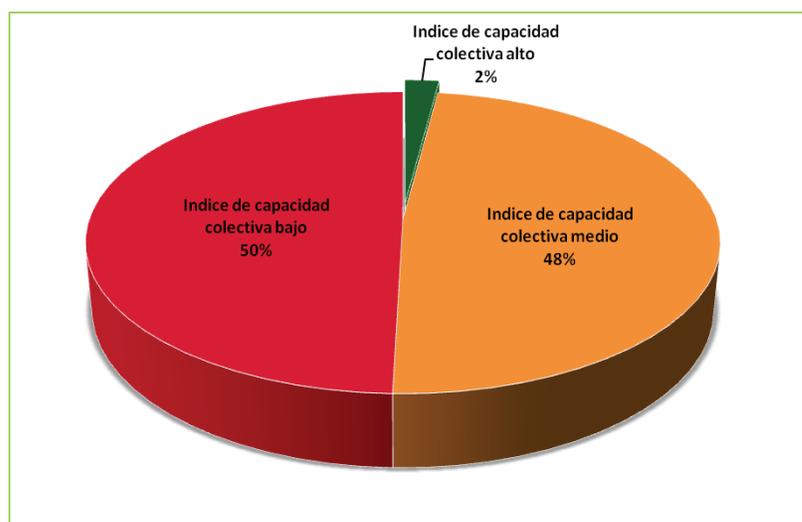
JVC Tarapoto MushuLlacta

Parte de los miembros de las JVC perciben que la cooperación es importante para alcanzar mayor beneficio para la comunidad, sin embargo, perciben que se está perdiendo el valor de la cooperación en las comunidades.

Hoy en día, la gente ya no nos visitamos, en nuestra casa vivimos, nuestro mundo ya, o sea, yo tengo poco tiempo acá, pero él dice así, tengo, o sea vivimos nosotros, ya, no nos importa si el vecino se ha enfermado, ni vamos a verle ya, o sea pudiendo ir a darle algo, entonces yo pienso, esto de participar para mi es bueno.

JVC Aguaytia Monte de Los Olivos

Grafico N° 21
Distribución del sub-índice de capacidad colectiva de capital social comunitario en promoción de salud LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

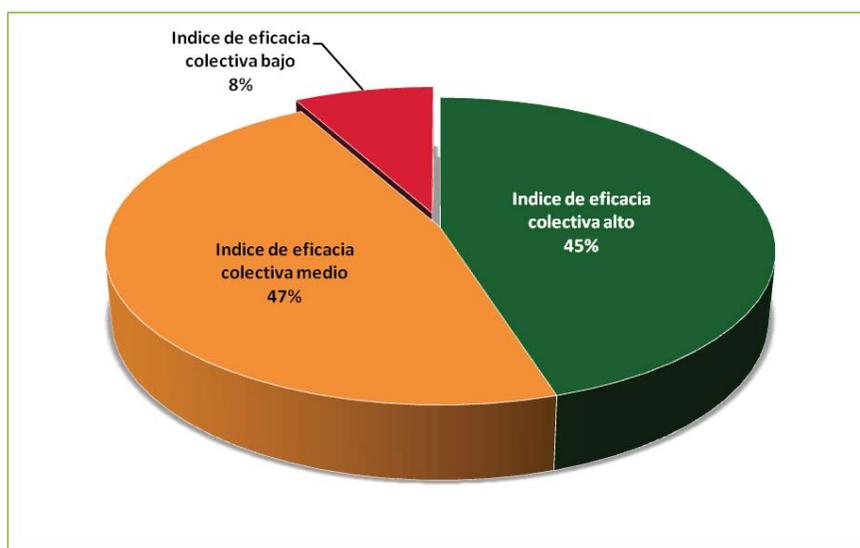
La dimensión de eficacia colectiva alcanza una proporción significativa en el nivel de índice alto que llega a 45 por ciento y el 47 por ciento en nivel intermedio (Ver Grafico N° 22), estos valores reflejan que hay un reconocimiento a los servicios que gestionan sus líderes comunales a favor de la colectividad, de otro lado, se involucran en acciones que se promueve en la comunidad y vienen aportando progresivamente a la cohesión social.

Por otro lado, en los discursos de los integrantes de las JVC se percibe que valoran la cohesión social para abordar sus demandas ante el GL y los EESS, reconocen para ello la necesidad de mayor participación de la población, como mecanismo de influencia y persuasión al cumplimiento de sus demandas en favor de la colectividad.

Entonces para que se dice que se convoca a la sociedad civil, es para que todos participemos de eso! Porque cuando hay cosas por hacer, que plantear, hay muchas veces que... Solo nos falta un poquito de reforzamiento, algunas cosas que se nos escapan...Por eso le digo que debe de haber mayor concurrencia, más participaciones. No debe de ir una sola o dos personas.

JVC Pucallpa Vista Alegre

Grafico N° 22
Distribución del sub-índice de eficacia colectiva de capital social comunitario
en promoción de salud
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Y en la dimensión de confianza social se encuentra que 67 por ciento se ubica en nivel de índice medio, seguido del índice bajo con un 33 por ciento (Ver grafico N° 23), esto evidencia que los

sentimientos de reconocimiento, respeto y valoración son bajos aun en el abordaje de las intervenciones colectivas y la interacción con sus pares y representantes comunitarios.

Desde las entrevistas se evidencia en parte de los integrantes de las JVC el reconocimiento a su trabajo y aporte a su comunidad, se identifican con los problemas de sus comunidades, aspectos que están contribuyendo a construir confianza social en sus comunidades.

A mí me orgullece estar en la JVC, me da más aliento, yo mismo me siento fuerte, para aprender algo, lo que es un organización, para mí, yo soy miembro desde el año 2006.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Todo el tiempo me ha gustado participar en algo de mi caserío durante el tiempo que estoy viviendo 17 años acá me gusta estar en un cargo porque me encanta trabajar con todos, yo siempre trabajo con todos, no es para estar peleando con nadie, discutiendo con nadie, estar unidos ya salir adelante unidos todos.

JVC Pucallpa Las Mercedes

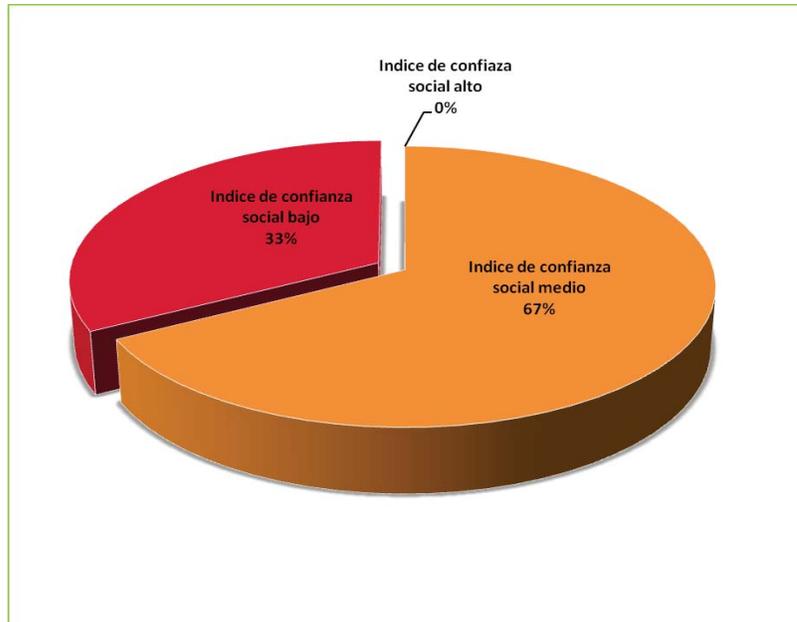
En primer lugar hemos aprendido a respetarnos y cumplir lo acordado, a veces opinamos y opinamos y en la organización salía una idea y esa idea, acuerdo aprobado hemos a salido a cumplir y la hemos llevado a la meta, eso estamos cumpliendo como responsabilidad de todos.

JVC Tarapoto Bello Horizonte

Bueno aquí en mi caso ya es por la segunda vez que vengo haciendo como agente municipal, primeramente he renunciado voluntariamente del cargo... y en esta vez en un año más que paso la población otra vez me volvió a elegir, no sé, algo habrá visto pues no... ha confiado y gracias lo he vuelto a aceptarlo y de ahí por delante pues el trabajo sigue... no para, nosotros nos metemos por uno y otro lado, haciendo solicitudes, buscando los medios para poder salir porque hacer una gestión no es tan solamente de palabras, sino tan solamente tiene que haber económicamente

JVC Pucallpa Vista Alegre

Grafico N° 23
Distribución del sub-índice de confianza colectiva de capital social comunitario
en promoción de salud
LB-MCS II 2011



Fuente: Línea de Base Proyecto MCS II, 2011.

Tabla Nº 33

Distribución de indicadores del resultado 1 del proyecto
LB-MCS II 2011

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	NO Cumple		
R.I-1	Juntas vecinales comunales (JVCs) con reconocimiento vigente por las municipalidades.	JVC reconocidas a través de ordenanza municipal y/o resolución municipal vigente según reglamento de JVC.	59	111	34.7	
R.I-2	Juntas vecinales comunales que elaboran su diagnóstico comunal, IMI y plan de acción comunal.	JVC elaboran y entregan su Diagnóstico comunal, IMI y plan comunal al Gobierno Local para su registro en el SISMUNI.	0	170	0.0	
R.I-3	JVC que tiene a mujeres como parte de su equipo de gestión.	JVC tiene como miembros a mujeres en la junta directiva.	36	134	21.2	
R.I-4	Juntas vecinales comunales (JVCs) que implementan su plan de acción comunal en forma satisfactoria.	JVC ejecuta al menos el 50% de las actividades de su plan de acción comunal anualmente.	0	170	0.0	
R.I-5	Familias con niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que son vigiladas en sus prácticas de SMI y PF/SR por su JVC	Cuando la familia han sido visitas por su JVC para verificar el cumplimiento de al menos 5 prácticas saludables de SMI, PF/SR .	58	284	17.0	
R.I-6	Comunidades que alcanzan y se mantienen en el nivel de avanzado de 'comunidades Saludable.	Las comunidades "saludables" son aquellas que alcanzan el estandar de nivel avanzado establecido en las cinco líneas de promoción de la salud por un periodo mínimo de 3 años. La calificación se corresponde a la lista de chequeo.	0	170	0.0	
R.I-7	JVC gestionan propuestas orientadas a la mejora de SMI y PF/SR de su comunidad en espacios locales.	JVC que elaboran y presentan propuestas orientadas a la mejora de la SMI y PF/SR al GL u otras instancias, o participan en el proceso de presupuesto participativo ó presentan sus experiencias en espacios públicos	25	145	14.7	
R.I-8	Establecimientos de salud que han implementado mecanismos de vigilancia comunal en SMI-PF/SR consensuando con JVC.	EESS implementa mecanismos de VC cuando cumplen con estos 4 criterios: 1) El personal de salud participa en la elaboración, implementación y seguimiento del plan de acción comunal en sus comunidades de captación; 2)Agentes de salud comunal están registrados y activos; 3) Sistema de referencias comunal ha sido establecido y está en uso. 4)El EE.SS. concierne con la JVC de cada comunidad que aplica la estrategia del Proyecto vía reuniones trimestrales.	0	75	0.0	
R.I-9	Índice alto de capital social comunitario en promoción de la salud	Determinado en función a 4 sub-índices de capital social: sentido de colectividad, capacidad colectiva, eficacia colectiva y confianza social.	1	340	0.3	

5.3.2 Resultado Intermedio 2: El enfoque de MCS II ha sido adoptado por instituciones de los sectores público y privado.

En el caso de los indicadores de resultado intermedio del componente 2, los indicadores relacionados al desarrollo de los municipios, se observa que los resultados varían desde 0 a 57 por ciento.

A continuación se describe los valores alcanzados a partir de la revisión de fuentes secundarias de 9 indicadores, para el caso de los indicadores comprendidos entre el R.II.10 al R.II.17 su medición ha sido en el marco de los resultados de la encuesta de población, así mismo se presenta las percepciones y expectativas de los integrantes de JVC sobre los procesos que se vienen dando desde su concepción en el marco de cada indicador que se describe a continuación y se adjunta las tablas resumen N° 34 y N° 35.

Indicador R.II. 1: % de municipios con ETL reconocidos

Este indicador muestra que de los 21 municipios identificadas como parte del ámbito de intervención, el 57.1% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervención en municipios						
R.II-1	Municipios con ETL reconocidos	Municipio convoca a la conformación de ETL y reconoce via ordenanza o resolución municipal y cuenta con reglamento.	12	9	57.1	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

Se observa que en parte de los integrantes de los ETL hay una perspectiva de trabajo multisectorial y que facilita las intervenciones en diferentes espacios y se percibe una apertura para un trabajo articulado con EESS, IIEE y otras instancias, parte de ellos reconocen que la salud debe abordarse en forma multisectorial.

De otro lado, se observa que en parte de los ETL ha influido el factor de interés político de las autoridades de gobierno de turno, limitando la gestión a favor de la población.

Y eso ha sido un problema para que unos temas graves se ha tratado en, avances como bien lo reconoce el profesor, tratando de temas importantes el equipo técnico local tengo entendido dentro su formación... Si tuviera algunas sugerencias que hacer hacerlo también en ese sentido el que yo veo que es muy importante... si se tiene que reactiva....reactivarlo el equipo técnico local yo creo que hay cada vez problemas de salud que se puede compartir en común todas las instituciones aunque quizás el gobierno local nosotros veamos un poco más de cerca... pero eso no implica que los estén excluyendo para el centro de salud ya y así como también existen problemas en educación, es sumamente importante bien si pueden de todos esto fortalecer mucho mas como lo es posible.

ETL Pucallpa Campo Verde

Si, eso es un tema que hemos venido sufriendo de varios años. A través de las reuniones dirigenciales, políticas y de diferentes índoles, resumen que son razones políticas, la política nos ha....retrocedido. Ese es la perspectiva de lo que se tiene. Le ha hecho mucho daño, en sentido de que... las organizaciones han perdido esa participación ante... y de apoyo a su gobierno local

ETL TarapotoTresUnidos

En los discursos de los entrevistados es recurrente la importancia de la planificación del trabajo de los ETLs que fortalezca la organización interna y cumplir sus funciones en forma más efectiva, priorizando el trabajo en las comunidades.

Si bien es cierto para elaborar un plan de trabajo se tiene que reunir el equipo técnico local, y el equipo técnico local pues lo conforman pues un representante de diferente sectores, entonces para que de todas maneras, haya un orden de trabajo y eso hemos estado haciendo de esa manera nos hemos venido trabajando,

ETL Ayacucho SIVI

Otro elemento que los integrantes de los ETL perciben que es clave para el funcionamiento de los ETLs es la continuidad en el desarrollo de sus capacidades y acompañamiento, en la perspectiva de orientar su rol y continuidad de funcionamiento.

No, nos hemos reunido señorita para le vamos a decir pero voy a coordinar con el alcalde para nuevamente activar esto y tratar de tener más cerca para poder hacer las cosas con mas... si casi que un poco a mermado este año porque a MSH .. se les termino el contrato el mes de Octubre, ... por que el eje el motor son ellos , ... ellos son los motores ellos vienen entonces que sucede cuando este año ya ha empezado con nuevo equipo ... yo se que la señorita Belinda se fue a otro sitio era una chica muy dinámica que venía detrás de ti... te presionaba... te venia te presionaba, no es como un nuevo señor que hay ...

ETL Pucallpa Campo Verde

El trabajo del ETL como lo estaba explicando antes ha sido poco participativo, poca conciencia ha tomado. Ha faltado como se dice aquí siempre el fortalecimiento de capacidades en los miembros del ETL para que sean... las funciones que tiene que desempeñar, eso ha sido la parte débil porque nos se ha visto en realidad si hubieran participado, incluso la misma Población, a la población también le falta eso, no sabe que cosa es un municipio saludable, eso hay que hacerle entender, el trabajo debe centrarse en eso.

ETL Tarapoto Tres Unidos

Indicador R.II. 2: % de municipios que cuentan con Plan de Desarrollo Local que prioriza la salud materna infantil, SR/PF.

Este indicador muestra que de los 21 municipio identificadas como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-2	Municipios que cuentan con Plan de Desarrollo Local que prioriza la salud materna infantil, PF/SR y la estrategia de MCS.	Municipio elabora o actualiza su plan de desarrollo local, incorporando un eje/objetivo estrategico orientado a la aplicación de intervenciones en SM/PP/SR, siguiendo la metodología y herramientas de MCS II.	0	21	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

La mayoría de los integrantes de los ETL refieren la necesidad de efectivizar los planes de desarrollo local en acciones, reconocen que existen estos documentos en sus gobiernos locales, sin embargo, no afrontan los problemas de salud que son preocupantes en cada distrito. Algunos mencionan que estos planes de desarrollo local no están actualizados y no responde a las nuevos problemas sanitarios.

Yo soy poblador formal cerca de 18 años, y gracias al conocimiento por el trabajo de cada centro poblado, me ha permitido ejercer bien el cargo que se me ha designado. Creo que el sentir de la mayoría de la población es elevar la calidad de vida de la población, y esta se vuelve un poco utópica, cuando los Gobiernos Locales tenemos un PDC, pero no lo ponemos en práctica, o tenemos conformación de comités, pero no ejercemos nuestras responsabilidades

ETL Ayacucho SIVIA

El otro punto que he visto es la Salud Sexual Reproductiva, en la que se debe poner énfasis, pues en el 2009, 60 o 70 niñas de la institución educativa, habían tenido relaciones sexuales, según el Centro de Salud. Aquí vemos casi normal que una niña de 13 o 14 años tenga su niño, pero eso no es normal. En eso se debe trabajar, porque si no a los 20 años ya van a tener 4 o 5 hijos sin la calidad de vida que deben tener y menos van a ser personas con futuro.

ETL_Aguaytia-IRAZOLA

Indicador R.II. 3: % de municipios que desarrollan intervenciones articuladas con los EESS y Microredes y JCV.

Este indicador muestra que de los 21 municipio identificadas como parte del ámbito de intervención, el 57.1% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-3	Municipios que desarrollan intervenciones articuladas con los EESS y Microredes y JCV.	Municipios que lideran en consenso con los EESS, Microredes y/o JVC acciones en SMIPF/SR, aplicando la metodología y herramientas de MCS II.	12	9	57.1	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

Se observa que el proceso de articulación del ETL con los EESS aun es débil, perciben que el personal de salud no se involucra en las acciones de promoción de salud en forma efectiva, discrepando en las estrategias que desarrollan de manera rutinaria los EESS, en ámbitos donde se ha dado el involucramiento de los EESS se observa mayor identificación de su rol asesor en salud al conjunto de integrantes de los ETL.

(DE) A si es, entonces de ahí sí, empezó lento, no digamos tampoco que ha estado muy bien, se empezó con las charlas, charlas, charlas...Las capacitaciones que nos habían dado. Casi puro capacitación fue el 2007, el 2008 arrancamos con los diagnósticos, promoción de la salud, se ha trabajado con apoyo. Aunque no tanto, por desconocimiento, lo que es el puesto de salud. Porque cierto, ellos a veces nos contradecían cuando uno iba a pedir una información. Nos contradecían, creo falto de conocimiento también ellos. Pero creo que ahora si la obstetra esta ya, esta empapada de...

ETL TarapotoNueva Requena

En parte algunos ETL han desarrollado mecanismos de articulación con otras organizaciones locales como Vaso de Leche a fin de canalizar mejor el apoyo alimentario de los niños en las comunidades y en algunos casos con las IIEE.

En este articula, en este caso con las presidentas del vaso de leche, bueno en este caso yo no, no estoy en el programa de vaso de leche hay una coordinadora pero, no está, pero tengo conocimiento que ella coordina con los comités de vaso de leche y este instrumento que esta Acá nos hace ver a veces que, para que tengan participación los niños en el vaso de leche tienen que tener su partida de nacimiento porque hay muchos niños a veces ponen en el padrón nombres fantasmas, entonces para esto, es un requisito indispensable, con este instrumento nosotros sabemos a veces en tal caserío si tienen partida desde nacimiento o no, estas son las acciones que nos toma el programa.

ETL Tarapoto Nueva Requena

Indicador R.II. 4: % de municipios que realizan el seguimiento de los planes comunales de SMI, SR/PF.

Este indicador muestra que de los 21 municipio identificadas como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-4	Municipios que realizan el seguimiento de los planes comunales de SMI, PF/SR y la estrategia de MCS.	Realizan seguimiento a por lo menos al 80% de las JVC activas en su jurisdicción a través del ETL.	0	21	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En el discurso de los integrantes de los ETLs se observa que reconocen la importancia de promover un trabajo en equipo de los integrantes a fin de facilitar cumplir en forma más efectiva sus funciones, así mismo, se encuentra como limitación para cumplir el seguimiento a las JVC los recursos para el traslado de los integrantes a las comunidades, en algunas experiencias señalan que han tenido apoyo de los gobiernos locales y en otros casos no ha sido posible, y en una perspectiva de sostenibilidad señalan que es importante prever recursos para actividades de asistencia técnica y monitoreo a las comunidades.

Tu como veías que se articulaba, cuéntanos ahora un poco la articulación con educación, con el gobernador. Como era la toma de decisiones, funcionaba en si la estructura que tienen?.....(SALUD 1) Si funcionaba la estructura, nos reuníamos. Se planteaba de acuerdo al trabajo que tenia que hacer la ODL. Si se tenia que

hacer un trabajo de censo, se hacia, formar juntas vecinales, se iba a formar las juntas y así sucesivamente...

ETL TarapotoTresUnidos

Prof. Este... en cuanto al trabajo que se ha hecho, es coordinación con salud, gobernador, siempre hacíamos ese recorrido por toda la ciudad para detectar puntos contaminantes, acopio de basura Se ha hecho eso, Si periódicamente, aquí había lugares, por ej. Bajo del puente, cerca del rio, habían así lugares, entonces el trabajo que se ha hecho es detectar esos puntos para poner esos letreros, Prohibido botar basura el municipio - jugó un papel importante ahí porque ellos ya han implementado, un personal que se dedica a recoger la basura llevarlo a un lugar adecuado

ETL Tarapoto San Roque Cumbaza

El ETL no ha podido digamos llegar por la parte presupuestaria, no tiene economía para poder transportarse a tal comunidad, tenemos que ir tal día, cuántos somos, cuanto necesitamos, gastar esto: movilidad alimentación refrigerios, y la comunidad, a secas no quieren estar, tienes que llevar brindis, designar un presupuesto. Y eso a veces por la falta de presupuesto no podemos acceder rápidamente en el tiempo oportuno

ETL TarapotoTresUnidos

Hemos hecho un monitoreo quizás no continuo, a veces también el motivo, también, tu sabes que son los presupuestos, porque en estos los que aflojan son los gobiernos locales, son los gobiernos locales ya en este caso que debe intervenir.

ETL TarapotoNueva Requena

De otro lado, se observa en parte de los discursos, valoración al trabajo que vienen realizando las JVCs y su liderazgo que han alcanzando para movilizar y convocar a sus comunidades, identificando que ha sido un proceso de fortalecimiento de capacidades a los integrantes de las JVC, reconociendo la importancia de las capacitaciones en liderazgo y gestión que se ha desarrollado anteriormente.

Si, así es ellos son los lideres no, por eso se hizo anteriormente un taller de liderazgo, y gestión comunal, ahí nos hemos empoderado y ahí eso hacen el trabajo de multiplicador y ellos son los que convocan a la comunidad, vera que es un día de fiesta es una muy importante es un día de fiesta no, porque ven a las grandes autoridades es muy bonito estar ahí te sientes más motivado quieres dar todo lo que tienes de uno, pero el tiempo es corto.

ETL Pucallpa CampoVerde.

Una parte de los integrantes de los ETL consideran que existe la necesidad de seguir fortaleciendo las capacidades de los integrantes de las JVC, sensibilizar a la población en la prioridad en salud y buscar mecanismos para que no se dupliquen las funciones de los líderes comunales, reduciendo los conflictos entre ellos que influye en su fortalecimiento organizacional de las JVC..

Digamos este el tema donde realmente lo necesitan, trabajar con comunidades y barrios que sientan comprometidos y que si sienten esa necesidad de organizarse a través de una junta para poder solucionar sus problemas...O en todo caso hacer que a través de la junta organizada capacitar si podemos lograr un modo de puente hacia el gobierno local para hacer llegar sus problemas que pueden tener como barrio o como comunidad.

Existen agentes municipales y presidentes de las juntas vecinales y aparte existen el teniente gobernador, y presidente de club de madres, cuatro funciones, entonces no hay digamos una buena relación entre las cuatro, grupos de organizaciones, por ejemplo la junta tiene que estar ligada mas en temas de salud. Y como le digo los temas de salud, ellos entienden a grosso modo los temas de salud... -Que lo hagan quien gana dicen!-. ... Un día nos dejaron, a mi me paso eso, cuando después de todo llegamos al tema de salud, unos cuantitos se quedaron pero para llegar a todo una cantidad no es de hoy para mañana, se piensa que la estrategia de MCS esta bien en sentido de que empezar por la junta, por la organización, implementarlos, capacitarlos.

ETL TarapotoTresUnidos

Al principio las JVC nacen con la expectativa grande no es cierto? Para tratar de mejorar la salud de la población, las juntas vecinales deben trabajar en ese ámbito, nos han aceptado, se formo las 16 (17) juntas vecinales pero poco a poco han ido quitándoles el ánimo.... y hasta que al final prácticamente se ha disuelto esto, entonces al verse este problema el proyecto ha decidido trabajar solamente con una sola junta vecinal que es de Baños.

ETL Tarapoto Tres Unidos

El tema sería... que hacer para a conciencia, el tema sensibilización? Podría ser, que una organización, que este mas fortalecida, que se le haga el seguimiento permanente, hasta que se sienta que están capacitados, como decir sus primeros pasos e ir dejándolos poco a poco, mientras no estás seguro de que puede hacerlo, si lo dejas en nada queda, y eso es creo que lo que ha pasado con las juntas de barrio, no se han logrado

ETL TarapotoNueva Requena

Indicador R.II. 5: % de municipios que usa información de base comunitaria en la toma de decisiones de la gestión de la SMI/PF en su jurisdicción.

Este indicador muestra que de los 21 municipios identificados como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-5	municipios que usa informacion de base comunitaria en la toma de decisiones de la gestion de la SMI/PF y la implementacion del modelo de MCS. en su jurisdicción.	SISMUNI Operativo: tiene información de base comunitaria actualizada de al menos el 50% de las comunidades dentro de la jurisdicción del municipio. Uso de informacion: (i)En actualizacion del plan concertado distrital, (ii) en elaboracion de proyectos de inversion publica, (iii) en planes especificos en salud.	0	21	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En parte de los integrantes de los ETL se observa valoración al uso de información para priorizar las intervenciones de salud a nivel de las comunidades y la importancia para asignar recursos vía el presupuesto participativo, elemento que ha permitido a las comunidades a mejorar sus demandas según sus necesidades.

Yo creo que este el diagnostico, ha permitido tanta a la municipalidad y a las autoridades de los caseríos, priorizar que, es priorizar que cosa ósea las necesidades que hay por ejemplo anteriormente priorizaban una losa priorizaba una canchita pero ahora no, sabes porque, nada sabes porque, haber, porque trabajando primero sensibilización a las autoridad, antes de priorizar, antes de priorizar, esa es una parte importante que se a sensibilizado a las autoridades el año pasado en el presupuesto participativo ya no ha sido que las autoridades querían una cosa el otro otra cosa, No, ahora en el presupuesto participativo veo en el año 2010, 2010 que hicieron en mi caserío no han hecho nada entonces vamos apoyarle a este caserío, sí, para hacer ya que cosa vamos a ver, que necesitas ahí, agua dicen, eso es lo importante.

ETL Tarapoto Nueva Requena

El SISMUNI cada 6 meses esta actualizado no hay problema eso, ósea está vigente todavía el nuestro está vigente eso porque eso se ha actualizado el mes de octubre no el mes de octubre ha sido su ultimo, tenemos enero, febrero, marzo, abril... sí...(risas)

ETL Pucallpa Campo Verde

Refieren que en parte de los Municipios no se han tenido la información completa de las JVC y limito en parte que puedan elaborar sus propuestas de proyecto, señalan que parte

de esta situación se daba por una gran demanda de datos a recopilar por las JVC que en parte al inicio percibieron que era difícil.

Se resistían, eso no entiendo, eso es muy grande, muy simple, eso no es para mí..Experiencia que tenido he trabajado con representantes de las comunidades para hacer su diagnóstico de cada comunidad, se daba una ficha educación, salud, agricultura, todo eso incluyendo.. Ellos, claro algunos datos desconocían, pero para eso estamos el grupo de trabajo para ir apoyándolos, aunque no lo entendían, orientaban y ellos lo hacían, ellos así participaban, ellos son representantes de las comunidades, son representantes de las comunidades son muy abiertos, analíticos, conocen su problemática saben que necesidades saben y lo que esperan ellos es dan a conocer las autoridades de una u otra manera buscan las estrategias para poder aprender esto.

ETL Tarapoto San RoqueCumbaza.

Indicador R.II. 6: % de municipios que implementan PIP incorporando la metodología y herramientas de MCS.

Este indicador muestra que de los 21 municipios identificados como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-6	Municipios que implementan PIP orientados a mejorar la salud y sus determinantes.	Municipio con una cartera de proyectos que cuente minimo con 5 PIP formulados anualmente, y con financiamiento de por lo menos 01 PIP anual.	0	21	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

En parte de los integrantes de los ETL las demandas para concretizar proyectos de salud se focalizan en tangibles como equipamiento de EESS, infraestructura de EESS, en otros casos, demandan priorizar acciones educativas. De otro lado, reconocen que es importante que las JVC estén organizadas para poder tener mayores oportunidades de mejora y de gestión de sus demandas.

Creo que el nuevo Alcalde que está comprometido con las nuevas autoridades, se va a lograr nuevas cosas. Y como salud pediríamos el equipamiento. Ya la comunidad ha crecido, y se ha categorizado, necesitamos un expediente que permita equipar con mayores módulos.

ETL Ayacucho SIVIA

Claro de repente nosotros como gobierno local nos ha ayudado bastante porque a veces la gente lo que en el pueblo lo que quiere es casa comunal o de repente quiere celebrar su aniversario que solamente pues es solamente alegrías de unas horas y la casa comunal solamente le usan solamente cuando hacen sus actividades o una fiesta no... entonces concientizando a eso, ha visto más importante, de repente priorizar sus necesidades que sean básicamente, de repente le van a solucionar para que los hijos no se enfermen ósea se enfermen poco, de repente ellos mismos no ir mejorando esa condición esos hábitos no cambio.

ETL Pucallpa Campo Verde

Yo vi el interés de unas juntas en donde veo, y donde sienten que necesitan estar organizados para afrontar un tema. Por ej. del tío Alcides su calle es una junta vecinal, esa junta es... poco poblado ese barrio, hay monte, las cunetas no están bien hechas, allí necesitan ellos... sienten que a través de la junta lo pueden lograr. Pero te das cuenta que hay juntas como quien dicen, no es necesario algunas cosas....

ETL TarapotoTresUnidos

Indicador R.II. 7: % de municipios que implementan la estrategia de comunidades saludables en comunidades de su jurisdicción.

Este indicador muestra que de los 21 municipio identificadas como parte del ámbito de intervención, el 0% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-7	Municipios que implementan "comunidades saludables" en comunidades de su jurisdicción.	Municipios promueven comunidades saludables en el 50% de comunidades que no pertenecen al ambito de intervencion directa del proyecto.	0	21	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

La iniciativa de algunas autoridades ha generado la expansión de la intervención en otras comunidades del distrito, entre los factores facilitadores de este proceso está el trabajo consensuado del ETL.

Otro integrantes de los ETLs consideran que es primordial la previsión de financiamiento para el desarrollo sostenible de la estrategia de comunidades saludables y su extensión a otros ámbitos.

No, no, no Eso es otro logro...En Saposoa si, y que sea la junta como un gobierno local en pequeño, en su comunidad y que toda gestión se debe hacer a través de su junta vecinal eso se ha logrado hacer...Implementar la vigilancia comunitaria, porque ha petición de alcalde hacen la expansión hacia la zona el dorado... (Zona de Saposoa que ha crecido, el valle del Dorado 17 comunidades)

ETL Tarapoto Saposoa

Indicador R.II. 8: % de municipios que aplican ordenanzas municipales a favor de la mejora de prácticas saludables en SMI/SR/PF.

Este indicador muestra que de los 21 municipios identificados como parte del ámbito de intervención, el 19% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-8	Municipios que aplican ordenanzas municipales a favor de la mejora de practicas saludables en SMIPF/SR y la implementación de la estrategia de MCS.	Municipios que emiten y aplican politicas locales a favor de la SMI y PF/SR.	4	17	19.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

Se observa que la tendencia de las prioridades se enmarcan en buscar “apoyo tangible” en salud, otros consideran que se requiere soporte/asistencia técnica para elaborar ordenanzas en función a las necesidades locales y para otros no es trascendental las ordenanzas debido a que perciben que no se cumplen.

Yo creo que si, como les digo lo que falta es un acercamiento mas permanente hacia los que toman las decisiones, regidores y alcalde. Aprovechar una sesión de consejo, siempre lo hemos querido hacer pero no hemos encontrado la oportunidad para que nos oigan...

TL Tarapoto Tres Unidos

De todos los que han recibido las capacitaciones, ya no hay ninguno en la función, no son consecuentes. Para poder ordenar nuestra ciudad, si emitimos una Ordenanza debemos de hacerle participar a los actores; yo no puedo sacar una

ordenanza porque me da la gana, porque si no fracasa; porque la ordenanza es como una Ley.

ETL Ayacucho SIVIA

Indicador R.II. 9: % de municipios que alcanzan y se mantienen en el nivel avanzado de "Municipio Saludable".

Este indicador muestra que de los 21 municipios identificados como parte del ámbito de intervención, el 19% cumple con las condiciones mínimas del cálculo del indicador.

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervención en municipios						
R.II-9	Municipios que alcanzan el nivel de avanzado de 'Municipio Saludable' y que se mantiene en ese nivel.	Los municipios que han sido calificados en el nivel avanzado de la estrategia de "Municipios saludables" y se ha mantenido por un periodo mínimo de 3 años, siguiendo las cinco líneas de promoción de la salud.	0	21	0.0	

Fuente: Ficha de verificación-LB 2011.

La perspectiva de sostenibilidad desde los discursos de los actores que intervienen en el modelo de intervención pasa por varias condicionantes que deben ser tomadas en cuenta como: (i) la rotación de autoridades es un riesgo para la continuidad de las actividades de los ETL, (ii) la escasa compromiso de ciertas autoridades y los sectores para participar en forma concertada y continua, (iii) poca previsión de recursos para continuar las actividades de los ETL a futuro, (iv) los pocos espacios de reforzamiento de las capacitaciones y fortalecimiento de la organización interna de ETL y JVC.

Una junta nueva debe ser capacitada, y si no vienen las juntas, la ODL debe ir allá, pero si no hay ese acompañamiento y si la autoridad que ha salido no hace una cadena, un efecto multiplicador en las comunidades, se pierde o hay un desfase. El proyecto ha capacitado liderazgo, agentes comunitarios a representantes de la escuela, para AIEPI comunitario, a todas las comunidades, en adolescentes e salud sexual y liderazgo en adolescentes...

ETL Tarapoto Saposoa

Las actividades que se hacían antes mayormente eran coordinadas como puesto de salud ODL y municipalidad. Antes incluso había responsable de SISMUNI aparte de

la ODL, lo sacaron, responsable de la ODL debería tener acompañantes o sectoristas que le permitan visitar o acompañar en las comunidades.

ETL Tarapoto Saposoa

En sus primeros años han generado bastante expectativa y los que han sabido aprovechar esa oportunidad han podido interiorizar los aspectos de hábitos saludables. Sí, conozco que la experiencia ha estado funcionando pero se requiere de mucho más inversión para lograr sostenibilidad.

ETL Aguaytia-PADRE ABAD

El ETL se ha formado por iniciativa del proyecto, como se llama.. USAID, es la que ha venido acá para trabajar MCS y para que trabaje este programa, lo primero que tenía que crear acá es una oficina, este que este empoderado, como se dice, todos tienen que saber porque están allí, que es lo que queremos hacer y segundo tenía que formar el ETL y en esta parte, si a tenido una debilidad fuerte, no han estado empoderado fuertemente, en su gran magnitud, tal vez una vez que les han dicho, eso poco a quedado en la cabeza...

ETL Tarapoto Tres Unidos

Mira MSH ellos como es proyecto tienen un tiempo, ellos vienen nos motivan nos promocionan, todo ellos se van, pero acá tenemos que estar muy unidos, para poder seguir porque los que vamos a quedarnos somos nosotros de repente que la población venga también.

ETL Pucallpa Campo Verde

Lo más interesante en todo caso porque ellos vienen y te promueven te motivan luego se van termina el proyecto se van, ellos mismos nos dicen, así más que todo deben estar empoderado, muy concientizado que son mayormente las autoridades que estén muy que estén verdaderamente comprometidos con toda estas labor a seguir, agradecemos acá a Hipólito que es una persona muy sensible de poder llevar porque el siempre se ha dado tiempo porque hemos visto anteriormente, también participo a educación por ahí un profesor, me dice ya invitado a reunión, para que voy parece que no le interesa entonces yo le dije vamos porque es bueno, porque es parte con trabajo con niños, pero mira les hace falta concientizar de repente, un poco.

ETL Pucallpa Campo Verde

Tabla Nº 34

Distribución de indicadores del resultado 2 del proyecto a nivel municipal
LB-MCS II 2011

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en municipios						
R.II-1	Municipios con ETL reconocidos	Municipio convoca a la conformación de ETL y reconoce via ordenanza o resolución municipal y cuenta con reglamento.	12	9	57.1	
R.II-2	Municipios que cuentan con Plan de Desarrollo Local que prioriza la salud materna infantil, PF/SR y la estrategia de MCS.	Municipio elabora o actualiza su plan de desarrollo local, incorporando un eje/objetivo estrategico orientado a la aplicación de intervenciones en SM/PP/SR, siguiendo la metodología y herramientas de MCS II.	0	21	0.0	
R.II-3	Municipios que desarrollan intervenciones articuladas con los EESS y Microredes y JCV.	Municipios que lideran en consenso con los EESS, Microredes y/o JVC acciones en SM/PP/SR, aplicando la metodología y herramientas de MCS II.	12	9	57.1	
R.II-4	Municipios que realizan el seguimiento de los planes comunales de SMI, PF/SR y la estrategia de MCS.	Realizan seguimiento a por lo menos al 80% de las JVC activas en su jurisdicción a través del ETL.	0	21	0.0	
R.II-5	municipios que usa informacion de base comunitaria en la toma de decisiones de la gestion de la SM/PP y la implementacion del modelo de MCS. en su jurisdicción.	SISMUNI Operativo: tiene información de base comunitaria actualizada de al menos el 50% de las comunidades dentro de la jurisdicción del municipio. Uso de informacion: (i)En actualizacion del plan concertado distrital, (ii) en elaboracion de proyectos de inversion publica, (iii) en planes especificos en salud.	0	21	0.0	
R.II-6	Municipios que implementan PIP orientados a mejorar la salud y sus determinantes.	Municipio con una cartera de proyectos que cuente minimo con 5 PIP formulados anualmente, y con financiamiento de por lo menos 01 PIP anual.	0	21	0.0	
R.II-7	Municipios que implementan "comunidades saludables" en comunidades de su jurisdicción.	Municipios promueven comunidades saludables en el 50% de comunidades que no pertenecen al ambito de intervencion directa del proyecto.	0	21	0.0	
R.II-8	Municipios que aplican ordenanzas municipales a favor de la mejora de practicas saludables en SM/PP/SR y la implementacion de la estrategia de MCS.	Municipios que emiten y aplican politicas locales a favor de la SMI y PF/SR.	4	17	19.0	
R.II-9	Municipios que alcanzan el nivel de avanzado de 'Municipio Saludable' y que se mantiene en ese nivel.	Los municipios que han sido calificados en el nivel avanzado de la estrategia de "Municipios saludables" y se ha mantenido por un periodo minimo de 3 años, siguiendo las cinco lineas de promocion de la salud.	0	21	0.0	

Indicadores R.II. 10 - 17: Ver detalle en la Tabla N° 35

El conjunto de estos indicadores están orientados al proceso de transferencia del modelo de intervención del proyecto a partir de la adopción de las estrategias y herramientas del modelo de intervención adecuando a cada contexto local, regional e institucional.

En la mayoría del paquete de estos indicadores el punto de referencia es “cero” debido a que en esta nueva intervención se están iniciando nuevas estrategias de trabajo con instituciones públicas y privadas en el marco de la transferencia del modelo de intervención del proyecto.

Tabla N° 35
Distribución de indicadores del resultado 2 del proyecto a nivel regional
LB-MCS II 2011

N°	INDICADORES	CRITERIOS	ESTADO ACTUAL		% Avance	
			Cumple	No cumple		
Intervención con Gobierno Regional/DIRESAS, empresas privadas.						
R.II-10	Dirección de Promoción de la Salud de las DIRESAS que proporcionan soporte técnico a los EESS junto a sus redes y microredes en la implementación de la estrategia de MCS.	Dirección de Promoción de la Salud que (i) monitorea la aplicación de estrategias, (ii) usa herramientas, (iii) evalúa los resultados de la aplicación de la metodología de MCS II, (iv) realiza supervisión para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la metodología de MCS.	3	0	100.0	
R.II-11	Gobierno regional que incorporan la metodología y herramientas de MCS II en su plan regional.	Gobiernos regionales que incorporan en sus planes la metodología y herramientas de MCS II. Esta incorporación se refleja en sus reportes de avance sobre la implementación de dichos planes.	0	3	0.0	
R.II-12	Instituciones privadas implementan la metodología y usan las herramientas de MCS II en el marco de alianzas entre empresa privada y el nivel de gobierno respectivo.	Instituciones privadas incorporan en sus planes de intervención la metodología y herramientas de MCS II. Esta incorporación se refleja en sus reportes de avance de implementación de dichos planes.	0		0.0	
R.II-13	Propuestas consensuadas sobre políticas/normas que incorporan la metodología y herramientas de MCS II adoptadas por DGPS.	Las propuestas de políticas que incorporan la metodología y herramientas del MSC II, son elaboradas en consenso con la comunidad organizada. Estas propuestas resaltan la adopción de la metodología y herramientas de MCS II por la DGPS.	0		0.0	
R.II-14	Comunidades intervenidas por la Minera Barrick que aplican la metodología y herramientas de MCS II.	Comunidades intervenidas por la Minera Barrick aplican el Diagnóstico comunal, la ficha de vigilancia comunal de salud madre niño, implementación de su plan de acción comunal anualmente.	0	70	0.0	
R.II-15	Número de comités del Asentamiento Virgen de Lourdes que aplican la metodología y herramientas de MCS	Comités del asentamiento humano Virgen de Lourdes que aplican el diagnóstico comunal, la ficha de vigilancia comunal de salud madre niño, implementación de su plan de acción comunal anualmente.	0	5	0.0	

5.3.3 Indicadores del R2: El enfoque de MCS II ha sido adoptado por instituciones de los sectores público y privado.

Indicadores R.III. 1 - 5: Ver detalle en la Tabla Nº 36.

El conjunto de estos indicadores están orientados al proceso de sostenibilidad de la intervención del proyecto, buscando que instituciones públicas y privadas desarrollen capacidades locales/regionales para garantizar la expansión y continuidad del modelo de MCS.

El punto referencial de los indicadores es “cero”, situación que responde a que la intervención en este componente es innovador desde la experiencia institucional.

Tabla Nº 36
Distribución de indicadores del resultado 3 del proyecto
LB-MCS II 2011

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR	ESTADO ACTUAL		% Actual	
			Cumple	No cumple		
Intervencion en instituciones publicas y privadas						
R.III-1	Número de ONG locales certificadas para implementar el modelo de intervención de MCS II.	ONG Locales que obtienen la certificación por la URC.	0	3	0.0	
R.III-2	% de mujeres integrantes de ONG's capacitadas que han sido Certificadas por la Unidad Regional de Certificación (UCR).	Mujeres integrantes de ONGs que han concluido el programa de capacitación en forma satisfactoria y obtienen la certificación por la URC.	0		0.0	
R.III-3	% de ONG Locales certificadas desarrollan asistencia tecnica en la implementación del modelo de intervención de MCS II a GL, en coordinación con las DIRESA.	ONG local que alcanzó el nivel de certificación y que brinda asistencia tecnica mínimo a 04 Gobiernos Locales, en la implementación del modelo de intervención de MCS II en coordinación con la DIRESA.	0	3	0.0	
R.III-4	% de ONGs certificadas que brindan asistencia tecnica subvencionados por el financiamiento de GL via PIPs u otras fuentes.	ONGs Locales certificadas que desarrollan asistencia tecnica en la implementación del modelo de intervención de MCS II mediante financiamiento del GL, via PIPs u otras fuentes.	0	3	0.0	
R.III-5	# de Memorandum de entendimiento suscritos con empresas privadas implementados.	El Memorándum de Entendimiento (MDE) se cumple según los mecanismos y elementos delineados y acordados entre las partes.	0		0.0	

5.4 Decisión de monitoreo de los indicadores de efecto según resultados de la línea de base (según tabla de decisiones de LQAs).

5.4.1 Resultados de la línea base a nivel de de nutrición infantil

Este análisis orienta a que a nivel de los indicadores de desnutrición crónica y LME las coberturas alcanzan un nivel mínimo aceptable que deben ser mantenidos y en el caso de los indicadores sobre frecuencia de alimentos y acceso a programa de nutrición las áreas 6 y 8 se encuentra por debajo de la cobertura mínima esperada, y que deben ser priorizadas para mejorar los indicadores con mayor prioridad que en el resto de áreas de supervisión,

**Tabla Nº 37
Tabla de decisiones de los indicadores de nutrición infantil según LQAs
LB-MCS II 2011**

Nº	Indicador	Resultados por Area de Supervisión/Regla de decisión								Total de Resultados correctos del Proyecto	Tamaño de la muestra por área de supervisión								Tamaño de la muestra	Cobertura promedio
		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8		AS 1	AS 2	AS 3	AS 4	AS 5	AS 6	AS 7	AS 8		
PARTE 1: Nutrición Infantil																				
1	<i>Promedio redondeado</i>	10%								33	44	40	42	43	42	47	41	43	342	9.6%
	E.1 % de desnutrición crónica en niños de 0 a 23 meses de edad	1	7	2	6	5	4	4	4											
	<i>Regla de Decisión</i>	1	1	1	1	1	1	1	1											
2	<i>Promedio redondeado</i>	90%								144	23	19	19	18	20	23	20	21	163	88.3%
	E.2 % de niños entre 0 a 5 meses de edad que recibieron leche materna exclusiva durante las últimas 24 horas	20	18	15	16	20	19	17	19											
	<i>Regla de Decisión</i>	18	15	15	14	16	18	16	17											
3	<i>Promedio redondeado</i>	40%								66	21	21	23	25	22	24	21	22	179	36.9%
	E.3 % de niños de 6 a 23 meses de edad que reciben al menos cinco comidas sólidas o semi-sólidas al día.	11	8	15	9	6	3	7	7											
	<i>Regla de Decisión</i>	5	5	6	6	5	6	5	5											
4	<i>Promedio redondeado</i>	80%								140	21	21	23	25	22	24	21	22	179	78.2%
	E.4: % de niños de 0 a 23 meses de edad que se benefician de los programas de nutrición	16	15	22	23	17	21	14	12											
	<i>Regla de Decisión</i>	14	14	16	17	15	16	14	15											

5.4.2 Resultados de la línea base a nivel de de salud infantil

Se observa que en seis de los 8 indicadores de salud infantil se requiere que mayor prioridad en ciertas áreas de supervisión, a diferencia de los indicadores de aseguramiento e identidad que se encuentran dentro de la cobertura mínima esperada y que su intervención se debe orientar a mantener dichas coberturas.

Tabla Nº 38
Tabla de decisiones de los indicadores de salud infantil, según LQAs
LB-MCS II 2011

PARTE 2: Salud Infantil																				
	<i>Promedio redondeado</i>	40%																		
	E.5: % de niños entre 0 y 23 meses de edad con diarrea en las últimas dos semanas que recibieron tratamiento de rehidratación oral.	5	7	20	20	4	13	12	10	91	17	22	38	39	18	27	39	42	242	37.6%
5	<i>Regla de Decisión</i>	4	5	9	9	6	7	9	10											
	<i>Promedio redondeado</i>	75%																		
	E.6: % de niños entre 0 y 23 meses de edad con tos en las últimas dos semanas que buscaron atención de proveedor de salud.	20	12	32	39	14	15	17	24	173	22	13	35	41	22	25	38	42	238	72.7%
6	<i>Regla de Decisión</i>	14	8	22	25	14	16	24	26											
	<i>Promedio redondeado</i>	30%																		
	E.7: % de niños de 0 y 12 meses de edad que tienen control de crecimiento y desarrollo para su edad.	15	17	8	7	4	3	4	8	66	36	27	32	29	28	34	24	29	239	27.6%
7	<i>Regla de Decisión</i>	5	4	5	4	4	5	3	4											
	<i>Promedio redondeado</i>	75%																		
	E.8: % de niños entre 0 y 12 meses de edad que cuentan con todas sus vacunas para su edad	35	24	28	22	15	22	20	16	182	36	27	32	29	28	34	24	29	239	76.2%
8	<i>Regla de Decisión</i>	22	17	20	18	18	21	15	18											
	<i>Promedio redondeado</i>	85%																		
	E.9: % de niños pobres entre 0 meses y 5 años de edad que están cubiertos por el seguro del MINSA.	40	39	40	36	34	37	31	33	290	44	40	42	43	42	47	41	43	342	84.8%
9	<i>Regla de Decisión</i>	32	29	31	31	31	34	30	31											
	<i>Promedio redondeado</i>	25%																		
	E.10: % de niños entre 0 y 23 meses de edad que cuentan con CUI	12	10	14	14	13	11	5	5	84	44	40	42	43	42	47	41	43	342	24.6%
10	<i>Regla de Decisión</i>	5	5	5	5	5	6	5	5											
	<i>Promedio redondeado</i>	45%																		
	E.11: % de niños entre 6 y 23 meses de edad que consumen agua segura.	28	38	26	33	0	1	13	4	143	44	40	42	43	42	47	41	43	342	41.8%
11	<i>Regla de Decisión</i>	13	12	12	13	12	14	12	13											
	<i>Promedio redondeado</i>	75%																		
	E.12: % de niños entre 6 y 23 meses de edad que consumen agua segura.	44	40	31	31	27	25	24	28	250	44	40	42	43	42	47	41	43	342	73.1%
12	<i>Regla de Decisión</i>	27	25	26	27	26	29	25	27											

5.4.4 Resultados de la línea base a nivel de salud materna por área de supervisión

Se observa que en tres de los 5 indicadores de salud materna se requiere mayor prioridad en ciertas áreas de supervisión, a diferencia de los indicadores de parto por personal calificado y madres adolescentes que se encuentran dentro de la cobertura mínima esperada y que su intervención se debe orientar a mantener dichas coberturas.

Tabla N° 40
Tabla de decisiones de los indicadores de salud materna, según LQAs
LB-MCS II 2011

PARTE 4: Salud materna																				
19	<i>Promedio redondeado</i>	70%								233	44	40	42	43	42	47	41	43	342	68.1%
	% de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que tuvieron seis o más atenciones prenatales cuando estaban embarazadas de su último hijo.	39	33	27	31	23	26	28	26											
	<i>Regla de Decisión</i>	25	23	24	24	24	27	23	24											
20	<i>Promedio redondeado</i>	90%								302	44	40	42	43	42	47	41	43	342	88.3%
	E.20: % de niños entre 0 a 23 meses de edad cuyo nacimiento fue asistido por personal calificado.	44	40	38	37	35	39	35	34											
	<i>Regla de Decisión</i>	35	32	33	34	33	37	32	34											
21	<i>Promedio redondeado</i>	95%								319	44	40	42	43	42	47	41	43	342	93.3%
	E.21: % de madres con niños entre 0 a 23 meses de edad que recibieron un control post-natal por parte de personal de salud calificado dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del hijo menor.	44	40	38	41	37	39	40	40											
	<i>Regla de Decisión</i>	37	34	36	37	36	40	35	37											
22	<i>Promedio redondeado</i>	25%								78	44	40	42	42	42	47	41	43	341	22.9%
	E.22: % de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que son madres.	12	6	8	8	12	14	6	12											
	<i>Regla de Decisión</i>	5	5	5	5	5	6	5	5											
23	<i>Promedio redondeado</i>	95%								310	44	40	42	43	42	47	41	43	342	90.6%
	E.23: % de mujeres pobres con cobertura de seguro de salud del MINSA	41	38	41	38	37	43	37	35											
	<i>Regla de Decisión</i>	37	34	36	37	36	40	35	37											

VI. CONCLUSIONES

- El estudio de línea de base ha seguido el proceso de la investigación científica, aplicando el método probabilístico, que permite comparar los resultados de este estudio con otros estudio probabilístico como la ENDES, es importante tener en cuenta que a nivel de las sedes administrativas y áreas de supervisión la información es referencial debido a que la muestra es insuficiente para proporcionar inferencias estadísticas a ese nivel.
- Las madres de los niños de 0 a 23 meses se concentran en 44% en el grupo etario de 20 a 29 años, y en madres adolescentes (15 a 19 años) con un 23%; de otro lado, el 69% de las familias de los niños encuestados de 0 a 23 meses se encuentra en situación de pobreza según NBI.
- Respecto al bajo porcentaje de desnutrición crónica en el presente estudio de LB, un factor a considerar sería el posible efecto de las intervenciones previas que se tuvo con el proyecto de MCS I, dado a que la mayoría de las comunidades de esta nueva intervención se encuentran en las comunidades donde se intervino en años anteriores. En este escenario será importante el desarrollo de un estudio caso-control en distritos aledaños y con características similares de la intervención anterior para determinar el efecto de la primera intervención que sustente estos resultados de la línea base.
- El estado nutricional abordado a través de cuatro indicadores claves, evidencia que LME y acceso a programas nutricionales presentan un alto porcentaje, mientras que la frecuencia de comidas de 5 a más sólidas o semi-sólidas por día es bajo (36.9%)
- La salud infantil se aborda desde 8 indicadores, los primeros relacionados a enfermedades recurrentes en niños (EDA/IRA) en ambas las prácticas de cuidado se encuentran bajas en relación con la ENDES, en relación a los indicadores sobre atención de prevención (CRED/Inmunizaciones) el primero tiene una baja cobertura (27.6%) y el segundo supera a la ENDES, aseguramiento es alto y sobre identidad aun es bajo en la zona de intervención que no supera el 25%.
- La situación de acceso a agua potable es crítica más de 50% no tiene servicio de agua potable, siendo un determinante crítico para enfermedades recurrentes en los niños y de difícil resolución por situaciones de factibilidad técnica para la construcción de reservorios, especialmente en comunidades de selva, frente a esta limitación se observa que un 72% refiere tener práctica de consumo de agua segura, la misma que deberá seguir siendo fortalecida.
- La salud sexual y reproductiva está siendo abordada en la dimensión de planificación familiar desde el proyecto, observándose un comportamiento de parte de la población que si usa método anticonceptivo moderno y en su mayoría usa en forma continua el método actual y expresan en proporción similar su preferencia por el método actual que usa, el método de mayor preferencia que usan es hormonal en presentación de inyectable.

- Es importante abordar que factores de demora están influyendo en las mujeres para un inicio tardío de busca de atención prenatal que está influyendo en cumplir las seis atenciones, solo el 68.1% cumple esa condición.
- El cuidado de salud materna en el grupo de adolescentes es menor que el resto de madres, a nivel del cumplimiento de la atención prenatal solo el 20.2% cumple y de otro lado la proporción de madres adolescentes se está incrementando, cerca de la cuarta parte de madres se encuentran en este grupo, situación que preocupa y que debe ser investigada a mayor profundidad para determinar los factores que están influyendo en este comportamiento.
- Los indicadores de resultados intermedios se encuentran en un nivel bajo de arranque, en parte responden a las nuevas condiciones de los criterios de medición determinados por cada indicador, cuyo nivel de exigencia buscara mediar aquellas factores limitantes que en parte se han visualizado con el estudio cualitativo.
- El capital social comunitario en promoción de la salud, orienta a determinar estrategias de fortalecimiento de capacidades en la población para asumir la membrecía colectiva y desde las autoridades comunales y de los gobiernos locales/regionales a desarrollar mecanismos de mayor comunicación, rendición de cuentas, espacios de participación y soporte que facilite el desarrollo de la confianza social, es importante tener en cuenta que los “sentimientos colectivos” son la base del capital social y que canalizaran en forma sostenible la movilización a favor de prácticas saludables en los niños y las madres de los ámbitos de intervención del proyecto.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) INEI-ENDES Continua: Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2010. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES Continua. 2010. Primeros resultados. Perú 2011.
- (2) LME Zelee Hill, Betty Kirkwood y Karen Edmond. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. EVIDENCIA DE LAS INTERVENCIONES. Serie OPS/FCH/CA/O5.05.E, Washington, DC. OPS. 2005.
- (3) Organización Mundial de Salud. Indicadores para evaluar las Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU.
- (4) Secretaria nacional de salud, USAID, OPS/OMS, UNICEF. Fisiopatología de la diarrea líquida deshidratada y rehidratación. Rev. Soc. Bol. Ped. 1995. 34-41.
- (5) OMS- UNICEF. Declaración conjunta. Tratamiento Clínico De La Diarrea Aguda. Mayo 2004.
- (6) INEI-ENDES Continua: Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2009. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES Continua. 2009. Perú 2010.
- (7) Yehuda Benguigui, Asesor Regional en Prevención y Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Programa de Enfermedades Transmisibles, División de Control de Enfermedades, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, **Programa IRA: impactos y tendencias**. Washington, D.C.
- (8) Fondo de las naciones unidas para la infancia. Homo Sapiens Alimentando al cerebro. Lima, Perú. 2006.
- (9) Organización Mundial de la Salud, UNICEF y Banco Mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial. Resumen de orientación. Tercera edición. Ginebra, 2009.
- (10) Melitón Arce, SIMPOSIO: Aseguramiento Universal : Implementación Del Aseguramiento Universal En Salud En Regiones Piloto Del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 218-21.
- (11) Fondo de las naciones unidas para la infancia. Un fantasma de carne y hueso. Lima, Perú. 2006.
- (12) Ing. Ricardo Rojas, OMS/OPS/SDE/CEPIS-SB. Planes De Seguridad Del Agua (PSA): hoja de divulgación técnica. ISSN: 1018-5119. HDT N° 100, 2006.
- (13) Robert Quick. ¿Qué es el agua segura y cuánto debemos desinfectarla?, Calidad versus cantidad. Centers for Disease Control and Prevention Atlanta, GA, EUA
- (14) OMS-recomendaciones sobre Prácticas seleccionadas Para el uso de Anticonceptivos, 2005.

- (15)OMS-recomendaciones sobre Prácticas seleccionadas Para el uso de Anticonceptivos, 2005.
- (16)Humberto Soriano, Lourdes Rodenas García, Dolores Moreno Escribano, Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones. Revista clínica de medicina familiar. Vol.3 Numero 3, octubre 2010. España. 2010.
- (17) Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. Extraído el 22 de abril de 2011, de: <http://www.spog.org.pe/articulos.php?articulo=120>
- (18) Ministerio de Salud del Perú. Manual de orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva. RM N° 290-2006/ MINSa p. 3.
- (19)PLANIFICACIÓN FAMILIAR: UN COMPONENTE ESENCIAL DE LA ATENCIÓN POST-ABORTO Declaración de consenso: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), Confederación Internacional de Parteras (CIP) (*International Confederation of Midwives, ICM*), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), (*International Council of Nurses, ICN*), y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID.SET, 2009. Para mayor información visite el sitio de Atención Postaborto: www.postabortioncare.org (<http://www.infoforhealth.org/pac/>). Septiembre 25 de 2009.
- (20)Flor María Cáceres-Manrique, M.Sc.*, Gloria Molina-Marín, Ph.D. Inequidades sociales en atención materna Social inequity in maternal care. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2010;61:231-238 Recibido: marzo 29/10 - Aceptado: agosto 9/10. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 61 No. 3 • 2010 • (231-238)*
- (21)Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. RM N° 668-2004/ MINSa p. 1.
- (22)22(Z 2) Base de datos LILACS. Extraído el 21 de abril de 2011, de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492915&indexSearch=ID>
- (23)Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes. RM N° 107-2005/ MINSa p. 23.
- (24)Carolina Blossiers, M. Sc. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control pre natal: Un estudio cualitativo. *Rev Perú Med Ex Salud Pública* 2010; 27: 337-344 Recibido: junio 16/09 – Aceptado: agosto 11/10. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Vol 27 No. 3 • 2010 • (337-344)*
- (25)Ministerio de Salud del Perú. Dirección de Salud Lima Sur. Extraído el 21 de abril de 2011, de: http://www.disalimasur.gob.pe/DISA_Contentido.aspx?opcm=89

VIII. ANEXOS

Anexo 1: Resultados Intermedios

Anexo 2: Instrumentos de la Encuesta

Anexo 3: Instrumentos de estudio documentario

Anexo 4: Dimensión de estudio cualitativo

Anexo 5: Instrumentos de estudio cualitativo

Anexo 6: Medición de pobreza

Anexo 7: Protocolo de Estudio

ANEXO N° 01

RESULTADOS INTERMEDIOS

INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 1

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR
R.I-1	Juntas vecinales comunales (JVCs) con reconocimiento vigente por las municipalidades.	JVC reconocidas a través de ordenanza municipal y/o resolución municipal vigente según reglamento de JVC.
R.I-2	Juntas vecinales comunales que elaboran su diagnóstico comunal, IMI y plan de acción comunal.	JVC elaboran y entregan su Diagnóstico comunal, IMI y plan comunal al Gobierno Local para su registro en el SISMUNI.
R.I-3	JVC que tiene a mujeres como parte de su equipo de gestión.	JVC tiene como miembros a mujeres en la junta directiva.
R.I-4	Juntas vecinales comunales (JVCs) que implementan su plan de acción comunal en forma satisfactoria.	JVC ejecuta al menos el 50% de las actividades de su plan de acción comunal anualmente.
R.I-5	Familias con niños y niñas de 0 a 23 meses de edad que son vigiladas en sus prácticas de SMI y PF/SR por su JVC	Cuando la familia han sido visitas por su JVC para verificar el cumplimiento de al menos 5 prácticas saludables de SMI, PF/SR.
R.I-6	Comunidades que alcanzan y se mantienen en el nivel de avanzado de 'comunidades Saludable.	Las comunidades "saludables" son aquellas que alcanzan el estándar de nivel avanzado establecido en las cinco líneas de promoción de la salud por un periodo mínimo de 3 años. La calificación se corresponde a la lista de chequeo.
R.I-7	JVC gestionan propuestas orientadas a la mejora de SMI y PF/SR de su comunidad en espacios locales.	JVC que elaboran y presentan propuestas orientadas a la mejora de la SMI y PF/SR al GL u otras instancias, o participan en el proceso de presupuesto participativo ó presentan sus experiencias en espacios públicos
R.I-8	Establecimientos de salud que han implementado mecanismos de vigilancia comunal en SMI-PF/SR consensuando con JVC.	EESS implementa mecanismos de VC cuando cumplen con estos 4 criterios: 1) El personal de salud participa en la elaboración, implementación y seguimiento del plan de acción comunal en sus comunidades de captación; 2) Agentes de salud comunal están registrados y activos; 3) Sistema de referencias comunal ha sido establecido y está en uso. 4) El EE.SS. concierta con la JVC de cada comunidad que aplica la estrategia del Proyecto vía reuniones trimestrales.
R.I-9	Índice alto de capital social comunitario en promoción de la salud	Determinado en función a 4 sub-índices de capital social: sentido de colectividad, capacidad colectiva, eficacia colectiva y confianza social.

INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 2

N°	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR
Intervencion en municipios		
R.II-1	Municipios con ETL reconocidos	Municipio convoca a la conformación de ETL y reconoce vía ordenanza o resolución municipal y cuenta con reglamento.
R.II-2	Municipios que cuentan con Plan de Desarrollo Local que prioriza la salud materna infantil, PF/SR y la estrategia de MCS.	Municipio elabora o actualiza su plan de desarrollo local, incorporando un eje/objetivo estratégico orientado a la aplicación de intervenciones en SMI/PF/SR, siguiendo la metodología y herramientas de MCS II.
R.II-3	Municipios que desarrollan intervenciones articuladas con los EESS y Microredes y JCV.	Municipios que lideran en consenso con los EESS, Microredes y/o JVC acciones en SMI/PF/SR, aplicando la metodología y herramientas de MCS II.
R.II-4	Municipios que realizan el seguimiento de los planes comunales de SMI, PF/SR y la estrategia de MCS.	Realizan seguimiento a por lo menos al 80% de las JVC activas en su jurisdicción a través del ETL.
R.II-5	municipios que usa información de base comunitaria en la toma de decisiones de la gestión de la SMI/PF y la implementación del modelo de MCS. en su jurisdicción.	SISMUNI Operativo: tiene información de base comunitaria actualizada de al menos el 50% de las comunidades dentro de la jurisdicción del municipio. Uso de información: (i) En actualización del plan concertado distrital, (ii) en elaboración de proyectos de inversión pública, (iii) en planes específicos en salud.
R.II-6	Municipios que implementan PIP orientados a mejorar la salud y sus determinantes.	Municipio con una cartera de proyectos que cuente mínimo con 5 PIP formulados anualmente, y con financiamiento de por lo menos 01 PIP anual.
R.II-7	Municipios que implementan "comunidades saludables" en comunidades de su jurisdicción.	Municipios promueven comunidades saludables en el 50% de comunidades que no pertenecen al ámbito de intervención directa del proyecto.
R.II-8	Municipios que aplican ordenanzas municipales a favor de la mejora de prácticas saludables en SMI/PF/SR y la implementación de la estrategia de MCS.	Municipios que emiten y aplican políticas locales a favor de la SMI y PF/SR.
R.II-9	Municipios que alcanzan el nivel de avanzado de 'Municipio Saludable' y que se mantiene en ese nivel.	Los municipios que han sido calificados en el nivel avanzado de la estrategia de "Municipios saludables" y se ha mantenido por un periodo mínimo de 3 años, siguiendo las cinco líneas de promoción de la salud.

INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 2

Nº	INDICADORES	CRITERIOS
Intervención con Gobierno Regional/DIRESAS, empresas privadas.		
R.II-10	Dirección de Promoción de la Salud de las DIRESAS que proporcionan soporte técnico a los EESS junto a sus redes y microredes en la implementación de la estrategia de MCS.	Dirección de Promoción de la Salud que (i) monitorea la aplicación de estrategias, (ii) usa herramientas, (iii) evalúa los resultados de la aplicación de la metodología de MCS II, (iv) realiza supervisión para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la metodología de MCS.
R.II-11	Gobierno regional que incorporan la metodología y herramientas de MCS II en su plan regional.	Gobiernos regionales que incorporan en sus planes la metodología y herramientas de MCS II. Esta incorporación se refleja en sus reportes de avance sobre la implementación de dichos planes.
R.II-12	Instituciones privadas implementan la metodología y usan las herramientas de MCS II en el marco de alianzas entre empresa privada y el nivel de gobierno respectivo.	Instituciones privadas incorporan en sus planes de intervención la metodología y herramientas de MCS II. Esta incorporación se refleja en sus reportes de avance de implementación de dichos planes.
R.II-13	Propuestas consensuadas sobre políticas/normas que incorporan la metodología y herramientas de MCS II adoptadas por DGPS.	Las propuestas de políticas que incorporan la metodología y herramientas de MCS II, son elaboradas en consenso con la comunidad organizada. Estas propuestas resaltan la adopción de la metodología y herramientas de MCS II por la DGPS.
R.II-14	Comunidades intervenidas por la Minera Barrick que aplican la metodología y herramientas de MCS II.	Comunidades intervenidas por la Minera Barrick aplican el Diagnóstico comunal, la ficha de vigilancia comunal de salud madre niño, implementación de su plan de acción comunal anualmente.
R.II-15	Número de comités del Asentamiento Virgen de Lourdes que aplican la metodología y herramientas de MCS	Comités del asentamiento humano Virgen de Lourdes que aplican el diagnóstico comunal, la ficha de vigilancia comunal de salud madre niño, implementación de su plan de acción comunal anualmente.

INDICADORES DEL RESULTADO INTERMEDIO 3

Nº	INDICADORES	CALCULO DEL INDICADOR
Intervencion en instituciones publicas y privadas		
R.III-1	Número de ONG locales certificadas para implementar el modelo de intervención de MCS II.	ONG Locales que obtienen la certificación por la URC.
R.III-2	% de mujeres integrantes de ONG's capacitadas que han sido Certificadas por la Unidad Regional de Certificación (UCR).	Mujeres integrantes de ONGs que han concluido el programa de capacitacion en forma satisfactoria y obtienen la certificación por la URC.
R.III-3	% de ONG Locales certificadas desarrollan asistencia tecnica en la implementacion del modelo de intervención de MCS II a GL, en coordinación con las DIRESAs.	ONG local que alcanzó el nivel de certificación y que brinda asistencia tecnica minimo a 04 Gobiernos Locales, en la implementacion del modelo de intervención de MCS II en coordinación con la DIRESA.
R.III-4	% de ONGs certificadas que brindan asistencia tecnica subvencionados por el financiamiento de GL via PIPs u otras fuentes.	ONGs Locales certificadas que desarrollan asistencia tecnica en la implementacion del modelo de intervención de MCS II mediante financimientto del GL, via PIPs u otras fuentes.
R.III-5	# de Memorandum de entendimiento suscritos con empresas privadas implementados.	El Memorándum de Entendimiento (MDE) se cumple según los mecanismos y elementos delineados y acordados entre las partes.

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO DEL ESTUDIO OBSERVACIONAL (archivo adjunto)

ANEXO N° 03

FICHA DE VERIFICACION DOCUMENTARIA (archivo adjunto)

ANEXO N° 04

DIMENSIONES DEL ESTUDIO CUALITATIVO SEGÚN RESULTADOS INTERMEDIOS

DIMENSION DE RESULTADO INTERMEDIO EVALUADO EN LA GESTION COMUNAL EN SALUD

Dimensión	Indicador	Definición
Organización Comunal	Reconocimiento de JVC por Gobierno Local	Percepción/expectativas sobre el reconocimiento del GL a las JVC
	Manejo de herramientas para Dx, planificación comunal de salud por la JVC	Percepción sobre el nivel de manejo de herramientas de Dx y planificación comunal
	Participación de mujeres en JVC	Percepción sobre el rol de la mujer en las organizaciones comunales (JVC)
Movilización comunal en salud	Grado de implementación de planes comunales de salud por la JVC	Percepciones/expectativas sobre el nivel de cumplimiento de su plan de acción comunal en salud
Interacción en redes de articulación	Desarrollo de iniciativas por la JVC	Expectativas sobre intervenciones para su comunidad
	Grado de gestión para su implementación de JVC	Significado sobre los espacios y mecanismos de gestión de iniciativas
	Grado de participación con propuestas/iniciativas de JVC	Percepciones y expectativas sobre su participación en espacios sociales

DIMENSION DE RESULTADO INTERMEDIO EVALUADO EN CAPITAL SOCIAL COMUNITARIA EN PROMOCION DE LA SALUD

Dimensión	Indicador	Definición
Sentido de colectividad	Identificación con las necesidades y soluciones de salud en la comunidad.	Se siente parte (integrante) de los problemas y sus soluciones.
	Interés compartido con la comunidad en la mejora de la salud comunitaria.	Comparte la necesidad de resolución de los problemas en conjunto con los otros miembros de la comunidad
Eficacia Colectiva	Identificación y movilización de recursos/intervenciones a favor de la salud.	Se evidencia capacidad propositiva y solidaria en acciones transformadoras junto JVC desde el Dx, planificación e implementación.
	Acceso a ayuda, atenciones y	Ser parte de JVC/redes comunitarias de

	otros servicios de soporte en salud.	salud que funcionan eficientemente, que canalizan diferentes tipos de ayuda.
Capacidad Colectiva	Integración/asociación a redes comunitarias de salud (Organizaciones Sociales de Base, Asociaciones).	Ser miembro de redes comunitarias, reconociendo la importancia de la convivencia y vinculación a redes y/o la comunidad.
	Cooperación en las redes comunitarias de salud dentro de la comunidad.	Participar en intervenciones/acciones como parte del cumplimiento de su responsabilidad como parte de la red a la que pertenecen.
	Participación en las decisiones de interés colectivo en salud.	Reconoce su responsabilidad en las decisiones de salud en su red/comunidad.
Confianza Social	Sentido de pertenencia/identificación con su red comunitaria de salud.	Valoración de la interacción con otros miembros de la comunidad/redes.
	Identificada con las normas/reglas de su red de salud (Respeto, reconocimiento).	Sentirse reconocido y valorado por su red comunitaria según normas de grupo.
	Sentido de soporte/reciprocidad de su red en situaciones de necesidad de salud.	Valora el apoyo de su red e identifica como un espacio de ayuda/soporte mutuo.

DIMENSION DE RESULTADO A EVALUAR EN LA GESTION LOCAL EN SALUD

Dimensión	Indicador	Definición
Organización Local	Membresía de una gestión interinstitucional en salud desde el municipio	Conformación del grupo especializado ETL involucrando a otros actores locales.
	Capacidad para planificar la salud local	Análisis del escenario epidemiológico de salud y las condiciones para viabilizar acciones en SMI/PF/SR en el plan de desarrollo local.
Articulación Local	Trabajo sinérgico con EESS y JVC.	Desarrollan acciones consensuadas en salud con los EESS y JVC
	Participación consensuada en la salud comunitaria.	Acompañamiento a las comunidades en la implementación de sus planes comunales de salud previo consenso.
	Uso de información comunitaria en salud	Municipios valoran información de base comunitaria, gestionan información y usan información para tomar decisiones locales en salud.
	Capacidad para desarrollar	Equipos locales de Municipios con

Institucionalización Local	iniciativas en salud y gestionar su implementación vía PIPs u otros medios.	competencias en elaborar propuestas y gestionar su implementación, involucrando a las comunidades.
	Capacidad de replicabilidad/adequación de experiencias	Municipios valoran y adoptan el modelo de intervención MCS con sus propios recursos
	Capacidad normativa de promover prácticas saludables.	Valoración de la salud como parte de la gestión municipal, que se evidencia en normas emitidas y aplicadas.

DIMENSION DE RESULTADO A EVALUAR EN LA GESTION DE LA SALUD COMUNITARIA EN LOS EESS

Dimensión	Indicador	Definición
Organización para promover practicas saludables en comunidad	Participación de la comunidad en la gestión de practicas saludables	Valoración/expectativas sobre la participación de la comunidad organizada en la promoción de prácticas saludables. Grado de aplicación de mecanismos de participación de la comunidad en la gestión de prácticas saludables.
	Trabajo en red con otros actores en la promoción de prácticas saludables	Expectativas y reconocimiento del trabajo en red para promover prácticas saludables en las comunidades. Grado de aplicación de un trabajo en red a nivel de su jurisdicción.
Vigilancia comunitaria de prácticas saludables en la comunidad	Mecanismos de trabajo comunitario	Expectativas y valoración de uso de mecanismos de vigilancia comunitaria. Grado de uso de mecanismos de vigilancia comunitaria en salud.
Institucionalización local de MCS en EESS	Soporte técnico de instancias de la red del sistema (Microrred, Red y DIRESA)	Expectativas y valoración del soporte técnico del propio sistema de salud en la incorporación del modelo de intervención.
	Normas, guías consensuadas incorporan el modelo de intervención MCS.	Valoración de la incorporación del modelo de intervención en normas/guías institucionales. Grado de aplicación de normas/guías adecuadas con el modelo.

ANEXO N° 05

Instrumentos cualitativos (archivo adjunto)

ANEXO N° 06

Parámetro usado para medir pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas¹⁹ en el estudio de línea de base del proyecto MCS II

El método de medición de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un tipo de pobreza no monetaria que toma en consideración un conjunto de indicadores relacionados con características de los hogares en relación a necesidades básicas estructurales (Vivienda, educación, salud, infraestructura pública, etc.).

Este método presta atención fundamentalmente a la evolución de la pobreza estructural, y por tanto no es sensible a los cambios de la coyuntura económica y permite una visión específica de la situación de pobreza, considerando los aspectos sociales.

Se define pobre por NBI a aquella población que reside en hogares con al menos una las siguientes necesidades básicas insatisfechas:

1. **1. Hogares en Viviendas con Características Físicas Inadecuadas²⁰**.- Toma en cuenta el material predominante en las paredes y pisos, así como al tipo de vivienda.
1. **2. Hogares en Viviendas con Hacinamiento**.- Se determina que hay hacinamiento cuando residen más de 3.4 personas por habitación.
1. **3. Hogares en Viviendas sin Desagüe de ningún Tipo**.- Porcentaje de vivienda sin desagüe de ningún tipo.
1. **4. Hogares con Niños que No Asisten a la Escuela**.- Hogares con presencia de al menos un niño de 6 a 12 años que no asiste a un centro educativo.
1. **5. Hogares con Alta Dependencia Económica**.- Porcentaje de la población en hogares con jefe con primaria incompleta (hasta segundo año) y (i) con 4 o mas personas por ocupado, o (ii) sin ningún miembro ocupado.

En el caso del método de las necesidades básicas insatisfechas el INEI determina el número de ellas en cada hogar y luego, presenta la proporción de personas que tienen por lo menos una NBI (pobres) o por lo menos dos NBI (pobres extremos).

¹⁹ http://www.mef.gob.pe/index.php?view=items&cid=1%3Apolitica-economica-y-social&id=400%3A89-ique-es-la-pobreza-segun-necesidades-basicas-insatisfechas&option=com_quickfaq&Itemid=100006&lang=es

²⁰ Viviendas con características inadecuadas. Porcentaje de la población en hogares con vivienda (i) de paredes exteriores de estera, o (ii) de paredes exteriores de quincha, piedra con barro o madera y piso de tierra, o (iii) improvisada o en un local no destinado para la habitación humana

ANEXO N° 07

PROTOCOLO DE ESTUDIO DE LB (archivo adjunto)

